POLSKA
GAZETA LEKARSKA

DAWNIEJ GAZETA LEKARSKA, PRZEGLĄD LEKARSKI ORAZ CZASOPISMO LEKARSKIE I LWOWSKI TYGODNIK LEKARSKI

Pod redakcją przewodniczących Komitetów miejscowych:

Prof. Dr. St. CIECHANOWSKIEGO i Doc. Dr. J. KOSTRZEWSKIEGO (Kraków), Prof. Dr. Fr. CZUBALSKIEGO i Dr. W. SZUMLAŃSKIEGO (Warszawa), Prof. Dr. W. NOWICKIEGO i Prof. Dr. W. KOSKOWSKIEGO (Lwów) i Dr. S. STERLINGA (Łódź).

Sekretarz generalny redakcji oraz redaktor odpowiedzialny: Dr. J. GOERTZ (Lwów).

ROK IV—1925

LWÓW
Nakładem SPÓŁKI WYDAWNICZEJ LEKARSKIEJ Kraków—Lwów—Warszawa.
Z drukarni i litografii Piller-Neumanna.
1925.

SPIS RZECZY

zawartych w IV. Tomie »Polskiej Gazety Lekarskiej«.

I. Prace oryginalne.

Z praktyki.

Fejleton.

Sprawozdania poglądowe.

Wykłady i odczyty.

Z dziejów nauki polskiej.

Z historji medycyny.

Sprawozdania i korespondencje.

Oceny i sprawozdania.

Bibljografja.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. Zjazdy.

Sprawy zawodowe.

Listy do redakcji.

Sprawy lekarsko społeczne.

Higjena i wychowanie fizyczne.

Nekrologja.

Alfabetyczny spis rzeczy.

Ł.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

Alfabetyczny spis autorów.

Cyfry tłustem drukiem oznaczają artykuły oryginalne.

Nr. 1. 4. stycznia 1925 Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Prof. Z. SZYMAŃSKI. Wilno.

Z dziejów Uniwersytetu wileńskiego, a w szczególności katedry okulistyki.

»Gdyby w Wilnie światło nie zajaśniało, możeby zgasło dla Polaków i ich mowy«, tymi słowy charakteryzuje Kołłątaj świetlaną przeszłość Uniwersytetu Stefana Batorego, mówiąc o działalności tych naszych uczonych doby ubiegłej, którzy w dostojnych murach Uniwersytetu wileńskiego pielęgnowali naukę polską, a z katedry rzucali w społeczeństwo blaski zachodniej kultury i cywilizacji, jak również zdobycze własnego dorobku naukowego.

Tu rozbrzmiewało słowo jednego z najświatlejszych umysłów współczesnych Jędrzeja Śniadeckiego, a w sali jego imieniem nazwanej otrzymał dyplom wieszcz Mickiewicz. Na ścianach tych gmachów opierały się spojrzenia wielkich mężów przeszłości, mury, które chowały zastępy młodzieży górnej i chmurnej, a tak dla kraju ofiarnej, stowarzyszenia Filaretów, Szubrawców, Filomatów, same przemawiają, snują się po nich cienie mistrzów dawnej daty, których duchy tu osiadły, i zda się z murów występują ich zadumane oblicza, badawczo patrząc na nowe pokolenie, co tu weszło, czy sprosta swemu zadaniu.

Resurrexit Alma Mater!

Początkowo, jako szkoła główna Wielkiego Księstwa Litewskiego, następnie Akademja, Uniwersytet wileński promieniuje przez szereg wieków, licząc dziś rok istnienia 259-ty i nadaje Wilnu nazwę Aten północy, niezaprzestając w pracy naukowej nawet w trwożnych czasach wstrząsów politycznych, zakończonych kataklizmem dziejowym i zupełnym rozgromem Uczelni, tak starannie pielęgnowanej, tak umiejętnie prowadzonej: badania naukowe wymagają spokoju i podziwu godnym jest upór, wytrwałość i wydajność pracy tych postaci doby minionej. Zbiory i pamiątki wzbogaciły uniwersytety rosyjskie, znam przepiękne preparaty anatomiczne patrzałem na nie w Uniwersytecie kijowskim, gdzie się znajdują dotychczas. Zniszczono lub zabrano dobytek, ale pozostała myśl, pamięć i tradycja — ta zbiorowa dusza Uniwersytetu, która niejako zespala nas z poprzedniem życiem akademickiem: *ars longa vita brevis,* ciągłość nauki przerasta poszczególne życia

Przenosząc się myślą w przeszłość spotkamy wiele polskich imion, z których każde — to świat cały, a obok naszych znakomitych ziomków znajdziemy także imiona cudzoziemców, którzy szczytnie zapisali się w dziejach naszych. Z nich najwybitniejszymi byli Frankowie lekarze wiedeńscy, znajdujący się pod wpływem kultury włoskiej, ojciec i syn, a szczególnie ten ostatni, który przybył do nas, by nam poświęcić czas swego życia i swój talent. Podobnież czynili nasi rodacy poza granicami własnego kraju, wspomnę tu o wilnianach, których zawierucha polityczna wyrzucała z ziemi rodzinnej, a którzy, zdobywając uznanie, roznosili po świecie dobre imię Polski: tak wychowanek Wszechnicy wileńskiej Domejko pokłada niezmierne zasługi przy organizowaniu Uniwersytetu w Chili. Dostojnie go ocenili chilijczycy: w stolicy tego państwa w Santiago stoi pomnik Domejki, a Polaków dotychczas otacza poważanie. Inny znów polski lekarz Czernowicz z ojcem swym z pod Berezyny zawlókł się za Napoleonem do Francji, kończy studja w Montpelier, i na stałe przenosi się do Brazylji, gdzie pozostawia po sobie ślad niezatarty: encyklopedyczny jego podręcznik wytrzymał dwadzieścia wydań i rozrósł się do rozmiarów dwóch i pół tysięcy stronic, obficie ilustrowanych, a w kraju tym literalnie niema lekarza ani apteki, którzyby nie mieli i nie posługiwali się tem dziełem. (*Formulario e guia medico por Pedro Luiz Napoleao Chernoviz*). Imię okulisty emigranta Gałęzowskiego też związane jest z Wilnem: tak Seweryn Gałęzowski, wybitny chirurg, wykłada w Wilnie, a należący wówczas do młodszej generacji, Ksawery po 63 im roku osiada na stałe w Paryżu, gdzie staje się pionierem badania dna oka wziernikiem, zyskuje nadzwyczajny rozgłos w świecie uczonych, zarówno, jak popularność pośród ludności, a wezwany do Szacha perskiego pozostawia po sobie w Persji szpital okulistyczny, przez długie lata prowadzony przez lekarzy Polaków.

Wykład okulistyki na Wszechnicy Batorowej, jak zresztą i w innych Uniwersytetach na całym świecie, był początkowo złączony po części z chirurgją, gdzie podawano wiadomości przeważnie operatywnego leczenia chorób ocznych po części zaś z astronomją, gdzie wykładano optykę W braku więc właściwej katedry wiadomości okulistyczne szerzy astronom Jan Śniadecki oraz chirurgowie: Niżkowski, Gałęzowski, Porcianko, Pelikan. Ten ostatni — doskonały technik a umysł bystry — wmieszczał niestety w sobie talent ze służalczą duszą; został wprawdzie z ramienia rządu zaborczego stałym i niezmiennym rektorem, lecz historja nieubłagany sąd swój już o nim wydała: »podły« — powiedział Janowski. W pałacu dożów weneckich w portretowej sali wisi jedna pusta rama, jestto miejsce doży, który się sprzeniewierzył Wenecji; rzućmy zasłonę na działalność tego smutnej pamięci magnificencję.

Brak oddzielnej katedry okulistyki nie będzie nas dziwił, gdy uprzytomnimy sobie, że Uniwersytet wileński przerwał swą egzystencję już w roku 1842-ym, to jest w czasie, kiedy okulistyka, jako nauka, pozostawała jeszcze w pieluchach: optyka była w rękach handlarzy szkieł a pierwsza tablica dla prób wzroku była ułożona dopiero w 43-im roku przez Kuehlera. Tablice zaś Jägiera pokazały się dopiero w roku 53-im. Choroby spojówki nie znały bakterjologji, jaskrę mało odróżniano od zaćmy a dno oka przedstawiało dla lekarza kompletną ciemnię, ponieważ odkrycie wziernika przez Helmholtza miało miejsce dopiero w 1851 roku. W latach następnego olbrzymiego rozwoju okulistyki na Zachodzie, wstrząsy polityczne nietylko utrudniają, lecz wprost uniemożliwiają pracę naukową, która potrzebuje w każdym razie warsztatu, a ten nam zamknięto i dopiero w czterdzieści lat po rozgromie Uniwersytetu zostaje założony przez Tyzenhauzów-Przeździeckich Instytut oczny, Oftalmją powszechnie zwany, który jest czynny i do dnia dzisiejszego Instytut ten pokłada wielkie zasługi wobec miejscowej ludności, oraz służy dla dokształcenia lekarzy w chorobach ocznych, stając się niejako dalszym ciągiem Uczelni polskiej i polską placówką naukową. Tu pracuje od roku 80-go znakomity okulista-praktyk Dr. Cywiński aż do roku 1892-go a następcą jego został również wybitny okulista Dr. Hłasko, któremu należy się pierwszeństwo zrobienia t. zw. »obwodowej iridektomji Hessa«, którą wykonał już przed dwudziestu laty.

W 1919 roku wolą obecnego Marszałka Polski Józefa Piłsudzkiego został wskrzeszony prastary Uniwersytet a w 1923 roku otwartą została katedra okulistyki i wykłady rozpoczęły się w prowizorycznych budynkach szpitala wojskowego na Antokolu, na stałą zaś klinikę oczną został przeznaczony odnawiający się obecnie wspaniały pałac Sapieżyński.

Aleksander BAUROWICZ. Kraków.

W sprawie operowania pętlą.

Operowanie pętlą, szczególnie wewnątrz-krtaniowo, ma tak wyjątkowo zwolenników, a dla mającego wprawę w stosowaniu tego sposobu przy guzach, zwłaszcza dobrze uszypułowanych, nadzwyczaj efektowne w wyniku, zachęca mnie jako gorącego zwolennika tego sposobu operowania, do przypo-

mnienia go młodemu pokoleniu pracowników w zakresie górnych dróg oddechowych a niemniej i uszu. Jak rozwój nauki o chorobach uszu, wyprzedził znacznie zapoznanie się ze schorzeniami górnych dróg oddechowych, tak też wprowadzenie pętli do operowania, miało miejsce naprzód przy operacji polipów ucha środkowego i zalecone zostało przez Wilde'a, Zainteresowanie się schorzeniami górnych dróg oddechowych, szczególnie w zaczątku, zajęło głównie schorzenia krtani i tu też zastosowanie pętli do operacji wewnątrz-krtaniowej, wprowadzone zostało jeszcze przez Gibb'a, a dopiero później zastosowano też pętlę do operowania guzów uszypułowanych w zakresie jamy nosowo-gardłowej, wreszcie w nosie,

Głównie Stoerk zajął się gorąco operowaniem pętlą, tak wewnątrz-krtaniowo, jak w jamie nosowo-gardłowej i w nosie, a podanie przez niego pętli, dającej się odpowiednio ustawić, przez uruchomienie końca tejże, zapomocą stosownego urządzenia śróby, uczyniło zadość wymaganiu różnego ustawienia pętli, zależnie od tego, czy miała być zastosowana na ścianie przedniej względnie tylnej krtani, czy też na ścianie bocznej i której prawej czy lewej. Mniejsze znaczenie ma możność nastawienia końca w pętli z krzywizną do jamy nosowo-gardłowej, gdyż operujemy tu prawie wyłącznie przy ustawieniu pętli w wymiarze czołowym, jak przy pętli nosowej w wymiarze strzałkowym, zmieniając przy operacji w jamie nosowej, stosownym ruchem ręki, potrzebne nam ustawienie pętli, by objąć dokładnie guza i przesunąć pętlę do miejsca przyczepu guza. Dlatego też pętle nosowe nie mają końca, dającego się ustawić, natomiast jest ten koniec ruchomy przy pętli do jamy nosowo-gardłowej, a bezwzględnie koniecznym pozostał przy pętli krtaniowej.

Drut do użytku pętli musi być stalowym i najstosowniejszy jest drut fortepianowy angielski struna Nr. 5, a w zastosowaniu do ucha i pętli elektrokaustycznej Nr. 4.

Pracując długi okres czasu w klinice Stoerk'a, miałem możność wprawienia się w sposobie operowania pętlą, szczególnie wewnątrz krtani i w jamie nosowo-gardłowej, gdyż operowanie pętlą w jamie nosowej, powszechnie już wówczas zalecane, było ogólnie przyjęte, a tylko w ręku niefachowców operowanie kleszczykami, było stosowane. Usprawiedliwione jest operowanie kleszczykami, szczególnie ostremi i dziś, ale przy kontroli wzroku, które zresztą wyjątkowo stosujemy przy polipach właściwych, a posługujemy się kleszczykami, przy operowaniu polipowatych zgrubień, tworzących się przy przewlekłym ropieniu z jam bocznych nosa szczególnie z komórek sitowych, wreszcie przy guzach innych, zwłaszcza gdy są szeroko usadzone o ile nie nadają się do usunięcia pętlą.

Do operacji pętlą wewnątrz krtani, nadają się szczególnie guzy uszypułowane miękkie, by unikać odrywania guza od jego miejsca przyczepu, choć nieraz właśnie to oderwanie umożliwia zupełne usunięcie guza wraz z szypułą, a wyjątkowo wypadnie wygładzenie samego miejsca przyczepu, kleszczykami ostremi. Przy guzie twardym, względnie twardej szypule, jak to ma miejsce przy torbieli, zastosować możemy pętlę elektrokaustyczną, którą po zaciągnięciu pętli, przepalam miejsce zaciągnięcia. Operując pętlą zdarza się, że guz po przecięciu, nie zatrzyma się w miejscu zaciągnięcia przy pętli, ale odcięty, zostaje przez operowanego odkrztuszony względnie po drodze przy wyjmowaniu pętli, wyśliźnie się z pętli i wypada z ust operowanego. Raz mi się zdarzyło, że guz wypełniający całe wejście do krtani, po przecięciu pętlą, został przez operowaną połknięty i dopiero w kilka godzin później, chora nie mogąc nic przełykać, przy ruchu dławiącym wyrzuciła guz, który jak z tego widać, ugrzązł w dolnym odcinku gardła po za krtanią. Operowanie pętlą wewnątrzkrtaniowo jest szczególnie efektowne w przypadkach, gdzie chorzy zgłaszają się z utrudnionym oddechem, a gdy temu towarzyszy i chrypka, mamy efekt jeszcze większy.

Wielkie własne doświadczenie w operowaniu pętlą w ogóle, a szczególnie przy guzach w krtani, odnosi się nietylko do polipów krtaniowych względnie włókniaków, torbieli czy uszypułowanych wielkich brodawczaków, dalej guza przyrody gruźliczej wreszcie twardzielowego, ale i do guzów uszypułowanych złośliwych, choć raz klinicznie przyroda guza uważana za dobrotliwą, dopiero przy badaniu histopatologicznym, wykazała utkanie złośliwe. Guzy uszypułowane, choć pochodzenia już klinicznie uznanego jako złośliwe, wyjątkowo krwawiły nieco więcej przy operacji, a tam gdzie się tego spodziewałem, zaciągałem ku końcowi zabiegu, pętlę powoli i zaciągniętą przetrzymałem pewien okres czasu, zanim odciąłem guz ostatecznie względnie go oderwałem w miejscu zaciśnięcia. Tu jednak można też zastosować pętlę elektrokaustyczną.

Przez usunięcie guza z krtani, zapobiegniemy nieraz choćby czasowemu rozcięciu tchawicy, a uzyskujemy przytem materjał do potwierdzenia rozpoznania klinicznego. Dwa razy w przypadkach mięsaków uszypułowanych, zastosowałem następnie promienie X.

W jednym z tych przypadków, u osobnika lat 29, pozostającego od roku w leczeniu z powodu twardzieli krtani, znaleziono na przedniej ścianie krtani uszypułowany guz wielkości orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, blado-różowo zabarwionej, który swą górną częścią wchodził między struny głosowe, był przyczyną chrypki i utrudnienia oddechu, zwiększającego się coraz bardziej.

Guz usunięto pętlą, a badanie histopatologiczne wypadło: Fibrosarcoma alveolare; przypadek ten jak już i dawniej ze względu na twardziel, poddano znowu leczeniu promieniami X, bez nawrotu guza.

W innym przypadku u osobnika liczącego lat 62, który zgłosił się ze znaczną dusznością i chrypką pogarszającą się od 4 miesięcy, znaleziono, guz uszypułowany wychodzący z przedniej części struny głosowej prawdziwej prawej, wypełniający cały przedsionek krtani; guz był wielkości jaja gołębiego, miał powierzchnię gładką różową, w części tylnej nekrotyczną. Guz usunięto w całości pętlą, już jednak po tygodniu, zgłosił się chory z tem, iż głos mu się znowu pogorszył; znaleziono w tem samem miejscu guz ruchomy wielkości orzecha laskowego, który znów usunięto pętlą i zaraz zastosowano promienie X, co powtórzono kilkakrotnie, bez nawrotu już guza. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie mięsaka różnokomórkowego.

W stosownych przypadkach zabieg większy, jak rozcięcie krtani, ewentualnie z następowym zastosowaniem radu czy promieni X, daje szanse opanowania sprawy chorobowej; usuwanie nowotworów złośliwych, wewnątrz-krtaniowych rozcięciem krtani, z ewentualnem zastosowaniem radu wzgl. promieni X, ma wielu zwolenników i rozporządza już obszerną statystyką dobrych wyników. Niestety u nas chorzy najczęściej zgłaszają się zapóźno, a jednego chorego po operacji rozcięcia krtani w ogólnem uśpieniu, straciłem z powodu zapalenia płuc, coby z pewnością się nie stało, gdyby zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowem, czemu się jednak chory sprzeciwił.

W odpowiednich przypadkach pętla znajdzie też zastosowanie przy guzach, szczególnie uszypułowanych, tchawicy zwłaszcza drogą bezpośrednią.

Z guzów jamy nosowo-gardłowej, do operacji pętlą, szczególnie nadają się polipy nosowe, zwieszające się przez otwory nozdrzy tylnych, o ile uchwycenie ich pętlą założoną od przodu i przesuniętą, po za obręb nozdrzy tylnej natrafia na trudności albo z góry jest wykluczone. Często mamy tu do czynienia z polipem pojedynczym, mającym swoją szypułę w jamie szczękowej. Po zaciśnięciu pętli, jak najbliżej okolicy nozdrzy tylnej, wprowadzam dwa palce ręki lewej do jamy gardłowej, by niemi ucisnąwszy ramię poziome pętli, ruchem ku dołowi, oderwać polipa od miejsca jego przyczepu i zabrać go razem z jego częścią widoczną w jamie nosowej. O ile nie wydobyło się polipa w całości względnie obok niego są jeszcze dalsze części czy inne w jamie nosowej, to te usuniemy pętlą od przodu.

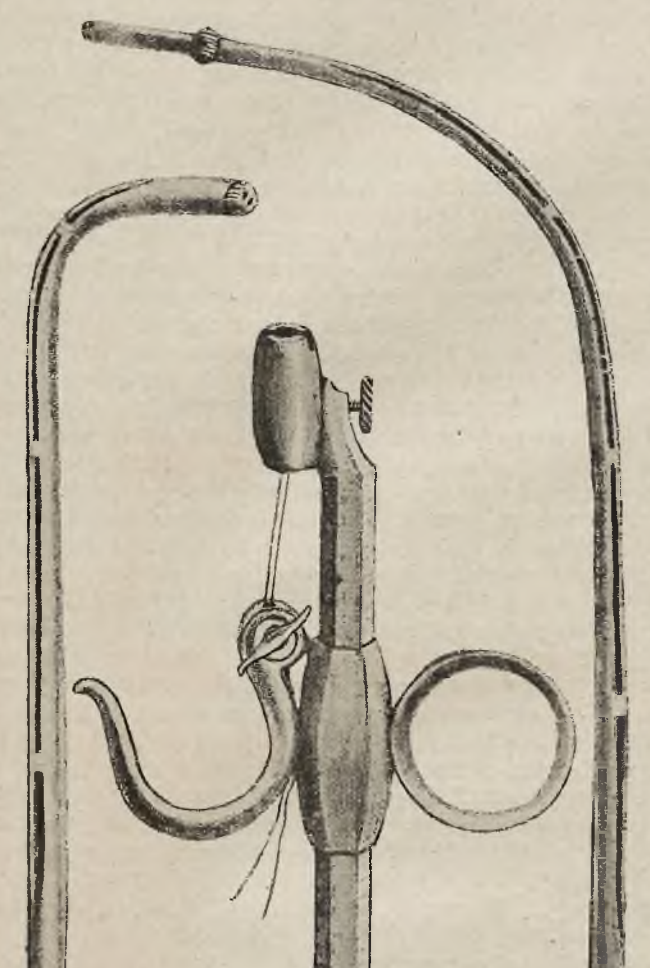
Guzy jamy nosowo-gardłowej uszypułowane w zakresie samej nozdrzy tylnej, zwane polipami choanalnemi, również efektownie usuwamy pętlą.

Przy włókniakach, o cechach nieraz mieszanych spotykanych u osobników młodych, jako mięsako-włókniakach, siedzących zwykle szerokim przyczepem w jamie nosowo-gardłowej i mocno zrośniętych z podstawą przyczepu, bo aż sięgających do okostnej, pętla jest narzędziem niestosownem

i te przypadki operuję, zresztą w pozycji siedzącej chorego, przy naturalnie kontroli światła, w ten sposób, iż naprzód oddzielam miejsce przyczepu łyżką Beckmann'a, a następnie silnemi kleszczami odrywam guz. Jeżeli zazwyczaj obfite krwawienie wkrótce nie ustaje, zakładam tampon do jamy nosowo-gardłowej, przy użyciu rurki Beloc'a.

Bardzo zgrabnie usuwa się też pętlą, naciek twardzielowy z tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, gdy ma charakter guza, choćby nawet i szeroko usadowionego.

Pozatem nowotwory złośliwe nie nadają się do zabiegu drogą naturalną, chyba gdy są uszypułowane i usadowione przy brzegu podniebienia miękkiego czy łuku podniebiennego, dozwalając nadto wycięcie klinowe miejsca przyczepu i usunięcia gruczołów, obok zastosowania promieni X względnie radu.



Zastosowanie pętli w jamie nosowej, tak zresztą powszechne, w ręku zręcznego fachowca, dosięgnie też, jak wspomniałem, niezbyt dużego polipa zwieszającego się do jamy nosowo-gardłowej, usuwa się też nią przerosłe tylne końce muszli dolnych i rzadziej spotykany przerost ciała jamistego na ścianie przegrody kostnej, w okolicy nozdrzy tylnej. Niemniej inne guzy przegrody nosowej, i samej jamy nosowej jak polipowaty przerost muszli nosowych dolnych, usuwamy z łatwością pętlą. Wreszcie pętlą od przodu nosa wprowadzoną, usuwam części przerosłego migdałka, usadowione na przejściu ściany górnej w boczną, rzadziej tuż po za brzegiem górnym nozdrzy tylnej, ale tylko wtedy, gdy zostały mi jako resztka po zabiegu usunięcia migdałka pharyngotomem Schütz'a, w mojej odmianie. Korzystając ze sposobności, zalecam jak najgoręcej przyrząd Schütz'a, którym usuwa się migdałek gardłowy jak najdokładniej i jak najszybciej; przy stosunkowo też małem krwawieniu. Różne wielkości przyrządu pozwalają nam na użycie jego już u dzieci kilkumiesięcznych, a szybkość wykonanego zabiegu, jednorazowo, z wielką wdzięcznością, przyjmowana jest przez otoczenie, tak czułe wogóle na zabieg jakiś wykonywany przez nas u dziecka.

Przerosłe migdałki podniebienne, których spód jest węższy od obwodu, zwłaszcza u dzieci, usuwam również pętlą, i to podaną przez Brünings'a, która zresztą bardzo dobrze daje się założyć nawet na szeroko usadowiony migdałek, o ile łuki podniebienne są wolne, a nadto zakładam pętlę na odłuszczony migdałek, jako akt ostateczny wyłuszczenia migdałka.

Operowanie wreszcie pętlą polipów w uchu, uważam za sposób najbardziej dokładny i najmniej przykry dla operowanego, a użycie też do operacji nożyka pierścieniowego Politzer'a o różnej wielkości i różnym nachyleniu płaszczyzny nożyka, zawsze mi wystarcza. Gdy mamy operować w uśpieniu ogólnym, tu obok pętli, zwyczajna łyżeczka ostra, znajdzie skuteczne zastosowanie.

Załączam rysunek pętli Stoerk'a oryginalnej wielkości, tak z jego krzywizną krtaniową jak i do jamy nosowo-gardłowej, końcem ruchomym na śrubie, do ustawienia odpowiedniego pętli, a ułatwiającej też, przez pozostawienie jednej strony wzdłuż długości pętli otwartej, dokładne oczyszczenie przyrządu. Obok zamieszczam też trzonek Stoerk'a, podany specjalnie dla jego pętli, w celu umocowania drutu, choć i trzonek Krause'go, do jego przyrządów krtaniowych, może przy pętli znaleść zastosowanie.

Dla pętli elektro-kaustycznej, musimy wziąść specjalne pętle do tego celu służące, odpowiedniej krzywizny i ustawiania końca, z zastosowaniem też właściwego trzonka.

Dr. Robert BERNHARDT, Warszawa.
ordynator szpitala św. Łazarza.

W sprawie pryszczycy.

Zapoznanie się z historją pryszczycy przekonywa, że od czasów B i e t t'a, R a y e r'a i D e v e r g i e'g o prace badaczy szły głównie w kierunku ściślejszego nakreślenia granic tego obrazu chorobowego. Pierwotne pojęcie pryszczycy zrodziło się w umyśle W i l l a n'a z ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry, spowodowanego zadziałaniem promieni słonecznych oraz rtęci (t. zw. ecz. solare, ecz. mercuriale). Z dzisiejszego punktu widzenia było to zatem zapalenie skóry sztucznie wywołane (Dermatitis artificialis), zależne w części od wpływu czynników aktynicznych, w części zaś należące do rzędu wysypek, czy też osutek lekowych (Dermatitis medicamentosa). — Bądź jak bądź — była to sprawa o przebiegu ostrym. Takiemu ujęciu pryszczycy badacze francuscy wyż, wymienieni przeciwstawili pryszczycę przewlekłą, jako pierwowzór schorzeń tego typu Wedle tych poglądów pryszczycę należało pojmować głównie jako schorzenie ustrojowe, w którego powstawaniu przypisuje się znaczenie rozstrzygające usposobieniu oraz czynnikom wewnętrznym. Bodźcom zewnętrznym przypada w udziale rola wywoływaczy przygodnych, bądź też czynników pogarszających stan już istniejący. W następnym etapie rozwojowym F. H e b r a połączył w całość pryszczycę przewlekłą z pryszczycą W i l l a n'a, ustalając postać ostrą i przewlekłą schorzenia. Nie zaprzeczając istnieniu pryszczycy ustrojowej, konstytucjonalnej, H e b r a położył jednak nacisk największy na znaczenie pryszczycotwórcze czynników zewnętrznych. I jeżeli w stosunku do bodźców mechanicznych, cieplnych, a także w stosunku do wpływu szkodliwego wody i niektórych pasorzytów naskórnych (epizoa) H e b r a uznaje usposobienie osobnicze, to

mnienia go młodemu pokoleniu pracowników w zakresie górnych dróg oddechowych a niemniej i uszu. Jak rozwój nauki o chorobach uszu, wyprzedził znacznie zapoznanie się ze schorzeniami górnych dróg oddechowych, tak też wprowadzenie pętli do operowania, miało miejsce naprzód przy operacji polipów ucha środkowego i zalecone zostało przez Wilde'a, Zainteresowanie się schorzeniami górnych dróg oddechowych, szczególnie w zaczątku, zajęło głównie schorzenia krtani i tu też zastosowanie pętli do operacji wewnątrz-krtaniowej, wprowadzone zostało jeszcze przez Gibb'a, a dopiero później zastosowano też pętlę do operowania guzów uszypułowanych w zakresie jamy nosowo-gardłowej, wreszcie w nosie,

Głównie Stoerk zajął się gorąco operowaniem pętlą, tak wewnątrz-krtaniowo, jak w jamie nosowo-gardłowej i w nosie, a podanie przez niego pętli, dającej się odpowiednio ustawić, przez uruchomienie końca tejże, zapomocą stosownego urządzenia śróby, uczyniło zadość wymaganiu różnego ustawienia pętli, zależnie od tego, czy miała być zastosowana na ścianie przedniej względnie tylnej krtani, czy też na ścianie bocznej i której prawej czy lewej. Mniejsze znaczenie ma możność nastawienia końca w pętli z krzywizną do jamy nosowo-gardłowej, gdyż operujemy tu prawie wyłącznie przy ustawieniu pętli w wymiarze czołowym, jak przy pętli nosowej w wymiarze strzałkowym, zmieniając przy operacji w jamie nosowej, stosownym ruchem ręki, potrzebne nam ustawienie pętli, by objąć dokładnie guza i przesunąć pętlę do miejsca przyczepu guza. Dlatego też pętle nosowe nie mają końca, dającego się ustawić, natomiast jest ten koniec ruchomy przy pętli do jamy nosowo-gardłowej, a bezwzględnie koniecznym pozostał przy pętli krtaniowej.

Drut do użytku pętli musi być stalowym i najstosowniejszy jest drut fortepianowy angielski struna Nr. 5, a w zastosowaniu do ucha i pętli elektrokaustycznej Nr. 4.

Pracując długi okres czasu w klinice Stoerk'a, miałem możność wprawienia się w sposobie operowania pętlą, szczególnie wewnątrz krtani i w jamie nosowo-gardłowej, gdyż operowanie pętlą w jamie nosowej, powszechnie już wówczas zalecane, było ogólnie przyjęte, a tylko w ręku niefachowców operowanie kleszczykami, było stosowane. Usprawiedliwione jest operowanie kleszczykami, szczególnie ostremi i dziś, ale przy kontroli wzroku, które zresztą wyjątkowo stosujemy przy polipach właściwych, a posługujemy się kleszczykami, przy operowaniu polipowatych zgrubień, tworzących się przy przewlekłym ropieniu z jam bocznych nosa szczególnie z komórek sitowych, wreszcie przy guzach innych, zwłaszcza gdy są szeroko usadzone o ile nie nadają się do usunięcia pętlą.

Do operacji pętlą wewnątrz krtani, nadają się szczególnie guzy uszypułowane miękkie, by unikać odrywania guza od jego miejsca przyczepu, choć nieraz właśnie to oderwanie umożliwia zupełne usunięcie guza wraz z szypułą, a wyjątkowo wypadnie wygładzenie samego miejsca przyczepu, kleszczykami ostremi. Przy guzie twardym, względnie twardej szypule, jak to ma miejsce przy torbieli, zastosować możemy pętlę elektrokaustyczną, którą po zaciągnięciu pętli, przepalam miejsce zaciągnięcia. Operując pętlą zdarza się, że guz po przecięciu, nie zatrzyma się w miejscu zaciągnięcia przy pętli, ale odcięty, zostaje przez operowanego odkrztuszony względnie po drodze przy wyjmowaniu pętli, wyśliźnie się z pętli i wypada z ust operowanego. Raz mi się zdarzyło, że guz wypełniający całe wejście do krtani, po przecięciu pętlą, został przez operowaną połknięty i dopiero w kilka godzin później, chora nie mogąc nic przełykać, przy ruchu dławiącym wyrzuciła guz, który jak z tego widać, ugrzązł w dolnym odcinku gardła po za krtanią. Operowanie pętlą wewnątrzkrtaniowo jest szczególnie efektowne w przypadkach, gdzie chorzy zgłaszają się z utrudnionym oddechem, a gdy temu towarzyszy i chrypka, mamy efekt jeszcze większy.

Wielkie własne doświadczenie w operowaniu pętlą w ogóle, a szczególnie przy guzach w krtani, odnosi się nietylko do polipów krtaniowych względnie włókniaków, torbieli czy uszypułowanych wielkich brodawczaków, dalej guza przyrody gruźliczej wreszcie twardzielowego, ale i do guzów uszypułowanych złośliwych, choć raz klinicznie przyroda guza uważana za dobrotliwą, dopiero przy badaniu histopatologicznym, wykazała utkanie złośliwe. Guzy uszypułowane, choć pochodzenia już klinicznie uznanego jako złośliwe, wyjątkowo krwawiły nieco więcej przy operacji, a tam gdzie się tego spodziewałem, zaciągałem ku końcowi zabiegu, pętlę powoli i zaciągniętą przetrzymałem pewien okres czasu, zanim odciąłem guz ostatecznie względnie go oderwałem w miejscu zaciśnięcia. Tu jednak można też zastosować pętlę elektrokaustyczną.

Przez usunięcie guza z krtani, zapobiegniemy nieraz choćby czasowemu rozcięciu tchawicy, a uzyskujemy przytem materjał do potwierdzenia rozpoznania klinicznego. Dwa razy w przypadkach mięsaków uszypułowanych, zastosowałem następnie promienie X.

W jednym z tych przypadków, u osobnika lat 29, pozostającego od roku w leczeniu z powodu twardzieli krtani, znaleziono na przedniej ścianie krtani uszypułowany guz wielkości orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, blado-różowo zabarwionej, który swą górną częścią wchodził między struny głosowe, był przyczyną chrypki i utrudnienia oddechu, zwiększającego się coraz bardziej.

Guz usunięto pętlą, a badanie histopatologiczne wypadło: Fibrosarcoma alveolare; przypadek ten jak już i dawniej ze względu na twardziel, poddano znowu leczeniu promieniami X, bez nawrotu guza.

W innym przypadku u osobnika liczącego lat 62, który zgłosił się ze znaczną dusznością i chrypką pogarszającą się od 4 miesięcy, znaleziono, guz uszypułowany wychodzący z przedniej części struny głosowej prawdziwej prawej, wypełniający cały przedsionek krtani; guz był wielkości jaja gołębiego, miał powierzchnię gładką różową, w części tylnej nekrotyczną. Guz usunięto w całości pętlą, już jednak po tygodniu, zgłosił się chory z tem, iż głos mu się znowu pogorszył; znaleziono w tem samem miejscu guz ruchomy wielkości orzecha laskowego, który znów usunięto pętlą i zaraz zastosowano promienie X, co powtórzono kilkakrotnie, bez nawrotu już guza. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie mięsaka różnokomórkowego.

W stosownych przypadkach zabieg większy, jak rozcięcie krtani, ewentualnie z następowym zastosowaniem radu czy promieni X, daje szanse opanowania sprawy chorobowej; usuwanie nowotworów złośliwych, wewnątrz-krtaniowych rozcięciem krtani, z ewentualnem zastosowaniem radu wzgl. promieni X, ma wielu zwolenników i rozporządza już obszerną statystyką dobrych wyników. Niestety u nas chorzy najczęściej zgłaszają się zapóźno, a jednego chorego po operacji rozcięcia krtani w ogólnem uśpieniu, straciłem z powodu zapalenia płuc, coby z pewnością się nie stało, gdyby zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowem, czemu się jednak chory sprzeciwił.

W odpowiednich przypadkach pętla znajdzie też zastosowanie przy guzach, szczególnie uszypułowanych, tchawicy zwłaszcza drogą bezpośrednią.

Z guzów jamy nosowo-gardłowej, do operacji pętlą, szczególnie nadają się polipy nosowe, zwieszające się przez otwory nozdrzy tylnych, o ile uchwycenie ich pętlą założoną od przodu i przesuniętą, po za obręb nozdrzy tylnej natrafia na trudności albo z góry jest wykluczone. Często mamy tu do czynienia z polipem pojedynczym, mającym swoją szypułę w jamie szczękowej. Po zaciśnięciu pętli, jak najbliżej okolicy nozdrzy tylnej, wprowadzam dwa palce ręki lewej do jamy gardłowej, by niemi ucisnawszy ramię poziome pętli, ruchem ku dołowi, oderwać polipa od miejsca jego przyczepu i zabrać go razem z jego częścią widoczną w jamie nosowej. O ile nie wydobyło się polipa w całości względnie obok niego są jeszcze dalsze części czy inne w jamie nosowej, to te usuniemy pętlą od przodu.

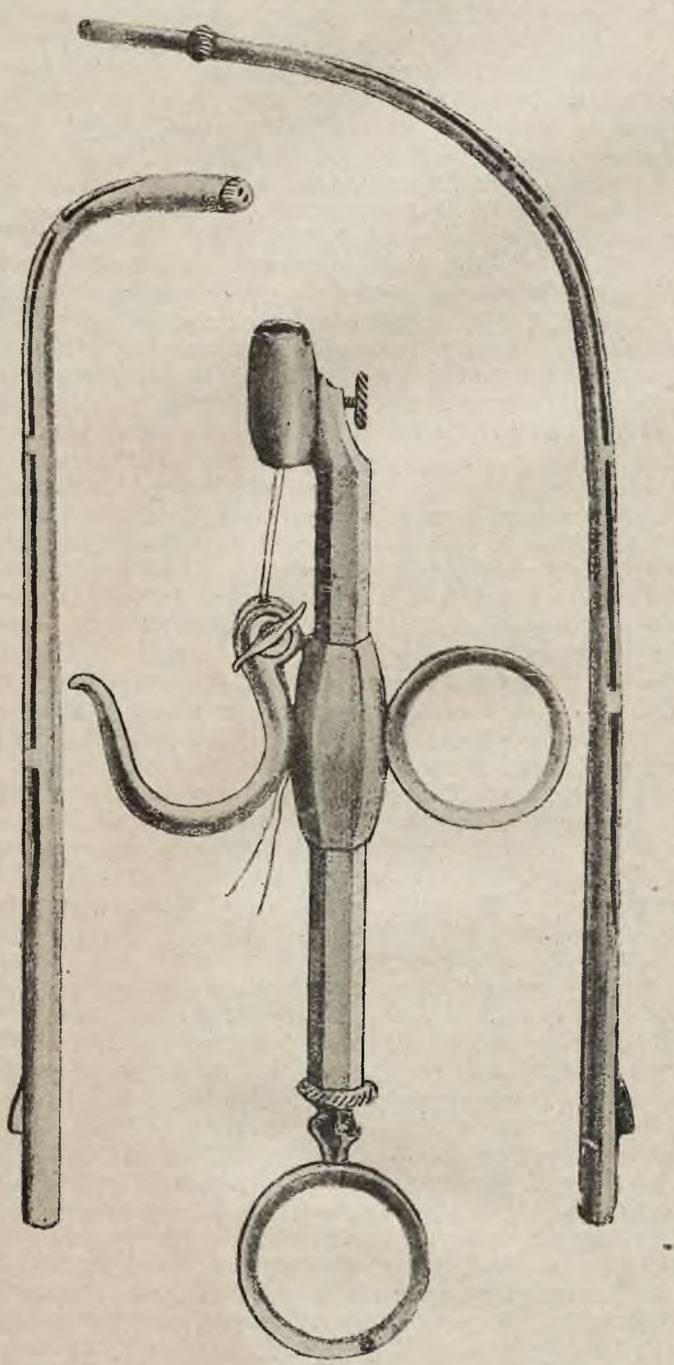
Guzy jamy nosowo-gardłowej uszypułowane w zakresie samej nozdrzy tylnej, zwane polipami choanalnemi, również efektownie usuwamy pętlą.

Przy włókniakach, o cechach nieraz mieszanych spotykanych u osobników młodych, jako mięsako-włókniakach, siedzących zwykle szerokim przyczepem w jamie nosowo-gardłowej i mocno zrośniętych z podstawą przyczepu, bo aż sięgających do okostnej, pętla jest narzędziem niestosownem

i te przypadki operuję, zresztą w pozycji siedzącej chorego, przy naturalnie kontroli światła, w ten sposób, iż naprzód oddzielam miejsce przyczepu łyżką Beckmann'a, a następnie silnemi kleszczami odrywam guz. Jeżeli zazwyczaj obfite krwawienie wkrótce nie ustaje, zakładam tampon do jamy nosowo-gardłowej, przy użyciu rurki Beloc'a.

Bardzo zgrabnie usuwa się też pętlą, naciek twardzielowy z tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, gdy ma charakter guza, choćby nawet i szeroko usadowionego.

Pozatem nowotwory złośliwe nie nadają się do zabiegu drogą naturalną, chyba gdy są uszypułowane i usadowione przy brzegu podniebienia miękkiego czy łuku podniebiennego, dozwalając nadto wycięcie klinowe miejsca przyczepu i usunięcia gruczołów, obok zastosowania promieni X względnie radu.



Zastosowanie pętli w jamie nosowej, tak zresztą powszechne, w ręku zręcznego fachowca, dosięgnie też, jak wspomniałem, niezbyt dużego polipa zwieszającego się do jamy nosowo-gardłowej, usuwa się też nią przerosłe tylne końce muszli dolnych i rzadziej spotykany przerost ciała jamistego na ścianie przegrody kostnej, w okolicy nozdrzy tylnej. Niemniej inne guzy przegrody nosowej, i samej jamy nosowej jak polipowaty przerost muszli nosowych dolnych, usuwamy z łatwością pętlą. Wreszcie pętlą od przodu nosa wprowadzoną, usuwam części przerosłego migdałka, usadowione na przejściu ściany górnej w boczną, rzadziej tuż po za brzegiem górnym nozdrzy tylnej, ale tylko wtedy, gdy zostały mi jako resztka po zabiegu usunięcia migdałka pharyngotomem Schütz'a, w mojej odmianie. Korzystając ze sposobności, zalecam jak najgoręcej przyrząd Schütz'a, którym usuwa się migdałek gardłowy jak najdokładniej i jak najszybciej; przy stosunkowo też małem krwawieniu. Różne wielkości przyrządu pozwalają nam na użycie jego już u dzieci kilkumiesięcznych, a szybkość wykonanego zabiegu, jednorazowo, z wielką wdzięcznością, przyjmowana jest przez otoczenie, tak czułe wogóle na zabieg jakiś wykonywany przez nas u dziecka.

Przerosłe migdałki podniebienne, których spód jest węższy od obwodu, zwłaszcza u dzieci, usuwam również pętlą, i to podaną przez Brünings'a, która zresztą bardzo dobrze daje się założyć nawet na szeroko usadowiony migdałek, o ile łuki podniebienne są wolne, a nadto zakładam pętlę na odłuszczony migdałek, jako akt ostateczny wyłuszczenia migdałka.

Operowanie wreszcie pętlą polipów w uchu, uważam za sposób najbardziej dokładny i najmniej przykry dla operowanego, a użycie też do operacji nożyka pierścieniowego Politzer'a o różnej wielkości i różnym nachyleniu płaszczyzny nożyka, zawsze mi wystarcza. Gdy mamy operować w uśpieniu ogólnym, tu obok pętli, zwyczajna łyżeczka ostra, znajdzie skuteczne zastosowanie.

Załączam rysunek pętli Stoerk'a oryginalnej wielkości, tak z jego krzywizną krtaniową jak i do jamy nosowo-gardłowej, końcem ruchomym na śrubie, do ustawienia odpowiedniego pętli, a ułatwiającej też, przez pozostawienie jednej strony wzdłuż długości pętli otwartej, dokładne oczyszczenie przyrządu. Obok zamieszczam też trzonek Stoerk'a, podany specjalnie dla jego pętli, w celu umocowania drutu, choć i trzonek Krause'go, do jego przyrządów krtaniowych, może przy pętli znaleść zastosowanie.

Dla pętli elektro-kaustycznej, musimy wziąść specjalne pętle do tego celu służące, odpowiedniej krzywizny i ustawiania końca, z zastosowaniem też właściwego trzonka.

Dr. Robert BERNHARDT, Warszawa.
ordynator szpitala św. Łazarza.

W sprawie pryszczycy.

Zapoznanie się z historją pryszczycy przekonywa, że od czasów Biett'a, Rayer'a i Devergie'go prace badaczy szły głównie w kierunku ściślejszego nakreślenia granic tego obrazu chorobowego. Pierwotne pojęcie pryszczycy zrodziło się w umyśle Willan'a z ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry, spowodowanego zadziałaniem promieni słonecznych oraz rtęci (t. zw. ecz. solare, ecz. mercuriale). Z dzisiejszego punktu widzenia było to zatem zapalenie skóry sztucznie wywołane (Dermatitis artificialis), zależne w części od wpływu czynników aktynicznych, w części zaś należące do rzędu wysypek, czy też osutek lekowych (Dermatitis medicamentosa). — Bądź jak bądź — była to sprawa o przebiegu ostrym. Takiemu ujęciu pryszczycy badacze francuscy wyż, wymienieni przeciwstawili pryszczycę przewlekłą, jako pierwowzór schorzeń tego typu Wedle tych poglądów pryszczycę należało pojmować głównie jako schorzenie ustrojowe, w którego powstawaniu przypisuje się znaczenie rozstrzygające usposobieniu oraz czynnikom wewnętrznym. Bodźcom zewnętrznym przypada w udziale rola wywoływaczy przygodnych, bądź też czynników pogarszających stan już istniejący. W następnym etapie rozwojowym F. Hebra połączył w całość pryszczycę przewlekłą z pryszczycą Willan'a, ustalając postać ostrą i przewlekłą schorzenia. Nie zaprzeczając istnieniu pryszczycy ustrojowej, konstytucjonalnej, Hebra położył jednak nacisk największy na znaczenie pryszczycotwórcze czynników zewnętrznych. I jeżeli w stosunku do bodźców mechanicznych, cieplnych, a także w stosunku do wpływu szkodliwego wody i niektórych pasorzytów naskórnych (epizoa) Hebra uznaje usposobienie osobnicze, to

zdaje się tego nie czynić wcale w stosunku do czynników chemicznych. Do nich też w pierwszej linji widocznie stosuje się słynne zdanie, że »bodźce zewnętrzne wywołują pryszczycę zawsze i nieuniknienie, o ile działają na skórę dostatecznie długo i dostatecznie silnie«. Wiadomo jednak, że czynniki zewnętrzne tworzą legjon olbrzymi i że sposób oddziaływania skóry na ich zadziałanie bywa dosyć rozmaity. Wobec tego nie winno dziwić, że granice pryszczycy zostały niebawem zatoczone niezmiernie szeroko. Objęły one sprawy chorobowe tak różnorodne pod względem klinicznym (t. zw. odmiany pryszczycy), a także przyczynowym, iż oczyszczanie terenu zachwaszczonego wydawało się koniecznością nieodzowną. Tak więc stopniowo wyłączono z gromady pryszczyc zapalenia skóry, wywołane sztucznie przez zadziałanie urazów mechanicznych, cieplnych, aktynicznych, chemicznych. Okoliczność ta odrazu i znakomicie uszczupliła stan posiadania pryszczycy, gdyż wraz z takiem postawieniem sprawy musiało upaść pojęcie pryszczycy ostrej. Dla zwolenników tego poglądu pryszczyca prawdziwa miała nadal pozostać schorzeniem o przebiegu wybitnie przewlekłym. Następnie przyszła kolej na wyodrębnienie schorzeń pryszczyco podobnych pochodzenia bakteryjnego (paciorkowiec, gronkowiec, las. ropy błękitnej), oraz grzybicowego. Wyłączono też gromadę t. zw. pryszczyc łojotokowych, a także niektóre postaci zapalenia pęcherzykowego rąk i stóp (dyshidrosis). Nie ulega wątpliwości, że praca eliminacyjna nie została dotychczas ukończona. Istnieje niemało pryszczyc o podobnych obrazach chorobowych, co do których można z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić, że należą one do rzędu schorzeń pasożytniczych. Niemożność wykrycia pasożytów za pomocą dzisiejszych metod badania, oraz trudność oceny wartości chorobotwórczej zarazka wyhodowanego sprawia, że takie obrazy kliniczne na razie zaliczamy jeszcze do tymczasowej i przejściowej grupy »pryszczyc pasożytniczych«. Na jak wielkie przeszkody można się natknąć podczas takich poszukiwań, wynika choćby z tego, że niekiedy trzeba się napracować bardzo uczciwie, aby wyhodować grzybka naskórkowego S a b o u r a u d'a w przypadku klasycznym klinicznie, lecz powikłanym wyprzeniem i liszajcowaceniem. Trudności zaś oceny faktów zdobytych najlepiej uzmysłowi fakt, iż w skórze człowieka zdrowego pod względem dermatologicznym można wykryć paciorkowca w 15% spostrzeżeń, w przypadkach zaś schorzenia liszajcowatego obecność paciorkowca w skórze przestrzeni niezajętych i zdala od ogniska chorobowego wykazuje się w 90% (F l e h m e).

Wśród takiej pracy, niewątpliwie bardzo doniosłej i użytecznej, występuje obecnie zwrot, a właściwie nawrót do czasów i poglądów W i l l a n'a-H e b r y. Usposobienie do pryszczycy zostało obecnie ujęte jako ściśle tkankowe, złączone wyłącznie ze skórą, ściślej z komórkami naskórka. Dopuszcza się wprawdzie wpływ wywołujących czynników wewnętrznych, kładzie się jednak nacisk przemożny na rolę bodźców zewnętrznych. Z tych znowu znaczenie największe posiadać mają urazy chemiczne, przyczem wyjaśnia się, że sztucznie wywołane zapalenie ostre skóry (pęcherzykowe) utożsamia się z napadem ostrym pryszczycy. Wszystko jest zatem, jak bywało dawniej, tylko fakty kliniczne oświetla się dziś inaczej, nowocześniej, zgodnie z poglądami, kierunkami i doktrynami, nurtującemi patologję współczesną. Pryszczyca nie jest chorobą w ścisłem brzmieniu słowa. Jest to odczyn swoisty skóry (naskórka), który może być powołany do życia przez bardzo liczne i rozmaite bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Odczyn ten należy do rzędu zjawisk anafilaktycznych i jest wyrazem uczulenia (swoistego) skóry. Wszelkie czynniki pryszczycotwórcze posiadają znaczenie jadów (antigéne) w stosunku do skóry uczulonej. Aby powstać mógł odczyn, zwany pryszczycą, niezbędne jest zadziałanie, a prawdopodobnie połączenie chemiczne jadów (antigéne) z przeciwjadami (anticorps), zawartemi w komórkach naskórka (standzellige Antikörper). W tych warunkach należy oceniać odczyn pryszczycowy jako nadwrażliwość osobniczą skóry wrodzoną lub też nabytą (idiosyncrasia). Działanie chorobotwórcze wielu ciał chemicznych, występujące w osutkach lekowych i w zapaleniu skóry pochodzenia zawodowego, również świadczy o wrażliwości osobniczej. Te fakty kliniczne należą także do odczynów anafilaktycznych. Ponieważ sprawy takie częstokroć występują pod postacią ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry i ponieważ mogą one niespodzianie powołać do życia czynnego pryszczycę utajoną, przeto wydaje się dosyć zrozumiałą rzeczą, że krocząc po linji najmniejszego oporu łączy i utożsamia się oba odczyny chorobowe. Sztucznie wywołane zapalenie ostre skóry (Dermatitis artefacta) ujmuje się jako postać ostrą pryszczycy. Obie sprawy spotykają i stykają się na podłożu anafilaksji. To stanowi niewątpliwie jądro całego zagadnienia i służyć będzie za przedmiot sporów naukowych, mających się zrodzić niebawem. Na tę okoliczność już zwracałem uwagę w jednej z moich poprzednich prac o pryszczycy.

Wobec takich prądów, wzbudzających zrozumiałe zainteresowanie i posiadających doniosłe znaczenie teoretyczne i praktyczne, uważałem za wskazane sprawdzenie własnego stanowiska w sprawie pryszczycy. Pragnąłbym rozpatrzeć, co badacze dzisiaj nazywają pryszczycą, jakie jej nadają określenie? Co należy uważać za odczyn pryszczycowy? Czy pryszczyca jest zjawiskiem anafilaktycznem? Czy i co zniewala do utożsamiania ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry, wywołanego sztucznie z napadem pryszczycy ostrej? Jaki może być stosunek zapalenia urazowego skóry (w szerokiem znaczeniu słowa) do pryszczycy?

A) Podług D a r i e r'a »pryszczycę znamionuje... zespół wykwitów pierwotnych, które występują kolejno, kombinują się ze sobą, lub też współistnieją okok siebie. Zmiany te są następstwem sprawy zapalnej, mieszczącej się w naskórku i w skórze (epidermo dermitis) i wykazującej różne okresy rozwojowe, równoznaczne pod względem patologicznym. Okresy te można określić klinicznie jako rumień, pęcherzyk, sączenie, strup, liszajowacenie i łuszczenie. Pod względem histologicznym rzecz polega: w naskórku — na przeobrażeniu gąbczastem (spongiosis), na rozroście warstwy kolczastej (acanthosis), oraz na rogowaceniu wadliwem (parakeratosis). W skórze właściwej spostrzega się przekrwienie, obrzęk i nacieczenie komórkowe, wyrażone średnio. Określenie pryszczycy należy jeszcze uzupełnić 3 cechami, znamionującemi osutkę: 1) ułożeniem w postaci plam, blaszek lub placków o zarysach nieprawidłowych, przypominających lądy geograficzne; 2) występowaniem napadowem ze skłonnością do wzrastania na obwodzie i do przejścia w stan przewlekły, ulegający nasileniom, wreszcie 3) swędzeniem, mniej lub więcej silnie wyrażonem. Należy jeszcze zauważyć, że sprawa pryszczycowa bynajmniej nie jest jakiemś określonem, swoistem schorzeniem skóry. Przeciwnie, jest to względnie banalny odczyn zapalny, który może wystąpić pod wpływem bodźców mechanicznych, fizycznych, chemicznych, pasożytniczych i mikrobowych«.

Określenie pryszczycy, podane przez B. B l o c h'a, zgadza się w każdym punkcie z wyż. przytoczonem określeniem D a r i e r'a. To samo dotyczy H. J a e g e r'a. Zdaniem T ö r ö k'a pryszczycę znamionują »zmiany głównie pokładów górnych skóry właściwej, rozpościerające się po jej powierzchni. W tych sprawach wysięk surowiczy przenika do naskórka, rozsuwa jego komórki i w ten sposób powoduje tworzenie się pęcherzyków... a następnie sączenie. Zmiany zapalne skóry... powstają wskutek zadziałania przewlekłych lub fizykalnych czynników natężenia średniego u osobników... posiadających szczególną wrażliwość na wspomniane bodźce. P i n k u s nazywa pryszczycę »odczynem skóry, posiadającym dokładne cechy kliniczne i histologiczne; powstaje on w skórze uczulonej (usposobionej) na działanie pewnych określonych bodźców zapalnych, przenikających do niej z wewnątrz i z zewnątrz«.

R i e c k e podaje określenie następujące: »pryszczyca jest schorzeniem skóry, którego objawy kliniczne i anatomiczno-patologiczne wykazują li tylko zjawiska zapalne. Na zjawiska te, oraz na ich przebieg wpływa jednak wyższy, swoisty czynnik patologiczny, którego istoty szukać należy w usposobieniu narządu (skóry), lub też w skazie ogólnej«. Dla K r e i b i c h a jest pryszczyca »odruchem, powstającym wskutek pobudzenia nerwów czuciowych naskórka. Odruch

może być prosty, jednokrotny, lub też złożony, wielokrotny. Posiada on charakter zapalny i rozpoczyna się w postaci kropkowatej«.

Z rozmysłem podałem wyciągi, przytoczone powyżej, a dotyczące czasów nowych oraz chwili bieżącej, aby wykazać, jak badacze nowocześni ujmują i określają pojęcie pryszczycy. Jeżeli pominąć bardzo indywidualne określenie Kreibich'owskie, mające unaocznić charakter angioneurotyczny zapalenia, powstającego drogą odruchów nerwowych, to przyznać trzeba, że określenia te są albo bardzo ogólnikowe (Pinkus, Riecke), albo też mówią nazbyt wiele (Darier, Bloch). Badacze są jednomyślni co do objawów klinicznych i histologicznych sprawy pryszczycowej, co do jej istoty zapalnej, a także co do umiejscowienia zapalenia w pokładach górnych skóry oraz w naskórku (epidermo-dermitis). Kładzie się jednak, być może, nacisk niedostateczny na tak kardynalny objaw pryszczycy, za jaki należałoby poczytywać swędzenie. Zgoda panuje także co do szczególnego, widocznie swoistego uczulenia pryszczycowych. Zdaniem większości autorów uczulenie to ma być wyłącznie narządowe, czyli że w danym razie ma dotyczyć li tylko skóry. W tym sensie mówi się zatem, że pryszczycowi -- poza schorzeniem skóry -- są» zupełnie zdrowymi« (?) ludźmi«. Podnieść jednak muszę, że określenie Riecke'go zawiera dane o usposobieniu ogólnem (»skaza ogólna«) obok usposobienia miejscowego (»uczulenie skóry«). Ten szczegół, który znajdzie się także u Darier'a (o czem niżej), radzę zapamiętać. Jest rzeczą oczywistą, że nie daje się on pogodzić z pojęciem zdrowia zupełnego. Nie można bowiem uważać pryszczycowego, obarczonego skazą ogólną, za człowieka skądinąd zupełnie zdrowego«. Co się następnie tyczy wywołujących czynników pryszczycotwórczych. to należy zaznaczyć, że badacze najczęściej przypisują bodźcom zewnętrznym znaczenie rozstrzygające. Odnosi się przytem wrażenie, że rzecz dotyczy bowiem głównie powstawania t. zw. pryszczycy ostrej. Całokształt bodźców zewnętrznych jest nakreślony niezmiernie szeroko (Dariel, Block, Jaeger). Török wspomina jednak tylko o bodźcach przewlekłych i fizykalnych. Pinkus znowu mówi o »pewnych określonych bodźcach zapalnych, przenikających do skóry i z wewnątrz i z zewnątrz«. To już nieco zacieśnia niezwykle obszerne pole działalności pryszczycotwórczej czynników zewnętrznych, wyznaczone np, przez Darier'a i B. Bloch'a. Darier wszak twierdzi, że pryszczyca jest najczęstszem schorzeniem skóry, obejmującem $^1/_3$ część kliniki dermatologicznej. Jeżeli się jednak zastanowić nad tem, co mówi Block i Darier i jeżeli się wspomni, że liczba czynników zewnętrznych — w części pasożytniczych, głównie zaś chemicznych (np. nowe leki) — wzrasta z dniem każdym, to łatwo dojść do wniosku, że niebawem nie będzie człowieka, któryby nie był uczulony w ten lub inny sposób na bodźce pryszczycotwórcze. Każdy z nas będzie pryszczycowym, albo przynajmniej kandydatem na to schorzenie. Taką myśl widocznie zawiera w sobie zdanie Darier'a, głoszące, że «niemal wszystkie miejscowe bodźce drażniące pochodzenia różnorakiego, których działanie umiarkowane wywołuje zjawiska rumienia, mogą spowodować pryszczycę, gdy ich zadziałanie będzie bardziej energiczne«... A dalej mówi się: »niektóre bodźce posiadają właściwość wywoływania pryszczycy niemal u wszystkich ludzi«. W tych warunkach znaczenie i wartość usposobienia skóry, jej swoistego uczulenia na bodźce pryszczycotwórcze schodzi oczywiście na plan bardzo odległy i więcej niż drugorzędny. »Odczyn pryszczycowy« staje się nietylko zjawiskiem pospolitem, »banalnem«, lecz niemal fizjologicznem, normalnem, a w najlepszym razie subnormalnem. Należałoby zatem liczyć go do tej samej kategorji, co odczyn pokrzywkowy, powstający bez uczulenia uprzedniego u każdego człowieka, sparzonego pokrzywą.

Jak widać, nakreślenie zbyt rozległych granic pryszczycy może częstokroć doprowadzić do niepożądanych nieporozumień. I o ile w rozprawie czysto teoretycznej nieporozumienia takie dają się częstokroć załagodzić przez zastosowanie pewnego punktu widzenia, doskonałą djalektykę i umiejętność polemiczną, o tyle w życiu praktycznem rzecz się może przedstawiać zupełnie odmiennie. Wskażę przykład. W obszernem i bardzo drobiazgowem określeniu pojęcia pryszczycy Darier (a także B. Bloch) pominął milczeniem doniosłą kwestję zakaźności. Sądzę, że uczyniono to z rozmysłem. Autor pragnął uniknąć niezbędnych omówień i zastrzeżeń, nie nadających się do umieszczenia w zasadniczem określeniu schorzenia. Pryszczyca bywa wszak powszechnie uważana za schorzenie niezakaźne. Temu daje też wyraz Darier zaznaczając, że pryszczyca nie jest chorobą, spowodowaną mikrobami (str. 75). Tymczasem w rozdziale o anatomji patologicznej tego schorzenia (Nr. 5) można się dowiedzieć, że świeże pęcherzyki pryszczycowe albo zawierają drobnoustroje w chwili swego powstawania, albo też są zupełnie jałowe. (Zwracam uwagę, że kategorję pęcherzyków, zawierających drobnoustroje, umieszczono na planie pierwszym). Otóż tutaj znowu wynika nieporozumienie godne pożałowania. Nie mówiąc już o tem, że takie postawienie kwestji znakomicie zmniejsza wartość anatomji patologicznej pryszczycy, należałoby zwrócić uwagę na okoliczność następującą. Jeżeli przypuścić, że pęcherzyk zawiera od samego początku paciorkowca, lub też paciorkowca obok gronkowca, to wypada nazwać taki wykwit tworem liszajcowym. Wówczas można byłoby mniemać, że pęcherzyk liszajcowy może być utożsamiony z pęcherzykiem pryszczycowym — przynajmniej w pewnych warunkach. Przypuszczenie takie nie jest bynajmniej urojone, gdyż u tegoż autora spotykamy się już z faktem realnym tej kategorji. W gromadzie pryszczyc Darier opisuje wysypkę o przebiegu ostrym, trwającą 3—4 dni, której nadaje miano ostrej pryszczycy rozsianej, czyli liszajca prosówkowego (eczéma aigu disséminé ou impétigo miliaire). Jest to miliaria rubra et crystalina, lichen tropicus, pricily heat autorów. Na zasadzie badań bakterjologicznych i histopatologicznych Darier pragnąłby uważać to schorzenie za liszajcowe i przenieść do grupy liszajców. Umieszcza je jednak w rozdziale o pryszczycach li tylko dlatego, że wykazuje ono podobieństwo kliniczne raczej do pryszczycy, choć nie ujawnia skłonności do sączenia, choć wykwity nie skupiają się w gromady i choć przebieg całej sprawy jest zgoła odmienny. Tu autor wpadł w oczywisty dylemat kliniczny i patogenetyczny, który rozwiązał na niekorzyść liszajca. Mając przed oczyma t. zw. odczyn pryszczycowy, Darier wolał przypuścić istnienie raczej pryszczycy nietypowej, niż liszajca nietypowego. To samo dotyczy pryszczycopodobnego zapalenia liszajcowatego skóry typu Gougerot'a i Desaux (epidermo-dermitis streptococcica). Zostało ono zaliczone do grupy pryszczyc i nazwane pryszczycą paratraumatyczną, choć przyznać trzeba zupełnie bezstronnie, że niektóre cechy kliniczne schorzenia, a następnie dane etjologiczne, rozwój, przebieg, oraz odczyn leczniczy bynajmniej nie upoważniają do takiego wniosku. Za podobieństwem do pryszczycy przemawia jedynie obecność drobnych wykwitów pęcherzykowych liszajca prosówkowego oraz skłonność do sączenia. Słabą stronę tej pozycji Darier wyczuwa niewątpliwie. To też omawiając stosunek pryszczycy do liszajca, zaznacza on wyraźnie, że »drobnoustroje ropotwórcze« (czynnik etjologiczny liszajców) mogą (sont capables) w pewnych warunkach i na pewnem określonem podłożu spowodować zjawienie się zapalenia skóry typu pryszczycy zupełnie tak, jak każdy inny bodziec drażniący (faire naitre l'épidermo-dermite du type eczéma). W tem zdaniu zapalenie liszajcowate skóry (epidermo-dermitis strepto-staphylococcica) niewątpliwie przeciwstawia się zapaleniu pryszczycowemu (epidermo-dermitis eczematosa). Z pierwszego zradza się drugie. O ten właśnie wniosek głównie mi chodziło w danym razie. Schorzenie gronkowcowo-paciorkowcowe może być wywołaczem pryszczycy, nie jest jednak pryszczycą w sobie. Jest to raczej schorzenie przedpryszczycowe. Może ono wystąpić u niepryszczycowego. U osobnika ze skłonnością do pryszczycy może ono, lecz nie musi w każdym przypadku spowodować wybuch odczynu pryszczycowego. Aby to stać się mogło, niezbędne jest współdziałanie pewnych określonych warunków (t. zw. wyższy czynnik patologiczny Rieckiego).

Wobec powyższego nie widzę dziś powodu mianowania pryszczycą sprawy o tak określonym charakterze etjologicznym i patogenetycznym. Czy nie byłoby o wiele słuszniej i bardziej logicznie umieścić ją w grupie zapaleń ropnych

skóry (pyodermitis) obok gromady liszajców? Podobnie wszak czyni się z grzybicami skóry np. z grzybicą naskórkową Sabouraud'a (epidermophytia inguinalis), której stosunek pośredni do pryszczycy jest zupełnie analogiczny do wyż. wyłożonego. Takie ujęcie kwestji zwęziłoby zakres pryszczycy i zmniejszyłoby znakomicie nie liczbę czynników pryszczycotwórczych, lecz liczbę »odmian« tego schorzenia. Mnogość odmian nietylko obciąża, lecz do pewnego stopnia także zaciemnia niełatwe do określenia pojęcie pryszczycy.

B) Przytoczone rozważania prowadzą w linji prostej do pytania, co należy uważać za odczyn pryszczycowy? Zastanawiając się nad kwestją, jak badacze określają różne odczyny zapalne skóry w tej właśnie dziedzinie, dochodzi się do wniosków następujących. Jeżeli rzecz dotyczy przekrwienia skóry z łuszczeniem następczem, to zwykło się mówić o zapaleniu skóry pospolitem, banalnem (Dermatitis simplex). Zapalne zmiany skóry typu rumienia wielopostaciowego, bywają najczęściej oceniane jako osutki lekowe. Zapalenie pęcherzykowe skóry, wykazujące skłonność do sączenia, bywa zazwyczaj nazywane pryszczycą, odczynem pryszczycowym. spryszczeniem (eczematisatio), przyczem ujawnia się wyraźna chęć utożsamienia ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry wywołanego sztucznie (Dermatitis vesiculosa artificialis) z pryszczycą ostrą. Takie określenie odczynu, zgodne z przyjętem dawniej, mieści w sobie pewną sumę danych klinicznych, pewien zespół wykwitów, z któych kazdy posiada jednaką wartość patologiczną, jak to słusznie zaznacza Darier. Wśród nich pęcherzyk — źródło sączenia — zajmuje jednak stanowisko naczelne i on też nadaje całemu odczynowi znamienną cechę kliniczną. Pęcherzyki zazwyczaj bywają drobne, punkcikowate, rozmiarów łebka szpilki, ziarna maku i najczęściej wielkości jednakiej. Pokrywa ich jest dosyć gruba, spoistość twarda. Podczas dotykania palcem otrzymuje się wrażenie, jakoby twory były wbite w naskórek. Pęcherzyki zwykły skupiać się w gromady.

Przytoczone dane kliniczne odczynu pryszczycowego bynajmniej nie mogą być poczytywane za bezwzględnie patognomistyczne dla sprawy. W dermatologji spostrzega się bowiem zapalenie pęcherzykowe w wielu innych schorzeniach, nie mających nic wspólnego z pryszczycą, albo też wykazujących z nią łączność jedynie pośrednią. Dlatego też objawy kliniczne odczynu zazwyczaj bywają uzupełniane obrazem histopatologicznym. Stanowi to całość, która pozwala wej zeć o wiele głębiej w istotę sprawy chorobowej. Otóż dla typowego odczynu pryszczycowego, który jest zjawiskiem zapalnem, należy uważać za znamienne współistnienie 5 faktów. Do nich zalicza się: a) umiejscowienie zapalenia w pokładach górnych skóry właściwej oraz w naskórku (epidermo-dermitis); b) przeobrażenie gąbczaste naskórka wskutek obrzęku międzykomórkowego (spongiosis), powodującego powstawanie pęcherzyków śródkolczastych; c) rozrost warstwy kolczastej naskórka (acanthosis); d) rogowacenie wadliwe naskórka (parakeratosis); e) stan jałowy zawartości pęcherzyków. Każdy z tych objawów wzięty oddzielnie posiada jedynie względną wartość rozpoznawczą. Zważyć bowiem należy, że nawet przeobrażenie gąbczaste, rzekomo tak swoiste dla pryszczycy, można też wykazać w innych schorzeniach skóry, że tylko wymienię dla przykładu ziarniniaka grzybiastego oraz grzybicę strzygącą. Wobec tego sądzę, że dla dokładnej i pewnej charakterystyki pryszczycy należy wymagać współistnienia wszystkich objawów mikroskopowych, wymienionych powyżej. Muszę to znowu nazwać zwężeniem pojęcia pryszczycy, mniemam jednak, iż jest to rzecz pożądana, a nawet konieczna. Z tego punktu widzenia nie mógłbym nazwać pryszczycą zmian histopatologicznych, podanych przez H. Jaeger'a w opisie odczynu skóry, wywołanego sztucznie przez zastosowanie pewnych odczynników chemicznych (t. zw. naskórna próba czynnościowa Jaeger'a i Bloch'a). Znajduję tam dane jedynie co do punktu a i b, stwierdzam brak wzmianki o punktach c, d i e. Z mojego punktu widzenia Jaeger opisuje pospolity odczyn pęcherzykowy skóry, nie zaś odczyn pryszczycowy. Mogę to zresztą najzupełniej stwierdzić na zasadzie własnych porównawczych badań mikroskopowych, o których poniżej jeszcze będzie mowa.

Dok. nast.

Stanisław PROGULSKI. Lwów.

O wpływie białka na wydzielanie moczu u niemowląt.

Z Kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Franciszek Groër.

Wpływ, jaki poszczególne składniki, wchodzące w skład pożywienia dziecięcego, wywierają na wydzielanie moczu był już przedmiotem bardzo licznych badań.

W szczególności najwięcej zajmywano się wpływem wody i soli nieorganicznych. Fakt ten jest dostatecznie zrozumiały wobec wielkiego znaczenia, jakie dla tkanek ustroju dziecięcego i ich sprawności mają właśnie te najzwyczajniejsze składniki pożywienia.

Dość wspomnieć, że tkanki ustroju dziecięcego są znacznie bogatsze w wodę niż u dorosłych a nadto, że przyjmowanie wody u niemowlęcia jest stosunkowo ogromne, wynosi bowiem około 150 gr na 1 kg wagi jego, u osobnika starszego zaś mniej więcej 35 gr [1]). Jedyny wiek, niemowlęcy, w którym większą część roku odżywia się człowiek wyłącznie lub przeważnie płynnym pokarmem. Zwiększonemu zaś przyjmowaniu, odpowiada większa wydzielniczość organów temu celowi służących, w pierwszym więc rzędzie nerek, dalej skóry, płuc i przewodu pokarmowego.

Z przemianą wody ściśle jest związaną przemiana soli nieorganicznych, których ona jest nośnikiem a stosunek ten jest częstokroć na wzajemnej zależności oparty.

Z innych składników organicznych pożywienia, to węglowodany były również przedmiotem badań wpływu, jaki na wydzielanie moczu i w ogólności na bilans wody u niemowlęcia wywierać mogą. Temat pociągający nietylko z punktu teoretycznych dociekań, ale i zwyczajnych spostrzegań klinicznych w dziedzinie odżywiania niemowląt. Wystarczy przytoczyć ciekawe zjawisko wiązania wody spożytej wraz z węglowodanami a stwierdzane nagłym przybytkiem ciężaru ciała, które w patologicznych stanach doprowadzić może do miejscowych bądź ogólnych obrzęków.

Wpływ, jaki wywierać może na wydzielanie moczu niemowląt jeden z najważniejszych składników pożywienia t. j. białko, mało jest dotąd znany Raczej przygodnie i przy sposobności innych badań bywał przedmiotem rozważań. Tak n. p. Nieman [2]), rozpatrując znaczenie węglowodanów dla diurezy, stwierdza, że wpływ białka na wydzielanie moczu jest raczej ujemny, przez co rozumieć należy zmniejszenie się moczu. Jeśli niemowlęciu usunie się z pożywienia białko zastąpiwszy je kalorycznie równoważną ilością węglowodanów, wówczas ilość moczu zwiększy się uderzająco do tego stopnia, że można mówić prawie o »zalaniu nerek wodą«. To samo zjawisko spostrzegał tenże autor w innym przypadku, odżywiając dziecko mączką a więc pokarmem ubogim w azot.

Ilość moczu zwiększyła się w tem doświadczeniu z 500 na 1000 gr

Ten uderzający przyrost moczu nasuwa Niemanowi pewne podejrzenie, czy w przypadku ostatnim nie jest rozstrzygającym raczej brak soli i niemożność związania wody. Nie stwierdzając tego niezwykłego spostrzeżenia doświadczeniem dodatniem, t. j. zachowaniem się moczu po dodaniu białka do pokarmu, przyjmuje Nieman zatrzymanie wody za rzecz pewną.

Podobne obniżenie zauważył Moraczewski [3]) u dorosłych przy sposobności swych badań nad wydzielaniem chlorków i wody drogą nerek w zależności od pożywienia. Stosując próbę wodną skombinowaną, spostrzegał po wypiciu 1000 gr wody i zjedzeniu równoczesnem 100 gr sera, zmniejszenie się moczu do ilości 423 gr.

W doświadczeniu jego zmieniało się również wydzielanie soli w ten sposób, że chlorki zjawiały się już w początkowych porcjach moczu w zwiększonych ilościach.

Taki wpływ białka na zachowanie się wody w ustroju, mógłby w patologji dziecięcej mieć ważne znaczenie, dając się wykorzystać leczniczo w wielu schorzeniach, w których

[1]) cytat Nobla T. 22. Z. f. K. Nr. 27.
[2]) Nieman. J. f. K. T. 82. Str. 26.
[3]) Moraczewski. Pol. Gaz. Lek. Nr. 2. 1924. Str. 21.

ustrój dziecięcy ubożeje w zawartość wody nieraz dość nagle i w sposób katastrofalny, jak to się dzieje w ciężkiej niestrawności bądź w zatruciu *(toxicosis)*, schorzeniach przebiegających z biegunką i wymiotami.

Nasuwa się więc pytanie, czy istotnie białko posiada wpływ zatrzymujący wodę w ustroju i jak się ma ta sprawa u niemowląt t. j w wieku, w którym dążność zatrzymywania wody, należy przecież do jego właściwości.

To zagadnienie staraliśmy się rozstrzygnąć zapomocą eksperymentu klinicznego urządzonego tak, aby dokładnością swoją mógł zastąpić żmudne i uciążliwe dla dzieci badanie przemiany materji. Należało więc oznaczyć z jednej strony wagę codziennego pokarmu wraz z zawartością wody, a z drugiej ilości wydzielanego moczu i stolca. Dalej, wartość odżywcza pokarmu wyrażona w jednostkach i zawarta w jednostce wagowej n. p. w 1 gr powinna być oparta na stosunku stałym w ciągu całego doświadczenia.

Zachowanie stałości tych dwóch wielkości przedstawia wartość zagęszczenia pokarmu. Jestto wzgląd, który dla wydzielania moczu ma zasadnicze znaczenie. Tylko bowiem przy zachowaniu tej samej koncentracji pokarmu można porównywać wydzielniczość moczu po dodaniu pewnego składnika pokarmowego z tą, jaka była przed jego wprowadzeniem.

Eksperyment nie byłby dokładny, gdyby w obliczeniach przyjętych płynów, ograniczyć się jedynie do zliczenia samej wody. Nadmieniamy o tem dlatego, że w dotychczasowych spostrzeżeniach okoliczność ta była stale pomijana, w zestawieniach nie uwzględniano bynajmniej wagi pokarmów stałych. Rozbudowa systemu odżywiania według Pirqueta wniosła znaczenie wagi składników pokarmu + zawartość wody, jako ilości przetwarzanej przez ustrój na mocz, ona nadto dała nam również pojęcie koncentracji pożywienia, która znalazła praktyczne zastosowanie w przyrządzaniu pożywienia dziecięcego. Szkoła wiedeńska w ciekawych swych studjach nad bilansem wody w ustroju starszego dziecka (N o b e l), [4]) nad stosunkiem zgęszczenia pokarmu do przyrostu wagi ciała a ilości moczu u niemowląt (H e l m r e i c h i S c h i c k [5]) zwróciła uwagę na szereg zagadnień z zakresu przemiany wody i wypracowała szczegółową metodykę dla tego rodzaju badań

Jej myślą przewodnią jest, że mocz człowieka pochodzi z wprowadzonej wody i stałych składników i to nietylko z tej ilości, która w nich może być zawartą, lecz także powstałej ze spalenia w ustroju węglowodanów, tłuszczów i białka w ilości zależnej od ich ciężaru drobinowego.

Tak n. p. ze 100 gr węglowodanów po odliczeniu suchej substancji, nie ulegającej przemianie na mocz, pozostaje 60 gr wody.

ze 100 gr tłuszczów pozostaje 90 gr wody
ze 100 gr białka « 80 gr «

Odliczywszy więc ilość substancji »nie tworzących moczu« w poszczególnych składnikach, otrzymujemy tak niskie liczby, że bez popełnienia większego błędu, można przyjąć wagę pożywienia za równającą się wadze wody.

Doświadczenie wykonaliśmy u 4 ga niemowląt, chłopców, w wieku 2, 8. 9 i 12 m. w pierwszych dniach kwietnia b. r. w czasie pogodnym przy ciepłocie pokojowej w granicach 13—15⁰ R, przy stale otwartych oknach dla uniknięcia wyższej ciepłoty zewnętrznej a z nią zwiększonego przeziewu. Były to niemowlęta zdrowe, pozostające w dłuższej obserwacji klinicznej, o sprawności trawiennej prawidłowej i prawidłowym typie konstytucjonalnym.

Doświadczenie trwało dni 6, obejmując 3 okresy, z których każdy trwał 2 dni. W ciągu pierwszego wszystkie dzieci dostawały mleko krowie pełne o stałej i zwyczajnej zawartości tłuszczu, z dodatkiem 8,5 cukru buraczanego na 100 gr, co w systemie odżywiania Pirqueta odpowiada wartości odżywczej półtoracznej. Jestto wartość, którą zazwyczaj posługujemy się przy odżywianiu zdrowych niemowląt z jak najlepszymi dla nich wynikami.

[4]) l. c.
[5]) H e l m r e i c h i S c h i c k. Z, f. K. T. 30

Ilości pokarmu spożywanego w ciągu doby obliczono u każdego dziecka wedle osobniczego ich zapotrzebowania odpowiednio do wielkości powierzchni odżywiania.

W okresie drugim dostawały dzieci pokarm umyślnie przyrządzony. Do 100 gr serwatki pozostałej po zrobieniu sera, dodano 20 gr kilkakrotnie przetartego sera. Ilość tłuszczu pozostawiono tę samą, podobnie uzupełniono ilość węglowodanów dodając cukru. Użyto serwatki w tym celu, aby utrzymać tensam skład soli co w mleku krowiem. Ciężar pokarmu i wartość odżywcza, czyli koncentracja pokarmu pozostały w niezmienionym stosunku. Pokarm ten przypomina tak z wyglądu, jak smakiem swym, mleko białkowe a przez większą zawartość cukru jest wcale smacznym do spożycia. Różnica polegała w odmiennej zbitości, co jak wiadomo, przyjmują nawykłe do mleka i zdrowe niemowlęta z pewnym sprzeciwem. W pierwszych godzinach podania zwracają nawet pewne jego ilości, rychło jednak przyzwyczajają się do nowego pożywienia i spożywają go bez trudności.

Doświadczenie rozpoczęto o 6 rano t. j. w 9 godzin po ostatniem karmieniu o 9 wieczorem dnia poprzedniego

Mocz chwytano do przywiązywanych do członka rurek szklanych a nadto podkładano każdorazowo dokładnie ważone pieluszki, tak aby w razie wylania się poza rurkę nie uronić jego ilości. Stolce przy tym pokarmie przyjęły charakter stolców tłuszczowo-mydlanych, były p r a w i d ł o w e j zbitości i barwy. Oznaczano je wagowo podobnie, jak i wymioty, które chwytano do odważanych przedtem i podkładanych podbródków [6]).

Trzeci wreszcie z okresów dwudniowych był powtórzeniem okresu pierwszego.

Znaczenie pierwszego okresu t. j. wstępnego dla wydzielania moczu, jak to wynika ze spostrzeżeń S i e b e c k a [7]) jest ważne. U dorosłych zauważył on, że »stan« osobnika w czasie przed doświadczeniem jest czynnikiem wpływającym na wydzielanie moczu. Diureza wzrastała, jeśli osobnik przed tem wypijał większą ilość wody i naodwrót malała, gdy zmniejszył jej spożywanie. Opierając się na tem spostrzeżeniu E. A s c h e n h e i m podawała niemowlętom przez czas długi, gdyż przez dni 31, skoncentrowany pokarm w postaci mleka białkowego z 15% cukrem, bez dodawania wody. Po tym czasie z 200 gr naczczo podanej wody destylowanej zatrzymało niemowlę raz wszystko, w innych kilku przypadkach większe ilości. Również spostrzegał H e l m r e i c h różnice w ilościach wydzielanego moczu przy przejściu z jednego pokarmu na drugi, przyczem ustrój zachowywał się w ten sposób, że wydzielanie wody w pierwszych dniach zmiany pokarmu zatrzymywało się na tym poziomie, jaki miało przy poprzednim pokarmie. Stąd wynikały nawet pewne opaczne zjawiska n. p. zwiększona diureza przy zmniejszonym dowozie wody lecz po poprzednim okresie obfitych ilości wypitej wody. Wszystkie te jednak zmiany spostrzegać było można tylko przy różnicach w koncentracji podawanego pożywienia. W naszem doświadczeniu dla uniezależnienia się od tych wpływów, pozostawały niemowlęta nietylko w czasie doświadczenia ale i przed niem od dłuższego czasu na tej samej koncentracji półtoracznej.

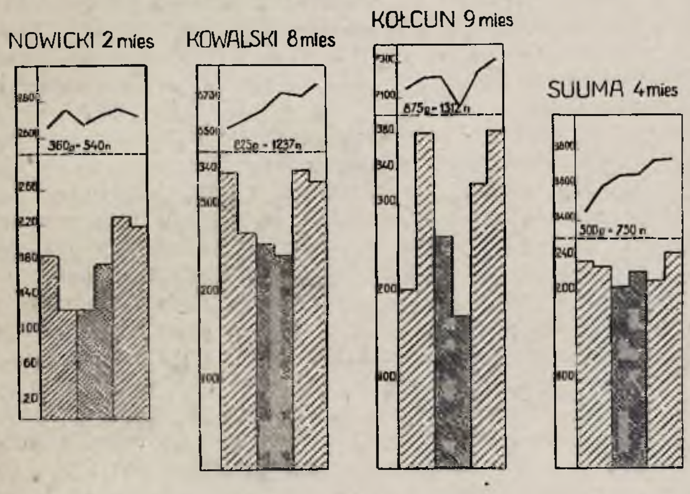
Jak się to z tablic powyższych okazuje, można stwierdzić pewien wpływ podanego w pokarmie białka na ilość wydzielonego moczu. Zatrzymanie wody oznaczone ciemnem polem nie jest jednak tak wybitne, jakby się tego należało spodziewać na podstawie przytoczonych już wyżej spostrzeżeń.

Jeżeli na djecie węglowodanowej z wykluczeniem białka widział N i e m a n wprost »zalanie nerek wodą«, to po podaniu białka oczekiwać należałoby przynajmniej wybitnie powstrzymanej diurezy. Wzbogacając nadto podany pokarm odsetką 20 gr. sernika, podnieśliśmy zwyczajną zawartość procentową 2 dekanemów w mleku krowiem (wedle tablicy Pirqueta o wartości dziennej artykułów spożywczych), po doliczeniu jeszcze białka serwatki na 4,4 dekanemów. Energja

[6]) Szczególne podziękowanie wyrazić należy ofiarnej współpracy dniem i nocą Siostrom Szkoły zawod. pielęgniarek Wydziału lek. lwowsk. (SS. Annie, Helenie i Oldze).
[7]) cyt. E. Aschenheim Z. f. K. T. 24. Str. 288.

białkowa uległa przeto zagęszczeniu z dotychczasowej 14,3% na 29,2%.

Tymczasem ilość wydzielonego moczu w okresie białkowym zmalała w miernym tylko stopniu.



Górna część obrazu: krzywa wagi, ciężar pożywienia i jego wartość odżywcza w nemach.
Dolna część: ilość moczu w okresach dwudniowych, środkowe pole podczas dyjety białkowej.

Dla przedstawienia cyfrowego obliczyliśmy dokładnie w każdym przypadku sumę spożytego pokarmu w dwudniowym okresie (odciągnąwszy przedtem wagę wymiotów). Zestawiwszy tę ilość z ilością moczu wydzielonego w tym samym czasie zestawiliśmy procentowy stosunek moczu do wagi przyjętego pokarmu.

Przedstawia się on następująco:

Dwudniowe okresy	Now. 2 m.	Kow. 8 m.	Koł. 9 m.	Sul. 4 m.
I.	47%	38%	33%	46%
II. Mleko sernikowe	46	30	28	42
III.	68	40	37	47

Zarówno z tablic, jak i z procentowych obliczeń widocznem jest, że stosunkowo największa wydzielniczość moczu przypada na okres trzeci, t. j. na czas powrotu z djety bogatej w białko na uboższą. Możnaby przypuścić, że ustrój dążąc do wyrównania wody, czy też chcąc pozbyć się zwiększonej ilości produktów rozpadu białka wydala ją nawet z pewnym impetem w czasie nieco opóźnionym.

Posługując się tą samą techniką w urządzeniu doświadczenia i przestrzegając stałości tych samych warunków wykonaliśmy szereg dalszych prób u 5 ga niemowląt. Różnica polegała w przyrządzeniu djety białkowej podanej w drugim okresie. A mianowicie: dwadzieścia gramów sernika wyciśniętego przetarto kilkakrotnie i zmieszano z 80 gr czystej wody przegotowanej, wyrównawszy brak węglowodanów i nadmiar tłuszczu ściśle z ilością tychże składników w mleku półtoracznem podanem w I. i III. okresie.

W ten sposób pokarm sernikowy nie zawierał soli, które pozostały w odrzucowej serwatce. Niemowlęta przyjęły to pożywienie równie dobrze, starsze o bardziej wyrobionym już smaku, zwracały w pierwszym dniu nieznaczne ilości. Charakterystycznie zachowały się u nich stolce, a mianowicie po tym pokarmie przybrały barwę jasno szarawą i zbitość do tego stopnia, że nieraz z trudnością, tylko dzieci były w stanie je wydalić.

Diureza w okresie środkowym wzrosła do znacznych ilości. Zjawisko znane i zrozumiałe wobec roli, jaką dla budżetu wody w ustroju odgrywają sole nieorganiczne.

Przez wykluczenie NaCl, jak w powyższem doświadczeniu można było zmusić ustrój do wydostania jej z tkanek, woda nie związana z solami, wydzieliła się z moczem.

Dwudniowe okresy	Zbign. N. 2 mieś.	Sklepk. 2 mieś.	Wład. S. 3½ mieś.	Kowal. 7 mieś.	Sochanek 12 mieś.
I.	47%	48%	49%	32%	32%
II. Ml. sernikowe bez soli	54	63	58	54	42
III.	26	39	40	25	26

Wpływ soli jest tu tak wielki, że przeważył ewentualne powstrzymanie diurezy wywołane nadmiarem białka.

Mechanizm miernego zatrzymywania wody po pokarmie białkowym u niemowląt nie jest dostatecznie znany. N i e m a n szuka wyjaśnienia tej zależności w zwiększonej przemianie materji, jaka po białku, jako składniku szczególniej dynamicznym, wystąpićby miała. Z nasileniem tego procesu ma wzrastać zarówno ciepłota, jak i utrata wody drogą parowania. A przeto ograniczona wydzielniczość moczu po białku polegałaby tylko na zmianie drogi, jaką obrałaby woda, dążąc do opuszczenia ustroju przez inny organ, to jest — skórę.

Nie jest jednak prawdopodobnem zdanie tegoż autora aby jedynie taki mechanizm był przyczyną tego stanu. Możliwem jest, jak to już dla dorosłych wykazywał G r a f e, [8]) że w razie braku ciał azotowych w pożywieniu uwalnia się woda z niemi dotychczas związana i uchodzi drogą nerek. Wpływom różnorakiego wchłaniania się soli przypisuje M o r a c z e w s k i różnice w diurezie. Pod wpływem pokarmów, które działają jako bodźce na wydzielanie soków żołądkowych i jelitowych, następuje zwiększenie chloru a ten zaś wpływa kolejno na zmniejszenie wydzielania wody drogą nerek.

Prof. A. TRZECIESKI. Poznań.

Treść i znaczenie farmakologji jako chemjopatologji i chemjoterapji.

Wstęp do kursu farmakologji, wygłoszony na Uniwersytecie Poznańskim.

Świat zewnętrznej przyrody może wywierać najpotężniejszy, najrozmaitszy wpływ na żywe istoty, które go zamieszkują, które się żywią jego kosztem, i same jego cząstki składają.

Te wpływy zewnętrznej przyrody, w jednych warunkach w jednych granicach — szkodliwe, zgubne, w drugich naodwrót — w tym lub innym kierunku dobroczynnie, zbawiennie na życie mogą oddziałać. Właśnie ostatnie dobroczynne dla życia wpływy natury, o ile one szczególnie człowieka dotyczą, najbardziej nas medyków zajmują. My staramy się je poznać, zbadać, niemi owładnąć, ażeby przy ich pomocy podtrzymać, podnieść życie tam, gdzie ono upada, lub obronić je od tych wrogów, co mu korzenie podgryzają.

Wszystkie wpływy i siły zewnętrznej przyrody, które są tylko w stanie dodatnio oddziałać na organizm, szczególnie — na organizm chorego człowieka, my nazywamy l e c z n i c z e m i, albo l e c z ą c e m i. Te z pośród nich, które działają dzięki swej fizycznej energji: cieplnej, świetlnej elektrycznej, mechanicznej — wchodzą w zakres osobnej gałęzi terapji (t. j. nauki o leczeniu), tak zwanej fizycznej terapji, lub f i z j o t e r a p j i.

Lecz pomimo fizycznych, przyroda posiada jeszcze niewyczerpany zapas wpływów chemicznych. Te wpływy che-

[8]) cyt. przez Niemana.

miczne, nieskończenie rozmaite, bezgranicznie potężne, tem większą na siebie naszą uwagę zwracają, tem większe dla nas mają znaczenie, że i nasze całe życie, we wszystkich jego przejawach, niczem jest innem, jak tylko wyrazem, odbiciem na zewnątrz, chemicznych takoż procesów. Nasze ciało, jak i każdego zwierza, złożone jest z komórek, a każda komórka żyje i pewne czynności ujawnia tylko dzięki tym chemicznym, lub fizyko-chemicznym, procesom, które się w niej odbywają.

Te procesy komórkowego chemizmu są to przeważnie procesy rozszczepienia złożonych ciał na prostsze. Pierwiastki, lub ich mocniej spojone grupy, tak zwane, rodniki (radykały), przy rozpadaniu się złożonych związków (względnie — ich cząstek) rozmieszczają się w innym niż przedtem porządku, teraz już — według najsilniejszego wzajemnego powinowactwa. I wskutek nasycenia tego powinowactwa oswobadza się żywa, kinetyczna energja, która się przejawia na zewnątrz w postaci ciepła, mechanicznych sił i t. d.

Że takie nowe rozmieszczenia, przegrupowania składających elementów (i rodników) istotnie mogą służyć źródłem kinetycznej energji, najprostszym dowodem — pierwszy lepszy wybuchowy materjał. Całkiem bierny napozór, kryje on w sobie ogromny zapas potencjalnej energji, t. j. ukrytej energji chemicznego powinowactwa, która to przy naruszeniu jego chwiejnej równowagi zostaje zwolniona w postaci żywych sił wybuchu.

W organizmie człowieka, jak i każdego zwierza, dopóki tylko ogień życia płonie, toczą się procesy rozkładu złożonych ciał, idzie wyzwolenie utajonej energji.

Oto co służy podstawom życia i wszystkich życiowych czynności. Jeśli zwierzę się rusza, wytwarza ciepło, elektryczność, światło (jak niektóre owady lub wymoczki), jeśli nakoniec ono ujawnia formy, tak zwanej »wyższej« psychicznej energji, t. j. jeśli ono odczuwa, myśli, rozważa, to wszystko ma miejsce tylko dzięki tym chemicznym lub fizyko-chemicznym procesom, które się odbywają w stosownych tkankach i komórkach.

I gdy tylko te procesy komórkowego chemizmu zmieniają się, zmieniają się jednocześnie i ich zewnętrzne odbicia, stosowne przejawy i funkcje życia. A za pewnemi granicami takie uchylenia od normy przedstawią nam ten stan nienormalnych, patologicznych funkcyj, który my nazywamy chorobą.

W taki to sposób, podstawą życia, bezwzględnie zdrowego, czy też chorego, służą procesy komórkowego chemizmu. Jak już była mowa, są to procesy przeważnie rozszczepienia złożonych ciał. Materjał dla takiego rozszczepienia zostaje uzupełniony, odnowiony przez wprowadzenie z zewnątrz do organizmu pokarmu. I trzeba wiedzieć, iż zmieniając ilość i jakość tego pokarmu, do pewnego stopnia możemy wywierać wpływ na procesy komórkowego chemizmu, a więc na funkcje i przejawy życia. Takiemi to właśnie leczniczemi, pokarmowemi wpływami zajmuje się osobny rozdział terapji — d j e t e t y k a.

Pomimo jednak pokarmowych, świat zewnętrznej przyrody posiada niezliczone zapasy ciał, które źródłem żywych sił w organizmie nie służą, a więc dla celów odżywiania wcale się nie nadają, a jednakowo mogą wywierać wpływ, i nieraz nadzwyczaj silny, na procesy komórkowego chemizmu, a więc na funkcje i życie całego organizmu. Badaniem działania tych wpływów na organizm zwierzęcy, wpływów chemicznych z wyjątkiem pokarmowych, trudni się f a r m a k o l o g j a.

W gruncie rzeczy, farmakologja zajmuje się w pierwszej linji działaniem tych ciał, które wpływ dobroczynny, leczniczy na chory organizm wywierają. A więc — lekarstwo. Stąd pochodzi i sama nazwa od greckiego słowa »*pharmakon*« co znaczy — lekarstwo. Inaczej mówiąc, farmakologja jest przedewszystkiem chemiczną terapją — c h e m j o t e r a p j ą.

Co się zaś tyczy chemicznych sił natury, dla człowieka szkodliwych, zgubnych, one składają do pewnego stopnia odosobniony dział, naukę o jadach, t o k s y k o l o g j ę, którą możnaby nazwać c h e m j o p a t o l o g j ą. Oczywiście, iż chemjopatologja, posiadająca sama przez się ogromne praktyczne znaczenie dla lekarza, powinna być włączona do kursu farmakologji. Lecz sam ten podział niezmiernego w swej ilości materjału różnorodnych chemicznych wpływów natury na dziedzinę farmakologji, t. j. leków i dziedzinę toksykologji, t. j. jadów — może być usprawiedliwiony tylko jako korzystniejsza pod względem praktycznym specjalizacja, jak poniekąd wymuszone rozgałęzienie jednego pnia, nauki o działaniu chemicznych wpływów natury na organizm zwierzęcy. I podział tej nauki na zakres ścisły farmakologji i toksykologji może być tylko względnym i sztucznym. A to dla tej prostej przyczyny, iż rozgraniczyć chemiczny materjał natury co do jego działania — wyłącznie leczniczego, lub wyłącznie toksycznego — całkiem jest niemożliwe. Istotnie, jeśli jakikolwiek bądź środek zdolny jest wogóle wywrzeć pewien wpływ na organizm zwierzęcy, to tem samem stwarza się możliwość i jego dodatniego, leczniczego działania w odpowiednich warunkach, a z drugiej strony — i działania ujemnego, toksycznego, mianowicie, kiedy efekt w sensie napięcia lub rozprzestrzenienia przekroczy wiadome granice. I w praktyce, jedno i to samo ciało w pewnych warunkach, w pewnej ilości może oddziaływać jak lek, w innych, naodwrót, jak jad. Tak n. p. morfina w małych dawkach jest to znakomity środek, uśmierzający ból, a w dawkach większych — śmiertelny jad. Lecz nawet w jednych i tych samych, leczniczych, terapeutycznych dozach morfina może działać na organizm i dodatnio i ujemnie, zależnie od okoliczności. Tak n. p., morfina już w małych leczniczych dawkach uśmierza ból, gdyż obniża pobudliwość kory mózgowej, zwłaszcza jej czuciowych komórek. Wskutek czego słabną wszelkie odczucia, szczególnie bólu, a w sferze psychicznej następuje pewnego rodzaju uspokojenie, sprzyjające snu. Jednocześnie morfina rozszerza naczynia mózgu. Ten ostatni efekt zazwyczaj tak mało jest uwydatniony, że w grę bynajmniej nie wchodzi i klinicznie zgoła się nie ujawnia. Natomiast w zdarzeniach już istniejącego przekrwienia mózgu, n. p. przy bólu głowy, lub podczas gorączki — naczyniowy efekt morfiny staje się tak wyraźnym, iż zupełnie zmienia jej podstawowe na korę mózgową działanie (naturalnie, mowa tu o małych dawkach). I zamiast kojącego efektu spostrzegamy naodwrót, zwiększenie bólu głowy, psychiczny niepokój i bezsenność.

Na tym przykładzie łatwo się przekonać, jak względnym jest podział chemicznego materjału natury na zakres farmakologji i toksykologji. Ostatnia, chociażby już tylko w pewnym obrębie, jako toksykologja leków, wcieloną jest do farmakologji, tworząc z nią jedną niepodzielną całość.

* * *

Nasza znajomość leczniczych i jadowitych chemicznych wpływów natury sięga swojemi korzeniami najstarszych okresów ludzkości. Na nią składały się i teraz się składają, przypadkowe spostrzeżenia laików i mniej lub więcej świadome doświadczenie lekarzy. W taki to sposób ogromna ilość ciał już została bodaj jednostronnie wypróbowana co do ich wpływu na organizm człowieka, a niektóre z pośród nich weszły już do arsenału współczesnej terapji.

W nowszych czasach, medycyna wzbogaciła się, jeszcze dwoma źródłami chemicznych wpływów. Dzięki powstaniu nowej nauki, bakterjologji, potrafiono przygotowywać zapomocą bakteryj i z samych bakteryj nadzwyczaj silnie działające jady i leki. O tych sukcesach immuno- i sero-terapji szczegółowo traktuje bakterjologja.

Z drugiej znów strony, niezmierny rozwój współczesnej chemji dał w ręce możność tworzenia całkiem nowych leków, jakich wogóle w przyrodzie niema, w drodze sztucznej, w drodze s y n t e z y. Temu to źródłu syntezy leków za krótki czas jej istnienia medycyna zawdzięcza cały szereg nader cennych środków. Tak, nowoczesne środki nasenne, przeciwgnilne, przeciwgorączkowe, znieczulające (miejscowo), etc. — to wszystko produkty syntezy. I trzeba uznać, iż wiele pośród nich pod względem specyficzności, t. j. czystości efektu, nie wiele pozostawia do życzenia.

Synteza lekarstw opiera się na istniejących farmakologicznych danych, a każdy nowy krok na tej drodze musi

podlegać ścisłej farmakologicznej kontroli, kontroli eksperymentu i klinicznej obserwacji.

Wyobraźmy sobie, n. p., iż celem naszej syntezy ma być możliwie doskonały nasenny środek. Otóż, za punkt oparcia naszych rozważań będą służyć naturalnie własność już istniejących, już znanych nasennych środków; ich skład chemiczny i ich działanie.

Przypuśćmy schematycznie, iż w pewnej grupie (lub grupach) nasennych środków cząsteczki ich składają się z następujących rodników (radykalów)·

I — *a b c*
II — *a d s*
III — *a f h*

Otóż zauważamy, iż wszystkim tym środkom, lub szeregom tych środków, wspólny jest jeden radykał — *a*. Więc wnioskujemy, iż obecność jego to właśnie jest wyrazem ukrytych w cząsteczce nasennych wpływów (taką rolę w rzeczywistości odgrywa grupa *etylu* — C_2H_5). Co się zaś tyczy kombinacyj tego radykału *a* z innemi, to właśnie w przytoczonych szeregach bynajmniej nie są najkorzystniejsze. Gdyż, w I n. p., szeregu działanie nasenne jest nader krótkotrwałe, wskutek szybkich zmian (utlenienia) w organizmie.

Środki II szeregu mało są rozpuszczalne, a więc wchłaniają się powolnie i działanie ujawnia się tylko po upływie pewnego czasu. Co gorsza, przy dłuższem użyciu mogą być szkodliwe. (Taki wpływ istotnie posiada grupa »*Sulfo*« SO_2).

Środki III szeregu nie dają czystego efektu, gdyż działają ujemnie na serce. (Tem się odznacza obecność w cząsteczce chlorowców).

Otóż, opierając się na podstawowej grupie *a*, obmyślamy dla niej połączenia z takiemi rodnikami, któreby, stosownie do znanych ich farmakologicznych własności, złożyły się na całość, najpożądańszą w danym kierunku nasennego działania. Co do możliwości ziszczenia w praktyce tej teoretycznej kombinacji (czasem tylko kosztem nieznacznych zmian w cząsteczce), o tem decydują naturalnie chemicy. I jeśli im taka synteza udała się, medycyna ma w swem posiadaniu nowy środek, lecz jeszcze nie do użycia, ale tylko do wszechstronnego wypróbowania w eksperymentach na zwierzętach i w doświadczeniach klinicznych na ludziach. Czy też istotnie wynik najściślejszej kontroli stwierdza w praktyce teoretycznie pomyślane własności nowego ciała.

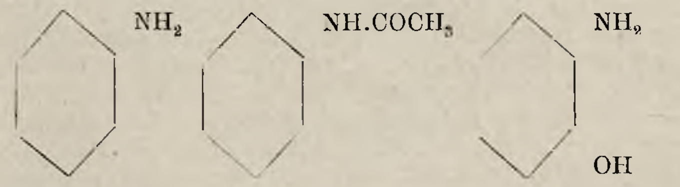
Otóż, niestety, w wielu, bardzo wielu, przypadkach, ta niezbędna dla każdego nowego środka farmakologiczna kontrola nie jest dość ścisła, dość wszechstronna i dość ostrożna. Wynalazca i fabrykant, jak wszyscy rodzice, roszczą, zazwyczaj zanadto wiele nadziei i pretensyj, jak do dzieci własnych, do swoich wytworów, zresztą śpieszą zebrać praktyczny plon swojej pracy i swoich wydatków. I nowy środek, niestety, przedwcześnie poroniony, w stroju jaskrawej reklamy zjawia się na świat.

Jest to istna plaga współczesnej terapji ta powódź nowych środków, któremi fabryki zalewają rynek medycyny. Jak najwyraźniej trzeba ostrzec lekarzy od pokusy zbyt pośpiesznego zastosowania tych środków raniej, nim przejdą przez krzyżowy ogień wszechstronnych badań, laboratoryjnych i klinicznych.

Lekarz w swej prywatnej praktyce powinien jak najbliżej się trzymać arsenału tych leków, z działaniem których jest on dokładnie, w zupełności obeznany, i jak najdalej stronić od nowych, nie dość jeszcze wypróbowanych środków.

Taki konserwatyzm lekarzy tem bardziej jest wskazany, iż w tej powodzi nowych środków, które fabryki wyrzucają na rynek, istotnie nowych jest nad wyraz mało. Zazwyczaj chodzi tylko o jakąś nieznaczną odmianę, o nowy warjant znanych i powszechnie cenionych środków. Łatwo jednak zrozumieć, iż taki nowy warjant, taka nowa odmiana, bynajmniej jeszcze nie oznacza postępu, udoskonalenia, lecz bardzo często, naodwrót, jest wyrazem cofnięcia się, pogorszenia.

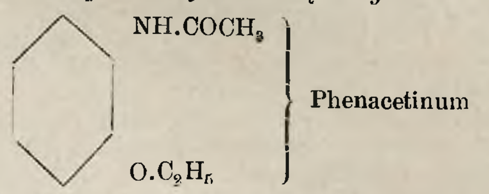
Bardzo wymowny w tym sensie następujący przykład. Jest cały szereg nowych syntetycznych środków, obniżających temperaturę i uśmierzających ból (*antipyretica et antineuralgica*), które składają osobną grupę *para-amino-phenolu*. Powstała ta grupa na gruncie tych danych farmakologicznych, że znane ze wspomnianych własności (antipiretycznych i antineuralgicznych), anilina t. j. aminobenzol i jego pochodne, w organizmie zwierzęcym zostają utlenione w p a r a - p o z y c j i. Co przedstawia się jednocześnie jako akt samoobrony, gdyż anilina, która jest jadem krwi i zmienia *OHb* na *MtHb*, przy utlenieniu znacznie traci na swej jadowitości.



Amino benzol (lub anilina) — Acetanilid (lub antifebryna) — p-amino-phenol

Ta grupa *p-amino-phenolu*, jak wykazuje doświadczenie, właśnie jest podłożem przeciwgorączkowego i uspokajającego ból działania. I takież same działanie ujawniają wszystkie pochodne *p-amino-phenolu*, o ile z nich to czynne jądro w organizmie zostaje zwolnionem. Dzięki jednakże temu, iż same jądro *p-amino-phenolu* w pewnym stopniu jadowite (na krew) własności aniliny zachowuje, więc ani to jądro jako takie, ani jego sole, ani nakoniec jego pochodne z których w organizmie zbyt łatwo i szybko to jądro zostaje odszczepione — dla celów leczniczych nie nadają się.

Bodaj czy nie pierwszą z syntez w tej grupie była *phenacetyna* fabryki B a y e r a. W niej dwa swobodne powinowactwa bocznych łańcuchów *p-amino-phenolu*, a mianowicie *OH* i NH_2, zostały zamknięte *etylem* i *acetylem*.



Takie to właśnie uwięzienie czynnego jądra stwarza, jak się pokazało, warunki dla nadzwyczaj czystego i bodajże najbezpieczniejszego ze wszystkich *antipyretica* efektu.

To jednak, inni fabrykanci tym sukcesem B a y e r 'a, naturalnie patentowanym, nie zechcieli się zadowolić. I jeden za drugim ujrzały świat inne warjanty pierwotnej syntezy. Łatwo zrozumieć jaka tu masa nowych kombinacyj jest możliwa. A więc, w grupie *OH* — zastąpienie wodoru nie *etylem*, lecz innym alkylem (lub nawet acylem). W grupie NH_2 — zastąpienie nie acetylem, lecz ostatkiem innego kwasu: amido-octowego (»*Phenocoll*«), propionowego (»*Triphenin*«), mlekowego (»*Lactophenin*«), cytrynowego (»*Citrophen*«), salicylowego (»*Malakin*«), metyl-glukolowego (»*Kryofin*«), i t. d. i t. d.

Pozatem były zbudowane nieco dalej odbiegające warjanty: przez zamieszczenie i drugiego wodoru grupy NH_2, przez wprowadzenie alkylu w resztę kwasu, przez zmianę wzajemnej pozycji *OH* i NH_2 etc, etc. Nie wszystkie z tych nowych kombinacyj zachowały przeciwgorączkowy efekt, nie wszystkie nadawały się wogóle do użycia, lecz w każdym bądź razie powstało w ślad za *phenacetyną* kilkanaście nowych konkurencyjnych środków, które reklamowano, a po części reklamuje się i do dziś dnia, a które jednak wszystkie ustępują właśnie »starej« *phenacetynie*, a niektóre z pośród nich mogą być nawet szkodliwe.

* * *

Z niezmiernej ilości ciał, które były próbowane, lub używane w celach leczniczych, stopniowo toczy się wybór tylko — istotnie wartościowych. Ten wybór opiera się na danych lekarskiej praktyki, na doświadczeniu nabytem u łóżka chorego.

Nie obchodziło się tu czasem bez omyłek i przypadkowych, i zwłaszcza powstałych pod wpływem mody lub teoretycznych poglądów. Kiedy, n. p., według jednej z najdaw-

niejszych teoryj, zewnętrzny wygląd roślin, ich podobieństwo do organów człowieka, określał ich lecznicze własności, łatwo zrozumieć, jak lekarz w swych obserwacjach był skrępowany suggestją takiej zależności. Latwo też zrozumieć, jakie wydajne pole dla mylnych wniosków stwarza prosta obserwacja lekarska, empirizm lekarski, który to z konieczności musi stać na gruncie przesłanek: *post hoc ergo propter hoc* — uznając zjawiska kliniczne powstałe po zażyciu lekarstwa, jako wywołane przez nie.

Obecnie w daleko wyższym stopniu jesteśmy zagwarantowani od różnych błędów w ocenie skuteczności lekarstw. Naprzód dlatego, iż dzięki postępom medycyny, wogóle, i wysokiej technice klinicznych badań, w szczególności, koło możliwych mylek obserwacji znacznie się zwęziło, a wadliwe działanie pobocznych wpływów stało się łatwiej dostrzegalnem. Po drugie, od wszelkich mylek obecnie nas chroni nowa potężna korektywa, która nadała farmakologji charakter ścisłej nauki. Ta korektywa — eksperyment na zwierzętach.

Tylko dzięki eksperymentowi zjawiła się możność dokładniejszego zbadania lekarstw i jadów co do ich działania. Zjawiła się możność ścisłej analizy i lokalizacji tego działania. Analizy — t. j. rozłożenia ogólnego klinicznego obrazu, obrazu zmienionych funkcyj, na jego składowe części. Lokalizacji — t. j. ściślejszego umiejscowienia w organizmie tego działania. Bez eksperymentu ani jedno ani drugie nie mogłyby mieć miejsce.

O co tu chodzi, najlepiej wyjaśni przykład. Wybieramy możliwe najprostszy.

W południowej Ameryce tubylcy dla zatrucia strzał i spis używają osobnego jadu, »kurara«. Zwierzę, zranione taka zatrutą strzałą, szybko traci zdolność dowolnych ruchów. Chwieje się, nie jest wstanie już trzymać się na nogach, pada i ginie w stanie pełnej utraty dowolnych ruchów, pełnego paraliżu. Na mocy jednej prostej obserwacji zjawiska tego paraliżu co można powiedzieć o jego lokalizacji?

My wiemy z fizjologji, że ruchy dowolne powstają w komórkach kory mózgowej, w płatach czołowych, przeważnie w *gyrus praecentralis.* Stąd pobudki po osiowych wyrostkach tych komórek mkną przez *corona radiata,* śród wielkich gangljów mózgu przechodzą wąskim pasmem włókien w *capsula interna,* a dalej idą przez *crura cerebri, pons Varolii* i *medulla oblongata.* Część tych włókien kończy się w ruchomych jądrach nerwów mózgowych, reszta zaś (dla kończyn i tułowia) przechodzi przez rdzeń przedłużony w składzie piramid, dalej przez rdzeń w składzie pęczków piramidowych, bocznych i prostych, kończąc się u komórek przednich rogów. A z tych komórek przez ich osiowe wyrostki, w składzie przednich korzonków, a dalej — nerwów obwodowych, dowolne podniety dochodzą do prążkowanych mięśni.

Taki jest anatomiczny podkład mechanizmu dowolnych ruchów. W nim biorą udział conajmniej trzy różne ogniwa. Jeden (a może i dwa) centralny neuron, jeden obwodowy, i nakoniec sam motor mechaniczny, mięsień. Jeśli gdziekolwiek na przestrzeni tych ogniw, lub ich połączeń, droga dla przebiegu nerwowego impulsu będzie zatamowana, dowolne ruchy znikną. Nawet w uzbrojeniu współczesnej wiedzy fizjologicznej, z prostej obserwacji zjawisk paraliżu to tylko jedno jesteśmy w stanie wysnuć, iż gdzieś w omówionym mechanizmie nastąpiło przerwanie drogi: Lecz gdzie?

Eksperyment rozstrzyga to pytanie z niezrównaną łatwością. Jeśli u zwierza, zatrutego »kurarą« odseparować jaki obwodowy nerw i zacząć drażnić go zapomocą elektrod przerywanego prądu, przekonujemy się, iż mięsień całkiem na to podrażnienie, chociażby najsilniejsze, nie reaguje, nie kurczy się.

A więc, paraliż od »kurary« — obwodowy, przerwanie — na obwodzie. Czy też tylko na obwodzie, i gdzie mianowicie na obwodzie: w mięśniu, nerwach, lub ich połączeniu, to rozstrzyga gładko znany eksperyment Cl. B e r n a r d'a. Eksperyment ten, zresztą już znany z fizjologji (jako dotyczący bezpośredniej pobudliwości mięśni), będzie powtórzony na ćwiczeniach.

Analizując, lokalizując działanie lekarstw i jadów, eksperyment w ten sposób ujawnia nam dokładnie sam charakter, sam mechanizm tego działania. A więc, wskutek tego, staje się źródłem wskazówek co do możliwych nowych leczniczych zastosowań i co do racjonalności — już istniejących.

I w nasze dni, eksperyment laboratoryjny jest to właśnie najważniejsze źródło naukowych terapeutycznych wskazówek, z których korzysta z największem powodzeniem praktyczna medycyna. Te świetne sukcesy w dziedzinie zastosowania lekarstw, któremi może poszczycić się współczesna terapja, punktem swego oparcia miały laboratorja.

Z drugiej zaś strony, eksperyment na zwierzętach może służyć jako korektywa i dla kontroli celowości tych lub innych metod leczniczych, tych lub innych środków leczniczych. Trzeba tylko nie tracić z widoku, iż taka kontrola winna być przeprowadzoną z jak największą ogłędnością i ostrożnością. I jeśli czasem dane klinicznej obserwacji, z jednej strony, a eksperymentu na zwierzętach — z drugiej, nie mogą być uzgodnione, lub nawet znajdują się w sprzeczności, to jeszcze bynajmniej nie daje nam prawa do jednostronnego przesądzania z punktu widzenia i na korzyść eksperymentu, jako ściślejszego. Bezsprzecznie ten ostatni o wiele jest dokładniejszy, więcej przekonywający, jako naukowe doświadczenie, ale też jednocześnie o wiele jest prostszy od klinicznej obserwacji, i obowiązujący tylko dla danych stosunkowo bardzo prostych warunków otoczenia. Natomiast, odtworzyć w eksperymencie wszystkie warunki klinicznej obserwacji, lub conajmniej — ich sedna, to zadanie bardzo często [illegible]nie do osiągnięcia. Otóż, jeśli łatwo może się zdarzyć, iż chodzi tu o niewspółmierne zjawiska, od ostatecznej decyzji musimy się wstrzymać, aż do nowego wszechstronnego wyświetlenia tej kwestji. Przecież nieraz się już zdarzało, iż sprzeczność danych kliniki i eksperymentu przy ponownem, bliższem zbadaniu okazywała się tylko mniemaną, i dane kliniki właśnie i w eksperymencie zostały stwierdzone.

Należy także wziąć pod uwagę, iż eksperyment przy całej jego niezmiernej doniosłości pod względem terapeutycznej oceny danego środka jest tylko czynnikiem pomocniczym. I zawsze ostatnie słowo o terapeutycznej wartości danego lekarstwa należy do kliniki.

To jednak trzeba z przyjemnością zaznaczyć, że ta rozbieżność kliniki i eksperymentu, która do niedawna w pewnych przypadkach dotkliwie dawała się odczuć, obecnie w naszych oczach powoli zupełnie znika, gdyż te obie gałęzie wiedzy medycznej szybko do siebie się zbliżają, prawie że całkiem się zlewają.

Stało się to, naprzód, skutkiem wysokiego postępu w technice badań klinicznych. Klinika obecnie zapożycza metodykę swych badań od używanych w laboratorjach. I na wielu zdarzeniach technika klinicznej obserwacji nad chorym człowiekiem dosięgła takiej doskonałości, iż stawia tę obserwację na poziom ścisłego, naukowego eksperymentu.

Z drugiej zaś strony i laboratorjum w swych eksperymentach zbliżyło się niezmiernie do kliniki. A to mianowicie od tego czasu, kiedy zaczęto badać wpływ lekarstw nietylko na zdrowych zwierzętach, lecz i na chorych z wywołanemi sztucznie u nich chorobami. W taki to sposób, farmakologja obok kliniki wkroczyła w dziedzinę bezpośrednich zagadnień leczenia, stając się e k s p e r y m e n t a l n ą t e r a p j ą.

Więc, z jednej strony laboratorjum ze swym eksperymentem, a z drugiej — klinika, obecnie zbliżone w metodyce swych badań, oboje kroczą ku jednemu celowi, rozwoju naszej nauki, farmakologji, jako chemjo-patologji i chemjoterapji.

A zarazem, ten prąd nowoczesny, prąd na spotkanie, jest najważniejszym etapem w rozwoju chemjo-terapji, już nietylko, jako sztuki leczenia, lecz jako nauki leczenia.

* * *

Świat wpływów chemicznych natury, jadowitych i leczniczych, od niepamiętnych czasów zwracał na siebie największą uwagę człowieka. Te wpływy chemiczne, nieskończenie rozmaite, bezgranicznie potężne, w wyobraźni laików dawały

w ręce wtajemniczonych władzę rozporządzanie się życiem i zdrowiem człowieka. Ta wiara w nadludzką moc leków i jadów, wiara niewzruszona, tkwiła w poszukiwaniach alchemików a w poezji ludowej odbiła się pod postacią podań — o »żywej i martwej wodzie«, o czarownych napojach, odmładzających i starzących.

Tak daleko, w dziedzinę bajki, farmakologja w swoim rozwoju może i nie będzie w stanie zajść. Lecz granic jej, jej przyszłych zdobyczy nawet ostrożny fachowiec nie odważyłby się teraz nakreślić. Zaprawdę. Jeśli całe życie człowieka we wszystkich jego przejawach, włączając przejawy chorób i starości, jest tylko odbiciem, wyrazem zewnętrznym tych chemicznych procesów, które się toczą w głębi, w odpowiednich tkankach i komórkach, więc niema nic naturalniejszego, jak spodziewać się, iż z biegiem czasu odnajdziemy potrzebne wpływy, chemiczne lub po części fizyczne, za pomocą których można będzie nadawać tym procesom komórkowego chemizmu pożądany charakter i usuwać, leczyć szkodliwe dla życia zboczenia.

To przecież tak jest istotnie, nie w bajce ale w rzeczywistem życiu. Prawda, w bardzo nielicznych wypadkach. Mamy jednak prawo oczekiwać tego jako prawidła w przyszłości. A mianowicie wtedy, kiedy poznamy bliżej naturę komórkowego chemizmu i odnajdziemy odpowiednie chemiczne też wpływy. Do tego celu jeszcze bardzo daleko. I obecnie, znamy tylko bardzo niewiele lekarstw, które by działały przeciw samej przyczynie, samej istocie chorób, a więc tak zwanych, specyficznych lekarstw. Prawda, my spodziewamy się szybkiego ich pomnożenia, spodziewamy się z pełną ufnością, spoglądając na zdobycze terapeutyczne ostatnich dziesiątków lat. Ale tym czasem w praktyce lekarskiej musimy najczęściej korzystać z tak zwanych, środków symptomatycznych, t. j. leczyć chorego, wpływając, zmieniając symptomy, przejawy jego choroby.

Jest to utarty i nader szkodliwy błąd — patrzenia poniekąd z góry na symptomatyczne metody kuracji. W istocie zaś, tu się odkrywa bardzo szerokie i bardzo wydajne pole lekarskiej działalności. Bo chociaż w tym lub innym przypadku dla braku specyficznych środków szybkiego sukcesu racjonalnej terapji, nie oczekujemy, usunąć chorobę odrazu nie jesteśmy w stanie, to jednakże możemy skierować ją w łoże najkorzystniejsze, najbezpieczniejsze dla życia pacjenta. A więc w końcowym wyniku tu od naszej wiedzy lekarskiej będzie zależeć wygrana dla chorego, wygrana jego życia i zdrowia, czy też naodwrót — przegrana.

I trzeba wiedzieć, że właśnie pod względem środków symptomatycznych współczesny lekarz nadzwyczaj silnie jest uzbrojony. Trzeba jednak znać te środki i ich działanie, aby skutecznie walczyć tym chemicznym orężem. Tylko dokładna znajomość chemicznych wpływów natury, znajomość granic osiągalnych sukcesu, może dać lekarzowi niezbędną pewność siebie i w jego działalności. Ta pewność jest to właśnie pewność świadomości, bez płonnych nadziei i bezpłodnej niewiary, pewność twardego racjonalnego gruntu pod nogami.

Tylko taka wiedza dokładna zdolna jest uchronić lekarza od tych grzechów, które nań czatują od pierwszych kroków jego praktycznej czynności. A mianowicie, od nihilizmu i od felczeryzmu. Kiedy to lekarz zapisuje choremu lekarstwa, mało w nie wierząc. Albo, naodwrót, łączy w jednej recepcie dziesiątki rozmaitych środków w dziecinnej nadziei jaknajlepszy wpływ leczniczy osiągnąć.

Oba te krańcowe typy, oba zrodzone przez bezwiedzę lekarską. z jednego też źródła natchnienie dla swoich recept czerpią — z gotowych formułek. Te formułki jest to właśnie bardzo pożądany dla profanów surogat istotnej wiedzy. Surogat tani, ale nader lichy, gdyż ująć w ramki martwego schematu skomplikowane zjawiska życia i choroby nie można. I bynajmniej nie dość przepisać cudzą receptę, trzeba ją trafnie zastosować. W tem właśnie tkwi sedno sprawy. Nie z chorobą lecz z chorym ma do czynienia lekarz. Trzeba pilnie śledzić i rozumieć mieniące się chorobliwe zjawiska i władać w pełni całym arsenałem chemicznych wpływów, aby skutecznie dopomagać naturze w zwalczaniu choroby. Właśnie, zdolność zrozumienia stanu chorego i wykorzystania wszystkich odpowiednich chwil i odpowiednich środków — właśnie to stanowi całe zadanie lekarza.

Ku wykonaniu tego trudnego i szczytnego zadania prowadzi długa droga uniwersyteckich studjów i późniejszej pracy samodzielnego doskonalenia się. Lecz na całej tej drodze kształcenia się i rozwoju lekarza jasnem światłem płoną ognie właśnie tych nauk, które dotyczą samej mechaniki życia.

Organizm człowieka porównują do skomplikowanej maszyny, Otóż, tak jak mechanik powinien rozumieć użycie każdej składowej części swojej maszyny, tak samo i lekarz powinien dobrze znać funkcje każdego organu, aby przy nieprawidłowym pędzie tej żywej maszyny wskazać, w jakim ogniwie utknął ruch i dla jakiej przyczyny. A więc przedewszystkiem lekarz powinien studjować naukę o funkcjach, tj. fizjologję zdrowego i chorego organizmu. A jeśli nie życzy sobie być tylko biernym widzem, lecz pragnie leczyć, t. j. wpływać na czynność organów musi jeszcze dobrze być obeznany z patologją i terapją chemicznych wpływów natury, t. j. z farmakologją.

Z praktyki.

Dr. Karol ROŻKOWSKI. Częstochowa.

Dwa przypadki chromania przestankowego.

Od czasu klasycznych prac Charcot'a o chromaniu przestankowem dokonał się ważny zwrot w poglądach na istotę i leczenie tej względnie częstej w kraju naszym choroby. Jeżeli dawniej za jedyny czynnik etjologiczny uważano stwardnienie tętnic, wiodące do zamknięcia ich światła (*endarteritis obliterans*) i zgorzeli kończyn, to dzisiaj coraz częściej spotykamy się ze zdaniem, że w powstawaniu tego cierpienia nie mniej ważną rolę grają czynniki konstytucyjne i nerwowe.

W ostatniej pracy Higier podkreśla wybitne znaczenie »angiopatji wrodzonej i wrodzonego usposobienia neuropatycznego«*). Podług tego autora, żywa gra naczynioruchowa, właściwa ludziom nerwowym, przy wrodzonym niedorozwoju układu naczyniowego i względnie nieznacznem zwyrodnieniu ścian tętnic może wywołać zwężenie ich i zamknięcie światła. W ten sposób chromanie przestankowe może być wynikiem współdziałania kilku czynników i od przewagi każdego z nich oraz od ich wzajemnego stosunku zależy prawdopodobnie dosyć różnolity charakter i przebieg cierpienia. W tem oświetleniu stają się zrozumiałe przypadki nietypowe, spostrzegane nieraz w wieku młodym, oraz długotrwałe poprawy, nawet mimo przebytej zgorzeli.

Sprawa chromania przestankowego była wielokrotnie omawiana w naszem piśmiennictwie. Gruntowne opracowanie symptomatologji i patogenezy zawdzięczamy głównie Goldflamowi i Higierowi. Jeżeli więc, mimo wyczerpujących prac tych autorów, ośmielam się zabrać głos w tej kwestji i dorzucić skromny opis dwóch własnych spostrzeżeń, czynię to dlatego, że sprawę tą, zwłaszcza na naszym gruncie, uważam wciąż za aktualną i praktycznie ważną, a powtóre, że przypadki moje zasługują choćby na krótką wzmiankę pod względem objawowym, a nawet patogenetycznym.

Przypadek I. Z. J., lat 44, chrześcijanin, cierpi od lat 4-ech na chromanie przestankowe z powodu bólu, występującego w obu stopach po dłuższem chodzeniu. Wysoki, barczysty doskonale zbudowany, średnio odżywiony. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Brat chorego lekarz wyłącza dziedziczność konstytucyjną i neuropatyczną. W dzieciństwie J. cieszył się opinją wyjątkowo zdrowego. Chorób zakaźnych nie przechodził, napojów wyskokowych nie używał. Od lat 25 pali namiętnie, średnio 50 papierosów dziennie. Z zawodu inżynier-przedsiębiorca pędzi życie czynne i nieraz zmuszony jest odbywać dalekie podróże. Podczas wojny światowej był dłuższy czas w okopach, a następnie cztery lata w niewoli niemieckiej. Początkowo czuł się zupełnie dobrze, atoli w trzecim roku niewoli zaczął

---

*) H. Higier: Z kliniki i patogenezy miejscowej *endarteritis obliterans* i nietypowych postaci chromania przestankowego. Neurologja polska T. VI. poświęcony Drowi S. Goldflamowi. 1922. Str. 92.

doznawać przykrego bólu w obu stopach podczas gry w tenisa, co zmusiło go do zaniechania tej rozrywki. Wkrótce potem uczucie bólu zaczęło zjawiać się przy chodzeniu, a ostatnio spotęgowało się o tyle, że chory powstrzymuje się całkowicie od ruchu pieszego. Uczucia swoje opisuje w sposób następujący: mniej więcej **po 10-ciu minutach chodzenia zjawia się kurczowy ból pod podeszwami w środkowej części obu stóp.** Wkrótce ból szerzy się ku piętom, obejmuje całe podeszwy z wyjątkiem palców, w których występuje najpóźniej i najsłabiej. Wreszcie wzmaga się do tego stopnia, że chory nie może postąpić ani kroku dalej i musi przystanąć. Wówczas ból słabnie i po kilku minutach znika. Następuje to jeszcze szybciej w położeniu siedzącem. Ponowna próba ruchu wywołuje te same objawy. W spokoju chory nie doznawał i nie doznaje żadnych dolegliwości. Badanie przedmiotowe nie wykrywa żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Wymiary serca i tony prawidłowe. Tętno 68, ciśnienie krwi $\frac{18}{8}$ (Pachon). Wątroba niemacalna. Białka i cukru niema. W układzie nerwowym nic szczególnego. Odczyn Wassermana ujemny. Stopy prawidłowe, nie płaskie, ciepłe, różowo zabarwione. Ciśnienie krwi na prawej goleni tuż ponad kostką — $\frac{12}{7}$ na lewej — tem samem miejscu — $\frac{17}{7}$. Na stopie prawej art. dorsalis pedis tętni znacznie słabiej niż na lewej, art. tibialis postica ledwie się wyczuwa.

W celach leczniczych zaleciłem cytrynjan sodu (1.0 pro die) oraz jod z papaveryną, prócz tego zabroniłem bezwzględnie palenia tytoniu. Po upływie kilku miesięcy stwierdziłem pewną poprawę. Ból w stopach występuje nieco później, po dłuższem chodzeniu, jest naogół słabszy, wskutek czego chory cieszy się większą swobodą ruchu. W zachowaniu się tętna na obu stopach wyraźnej zmiany nie zauważyłem. Z powodu wyjazdu chorego od dłuższego czasu nie mam o nim żadnej wiadomości.

Rozpoznanie w tym przypadku nie ulega chyba żadnej wątpliwości. Gwałtowny ból, który występuje w kończynach dolnych po kilku minutach chodzenia i znika w spokoju, jest objawem wielce charakterystycznym i rozstrzygającym. Ponadto w obrazie cierpienia zwracają uwagę dwa ważne szczegóły: 1) wyłączne umiejscowienie bólu w stopach i jego zupełna symetrja oraz 2) jednakowy charakter i natężenie bólu mimo pewnych różnic w ciśnieniu krwi i tętnic na obu kończynach. To też chociaż chromanie przestankowe obustronne nie należy w piśmiennictwie do wyjątków, jednakże ze względu na charakter i umiejscowienie bólu przypadek ten zaliczyć musimy do bardzo rzadkich w praktyce lekarskiej. Najczęściej bowiem bolesny kurcz ogranicza się do mięśni goleni, a powtóre występuje przeważnie z jednej strony, mimo że w poszczególnych przypadkach zmiany naczyniowe mogą być prawie jednakowe na obu kończynach.

Cały zespół objawów zdaje się przemawia za tem, że chromanie przestankowe w naszym przypadku znajduje się w ścisłym związku ze zwężeniem tętnic, zaznaczonem wybitniej na prawej goleni i stopie. Atoli wobec braku zakażenia kiłowego, jako też objawów ogólnej miażdżycy tętnic, rzecz wątpliwa, żeby cierpienie to miało być bezpośredniem i wyłącznem następstwem pierwotnych zmian anatomicznych w odpowiednim odcinku tętniczym. Trudno przypuścić, żeby pod wpływem zatrucia nikotyną mogła się wytworzyć symetryczna i ściśle ograniczona miażdżyca naczyń bez współudziału innych czynników miejscowych, a nawet ogólnych. Powtóre, już jednakowy charakter bólu w obu stopach, mimo pewnych różnic w zachowaniu się naczyń, nakazuje powściągliwość w traktowaniu sprawy ze stanowiska wyłącznie anatomicznego. Prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że punktem wyjścia całej sprawy było zaburzenie czynnościowe, a mianowicie n a d m i e r n y s k u r c z n a c z y ń (angiospasmus), ściśle związany z nieuchwytnemi i nieznanemi nam bliżej czynnikami miejscowemi, jak np. z wrodzoną wątłością i wrażliwością naczyń, lub, być może, ze szczególną pobudliwością układu naczynioruchowego i splotów okołotętniczych. Przy takiem usposabiającem podłożu różne wpływy szkodliwe mogą wywoływać długotrwały nadmierny skurcz naczyń, który ze swej strony wcześniej lub później wiedzie do zmian anatomicznych w ich ścianach. Jeżeli wolno posługiwać się analogją, to przypadek nasz, przynajmniej pod względem patogenetycznym, mógłby w pewnym stopniu przypominać nerwicę naczynioruchową, znaną pod nazwą zgorzeli symetrycznej Raynaud.

Przypadek II. P. N., lat 49, przemysłowiec, chrześcijanin. Cierpi na chromanie przestankowe lewej nogi od lat 3. Pochodzi z rodziny neuropatycznej. Ojciec w ciągu kilku lat cierpiał na omdlenia natury naczynioruchowej, umarł w 65 r. życia w napadzie dusznicy bolesnej. Matka żyła 72 lata, w ostatnich 10-ciu latach miewała okresowo silne bóle i zawroty głowy z wymiotami i zwolnieniem tętna do 30. Jeden z braci ma ciężką neurastenję, siostra zaś migrenę. N. ożenił się przed 20 laty, ma dwoje dzieci, syn bardzo nerwowy, z wybitnemi objawami sympatykotonji. W dzieciństwie N. był zupełnie zdrowy; oprócz odry, zapalenia przyusznicy i kilkakrotnie powtarzającej się grypy nie przechodził innych chorób zakaźnych. Od wielu lat — przewlekły nieżyt jelit na tle niedomogi wydzielniczej żołądka (achylia). Palił namiętnie już jako słuchacz uniwersytetu, a od czasu zdobycia stanowiska niezależnego systematycznie pije wódkę przed obiadem i wieczerzą. Nadużycia płciowe i choroby weneryczne wyłącza bezwzględnie. Podczas wojny światowej zmuszony był wyjechać do Rosji, gdzie spędził z górą lat 5. Na Kaukazie chorował na zimnicę która trwała rok cały. Pod wpływem tych wypadków system nerwowy uległ wielkiemu wstrząśnieniu, a nałóg palenia i picia spotęgował się znacznie. Chory wypalał przeciętnie 3 cygara i 50 papierosów dziennie. Po powrocie z Rosji zabrał się energicznie do pracy, skarżył się tylko na częste bóle głowy i bezsenność. Pierwsze objawy chromania przestankowego wystąpiły przed 3 laty, w postaci ociężałości lewej goleni przy chodzeniu. Stopniowo uczucie to wzmogło się znacznie i wkrótce już po przejściu 400—500 kroków występował niezwykle bolesny kurcz mięśni lewej łydki tuż pod samem kolanem, któremu towarzyszyło uczucie pieczenia w całej goleni aż do stopy. Po zaprzestaniu ruchu ból powoli znikał, pozostawała jednak przez kilka minut bolesność łydki przy ucisku zzewnątrz. Z powodu tego cierpienia chory przez rok nie mógł załatwiać swych czynności zawodowych pieszo.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie nieszczególne, bladawy. Serce lekko powiększone w wymiarze poprzecznym, drugi ton nad tętnicą główną wyraźnie wzmożony. Tętno 60—70 ciśnienie krwi $\frac{18}{9,5}$. Wątroba macalna, miękka. Śledziona nie wyczuwa się wcale. Mocz nie zawiera białka i cukru. Odruchy kolanowe wzmożone, miejscami przeczulica skóry. Odczyn Wassermana ujemny. Tętno art. dorsalis pedis i tibialis postica prawidłowe, łatwo wyczuwalne. Stopa różowa, ciepława. Dwa razy widziałem stopę bezpośrednio po ustaniu bólu: była chłodniejszą, z odcieniem sinawym. Po upływie 2 lat w przebiegu choroby nastąpiła niespodzianie wybitna poprawa. Nie wpłynęło na to leczenie, ponieważ chory, lekkomyślny z natury, nie zastosował się wcale do moich wskazówek, palił i pił po dawnemu i wogóle nie brał żadnych lekarstw. W lecie tego roku podczas pobytu w miejscowości górzystej mógł odbywać bezkarnie dłuższe, kilka godzin trwające wycieczki, a nawet wdrapywać się na szczyty po stromych niewygodnych ścieżkach. Poprawa trwa do dnia dzisiejszego, i tylko ruch nieprzerwany i bardzo szybki wywołuje w chorej nodze przykre uczucie znużenia.

Przypadek ten, dosyć typowy pod względem objawowym, nasuwa jednak ciekawe rozważania pod względem patogenetycznym i leczniczym. Mamy przed sobą osobnika nerwowego z dziedziczną skłonnością do zaburzeń naczynioruchowych, nałogowego palacza, częściowo alkoholika, który zapada na chromanie przestakowe przy nieznacznem stwardnieniu tętnic, przy zupełnym braku objawów podmiotowych ze strony serca i prawidłowem świetle naczyń na dolnych kończynach. I w tym przypadku na pierwszym planie postawić musimy n a d m i e r n ą p o b u d l i w o ś ć u k ł a d u n a c z y n i o r u c h o w e g o, częściowo wrodzoną, częściowo nabytą wskutek palenia i picia, a może nawet długotrwałej zimnicy. Należy dodać, że osobnik ten jeszcze podczas pobytu w Rosji, a więc na kilka lat przed wystąpieniem chromania, doświadczał przykrych senzacyj pod podeszwami, pewnego drętwienia rąk i nóg, wreszcie podczas snu dosyć częstych i bolesnych skurczów mięśni obu goleni. Objawy te, szczególnie dotkliwe w końcowym okresie zimnicy, w ostatnich latach ustąpiły zupełnie. W każdym bądź razie mogą one przemawiać za lekkiem i przemijającem schorzeniem nerwów obwodowych i być może — splotów okołotętniczych.

Okresy poprawy w przebiegu chromania przestankowego, jak ogólnie wiadomo, zdarzają się dość często. W y b i t n a p o p r a w a w naszym przypadku zasługuje na uwagę z tego względu, że n a s t ą p i ł a s a m a p r z e z s i ę b e z ż a d n e g o l e c z e n i a, a n a w e t p o m i m o n i e u s t a j ą c e g o w p ł y w u c z y n n i k ó w t r u j ą c y c h. Z tego powodu spostrzeżenie to uważam za bardzo pouczające. Z jednej strony świadczy ono o olbrzymiej przystosowalności ustroju, z drugiej, — dowodzi namacalnie, jak bardzo trzeba być ostrożnym w ocenianiu wartości stosowanych w tej chorobie środków i zabiegów leczniczych. Osobiście poprawę

stanu chorego skłonny jestem przypisywać w pewnym stopniu ogólnemu uspokojeniu układu nerwowego. Systematyczniejszy tryb życia, zmniejszenie pracy, dłuższy i lepszy sen musiały wpłynąć kojąco na cały układ nerwowy i wskutek tego zmniejszyć wzmożoną uprzednio pobudliwość splotów okołotętniczych.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. S. STERLING. Łódź.

Stan obecny lecznictwa swoistego gruźlicy.

(Z cyklu wykładów o gruźlicy.)

Leczenie suchot płucnych stawia nas przed szeregiem zagadnień, które — śmiało to powiedzieć możemy — z powodzeniem przezwyciężamy. Głównie przez wzmacnianie oporności (nieswoistej) ustroju, co — pośrednio — wpływa na wzmaganie się odporności (swoistej); w stopniu znacznym pokonać suchoty pomagają nam i środki objawowe.

Zupełnie inaczej wypada odpowiedź na pytanie, czy mamy możność leczenia gruźlicy, t. j. czy znamy sposoby bezpośredniego wpływania na istotę zmian właściwych gruźlicy.

By na to pytanie dać odpowiedź, trzeba przedewszystkiem zdać sobie dokładnie sprawę z tego, co właściwie chcemy leczyć, przystępując do tego zadania.

Jakkolwiek paradoksalnie może brzmieć takie postawienie kwestji — jest ono konsekwentnem; dopiero rozejrzenie się w odpowiedzi na pytanie: jakie zadania kryje w sobie usiłowanie leczenia bezpośredniego zaburzeń wywoływanych przez laseczniki Kocha — prowadzi na ścisłą odpowiedź w zakresie możliwości wpływania na przebieg gruźlicy.

W celu najtreściwszego zobrazowania tych zadań użyję załączonej tablicy schematycznej, dającej najogólniejsze pojęcie o tem, co się dzieje w ustroju ludzkim dotkniętym gruźlicą. Względy natury technicznej nakazały użycia mianownictwa łacińskiego, jako krótszego niż odpowiednie polskie, a przytem jednolitego, gdy tablica polska musiałaby być makaronicznie upstrzona wyrazami obcemi, nie dającemi się spolszczyć. (P. tablica).

Czynnikiem głównym, warunkiem nie dającym się zastąpić, jest w etjologji gruźlicy lasecznik Kocha. Najprostszą więc drogą do zwalczenia gruźlicy (jakkolwiek w dalszych okresach już nie zawsze wystarczającą, np. po ustaleniu się zmian miąższowych) jest zabicie lasecznika, zabicie go *in situ*, w tkankach i sokach ustroju gruźliczego. Do tego celu dążono różnemi drogami, i wielu było powołanych, którym się zdawało, że cel osiągnęli. Nie szukając w historji, wskażę na środek dotąd — w różnych odmianach (a ta rozmaitość zawsze jest podejrzana!) używany: kreozot. Wprowadzono go ongi do medycyny jako środek swoisty przeciw suchotom w epoce przedbakterjologicznej; po odkryciu Kocha renesans kreozotu oparto na doświadczeniach stwierdzających zdolności bakterjobójcze kreozotu; a jakkolwiek dziś nikt chyba w to nie wierzy, by kreozot mógł w czemkolwiek zaszkodzić zdrowiu lasecznika gruźliczego — *per se* lub w jednej z licznych odmian, z winem czy białkiem, jest dotąd stosowany. Trudno go jednak zaliczyć do środków skierowanych przeciw lasecznikom Kocha.

Środkiem również starym jest jod; »*in statu nascendi*« ma być niebezpieczny dla lasecznika gruźlicy. Widocznie, że zawsze zapóźno stykają się z sobą.

Z wielką wiarą szereg badaczy wystąpił z zaleceniami pewnych związków metalicznych (związki miedzi, złota, metale rzadko spotykane), upatrując w nich leki bakterjobójcze. Przykry widok przedstawia cofanie tych pewników, które trwały zaledwie przez lat parę, i szukanie nowych dróg tłomaczenia rzekomego wpływu pośredniego przetworów miedzi, złota na lasecznika gruźlicy a nawet już na tkanki gruźlicze (kataliza). W tej ogromnej pracy, jaką tym związkom chemicznym (bardzo przy tem kosztownym!) poświęcono, dwie cechy rażą. Po pierwsze, stały błąd jakoby uleczenie zwierzęcia zakażonego sztucznie lasecznikami Kocha wolno było *per analogiam* przenosić na człowieka chorego na gruźlicę. W doświadczeniu zaraża się zwierzę zdrowe (lub raz już zarażone) taką ilością laseczników, która wystarcza do bezpośredniego wywołania gruźlicy. Schorzenie tak wywołane można, co najwyżej, porównać do gruźlicy osesków, więc do do tej właśnie postaci gruźlicy ludzkiej, której nawet prób leczenia wyrzekli się dawno zwolennicy lecznictwa swoistego. *Genus humanum* odziedziczyło po wielu pokoleniach przodków, które przez tyle dziesiątków wieków żyły w symbiozie z lasecznikiem gruźlicy, pewien typ odczynu na laseczniki gruźlicy, typ — którym zwierzęta doświadczalne nie rozporządzają. A dalej, człowiek zachorowuje na gruźlicę nie bezpośrednio po zarażeniu, tylko po pewnym czasie, zapada pod wpływem zmian ogólnych zachodzących w okresie wylęgania, trwającym nieraz lata i to długie; moment *infectionis* jest najczęściej bardzo odległy od momentu *affectionis*, a jednak przez ten cały czas zarazek pozostaje z ustrojem w zetknięciu biologicznem. Wyniki badań, dowodzące, że zwierzęta sztuczną gruźlicą dotknięte bywały uleczone dajmy na to krysolganem, nie przekonywują zupełnie o tem, żeby ludzie tym samym środkiem leczeni odnieśli ztąd jakąśkolwiek korzyść, co zresztą, potwierdziło doświadczenie kliniczne. Przecież chirurg nie będzie polecał jako pewnej metody leczenia wszystkich ran dla tego, że zrobiwszy nożem ranę ciętą wygoił ją gładko po zaszyciu; to nie przekonywa jeszcze, by rana jakaś szarpana tą samą metodą leczona dać miała to samo zejście.

Bo, powtóre, większość piszących o tej metodzie raczej się na wyniki doświadczeń u zwierząt, aniżeli na wyniki lecznicze u ludzi powołuje. Zadziwia wprost swą jałowością namiętna dyskusja na temat, jak działa krysolgan, wówczas kiedy mało kto widział, by swoiście działał.

Całe zagadnienie szukania środka zabijającego *in situ* laseczniki Kocha ma następującą stronę teoretyczną: ustrój ludzki pozbywa się laseczników wyprowadzając je nazewnątrz *per vias naturales*, bądź wcale im nie uległszy (nosiciele zarazków); bądź już uległszy — wraz ze zmienionemi tkankami (fenomen Kocha; wydalanie zniszczonych tkanek — powstawanie jam). Jak wiemy, nawet wygojenie się ogniska gruźliczego nie jest wcale jednoznaczne z zabiciem w niem laseczników; wegetują one w ogniskach skredowaciałych, zwapniałych; jądro tych może zawierać laseczniki. Organizm broni się odgraniczając, zarazki od tkanek zdrowych, broni się usiłując je wyrzucić (sekwestracja) wraz z tkankami zniszczonemi; broni się przeciw wpływom humoralnym wytworów ciała lasecznika środkami humoralnymi; ale mało jest dowodów na to, by ustrój bezpośrednio zabijał w ognisku choroby laseczniki, jeśli nie liczyć ich wygładzania przez zmianę podłoża — na wyjałowione ze środków pokarmowych potrzebnych lasecznikowi gruźlicy. Niewątpliwie, jednym ze środków walki jest rozkładanie ciał lasecznika na części, z jakich powstał, ale nie jest to niszczenie, jakiem posługujemy się działając środkami wyjaławiającymi; jest to wyłuskiwanie z ciała lasecznika istot chemicznych uodparniających.

Faktem realnym jest, że dotąd nie znamy środka zabijającego laseczniki Kocha w tkankach i sokach ustroju, ale nawet nie natrafiliśmy na drogi, któreby pozwoliły oczekiwać w blizkim czasie dojścia do tego celu.

Wraz z niemożliwością dosięgnięcia lasecznika — nie możemy wpłynąć na to, by nie wywarł swego wpływu jako ciało obce.

Możemy natomiast wpłynąć na to, by działanie jego jako wywoływacza było jaknajmniejsze. Ten wpływ wywiera szybkie rozpuszczenie lasecznika, zależne od dostatecznej ilości ergin (obejmuję tem mianem wszystkie, prócz antytoksyn, ciała obronne płynne).

W tuberkulinach mamy, zdaje się, ciała, które w ustroju uczulonym wzmagają wytwarzanie domniemanych bakterjolizyn swoistych; szybkie, a doszczętne (aż do okresu, w jaki przechodzą inne ciała białkowe w tkankach i sokach) rozłożenie lasecznika czyni jego obecność obojętną; powolne, niedoskonałe — przepełnia soki pośredniemi wytworami ciał laseczników.

Czy jednak nie jest to broń obosieczna — stosowanie

I. **Agens aethiolog.**	II. **Actio**	III. **Reactio defensiva**		IV. **Stadia evolutionis. Viae propagationis viri.**	V. **Reactio reparativa**	VI. **Complicationes mechanicae**
Bacillus tuberculosis Koch.	1) quasi corporis alieni; 2) quasi parenterale introducti albuminis (hydro-carbonis ?; adipis ?) alieni = Antigenum	1) **solidaris:** a) inflammatoria b) productiva c) exsudativa (Telae affectae agunt quasi Antigena.) (Sequestratio. Cavernisatio).	2) **humoralis** Anticorpora specifica (ergina, lysina etc.)	**Allergia I.** (*allergiae evolutio*). **Affectio primaria:** reactio exsudativa. **Complexus primarius:** reactio exsudativa + caseificatio + reactio productiva + adenitis et periadenitis + inflammatio collateralis. Localisatio circumscripta. Propagatio lymphogenes. **Allergia II.** (*allergiae acme*). **Tuberculosis generalisata. Stadium anaphylacticum.** Localisationes multipticae, praecipue productivae. Inflammatio collateratis fortis, ad exsudationem petens. Propagatio haematogenes et lymphogenes. **Allergia III.** (*allergia relativa*). **Tuberculosis isolata. Phtisis pulmonum communis.** Propagatio per continuiatem et propagatio intracanalicularis: per tractum respiratorium, intestinorum, uropoëticum, per cava pleurae, peritonei.	Resolutio. Cicatrisatio specifica hyalino fibrosa. Cicatrisatio aspecifica, carnificato. Calcificatio. Osseificatio. Obsoletio.	Atelectasis. Contractio telae conjunctivaé. Compressio per cicatrices. Volumen pulmonum auctum collateratis, subsequente emphysemate pulmonum vicario. Volumen pulmonum auctum universale subsequente emphysemate. Adhaesiones.
	3) quasi toxica (exo — et endotoxina).	(Degeneratio parenhymatosa. Necroses).	Antitoxina	Per vasa et intracaniculare.		
Bacteria infectionis secundariae	Eadem	Inflammatio Exsudatio	Eadem			

tuberkuliny jako antigenu w celu zniszczenia lasecznika, czy umiemy się obchodzić z tym lekiem swoistym, mowa będzie dalej.

Na to, by nie zadziałały toksyny laseczników gruźlicy, nic przedsięwziąć nie umiemy. Przypominam, że w ustroju chorym na gruźlicę nie stwierdzono dotąd toksyn, któreby były podobne do tuberkuliny.

Czy jednak powinniśmy wogóle usiłować tą drogą swoistą przeszkodzić powstawaniu odczynu, zarówno ze strony wywoływacza białkowego, jak i ze strony toksyn, to zależy od ilości laseczników, jakie w danej chwili wtargnęły do ustroju. Te odczyny, jakie są wywoływane, są to odczyny obronne, obronne teraz i na przyszłość. Wiemy przecież, że człowiek przez gruźlicę staje się odpornym na gruźlicę.

W tej dziedzinie decyduje ilość; niestety, nie wiemy nigdy, z jaką ilością laseczników w danej chwili, w chwili początku choroby, mamy do czynienia; a kiedy objawy nam zdradzą, że ilość ta jest wielka, że tu nie mamy do czynienia z tworzącą się odpornością, ale z napastliwością masową — wtedy bywa za późno.

Jeśli więc nie zdołaliśmy przeszkodzić zadziałaniu ani lasecznika, ani jego toksyn, stajemy przed nowem zagadnieniem lecznictwa: przeszkodzenia tym odczynom, tym zmianom tkankowym i sokowym, jakie wywołuje zetknięcie się biologiczne lasecznika Kocha z komórkami ustroju.

Odczyny te nazywają obronnemi. Charakter obronny tych odczynów jest — z punktu widzenia biologicznego — niewątpliwy. Takim być przestaje dopiero w zależności od ilości zmian. Sprawa ilości, jest równie ważną, jak sprawa jakości. Drobny skok choroby zależy prawie zawsze od powstania niewielkiego ogniska wysiękowego, pneumonicznego. Z punktu widzenia nozologji, kliniki, nie mówimy wtedy — jakkolwiek świadomi charakteru jakościowego zmian histologicznych — o pneumonji gruźliczej; dopiero zajęcie tą samą histologicznie sprawą dużej okolicy płuca daje jej charakter kliniczny pneumonji. Pojedyncze gruzełki, choćby te nieliczne, które wyskakują wkoło takiego małego ogniska wysiękowego niczem się histologicznie nie różnią od tych, jakie powodują obraz kliniczny gruźlicy prosówkowej. Ilość ich, rozmiary zajętych okolic — oto co decyduje o szkodliwości tych zmian dla całego ustroju. W istocie swej, w metodzie powstania, są to zawsze zmiany obronne. Wysiłek ustroju po nad miarę, i jednostronnie kierowany — czyni z usiłowań obrony — katastrofę, różnego stopnia.

Przypomnijmy sobie szczegóły histologiczne tej obrony, jak je nauka naturze podpatrzyła.

Podług Aschoffa, który godzi poglądy szkoły niemieckiej i francuskiej, powstawanie tkanki gruzełkowej[1]) i zmian gruźliczych wysiękowych — tak się przedstawia.

Osiedlenie się lasecznika gruźlicy w tkance wywołuje — po krótkim okresie imigracji leukocytów — powstanie wkoło pasożyta palisady z komórek nabłonkowatych; źródłem powstania tej palisady są komórki różne — zależnie od tkanki; wszystkim tym komórkom jest jednak wspólna cecha ich czynnościowa, wszystkie mają własności makrofagów Miecznikowa. Mogą to być: komórki tkanki siateczkowo-śródbłonkowej; mogą być komórki śródbłonka naczyń; komórki ruchome tkanki łącznej — histjocyty i komórki stałe tkanki łącznej — fibrocyty. W dalszym rozwoju gruzełka imigrują do tej nowopowstałej tkanki limfocyty, a z chwilą rozpoczęcia się zserowacenia — powtórnie — leukocyty. Panuje jednak nad całym obrazem zmian sprawa wytwórcza, powstawanie nowych komórek: odczyn obronny dążący do unieruchomienia, zamurowania pasożytów.

[1]) W języku polskim uniknąć możemy dwuznaczności miana: *tuberculosis*, które oznacza zmiany tkankowe nietylko charakteru *tuberculum*, ale i zmiany niczem tego tworu nie przypominające. Dla uniknięcia tej dwuznaczności Aschoff mówi nawet o *bacillus* nie *tuberculosis*, ale o b. *phtisicus* (termin przez ogół nieaprobowany). Po polsku można mówić o laseczniku gruźlicy, wywołującym raz zmiany gruzełkowe, innym razem — wysiękowe. Obie te postaci zmian histologiczych są zmianami gruźliczemi etjologicznie.

Odczyn obronny wysiękowy dąży do wymycia, wypłókania pasożyta z tkanek; ucieka się doń ustrój, broniąc się przed wielkiemi ilościami laseczników i to mocno zjadliwych. Wtedy występuje obfita wypocina, ścinająca się, zawierająca komórki pochodzące ze złuszczonego śródbłonka pęcherzyków płucnych, ale i z imigrujących śródbłonków naczyniowych i z fibrocytów; śródbłonki pęcherzyków mają też własności makrofagów.

Trzeci typ odczynu obronnego stanowi zapalenie proste, które, jak np. istota zapalenia obwodowego wkoło czynnego ogniska gruźliczego typowego i wypocina do pęcherzyków, mało zawiera komórek.

Rzecz wiadoma, że te trzy postaci odczynu obronnego występują najczęściej współcześnie; że *restitutio ad integrum* nastąpić może najłatwiej po odczynie czysto zapalnym; że zarówno tkanki gruczołowe, jak i zmiany wysiękowe uledz mogą zmianom w dwu kierunkach: zserowaceniu i rozpadowi lub zabliźnieniu. O tem ostatniem będzie dalej mowa.

Jako odczyn obronny należy też uważać sekwestrację tkanek zserowaciałych; ustrój stara się pozbyć laseczników, wypychając je wraz z zawierającą je tkanką. Tak powstają jamy. (I tu decyduje ilość: małe jamki się zabliźniają, wielkie — są niebezpieczeństwem).

Czy skutki zadziałania na tkanki toksyn gruźliczych mają jakikolwiek charakter obronny — nie wiemy.

Otóż, postawmy sobie teraz zapytanie: czy, lecząc środkami swoistemi gruźlicę a niemogąc, jak wiemy, dosięgnąć środkiem bakterjobójczym samego lasecznika (ukrytego w tkance gruzełkowej, do której krew nie dociera), mamy jakiekolwiek widoki wpłynięcia na ten szereg zmian histologicznych, jakie dopiero co zostały opisane?

Pamiętajmy, że w ustroju chorego wszystkie te sprawy odbywają się współcześnie; gdy w jednem miejscu powstaje nowy gruzełek lub niewielkie ognisko wysiękowe, a współcześnie w koło powstającego ogniska i gruzełkowego i pneumonicznego wytwarza się pas zapalenia obwodowego — w innem miejscu stare ognisko gruźlicze może twardnieć, a w innem — mięknąć.

Otóż, czy możemy tu leczniczo dokonać czegoś i — do czego mamy wogóle dążyć.

W zasadzie jest tu wiele okolic, w których zachodzą niepowikłane jeszcze, »czyste« odczyny obronne, pożądane. A że są to odczyny skuteczne — dowodem ta większość ludzi, którzy, umierając z różnych powodów, wykazuje w swem ciele doskonale zagojone ogniska gruźlicze — cmentarze laseczników Kocha.

Gdy zaś nie charakter zmian, tylko ich ilość decyduje o szkodzie dla zdrowia i życia, gdy nasza interwencja w przypadku nielicznych ognisk przeszkodzi ustrojowi w jego walce trudno nawet teoretycznie odpowiedzieć w pojedynczym przypadku: czy tu się wtrącić czy raczej zaniechać interwencji.

Tak jest teoretycznie. W praktyce lecznictwa bardzo jesteśmy przecież dalecy od posiadania środka swoistego, któryby obiecywał wpływ bezpośredni na przebieg tych skomplikowanych zmian histologicznych, które zachodzą pod wpływem lasecznika Kocha.

Pewne jednak widoki w tym kierunku wyznacza nam nowy kierunek biologji, poznawanie zmian chemiczno-fizykalnych, poznanie roli nerwów życia roślinnego. Tak n. p. dużo zatem przemawia, że związki wapnia mogą wpłynąć na zmniejszenie zapalenia obwodowego. A okolica tem zapaleniem zajęta jest terenem, na który najchętniej szerzy się zakażenie *per continuitatem*. Nowe i poważne widoki daje poznanie wpływu nerwu sympatycznego na przemianę materji w komórce, zdrowej i chorej. Za daleko by nas zaprowadziło przytaczanie tych zdobyczy nowej nauki, otwierającej nieoczekiwane horyzonty na istotę zmian zachodzących w komórce żywej pod wpływem zmian w stanie jej koloidów, rozmieszczenia jonów, w stanie jej napęcznienia i t. d.

Zagadnienie lecznictwa swoistego gruźlicy wikła jeszcze fakt, że w samym ustroju — w czasie przebiegu choroby — powstają nowe wywoływacze, przeciw którym ustrój znów broni się wytwarzając swoiste przeciw-ciała. Zmienione cho-

robowo tkanki działają jako białko obce pozatrzewiowo wprowadzone — ze wszystkiemi tego powikłania konsekwencjami.

Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

Dr. S. Rabow prof. honor. Uniwersytetu w Lozannie. **Przepisy lekarskie dla klinicystów i lekarzy.** Z 52 ostatniego uzupełnionego wydania przełożyli Dr. J. Szwarcman, asyst. Szpit. na Czystem i Dr. K. Poncz. Warszawa 1924. Wydawnictwo naukowe »Wiedza«. in 8° str. VIII—321.

Nakładem Wydawnictwa naukowego »Wiedza« wyszedł świeżo znany podręcznik Rabowa p. t. »Przepisy lekarskie« w przekładzie polskim. Do przekładu posłużyło 52-gie wydanie. Już to samo świadczy najwymowniej, jak pożyteczne i poczytne jest dziełko Rabowa wśród lekarzy... niemieckich. Dla nas jednak podręcznik Rabowa ma znacznie mniejszą wartość, jako oparty na farmakopeji niemieckiej i przystosowany do potrzeb lekarza niemieckiego.

Sporo tu rzeczy dla nas zupełnie zbytecznych. Na końcu dziełka n. p. podano wykaz nieurzędowych recept berlińskich (*formulae magistrales Berolinenses*). Nam tego zupełnie nie potrzeba. W spisie lekarstw i wzorów recept, ułożonych w porządku alfabetycznym, roji się na każdej stronicy (od 32-ej do 222-ej) od mnóstwa nowych leków, składu nieznanego, których nazwy dziwaczne nic same przez się nie wyrażają, jak n. p. *Dymal — Didym. salicylicum, Eusitin, Granugenol, Lovan — Valau. Percutilan, Uraza Urtiarsyl* i t. p.

Podane z dziełka Rabowa wskazówki praktyczne są prawie wszystkie pożyteczne. Dość udatny jest artykuł prof. K. Stolte'go o chorobach niemowląt. Artykulik prof. Bürgi'ego o łączeniu leków dotyczy przetworów narkotycznych i nasennych. Sporo wreszcie miejsca poświęcił Rabow wyliczeniu ważniejszych miejscowości kąpielowych i uzdrowisk zagranicą. Tłumacze dział ten uzupełnili wykazem źródeł, kąpieli i uzdrowisk polskich.

Naogół wydanie polskie dziełka Rabowa sprawia wrażenie dodatnie, znać bowiem staranność tłumaczów o dobór objaśnień i uzupełnień, znać dbałość wydawców o wygląd estetyczny książki. Szkoda tylko, że tłumacze nie postarali się usilniej, ażeby czystość języka przekładu wypadła bez zarzutu. Pomimo widocznych pod tym względem starań nie ustrzegli się jednak pewnych germanizmów, stale zresztą, niestety, powtarzanych w naszych pismach i książkach lekarskich. Wszystkich wymienić niepodobna. Wspomnę więc tylko o częściej napotykanych, a więc o nadużywaniu przyimka *przy*, n. p. »najlepiej posługiwać się *przy* podawaniu lekarstw«, zamiast: ..do podawania lekarstw; »zachowywać ostrożność *przy* użyciu skrótów w receptach«, zamiast: ..w razie użycia skrótów..; »*przy* wyznaczaniu określonej djety należy ... zdać sobie sprawę...«, zamiast: wyznaczając określoną djetę.!; »*przy* jednoczesnem pobudzaniu do potów«, zamiast: wraz z jednoczesnem pobudzaniem do potów; »dlatego też zaleca się wielką ostrożność« *przy* stosowaniu u takich dzieci zabiegów wodoleczniczych«, zamiast: ..podczas stosowania .. zabiegów..; »wobec licznych zmian, które... *przy* mieszaniu leków wytworzyć się mogą«, zamiast: ...które ..podczas mieszania... Wspomnieć też trzeba o błędnem stawianiu przez tłumaczów przymiotnika przed rzeczownikiem, znowu podług wzorów niemieckich, n. p. »w alfabetycznym porządku«, »bezbarwny płyn«, »djetetyczne metody«, »wodnemi napojami«, »próbne djety«, »przewlekłego zjawiska«, »organiczne jady«, »metaliczne, wzgl. nieorganiczne jady«, »terapeutyczne zalety«, »mieszanych leków«, »w terapeutycznym wyniku swym« i t. p.

Sporo też jest zdań wielce pod względem stylistycznym chropowatych. Należało je koniecznie w korekcie wygładzić. Przytoczyć ich tu nie można, gdyż wykaz taki powiększyłby nadmiernie rozmiary sprawozdania o podręczniku, który ostatecznie mniej jest pożyteczny, aniżeli kosztowny.

M. Zwejgbaum.

Przegląd piśmiennictwa.

Annales d'Anatomie Pathologique Médico-chirurgicale. Paris. Masson et C-ie Editeurs. Ogłaszane przez: B. Cuneo, R. Grégoire, P. Lecène, P. Masson, H. Policard i G. Roussy.

Nowy organ, poświęcony anatomji patologicznej, ma za zadanie ożywić ten dział nauki, zepchnąć ją z okresu opisowego i zbliżyć do fizjologji i kliniki, wszczepiając nowoczesne poglądy biologiczne. Ukazywać się to pismo będzie 6 razy do roku.

P. Masson. **Zapalenie wyrostka robaczkowego pochodzenia nerwowego i nowotwory podobne do raków.**

Anatomja patologiczna wyrostka robaczkowego wzbogaca się nowemi dotąd nieznanemi faktami. Obecnie coraz częściej zwykłe ostre przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego nazywają „angina jelitowa", co wskazuje na daleko posuniętą rozbieżność z dawniej uznanemi pojęciami. Również i rola etjologiczna w tem schorzeniu uległa znacznym przegrupowaniom. Nowe światło na patogenezę niektórych postaci przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego rzucają świeże badania Masson'a, które również ułatwiają zrozumienie pewnych subtelnych procesów fizjologicznych. Te nowe fakty zasługują ze wszech miar na wyróżnienie i specjalną uwagę.

W 1914 roku Masson wspólnie z Gosset wystąpił z pomysłową hipotezą o pochodzeniu (*histogenezie*) niejasnych nowotworów wyrostka robaczkowego, nazywanych »*Petit carcinome du tractus digestif*« lub *carcinoides*. Masson i Gosset podzielali zdanie, że nowotwory te wychodzą z komórek chromafinowych, które rozsiane są pojedynczo na dnie gruczołów Lieberkühn'a i opisane zostały przez Kulczyckiego. Ważną jest rzeczą, że jądro tych komórek umiejscawia się w pobliżu ujścia gruczołu, a zona (pasmo) sekrecyjna, z zawartością ziarn chromafinowych, zwrócona jest w kierunku tkanki podścieliskowej czyli łożyska naczyniowego. Masson upatruje w tych komórkach właściwości wewnętrznego wydzielania, nazywając *carcinoidy* nowotworami „endokrynnemi" Celem wykazania powyższych komórek Masson opracował szczegółową metodykę wybiórczego barwienia zapomocą przepajania kwaśnym azotanem srebra (*cellule argentoffine* — komórka mająca powinowactwo do azotanu srebra).

Po skończonej wojnie Masson nadal prowadził swoje badania nad komórkami, mającemi powinowactwo do azotanu srebra, wykazując szereg ciekawych faktów. W masowych badaniach nad zarośniętemi wyrostkami robaczkowemi, które uchodziły za zbliznowaciałą tkankę łączną, autor wykazał w niej obecność włókien nerwowych współczulnych. Badania w kierunku wykazania zachowania się przebiegu włókien nerwowych w zdrowym wyrostku dały również ciekawe dane. Największy rozrost włókien nerwowych występuje, według niego, w zarośniętych odcinkach wyrostka robaczkowego, powodując czasami powstanie prawdziwych nerwiaków. Ciekawą jest rzeczą, że udaje się w samym splocie nerwowym wykazać samotne lub zgrupowane komórki krągławe, zawierające ziarnistość, mającą powinowactwo do azotanu srebra a odpowiadające w zupełności komórkom Kulczyckiego resp. pierwocinom *carcinoides*. Ilość tych komórek bywa różna a umieszczone są przeważnie na wewnątrz od *muscularis mucosae*, nie wychodząc poza jej zakres. Komórki te są wyłącznemi przedstawicielami pierwocin nabłonkowych, gdyż gruczoły Lieberkühn'a, jak również cały układ adenoidalny, zupełnie znikają.

Masson opisuje 4 rodzaje komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra:

1. **Neuroglejowy.** — Komórki tej grupy podobne są do komórek Remack'a, jądra są owalne i blade, a granica pierwoszczy niewyraźna. Ziarnistość, mająca powinowactwo do azotanu srebra, jest czasami obfita, czasami jest jej bardzo mało.

2 **Zwojowy.** — Okrągłe komórki zawierają przeważnie jądra krągławe o skąpej chromatynie i 1—2 jąderka. Ziarnistość spowinowacona do azotanu srebra rozsiewa się na całej przestrzeni lub gromadzi się w okolicy jednego bieguna

komórki, w tym przypadku występują w przeciwnym biegunie twory, przypominające ciałka N i s s l'a.

3. Gruczołowy rodzaj. — Pierwoszcz komórki obfituje w wodniczki, dookoła których układa się już wspomniana ziarnistość. Czasami spotyka się jeszcze także

4 rodzaj — jelitowy: Komórki tego typu występują mnogo, otaczając w postaci pierścienia ośrodkową jamkę. Powierzchnia tych komórek, patrząca do wewnątrz, wyścielona jest rąbkiem skóreczkowym; w tej części komórki znajduje się wydzielina śluzowa. Jądro jest owalne, zawiera ziarna chromatyny, 1—2 jąderka umiejscawiają się w samym ośrodku komórki. U podstawy komórki układają się ziarna, mające powinowactwo do azotanu srebra. Pomiędzy poszczególnemi typami wspomnianych komórek istnieją postaci przejściowe.

W wieku podeszłym pierwociny nerwowe zanikają i giną a jednocześnie znikają również komórki, mające powinowactwo do azotanu srebra, co przecież przemawia za hipergenezą obydwóch rodzajów tych pierwocin. W kilku przypadkach autorowi nawet udało się jakoby wykazać pochodzenie tych komórek.

Gruczoły L i e b e r k ü h n'a od strony dna tworzą wypustki komórek nabłonkowych w kierunku rozrosłego splotu nerwowego, dzielących się amitotycznie i wreszcie ulegające oddzieleniu się. Dalej gromadki komórek odsznurowanych wnikają w pnie nerwowe, a w komórkach pojawia się ziarnistość azotano-srebro-chłonna. Sprawa oddzielania się komórek gruczołowych, względnie azotano-srebro-chłonnych, przebiega nadzwyczaj szybko i może nawet odpowiadać początkowi ostrego schorzenia.

Rzeczą zastanawiającą jest fakt, że sprawę powyższą spostrzegano tylko u młodych jednostek.

Obecność tych nerwiaków albo rozlanych skupień włókien amijelinowych, zawierających komórki azotano-srebrochłonne, daje się stwierdzić tak w przypadkach operowanych *à froid*, jakoteż w przypadkach normalnej inwolucji. Zrozumiałem jest, że w przypadkach ostrego zapalenia ropnego wyrostka robaczkowego trudno jest wykazać z powodu znacznego rozrostu układu chłonnego stan zachowania się podgruczołowego splotu nerwowego, oraz komórek azotano-srebro-chłonnych. Nerwiaki znajdują się w ścisłej łączności ze splotem M e i s s n e r'a; wielkość ich bywa różna, dochodzi czasami do 2—3 mm a wtedy mogą być dostrzeżone zwykłem okiem nieuzbrojonem. Nerwiaki te nierzadko wykazują szereg zmian wstecznych, ulegają nacieczeniu drobnokomórkowemu i makrofagami. Po zupełnem zwyrodnieniu nerwiaków znikają również komórki, mające powinowactwo do azotanu srebra.

Z powyższego względu M a s s o n przypisuje komórkom azotano-srebro chłonnym specjalny wpływ uczynniający na pierwociny nerwowe, sądząc, że charakterystyka rodzajów komórek azotano-srebro-chłonnych przemawia za ich pochodzeniem neurogennem, a więc do komórek ektodermalnych, co zbliża jego hipotezę do przypuszczenia E r i c h a, zdaniem którego nowotwory wyrostka robaczkowego, podobne do raków, należeć powinny do glejaków ciałek przyzwojowych.

W wyjątkowych razach spostrzegano samotny rozrost wyłącznie tylko komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra, lub wyłącznie samych włókien. W ostatnim razie powinno się nazwać twory te nerwiakami amputacyjnemi wyrostka robaczkowego. Wyniki pracy M a s s o n'a opierają się na 134 przypadkach, z których wynika, że w $^{3}/_{4}$ przypadków zarośniętych wyrostków robaczkowych albo w przypadkach z obciążeniem klinicznem stwierdza się hipergenezę komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra, oraz nerwiaki.

Cyfry autora przemawiają najdosadniej, zwłaszcza w porównaniu z cyframi badań przypadków bez obciążenia klinicznego. Nerwiaki prawdziwe najczęściej występują w wieku od lat 19 do 22.

Badania autora nasuwają przypuszczenie, że proces wciskania się komórek azotano-srebro-chłonnych do głębi rozrastających się splotów nerwowych podgruczołowych, przedstawia sprawę fizjologiczną, która szczyt swój osiąga w 20 roku życia. Jeśli w tym czasie zadziała czynnik zapalny o wystarczającem nasileniu, wtedy proces fizjologiczny hipergenezy nabiera nadzwyczajnej siły, występują liczne oddzielania się nabłonków, sploty nerwowe ulegają rozrostowi i tworzą wreszcie nerwiaki. Klinicznego wytłumaczenia na przenikanie komórek, spowinowaconych do azotanu srebra w głąb rozrosłych splotów nerwowych jeszcze dotychczas nie posiadamy i dopiero wspólna praca klinicystów z patologami może te ciekawe zagadnienia rozstrzygnąć.

W zakończeniu przytoczę technikę M a s s o n'a:

1. Operacyjnie usunięte wyrostki robaczkowe pogrąża się w jak najszybszy sposób do płynu Bouin'a na pół godziny, następnie brzytwą przecina się wyrostek na kilka odcinków grubości $^{1}/_{2}$ cm i znowu wrzuca się do płynu Bouin'a na przeciąg 3 dób.

(Płyn Bouin'a składa się z

A. destill.	*30 cm*^{3}
40$^{0}/_{0}$ *formal.*	*10 cm*^{3}
Ac. trichloracetici	*2 cm*^{3}

i kwasu pikrinowego aż do nasycenia)

2. Po krótkotrwałem przepłukaniu odwadnia się preparat w 3 alkoholach i prześwietla się zapomocą *toluolu* lub *xylolu*.

3. Zatapia się w wosk-parafinę (5:100) i przyrządza się skrawki.

Sposoby barwienia według M a l l o r y. II. Barwienie komórek, mających powinowactwo do azotanu srebra, według M a s s o n'a, polega na pogrążaniu skrawków, wolnych od parafiny, w 5$^{0}/_{0}$ rozczyn amonjakalnego azotanu srebra na przeciąg 36 godzin. Ziarnistość występuje już od tego zabarwienia bez następowej redukcji. Dalej stosuje się złocenie i uzupełniające dobarwienie, według R. J. Cajal'a, pikroindygo-karminem.

Rozczyn amonjakalnego azotanu srebra, według F o n t a n'a, przyrządza się w następujący sposób: do 5$^{0}/_{0}$ rozczynu azotanu srebra dolewa się amonjak do pojawienia się osadu. Do rozczynu znowu dolewa się 5$^{0}/_{0}$ rozczyn azotanu srebra, dopóki rozczyn nie przybierze charakteru lekko opalizującego. W takim stanie rozczyn jest zdatny do użycia.

H. L a c a s s a g n e i Oc. M o n o d. **Próby wywołania raka zapomocą zastrzyknięć wśródmiąższowych w głąb jądra.** Doświadczenia z zastrzykiwaniem smoły pogazowej w drobnych ilościach bezpośrednio w głąb miąższu jądra szczurów i królików powoduje szybkie jej otorbienie reakcyjne tkanką łączną. Injekcje te pociągają za sobą zwyrodnienie komórek nasiennych i aspermatogenezę, komórki zaś podstawowe pozostają niezmienionemi.

W jednym przypadku na pięć zastrzyknięć królikom, udało się wywołać nowotwór jądra o charakterze mięsakowym, stwierdzony dopiero po upływie roku od chwili zastrzyknięcia, u którego jednocześnie spowodowano raka skóry zapomocą wcierania smoły pogazowej.

P. L e c è n e. **Przypadek rzeczywistej potrójności jądra.** Dotyczy on młodego żołnierza lat 23, który zgłosił się z dziedziczną przepukliną pachwinową prawostronną, podczas operacji której wycięto twór wielkości małej śliwki, a badanie histologiczne wykazało rysunek jądra.

W końcu umieszczone są streszczenia zbiorowe na tematy aktualne. *W. Janusz* (Lwów).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

T. XXXIX. Nr. 3. wrzesień 1924.

C. G. M i x t e r. **W sprawie wnętrostwa (Undeseended testicle).** Na podstawie 207 wniosków M. dochodzi do następujących wniosków: operację z powodu niezstąpienia jądra dają 75—80$^{0}/_{0}$ dobrych wyników t. zn. jądro zostaje w mosznie i nie ulega zanikowi. By to osiągnąć należy strzec się uszkodzenia naczyń krwionośnych a sznurek nasienny przedłużyć tak, by jądro dało się umieścić w mosznie bez napięcia. W pewnej liczbie przypadków, szczególnie *actopia abdominalis*, zachodzi konieczność przecięcia naczyń, co powoduje zanik jądra w ok. 85$^{0}/_{0}$. Wskazania do tego rodzaju postępowania istnieją zaledwie w około 10$^{0}/_{0}$ ogólnej liczby przypadków. Zanik może nastąpić również w przypadkach, w których naczyń nie przecięto — prawdopodobnie z powodu

przypadkowego ich uszkodzenia podczas zabiegu (jak schwycenie w szew).

Operować można w każdym wieku z widokami dobrych wyników, najlepiej jednak przed nastąpieniem dojrzałości płciowej, między 5 a 12 r. życia. Operacja w wieku wcześniejszym nie jest wskazana, gdyż tkanki są zbyt delikatne i trudności uniknięcia uszkodzenia naczyń są zbyt duże.

Orchidektomji nie powinno się wykonywać w dzieciństwie. Należy również unikać przemieszczenia jądra do jamy brzusznej, ze względu na przyszłą możliwość zmian nowotworowych. Nawet w bardzo trudnych przypadkach przemieszczenie przewodu z towarzyszącemi mu naczyniami poza dolną tętnicę nadłonową *(epigastrices)* umożliwia zsunięcie jądra do moszny. Badanie pochwowe dojrzewania przypadków operowanych w dzieciństwie wykazuje przeważnie normalne jądro. W żadnym z operowanych przypadków autor nie widział nawrotu, ani powstania przepukliny.

R. P. Sullivan. **Rak żołądka u osobników młodych.** Po przeglądnięciu piśmiennictwa autor opisuje przypadek raka żołądka u 22 letniego osobnika.

Rak żołądka poniżej 25 r. życia należy do zjawisk bardzo rzadkich. Według Oster'a i Mc Crac'a raka w pierwszem dziesięcioleciu opisano zaledwie 6 razy, w drugiem 13 razy, rak w trzeciem dziesięcioleciu zdarza się w 3—4% przypadków raka żołądka. Na 50 przyp. raka przewodu pokarmowego u osobników młodych 13 razy był zajęty żołądek. Co do objawów, raka żołądka u osobników młodych charakteryzuje: nagły początek, krótki czas trwania cierpienia, wczesne zjawienie się, trwanie podwyższenia ciepłoty, wczesne przerzuty i brak charłactwa przy postępującej anemji — pozatem objawy nie różnią się od objawów w wieku starszym. Od mięsaka różni się znacznie szybszym przebiegiem. Leczenie operacyjne było zwykle podejmowane za późno. Leczenie promieniami Röntgena dało również mało zachęcające wyniki, nawet przy zastosowaniu t. zw. externalizacji nowotworu z bezpośredniem naświetlaniem. Seroterapja podobno wpływała korzystnie na przebieg cierpienia, ale przeważnie tylko przejściowo.

W. Shallenberger. **O śródżylnem stosowaniu roztworów fjoletu goryczkowego (gentain violet) przy zapaleniu żył.** W 5 przypadkach phlebitis autor wstrzykiwał śródżylnie roztwór fjoletu goryczkowego i uzyskał bardzo szybki spadek gorączki (po 1 do 2 zastrzyknięciach) i wyleczenie. W początkowych przypadkach zastrzykiwał po 30 cm^3 1% roztworu, w późniejszych posługiwał się większemi ilościami roztworu $^1/_2$%, gdyż 1% powodował zakrzep żyły w miejscu wstrzyknięcia. Przygotowanie roztworu polega na rozpuszczeniu w świeżo destylowanej wyjałowionej wodzie i przesączeniu. Wyjaławianie roztworu nie jest potrzebne. Dawka najwyższa wynosi 5 mg na kilogram wagi ciała. Objawów ubocznych nie widział. Niektórzy chorzy skarżyli się na zdenerwowanie i uczucie słabości. Sinawe zabarwienie skóry, naśladujące sinicę, zjawia się stale, ale tylko na krótki czas. Wstrzyknięcie należy powtarzać co 2—3 dni. Definitywne wnioski o wartości tego sposobu wymagają dalszych spostrzeżeń.

Fg. Du Bose. **Cholecystogastrostermia i cholecystoidorenostermia.** Autor, wychodząc z założenia, że cierpienia woreczka żółciowego nie są cierpieniami pierwotnemi, a tylko dalszym ciągiem spraw zapalnych wątroby, że woreczek żółciowy nie jest tylko zbiornikiem żółci, ale posiada bliżej nam nieznane funkcje fizjologiczne, że wyniki usuwania woreczka operacyjnego woreczka żółciowego w kamicy żółciowej są niewystarczające, jest zdecydowanym zwolennikiem zespolenia między woreczkiem żółciowym a żołądkiem, względnie dwudwunastnicą i uważa tę metodę za operację wyboru. Przeciwwskazania do zespolenia, a raczej wskazania do cholecystostermji, stanowią: 1. nowotwory woreczka żółciowego, 2. zgorzel woreczka, 3. zanik i zbliznowacenie woreczka, 4. zwężenie przewodu pęcherzykowego i zamknięcie niespowodowane kamieniami.

Wskazania do cholecystogastro- względnie dnodenostermji stanowią: 1. Zamknięcie przewodu wspólnego u chorych wyczerpanych. 2 Kamienie przewodu wspólnego w przypadkach, w których nawrotu cierpienia bez następowego zwężenia można się spodziewać. 3. Przewlekła lub powtarzająca się żółtaczka nieznanego pochodzenia lub wtórna z powodu niedających się usunąć cierpień wątroby, trzustki lub dwunastnicy, zamykających przewód wspólny. 4. Przebicie woreczka żółciowego. Zespolenie jest bezpieczniejsze i wymaga krótszego leczenia, niż cholecystostermja. 5. Tam, gdzie wskazane jest zachowanie na zewnątrz, jak np. po usunięciu kamieni. 6. Przebicie wrzodu odźwiernika lub dwunastnicy. Alkaliczna żółć zapobiega następowym zwężeniom i wpływa lecząco na wrzód. 7. *Pylorospasmus* z powodu nadkwaśności — nie ustępujący pod leczeniem intermotycznem — jakkolwiek Sippy twierdzi, że ilość żółci normalna nie wystarcza do zobojętnienia soku żołądkowego. 8. *Pancreatitis acuta.* W 12 przypadkach tego cierpienia zespolenie dało doskonałe wyniki bezpośrednie późne. Du Bose wykonuje zespolenie w ten sposób, że zszywa w dno woreczka sączek gumowy za pomocą podwójnego szwu kapciuchowego — nakłada podwójny szew Lemberta na dno woreczka i żołądek, względnie, o ile by musiało przez to powstać napięcie — na dwunastnicę, wpuszcza dren do żołądka tuż nad odźwiernikiem i ustala go w nim za pomocą podwójnego szwu kapciuchowego i pokrywa od przodu podwójnym szwem Lemberta a na to jeszcze naszywa sieć.

Thomson. **O odprowadzaniu pewnych złamań za pomocą aparatu dźwigniowego. (Direct leverage in the reduction of certain fractures).** W złamaniu, których odprowadzenie zwykłemi sposobami osiągnąć się nie daje, autor używa narzędzia w kształcie litery S, które przez małe nacięcie w skórze wprowadza między odłamki i za pomocą w danym przypadku odpowiedniego ruchu — tak, by narzędzie działało jako dźwignia nastawia odłamki. Kilka szwów na rany w skórze i ustalenie kończyny w opatrunku gipsowym. Dźwignia zostaje zagipsowana, a raczej ustalona w okienku w gipsie w tej pozycji, w której złamanie zostało należycie odprowadzone. Cały zabieg wykonuje w świetle roentgenowskiem lub, o ile to niedostępne, pod kontrolą palca, który równocześnie z dźwignią wprowadza do rany. Dźwignię wyjmuje po 7—10 dni. Wyniki osiągnął znakomite. Sposób ten do odprowadzania zwichnięć podał przed 50 laty Thomas.

R. L. Payne. **W sprawie setonowania jamy otrzewnowej.** Payne nie jest zwolennikiem zasady »gdzie nie jesteś pewnym, czy trzeba setonować, nie setonuj«. Wprawdzie drenowanie jamy otrzewnowej, jako całości, nie da się uskutecznić, gdyż już po kilku godzinach powstają zlepy na około drenu, ale właśnie ten odczyn ustroju jest pożądanym, gdyż powoduje oddzielenie źródła zakażenia od reszty jamy otrzewnowej. Siły obronne ustroju zostają przez to skierowane w najbardziej zagrożone miejsce. Dlatego powinno się sączkować zawsze źródło zakażenia, a nie punkt najniższy jamy otrzewnowej, jak się często robi, nawet przy już uogólnionem zapaleniu otrzewnej. W przypadkach wątpliwych wystarczy drenować przez pierwsze 24 godziny, w ropniach ograniczonych, póki wydzielanie nie zmniejszy się. Najlepsze są stany »cygaretowe«. Na 263 przypadki zapalenia otrzewnej miał śmiertelność 6%. Z tego w 209 przyp. sprawa była ograniczona (śmiertelność 2·3%) w 5 przyp. ogólna (śmiert. 29·6%) we wszystkich przypadkach sączkował.

Dr. *Gruca* (Lwów).

American Journal ot Surgery.
T. XXXVIII/8 1924.

Stenbuck **Rysy twarzy u osób z wrzodem żołądka i dwunastnicy.** Autor przypomina krótko prace podobne — a sam podaje następujące spostrzeżenia: twarz nierówna, nacechowana siłą — linje proste, kąty ostre. Czoło niskie, zmarszczki, o ile są grube, elastyczne. Pod występującemi łukami i dużemi brwiami małe, błyszczące oczy, nos prosty nie duży, uszy szerokie, odstające, muszle uszne niedokładnie uformowane, usta szerokie, wargi grube ściśnięte, broda wybitnie grubo zaznaczona, kości szczęki wystające, dające tem samem szerokie wkleśnięcia twarzy, żwacz silnie rozwinięty (w t. b. c. wątły) — kości policzkowe i łuk podoczodoł. silnie wystają, fałd nosowo wargowy wybitny. Twarz przytem zwykle blada, często obrzękła n. p. w fałdzie wargowo-policzkowym, fałdach czołowych o etjologji niepewnej, może wskutek zaburzeń odżywczych lub zaburzeń

gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wskutek czego przychodzi do pewnego rodzaju obrzęku śluzowego skóry. Dalej charakterystyczne jest, że u chorych z wrzodem spotyka się często sześciobok utworzony z fałdów nosowo-policzkowych, nosa i brody. Natężenie tych objawów idzie w parze z ostrością przypadków. W okresowych polepszeniach lub po udałej operacji, twarz powoli traci wymienione cechy. Autor w 90% przypadków stwierdza te objawy i utrzymuje, że są one pomocne w postawieniu rozpoznania.

Ballenger, Elder, Leke. **Cystogramy powietrzne do wykazania powiększenia gruczołu sterczowego, wystającego do pęcherza.** Autorowie w przypadkach trudniejszych do rozpoznania, zwłaszcza, gdy gruczoł *per rectum* jest niemacalny — a badanie cystoskopowe jest utrudnione ze względu na silne zwężenie cewki, robią cystogramy powietrzne, które uwydatniają dobrze część gruczołu powiększonego do światła pęcherza. Chory dostaje 15—18 godzin przedtem na przeczyszczenie; bezpośrednio przed wykonaniem zdjęcia, wstrzykują 1% R. N S przez cewkę — następnie wprowadzają cienki cewnik — wstrzykują około 100 cm powietrza i wykonują zdjęcie. (20_0 — $3\frac{1}{2}$ cala — 20 mamp. — 10 sek.).

W. Frank. **Bezpieczne doszczętne leczenie chirurgiczne wola.** Są dwa typy w wolach, charakteryzujące się objawami hypertyreoidyzmu: wól Basedowa, dający okresy wzmożenia i remisji objawów, i gruczolak toksyczny, kiedy objawy stale się wzmagają i chory ma się coraz gorzej.

Ważnem w tych przypadkach jest określenie % przemiany materji, który jest wskaźnikiem czynności i toksyczności gruczołu, a zarazem siły odporności na operację.

Zresztą zdania różnych autorów są co do tego różne; Frank twierdzi, że w doświadczeniach jego przypadki nawet z 80% przemiany materji, poddane thyreoidektomji, nie dawały reakcji i naodwrót przypadki z małym procentem tejże reagowały silnie (przytacza przykłady).

Dalej w wolu B. dobrze jest użyć przedtem naświetlania promieniami Röntgena, by później przystąpić do zabiegu z większem bezpieczeństwem; reakcja naświetlaniem wywołana jest często bardzo silna — zresztą podobna do reakcji, wywołanej podwiązaniem tętnic tarczykowych.

W gruczolaku toksycznym często spotyka się zwyrodnienie mięśnia serca i innych narządów, jako następstwo intoksykacji; stąd podwiązanie tętnic, jak w poprzednim, nie wystarcza, lecz należy wykonać resekcję.

Co do znieczulenia, to idealnem jest znieczulenie miejscowe z dodatkiem »gar-oxygenu«. Wtedy chory podczas zabiegu jest spokojny, tętno jest wolniejsze.

Autor przytacza zapatrywania różnych badaczy, kiedy zabieg w przypadkach omawianych nie jest wskazany, i wypowiada swoje zdanie, że zabieg należy przeprowadzać stopniowo, a mianowicie: w miejscowem znieczuleniu z dodatkiem »gar-oxygenu«, najpierw podwiązanie, po pewnym czasie resekcja jednostronna — w końcu thyreidektomia. Nawiasowo dodaje, że podawanie morfiny w ciężkich przypadkach ma swoją dobrą stronę.

De Courcy. **Zmniejszanie tyreotoksykozy leczeniem nieswoistem.** Autor wstrzykuje chorym z wolem toksycznym mleko w coraz to większych dawkach i otrzymuje coraz słabszą reakcję. Podobną reakcję daje podwiązanie tętnic tarcz. Stąd stawia autor pytanie, czy podwiązanie nie działa tak, jak białko lub wakcyna. I rzeczywiście, wstrzykując w kilkudziesięciu przypadkach mleko lub wakcynę tyfusową (wolne od bakt.) i bez poprzedniego podwiązania, przystępuje do tyreoidektomji.

Ważne to jest z tego względu, że zamiast kilku zabiegów wykonuje jeden zabieg, to jest odrazu tyreoidektomję po poprzedniem nieswoistem, białkowem uodpornieniu, zwłaszcza, że, zdaniem wielu autorów, samo podwiązanie i tak nie sprowadza redukcji krwi w gruczole.

W. Owen **Wrodzone obustronne przemieszczenie rzepki na zewnątrz.** Dziecko lat 9, u którego nóżki są w ułożeniu wybitnego *genua valga*, przyczem o własnych siłach stać nie może. Obie rzepki są znacznie przesunięte na zewnątrz. Wykonano *osteotomiam supracond* i ułożono kończyny w położeniu nieco *genua vara*. Ponieważ jednak to nie wystarczyło, by rzepki sprowadzić w prawidłowe położenie, wykonano po sześciu tygodniach zabieg Krogiusa. Skróconą torebkę po zewnętrznej stronie przecięto, rzepkę reponowano, a z rozciągniętej torebki po stronie wewnętrznej oddzielono pasmo wraz z częścią mięśniowo-powięźniową przesunięto je na zewnętrzny brzeg rzepki i umocowano tak, że pasmo to biegnie od wewnętrznego brzegu uda, następnie łukowato okrąża rzepkę od zewnątrz, przechodząc na wewnętrzny brzeg podudzia. Wynik zupełnie zadawalniający. W piśmiennictwie opisane są dwa podobne przypadki.

T. XXXVIII/9. 1924.

W. Galland. **Podskórne przecięcie ścięgna Achillesa.** Autor przytacza przypadek obustronnej spastycznej stopy końskiej, w którym wykonano poprzeczne przecięcie ścięgna Achillesa; jednak wskutek skurczu mięśni odcinek bliski posunął się o kilka centymetrów ku górze i nie nastąpiło zrośnięcie się przeciętych końców, wskutek tego powstała obustronna stopa piętowa, co stało się dla chorej bardziej uciążliwe od stanu poprzedniego. Aby tego uniknąć, autor radzi stosować plastykę ścięgna lub podskórnego skośnego przecięcia ścięgna, przyczem zwraca uwagę, że zależnie od różnego patologicznego ustawienia stopy *(pes valgus, equinus, varus)* stosować należy różne kierunki wyżej wspomnianego skośnego cięcia.

S. Gant. **Zastąpienie metody krzyżowej lub krzyżowo-brzusznej, metodą pochwową i międzykroczową przy raku odbytnicy.** Autor przytacza poszczególne metody usuwania raka odbytnicy i dochodzi do przekonania, że usunięcie tegoż:

1. metodą krzyżową jest trudne, długie, dość często zdarza się przytem krwotok, zapad, komplikacje nerkowe i płucne, chory pozostawać musi długo w szpitalu ze względu na rozległość i miejsce rany, która zwykle zostaje zakażoną; dalej niedogodności, wskutek wykonanego odbytu krzyżowego; w końcu metoda ta daje wysoką śmiertelność,

2. metodą krzyżowo-brzuszną (względnie perineo-vagino-abdominalną), która, zdaniem wielu chirurgów, daje łatwy dostęp do raka i gruczołów wysoko leżących, następnie zmniejsza niebezpieczeństwo wskutek dwuczasowego operowania — daje ciężki zapad i jest niewygodna do zastosowania u osób otyłych i słabych, czas trwania jest długi, manipulowanie wśród jelit może też dać niedobre następstwa; dalej nie trudno uszkodzić pęcherz, moczowody, naczynia biodrowe; w końcu może powstać przepuklina pooperacyjna. Prócz tego komplikacje, jak wyżej,

3. metodą pochwową i międzykroczową jest bezpieczniejsze, czas trwania jest krótszy, komplikacyj brak, chory pozostaje w łóżku krótko, nawrotów niema więcej, jak w metodach poprzednich, ponieważ usuwa się dokładnie i wysoko gruczoły, wykonując to łatwo i szybko, nie otwierając jamy brzusznej i nie robiąc sztucznego odbytu. To też nie radzi otwierać jamy brzusznej przy raku odbytnicy, a natomiast używać metody tej, którą można usuwać raki nawet bardzo wysoko leżące.

R. Hertzberg. **Epidermizacja.** Autor podaje sposób leczenia dużych ubytków skóry. Mianowicie: gdy rana pokryje się z ziarniną, zmywa się ją gazoliną, która jest antyseptykiem, rozpuszcza wydzielinę, tłuszcz, suszy tkankę, a nie niszczy świeżej ziarniny, następnie suszy się ranę delikatnie gazikiem i brzegi jej powleka się mięszaniną balsamu per. i oleju ryc. (ana), pokrywając również ziarniną na przestrzeni 1—2 cm. szerokości od brzegu. Potem pokrywa się paskiem steryl. przylepia, (szerokość $2\frac{1}{2}$ cm) wyżej wspomnianą przestrzeń, okrążając ranę naokoło, a nie przechodząc w poprzek przez środek, który zwilża się 1—2% roztworem dichloraminu (dichloramin T in chlorkosanie); on to chroni przed zakażeniem i utrzymuje ziarninę w zdrowych warunkach. To powtarza się codziennie naskórek rośnie szybko 0·25—0·60 cm na dobę, przytem, chociaż nieraz rany są bardzo rozległe, nie tworzy się szpecące zbliznowacenie, lecz cała rana pokrywa się zdrowym naskórkiem, tak, że często trudno zauważyć granicę między tkanką nienaruszoną, a tkanką pokrytą świeżym naskórkiem.

Dr. *Janik* (Lwów).

Annales de Médecine légale.

Nr. 1. 1924.

Goutard-Boutigny i Piédelievre. **Pęknięcie tętnicy głównej.** Autorowie wspominają o 3 przypadkach samoistnego pęknięcia tej tętnicy u ludzi młodych (od 25—30 lat). Makroskopowo prawie nie można było stwierdzić zmian w jej ścianie przy badaniu jednak mikroskopowem stwierdzono w 2 przypadkach ograniczone zmiany w ścianie, obejmujące całą jej grubość, polegające na zaniku włókien elastycznych i na zwyrodnieniu szklistem, w 1 przypadku jednak zmiany w ścianie aorty były bardzo małe, natomiast w nerkach stwierdzono wyraźne zmiany nefrosklerotyczne, na tle, według przypuszczeń autorów, kiłowem.

Ghigliotto. **Wykazywanie bardzo małych ilości kwasu azotowego w przypadkach otrucia.** W celu wykazania małych ilości kwasu azotowego w żołądku nie nadaje się, według autora, izolowanie kwasu przez destylację, poddawanie go działaniu alkoholu lub węglanu wapnia. Autor starał się wykazać kwas azotowy w samej ścianie żołądka po wprowadzeniu małej ilości od 5-cio do 1000-krotnie rozcieńczonego kwasu do żołądka, gdzie pozostawiał go 20 minut: po przepłukaniu błony śluzowej przez 15 minut wycinał jej mały kawałek, wyciskał go na bibułę, wkładał do szalki, i przy pomocy difenylaminu, rozpuszczonego w kwasie siarkowym, wykazywał kwas azotowy. Brucyna nie daje tak dobrych rezultatów.

Nr. 2.

Balthazard i Duvoir. **Przypadkowe uduszenie się oseska przez pypkę.** Dziecko 4 miesięczne, któremu matka celem uspokojenia włożyła do ust pypkę z korkiem, po kilku minutach poczęło słabiej oddychać a wtedy matka, przybiegłszy, zauważyła, że dziecko połknęło pypkę, której mimo licznych wysiłków nie dało się wyjąć. Dziecko w krótkim czasie zmarło. Na sekcji stwierdzono pypkę w przełyku, sięgającą swą częścią węższą do chrząstki pierścieniowej, częścią swą dolną, zamykającą wejście do krtani. Autorowie domagają się jak najszybszego załatwienia przez parlament sprawy wydania zakazu sprzedaży pypek, które nie tylko są najlepszemi roznosicielami chorób zakaźnych, ale mogą być także przyrządami niebezpiecznemi.

Maigné. **Śmierć przez postrzał w głowę z rewolweru bull-dog; samobójstwo czy morderstwo?** Mężczyzna 70-letni miał popełnić samobójstwo w obecności swej żony, która była jedynym świadkiem jego czynu, przez postrzał z rewolweru w głowę, po postrzale zaś, według jej zeznań, miał odrzucić rewolwer na stół, znajdujący się od siedzącego samobójcy w odległości 1 m. i umieścić go na nim między szklanką a flaszką. Autor po przeprowadzeniu obdukcji wyklucza możliwość jakiegokolwiek ruchu skoordynowanego wobec przestrzelenia obu półkul mózgowych, zniszczenia torebki wewnętrznej, okolicy dołu Sylwiusza i szypułek mózgowych.

Florence. **O zatruciu aniliną** Autor poleca swoją nową, łatwą metodę wykrywania aniliny w wnętrznościach. Krew lub pocięte wnętrzności poddaje przez godzinę działaniu kwasu trójchlorooctowego w ciepłocie 70°, alkalizuje, przesącza, wyciąga eterem i bada na zawartość trójchlorooctanu aniliny, którego własności autor dokładnie podaje. Własności kwasu trójchlorooctowego, polegające na ścinaniu białka oraz na tworzeniu soli rozpuszczalnych z zasadami organicznemi, autor starał się także wykorzystać do wykrywania alkaloidów.

Nr. 3.

Balthazard. **Śmierć przez prąd elektryczny o napięciu 10.000 wolt.** Robotnik, który wszedł na drabinę z rurą żelazną w ręce, dotknął przypadkiem głową przewodu miedzianego, przez który przechodził prąd o napięciu 10 000 wolt. Powstał gwałtowny płomień i robotnik spadł nieżywy z drabiny. Na sekcji stwierdzono zwęglenie i ubytek w powłokach czaszki i sklepieniu o wymiarach 5—6 cm., i głębokie oparzenia ręki prawej, w której trzymał rurę żelazną, i przez którą prąd wyszedł. W narządach wewnętrznych stwierdzono: przekrwienie opon mózgowych i ostrą rozedmę płuc. W danym przypadku śmierć nastąpiła natychmiast wskutek bezpośredniego zadziałania na ośrodki mózgowe, gdy tymczasem śmierć przez prąd o mniejszem napięciu uważa autor za następstwo stałego skurczu mięśni oddechowych i uduszenia.

Drapier. **Samobójstwo przez postrzał karabinu kawaleryjskiego.** Autor podaje przypadek samobójstwa przez postrzał z karabinu, który mógł budzić podejrzenie morderstwa u 50-letniego alkoholika, dotkniętego gruźlicą. Wlot znajdował się po stronie lewej w okolicy lędźwiowej, wylot z przodu klatki piersiowej po stronie lewej między 7 i 8 chrząstką żebrową. Samobójca oparł się lewą stroną pleców o lufę i zgiął się ku tyłowi, pociągając za kurek lewą ręką. Kula przebiła sufit i utkwiła w dachu, kierunek więc postrzału był od dołu ku górze.

Florence. **O używaniu kwasu trójchlorooctowego w wykrywaniu alkaloidów we wnętrznościach.** Zamiast alkoholu, używanego w klasycznych metodach Stass Ottona lub Dragendorfa, który jednak rozpuszcza tłuszcze i lipoidy, przeszkadzające dalszym reakcjom, radzi autor używać kwasu trójchlorooctowego. Technika wykrywania jest następująca: 200 gr. wnętrzności jak najdrobniej posiekanych wraz z kwasem trójchlorooctowym umieszcza się na łaźni wodnej w temperaturze 60—65° na 5 godzin, potem przesącza, w przesączu po zalkalizowaniu poszukuje się alkoloidów, wyciągnąwszy je chloroformem lub eterem. Zalety tej metody: prostota, oszczędność czasu i odczynników.

D'Allones. **O impulsach z zewnątrz.** Impulsy, pochodzące z zewnątrz, od obcej woli, są, według autora, częściowym objawem syndromu polifrenicznego, którego głównym objawem są: fałszywe spostrzeżenia o charakterze halucynacyj lub bez tego charakteru, gonitwa myśli, niepoznawanie osób, samego siebie, polimimia i brak prawdziwej demencji. Impulsy, pochodzące z zewnątrz, dzieli autor na: 1 prowadzące do rozmów ze sobą, 2. prowadzące do czynności bez znaczenia, śmiesznych, niemoralnych i kryminalnych. Schemat Magnan-Legraina da się tylko częściowo zastosować do polifrenicznych impulsów z zewnątrz. Polifrenik ulega stale tym impulsom bez oporu i djagnostyka tych objawów wystarcza do wykluczenia wszelkiej odpowiedzialności.

Szulisławska (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Lekarz Wojskowy. Nr. 10. O. Pilecki: Pierwszy samolot sanitarny W. P. — L. Karwacki: O czerwiowiości ze stanowiska anafilaktycznego. — M. Likiernik: O wskazaniach do leczenia jaglicy wogóle i stosowania karborundu do szlifowania spojówki w rozroście brodawek. — K. Karaffa-Korbut: Przyczynek do metodyki badania tkanin odzienia wojskowego. — H. Maciąg: Polyserositis tuberculosa acuta. — J. Fegler: O odczynie ponukleinowym płytek krwi. — W. Drożdż: Dwa przypadki zaburzeń naczynio-ruchowych kończyn o niezwykłym przebiegu. — Montrym-Zakowicz: O pierwszym falowym ataku gazowym Niemców na froncie rosyjskim.

Nr. 11. St. Pieńkowski: Ruch, jako objaw kliniczny w świetle zdobyczy lat ostatnich w dziedzinie anatomji, fizjologji i neuropatologji. — Wajs: O autosputowakcynacji przy gruźlicy płucnej. — W. Zienkiewicz: Sprawa padaczkowych w wojsku. — K. Noiszewski: Ujednostajnienie oznaczania ostrości wzroku z uwzględnieniem specjalnem metod stosowanych w wojsku.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 11. H. Higier: Pogranicze padaczki. — H. Laudau i J. Held: O stanach chorobowych z hypobilirubinemją. — I. Zwoliński i R. Truszkowski: W sprawie badań nad kwasotą pochwy kobiecej. — B. Jochwedes: Przypadek schorzenia układu nerwowego w przebiegu szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie. L. Pietkiewicz: Nowy sposób barwienia osadów moczowych. St. Kramsztyk: Z dziedziny zboczeń rozwojowych. — N. Zylberlast-Zaudowa: Przypadek zespołu czuciowo-odżywczego pochodzenia mostowego. — L. Justman: O zaparciu nawykowem w świetle współczesnych poglądów i teoryj. H. Simon: Zapiski lecznicze. — St. Iwanicz: Organizacja walki z chorobami w Jugosławji.

Rozprawy biologiczne z zakresu Medycyny Weterynaryjnej, Rolnictwa i Hodowli. T. I. Zesz. IV. W. Nowicki: Odmy pęcherzykowe narządów u ludzi i zwierząt. — K. Malsburg: Badania genetyczne nad świnią zrostoracicową. — J. Górski

i S. Fiedlerówna: Pokład — kwestja oczyszczania roli z nasion i chwastów. — J. Cerveny: O odczynie aglutynacyjnym Forneta. — L. Drius: Praktyczna wartość metod serologicznych dla tłumienia zarazy płuc u bydła. — H. Bant: Uwagi do morfologji mięśni okołoobojczykowych u człowieka i zwierząt ssących. — S. Czerski: Studja nad rozwojem chrząstki. — S. Wójcicki: Nieco o torfowiskach w dorzeczu Stryja i Łomnicy.

Przyroda i Technika Nr. IX: A. Sabatowski: Zagadnienia lekarskie w badaniach nad przyrodą Polski. — J. Paczowski: Kartka z historji fitosocjologji. — St. Hiller: Narkoza. — J. Stalony-Dobrzański: Czy chemja przestanie być nauką doświadczalną.

Zdrowie. Nr. 11. 1924. A. Kuhn: Zadania Rządu, samorządu i społeczeństwa w dziedzinie zdrowia publicznego. — P. Gantkowski: Rzut oka na dzieje i znaczenie Tow. higjenicznego. — A. Mackiewicz: O ogólnym stanie rzeźni w Rzeczypospolitej Polskiej. - Piotrowski: Zasady zaopatrywania miast w wodę zapomocą wodociągów. — W. Dobrzyński: Nowa ustawa mieszkaniowa w Hiszpanji.

Przemysł chemiczny. Nr. 11-12. 1924. T. Kuczyński: O adsorbcji. — T. Chmura: Kilka uwag do artykułu Dra Suknarowskiego i inż. Wandycza pod tytułem: »Z doświadczeń nad destylacją ropy na wielkich powierzchniach«. — W sprawie cukrowniczej stacji doświadczalnej w Politechnice warszawskiej. — Przemysł chemiczny we Francji po wojnie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 października 1924.

Przewodniczy prof. Majewski.
Obecnych 71 członków.

Po odczytaniu protokólu z posiedzenia ostatniego zawiadamia przewodniczący, że dnia 7. IX. 1924 odbył się w Lublinie zjazd lekarzy z okazji 50 letniego jubileuszu istnienie Lubelskiego Tow. lekarskiego. Imieniem Krakowskiego Tow. lekarskiego wysłał przewodniczący depeszę gratulacyjną.

Następnie wygłasza przewodniczący wspomnienie pośmiertne o zmarłych członkach Towarzystwa: ś. p. prof. W. Jaworskim, kol. O. Langu i kol. B. Steinbergu.

Przyjęto na członka Tow. kol. Niewolę Jana.

1. Kol. Stanisław Hiller wygłosił odczyt p. t. **»O narkozie«.** W odczycie swym prelegent scharaktery ował uśpienie z teoretycznego punktu widzenia. Wskazał najpierw na to, że narkotyki nie stanowią żadnej wspólnej grupy chemicznej i posiadają podobny tylko wynik działania. Działanie ich polega na odwracalnem porażeniu przedewszystkiem wrażliwości żywej materji, rozciąga się jednak i na niektóre procesy, odbywające się poza organizmem, n. p. na działanie enzymów i katalizatorów. Usypiające działanie na żywą materję składa się z 2 faz: okresu podniecenia i okresu porażenia narkotycznego. Wpływ uśpienia spostrzegać można na wszelkich funkcjach komórki roślinnej i zwierzęcej, niewyłączając rozrodu i rozwoju. Działanie to jest nierównomierne, a przez to i nierównoczesne, jeśli chodzi o różne czynności tej samej komórki, różne komórki i różne narządy ustroju. Ta cecha została wyzyskana dla celów lekarskich i dla badań biologicznych i dla tych narkoza stała się użyteczną analityczną metodą. Metoda ta ma duże znaczenie w badaniach nad czynnością serca, środkowego i obwodowego układu nerwowego. Ważną, z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego, jest sprawa dynamicznego rozdziału narkotyków w ustroju. Badania nad nią wykazały przedewszystkiem, że równowaga koncentracji narkotyku w ustroju zwierzęcia ciepłokrwistego ustala się dopiero po kilku do kilkunastu godzinach od rozpoczęcia narkozy. Z spostrzeżeń tych wynika ważność przestrzeganych w chirurgji zasad: 1) by narkotyk podawać jak najmniejszemi dawkami i 2) by narkoza trwała jak najkrócej.

Następnie omówił prelegent najważniejsze nowoczesne teorje uśpienia, a mianowicie: koagulacyjną, asfiksyjną, lipoidalną, adsorbcyjną i wreszcie teorję Weintersteina, biorącą za punkt wyjścia zjawisko obniżania przez narkotyk przepuszczalności zewnętrznej warstwy plazmy komórkowej w stanie czynnym komorki. Teorje te, pomimo swego więcej hipotetycznego charakteru, przyczyniają się nietylko do poznania mechanizmu narkozy, lecz i mechanizmu żywej materji.

Posiedzenie naukowe w dniu 15 października 1924 r.

Przewodniczy prof. Majewski.
Obecnych 139 członków.

Odczytano protokół posiedzenia z dnia 8 listopada 1924 r. Kol. doc. Glatzel wygłosił odczyt p. t. **»Spostrzeżenia z pobytu we Francji«.**

Dyskusji po odczycie nie było.

Dr. *Pawlas*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIX. Posiedzenie naukowe w dniu 7 listopada 1924 r.

Przewodniczy kol. Zalewski.
Obecnych 97 członków.

1. Prezes Zalewski zawiadamia o XII. Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w lipcu 1925 r. Sekcja Medycyny Wojskowej zaprasza wszystkich lekarzy W. P. do zgłaszania referatów na ten Zjazd.

2. Kol. Hilarowicz przedstawia przypadek **gruźlicy żołądka** u chorej 40 letniej, operowanej na klinice chirurgicznej we Lwowie. Gruźlica dawała obraz zwężenia odźwiernika, z powodu którego wycięto odźwiernik wraz z całą częścią odźwiernikową dla zmniejszenia wielkiej kwasoty. Badanie części wyciętej wykazało typowe owrzodzenia gruźlicze, rozrzucone wzdłuż obu krzywizn, okazujące jednak wielką dążność do bliznowacenia (pokaz preparatów drobnowidowych). Mówca omawia kazuistykę i postacie anat.-patologiczne tego rzadkiego schorzenia, oraz zwraca uwagę na pewne szczegóły w przedstawionym przypadku, mianowicie na klinicznie pierwotny charakter, względnie dobre rokowanie w porównaniu z datami spotkanemi w piśmiennictwie, zajęcie przez proces gruźliczy górnego odcinka dwunastnicy i krzywizn oraz okoliczność, że, mimo wysokiej kwasoty, owrzodzenia gruźlicze nie dały początku wywodom trawiennym, lecz przeciwnie okazywaly dążność do szybkiego gojenia się i zarastania.

W dyskusji kol. Pisek wskazuje na to, że dawniej należały gruźlicze wrzody żołądka do rzadkości. P. przed wielu laty — może pierwszy w piśmiennictwie polskiem — opisał w »Przeglądzie lekarskim« przypadek wrzodu gruźliczego. Wrzód ten znajdował się poniżej małej krzywizny żołądka i drążył do warstwy podsurowiczej. Za życia wrzodu nie rozpoznawano. Preparat pokazał na posiedzeniu Lwowskiego Tow. lekarskiego.

Kol. Ostrowski operował 2 podobne przypadki wrzodów gruźliczych żołądka i drugi guz serowaty żołądka.

3. Kol. Falkiewicz przedstawia **dwa przypadki, nagminnego zapalenia mózgu z czynnościami przymusowemi, a referuje trzy bez chorych.** U trzech chorych występuje napadowo przymusowe patrzenie w pewnym kierunku, w jednym nadto myśl przymusowa pod postacią pisania w myśli ręką »Zdrowaś Marjo«. Dwa przypadki z obserwacji Rothfelda odznaczają się niemożnością spoczywania. Obaj chorzy ostatni popelnili samobójstwo (całość przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Fels przypomina przypadek, który, rozpoznawany wówczas jako *paral. agitans* miał podobne zaburzenia. Kol. Domaszewicz podnosi zaburzenia psychiczne, które obecnie coraz częściej występują i zwracają uwagę w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Zwłaszcza zmiana charakteru u młodych osobników. Na ruchy przymusowe z dobrym skutkiem stosuje D. sugestję i hipnozę. Kol. Reich wspomina o podobnym przypadku ze swej obserwacji. Kol. Pisek podnosi trudności rozpozn wcze, jakie nasuwały przed kilku laty pierwsze sporadyczne przypadki »parkinsonismu«. Wspomina o chorym, który zgłosił się z tem, że nie może leżeć na prawym boku; pozatem miał on wszystkie cechy »parkinsonismu«.

Kol. Rothfeld zastanawia się nad zaburzeniami, które wystąpiły w 2-ch ostatnich przypadkach, przytoczonych przez mówcę, a polegających na niemożności spoczywania. Sądzi, że system pozapiramidowy umożliwia przez odpowiednią regulację napięcia mięśniowego zajmowanie pozycji ciała, jaka jest konieczna przy spoczynku, w szczególności w leżeniu, po części także w siedzeniu i przy staniu. Ten ośrodkowy mechanizm może być oddzielnie zaburzony, czego wynikiem jest to, że chory taki jest ciągle w ruchu; nadto może zaburzenie tego mechanizmu spowodować ruchy mimowolne, występujące tylko w czasie spoczynku, a zmniejszające się przy ruchach.

4. Kol. Węgłowski przedstawia **przypadek ropnia mózgu.** Zdjęcie czaszki Röntgenem wykazało dokładnie miejsce i wielkość ropnia. Zabieg operacyjny polegał na wstawieniu drenu, który potem codziennie zmieniano. W ostatniem piśmiennictwie francuskiem wspominają autorowie, że przy guzach i ropniach można na płycie roentg. uzyskać cienie.

5. Kol. Umieszowski przedstawia chorego po **nephrektomji z powodu rany postrzałowej nerki prawej.**

Chory przybył na 3-ci dzień do Szpitala Okręgowego z t^0 39', z tętnem 108, brzuch jest miernie napięty i bolesny. Na linji sutkowej prawej, pomiędzy 7 i 8-em żebrem, stwierdza się otwór wlotowy kuli. W okolicy lędźwiowej na linji łopatkowej prawej wymacuje się kulę w tkance podskórnej. Mocz krwawy z dużą ilością czerwonych ciałek krwi. Stolce codziennie normalne. Wymiotów nie było. Rozpoznano postrzałowe uszkodzenie nerki prawej z wylewem krwawym do jamy brzusznej. Zastosowano mleczną ścisłą dietę, syfonowe lawatywy, okłady na brzuch i ergotynę podskórnie. Po kilku dniach objawy podrażnienia otrzewnej ustąpiły, natomiast wzmógł się krwiomocz. Stosowanie dożylne 10% roztworu soli kuchennej dało wynik krótkotrwały i przemijający. Krwawienie się potęgowało, skrzepy zatykały cewkę moczową. Wobec wzrastającej anemji i długotrwałych bolesnych parć, gdy leczenie zachowawcze pozostało bez wyniku, zdecydowano się na zabieg operacyjny. Cięciem Bergmann-Izraela dotarto do nerki i po wy-

osobnieniu jej z torebki tłuszczowej okazało się, że górny biegun nerki na szerokiej przestrzeni jest zniszczony, o brzegach rany strzępiastych, wiotkich. Szew głęboki nerki, względnie resekcja, były niewykonalne, wobec czego nerkę usunięto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Na 8-my dzień chory wstał z łóżka. Mowca pokazuje preparat wyciętej nerki, podnosząc rzadkość przedstawionego przypadku rany postrzałowej nerki bez uszkodzenia innych sąsiednich narządów; przytacza statystyczne dane:

Według Küstera do Bazyiijskiej kliniki pośród 30.000 chorych przybyło tylko 10 uszkodzeń nerki, z tego 9 zamkniętych + 1 otwarta; według Herzoga na 7.805 sekcji, dokonanych w Instytucie anatomo-patologicznym, stwierdzono 16 zamkniętych uszkodzeń nerki + 1 otwarte. Z całego światowego piśmiennictwa Küster zebrał tylko 43 przypadki otwartych uszkodzeń nerki. Otis opisał w swym raporcie o wojnie niemiecko-franc. 15 przypadków ran postrzałowych nerki.

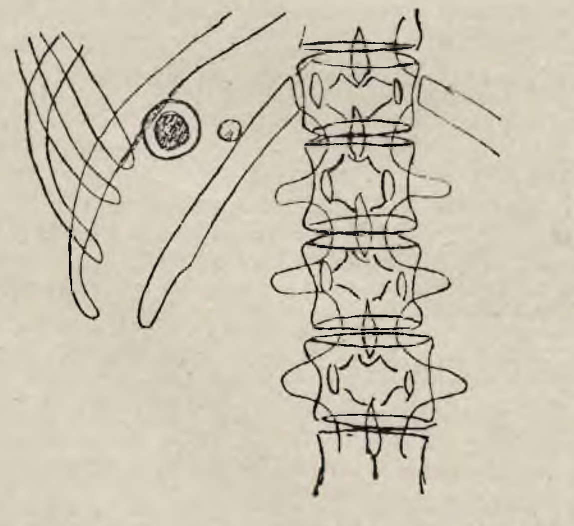
Statystyka z materjału wojny światowej o ilości i wyniku ran postrzałowych nerek jeszcze nie jest ogłoszona. Z drobnych jednak prac w tej kwestji wynika, że prawa nerka ulega częściej uszkodzeniu, aniżeli lewa.

W dyskusji kol. Schramm podkreśla konieczność rychłego zabiegu operacyjnego przy znaczniejszem krwawieniu z uszkodzonej nerki dla oszczędzenia choremu sił i cierpień. Kol. Węgłowski zwraca uwagę, że wlot i wylot znajduje się ponad miejscem, gdzie znajduje się górny biegun nerki. W. tłumaczy to tem, że chory w chwili wystrzału zrobił wydech i przez to nerka podeszła w górę.

6. Kol. Dobrzański pokazuje **przypadek ciała obcego, wydobytego tępym haczykiem Kiljana z rozgałęzienia tchawicy** ze skutkiem pomyślnym. Omawia sposoby wydobywania ciał obcych z tchawicy i statystykę operacyj udatnych.

W dyskusji kol. Zalewski uważa, że w każdym przypadku utkwienia ciała obcego w oskrzelach powinno się wykonać tracheotomję. Skutek jest pewniejszy, a sam zabieg dla chorego jest niewinny.

7. Kol. E. Meisels: **Przypadek kamicy żółciowej, wykazanej zdjęciem roentgenowskiem.** Djagnostyka roentgenowska kamieni żółciowych nie daje tak ścisłych i pewnych wyników, jak djagnostyka roentgenowska kamieni nerkowych. Podczas, gdy djagnostyka roentgenowska kamieni nerkowych wykazuje ledwie 2-3% pomyłek, tak, że jej wyniki, zarówno ujemne, jak dodatnie, zupełnie słusznie mogą być podstawą postępowania leczniczego, to wyniki badań roentgenowskich kamieni żółciowych są przyjmowane dotychczas jeszcze z wielką rezerwą. Niemieccy roentgenologowie przyjmują, że tylko w 5—10% przypadków badanych można badaniem roentgenowskiem uzyskać dodatni wynik. Naturalnie tylko dodatnie wyniki mają znaczenie, ujemne wogóle nie są brane w rachubę. Przyczyna, dla której badanie roentgenowskie tutaj zawodzi, leży przedewszystkiem w składzie chemicznym tych kamieni. Złożone przedewszystkiem z cholesteryny absorbują one mało promieni roentgenowskich, a nawet mniej, niż otaczające je tkanki. Następnie położone wśród jednolicie gęstego narządu, w najszerszym przekroju ciała, muszą dawać na płycie roentgenowskiej cień bardzo nikły, ledwie widoczny. Dlatego też technika odgrywa tutaj bardzo wielką rolę. Najlepszym dowodem jest to, że amerykańscy roentgenologowie posiadający bardzo czułe filmy i odpowiednie blendy, twierdzą, że wykazanie kamieni żółciowych udaje im się 50—60% przypadków. W przypadku, który M. przedstawia, wykazało badanie roentgenowskie 2 kamienie żółciowe o charakterystycznej dla nich współśrodkowej budowie z jądrem o cieniu niezbyt gęstym (cholesteryna), otoczonym gęściejszym brzegiem i pierścieniami (złogi soli wapiennych). Te 2 kamienie występują tutaj, jako cienie okrągławe. jeden prawie wielkości orzecha włoskiego, drugi nieco



mniejszy od orzecha laskowego w prawym 11-tym przestworzu międzyżebrowym. To bezpośrednie wykazanie kamieni żółciowych pozwoliło w przypadku tym ustalić rozpoznanie, które aż dotąd było zupełnie niepewne. Przypadek ten dotyczy 35-letniej kobiety, dobrze odżywionej, skarżącej się na bóle w prawem podżebrzu, stale występujące po błędach djetetycznych od 6-ciu lat. Bóle występują kilka razy do roku w atakach, trwających 5—6 tygodni. Badanie chorej wykazuje: lekką bolesność w prawem podżebrzu, lekko powiększoną wątrobę, woreczek żółciowy niemacalny. Badanie chemizmu żołądka niewykazuje żadnych zmian. Badanie roentg. przewodu pokarmowego wykazuje zupełnie prawidłowe stosunki postaciowe i ruchowe, a w szczególności nie można wykazać żadnego zniekształcenia, ani też przemieszczenia opuszki dwunastnicy. Podczas 3 tygodniowego pobytu chorej na klinice miała chora trzy razy zwyżkę ciepłoty do 37·2° i 2 razy wypadła próba benzydynowa w stolcu dodatnio przy bezmięsnej djecie. Na podstawie tych danych nie można było postawić pewnego rozpoznania i dopiero bezpośrednie wykazanie kamieni na zdjęciu roentgenowskiem wyświetliło istotę choroby. Operacja, wykonana przez prof. Schramma, wykazała woreczek żółciowy zupełnie schowany pod wątrobą, długi na 17 cm, o zgrubiałych ścianach, zawierający, obok dwuch dużych kamieni (widocznych na zdjęciu roentg.), jeszcze 4 małe kamienie. Te 4 drobne kamienie składają się prawie wyłącznie z cholesteryny. Na zdjęciu roentg. samego woreczka żółciowego dają one cień ujemny t. zn. przepuszczają bardziej promienie roentg., aniżeli otaczające je ściany woreczka. Natomiast już na zdjęciu wykonanem w ten sposób, że pomiędzy woreczkiem żółciowym, a płytą fotograficzną umieszczono płytkę wosku grubości 2 cm, rozpraszającą promienie roentg. w równym stopniu, jak tkanka ludzka o podobnej grubości, kamienie te są już prawie niewidoczne. Wobec tego więc zrozumiałem jest, że wykazanie kamieni czysto cholesterynowych jest u osób tęgich w dzisiejszym stanie techniki narazie niemożliwe.

W dyskusji przemawiali kol. Schramm i kol. Pisek.

Kol. W. Janusz wygłasza: **Uwagi anatomiczne nad patogenezą ropni przy i okołonerkowych przy uwzględnieniu materjału sekcyjnego zakładu Anatomji patologicznej U. J. K. we Lwowie.** Nowoczesna anatomja patologiczna dąży do przekroczenia obrębu anatomji opisowej, do jej ożywienia i zbliżenia do fizjologji i kliniki, wyodrębniając nawet dział anatomji patologicznej żywego człowieka. Jednym z tematów tego działu jest sprawa pochodzenia ropni przynerkowych, którą mówca zainteresował się jeszcze z czasów pobytu w szpitalu. Zastanawiając się nad temi przypadkami oraz przypadkami sekcyjnemi, które wykonał w Zakładzie lwowskim, i poszukując za odnośnem piśmiennictwem, natrafił na pracę, które ukazały się w pracowni prof. Węgłowskiego i dlatego zwrócił się mówca z prośbą do niego o łaskawe uzupełnienie uwag anatomicznych uwagami klinicznemi. J. kreśli rozwój pojęć zapalenia przy i okołonerkowego, opierający się na poznaniu anatomji topograficznej okolicy lędźwiowej, pokazuje dwie tablice schematyczne, przedstawiające przekrój poprzeczny przez dolne bieguny nerek i przekrój pionowy przez nerkę lewą oraz nowórodka z nastrzykanemi naczyniami chłonnemi tkanki przynerkowej. Przy omawianiu stanów zapalnych okolicy przynerkowej mówca pokazuje preparat anatomiczny znacznego rozrostu torebek tłuszczowych, który udało mu się uzyskać na sekcji, wykonanej w dniu odczytu swego. Po omówieniu 13 przypadków, zebranych z protokołów sekcyjnych z lwowskiego Zakładu anatomji patologicznej, opierając się na obecnym stanie wiadomości anatomicznych szerzenia się spraw zapalno-ropnych okolicy lędźwiowej, wyróżnia mówca, zgodnie z bogatą kazuistyką kliniczną, 3 grupy: zapalenie tkanki przykiszkowej, zapalenie tkanki właściwej zaotrzewnowej i zapalenie tkanki przynerkowej.

Z powodu spóźnionej pory wykład kol. Węgłowskiego odłożono na następne posiedzenie.

Dr. *Tadeusz Falkiewicz*, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji. Sekcja Rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 listopada 1924 r.

Przewodniczący: prym. dr. Hinze.

Obecnych 20 członków.

1. Kol. Hinze: Przedstawia okazy anatomo-patologiczne, uzyskane w drodze chirurgicznej:

a) **Nowotwór krtani** mężczyzny lat 50, wychodzący z lewego więzadła, zajmujący środek krtani, część przełyku i przechodzący na stronę prawą. Zabieg operacyjny wykonano w znieczuleniu miejscowem; wnętrze krtani i przełyku znieczulono 1% roztworem kokainy (wacikowanie). Nowotwór wymagał usunięcia ³/₄ krtani i zajętej części przełyku. Tchawicę wszyto w dolny kąt rany. Odżywianie zgłębnikiem jest nieco utrudnione. Przy wprowadzaniu go ustami trzeba przez ranę kierować zgłębnik do przełyku. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie, odpowiadające wybitnej przerostowej postaci gruźlicy.

b) **Nowotwór pęcherzyka nasiennego** osobnika lat 50 wielkości myszy. Nowotwór usunięto po nacięciu błony śluzowej odbytnicy i odsunięciu otrzewnej ku górze. Poprzednio rozsze-

rzono zwieracz odbytu. Droga obrana dała dobry dostęp i możność usunięcia guza — bez powikłań przyrannych; wymaga ona atoli dalszych prób, by ją można było polecić, jako sposób operowania pęcherzyków nasiennych. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie gruczolakoraka brodawczakowego.

2. Przedstawiono **ozdrowieńców po zabiegach chirurgicznych**:

a) Trzy osoby po **operacji wola sposobem Kochera**. Jedna z operowanych liczy 50 lat;

b) operowaną lat 17 na **ropne zapalenie wyrostka** w 3-cim dniu choroby. Ropa wydziela się nader obficie drenem założonym w głąb rany;

c) chorą lat 50, po **usunięciu wielkiego włókniaka macicznego** drogą pochwową. U chorej tej przed zabiegiem wystąpiło zaparcie moczu i kału. Zabieg sam rozpoczęto otwarciem jamy brzusznej i uwolnieniem pęcherza moczowego ze zrostów z siecią. Pęcherz moczowy sięgał powyżej pępka i łączył się prawie z krzywizną większą żołądka. Po przecięciu zrostów silnie napiętych opadł on zaraz do miednicy małej. Tam też przytwierdzono go kilkoma szwami. Usunięcie w dalszym ciągu guza i uwolnienie części rodnych okazało się z powodu zrostów niewykonalnem. Chora po zabiegu mogła tego samego już dnia samoistnie oddawać mocz. Po trzech tygodniach przerwy, usunięto guz wielkości głowy dziecka kawałkowaniem; po rozcięciu tylnej powierzchni macicy i po otwarciu tylnego sklepienia. W toku zabiegu podwiązano obie tętnice maciczne; do tętnic zaś jajnikowych dostęp z powodu zrostów był niemożliwy. Całą jamę po usunięciu guza i długiej na 8 cm szyjki macicznej wytamponowano. Przebieg dobry;

d) chorego lat 70 z **przetoką pęcherzową**. Przetokę założono, jako wstępny akt do usunięcia przerosłego stercza, sposobem Freyera. Mimo dobrego przebiegu leczenia postępuje mówca tak tylko w wyjątkowych przypadkach. Dwurazowy zabieg ma bardzo mało zalet — a wiele stron ujemnych. Do tych ostatnich należy zaliczyć skurczenie się pęcherza, niekiedy dochodzące do monstrualnych rozmiarów, tak, że chorzy mogą zaledwie 30 cm³ moczu w nim pomieścić;

f) chorego lat 18, u którego po **usunięciu wola** przed pół rokiem wystąpiły **objawy gwałtownej duszności**. Chory ten był już poprzednio leczony w szpitalu zastrzyknięciami fibrolizyny z dobrym wynikiem. Niestety zbyt wcześnie poszedł do domu. W toku operacji, wykonanej obecnie, okazało się, że tchawicę pokrywała warstwa grubości 1 cm, zbitej tkanki łącznej. Tę twardą i niepodatną tkankę łączną wytworzyły, zdaniem mówcy, zbliznowaciałe mięśnie: mostko-gnykowy i barkowo-gnykowy oraz platysma. Mięśnie te nie mają prawie żadnego znaczenia fizjologicznego, a po przesunięciu ich podczas operacji wola łączy się je jedynie w celach kosmetycznych. Mówca zapytuje się, czy nie lepiej byłoby zaniechać tego łączenia i pozostawić je swemu losowi, jak to czynił zawsze B ü d i n g e r we Wiedniu. Przez kilka pierwszych lat postępował mówca tak samo i nie spostrzegał nigdy ucisku na tchawicę, obecnie zaś zeszywa mięśnie, ale już kilkakrotnie spostrzegał objawy uciskowe;

g) chorego po **maszynowem zgnieceniu ręki**. Mimo otwartej amputacji rozwinęła się zgorzel ramienia, i dopiero wyłuszczenie w stawie barkowym wstrzymało postęp zakażenia;



h) chorą z **przerzutem nowotworowym po raku piersi** w postaci feza w okolicy ciemienia. Przerzut ów pojawił się w rok po odjęciu sutka chorego; równocześnie z małym nawrotem w miejscu operacji. Ponadto wystąpiło lewostronne połowicze porażenie. Przerzut ów wychodzi prawdopodobnie z zatoki żylnej strzałkowej i rozwija się w obu kierunkach.

3. Kol. I n f e l d omawiał **praktyczną stronę stosowania insuliny** na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia.

Związek Lekarzy P. P. Towarzystwo Lekarskie łuckie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 30 maja 1924 r.

Przewodniczy: kol. M i ł a s z e w s k i.

Obecnych 11 członków.

1. Kol. M i n i n z o n pokazał a) preparat **raka sutka**, który został usunięty sposobem Kocher'a razem z powięzią m. piersiowego i gruczołami chłonnemi. Badanie histologiczne guza i gruczołów stwierdziło rozpoznanie. Przypadek dotyczy chorej 54 lat;

b) preparat części ściany przedniej szczęki górnej z **torbielem zębowym**, usunięty u chłopca 14 letniego (opis przypadku w poprzednim numerze P. G. L.);

c) **worek po operacji uwięzgniętej pachwino-mosznowej przepukliny** prawostronej, której zawartością była ślepa kiszka i wyrostek robaczkowy. Chory 67 lat; przepuklinę ma od kilkudziesięciu lat, częste uwięzgnięcia z następowem odprowadzeniem. Operowany w znieczuleniu miejscowem (nowokaina i adrenalina) sposobem Bassini'ego; z powodu tego zaś, że otwór przepuszczał trzy palce, dodano przyszycie mięśnia prostego do więzadła pachwinowego (spos. Węgłowskiego). Rana zagoiła się przez rychłozrost. Wszystkie przypadki kol. M. operował w Łuckim Izraelickim szpitalu.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 18 lipca 1924 r.

Przewodniczy kol. M i ł a s z e w s k i.

Obecnych 14 członków.

1. Kol. B e j l i n pokazał i omówił przypadek **zniekształcenia czaszki** u mężczyzny — czaszka jest znacznie wydłużona, rozmiar poprzeczny skrócony, kości schodzą się pod kątem prostym, tworząc grzebień w całej długości czaszki.

2. Kol. W o j n i c z omówił **przypadek ukąszenia przez żmiję** mężczyzny dorosłego lat 43, urzędnika leśnego, zupełnie zdrowego i dziedzicznie nieobarczonego. Stało się to na polowaniu w lasach Siekierzyckich na Wołyniu. Chory na nogach miał postoły i cienką onucę, po ukąszeniu poczuł mocne pieczenie. Żmija skryła się w trawie. Chory natychmiast rozzuł się i palcami wyciskał krew z nieznacznej ranki; stopa natychmiast obrzękła i skóra przyjęła kolor granatowy. Chory udał się do domu odległego o 2 klm. W 1½ godziny już był u felczera, który podwiązał mu nogę pod kolanem; zrobił zastrzyk kofeiny na piersiach i skierował do szpitala w Łucku, odległego o 12 klm. Niebawem zaczęły się bardzo silne wymioty i biegunka; według słów towarzyszącej choremu żony biegunka i wymioty koloru zielonego biły fontanną. Objawy takiej choleryny powtórzyły się 6 razy, zanim przybył do szpitala. W szpitalu w 3 godziny po ukąszeniu znaleziono chorego w stanie zapadu, oczy zapadnięte, skóra ziemista, głos cichy, tętno 110, ciepłota 37·8. Tętno miękkie i źle wyczuwalne. Cała kończyna dolna spuchnięta, do podudzia fjoletowa, w okolicy ranki, która się znajdowała na wewnętrznej powierzchni stopy pod stawem skokowym czerwonawe plamy. Leczenie polegało na zastrzyku w okolicy ukąszenia 2% rozczynu nadmanganianu potasu ($KMuO_4$) w ilości 8 cm³ do oddechania tlen i pod skórę kamfora. Na nogę kompres z wódki. Na drugi dzień t° spadła do 36.5, ogólny stan poprawił się, tętno 86, wieczorem ciepłota podniosła się do 37.5, na 3-ci dzień spadła do 36.8 i już więcej nie podniosła się. Po tygodniu chory wypisał się. Obrzęk nogi trwał 6 tygodni do zupełnego wyzdrowienia.

Na następnem posiedzeniu kol. W. przedstawił 2 okazy żmij wołyńskich, przysłanych przez chorego; — jedna szara (*vipera berus*), a druga czarna (*vipera prestor*).

W dyskusji przytoczony był przypadek ukąszenia przez żmiję chłopca 12 letniego, którego obserwowano w Szpitalu Wojskowym z objawami choleryny, podobnie jak w danym przypadku.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 3 października 1924 r.

Przewodniczy kol. F. M i ł a s z e w s k i.

Obecnych 13 członków.

1. Kol. K r a s z o w s k i omówił przypadek, dotyczący dziecka 7 lat ze wsi Cicha Wola, z Grodzieńskiej z **muchami w noso-gardzieli** (*musca domestica*).

2. Kol. J a s i ń s k i wygłosił sprawozdanie z **II. Zjazdu Okulistów Polskich**, który odbył się we Lwowie 18 i 19 września b. r. *M. Jasiński*, sekretarz.

Zjazd w sprawie walki z rakiem.

Polski Komitet do zwalczania raka, mający siedzibę w Warszawie, zwołał do stolicy Zjazd na dzień 14. XII. ub. r. dla omówienia i zorganizowania w całej Polsce walki z rakiem. Dotąd działalność Polskiego Komitetu dla zwalczania raka ograniczała się w znacznej części do Warszawy. Komitet zdawał

sobie jednak jasno sprawę z konieczności rozszerzenia tej akcji na całą Rzeczpospolitą. W tym też celu zaprosił na Zjazd szereg osób ze świata lekarskiego z Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania i Wilna, a także z samej Warszawy. Doskonale zorganizowany Zjazd odbył posiedzenia w budynku Polskiego Towarzystwa higjenicznego. W posiedzeniu prócz członków Komitetu i wyżej wymienionych osób zaproszonych wziął udział przedstawiciel Gen. Dyrekcji Zdrowia dr. Kowalczewski, rektor Uniw. warsz. prof. Krzyształowicz, prezes Związku miast p. J. Zawadzki i inni.

Posiedzenie przedpołudniowe zagail prezes Komitetu p. Barylski, a następnie dr. Wejnert zdał sprawozdanie z dotychczasowej działalności Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Projekt organizacji ogólnopaństwowej do walki z rakiem przedstawił dr. Sterling-Okuniewski, prezes zaś p. Barylski omówił sprawę funduszów na walkę z rakiem i udziału Rządu w tychże funduszach. Referaty odnośne w oryginale umieścimy w numerze poświęconym sprawie walki z rakiem, na razie ograniczamy się tylko do krótkiego sprawozdania z przebiegu Zjazdu.

We wstępnej dyskusji przedstawili prof. Ciechanowski (Kraków), prof. Nowicki i doc. Bocheński (Lwów), dr. Marszyński (Łódź), prof. Władyczko (Wilno), prof. Gantkowski (Poznań) stan walki z rakiem (dane statystyczne, rozpoznawcze, lecznicze, badania naukowe, propagandowe) w poszczególnych dzielnicach Państwa. Z dyskusji tej okazuje się, że na polu zwalczania raka dotąd bardzo niewiele zrobiono, z czego też wynika konieczność zorganizowania walki tej i ujednostajnienia działalności na tem polu.

Na posiedzeniu popołudniowem rozwinęła się nader ożywiona dyskusja, przedewszystkiem na temat organizacji walki z rakiem. Wynikiem jej było zgodne domaganie się utworzenia podkomitetów w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu, Warszawie i Wilnie z centralą w Warszawie t. j. Polskim Komitetem już istniejącym. Podkomitety będą miały szeroką autonomję, utrzymują jednak stały kontakt z centralą. Będą się one mogły oprzeć o inne już istniejące instytucje, których cele są pokrewne. W dalszym ciągu omówiono sposoby zwalczania raka, poczem podniesiono konieczność przeprowadzenia statystyki choroby raka na obszarze całej Rzeczypospolitej. Przygotowania do przeprowadzenia tej statystyki są już w toku, kwestjonarjusze już częściowo zostały rozesłane do Wojewódzkich Urzędów Zdrowia, które zajmą się doręczeniem ich lekarzom z odpowiedniem pouczeniem. Kwestjonarjusze mają być oddane miedzy 1 a 10 marca 1925. Między innemi użalano się na brak odpowiedniego uposażenia w aparaty Roentgena i wogóle urządzenia dla stosowania energji promiennej, jak również dotacyj na badania naukowe. Uznano za konieczne utworzenie osobnych oddziałów lub sal dla chorych rakowych oraz powołanie do życia przychodni przeciwrakowych, choćby już w istniejących instytucjach sanitarnych, i w tym też celu uchwalono zwrócić się o pomoc do odpowiednich czynników rządowych i autonomicznych. Uznano też za potrzebne wciągnięcie do akcji zwalczania raka także Kasy chorych, instytucje ubezpieczeniowe i t. p. Zwrócono uwagę na znaczenie popularyzowania idei zwalczania raka pismem i słowem wśród ludności miejskiej i wiejskiej przy współudziale kleru i nauczycielstwa.

Wreszcie uchwalono zwrócić się do Komitetu gospodarczego XII. Zjazdu przyrodników i lekarzy, aby utworzono samodzielną sekcję dla spraw badania, zapobiegania i leczenia w chorobie raka.

Szczegółowe uchwały Zjazdu podamy w osobnym numerze.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Komitet organizacyjny XII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1925 w Warszawie. Sekcja pracy lekarskiej.

Prezydjum Sekcji zawiadamia, że ustanowiono następujące tematy programowe:

1) Stosunek lekarzy do prasy lekarskiej polskiej — ref. prof. Ciechanowski.

2) Sprawa reformy pism archiwalnych — ref. prof. Witołd Nowicki.

3) Sprawa reformy pism ogólno-lekarskich — ref. prof. Ciechanowski, koref. dr. Wierzbicki.

4) Propaganda piśmiennictwa lekarskiego polskiego zagranicą — ref. prof. Loth.

5) Błędy językowe w naszem piśmiennictwie lekarskiem — ref. prof. Wrzosek, koref. dr. Szumlański.

Dalsze zgłoszenia tematów pozaprogramowych przyjmuje prezydjum Sekcji (Polska Gazeta Lekarska. Redakcja miejscowa w Warszawie — Marszałkowska 73).

Przewodniczący Sekcji *W. Szumlański.*

VI. Zjazd internistów polskich.

VI. Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Warszawie jednocześnie z 12-ym Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich, jako sekcja, w pierwszej połowie lipca 1925 r.

Referaty główne: 1) Choroba Bright'a. referenci — M. Franke (Lwów), 2) Kamica żółciowa (wspólnie z chirurgami); referenci — Władysław Janowski i Antoni Leśniowski (Warszawa).

Zgłaszający referaty, wykłady etc. winni wraz ze zgłaszaniem nadsyłać krótkie streszczenie tych referatów, bez którego referaty nie będą wogóle przyjmowane. Referat nie może trwać dłużej, niż 15 minut, przemówienie w dyskusji — dłużej, niż 5 minut.

Kalendarz Zjazdów.

II. Kongres Lekarski francusko-polski odbędzie się w Paryżu od 23 do 28 kwietnia, b. r. Po kongresie nastąpią wycieczki do Vichy, Lyonu, Nancy i Strasburga. Informacji udziela sekretarz Towarzystwa Dr. Józef Zieliński Warszawa Wspólna 51 m. 6 od 6 do 8 godz. tel. 225-26.

VII. Kongres międzynarodowego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się w Rzymie 7, 8 i 9 kwietnia 1926 r.

Porządek dzienny: 1) Curieterapja raka macicy, 2 leczenie guzów mózgu, 3) chirurgja śledziony, 4) ropnie wątroby, 5) wyniki odległe leczenia padaczki Jacksona.

Przed i po kongresie odbędą się wycieczki do Medjolanu (1 kwietnia), Padwy (2 kwietnia), Wenecji (3 kwietnia), Bolonji (4 kwietnia), Florencji (5 kwietnia), Genui (13 kwietnia), Paryż (14 kwietnia), Turynu (15 kwietnia). Bliższych wiadomości udzieli p. S. Mayer, sekretarz Towarzystwa — Bruksela 72 rue de la Loi.

Francuskie Towarzystwo Neurologiczne zwołuje w setną rocznicę urodzin Charcota Zjazd neurologów w lipcu 1925 r. Tematy programowe: 1) Migrena — referenci V. Christiansen z Kopenhagi, Pasteur, Vallery Rabot z Paryża. 2) Choroba Charcot — referenci V. Neri— Bologne, Van Bagaert — Antwerpja i I. Bertrand — Paryż.

Międzynarodowy Kongres Radjologów i rentgenologów odbędzie się latem 1925 r. w Londynie.

Stowarzyszenie badaczy talasoterapji (L'Association dethalassothérapie) zawiadamia, iż następny Zjazd międzyronadowy tego towarzystwa odbędzie się w r. b. w Arcachon, od dnia 22 do 25 kwietnia. Informacyj udzielają: Dr. Léo, sekretarz generalny Towarzystwa, 50 av. du Président-Wilson, w Paryżu, oraz dr. Chauveau w Arcachon.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 8 października 1924 r.

W sprawie zażalenia dr. Z. we Lwowie przeciwko dr. L. we Lwowie przesłuchano obie strony, poczem wydano orzeczenie, że nieporozumienie wynikło z powodu fałszywego przedstawienia sprawy przez chorą i jej rodzinę i że nie znaleziono podstawy do zganienia postępowania dr. L.

Przyjęto do wiadomości »Przepisy o ogłoszeniach lekarskich«, nadesłane przez Izbę lekarską Warszawsko-Białostocką.

Rozpatrywano zażalenie aptekarza M. na dr. S. i aptekarza G. na lekarza A., następnie zażalenia dwóch kolegów z powodu zbyt wysokiego wymiaru podatków.

Wyrażono opinję co do kandydatek na posadę lekarki kontraktowej w Państwowej Szkole zawodowej żeńskiej we Lwowie.

Wreszcie przyznano jednorazowe zapomogi 3 wdowom i 1 sierocie po lekarzach w łącznej sumie 140 złotych.

Posiedzenie Zarządu w dniu 15 października 1924 r.

Na zasadzie pisma Związku dentystów lwowskich i Gremjum techników dentystycznych we Lwowie w sprawie a) partactwa, wykonywanego przez nieukwalifikowanych techników, b) firmowania przez lekarzy zakładów, prowadzonych nielegalnie przez techników dentystycznych — rozwinęła się dłuższa dyskusja, w której podniesiono, że sprawa pod a) nie podpada pod kompetencję Izby lekarskiej, zaś sprawy pod b) bywają przez Zarząd Izby traktowane z energją i konsekwencją, jednakże nie zawsze znajdują należyte załatwienie przez władze administracyjne. Przy tej sposobności jeden z członków Zarządu zakomunikował, że przygotowuje się projekt ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej i techniczno-dentystycznej i że niektórych postanowień projektu lekarze dentyści żadną miarą przyjąć nie mogą.

Następnie rozpatrywano kilka reklamacyj Kolegów przeciwko nakazom płatniczym Kasy ubezpieczeniowej przy Lwowskiej Izbie lekarskiej.

Z kolei debatowano nad porządkiem dziennym zebrania Rady Izby, zwołanego na dzień 26. X. 1924, w szczególności nad sprawą regulaminu Izby i zmiany regulaminu Kasy ubezpieczeniowej.

Wkońcu omawiano sprawę lokaty kapitałów Izby, a więc Zarządu Izby, Kasy ubezpieczeniowej i Kasy emerytalnej, która ma powstać przy Izbie.

Posiedzenie Zarządu w dniu 22 października 1924 r.

Przewodniczący zawiadamia, że na życzenie kilku członków Rady Izby zebranie Rady odroczono na dzień 2 listopada 1924 r. godz. 10.

Naczelna Izba lekarska zażądała opinji w sprawie utworzenia Kasy emerytalnej dla lekarzy oraz pozostałych po nich wdów i sierót. Przewodniczący odczytał przesłaną już opinję, którą przyjęto do wiadomości.

Według zawiadomienia Naczelnej I. lekarskiej Zarząd Związku Lekarzy P. P. powziął myśl ufundowania samolotu wojskowego. Myśl tę uchwalono popierać.

Jeden z Okręgów Związku Lekarzy P. P. uznał za niedopuszczalne, aby w Kasach chorych pełnili czynności lekarze powiatowi i lekarze wojskowi. Uchwalono solidaryzować się z tem zapatrywaniem ze względu na to, że lekarze powiatowi spełniają nadzór nad lecznictwem w Kasach chorych, a lekarzom wojskowym obowiązki służbowe są przeszkodą do spełniania czynności w Kasach chorych.

Organizacja lekarzy w D. użala się na zaleganie w Izbie sprawy przeciwko dr. B. Uchwalono odpowiedzieć, że sprawa znajduje się w Sądzie Izby.

Następnie rozpatrywano ponownie sprawę opłat lekarzy ordynujących w sezonie w Krynicy do Izby Lekarskiej Krakowskiej. Uchwalono, że lekarze tacy, mający stałe mieszkanie w obrębie Izby lwowskiej, będą wnosili pełną opłatę do Izby lwowskiej, skąd połowa będzie przekazywana Izbie krakowkiej.

Następnie przeprowadzono dalszy ciąg debaty nad sprawami porządku dziennego Zebrania Rady Izby, które będzie obradowało w dniu 2 listopada 1924 r.

W sprawie spółek lekarskich dla dostarczania chorym adresów lekarzy, jakie zawiązały się w Warszawie, postanowiono wypowiedzieć się przychylnie z tem zastrzeżeniem, że spółki takie przy dostarczaniu adresów będą uwzględniały wszystkich lekarzy danej miejscowości, czy danego okręgu, nie będą zaś popierały tylko pewne grona lekarzy.

Posiedzenie Zarządu w dniu 29 października 1924 r.

Na prośbę Koła aptekarzy lwowskich postanowiono sporządzić drukowany spis lekarzy lwowskich i pozalwowskich, należących do okręgu Izby.

Przyjęto do wiadomości opinję Izby Lubelskiej w sprawie organizacji biur pośrednictwa pracy dla lekarzy.

Następnie zastanawiano się nad sprawą niesprawiedliwego opodatkowania lekarzy, na co żali się jedna z organizacji zawodowych, i postanowiono wnieść stosowny memorjał do lwowskiej Izby skarbowej.

Powzięto uchwały w trzech przypadkach partactwa lekarskiego.

Następnie przeprowadzono dłuższą dyskusję w sprawie cennika lekarskiego. W przemówieniach zarysowały się dwa zdania, jedno, że należy oświadczyć się przeciwko ustanowieniu cennika, gdyż czynności lekarza nie dadzą się staryfować, drugie, że należy Radzie Izby przedstawić wyniki dyskusji i różne zdania, które się wyłoniły, i, nie stawiając wniosku, oddać sprawę Radzie do rozstrzygnięcia. Ostatnie zdanie w głosowaniu przeważyło; zarazem postanowiono czynić starania o nowelizację art. 21. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Wkońcu omawiano w dalszym ciągu regulamin Izby, tudzież przyjęto referat dr. M. w sprawie Kasy emerytalnej przy Lwowskiej Izbie lekarskiej, który ma być przedstawiony Radzie Izby.

ODEZWA.

W myśl uchwały pełnej Rady Izby, powziętej na nadzwyczajnem zebraniu z dnia 2-go listopada 1923, podwyższa się ubezpieczenie fakultatywne w Kasie ubezpieczeniowej na wypadek choroby Lwowskiej Izby lekarskiej do 10 zł. a ubezpieczenie obowiązkowe w tejże Kasie do 2 zł.

Wobec tego świadczenia będą wynosić 2—10 zł. dziennie, a wpłaty kwartalne obowiązkowe 8 zł. — dla wielokrotności 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, do 40 zł,

Podwyższenie obowiązuje od dnia 1-go stycznia 1924.

Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej. Dnia 22-go grudnia 1924.

Prezydent: *Papée.*

W sprawie Kasy ubezpieczeniowej na wypadek choroby.

Przeciw obowiązkowej przynależności do Kasy ubezpieczeniowej na wypadek choroby przy Lwowskiej Izbie lekarskiej wnieśli odwołanie dwaj koledzy N. N., które Zarząd Izby lwowskiej przesłał do rozstrzygnięcia Izbie Naczelnej w Warszawie, a ta wydała w tej sprawie następujące orzeczenie:

Do Izby lekarskiej we Lwowie.

Zarząd Naczelnej Izby lekarskiej na posiedzeniu w dniu 9. XII. b. r. rozpatrzył odwołania dra N. N. w N. i dra N. N. w N. przeciw wpisowi do Kasy ubezpieczeniowej na wypadek choroby i wydał orzeczenie następujące:

Uchwała w sprawie przymusowego ubezpieczenia członków Izby lwowskiej w Kasie pensyjnej dla wdów oraz ubezpieczenia na wypadek choroby zapadła zgodnie z art. 4. Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich. Uchwala ta została zatwierdzona na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 27. I. 1924 roku, a przeto stała się prawomocną i obowiązuje wszystkich członków Izby lwowskiej. Na tej podstawie Zarząd Naczelnej Izby lekarskiej postanowił uchylić odwołania dra N. N. w N. i dra N. N. w N. przeciw wpisowi do Kasy ubezpieczeniowej we Lwowie.

Zarząd Naczelnej Izby lekarskiej uprasza Izbę lwowską o zakomunikowanie tej decyzji dr. N. N. i dr. N. N.

Przewodniczący Dr. *Bączkiewicz.* — Sekretarz Dr. *Będkowski.*

Związek Lekarzy Państwa Polskiego-Zarząd Obwodu Kowelskiego.

Wobec projeku otworzenia Kasy Chorych w Kowlu zarząd Obwodu Kowelskiego Z. L. P. P. uprasza Szanownych Kolegów o nieangażowanie się w Kasie Chorych pow. Kowelskiego bez uprzedniego porozumienia się z miejscowym Związkiem. *Dr. Lebecki,* sekretarz. *Dr. W. Królewski,* preses.

W sprawie utworzenia Związku polskich Towarzystw lekarskich i wydawania jego naukowego Biuletynu.

Od szeregu dziesiątek lat życie naukowe i zawodowe lekarzy polskich skupiało się przedewszystkiem w kilkunastu Towarzystwach lekarskich we wszystkich trzech dawnych zaborach, a obecnie w całej Polsce, i tylko w bardzo nieznacznym stosunku także poza nią. Towarzystwa te były i są widomym znakiem żywotności polskiego świata lekarskiego i odzwierciadlają nieraz wybitną działalność naukową i społeczną lekarzy naszych, ich zasługi i poczynania, które też historja zapisała i zapisze złotemi głoskami w księdze kultury polskiej. Działalność i zasługi na polu społecznem i narodowem przedewszystkiem tych towarzystw, które żyły w ciężkich warunkach politycznych, wiecznie strzeżone argusowem okiem podejżliwego ciemięzcy — to istotnie chlubna karta ich życia.

Pracowały one jednak odrębnie, na ścisły wzajemny kontakt między sobą i z Towarzystwami innych b. zaborów nie pozwalały stosunki polityczne. Jedynie prasa lekarska i perjodycznie odbywane w Małopolsce Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich były terenem porozumienia wzajemnego, wymiany myśli i wytyczania kierunku ogólnego, przedewszystkiem w pracy społeczno-narodowej. W b. Kongresówce Zjazdy lekarzy prowincjonalnych, bodaj w skromnym zakresie, stały się także terenem, o ile było wolno i można, porozumienia wzajemnego.

Obecnie, gdy ziemie polskie znalazły się razem pod skrzydlami Macieży, warunki zmieniły się zasadniczo. Działalność Towarzystw lekarskich polskich może rozwijać się bez trudności. Działalność ta winna dokonywać się w trzech kierunkach: naukowym, zawodowym i społecznym. Aby jednak działalność ta mogła istotnie być skuteczną, Towarzystwo każde musi być żywotne, musi mieć dostateczne siły. Towarzystwa lekarskie w ogniskach większych nie mają poważniejszych trudności w swej pracy i w swym rozwoju, gdyż oparte są na znacznej liczbie członków oraz na instytucjach naukowych, jak Wydziały lekarskie, pracownie naukowe, szpitale i t. p.; mogą one podołać z łatwością celom zamierzonym. Inaczej jest z Towarzystwami w ogniskach mniejszych, tu często wytrwałość i energja kilku jednostek, a nawet jednej tylko, podtrzymuje życie Towarzystwa i skupia w niem grono Kolegów. Są też Towarzystwa, które zarówno ze względu na małą liczbę członków, jak niemniej ze względu na brak odpowiednio uposażonych miejscowych warsztatów pracy, nie mogą należycie rozwijać się; dla nich pomoc od zewnątrz jest konieczna. A pamiętać należy, że Towarzystwa te, rozsiane po całej Polsce, mają i winny mieć znaczenie doniosłe tak dla samych lekarzy, jak również ze względów kulturalnych, choćby higjeniczno-społecznych.

Tu potrzeba wzajemnego porozumienia, współpracy i wzajemnej pomocy, potrzeba ustalonego kierunku w działalności naszych Towarzystw lekarskich na wzór n. p. Związku towarzystw naukowych we Lwowie, obejmującego ponad 20 Towarzystw Wschodniej Małopolski. Związek taki byłby niezmiernie poważnem przedstawicielstwem na zewnątrz, zrzeszeniem, które musiałoby mieć posłuch w społeczeństwie i u władz naszych, oileby chodziło nietylko o interesy ogólno-lekarskie, naukowe, lecz nawet, obok Izb lekarskich, zawodowe. Siedzibą centrali mogłaby być stolica a odpowiednio ułożony statut określałby cel Związku i wzajemny stosunek do jego członków t. j. Towarzystw lekarskich.

Nasze Towarzystwa lekarskie są w znacznej części, jak wiadomo, Towarzystwami naukowemi; na posiedzeniach ich dzielą się członkowie własnym dorobkiem naukowym lub też wygłaszają referaty z dziedziny najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej. Jestto niejako, choć fragmentaryczne, dalsze kształcenie się członków w wiedzy zawodowej. Sprawozdania z posiedzeń, ogłaszane w naszych pismach lekarskich, streszczają w krótkości i treściwie referaty i dyskusje, wygłaszane na posiedzeniach, sprawozdania te jednak ze względów na szczupłość ram pism tych są bardzo krótkie i zwykle nie dają dokładnego pojęcia o rzeczy wygłoszonej, a nadto, nieraz oryginalne i ciekawe, przepadają dla światowego piśmiennictwa lekarskiego.

Względy powyższe nasuwają myśl powołania do życia rodzaju Biuletynu naszych Towarzystw lekarskich, któryby zawierał dłuższe streszczenia prac oryginalnych, które były tematem wykładu na posiedzeniu oraz pokazów, niekiedy bardzo ciekawych i rzadkich, następnie drukiem specjalnie nieogłaszanych, a które, jak wiadomo, tworzą lwią część piśmiennictwa obcego. Rzeczy te istotnie przepadają dla piśmiennictwa światowego. Byłby to rodzaj francuskiego »Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hopitaux de Paris«. Ze względów przytoczonych Biuletyn musiałby wychodzić w języku obcym n. p. francuskim. Ukazywałby się 2 razy na miesiąc w objętości 2 arkuszy a wydawnictwa jego podjęłaby się Spółka wydawnicza lekarska. Sprawa kosztów nie przedstawiałaby trudności poważnych a opłata za niego byłaby minimalna. Biuletyn byłby rozsyłany oczywiście licznym instytucjom naukowym w świecie.

Myśl powołania do życia Związku wszystkich polskich Towarzystw lekarskich i wydawania jego Biuletynu w znaczeniu powyższem poddajemy do dyskusji ogółu Kolegów i Towarzystw lekarskich. Ostateczne załatwienie sprawy mogłoby być przedmiotem obrad na najbliższym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Pożądane jest już obecnie wypowiedzenie się w tej sprawie, zwłaszcza Towarzystw, przyczem Polska Gazeta lekarska otworzy z chęcią swe łamy na życzenie Kolegów, zabierających głos w sprawie poruszonej.

Franke, Nowicki.

Od Redakcyj.

W dążeniu do stałego polepszania pisma naszego zarówno pod względem treści, jak również pod względem objętości, powiększamy z Nowym Rokiem objętość normalnego numeru.

Przy tej sposobności uważamy sobie za obowiązek złożenie szczerego podziękowania wszystkim Współpracownikom naszym oraz wyrażenie prośby, by dalej o niem pamiętali, przez zasilanie teki redakcyjnej Swemi pracami i tem wszystkiem, co dotyczy świata lekarskiego.

Z Nowym Rokiem ustąpił z redakcji lwowskiej doc. dr. Antoni Sabatowski ze względów na liczne inne zajęcia i obowiązki. Z ustępującym Kolegą redakcyjnym, który nie szczędził bezinteresownie trudu i czasu w niezawsze wdzięcznej pracy redakcyjnej, żegnamy się, wyrażając pełną nadzieję, że także nadal pozostanie wiernym współpracownikiem Polskiej Gazety lekarskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Sz. p. prof. Talko-Hryncewiczowi za liczne cenne prace, ofiarowane Bibljotece.

Walne Zebranie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wybrało na r. 1925 Wydział w następującym składzie: Prezes prof. dr. K. Majewski (poraz trzeci), wiceprezes doc. dr. J. Szymanowicz, sekretarz doroczny dr. T. Pawlas, bibljotekarz dr. J. Spira (junior), sekretarz stały prof. dr. J. Olbrycht, redaktorzy: prof. dr. S. Ciechanowki i prof. dr. S. Lenartowicz; członkowie Komisji redakcyjnej: prof. dr. Blassberg, prof. dr. M. Rutkowski, doc. Kostrzewski, doc. Artwiński, ppułk. dr. Maciąg; komisja kontrolująca: dr. T. Piotrowski i dr. Z. Wachtel. Delegaci do Rady zawiadowczej: Tow. lek. p. b. Galicji prof. dr. Browicz i prof. dr. Ciechanowski. Delegaci na Walne zebranie Tow.: dr. Ackerman, dr. Berezowski, prof. Ciechanowski, dr. Wilczyński, doc. Janiszewski, prof. Kostanecki, dr. Woyciechowski, dr. Landau, dr. Kwaśnicki, dr. Strzemieński, dr. Surzycki. Członek Komisji kontrolującej Tow. lek. Małop.: dr. Strzemieński.

Lwów.

Walne Zebranie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się dnia 19 grudnia. Po złożeniu sprawozdania z czynności za rok ubiegły przez ustępujący Zarząd dokonano nowego wyboru Zarządu, w skład którego weszli: dr. Kazimierz Zgórski przewodniczący, doc. dr. Kazimierz Bocheński zastępca przewodniczącego, dr. Jan Tyszka sekretarz doroczny, dr. Stan. Zabłocki skarbnik, dr. Eugeniusz Waigiel bibljotekarz. Redaktorami Polskiej Gazety lekarskiej ze Lwowa wybrano prof. dr. W. Nowickiego i doc. dr. Wł. Koskowskiego, sekretarzem generalnym dr. J. Görtza.

Polski Związek Zdrojowisk, Uzdrojowisk i kąpielisk morskich we Lwowie, świadomy krytycznej chwili dla naszego Zdrojownictwa, decydującej o bycie jego lub zupełnem bankructwie, świadomy, że naszeUzdrowiska, przebogate naturą, urządzeniem swem nie mogą wytrzymać konkurencji zagranicznej, urządza w dniach 1 i 2 lutego 1925 r. we Lwowie Zjazd wszystkich zainteresowanych, nie wyłączając sfer rządowych, w celu omówienia sposobu działania. Jasnem jest, że w sprawie tej decydującym momentem są potrzebne kapitały, to też pierwszym referatem Zjazdu będzie sprawa zaciągnięcia pożyczki zagranicznej, o możliwości której ma Związek pewne poważne dane. **W tym celu zwraca się do wszystkich właścicieli Uzdrowisk, właścicieli zakładów leczniczych, pensjonatów i t. d., by zechcieli najdalej do dnia 15. I. 1925 pod adresem Związku, Lwów — Jagiellońska 20., podać:** 1) jakiego kapitału potrzeba mu na cele rozbudowy i podniesienia Uzdrowiska, względnie Zakładu leczniczego, przez posiadanego lub dzierżawionego, 2) jakie zabezpieczenie realne może dać na podany wypożyczony kapitał, 3) które działy przemysłu uzdrowiskowego (np. budowa sanatorjów, nowych domów, pensjonatów lub ich urządzeń wewnętrznych, urządzenia asanacyine, drogi, parki, ujęcie lub ich esploatację i t. d.) mają być zasilone pożyczką i w jakiej wysokości. Jasnem jest, że nie są żądane ścisłe cyfry, wystarczą w przybliżeniu podane, jednak wedle do pewnego stopnia fachowego ocenienia. Szczegółowy program Zjazdu będzie ogłoszony w połowie stycznia 1925 r.

Poznań.

Uroczystość odsłonięcia portretu rektora Heljodora Święcickiego odbyła się w listopadzie z. r. w sali Wydziału lekarskiego w Muzeum Mielżyńskich. Po przemówieniu prezesa Wydziału dr. T. Dembińskiego, który podniósł zasługi Zmarłego profesora, jako długoletniego członka i prezesa Wydziału lekarskiego, jako organizatora i pierwszego rektora uniwersytetu poznańskiego, jako znakomitego lekarza i zasłużonego działacza społecznego, odsłonięto portret, zawieszony w sali wykładowej Wydziału. — W imieniu Naczelnej Izby lekarskiej i Stowarzyszenia lekarzy złożył hołd pamięci Zmarłego prezes dr. J. Bączkiewicz, w imieniu Warszawskiego Tow. lekarskiego i Związku lekarzy Państwa Polskiego dr. W. Szumlański. Tegoż dnia odbyło się doroczne uroczyste posiedzenie naukowe Wydziału lekarskiego.

Warszawa.

Stulecie urodzin Charcot'a. Świat naukowy francuski, z zapoczątkowania paryskiej Akademji medycyny, Fakultetu lekarskiego oraz Towarzystwa neurologicznego, w początkach czerwca r. b. zamierza obchodzić uroczyście stulecie urodzin Charcot'a (Jean Martin Charcot 1825—1893). Na obchodzie tym będą reprezentowane rządy państw zaprzyjaźnionych przez specjalne delegacje. Nie wątpimy, że Rząd polski oraz nasze fakultety medyczne i inne organizacje lekarskie wezmą również czynny udział w tem wielkiem święcie nauki francuskiej przez wysłanie delegacyj, które godnie uosabiałyby świat lekarski polski. Równocześnie z obchodem ku czci Charcot'a paryskie Towarzystwo neurologiczne odbędzie swe VI zebranie międzynarodowe, święcąc dwudziestopięciolecie swego istnienia. Program uroczystości oraz spis tematów zostanie w czasie właściwym rozesłany wszystkim, którzy zgłoszą swoje uczestnictwo u sekretarza komitetu dra A. Soques, 17, rue de l'Université, w Paryżu.

Zwalczanie chorób zawodowych. Minist. pracy i opieki społecznej opracowało już projekt ustawy o zwalczaniu chorób zawodowych. Ustawa przewiduje utworzenie Państwowej Rady Higjeny Pracy, która będzie ciałem doradczem i opinjodawczem. Wykaz chorób zawodowych ogłasza minister pracy, który też upoważniony jest do wydawania zarządzeń sanitarno-higjenicznych, zakazów używania szkodliwych dla zdrowia narzędzi, surowców i materjałów. Pracownicy, narażeni na choroby zawodowe, podlegają nadzorowi lekarskiemu, a praca taka dla kobiet młodych i młodocianych może być przez ministra pracy zakazana. Projekt tej ustawy po uzgodnieniu międzyministerjalnem wejdzie na Radę Ministrów.

Ze świata.

Instytut hydrologji i klimatologji lekarskiej Uniwersytetu paryskiego ogłasza kurs klimatologji i hydrologji ogólnej i stosowanej z ćwiczeniami fizykal-

nemi, chemicznemi i klinicznemi. Kurs będzie trwał od 6 stycznia do końca marca i obejmie 50 wykładów profesorów: d'Urbain, Desgrez, Rathery, Baudouin, Moureu, d'Arsonvall i F. Bordas. Ćwiczenia w pracowniach chemicznych, bakterjologicznych, fizycznych (promieniotwórczość wód), jakoteż przy łóżku chorego i w polu (badanie atmosfery), prowadzić będą kierownicy pracowni odpowiednich zakładów uniwersyteckich. Biuro kursu w zakładzie Prof. Desgrez, 22 rue de l'Ecole de Médicine.

Wydziały lekarskie uniwersytetów francuskich wydały w roku szkolnym 1923—1924 1.289 prac dysertacyjnych.

Instytut kryminalistyczny został powołany do życia we Wiedniu. Ma on obejmować studjum kryminologji i wogóle tych gałęzi wiedzy, które są niezbędne dla studjujących zagadnienia, związane z kryminalistyką.

Nieszczęśliwe wypadki ze surowicą przeciwbłoniczą. Lancet z 22 listopada b. r. podaje wiązankę bliższych szczegółów o pożałowania godnych wypadkach śmierci, które zaszły w następstwie stosowania surowicy przeciwbłoniczej w sanatorjum dla dzieci w Badenie pod Wiedniem. Według tego opisu u dziecka, przyjętego do sanatorjum z powodu pospolitego niewinnego cierpienia, które następnie zachorowało tam na błonicę, zastosowano surowicę przeciwbłoniczą a równocześnie uodporniono 6 innych dzieci, znajdujących się na tej samej sali, toksyną-antytoksyną. Skutek tych środków zaradczych był niespodziewanie smutny, gdyż wszystkie dzieci zmarły wśród objawów osłabienia serca. Doraźnie przeprowadzone śledztwo wykazało, że toksyna-antytoksyną pochodziła z Wiedeńskiego Instytutu serologicznego, który był dawniej instytucją państwową, a przed kilku latami z powodu trudności finansowych został zamieniony na prywatne przedsiębiorstwo handlowe. Dawniej fjolki, puszczane w obrót przez Instytut, zawierały ścisłe oznaczenia skuteczności surowic na pewien krótki okres czasu, a po upływie tego terminu zamieniano je na świeże. Obecny Instytut określa skuteczność surowic na przeciąg 2 lat. Znaną rzeczą jest, że antytoksyna ulega prędzej rozkładowi, aniżeli toksyna, i dla tego też wspomniana działwa otrzymała pełną dawkę czynnej toksyny z natychmiastowem działaniem śmiertelnem. Dochodzenia sądowe dowiodły, że lekarze sanatoryjni ściśle przestrzegali przepisów, podanych przez Instytut serologiczny, i nie mieli żadnych powodów do powątpiewania o ścisłości tychże. Wielkie oburzenie wywołał fakt, że wspomniane wypadki zdarzyły się przed kilku tygodniami a władze naczelne starały się je ukryć i tylko dzięki przypadkowi głośna sprawa wyszła na jaw.

Komitet obyczajowy dyrekcji policji miasta Wiednia zatrzymał w ciągu 1923 r. 5,316 prostytutek, wśród których przy oględzinach lekarskich stwierdzono 21,7% chorych wenerycznych

Liczba dzieci szkolnych we Wiedniu z początkiem bieżącego roku szkolnego znowu bardzo się zmniejszyła. Wpisano tylko 11 tysięcy sześcioletnich dzieci w porównaniu z 12,680 w r. 1923. Z powodu tego zmniejszenia musiano zamknąć szereg szkół ludowych. Według obliczenia urzędu statystycznego jestto ostatni rok takiego zmniejszania się. Zjawisko to niewątpliwie jest w związku z ubiegłemi wypadkami wojennemi.

Zwiększająca się liczba zatruć mięsnych w ostatnich latach w Niemczech spowodowała Ministerstwo opieki do zwrócenia się do miarodajnych czynników fachowych o podanie przyczyny i środków zapobiegawczych. Jako przyczynę podano między innemi zwolnienie od urzędowych oględzin mięsa zwierząt zabijanych w domach prywatnych, magazynowanie mięsa na zapas i in. Dla dojścia do źródła zatruć mięsnych należy odpowiedzieć na następujące pytania: 1) które mięso wzgl. jego przetwory są przedewszystkiem źródłem zatrucia, 2) od jakich zwierząt rzeźnych pochodzą odnośne partje mięsa, 3) co prócz mięsa użyte jest do przeróbki (śledziona, gruczoły i t. p.), 4) jak długo i na co było chore dane zwierzę, 5) czy były jakie choroby, w szczególności zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, u personalu zajętego biciem zwierząt i przeróbką mięsa, 6) jakie są stosunki higjeniczne u rzeźnika wzgl. handlującego mięsem i jego przeróbkami?

W sprawie opodatkowania automobilów lekarzy praktyków. W Prusiech wolne są od podatku automobile o sile 8 HP lekarzy praktyków, mających swą siedzibę w miejscowościach poniżej 20 tysięcy mieszkańców. Otóż w jednym przypadku wystąpił skarb pruski z żądaniem zapłacenia podatku automobilowego od lekarza z powodu tego, że miał on raz zrobić wycieczkę automobilem z rodziną. Odnośnie do tego przypadku sfery prawnicze wypowiedziały zapatrywanie, że użycie od czasu do czasu prywatnego automobilu lekarza praktyka dla celów nielekarskich nie może być uważane za dostateczny powód do opodatkowania takiego automobilu.

W nowowybranym parlamencie angielskim jest 11 lekarzy, ponadto do parlamentu wejdzie prawdopodobnie jeszcze jeden lekarz jako przedstawiciel uniwersytetów szkockich. Członkowie lekarze parlamentu mają utworzyć osobne koło, które ma czuwać nad stosunkami zdrowotnemi narodu całego. A w naszym sejmie?

Rosyjskie statystyczne dane co do zimnicy podają, że w pierwszem półroczu roku 1924 w Rosji zapisano 2,344.000 zachorowań na zimnicę.

Liczba przypadków śmierci z powodu cukrzycy znacznie się zwiększyła w Stanach Zjednoczonych. Po raz pierwszy umieszczono cukrzycę w statystycznej rubryce chorób najczęściej zachodzących. Badania przeprowadzone przez Metropolitan Life Insurance Company wykazały, że tylko 45,4% zmarłych na cukrzycę pobierało insulinę. Z tej liczby $^1/_3$ część pobrała pierwszą dawkę w ostatnim tygodniu życia a prawie $^2/_3$ w ostatnim miesiącu. Śmierć zaszła u 46% wśród objawów śpiączki.

Liczba nieszczęśliwych wypadków z następową śmiercią w Stanach Zjednoczonych wynosiła w roku 1923 przypadków 84.000 więcej, jak w r. 1922. Najczęściej wydarzyły się wypadki automobilowe, bo 37 śmiertelnych dziennie, podczas gdy kolejowych było tylko 18.

Prof. Kitasato otrzymał z ręki mikada japońskiego godność barona w uznaniu zasług naukowych.

Nagminna choroba mózgu w Japonji. Z świeżo ogłoszonego miesięcznika za listopad 1924, wydawanego przez Ligę Narodów, o przebiegu epidemji na kuli ziemskiej, dowiadujemy się wiele szczegółów o nowej, nieznanej dotąd, a ciężkiej epidemji, która pojawiła się w Japonji. Z początku uważano ją za zapalenie opon mózgowych, następnie za śpiączkę (*encephalitis lethargica*), w końcu jednak oznaczono ją, jako ostrą chorobę mózgu, dotychczas nieznaną. Pierwsze przypadki pojawiły się w lipcu b. r., poczem epidemja gwałtownie rozszerzyła się na całą Japonję. Zapadło na tę epidemję 4274 osób do 5 września, w następnych dziesięciu dniach zapadło dalszych 1609 osób, a w ostatnich dwu tygodniach, t. j. do końca września, zachorowało 688. Śmiertelność z choroby tej jest bardzo znaczna: umiera około 50%. Pomimo, że epidemja bardzo gwałtownie się szerzyła — zwrócono uwagę, że rzadko kiedy zdarzyło się, aby więcej, jak jedna osoba chorowała w tym samym domu lub też w jednej rodzinie. Urząd zdrowia w Tokio podaje następujący opis choroby:

Objawy chorobowe podobne są, jak przy śpiączce, brak jednak zaburzeń wzrokowych. Zachorowują przeważnie osoby starsze po 50 latach życia. Po wystąpieniu gorączki, chory traci drugiego dnia przytomność i majaczy: po 5—10 dniach następuje śmierć albo wyzdrowienie ze spadkiem gorączki i odzyskaniem przytomności. Nie znaleziono dotychczas żadnych drobnoustrojów chorobotwórczych. Zakażane króliki giną w krótkim czasie.

Zmarli.

Prof. F. Trendelenburg zmarł w 80 r. życia w Berlinie. — Dr. Fehleisen, odkrywca ziarniaka róży, zmarł w 70 r. życia w San Francisko. — Prof. dr. Gersuny, znany chirurg, zmarł w 80 roku życia. Wspólnie z Billrothem był on założycielem Szpitala Rudolfa. — Prof. dr. Sándor Kästner, autor znanych prac z zakresu anatomji i higjeny, zmarł w Lipsku.

Sprostowanie.

Do opisu wykonania próby z błękitem metylenowym na obecność CO w krwi (Polska Gazeta lek. Nr. 50, str. 734 r. b.) wkradła się pomyłka drukarska, a mianowicie w 14 tym wierszu wydrukowano »12 kroplami wodnego roztworu« — powinno być 1—2 kroplami wodnego rostworu«.

Ogłoszenie.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się do wszystkich polskich Towarzystw Lekarskich, tak naukowych, jak społecznych, z prośbą o przysłanie pod adresem lwowskiej redakcji (ul. Piekarska 52) następujących dat statystycznych:

1) ***rok założenia Towarzystwa,***
2) ***osoby założycieli,***
3) ***majątek Towarzystwa (domy, zbiory, bibljoteki, fundacje naukowe lub dobroczynne, lecznice etc),***
4) ***czy Towarzystwo było czynne nieprzerwanie w czasie ucisku zaborców i wielkiej wojny,***
5) ***obecna ilość członków Towarzystwa.***

Wiadomości te będą w odpowiedni sposób zużytkowane w P. Gazecie Lekarskiej i przyczynią się do ożywienia ruchu między Towarzystwami oraz do ułatwienia wspólnych wystąpień w kraju i zagranicą.

Nr. 2. 11. stycznia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prymarjusz Doc. Dr. J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

Krew chorych na czerwonkę pod względem bakterjologicznym i serologicznym.

Z oddziału chorób zakaźnych Państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przedmiotem, o którym tu mowa, zajmuję się od roku 1919. O wynikach badań pisałem w międzyczasie trzykrotnie na innem miejscu. Obecnie podaję doświadczenia zebrane u chorych w r. 1922 i 1923. Przedstawiam je ze stanowiska kliniki, opisując dokładnie warunki (ciepłota ciała chorego, okres choroby) w jakich dokonywano badania. Nie wdaję się natomiast w szczegóły techniki badań, co do których odsyłam czytelnika do poprzednich doniesień.

Badania bakterjologiczne.

Badania bakterjologiczne krwi wykonano u 54 chorych na czerwonkę w pojęciu klinicznem. U jednych chorych szczepiono krew jeden raz, u innych po kilka razy — najwięcej 7 razy u jednego i tego samego chorego — ogółem zaś u wszystkich chorych, dokonano 84 szczepień krwi. Ujemny wynik szczepienia otrzymano u 49, dodatni zaś u 5 chorych. Bliższe dane dotyczące bakterjologicznego badania krwi są następujące :

A) Chorzy, u których szczepienie dało wynik ujemny. U 49 osób szczepiono krew ogółem 71 razy, z tego 17 razy przy ciepłocie 37° C lub poniżej 37° C. Przy 23 szczepieniach krwi, ciepłoty ciała nie uwzględniano, bądź z powodu powikłań mogących mieć wpływ na gorączkę, bądź dlatego, że w chwili brania krwi, ciepłoty choremu nie mierzono. Zresztą szczepiono krew w czasie większej lub mniejszej gorączki. Przeciętnie szczepiono u jednego chorego 1·45 razy w ogólności, zaś 0.34 razy przy ciepłocie 37° C lub poniżej 37° C. W odniesieniu do okresu choroby przypada 60·56%, ogólnej ilości szczepień na czas od trzeciego do dziewiątego dnia trwania czerwonki. W 9-ciu razach nie dało się oznaczyć dnia choroby, w którym krew szczepiono, z powodu niedostatecznych wywiadów.

B) Chorzy, u których szczepienie dało wynik dodatni. U pięciu chorych szczepiono krew ogółem 13 razy, z tego 8 razy przy ciepłocie poniżej 37° C, dwa razy ciepłoty nie mierzono, zresztą zaś szczepiono w czasie mniejszej lub większej gorączki. Na jednego chorego przypada 2·6 szczepień w ogólności, zaś 1·6 szczepień przy ciepłocie ciała nie dochodzącej do 37° C. U tych pięciu osób otrzymano hodowlę z krwi 11 razy, z tego 8 razy przy ciepłocie 37° C lub poniżej 37° C, dwa razy w czasie gorączki, a w jednym przypadku ciepłoty choremu nie mierzono. W odniesieniu do okresu trwania czerwonki, krew szczepiono :

w I-szym tygodniu 3 razy
w II-gim « 7 «
w III-cim 2 «
w IV-tym « 1 raz.

Wyhodowano z krwi bakterje :

w I-szym tygodniu 2 razy
w II-gim « 6 «
w III-cim « 2 «
w IV-tym « 1 raz.

Wyhodowane bakterje oznaczano na podstawie zachowania się ich na pożywkach cukrowych i przy pomocy surowic swoiście aglutynujących (b. dysenteriae, b. typhi, b. paratyphi A i B). W ten sposób postępując stwierdzono, że z krwi tych pięciu chorych na czerwonkę w pojęciu klinicznem, wyhodowano :

a) u czterech chorych b. Shiga-Kruse
b) u jednego chorego b. paratyphus B.

Bakterje paratyphus B. wyhodowano z krwi tego chorego dwukrotnie w czystej hodowli oba razy w pierwszym tygodniu trwania czerwonki. Bakterji czerwonkowych u tego chorego nie wyhodowano ; surowica krwi jego aglutynowała b. paratyphus B. w rozcieńczeniu 1 400, nie aglutynowała natomiast ani b. Shiga-Kruse, ani b. pseudodysenterji. Chory zmarł w 10-tym dniu choroby.

Rozbioru zwłok dokonał Dr. Klepacki asystent Zakładu Anatom. pat. U. J. Rozpoznanie anatomiczne opiewało : *Dysenteria superficialis totius intestini crassi. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis et hepatis. Tumor lienis acutus. Hyperaemia hypostatica loborum inferiorum pulmonis utriusque. Synechiae pleurales bilaterales. Dilatatio ventriculi et atrii dextri cordis minoris gradus.*

Z okazji wyniku bakterjologicznego badania krwi u omawianego chorego, wskazuję na wyniki badań opisane w doniesieniu II.

Następująca tablica uwidacznia różnicę w przebiegu klinicznym czerwonki u chorych z lat 1922 i 1923 — zależnie od tego czy z krwi chorych wyhodowano b. Shiga-Kruse, czy nie.

TABLICA I.

Chorzy		zmarło	wyzdrowiało	zejście choroby nieznane
Hodowla b. Shiga-Kruse ze krwi	u 4 dodatnia	50%	50%	—
	u 50 ujemna	8%	92%	—

Przytoczone cyfry przypominają bardzo odnośne tablice w doniesieniu II i III.

W latach 1922 i 1923 wyhodowano z krwi b. Shiga-Kruse w 7·4% z pośród chorych, u których szczepiono krew na pożywki. W związku z odsetkiem dodatniej hodowli b. Shiga-Kruse z krwi chorych w r. 1922 i r. 1923 podaję, że śmiertelność w tych latach wśród chorych których krew badano pod względem bakterjologicznym, wynosiła 11·11%.

U 34 z pośród omawianych chorych przeprowadzano także bakterjologiczne badania kału. Dodatni wynik rozbioru kału otrzymano u 7 chorych. Wyhodowane ze stolca bakterje były bakterjami Shiga-Kruse.

U każdego z tych 7 chorych, szczepiono krew na pożywki 1 raz lub więcej razy, najwięcej 4 razy u jednego i tego samego chorego, tak że ogółem u tych 7 chorych szczepiono krew 15 razy, czyli na jednego chorego przypada przeciętnie 2·14 szczepień. Szczepienie krwi wypadło jeden raz w tymsamym dniu, w którym ze stolca wyhodowano b. Shiga-Kruse, zresztą zaś wypadło na kilka dni najbliższych poprzedzających lub następujących w odniesieniu do dnia w którym z kału otrzymano hodowlę b. Shiga-Kruse. Z pośród tych 15 szczepień krwi przypada: 9 na pierwszy — 5 na drugi — 1 na trzeci tydzień trwania czerwonki. Krew szczepiono 11 razy w czasie gorączki, dwa razy przy ciepłocie poniżej 37° C, a w dwu razach ciepłoty ciała nie uwzględniano.

U żadnego z tych 7 chorych, u których wyhodowano b. Shiga-Kruse ze stolca, nie wykryto bakterji czerwonkowych w krwiobiegu. Naodwrót znowu u dwu chorych, u których b. Shiga-Kruse wyhodowano z krwi, bakterjologiczne badanie kału wypadło ujemnie. I tak u chorego, u którego w krwiobiegu stwierdzono b. Shiga-Kruse

trzykrotnie, badano stolec równie trzykrotnie w tymsamym czasie co i krew. U chorego zaś, u którego wyhodowano z krwi b. Shiga-Kruse dwukrotnie, przypada 5 badań stolca w siedmiu dniach następujących po drugiem wyhodowaniu b. Shiga-Kruse z krwi tego chorego.

Badania serologiczne.

Na własności aglutynacyjne zbadano krew 81 chorych na czerwonkę w pojęciu klinicznem. U 48 chorych badano własności surowicy krwi jednorazowo, zaś u 33 chorych badania wykonywano dwa lub więcej razy u jednego i tegosamego chorego. Badania przeprowadzano w nieregularnych odstępach czasu, skutkiem czego przypadają one na różne okresy choroby, względnie na pierwsze dni zdrowienia. Własności aglutynacyjne surowicy krwi na bakterje czerwonkowe stwierdzono u 17.28%, — nie wykazano ich zaś u 82·71%, z pośród badanych chorych.

Surowice krwi, które aglutynowały bakterje czerwonkowe, posiadały następujące własności:

Dwanaście z nich aglutynowało tylko b. Shiga-Kruse, dwie zaś prócz b. Shiga-Kruse aglutynowały także b. Flexner i b. Y. Najwyższe miano wynosiło dla b. Shiga-Kruse 1 : 400, — zaś dla b. pseudodysenteriae 1 : 100. Dwie surowice, które aglutynowały równocześnie b. Shiga-Kruse i b. pseudodysenteriae, okazywały miano dla b. Shiga-Kruse 1 : 200, – a dla b. pseudodysenteriae 1 : 100. Obie te surowice badano tylko jednorazowo, tak że nie wiadomo nic o stosunku występowania aglutynin dla b. Shiga-Kruse i dla b. pseudodysenteriae, odnośnie co do czasu pojawiania się jednego i drugiego rodzaju aglutynin. Najwcześniej stwierdzono własności aglutynacyjne w 6-tym dniu choroby; czerwonka w tym wypadku trwała 28 dni i skończyła się wyleczeniem. Najpóźniej stwierdzono własności aglutynacyjne w 29-tym dniu choroby: czerwonka trwała 32 dni i skończyła się również wyzdrowieniem. Taka jest górna i golna granica trwania czerwonki, w międzyczasie których to granic stwierdzono własności aglutynacyjne krwi. Należy jednak zauważyć, że u jednego chorego krew badana w pierwszym tygodniu choroby, — u innego zaś chorego w drugim tygodniu choroby; nie posiadała własności zlepiania bakterji czerwonkowych, a nabyła ich dopiero w późniejszym okresie trwania czerwonki. Naodwrót znowu krew dwu chorych, która zlepiała b. czerwonkowe w drugim tygodniu trwania czerwonki, utraciła te własności w dalszym przebiegu choroby. Z przytoczonych danych wynika, że dokładny obraz własności aglutynacyjnych surowicy krwi chorych na czerwonkę, może dać tylko kilkakrotne badanie, podjęte w różnych okresach choroby. Podobnie jak w r. 1921 tak i teraz obok szczepu b. Shiga-Kruse, którym się posługiwano w pracowni od dłuższego czasu, używano do badań szczepów typu Shiga-Kruse wyhodowanych w bieżących latach z krwi, względnie ze stolca chorych. Jeden z tych szczepów ulegał łatwiej aglutynacji niż szczep b. Shiga-Kruse »pracowniany«, albowiem w pięciu przypadkach otrzymano dodatni wynik aglutynacji tylko ze szczepem świeżo wyhodowanym, podczas gdy równocześnie przeprowadzane badanie tej samej surowicy ze szczepem »pracownianym« wypadło ujemnie. Większa czułość szczepu świeżo wyhodowanego okazała się także w wysokości miana; szczep świeżo wyhodowany ulegał zlepianiu w rozcieńczeniu surowicy 1 : 400, szczep zaś »pracowniany« najwyżej w rozcieńczeniu surowicy 1 : 200. Stosunek wykonanych badań i otrzymanych wyników odnośnie do okresu choroby, przedstawia następująca tablica:

TABLICA II.

	Badano w tygodniu choroby					Badano u ozdrowieńców
	I	II	III	IV	później	
ogółem	34	40	16	10	12	20
było dodatnich	2·94%	22·5%	12·5%	10%	8·33%	20%

Zauważyć należy, że wykonano większą ilość badań, niż podano w tablicy; w tablicy bowiem uwzględniano tylko po jednem badaniu z każdego tygodnia. Jeśli w jednym i tym samym tygodniu u jakiegoś chorego otrzymano w jednem badaniu wynik ujemny, a w drugiem badaniu wynik dodatni, uwzględniano wynik badania dodatni. Prócz tego nie uwzględniono w tablicy, badań, dotyczących jednego chorego, którego krew nie posiadała własności aglutynacyjnych; nie uwzględniono zaś dlatego, że z powodu braku wywiadów nie było wiadome, w którym tygodniu choroby krew badano.

Stosunek własności aglutynacyjnych surowicy krwi do długości trwania czerwonki wykazują poniższe zestawienia.

A) Chorzy, których krew nie posiadała własności zlepnych[1]):

czerwonka trwała jeden tydzień u 7 chorych
« « do dwu tygodni u 20 «
« « « trzech « u 13 «
« « « czterech « u 12 «
« « dłużej niż cztery tygodnie u 14-tu chorych.

B) Chorzy, których krew zlepiała b. czerwonkowe[2]):
czerwonka trwała jeden tydzień u 1 chorego
« « do dwu tygodni u 1 «
« « « trzech « u 3 «
« « « czterech « u 4 «
« « dłużej niż cztery tygodnie u 4-ech chorych.

Koniec choroby liczę od dnia, w którym stolec nie zawierał ani krwi, ani śluzu, ani ropy przy oglądaniu gołem okiem, a wypróżnień przez dobę nie było więcej jak dwa.

Śmiertelność wynosiła u chorych, których krew nie zlepiała b. czerwonkowych 8·95%, — u chorych zaś, których krew zlepiała b. czerwonkowe 7·14%.

Między chorymi zebranymi pod A), t. zn. między chorymi, których krew nie zlepiała b. czerwonkowych, znajduje się trzech chorych takich, u których ze krwi, — a pięciu chorych takich, u których z kału, — wyhodowano b. Shiga-Kruse. Własności surowicy krwi tych chorych badano: 1) jak u wszystkich innych chorych na szczepy czerwonkowe, hodowane w pracowni przez czas dłuższy, 2) jak u przeważnej większości chorych (prócz szczepów »pracownianych«) na szczepy b. Shiga-Kruse wyhodowane od chorych w bieżących latach, i 3) na co szczególną zwracam uwagę, u pięciu, z pośród ośmiu omawianych chorych, na szczepy własne, (Badano więc surowicę krwi pięciu chorych wobec szczepu własnego wyhodowanego z krwi, względnie z kału). W tablicach, które następują, przedstawiono okres choroby (zdro-

TABLICA III.

Chorzy u których wyhodowano b. Shiga-Kruse z krwi.

Chorzy	Własności zlepne badano szczepem				Ile dni trwała choroba?	Jak się choroba skończyła?
	pracownianym		własnym			
	w tygodniu choroby	w okresie zdrowienia	w tygodniu choroby	w okresie zdrowienia		
T. K.	II				18	Z.
N. L.	III, IV		III, IV		23	Z.
P. Z.	II, III	w 6 dniu	III	w 6 dniu	32	W.

[1]) Uwaga: w zestawieniu A) brak jednego chorego, ponieważ nie było wiadome, jak długo trwała jego choroba.

[2]) Uwaga: u jednego z ozdrowieńców w zestawieniu B) z powodu braku wywiadów nie wiadomo nic o czasie trwania czerwonki.

TABLICA IV.
Chorzy u których wyhodowano b. Shiga-Kruse z kału.

Chorzy	Własności zlepne badano szczepem				Ile dni trwała choroba?	Jak się choroba skończyła?
	pracowniany m		własnym			
	w tygodniu choroby	w okresie zdrowienia	w tygodniu choroby	w okresie zdrowienia		
M. G.	II				9	W.
W. Sz.	II	w 1 dnin	II	w 1 dniu	41	W.
E. Ch.	I, II, III		I		21	W.
J. G.	I, II, III , IV, VI		VI		46	W.
J. Ch.	I, II, III				26	W.

Objaśnienie znaków: Z. = zmarł
W. = wyzdrowiał.

wienia), w którym badano własności zlepne surowicy krwi, a w związku z tem podano szczegóły dotyczące czasu trwania i jakości zejścia czerwonki. Dla zwięzłości uwzględniono w tablicach tylko szczepy »pracowniane« i szczep własny, a nie uwzględniono szczepów wymienionych pod 2).

Z tablic widać, że surowice tych chorych badano także w późnym okresie choroby i w pierwszych dniach zdrowienia. Skoro zaś między surowicami były takie, które nie zlepiały nawet własnego szczepu chorobowego,to przyczyny tego zjawiska należy szukać nie gdzieindziej, tylko w osobniczych właściwościach ustroju badanych chorych.

Między chorymi zebranymi pod B), t. zn. chorymi, których krew aglutynowała b. czerwonkowe, znajduje się jeden chory u którego z krwi, a trzech chorych, u których z kału wyhodowano b. Shiga-Kruse. Zaznaczam, że surowica jednego tylko chorego aglutynowała wyżej szczep własny, niż szczep pracowniany.

Prócz surowicy krwi.chorych na czerwonkę, zbadano w latach 1922 i 1923 krew od 117 chorych nie na czerwonkę, co do własności aglutynacyjnych. Z pośród surowic tych chorych: a) 45 surowic zlepiało b. typhi, a 5 zlepiało b. paratyph A względnie b. paratyph. B. (miano 1 : 100 — 1 : 800). Między temi surowicami była jedna, która aglutynowała b. Shiga-Kruse, i jedna która aglutynowała b. Flexner. W jednym i drugim przypadku wynosiło miano 1 : 50, a aglutynacja była drobnoziarnista.

b) 3 surowice dawały dodatni odczyn Weil-Felixa; bakterji czerwonkowych surowice te nie zlepiały.

c) Pozostałe surowice, albo wcale nie aglutynowały X_{19}, b. typhi, b. paratyphi A, B i C, albo dawały aglutynację najwyżej do miana 1 : 50. Między temi surowicami była jedna taka, która aglutynowała b. Y do miana 1 : 50 w postaci grubych grudek, a druga, która aglutynowała b. Flexner w rozcieńczeniu 1 : 100, ale aglutynacja była drobnogrudkowa. Tak więc w przypadku grubogrudkowej aglutynacji miano, w drugim zaś przypadku jakość aglutynacji nie wchodzą w rachubę, wobec zasady jakiej się trzymano przy odczytywaniu aglutynacji u chorych na czerwonkę. Z poprzedniego już bowiem doniesienia wiadomo, że za wynik dodatni, brano aglutynację grubogrudkową począwszy od miana 1 : 100.

Ogólne wnioski.

Wynik badania bakterjologicznego krwi u chorych na czerwonkę, stanowi cenną wskazówkę w rokowaniu odnośnie do przebiegu, jakoteż odnośnie do zejścia choroby.

Grubogrudkową aglutynację b. Shiga-Kruse, począwszy od rozcieńczenia surowicy 1 : 100, spotyka się tylko u niewielkiej odsetki chorych na czerwonkę. Toteż dodatnia aglutynacja b. Shiga-Kruse, odczytywana według podanej zasady, aczkolwiek swoista dla czerwonki, w klinice może oddać usługi tylko w nielicznych przypadkach.

Poprzednie doniesienia:
1) Przegląd Lekarski LIX. Str. 76 (1920). — 2) Przegląd Epidemjologiczny T. I. Str. 466. — 3) Medycyna Doświadczalna i Społeczna T. I. Str. 345.

Dr. Józef PAWIŃSKI. Warszawa.

Chinidyna — jako lek przeciw niemiarowości ruchów serca. *(Arhythmia perpetua s. completa).* *)

Chinidyna ($C_{20}H_{24}N_2O_2$) jest jednym z czterech alkaloidów kory chinowej, któremi są: chinina, cinchinina, chinidyna i cinchonidyna. Stosuje się ją najczęściej w przypadkach zaburzeń rytmu serca, jako siarczan chinidyny — *chinidinum sulphuricum.*

China działa zwalniająco na sprawy życiowe komórek ustroju, tak anaboliczne, jak i kataboliczne, wpływ zaś alkaloidów chiny na rytm serca zaczęto brać pod uwagę dopiero w ostatnich czasach.

W r. 1914 pierwszy zastosował Wenkebach chininę w dwóch przypadkach t. zw. stałej arytmji serca (*arhythmia perpetua*) w dawkach jednogramowych z pomyślnym wynikiem. Frey [1]) wprowadził w r. 1918 w użycie zamiast chininy chinidynę w celu usuwania ciężkich zaburzeń w niemiarowości ruchów serca.

Otrzymywał o wiele lepsze wyniki, niż po chininie, nawet u chorych z organicznemi wadami zastawek serca.

Dzięki spostrzeżeniom Frey'a chinidyna znalazła szersze zastosowanie i stała się cennym środkiem w terapji chorób serca.

Trzy są główne postaci (typy) kliniczne zaburzeń rytmu serca: 1. *arhythmia respiratoria* (oddechowa), spotykana przeważnie u dzieci; 2. *arhyt. extrasystolica* i 3. *arhyt. perpetua* (Heryng, Mackenzie). Nazwa tej ostatniej nie jest ścisła, gdyż arytmja ta nie jest stałą, ulega wahaniom, niekiedy nawet przerwom. Ze względu zaś, że jest najwyższym stopniem typowej niemiarowości, należałoby ją nazwać *arhyt. completa* — zupełna. Ona to właśnie była przedmiotem badań Frey'a nad działaniem chinidyny. Niemiarowość ruchów serca dochodzi w niej do najwyższego natężenia, do prawdziwego t. zw. *delirium cordis* — szaleństwa serca, groźnego nieraz dla życia.

Już w odległej starożytności przywiązywano pierwszorzędną wagę do badania tętna i zmianom tegoż przypisywano wielkie znaczenie w rozpoznawaniu chorób i rokowaniu, dlatego też rozróżniano już rozmaite postacie arytmij.

Za jak trudne zadanie uważał Struś (Strutius) z Poznania, nasz wielkiej miary uczony z połowy XVI wieku, lekarz nadworny Zygmunta Augusta, wyjaśnienie zaburzeń rytmu serca i tętna, dowodzą własne jego słowa [2]): »*pulchra sana et jucunda est rhytmis antiquorum meditatio, philosopho tamen magis apta, quam medico*«.

Dopiero jednak w drugiej połowie przeszłego stulecia, w miarę wprowadzenia do badań klinicznych i fizjologicznych sfygmografów i kardjografów, przekonano się, że źródło tej najwydatniejszej arytmji tkwi w osłabieniu czynności prawego przedsionka, w jego niedowładzie.

Wykazałem to pierwszy w swej rozprawie doktorskiej w r. 1884 [3]), na mocy licznych badań kardjograficznych na

*) Podług odczytu wygłoszonego na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Tow. Lekarskiego w dniu 7. października 1924 r.

[1]) A. Frey. »Ueber Vorhofflimern beim Menschen und Seine Beseitigung durch Chinidin. Berliner Klin. Woch. 1918. Nr. 18, 19 i 36. Deutsches Archiv f. klin. Med. 136. Bd pag. 70 »Chinidin zur Bekämpfung der absoluten Herzunregelmässigkeit (Vorhofflimmern«).

[2]) Shygmicae artis jam mille ducentos annos perditae et desideratae Libr. V. a Josepho Struthis Posnaniense medico recens conscripti. Cum Caes. Majest privilegis ad docenium Basileae per Joannem Oporinum. 1555. Libr. I. Cap. 10. pag. 24. Wydanie to jest własnością Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

[3]) I. Pawiński. Badania kliniczne nad arytmją serca Warszawa 1884 r. (Pamiętnik Tow. W. Lek. 1883).

chorych szpitalnych. Te moje spostrzeżenia potwierdziły i studja kardjograficzne Mackenzi'ego w 1902 roku, poparte krzywemi tętna żylnego, wykazującemi u osób z arytmją zupełną, brak wzgórka żylnego presystolicznego, a występowanie natomiast tętna przedsionkowego, systolicznego, jednoczesnego skurczowi komórki, jak również tętna żylnego systolicznego wątroby.

Elektrokardjogramy jeszcze dokładniej uwydatniły nam stan przedsionka w przypadkach tejże arytmji. Przedsionek nie jest wtedy zupełnie porażony, lecz ulega migotaniu, lub trzepotaniu. Oscylacje dochodzą nietylko do 300 500 na minutę, lecz czasami nawet do 3.500, jak to wykazali Rothberger i Winterberg. Bywają one niekiedy zupełnie rytmiczne, częściej jednak nieregularne.

Jakkolwiek zdawałoby się, iż taki znaczny niedowład przedsionka, wyrażający się migotaniem, powinien mieć bardzo ujemny wpływ na krwiobieg, to jednakże ścisła obserwacja kliniczna wykazała, że niedowład taki, trwający nieraz całe miesiące, a nawet lata, nie wywołuje zbyt poważnych zaburzeń w ogólnej cyrkulacji, gdyż duże żyły, wpadające do przedsionka, zastępują w pewnym stopniu jego czynność. Nie dotyczy to naturalnie przypadków, w których zachodzą poważne zmiany organiczne w sercu, lub powikłania ze strony innych ważnych narządów.

Należy również pamiętać o łączności włókien mięsnych obu przedsionków i stąd wzajemnej zależności ich skurczów. To jest, że nieregularne skurcze prawego przedsionka wywołują również nieregularne skurcze lewego i osłabiają z biegiem czasu jego działalność, co odbija się znowu szkodliwie na czynności lewej komórki, a więc na dużym krwiobiegu, a w pewnej mierze i na małym.

Co się tyczy komórek, to nieznaczna stosunkowo liczba tych drobnych fal z przedsionka do nich dochodzi, a to wskutek zmniejszenia przewodnictwa w pęczku Hissa, co się wyraża w tętnie przez 200—250 uderzeń na minutę. Większa liczba tych fal mogłaby wywołać groźne dla życia migotanie komórek.

U zwierząt można wywołać migotanie, drażniąc przedsionek prawy prądem indukcyjnym, jak również działając na niego truciznami, jak adrenaliną, pilokarpiną, fizostygminą, muskaryną i t. p.

Na mocy badań Frey'a, Kapffa[4]) i Deschamps'a[5]) okazuje się, że w 50% przypadków (przeszło 300) arytmja ustępowała pod wpływem chinidyny.

Stosowano ją przeciw arytmji w różnych cierpieniach serca, tak w dawnych, jak i świeżych wadach zastawek, w chorobach mięśnia sercowego, w stwardnieniu naczyń, w zapaleniach płuc, niekiedy w chorobach zakaźnych i gorączkowych. Niepodobna jednak dotychczas stanowczo przewidzieć, jaki skutek wywrze chinidyna, nietylko zależnie od rodzaju choroby serca, ale nawet w poszczególnym przypadku, bez względu na wiek i płeć chorych. Nieraz w ciężkiej arytmji chinidyna działa pomyślnie, gdy tymczasem w lżejszej formie, gdzie możnaby spodziewać się dobrego wyniku nie daje poprawy.

Wogóle można tylko powiedzieć, że arytmja, zdawna trwająca, zależna od zmian organicznych w mięśniu serca, występująca przy objawach niedomogi tegoż, poddaje się trudniej działaniu chinidyny, niż arytmja świeżego pochodzenia, mimo której sprawność serca jest zachowana. Najlepsze wyniki otrzymywano u ludzi młodych, u których niemiarowość serca była jedynym objawem choroby, zależnym prawdopodobnie od zmian czynnościowych serca.

Niewiadomo również z góry, jak szybko wystąpi działanie chinidyny i jak długo będzie trwało. Nawet przy dodatniem jej działaniu skutek występuje zwykle po kilku dniach, a często dopiero po powtórnem użyciu, po przerwie i w powiększonych dawkach.

W innych przypadkach, mianowicie gdy arytmji towarzyszy niedomoga serca ze swemi następstwami, chinidyna wywiera pomyślny wpływ, po uprzedniem kilkodniowem podawaniu naparstnicy lub strofantu.

Ustąpienie arytmji, spowodowane użyciem chinidyny trwa niekiedy całe tygodnie a nawet długie miesiące.

Dobroczynny jej wpływ uwydatnia się wprawdzie głównie w uregulowaniu rytmu serca, odbija się jednak dodatnio na samopoczuciu chorego usuwając wszelkie dolegliwości związane z arytmją, jak bezsenność, przygnębienie, upadek ducha, brak łaknienia i t. p,

Dawkowanie.

Chinidynę stosuje się do wewnątrz, jako siarczan — *chin. sulph.* w postaci proszków lub pastylek, w dawce 0,2 gr. Choć chinidyna nie jest środkiem silnym, to jednak ze względu na rozmaitą wrażliwość chorych, lepiej dawać z początku dwie dawki dziennie, a następnie trzy, dochodząc do pięciu, a więc do 1 grama dziennie. Skoro ustrój dobrze znosi te ilości leku, to można powiększyć dawkę dzienną do 1,2—1,4, a nawet do 1,6 gr. Radzilibyśmy jednak nie przekraczać dawki dziennej ponad 1,2 gr. W tej ilości można podawać chinidynę, nawet przez dłuższy czas, o ile arytmja nie ustępuje.

Skoro jednak, po krótszem, lub dłuższem podawaniu chinidyny, wystąpią objawy jakby zatrucia ustroju: nudności, wymioty, rozwolnienie, a arytmja nie ustępuje, należy chinidynę zupełnie odstawić, próbując podawanie jej powoli, po ustąpieniu wymienionych dolegliwości.

Próbowano też stosować lek ten dożylnie (Boden, Neukirch, Haas) w dawkach 0,2—0,4.

Występowanie jednak groźnych objawów mózgowych, jak pobudzenia, odurzenia, zawrotów głowy, zapaści, zniechęciły lekarzy do dalszych tego rodzaju prób. Dodać jeszcze winniśmy, że w przypadkach stosowania chinidyny u chorych ze znacznemi zmianami w mięśniu serca, w okresie jego niedomogi wystąpić mogą niekiedy groźne dla życia objawy upadku działalności serca. Należy więc w podobnych razach rozpoczynać od leków tonizujących mięśnie serca, jak naparstnica, strofant i pobudzających ośrodkowy układ nerwowy, jak kamfora, kofeina i strychnina a następnie przejść do chinidyny.

Nietylko u chorych z niedomogą serca, lecz i w innych przypadkach, w których chinidyna jest wskazana, otrzymywałem pomyślne wyniki z podawania przez kilka dni na przemian z nią, średnich dawek naparstnicy.

Na zasadzie wszystkiego, co dotychczas było powiedziane nie ulega wątpliwości, że chinidyna posiada własności regulujące rytm serca w przypadkach arytmji zupełnej.

Wykazał to — jak to już wzmiankowaliśmy — Frey zapomocą elektrokardjogramów, zapatrywania jego potwierdziły zaś badania Schott'a, Hofmana, Bodena, Neukircha, jak również szkoły francuskiej: Clerc'a, Liana, Deschamps'a, czynione na zwierzętach i na ludziach.

Bardzo szczegółowe i dokładne studja nad działaniem chinidyny na czynność serca przeprowadził Deschamps głównie na psach. Okazało się z nich, że po zastrzyknięciu chinidyny rytm serca zwalnia się z jednoczesnem zmniejszeniem siły skurczów.

Dla przekonania się o wpływie chinidyny na pobudliwość nerwu błędnego i współczulnego, zastrzykiwał ją Deschamps dożylnie psom, poczem drażnił nerwy te prądem przerywanym. Po zastrzyknięciu $1-1\frac{1}{2}$ cgr chinidyny na kilogram zwierzęcia, pobudliwość nerwu błędnego była nieco zmniejszona, przy dawce większej (2 cgr) pobudliwość na prąd elektryczny całkiem znikała. Wpływ zaś chinidyny na nerw współczulny był znacznie słabszy.

Jeszcze ciekawsze doświadczenia przedsiębrał Deschamps nad działaniem chinidyny na arytmję wywołaną sztucznie przez wstrzykiwanie dożylne zwierzętom środków trujących, jak nikotyny, chlorku strontu, ubainy i chloroformu.

D. zauważył, że jeżeli przed zastrzyknięciem nikotyny zastosować dożylnie odpowiednią dawkę chinidyny, nieco więcej niż 1 cgr na kilogram zwierzęcia, to nikotyna, która zwykle wywołuje arytmję, już zaburzeń w rytmie serca nie sprowadza.

---

[4]) Kapff-Benjamin. Deutsches med. Woch. 1921. Nr. 1.

[5]) Pierre-Noël Deschamps. »La médication quinique et quinidique du coeur.« Paris 1922. Maloine et Fils Editeurs. (Obejmuje szczegółowo piśmiennictwo francuskie).

Dla sprawdzenia dokładniej działania chinidyny zastrzykiwał ją D. po wywołaniu arytmji przez nikotynę i osiągał wtedy również uregulowanie rytmu.

Ten sam wpływ chinidyny wykazywały próby z ubainą, która w wielkiej dawce zastosowana, wywołuje podobnie, jak nikotyna znaczne zaburzenia w rytmie serca.

Wpływ chinidyny na mięsień serca.

Nie rozpatrując poszczególnych licznych badań kardjograficznych na ludziach i zwierzętach nad wpływem chinidyny na mięsień serca, a mianowicie na jego węzły i na pęczek przewodnictwa, możemy ogólnikowo powiedzieć, że chinidyna wybitnie obniża i przytępia główne jego właściwości, a mianowicie częstość skurczów *(chronotrop)*, pobudliwość *(bathmotrop)*, przewodnictwo *(dromotrop)* i kurczliwość *(inotrop)*.

Działanie jej w tym względzie podobne jest do działania chininy, tylko znacznie silniejsze, co się uwydatnia zwłaszcza w arytmji wyższego stopnia *(arhythmia perpetua seu. completa)*.

Zwolnienie rytmu serca *(bradycardia)* jakkolwiek może zależeć od wpływu chinidyny na węzeł zatokowy, to jednak zdaje się pochodzić głównie od ujemnego wpływu na pobudliwość i przewodnictwo włókien mięsnych. Do zwolnienia rytmu przyczynia się również może wpływ chinidyny na przedłużenie okresu refrakcyjnego serca.

Co się tyczy działania chinidyny na ciśnienie krwi, to jest ono identyczne z działaniem chininy. Na obniżający ciśnienie krwi wpływ obydwu alkaloidów zgadzają się wszyscy, różne są tylko zapatrywania na sposób powstawania tego objawu. Większość fizjologów nowoczesnych jest zdania, że zależy on od zmniejszonej energji skurczów mięśnia serca, inni zaś upatrują jego źródła we wpływie obutych leków na rozszerzenie naczyń.

Chinidyna działa, jak już była mowa, bardzo niejednolicie na arytmję t. j. w przypadkach na pozór bardzo ciężkich pomyślnie, a w lekkich zawodzi często. Ażeby to wytłumaczyć, trzeba sobie przedewszystkiem zdać sprawę z przyczyn powstawania podobnej niemiarowości.

Kwestji tej dotychczas w piśmiennictwie szczegółowo nie rozpatrywano.

1. Dawno już, przed wprowadzeniem dobadań elektrokardjogramów zauważono, że wydatne zmiany w rytmie serca pozostają w związku z osłabieniem a często i z rozszerzeniem prawego przedsionka. Zdarza się to najczęściej przy zwężeniu otworu żylnego lewego. Arytmja tego pochodzenia odznacza się uporczywością. Pomyślne działanie, naparstnicy na uregulowanie rytmu świadczy w większości przypadków o istnieniu zwężenia otworu żylnego lewego. Elektrokardjogramy otrzymywane w tych razach, wykazują migotanie lub trzepotanie przedsionka prawego, przy badaniach zaś pośmiertnych znajdywano rozszerzenie przedsionka, często ze zmianami w jego ściankach. Niekiedy zmian takich nie spostrzegano, natomiast napotykano pewne zmiany w węźle zatokowym i w jego sąsiedztwie we włóknach mięsnych zmierzających do prawego przedsionka (Bönberg i Hittiger).

2. W patogenezie zaburzeń czynności prawego przedsionka i węzła zatokowego prowadzących do migotania i trzepotania odgrywają bardzo ważną rolę zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych (kiła). One to hamując, ana- i katabolizm komórek prowadzą do wytwarzania trujących produktów przemiany materji, mogących wywoływać zaburzenia w automatyzmie serca i stać się źródłem arytmji.

Nietylko zmiany w prawej tętnicy wieńcowej zaopatrującej w krew prawy przedsionek i pęczek przewodnictwa lecz także zmiany w lewej doprowadzającej krew do lewego przedsionka, mogą się stać źródłem arytmji. Wykazały to już przed 30 laty badania dr. Radoszewskiego z kliniki prof. Dehio w Dorpacie [6]).

[6]) Ueber die Muskelerkrankungen der Vorhöfe des Herzens von Dr. Max Radoszewsky- Zeitschrift für Klin. Med. 27. Bd. 1895. pag. 381.

3. Niektóre choroby płucne (zwłaszcza rozedma) i miażdżyca tętnicy płucnej, wywołujące zastój w prawej komórce i w prawym przedsionku bywają źródłem znacznych zaburzeń w rytmie serca.

Jak ważny wpływ na powstawanie arytmji mają zmiany w świetle tętnic wieńcowych wykazują również doświadczenia na zwierzętach, którym podwiązywano naczynia odżywcze serca.

4. U ludzi młodych, nie dotkniętych zmianami organicznemi serca, za źródło arytmji należy uważać zaburzenia innerwacyjne.

Przypadki tego rodzaju podaje kol. Semerau w pracy swej o pewnej odmianie arytmji *(Arhythmia perpetua reversibilis)*. W trzech z nich, u osób mocno nerwowych występowały pod wpływem wzruszeń, zaburzeń żołądkowych, przemijające napady typowej arytmji.

5. Przebyte choroby zakaźne, jak grypa, angina, tyfus, szkarlatyna. reumatyzm stawowy i t. p. przez swój wpływ ujemny na części wchodzące w skład automatyzmu serca usposabiają do powstawania ważnych zaburzeń w rytmie serca.

6. Wreszcie pamiętać należy, że źródłem arytmji mogą być nietylko zmiany w węzłach i pęczku przewodnictwa, lecz i zaburzenia dotyczące funkcyj nerwu błędnego i współczulnego.

Powyżej wyłuszczone przyczyny arytmji wyjaśniają nam do pewnego stopnia różnorodność działania chinidyny, zależnego przedewszystkiem, od zmian organicznych serca (zwłaszcza naczyń) i od indywidualnej wrażliwości aparatu ruchowego mięśniowo-nerwowego.

Pytanie jaką właściwie rolę odgrywa chinidyna w leczeniu? Nie usuwa ona przyczyny arytmji, lecz działa symptomatycznie przez obniżenie pobudliwości aparatu automatycznego serca.

Ten jej wpływ depresyjny należy jednak uznać za bardzo pożyteczny z dwóch względów.

Usuwa ona przykre niepokojące uczucia zbyt częstej i nieregularnej czynności serca a prócz tego, zmniejszając ilość skurczów przedsionka i komórek, zapobiega prędkiemu wyczerpaniu włókien mięsnych tychże.

Podnieść również należy, że zmiany jakim ulega arytmja pod wpływem chinidyny przyczyniły się do wyjaśnienia niektórych właściwości automatyzmu serca i jego poszczególnych części.

Działanie chinidyny jest podobne do działania środków przeciwgorączkowych, obniżających ciepłotę ciała, a nie usuwających choroby i do środków przeciwbólowych i nasennych.

Z dotychczasowych badań elektrokardjograficznych należy przypuszczać, że chinidyna działa najwydatniej w arytmji zupełnej, zależnej od zmian organicznych lub funkcjonalnych prawego przedsionka, a niekiedy także od zmian w węźle zatokowym i we włóknach mięsnych, łączących go z przedsionkiem.

Wpływ chinidyny na inne rodzaje niemiarowości serca jak *extrasystole, tachycardia paroxysmalis* jakkolwiek nieda się zupełnie wyłączyć, w każdym razie jest o wiele słabszy.

* * *

Na zasadzie danych zebranych z piśmiennictwa i osobistego doświadczenia, dotyczących wpływu chinidyny na arytmję serca, dochodzimy do następujących wniosków:

1. Leczenie arytmji zupełnej powinno przedewszystkiem opierać się na leczeniu przyczynowem, a o ile to zawodzi przejść należy do leczenia objawowego zapomocą chinidyny.

2 Unikać należy stosowania chinidyny w przypadkach arytmji, połączonej z niedomogą serca, a w każdym razie rozpoczynać leczenie od leków tonizujących, pobudzających serce (naparstnica, strofant, kamfora, kofeina i t. p.).

3. Jednoczesne podawanie z chinidyną — naparstnicy, strofantu nie jest pożądanem. Leki te można stosować naprzemiennie.

4. Należy rozpoczynać leczenie chinidyną od małych dawek 0,2 gr 2—3 razy dziennie, a później w miarę tolerancji zwiększać stopniowo dawki do 1,2 gr na dobę. W ra-

zie nieotrzymania pożądanego działania leku po kilku lub kilkunastu dniach należy zrobić przerwę, poczem napowrót próbować jej działania.

5. Wystrzegać się trzeba podawania chinidyny w arytmji przebiegającej ze zwolnieniem tętna (*bradycardia*) aby przez zahamowanie przewodnictwa w pęczku Hiss'a nie doprowadzić do wystąpienia bloku serca.

Dr. Franciszek RASZEJA, asyst. kliniki. Poznań.

O złamaniu kości skokowej.

Z poznańskiego Zakładu Ortopedycznego i Kliniki Ortopedycznej U. P.
Dyrektor prof. Dr. Wierzejewski.

Złamanie kości skokowej zalicza się do niezmiernych rzadkości nie tylko w ogólnej statystyce złamań, ale również w stosunku do obrażeń kości stępu. Eiken podaje na podstawie obszernego materjału, że na 4870 złamań leczonych w dwóch Kopenhaskich szpitalach w przeciągu 9 lat, przypada 15 złamań kości skokowej (0.3%). Podobny stosunek stwierdzono w tutejszej klinice, gdy na 163 złamań obserwowano jedno złamanie kości skokowej (0.6%). Wprawdzie nie zawsze złamania te bywają rozpoznane jako takie. Zdarza się to wtenczas, kiedy bez prześwietlania promieniami X, zadowolono się rozpoznaniem rozerwania więzadeł czy złamania jednej lub obu kostek. Dopiero ciężkie upośledzenie czynności, nadmiernie długo utrzymująca się bolesność albo znaczne zniekształcenie stopy prowadzi do dokładnego badania radjologicznego i ustala właściwe rozpoznanie.

Co do umiejscowienia oraz mechanizmu samego złamania to wchodzi w rachubę siła bezpośrednia i pośrednia. Wobec trudnego dostępu do samej kości działanie siły bezpośredniej jest rzadkie; zwykle odgrywa tu rolę siła pośrednia przez ciąg więzadeł lub współudział jednej i drugiej siły. Złamanie może obejmować samą główkę lub tylko otaczającą ją chrząstkę. Najczęściej linja złamania przebiega poprzecznie przez szyjkę, jako przez najsłabsze miejsce kości skokowej. Dalej bywają złamania samego trzonu, i to w kierunku poprzecznym rzadko skośnym lub strzałkowym. Działanie znacznej siły powoduje zmiażdżenie całego trzonu. Zachodzą też odłamania tylnego wyrostka kości skokowej, które jednak przedstawiają typ odmienny pod względem etjologji, rozpoznania i rokowania. Częste złamania kości skokowej łączą się z obrażeniem sąsiednich kości. Rozmieszczenie samych odłamków powoduje także niepożądane powikłania. Wywichnięcie główki jest dosyć rzadkie. Zwykle ulega przemieszczeniu trzon jako tylny ułamek i to zwykle ku tyłowi. Pod wpływem siły działającej z góry wysuwa on się z »klamry« stawu napiętkowo-goleniowego i wkleszcza się pomiędzy kość piszczelową a ścięgno Achillesa. Przy tem, odłamek wykonuje nieraz rotację ku dołowi i wewnątrz tak, że płaszczyzna złamania spoczywa bezpośrednio na górnej powierzchni kości piętowej.

Mechanizm tego złamania nie jest jednolity. Przypadki działania bezpośredniej siły na kość skokową n. p. przy przejechaniu są rzadkie. Gaupp uważa jako częstą przyczynę złamania upadek z miernej wysokości na stopy silnie odwrócone lub nawrócone. Temu przeciwstawia on najczęstsze złamanie kości stępu, fraktura *calcanei*, powodowane przez upadek ze znacznej wysokości na równe nogi. Ballenghien twierdzi na mocy doświadczeń wykonanych na zwłokach, że upadek na miękką podstawę powoduje złamanie kości skokowej, na twardą zaś kości piętowej. König przedstawia mechanizm typowego złamania szyjki jak następuje: przy nadmiernie silnem zgięciu grzbietowem w stawie napiętkowo-goleniowym lub upadku na stopę ustawioną w tej pozycji uciska przedni brzeg kości piszczelowej bezpośrednio na szyjkę i odłamuje główkę od trzonu. Według Pols-Lousdena dołącza się do tego nieraz uszkodzenie dolnego końca kości piszczelowej. Temu przeciwstawić można drugi typ złamania: *fractura processus posterioris tali* Stieda — według Niemców, a w literaturze zachodniej znana jako *fracture de Shepherd*.

Przy znacznem zgięciu podeszwowem w stawie napiętkowo-goleniowym lub przy upadku na płaszczyznę pochyloną ku przodowi odłamuje tylny, bardzo ostry brzeg kości piszczelowej wyrostek od trzonu kości skokowej. Odłamany wyrostek pozostaje zwykle w swojem miejscu, trzymany przez więzadła oraz torebki stawowe. W innych przypadkach następuje przemieszczenie ku tyłowi albo ku dołowi i do wewnątrz wzdłuż skośnie ustawionej szczeliny stawu napiętkowo-piętowego.

Prócz bólu, obrzęku ewent. trzeszczenia i zniesionej czynności, podają autorzy jako typowy objaw złamania kości skokowej dotkliwy ból miejscowy, wzmagający się przy grzbietowem zgięciu stopy w stawie napiętkowo-goleniowym. Ból ten powstaje dlatego, że przy zgięciu stopy kość skokowa wkleszcza się w górę w »klamrę kostkową«. Czynne i bierne ruchy w kierunku prostowania i zginania stopy są zupełnie zniesione. Natomiast odwracanie i nawracanie stopy jest zwykle zachowane i niezbyt bolesne Charakterystyczniejsze są objawy przy odłamaniu tylnego wyrostka: ustawienie w końskostopie ból uciskowy i obrzęk na środku linji pomiędzy kostką przyśrodkową a ścięgnem Achillesa, upośledzenie zgięcia podeszwowego, supinacji i pronacji oraz bóle przy poruszaniu paluchem Przyczyną bolesnych ruchów palucha jest sąsiedztwo ścięgna mięśnia długiego zginającego paluch, które swoim przebiegiem przez *sulcus n. hallucis longi* rozdziela *processus posterior tali* na przyśrodkowy mniejszy i boczny większy wyrostek. Ten objaw »ścięgnowy« ogólnie mało znany, obserwować można zresztą przy uszkodzeniu tylnej partji trzonu kości skokowej. Jako pierwszy opisał ten objaw Gołebiewski w 1903 roku w pracy swej o złamaniu kości piętowej i uważał go za typowy dla tego złamania, co o tyle jest słusznem, że odłamanie tylnego wyrostka często łączy się z obrażeniem kości piętowej.

Rozpoznanie kliniczne złamania kości skokowej nie jest łatwe. Dzięki warunkom anatomicznym kość skokowa jest mało dostępną dla badania przez palpację. Zresztą cały ten zespół powyżej opisanych objawów łączy się, chociaż nieraz w odmiennej postaci, z każdem innem obrażeniem stopy. Dalej może utrudnić rozpoznanie istnienie złamań sąsiednich kości lub przemieszczenie odłamków przypominające *luxatio tali*. Jedynym bezwzględnym czynnikiem rozpoznawczym jest prześwietlenie promieniami X, którego zresztą nie powinno się zaniechać przy żadnem uszkodzeniu stopy. Inaczej przy odłamaniu tylnego wyrostka kości skokowej. Tu nasuwają się mimo radjogramu pewne wątpliwości co do samego rozpoznania. Chodzi mianowicie o to, że u 6% (Jensen) do 8% (v. Bardeleben) normalnych osobników stwierdzić można w miejscu tylnego wyrostka oddzielną kosteczkę. Po raz pierwszy opisał ją Rosenmüller, następnie Cloquet i v. Bardeleben, który jej nadał nazwę *»os trigonum tarsi«*. Należy ona do grupy *»osselets surnuméraires du tarse«* i tworzy analogon do kości półksiężycowatej nadgarstka. Jensen znajdował u dwu miesięcznych płodów oddzielny zarodek chrząstkowy tej kosteczki nadliczbowej. W późniejszym życiu płodowem zlewa się ona z kością skokową tworząc tylny jej wyrostek albo pozostaje jako oddzielne *os trigonum tarsi*. Na płycie rentgenowskiej występuje ta kość jako mały owalny, nieraz trójkątny twór, oddzielony wąską szczeliną chrząstkową od trzonu kości skokowej. Wobec tego chcąc rozpoznać odłamanie tylnego wyrostka należy w pierwszym rzędzie wykluczyć z całą pewnością istnienie *os trigonum*. Lilienfeld, a z francuskich autorów Lapointe i Ménard w późniejszyc swych pracach ustalili pewne momenty rozpoznawcze, które służyć mają do różnicowania tych dwóch możliwości. Za odłamaniem tylnego wyrostka kości skokowej przemawia:

1. istnienie poprzedzającej przyczyny traumatycznej i całego obrazu klinicznego,
2. nierówność i zazębienie konturów płaszczyzny odłamka tylnego w miejscu przylegania jej do trzonu,
3. odstęp wyrostka od kości skokowej większy aniżeli 3—4 mm.,
4. istnienie normalnego wyrostka po stronie zdrowej.

Największą wagę należy kłaść na punkt ostatni t. j. na

stwierdzenie, że *os trigonum* u tego samego osobnika zachodzi obustronnie. Trzeba jednak zaznaczyć, że ta »*bilatéralité des surnuméraires*« nie jest tak bezwzględną, jak się ogólnie przypuszcza. Opisywano przecież przypadki, gdzie po jednej stronie stwierdzono *os trigonum*, a po drugiej miało miejsce niewątpliwe odłamanie, co zresztą potwierdzało krwawe usunięcie tylnego wyrostka.

Rokowanie *quoad functionem* przy złamaniu kości skokowej zależy w dużej mierze od wczesnego i należytego rozpoznania—i jest na ogół niezbyt dobre. Według Nasse'go i Borchard'a stopień kalectwa (upośledzenie w zarobkowaniu) wynosi ogólnie 15—20%. Samo rokowanie zależne jest od umiejscowienia złamania w kości, jego rozmiarów oraz komplikacji. Tak podaje Waibel odsetek kalectwa (upośledzenia w zarobkowaniu) specjalnie dla złamań szyjki i trzonu na 25—32$^1/_8$%. Przy złamaniach późno rozpoznanych z ciężkiem upośledzeniem czynności albo zniekształceniem stopy stosunek ten jest jeszcze niekorzystniejszy. Lepsze rokowanie daje zwykle odłamanie tylnego wyrostka. Kalectwo jest rzadkiem następstwem tego obrażenia. Zwykle funkcja normalna wraca całkowicie i to tem wcześniej w przypadkach zupełnego odłamania tylnego wyrostka od trzonu. Ważność rychłego rozpoznania i należytego leczenia, dla szybkiego powrotu do czynności normalnej ilustruje przypadek obserwowany w tut. klinice.

10. 3. 24. L Z. lat 47, mechanik, upadł z wysokości 2$^1/_2$ metra na posadzkę kamienną i poczuł dotkliwy ból w prawej stopie. Chory nie może podać, jakie było ustawienie stopy, przy samym wypadku. Przy badaniu stwierdza się silny obrzęk okolicy stawu skokowego górnego i dolnego. Ponad kostką przyśrodkową i do przodu widoczny wylew krwawy; ku przodowi od kostki przyśrodkowej zaznacza się wybitny ból uciskowy. Noga ustawiona w końskostopie, charakterystyczny ból przy zgięciu grzbietowem stopy. Trzeszczenia niema. Sama kostka przyśrodkowa przy ucisku nieco bolesna Ruchy czynne i bierne w kierunku zgięcia grzbietowego i podeszwowego zniesione, ruchy nawracania i odwracania stopą w nieznacznych rozmiarach możliwe. Poruszanie palcami niebolesne. Prześwietleniem stopy w kierunku poprzecznym i strzałkowym stwierdza się złamanie szyjki kości skokowej, wykluczając obrażenia kostek lub innych kości sąsiednich. Główka wysunięta jest ku górze, a trzon jako tylny odłamek zwrócił się płaszczyzną złamania nieco ku dołowi. Wymiar dwóch najdalej od siebie oddalonych punktów kości skokowej wynosi 7,4 cm.

Dla zbliżenia odłamków ustawia się nogę w końskostopie oraz lekkiej szpotawości i zakłada się szynę. Już po trzech dniach stosuje się diatermję i lekki masaż. Od dnia 10 cofa się stopę stopniowo do pozycji prostej.

4. IV. Kontrolne zdjęcie wykazuje dobre ustawienie odłamków; wymiar dwóch najdalej od siebie oddalonych punktów wynosi 6,9 cm.

15. IV. Chory otrzymuje wkładkę ortopedyczną według specjalnego odlewu i próbuje chodzić.

30. IV. Chory opuszcza klinikę, chodzi o lasce, ruchy nawracania i odwracania mało upośledzone, kąty zgięcia grzbietowego i podeszwowego wynoszą 80° i 110° w przeciwstawieniu do 70° i 128° na zdrowej stopie.

20. X. Chory chodzi dobrze, chód dosyć elastyczny. Zgięcia grzbietowe w porównaniu do zdrowej stopy zniesione o 5°, podeszwowe natomiast o 18° jak w dniu zwolnienia. Ruchy odwracania i nawracania stopy są dosyć dobrze utrzymane. Skombinowane ruchy supinacji, pronacji i prostowania stopy (t. z. ruchy rotacyjne) są nieco upośledzone. Chory nosi wkładki.

Leczenie stosowane w powyższym przypadku z dobrym wynikiem dowodzi, że zwłaszcza przy leczeniu złamań kości skokowej należy się więcej kierować ustawieniem odłamków w danym przypadku aniżeli ogólnemi zasadami leczniczemi. Jako takie są podane w piśmiennictwie: zagipsowanie nogi na przeciąg 5—6 tygodni, stosowanie masażu i leczenie medyko-mechaniczne po 3—4 tygodniach. Ghiulamila kładzie szczególny nacisk przy leczeniu złamań kości skokowej na powolne i postępujące uruchomienie stopy we wszystkich kierunkach poruszalności. W tym celu podał on specjalny aparat ortopedyczny do chodzenia. Ogół autorów skłania się obecnie przy leczeniu złamań kości skokowej więcej do postępowania konserwatywnego. Ombrédanne, Stealy i inni niedawno jeszcze polecali w każdym razie nawet przy idealnem ustawieniu odłamków usunięcie całej kości. Przy znacznem przemieszczeniu odłamków jest wskazana repozycja nieraz krwawa. Gdy nie udaje się krwawo, to należy przystąpić do resekcji jednego odłamka albo do usunięcia całej kości skokowej. Odłamanie tylnego wyrostka należy także leczyć zachowawczo. Ustawienie stopy w zgięciu podeszwowem, które jest typowem dla tego obrażenia, usuwa się — w miarę potrzeby w narkozie — i zakłada się gips na 5—6 tygodni. Po 4 tygodniach stosuje się masaż i leczenie medyko — mechaniczne, które należy przeprowadzać bardzo długo. Lilienfeldowi udało się kilkakrotnie osiągnąć konsolidację wyrostka tylnego z trzonem kości skokowej za pomocą opatrunku plastrowego. W przypadkach o przewlekłych dolegliwościach polecają niektórzy autorowie (van Assen) krwawe usunięcie tylnego wyrostka. Przy rychłem rozpoznaniu starczy zwykle według naszego doświadczenia ustawienie stopy w końskostopie i lekkiej supinacji na pewien czas, gdyż w tej pozycji odłamki najlepiej się do siebie zbliżają.

Piśmiennictwo.

1) Van Assen, Zeitschrift für orthopädische Chirurgie 28. T. 3,4 z. — 2) Ebbinghaus, Zeitschr. f. orthopäd. Chir. 20. T. — 3) Eiken, Zeitschr. f. orthopäd. Chir. 38. T. 1/2 z. ref. 295. — 4) Ghiulamila, Zeitschr. f. orthopäd. Chir. 27. T. 1/2 z. 5) Hall, Zentralbl. f. chirurg. u. mechan. Orthopädie 1908 z. 4. re'. 78. — 6) Harttung, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 184 T. 5/6 z. — 7) Hoffmann, Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen T. 17. z. 5. — 8) Jensen, Zentralbl. f. Chir. 1916 Nr. 43. — 9) Key, Deutsche Zeitschr. f. Chir T. 98. z. 6.— 10) Lapointe, Revue clinique, 1909. Nr. 24. — 11. Levy, Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 24. — 12. Lotsch, Klin. Wochenschrift 1922. Nr. 3. — 13. Luxembourg, Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 86. z. 3/4. — 14) Neugebauer, Wien. kl. Wochen. Nr. 17. — Patel et Bertrand, Revue d'orthop., 1922 Nr. 3. — 16) Scherliss, Zentralbl. f- chirurg. u. mechan. Orthop. 1909 z. 4. ref. 76.

Br. FRENKIEL i J. LEYBERG. Łódź.

Dolędźwiowe wlewania salwarsanu *)

Z oddz. chor. nerwowych Szpit. Okr. w Łodzi.

III.

Dla ilustracji przebiegu leczenia metodą dolędźwiowych wlewań neosalwarsanu (metodą Gennericha) przytaczamy kilka historji chorób, które same przez się są bardzo pouczające.

A. Z. lat 24. Zakażenie kiłą w początku 1914 r.; w lutym 1921 r. jako kandydat do stanu małżeńskiego zjawia się celem zbadania w kierunku kiły. Badanie wykazało brak klinicznych objawów kiłowych wogóle, w szczególności brak objawów nerwowych. Odczyn Wa w surowicy ujemny. Płyn mózgowo-rdzeniowy patologiczny. W celu doprowadzenia płynu do stanu normalnego chory otrzymuje energiczną kurację rtęciowo-salwarsanową (w ciągu 3-ch miesięcy 6 gr Ns. + 0,5 kalomelu). W maju 1921 r. repunkcja w 8 dni po skończonej kuracji wykazała w płynie mózgowo-rdzeniowym Wa 0,25 + Nonne Apelt i Pandy +, pojedyncze małe limfocyty; w surowicy krwi Wa— ujemny. Układ nerwowy bez zmian. W sierpniu 1921 r. chory zjawia się dla kontroli; klinicznie: brak odruchów źrenic na światło obustronnie, na zbieżność ślad reakcji, krew Wa — ujemny, w płynie mózgowo-rdzeniowym: Wa — 0,25 ++++ (recydywa). Od tej chwili leczony metodą mieszaną neosalwarsanem dożylnie i dolędźwiowo; w ciągu 2 ch miesięcy otrzymuje 5,7 gr Ns. dożylnie i 5 wlewań dolędźwiowych. 17-go października 1921 r. chory opuszcza szpital z płynem mózgowo-rdzeniowym normalnym. Stan źrenic: lewa wyraźnie reaguje na światło, prawa wykazuje ślad reakcji na światło, obie reagują wyraźnie na zbieżność.

Kontrola wykonana 16-go listopada 1921 roku i 27-go marca 1922 roku wykazała płyn mózgowo-rdzeniowy normalny, w surowicy Wa — ujemny. Stan źrenic, jak przy opuszczeniu szpitala. (Tablica I.).

Epikryza przypadku: Wystąpienie objawów źrenicznych w 7-ym roku po zakażeniu przy płynie patolo-

*) I. Przegląd dermatologiczny Nr, 1. 1924 r.
II. Polskie Czasopismo lekarskie Nr. 1924 r.

gicznym należy uważać jako zapowiedź szykującej się metakiły (Dreyfuss). Czy osiągnięta poprawa kliniczna wraz z oczyszczeniem płynu okaże się trwałą, a tem samem nasza metoda — »leczeniem poronnem metakiły« — wykaże dalsza długotrwała obserwacja chorego.

E. W. lat 23. Zakażenie kiłą w czerwcu 1920 r., otrzymał

TABLICA I.

N. wlewania	Data wlewania	Odczyn Wa we krwi	Odczyn Wa w płynie	Nonne Apelt	Pandy	Pleocytoza	Ilość wypuszczonego płynu	Dawka neosalwarsanu
I.	17/8	Wa —	0,5 ++ 1,0 ++++	ujemny	minimalny ślad	3—4 małe limfocyty w polu widzenia	75 cm³	1,5 mgr
II.	31/8		0,5 + 1,0 ++	ujemny	minimalny ślad	Brak komórek	70 cm³	1,5 mgr
III.	13/9	Wa — Mein. —	1,0 —	ujemny	ujemny	Pojedyncze limfocyty małe	80 cm³	2,4 mgr
IV.	26/9	Wa (+) M. —	1,0 — 0,25++++	ślad	ślad	Brak komórek	70 cm³	1,2 mgr
V.	13/10		0,1 — 0,25 (+)	ujemny	ujemny	Pojedyncze limfocyty małe	70 cm³	1,2 mgr

TABLICA II.

N. wlewania	Data wlewania	Odczyn Wa we krwi	Odczyn Wa w płynie	Nonne Apelt	Pandy	Pleocytoza	Ilość wypuszczonego płynu	Dawka neosalwarsanu
I.	13/8	Wa — M. —	1,0 (+)	dodatni	dodatni	4—5 małe limfocyty w polu widzenia	60 cm³	0,5 mgr
II.	31/8				minimalny ślad	2—3 małe limfocyty w polu widzenia	40 cm³	0,5 mgr
III.	13/9	Wa — M. —	1,0 —	ślad	dodatni	Pojedyncze małe limfocyty 2—3 duże limfocyty w polu widzenia	50 cm³	0,6 mgr
IV.	26/9		0,25 —	ślad	dodatni	Pojedyncze małe fimfocyty 2—3 duże fimfocyty w polu widzenia	47 cm³	0,5 mgr
V.	18/10	Wa — M. (+)	0,1 ++	dodatni	dodatni	3—4 małe limfocyty w polu widzenia	50 cm³	0,6 mgr
VI.	15/11	Wa — M. —	0,25 —	ujemny	ślad	2—3 małe fimfocyty w polu widzenia	60 cm³	0,6 mgr
VII.	10/12	Wa — Sten. — M. +	0,1 — 0,25 —	ujemny	dodatni	2—3 małe limfocyty w polu widzenia	43 cm³	0,45 mgr

wówczas 2 Ns + 10 Hg. Po pewnym czasie 1 Ns + 10 Hg; w kwietniu 1921 r. poczuł osłabienie nogi i trudności w oddawaniu moczu i kału; w maju 1921 r. stracił zupełnie władzę w nogach i wystąpiło nietrzymanie moczu i kału. 17. V. 1921 r. odczyn Wa w surowicy (+), a płyn przy 0,5 ++++, Nonne Apelt i Pandy dodatni; wybitna pleocytozą; klinicznie: odruch lewy kolanowy zniesiony, prawy bardzo żywy; odruch Achillesa po stronie lewej zachowany, po prawej bardzo żywy; odruchy ścięgnowe kończyn górnych wzmocnione; odruch Babińskiego po stronie prawej wyraźny i trwały, po stronie lewej zaznaczony, łatwo się wyczerpuje. Odruchy brzuszne i mosznowe zniesione, osłabienie czucia bólowego obu nóg i prawej połowy brzucha: odleżyny na prawym pośladku. Rozpoznanie: *meningo-myelitis lumbodorsalis*.

Leczenie: Od 18-go maja 1921 r. do 28 go czerwca 1921 r. otrzymał 6.6 gr Ns i 0,5 kalomelu. 5-go lipca 1921 r. — repunkcja: płyn 0,5 —, przy 1,0 +, Nonne Apelt i Pandy dodatni, wybitna pleocytoza; Wa w surowicy ujemny, klinicznie stan lepszy, jednakże chory nie może chodzić. Wobec tego, oraz wobec uporczywego zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego od 13-go sierpnia — leczenie kombinowane: 7,75 gr Ns dożylnie i 7 wlewań dolędźwiowych.

13. XII. chory wypisuje się z wybitną poprawą: chód dobry, siła ruchów obu nóg zachowana, odruchy brzuszne zachowane, kolanowe żywe, achillesowe żywe bez stopotrząsu, obustronny odruch Babińskiego. Osłabienie czucia bólowego na prawym podudziu; urynowanie, defekacja normalne. A więc chory, który przyszedł do szpitala w stanie bardzo ciężkim, z zupełnym bezwładem nóg, z nietrzymaniem moczu i kału oraz odleżynami, po intenzywnej kuracji mieszanej wyszedł jako zdolny do pracy bez znaczniejszego czynnościowego upośledzenia. (Tablica II.).

Przypadek ten należałoby uważać za klinicznie wyleczony, jednakże stan płynu mózgowo-rdzeniowego przy odejściu ze szpitala, a mianowicie: dodatni odczyn Pandy'ego obok śladów odczynu komórkowego — winniśmy uważać za przestrogę co do zbyt optymistycznego rokowania; chory powinien być po pewnym czasie w dalszym ciągu leczony pod stałą dokładną kontrolą płynu mózgowo-rdzeniowego, o ile wspomniane ślady odczynów patologicznych samoistnie w ciągu kilku miesięcy nie zginą, co spostrzegaliśmy w innych przypadkach po intenzywnej kuracji mieszanej.

L. L. lat 24. Zakażenie kiłą 1921 r. 2 kuracje, na które się złożyło 10 Hg i 10 Ns dożylnie. W 7 tygodni po skończonej kuracji, w końcu maja 1922 r. występuje trudność w oddawaniu moczu, osłabienie nóg i silne bóle głowy. Po kilku dniach występuje objaw Babińskiego obustronny, oraz wybitniejsza parapareza. Przywieziony do szpitala przy bardzo silnych bólach głowy oraz lekkiej sztywności karku i wybitnem oszczędzaniu kręgosłupa przy ruchach — chory nie był w stanie wykonać najmniejszych ruchów nogami. *Retentio urinae*. Płyn wybitnie patologiczny. Rozpoznanie: *meningo-myelitis*, jako meningorecydywa posalwarsanowa. Ostry początek przy sztywności karku wskazuje na niebezpieczeństwo rozwinięcia się u chorego *meningitis cerebro-spinalis specifica*. Ujęliśmy sprawę, jako meningo-recydywę — a więc wskutek niedostatecznego swoistego leczenia, które nietylko nie wystarczyło do usunięcia ognisk swoistych w oponach, ale raczej je podrażniło.

Wobec tego przystąpiliśmy natychmiast do intenzywnego leczenia swoistego i w czasie od 26. V. 1922 r. do 8. VII. 1922 r. zastrzyknęliśmy choremu 3,9 Ns w 5-u dawkach obok *Hydrarg salicyl.* W tym czasie następuje w stanie chorego poprawa o tyle, że ogólne objawy oponowe — bóle głowy i sztywność karku — ustąpiły. Prawdopodobnie dawkami intenzywnemi neosalwarsanu i nakłuciem lędźwiowem uchroniliśmy chorego od rozwinięcia się ostrego swoistego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Płyn mózgowo-rdzeniowy pozostaje jednak bez zmian i niedowład dolnych kończyn nie ustępował. Wobec tego od 11. VII. do 27. XI. chory otrzymuje dalej neosalwarsan dożylnie (4,85 Ns) i 5 dolędźwiowych wlewań. (Tablica III.).

Widzimy, że płyn mózgowo-rdzeniowy powoli zmienia się na lepsze, a badanie kontrolne 4. XII. wykazuje już płyn normalny. Jednocześnie występuje dalsza znaczna poprawa kliniczna, chory zaczyna powoli chodzić i obecnie przy objawach lekkiego spastycznego niedowładu, jest czynnym w swoim zawodzie, jako ślusarz.

Zwracamy uwagę, że leczenie dolędźwiowe było prowadzone w tym przypadku w zbyt długich odstępach czasu, raz na miesiąc i dłużej, zamiast co 2 tygodnie, i być może, wskutek tego nie zdołaliśmy zapobiec zmianom degeneracyjnym w sznurach rdzeniowych, czego wyrazem jest obecny spastyczny niedowład chorego.

TABLICA III.

N. zabiegu	Data zabiegu	Odczyn Wa we krwi	Odczyn Wa w płynie	Nonne Apelt	Pandy	Pleocytoza	Ilość wypuszczonego płynu	Dawka neosalwarsanu
I.	11/7		0,1 ++++	słabo dodatni		Pojedyncze małe limfocyty!	55 cm³	0,3 mgr
II.	27/7		0,1 ++++	dodatni	słabo dodatni	Pojedyncze małe limfocyty!	50 cm³	0,3 mgr
III.	30/8		0,1 +++ 0,25 ++++	dodatni	dodatni	Pojedyncze małe limfocyty!	56 cm³	0,5 mgr
IV.	11/10		0,1 + 0,25 ++	słabo dodatni	słabo dodatni	Pojedyncze małe limfocyty!	75 cm³	0,75 mgr
V.	27/10		0,25 (+)	ślad	ślad	Pojedyncze małe limfocyty!	50 cm³	0,5 mgr

A. C. lat 24. Zakażenie kiłą w lipcu 1920 r.; do stycznia 1921 r. otrzymał 2 kuracje swoiste (łącznie 3,0 Ns + kilkanaście zastrzyków rtęci).

17. II. 1921 r. silne bóle głowy i języka; stan podgorączkowy; zaczerwienienie twarzy i obrzęk języka, Po kilku dniach poprawa. 5. III. 1921 r. przybył do szpitala powtórnie z biegunką, która trwała 3 dni; silne bóle głowy i mdłości; stan podgorączkowy. 10 III. nakłucie lędźwiowe dało płyn przeźroczysty pod znacznem ciśnieniem: limfo- i leukocytoza, bakterjologiczne badanie — ujemne. Odczynu Wa w płynie nie badano. 13. III. przy trwających bólach głowy lekka sztywność karku. 14. III. na dnie oka wybitna *papillitis oculi utriusque*. 16. III. bóle głowy w dalszym ciągu, sztywność karku. Nakłucie lędźwiowe: płyn przeźroczysty. Bakterjologiczne badanie — ujemne; mierna limfocytoza. We krwi odczyn Wa ++++. 29. III. badanie płynu wykazało: Wa przy 0,5 ++++, Nonne Apelt i Pandy dodatni, liczne małe limfocytozy. 4. IV. początek kuracji swoistej. Po pierwszym zastrzyku Ns (0,9) dotychczas nieustępujące na żadne proszki bóle głowy, przeszły. Dopiero wówczas ustalono rozpoznanie: *meningitis luetica subacuta*. W ciągu kuracji chory otrzymał 5,4 Ns. Wszelkie objawy oponowe przeszły. Pozostało zapalenie brodawki ocznej obustronne, słabsze po stronie lewej. 14. V. — w płynie mózgowo-rdzeniowym: Wa 0,5 ++++, Nonne Apelt i Pandy dodatni 2—3 limfocyty w polu widzenia.

Bezpośrednio następuje druga kuracja, składająca się z 3,6 Ns i 6 injekcji kalomelu. 6. VI. badanie stanu chorego wykazało: brak objawów oponowych; *papillitis duplex fere peracta* (Dr. Szweig). Odczyn Wa w surowicy ++, Meinicke ++++; w płynie mózgowo-rdzeniowym: Wa 0,5 +, przy 1,0 +++, Nonne Apelt ślad, Pandy dodatni, liczne małe limfocyty

Leczenie swoiste chory otrzymuje w dalszym ciągu (3,65 Ns i 7 zastrzyków kalomelu). Płyn mózgowo-rdzeniowy ulegał poprawie bardzo powoli pomimo tak intenzywnego leczenia, przyczem, jak widzieliśmy, nasilenie poszczególnych odczynów patologicznych było bardzo zmienne. 9. VIII. dokonaliśmy pierwszego dolędźwiowego wlewania Ns; chory otrzymał 1,0 mgr Ns w 60 cm³ płynu. Po wlewaniu silna reakcja. T° do 38,6°; wymioty, bóle głowy, nóg i krzyża. Reakcja trwała prawie 3 doby; do 23. VIII. chory czuje się bardzo dobrze: 23. VIII. silne bóle głowy, tak, że drugie wlewanie dolędźwiowe, które miało być tego dnia dokonane, zostaje odłożone. 24. VIII. bóle głowy i atak drgawek (w dwa tygodnie po wlewaniu dolędźwiowem). 25. VIII. stan dobry, bólów głowy niema; w noc na 26. VIII. stan następujący: nieprzytomny, sinica, obustronny odczyn Babińskiego, co 20 minut ataki drgawek. rozpoczynające się od lewej ręki. Lawatywy z chloralhydratu, nie osiągają skutku. Wobec tego, że rozpoznaliśmy stan chorego, jako recydywę epileptoidalną (G e n n e r i c h), dajemy choremu w jednej z przerw między atakami 0,9 Ns dożylnie, poczem chory miał tylko jeszcze jeden atak drgawek. Następnego dnia stan zupełnie dobry. Przytomność wróciła. Wpływ Ns na stan chorego potwierdza nasze rozpoznanie. Gdyby ataki drgawkowe były wyrazem zatrucia kory przez Ns (*encephalitis salvarsanica*), dodanie nowej dawki tego leku pogorszyłoby stan chorego. Po przyjściu chorego do przytomności dowiedzieliśmy się dopiero, że miał on w pierwszym roku po zakażeniu kiłą jeden atak drgawek. Miał on więc zapewne ognisko w oponach w okolicy ruchowej (prawej półkuli?), które pod wpływem ostatnich kuracji zostało przez Ns podrażnione.

31. VIII. 1921 r. chory otrzymuje drugie wlewanie dolędźwiowe (0,9 mgr Ns w 40 cm³), które znosi prawie bez reakcji, a 13 IX. — trzecie wlewanie (1,8 mgr Ns w 80 cm³), po którem znowu wystąpiła jednodniowa reakcja (bóle głowy, wymioty i t° 38°) i 26. IX. — czwarte wlewanie dolędźwiowo (1,2 mgr Ns w 65 cm³) chory znosi je dobrze. W międzyczasie stosowaliśmy Ns dożylnie (4,8 Ns). Od 4. X. do 7 X. chory skarży się na bóle w żołądku. Od 10. X. silne bóle głowy i znowu dwa ataki drgawek (lawatywa z chloralu), po których traci przytomność; następnego dnia przytomność wraca, natomiast występują silne bóle głowy w okolicy czołowej oraz mdłości. 15. X. znowu utrata przytomności i 3 ataki drgawek. Tętno 72, obustronny Babiński, odruchu achillesowego nie można wywołać, źrenice wąskie; od tej chwili stan się pogarsza. 17. XI. — znowu drgawki, nieprzytomność, lekka sztywność karku, obustronny Babiński, kolanowe żywe, achillesowe zniesione. Otrzymuje 0,9 Ns śródżylnie; od tej chwili ataków niema. 18. X. o godzinie 8-ej wieczorem zmarł.

Na sekcji stwierdzono: opona twarda nad lewym płatem czołowym zrośnięta mocno z oponami miękkiemi Po oderwaniu opony widoczne rozlane zmętnienie w okolicy ciemieniowej z obu stron, wybitniejsze po stronie lewej. Nad lewym płatem czołowym owalne ognisko (2×3 cm) ciemno-brunatnej barwy, w którem opony miękkie są ściśle zrośnięte z mózgiem. Tkanka w tem miejscu na dotyk twardsza. W oponie twardej ku przodowi od ogniska — guzik wielkości ziarnka grochu o nierównej powierzchni, twardy. Mózg na przekroju innych zmian mikroskopowych nie wykazuje. W mózgowiu nigdzie nie widać krwotoków.

Badanie drobnowidowe (pracownia Dr. E. F l a t a u a w instytucie im. Nenckiego — badanie Dra S i m c h o w i c z a) wykazuje w miejscu opisanego ogniska: *meningo-encephalitis luetica*; w opisanym powyżej guziku: tkanka opony twardej z silnym drobnokomórkowym nacieczeniem.

E p i k r y z a: Dwa tygodnie po czwartem (endolumbalnem) wlewaniu wystąpiła powtórna epileptoidalna meningorecydywa — podczas której w przeciwieństwie do pierwszej — w ciągu tygodnia stosowaliśmy wyłącznie leczenie objawowe (chloral i luminal).

W przypadku tym chory miał pierwsze objawy zapalenia półkol mózgowych już przed 5-ciu miesiącami i cały miesiąc pozostawał nieleczony swoiście, Wszczęte po miesięcznym pozostawieniu sprawy chorobowej samej sobie, leczenie swoiste usunęło szybko silne bóle głowy, nie zdołało jednak usunąć istniejących już prawdopodobnie daleko posuniętych zmian anatomicznych, zaczem przemawiał wybitnie patologiczny płyn w tym czasie, kiedyśmy przystąpili do leczenia swoistego.

Przypadki takie, jak o tem świadczą zmiany anatomiczne, uwidocznione przy sekcji, nie mogą dać dobrego rokowania **), mimo najenergiczniejszego leczenia, czego dowodem są podobne przypadki G e n n e r i c h a. Pouczającym w tym przypadku jest fakt, żeśmy silne i częste ataki drgawek dwukrotnie mogli przerwać przez podanie neosalwarsanu w wysokiej dawce (skrócenie odczynu H e r x h e i m e r a).

Trzecia serja ataków, pozostawiona bez Ns, doprowadziła *ad exitum*. Zejścia śmiertelnego w przypadku tym nie można uważać za skutek dolędźwiowych wlewań, ponieważ napady drgawek, które spowodowały zejście (*status epilepticus*) wystąpiły w trzy tygodnie po wlewaniu, gdy reakcja na wlewanie dawno minęła. Jeśli mamy dopatrywać się jakiegoś związku pomiędzy naszem leczeniem a *exitus*, to tylko w tem znaczeniu, że leczenie nasze nie było dostatecznem, aby tak głęboko posunięte zmiany patologiczne wyleczyć, mogło ono jednak wywołać obostrzenie sprawy chorobowej, jako reakcję H e r x h e i m e r a.

**) Przypadki epileptoidalnych meningorecydyw wcześnie rozpoznane i energicznie leczone mogą dać bardzo pomyślne wyniki, jak tego dowodzi nasz przypadek, ogłoszony w P. G. L. Nr. 27. 1922.

Dr. Robert BERNHARDT, Warszawa.
ordynator szpitala Św. Łazarza.

W sprawie pryszczycy.

Dokończenie.

Co się tyczy mechanizmu powstawania zapalenia skóry pęcherzykowego o właściwościach podanych powyżej, to należy zauważyć, że w czasach najnowszych ujawnia się tendencja do ujmowania pryszczycy, jako sprawy anafilaktycznej. Odczyn pryszczycowy jest wyrazem swoistego uczulenia skóry (alergji). Powstaje on wówczas, gdy jad (antigène) zadziała na komórki naskórkowe, zawierające odpowiednie przeciwjady, przeciwciała (anticorps). W instancji ostatniej rzecz sprowadza się do zjawisk powinowactwa chemicznego. Nie jest mojem zadaniem uzasadniać obecnie słuszność tych poglądów, którym dałem wyraz niedwuznaczny już w r. 1921-ym i które powtórnie omawiałem w roku bieżącym w pracy »o pryszczycy prawdziwej pochodzenia anafilaktycznego«. Wszelkie dane, dotyczące tej kwestji, można pozatem znaleźć w pracy J a e g e r'a, w podręczniku D a r i e r'a oraz w świetnym wykładzie B. B l o c h'a o patogenezie pryszczycy. Co mnie dzisiaj zastanawia, jest jedynie cząsteczką tego złożonego zagadnienia. B l o c h stale kładzie nacisk szczególny na okoliczność, że u pryszczycowych cała sprawa chorobowa odbywa się jedynie w skórze i że pozątem są to ludzie zupełnie zdrowi. Połowa pierwsza zdania jest niewątpliwie słuszna. Wiadomo przecie, że niektóre schorzenia odbywają się od początku do końca wyłącznie w skórze. Takiem schorzeniem jest n. p. grzybica strzygąca świnki morskiej. U tego zwierzęcia wszystkie biologiczne sprawy odpornościowe przebiegają li tylko w skórze, za jej przyczyną, za jej współudziałem. W tym przykładzie można zrobić słuszne zastrzeżenie, że grzybica strzygąca jest schorzeniem głównie miejscowem, co jednak jest niezupełnie zgodne z rzeczywistością. Weźmy zatem przykład schorzenia niewątpliwie ogólnego. Od czasu znanych doświadczeń B e s r e d k i nad zakażeniem wąglikowem wiadomo, że u świnki morskiej skóra jest terenem, na którym odbywa się cała tragedja zwana chorobą. Zwierzę najłatwiej zakaża się poprzez skórę, w narządzie tym wytwarza przeciwciał ilość tak dostateczną, że zostaje zażegnane niebezpieczeństwo utraty życia. Wreszcie dodać należy, że świnka leczy się, uodparnia najszybciej i najdokładniej drogą śród- i naskórną. Jeżeli jednak skóra świnki morskiej posiada tak niezwykłe powinowactwo do zarazka wąglikowego i jeżeli tak doskonale spełnia wszystkie biologiczne czynności odpornościowe, że ustrój nawet nie widzi potrzeby wytwarzania nadmiaru przeciwciał wolnych, to zapytuję, czy przez to mamy zaniechać uważania wąglika za chorobę ogólną. Bynajmniej. Odpowiedź musi być przecząca. Otóż sądzę, że z pryszczycą rzecz się ma bardzo podobnie. Nie ulega wątpliwości, że w pryszczycy sprawy chorobowe, stanowiące o t. zw. odczynie pryszczycowym, odbywają się wyłącznie w skórze. Należy jednak obok tego rozważyć inne fakty. Wiadomo, że pryszczycowi częstokroć cierpią jeszcze na inne schorzenia pochodzenia anafilaktycznego, n. p. na migrenę, nieżyt kurczowy nosa, dychawicę. Sprawy te poprzedzają pierwsze wystąpienie pryszczycy, albo też zjawiają się dopiero w dalszym jej przebiegu. Podczas prób doświadczal-

nego wywoływania wstrząsu anafilaktycznego zapomocą jadu swoistego, może n. p. wystąpić współcześnie dychawica oraz pryszczyca, albo też tylko jedna z tych spraw. To samo zjawisko spostrzega się w klinice, w życiu codziennem. Może się nawet zdarzyć, że próba doświadczalnego wywołania pryszczycy (n. p. pochodzenia pokarmowego) ujawnia poraz pierwszy dychawicę, która zatem znajdowała się do tej pory w stanie utajenia. Godzi się przypomnieć, że u danego chorego niekiedy spostrzega się współistnienie 2 odczynów anafilaktycznych skóry: pryszczycowego i pokrzywkowego. Zwracałem też już dawniej uwagę na okoliczność że pryszczycowi nader często uczulają się na różne leki, a także na ciała chemiczne, wywołujące zapalenia zawodowe skóry. Uczulenia lekowe mogą powodować objawy ogólne, albo też pociągać za sobą wyłącznie alergję skóry Wiadomo też, że w uczuleniu lekowem można niekiedy wykazać zjawiska anafilaksji biernej (Bruck, Klausner, Cruveilhier, R. Bernhardt). Co się zaś tyczy rtęcic, to Almkvist jest zdania, iż siedliska osobniczej wrażliwości na rtęć należy szukać nie w skórze, lecz w zwojach i nerwach układu współczulnego. Otóż jeżeli się zważy powyższe dane, to trzeba przyjść do wniosku, że pryszczycowego nie można jednak nazwać człowiekiem »zupełnie zdrowym«. Niezwykłe niezrównoważenie ustroju, ujawniające się szeregiem różnorakich spraw chorobowych, świadczy, że w pryszczycy skóra nie jest jedynym chorym narządem. Nienormalny jest cały ustrój. W tem zrozumieniu rzeczy nie mogę mówić li tylko o »usposobieniu« skóry, lecz o usposobieniu do pryszczycy całego ustroju. Czy taki stan ustroju będziemy nazywali skazą w tem lub innem znaczeniu słowa, skazą pryszczycową, skazą pryszczycowo-artretyczną (Buschke), skazą koloidoklastyczną, czy też wprost usposobieniem do pryszczycy, to jest obojętne dla dobra sprawy. Chodzi jedynie o stwierdzenie, że widocznie musi istnieć usposobienie ogólne do pryszczycy. Zdanie, że pryszczycowi są poza tem ludźmi zupełnie zdrowymi, należy uważać za również błyskotliwy aforyzm, co i dawniejsze twierdzenie o łuszczycy, jako chorobie osobników zdrowych.

Jest rzeczą oczywistą, że z którejkolwiek strony będziemy się zbliżali do zagadnienia pryszczycy, nie możemy się obejść bez magicznego pojęcia o usposobieniu. Bez tego X nie można dziś powziąć żadnej koncepcji zadowalającej. Teorja pochodzenia anafilaktycznego pryszczycy dotyczy wszak jedynie patogenezy, mechanizmu powstawania. O pierwotnej przyczynie pryszczycy, o istocie usposobienia, o tem *primum movens* sprawy chorobowej dziś, jak i dawniej nie wiemy nic pewnego. Przesunięcie zagadnienia o usposobieniu do pryszczycy z ogólnych szerokich obszarów na teren skóry, świadczy w najgorszym razie o niedostateczności obecnych metod badania, w najlepszym zaś o zbożnych usiłowaniach bodaj częściowego rozwiązania zagadki. Dziś, jak dawniej i jak w wielu innych schorzeniach zapoznajemy się z mnóstwem czynników usposabiających i wywołujących, badamy okoliczności towarzyszące chorobie, krążymy dokoła niej, nie możemy jednak dotrzeć do jądra kwestji. Dziedziczność, tak często spostrzegana w pryszczycy i dotychczas niestety tak bardzo niedoceniana jako czynnik etjologiczny, niewątpliwie mówi nam cośniecoś. Na niej nie można jednak dziś budować wiele, zważywszy, że widocznie istnieją też pryszczyce nabyte.

D) Opracowaniu nowoczesnych poglądów na usposobienie skóry do pryszczycy sprzyjały różne chemiczne metody badania reakcyjnej wydolności skóry wzgl. naskórka (t. zw. naskórna próba czynnościowa). Śród nich będzie się cieszyła największem powodzeniem prawdopodobnie próba Bloch'a i Jaeger'a. Głównym celem próby jest wykrywanie utajonego usposobienia skóry do pryszczycy (t. zw. kandydatura na pryszczycę, Eczembereitschaft). Poza tem rozchodzi się o wyśledzenie — w miarę możności — tych bodźców chemicznych, które w danym przypadku wywołują i podtrzymują zmiany pryszczycowe. Nadmieniłem już dawniej, że nie mogę zgodzić się całkowicie z wynikami i wnioskami Jaeger'a oraz Bloch'a. Własne poszukiwania, poczynione na materjale około 100 osób, dały nieoczekiwane wyniki, których zrozumienie wymaga oddzielnego objaśnienia. Otóż okazało się, że nasza terpentyna zupełnie nie nadaje się do tego rodzaju prób, gdyż powoduje odczyn dodatni niemal we wszystkich przypadkach (w dwóch serjach doświadczeń 74,5%, w trzeciej serji oraz z innym gatunkiem terpentyny 100%. Dla porównania i kontroli brano terpentynę z kilku aptek, lecz wynik bywał stale jednaki. Jest rzeczą podrzędną, czy terpentyna ta odpowiadała mniej lub więcej wymogom farmakopeji francuskiej. Nasza ludność może wszak uczulać się jedynie na gatunek terpentyny, jaki bywa w aptekach, składach aptecznych oraz w składach materjałów technicznych. Jeżeliby zatem dosłownie brać nasze wyniki, to należałoby przypuścić, że — u nas przynajmniej — niemal wszyscy posiadają skórę uczuloną na terpentynę, że niemal wszyscy są kandydatami na pryszczycę. To brzmi paradoksalnie! Dlatego też w moich obliczeniach poczyniłem poprawkę w kierunku nieuwzględnienia odczynu terpentynowego z wyjątkiem pryszczycy prawdziwej, w której wszystkie dodatnie odczyny alergiczne były wielowartościowe. Zestawienie wyników własnych i porównanie ich z danemi Jaeger'a i Bloch'a wykazuje, co następuje:

	Dodatni wynik czynnościowej próby naskórkowej
Normalni.	
Jaeger	4%
Bloch	10%
Spostrzeżenia własne (z poprawką)	9%
(bez poprawki terpentynowej)	91%
Schorzenia pryszczycowe łącznie z pryszczyco-podobnemi.	
Jaeger	50%
Bloch	45,8%
Spostrzeżenia własne (z poprawką)	20%
(bez poprawki terpentynowej)	66,6%
Pryszczyca prawdziwa.	
Jaeger	89%
Spostrzeżenia własne	60%
Zapalenie skóry pochodzenia zawodowego (t. zw. pryszczyce zawodowe).	
Jaeger	62%
Spostrzeżenia własne (z poprawką)	17%
(bez poprawki terpentynowej)	83%

Z powyższego widać, że dane moje co do ludzi »normalnych« zgadzają się (po uwzględnieniu poprawek) z liczbami Bloch'a. W innych kategorjach spostrzeżeń liczby moje są jednak o wiele mniejsze. Odsetek najwyższy (60%) wykazuje pryszczyca przewlekła (prawdziwa). Dowodzi to, że nawet doświadczalnie można potwierdzić fakt, doskonale znany każdemu klinicyście, a mianowicie, że skóra pryszczycowych jest niezmiernie wrażliwa na bodźce zewnętrzne w okresie jawnym schorzenia. Nie dotyczy to jednak stanów utajenia. Bo jeżeli wykonać te same próby u tych samych chorych w 2—3 mies. po ustąpieniu objawów pryszczycy, to odsetek wyników dodatnich zmniejsza się niemal o połowę. Nawet w pryszczycy jawnej należy oceniać krytycznie wartość próby Jaeger'a-Bloch'a i nie wysnuwać wniosków, zbyt daleko sięgających: Przykład: pryszczycowy M. P. wykazuje wielowartościowy odczyn naskórny, którego część składową stanowi także sublimat. Chory ma wolne kończyny górne. Z rozmysłem zalecam mycie rąk w rozczynie sublimatu 1/10%. Nie powoduje to żadnych objawów chorobowych. W zapaleniach skóry pochodzenia zawodowego sprawa przedstawia się analogicznie. Zauważyć przecie trzeba, że tutaj stan alergiczny skóry widocznie jest o wiele trwalszy — przynajmniej w stosunku do niektórych preparatów chemicznych. Odsetek bowiem odczynów dodatnich okresu utajenia jest o wiele większy, niż w pryszczycy. Niemało zależeć też musi od sposobu zadziałania bodźca chemicznego. Tak np. Z O. z zapaleniem pęcherzykowem i sączącem skóry twarzy i szyji, powstałem po wcieraniu maści od piegów (Ungt. ppt. alb.), wykazuje wyraźny odczyn jedynie po wcieraniu tej maści. Maść rozsmarowana na płótnie i przyłożonona na skórę ramienia w przeciągu doby powoduje odczyn bardzo słaby.

Okład sublimatowy 1/10% oraz plaster rtęciowy nie wywołują najmniejszego podrażnienia skóry. Podobne spostrzeżenia można poczynić u ludzi niepryszczycowych (t. zw. normalnych). St. N. z objawami L. III. wykazuje dodatni odczyn sublimatowy. Zdawałoby się, że takiemu choremu nie należy zalecać wcierań szarej maści rtęciowej. A jednak temu człowiekowi wykonaliśmy 42 wcierania bez żadnej krzywdy i bez najmniejszych objawów zapalnych skóry.

Wynika z tego, że pewien odsetek ludzi »normalnych«, a daleko większy pryszczycowych posiada skórę uczuloną na działanie bodźców chemicznych. Poza metodą doświadczalną bodźce te mogą, lecz niekoniecznie i niezawsze muszą, spowodować kliniczne objawy zapalenia skóry. Aby to powstać mogło, nie wystarcza proste zadziałanie jadu na uczuloną skórę, czyli odczyn antigène anticorps, lecz niezbędny jest współudział w danym czasie jeszcze innych czynników. Te czynniki można nazwać ogólnie-usposabiającemi, a źródła ich szukać trzeba wewnątrz ustroju, w jego konstytucji wrodzonej, czy też nabytej. Stan chwilowy czynności gruczołów dokrewnych oraz układu współczulnego z pewnością odgrywa rolę niemałą. Tacy ludzie posiadają zatem wrażliwość niezwykłą (idiosyncrasia) na bodźce chemiczne i od działania szkodliwego tych czynników bronią się zapalnym odczynem pęcherzykowym skóry. Nazywać ich — wszystkich bez wyjątku — kandydatami na pryszczycę uważałbym jednak za nazbyt śmiałe. Widzieliśmy bowiem, że wówczas zrodzić by się mogły w pewnych warunkach pozory wszechobecności pryszczycy (odczyn terpentynowy). Dlaczego istnieje zatem tak wyraźna chęć utożsamienia ostrego zapalenia pęcherzykowego skóry (wywołanego sztucznie) z pryszczycą, a mianowicie z pryszczycą ostrą? Sądzę, że rzecz polega na pozorach tożsamości, wynikających z tego, że oba odczyny skóry wykazują wiele podobieństwa morfologicznego, że mechanizm ich powstawania jest jednaki, a wreszcie, że zapalenie skóry wywołane może (lecz niekoniecznie musi) spowodować wybuch odczynu pryszczycowego.

E) wrażliwość szczególną, wrodzoną lub nabytą (idiosyncrasia) jesteśmy skłonni dziś uważać za sprawę anafilaktyczną (W i d a l, D o e r r). Zapalenia skóry pochodzenia zawodowego, wysypki lekowe, a także niektóre osutki lekowe powstają na tle idjosynkrazji, wskutek swoistego uczulenia skóry (właściwej naskórka). Pod względem patogenetycznym są to zatem odczyny alergiczne skóry. Ponieważ pryszczyca jest również odczynem anafilaktycznym, ponieważ pryszczycowi bardzo łatwo uczulają się na leki oraz preparaty chemiczne wogóle, ponieważ schorzenia skóry pochodzenia zawodowego bardzo często występują u anafilaktyków typowych, czyli uczulonych na białko obce, nic więc dziwnego, że wszystkie te sprawy chorobowe mogą się dziwnie łączyć i kombinować na terenie wspólnym. To jednak nie upoważnia do ich utożsamiania i bynajmniej nie jest — jak sądzę — źródłem nieporozumienia. Rozwiązania zagadki należy widocznie szukać w cechach morfologicznych, Wiadomo bowiem, że niemal wszystkie te schorzenia mają to wspólne, iż najczęściej występują w postaci klinicznej zapalenia pęcherzykowego. Już H e b r a zauważył jednak, że pryszczyca wywołana rtęcią ma inny wygląd, niż spowodowana siarką. I to jest głęboka prawda. Należy bowiem zaznaczyć bardzo wyraźnie, że niemal każde zapalenie skóry wywołane sztucznie — lekowe, czy też pochodzenia zawodowego — posiada własną fizjonomję kliniczną i — dodajmy zaraz — odrębne cechy histologiczne. Nie wątpię, że doświadczony klinicysta rozpozna bez wielkiego trudu zapalenie pęcherzykowe skóry, spowodowane rtęcią, jodem, jodoformem, terpentyną, resorcyną. siarką, ichtyolem i t. p., nawet nie pytając się chorego o przypuszczalną przyczynę zmian chorobowych. To samo dotyczy wysypek, zależnych od wykonywania zawodu. Zapalenie skóry rąk ma inny wygląd u praczki, niż np. u malarza lub garbarza. Że tak jest, wyczuwa się na każdym kroku podczas czytania prac nawet unitarystów. Świadczą o tem choćby owe liczne, a tak subtelne odcienia wysławiania się, odcienia mianownictwa, za których pomocą każdy autor pragnie dosadniej określić dany obraz chorobowy. Wyziera jednak z tego nadewszystko świadomość niepewnej pozycji, chęć uniknięcia określeń zdecydowanych. Mówi się zatem: eczema artificiale, ecz. professionale, dermatitis artefacta, artificialis, derm. profesionalis, derm. arteficialis eczematosa, eczematisans. eczematiformis, eczematoides. Mówi się też ecz merculiale, jodicum, solare, tuberculinicum i t. p. Na domiar wszystkiego stale przeciwstawia się pojęcie pryszczycy wywołanej sztucznie (ecz. artificiale) pojęciu pryszczycy prawdziwej (ecz. verum s. chronicum s. eczematosis), jako schorzeniu ustrojowemu i przewlekłemu, w którego powstawaniu mają odgrywać rolę dominującą wewnętrzne czynniki wywołujące. Wobec tego sądziłbym, że należałoby wreszcie pogodzić się i nazywać »pryszczycą« (bez przymiotników prawdziwa, przewlekła) to, co się dziś mianuje »eczematosis«, zatem określeniem, używanem już przez E. W i l s o n'a. Wówczas pojęcie pryszczycy ostrej okaże się zbędnem. Zastąpi je — jak dawniej — ostre zapalenie pęcherzykowe skóry, wywołane sztucznie przez różnorakie bodźce zewnętrzne. Wówczas uniknie się wielu nieporozumień i zbędnych zastrzeżeń. Wówczas z pewnością nie dojdzie się do rewolucyjnego zdania, głoszonego przez P i n c u s a, które brzmi: »wszelkie podrażnienie skóry przez bodźce zewnętrzne jest eo ipso pryszczycą«. Takie ujęcie sprawy równaćby się musiało pogrzebaniu pojęcia pryszczycy.

Wspominałem wyżej, że niemal każde ostre zapalenie pęcherzykowe skóry wywołane sztucznie, posiada nietylko pewien odrębny wygląd kliniczny, lecz także cechy histologiczne, sobie właściwe. Co do słuszności tego, wystarczy powołać się na wysoką kompetencję Wł. K o p y t o w s k i e g o, który bada te sprawy od długiego szeregu lat i na wielką skalę. Nie wdając się w szczegóły, wystarczy przytoczyć 2 przykłady. Weźmy dobrze wykształcone zapalenie pęcherzykowe skóry, spowodowane zadziałaniem terpentyny, o której była mowa wielokrotnie. W niem spostrzega się pęcherzyki i pęcherze podnaskórkowe, które szybko łączą się ze sobą i powodują odwarstwienie całkowite naskórka. W samym naskórku widać zjawiska martwicy skrzepowej obok obrzęku śród- i międzykomórkowego, nie stwierdza się jednak przeobrażenia gąbczastego. W pokładach górnych skóry właściwej występują objawy zapalenia ostrego z nacieczeniem okołonaczyniowem oraz z gromadzeniem się masy leukocytów w warstwie brodawkowej tuż pod pęcherzami i tworzącem się odwarstwieniem naskórka. Cały obraz mikroskopowy świadczy o niezmiernie silnem działaniu sero- i leukotaktycznem olejku terpentynowego, nie ujawnia jednak objawów pryszczycy. W odczynie pęcherzykowym, spowodowanym zadziałaniem rtęci, tworzą się pęcherzyki śródkolczaste o ścianach równych i gładkich. Nie widać obrazów, świadczących o przeobrażeniu gąbczastem. Warstwa rogowa wykazuje skłonności do rogowacenia wadliwego oraz nadmiernego. Zjawiska akantozy występują w stopniu nikłym jedynie w obrębie pęcherzy większych (pozorna akantoza ?). Zapalne objawy skóry właściwej są wyrażone słabiej, niż w odczynie terpentynowym. Śród komórek naciekowych można stwierdzić obecność eozynochłonnych. Na innem miejscu wskazywałem że zmiany histologiczne doświadczalnego odczynu pryszczycowego, podanego przez J a e g e r'a, również nie odpowiadają wymogom pryszczycy.

A jednak sztucznie wywołany odczyn zapalny skóry może niewątpliwie spowodować wybuch pryszczycy. Zachodzi pytanie jak należy rozumieć takie zjawisko? Posłuchajmy, co o tem mówi klinika oraz doświadczenie laboratoryjne. Z powodu bólu gardła pryszczycowy (mam na myśli okres jawny schorzenia) posmarował skórę szyji nalewką jodową w miejscu zdrowem i odległem od ognisk pryszczycowych. Nazajutrz zjawiło się nieznaczne zaróżowienie skóry nieswędzące, które ustąpiło całkowicie po upływie 2 dni. Zabieg przeszedł zatem bez następstw. W innym jednak przypadku sprawa może przebiegać odmiennie. Po upływie 3—5 dni od chwili zjawienia się zaróżowienia, skóra w miejscu tem brzęknie, poczyna silnie swędzić i pokrywa się gromadami pęcherzyków drobnych i twardych. Niebawem występuje sączenie. W tym czasie tworzą się na obwodzie plamy rumieniowe oraz grupy świeżych pęcherzyków. Schorzenie rozpościera się stopniowo na całą szyję, twarz, małżowiny uszne,

okolicę barkową. Opanowanie takiej sprawy może wymagać kilku tygodni. Weźmy jeszcze inny przykład. Z powodu zmian pryszczycowych rąk, trwających około $^1/_2$ roku, zastosowano choremu maść, zawierającą lenigalol oraz ichtyol. Maść widocznie pomaga. Pewnej nocy opatrunek przesunął się na połowę dolną przedramienia prawego. Rano można już było dostrzec słabe zaczerwienienie skóry, które jednak zupełnie ustąpiło pod zasypką po upływie 2—3 dni. Próba Jaeger'a—Bloch'a z ichtyolem, kwasem pyrogalusowym i lenigalolem wykazała, że skóra chorego jest uczulona na lenigalol i kw. pyrogalusowy. Wobec tego zaniechano stosowania maści lenigalusowej i doradzono bornocynkową. Aliści po upływie następnych 8—9 dni skóra całego przedramienia uległa zaczerwienieniu i obrzmieniu, pokryła się grupami pęcherzyków, a miejscami poczęła sączyć. Niebawem spryszczenie rozprzestrzeniło się na całą prawą kończynę górną, przeskoczyło na lewą i pokazało się też na udzie lewem. Przestrzeń czworoboczna skóry podudzia lewego, podrażniona wskutek doświadczalnego wykonania próby pyrogalusowej, stała się również punktem wyjścia dalszego rozprzestrzeniania się pryszczycy. O takich faktach już donosiłem uprzednio w pracy o pryszczycy pochodzenia anafilaktycznego (spostrzeż. III). Pozatem wykazał też Weidenfeld, jak zdradza się pryszczyca z odczynu zapalnego, wywołanego olejkiem krotonowym.

Z powyższych spostrzeżeń wynika, że w pryszczycy zmiany zapalne, wywołane sztucznie przez zadziałanie zewnętrznych czynników chemicznych, mogą w pewnych warunkach spowodować wybuch odczynu pryszczycowego. Pryszczyca zradza się bezpośrednio z zapalnych zmian wywołanych (t. zw. transpositio), albo też zjawia się dopiero po ich ustąpieniu, po upływie okresu wylęgania, trwającego około 8—10 dni. Zbyteczną wydaje mi się uwaga, że to samo dotyczy innych — prócz chemicznych — czynników, n. p. mechanicznych, aktynicznych, bakteryjnych, grzybowych i t. d. Rzecz się ma podobnie jak w łuszczycy, która wskutek swoistej zdolności reakcyjnej może przekształcić w wykwit łuszczycowy wszelkie odczyny skóry, spowodowane zadziałaniem z zewnątrz.

Na zasadzie wszystkich tych wyjaśnień sądzę, że należy zachować pojęcie pryszczycy li tylko dla tych spraw chorobowych skóry, które nazywamy eczema verum, chronicum, eczematosis. Gdybym zatem miał podać określenie ogólne pryszczycy, to musiałbym powiedzieć:

że pryszczyca jest odczynem anafilaktycznym (alergicznym) skóry, powstającym w pewnych warunkach pod wpływem różnorakich czynników zewnętrznych i wewnętrznych;

że jest to niepasożytnicze swędzące zapalenie przewlekłe warstw powierzchownych skóry i naskórka, występujące ogniskowo, rozwijające się napadowo i ujawniające w okresach nasilenia skłonności do sączenia, w okresach zaś zwolnienia do rogowacenia wadliwego.

Z praktyki.

Dr. Włodzimierz MARTINIEC. Komarów lub.

Przypadek symetrycznej nekrozy skóry przy szkarlatynie

U dziecka Zofji S. 7 mies., chorego na szkarlatynę (rozpoznanie *ex consilio* z kol Z.), na drugi dzień po zjawieniu się bardzo licznej wysypki szkarlatynowej, wystąpiła nekroza skóry, w postaci smugi, szerokości 3 cm. po stronie tylnej, uda lewego, sięgającej na górną połowę goleni. Na udzie prawem, zmiana również podobna, symetrycznie umieszczona, z różnicą, że skóra w obrębie pasa odpowiadającego symetrji, nie jest chora na całej przestrzeni, a odcinkami, t. z., że za odcinkiem tkanki zdrowej, mamy odcinek tkanki chorej i t. d. O odleżynach mema mowy, gdyż dziecko pielęgnuje się odpowiednio. T. b c. i L. wyklucza się badaniem rodziców i dziecka w tym kierunku. Leczenie 10% maścią kseroformową wyjałowioną. Wygojenie całkowite.

Do dziś dnia w piśmiennictwie opisano 16 takich przypadków.

Przypadek varicella haemorrhagica.

Chora E. Z. 11 mies. Rodzice trudnią się rolnictwem. Po raz pierwszy badałem dziecko na 5 dzień choroby. Oprócz nielicznej wysypki ospy wietrznej, w różnych miejscach na plecach rozmieszczone 7 dużych haemorrhagicznych krost o średnicy 3 cm każda. Na powierzchni każdej z nich, błyszczącej jak czarny jedwab, są liczne cieniutkie niteczki, grubości i koloru pajęczyny, promieniujące od centrum krosty. Pępek każdej krosty wciśnięty. Odczynu ze skóry tkanki otaczającej zdrowej, żadnego. Nałożono opatrunek aseptyczny i zalecono matce uważać, by z opaską nie oderwać żadnej z krost. Ponieważ ogólny stan dziecka jest zadawalający, nakazano przyjechać za 4 dni.

Badanie następne: jedna z krost, wskutek nieostrożności, oderwana z opaską przez matkę i rana przed kilku godzinami zaklejona zielonym listkiem. Rana, sięgająca wgłąb do mięśni klatki piersiowej czysta i wycieka z niej mała ilość płynu surowiczego z kulkami tłuszczu. Lekki odczyn tkanek otaczających krosty. Założono wyjałowioną 5% maść kseroformową. Wyleczenie. Po upływie $1^1/_2$ mies. dziecko przeszło zapalenie gruczołów podszczękowych.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. S. STERLING. Łódź.

Stan obecny lecznictwa swoistego gruźlicy.

(Z cyklu wykładów o gruźlicy.)

Dokończenie.

O tem, jaki wywrzeć może wpływ na tkankę gruźliczą środek arcy-swoisty, tuberkulina (i białko wprowadzane pozatrzewnowo) — będzie mowa dalej.

Odczyn obronny humoralny polega na wytwarzaniu — jako odpowiedź na działanie wywoływaczy swoistych, zawartych w laseczniku, t. zw. anti-corps, niweczników. Tych wyróżniono wiele; dla nas mają one w tej chwili znaczenie jednakowe; nazwiemy je więc wszystkie erginami, pamiętając, że wśród nich są bakterjolizyny, związki mające rozpuszczać ciała bakteryjne.

Wielu badaczy istotę choroby upatruje w zmianach humoralnych i w tym kierunku swe usiłowania lecznicze kierują. Środkiem leczniczym jest dla nich tuberkulina; za jej pomocą zmieniają, nastawiają stopień odczynu humoralnego i to uważają za zwycięzki postęp lecznictwa bezpośredniego gruźlicy.

Zagadnienie tuberkuliny jest zagadnieniem trudnem do rozwiązania. A niezgodność wyników i ich problematyczność najlepiej ilustruje fakt istnienia trzydziestu z górą odmian tuberkuliny i kilkanaście metod jej wcielania.

Niepodobna tu rozwijać całego zagadnienia; poświęcono im tysiące artykułów w pismach lekarskich i niemało całych książek. Z konieczności więc powiem tylko tyle, by usprawiedliwić swój pogląd, który tuberkulinie wyznacza bardzo skromną rolę w lecznictwie gruźlicy i to wcale nie przez wpływ na stan czynników humoralnych.

Tuberkulina jest pochodną lasecznika Kocha sztucznie rozmnażanego; rozmaity sposób przyrządzania tego przetworu daje rozmaite nazwy, nie wiele zmieniając jego istotę. Tuberkulina jest — jako lek — środkiem swoistym, to znaczy działa jedynie w ustroju na laseczniki Kocha uczulonym przez przebycie zakażenia gruźliczego; ale działa też w pewnym stopniu nieswoiście, jako białko obce. Dla niektórych badaczy te dwa sposoby działania różnią się jedynie ilościowo, ale nie jakością wywoływanego odczynu; tym działaniem ma być: *activatio protoplasmae*, uczynnianie zarodzi. To określenie, stosowane jako dowód, że doszliśmy rzekomo do zrozumienia zmian różnorakich (gorączka, wahania w składzie krwi, wahania w napięciu nerwów roślinnych i t. d.) zachodzących w ustroju po wprowadzeniu pozatrzewiowo białka — najzupełniej nie świadczy o tem, żeśmy zrozumieli, dla czego owa wzmożona czynność zarodzi ma być kierowana przeciw

szkodliwościom chorobotwórczym, czy też — sprzyjać powrotowi tkanek do normy. Pewnem jest, że po białku potęgują się objawy t. zw. zapalne, co może przynieść w pewnych warunkach pożytek, ale w innych — szkodę. Rzeczą dalszych badań będzie ustalenie warunków, w jakich oba te, tak bardzo różne, wyniki tą metodą dają się osiągnąć; dziś bardzo wiele zależy od przypadku. Osobiście zbyt często widziałem brak wpływu leczniczego tej metody wogóle, bym się mógł zaliczyć do wierzących w jej znaczenie lecznicze. Z jedynem ograniczeniem, o którem dalej.

Działanie tuberkuliny swoiste spotykamy, jak mówiłem, jedynie w ustroju uczulonym przez zakażenie gruźlicze. Osobnik w stosunku do gruźlicy dziewiczy — nie daje odczynu swoistego żadnego. Jeśli daje (co się zdarza rzadko) lub pod wpływem dawek wielkich, jest to właśnie działanie białka obcego. Na tę wrażliwość ma też wpływ niewątpliwy stan układu nerwów roślinnych. Szczególna wrażliwość sprawia, że nawet *iniectio vacua*, zastrzyknięcie paru kropli wody, a nawet powietrza, wywołuje np. podniesienie niewielkie ciepłoty: wessanie tkanek przez ucisk wody lub powietrza zniszczonych – a za tem białka już ustrojowi obcego, wywołuje ten odczyn.

Jako działanie swoiste tuberkuliny uważają jej wpływ uodparniający; to uodpornienie ma polegać na rzekomem wzmocnieniu uczulenia na zarazek gruźlicy, na rzekomem wzmożeniu gotowości obronnej; dzięki tuberkulinie ustrój szybciej i w stopniu potężniejszym broni się, wytwarzając ciała ochronne, a może i odczyny tkankowe obronne. Niestety, za cały dowód na poparcie tej teorji, mamy wzmaganie się u ludzi leczonych tuberkuliną — odporności na tuberkulinę. A są to dwie różne sprawy: odporność na tuberkulinę i odporność na żywe laseczniki Kocha.

Rzeczą pewną jest, że tuberkulina wzmaga stan za·alny (lub wzbudza go w uśpionem) w ognisku gruźliczem. To działanie wyzyskać w celu leczniczem – stanowi o sztuce stosowania tuberkuliny. Wzmocnienie zapalenia, więc odczynu obronnego, może mieć znaczenie lecznicze jeśli zwiększony dopływ krwi wypłucze chorobliwe wytwory przemiany materji, a głównie, jeśli przyśpieszy nekrotyzację tkanki, przyśpieszy wytworzenie się linji demarkacyjnej, t. j. izolowanie tkanki chorej od zdrowej, z wydaleniem na zewnątrz tkanek gruźliczych, wraz z lasecznikami.

Powtarzam, wyzyskać umiejętnie to działanie odczynu zapalnego jest sztuką stosowania tuberkuliny w celach leczniczych.

Ustalenie wskazań do leczenia tuberkuliną, ustalenie: ile i kiedy należy stosować jest jednak w obecnym stanie naszej wiedzy sprawą arcy-trudną.

Przedewszystkiem dla tego, że jest tuberkulina lekiem wyjątkowym. Wprowadzamy przetwór, który w jednym ustroju wcale nie działa, jest dlań wogóle środkiem obojętnym — w ustroju człowieka w stosunku do gruźlicy dziewiczego. W ustroju uczulonym — stan tego uczulenia decyduje o tem, ile z wprowadzonej tuberkuliny stanie się lekiem czynnym. Szybki r zkład i szybkie spalenie (czy zobojętnienie) składników tuberkuliny zdąży wywrzeć efekt niewielki; stanie się to w ustroju klinicznie zdrowym a silnie uczulonym przez zakażenie; ten sam wynik zajdzie w ustroju ciężko chorym, którego system obronny jest już porażony. Jeśli pominiemy te dwa przykłady krańcowe, mamy różne stopnie wrażliwości na jedną i tę samą dawkę tuberkuliny. Musimy więc zawsze próbować, zaczynając od dawki najmniejszej. Sprawdzianem działania są objawy kliniczne: podmiotowe (uczucie choroby, bóle członków, brak łaknienia) i przedmiotowe: odczyn miejscowy, odczyn ogólny (przyśpieszenie tętna, podniesienie ciepłoty) i odczyn ogniskowy: nasilenie objawów chorobowych in loco, w ich mocy (zwiększenie się ilości objawów wilgotnych) i rozmiarach (zwiększone stępienie — zależne od zwiększonego obszaru lub zwiększonego natężenia zapalenia obwodowego). Już przy pierwszej dawce próbnej możemy wywołać pewne nasilenie choroby; bywa i tak, że parę dawek nie wywoła żadnego z tych objawów, a niepowiększona jedna z dawek następnych da wspomniane objawy kliniczne. Przypuśćmy, że udaje nam się zastosować tuberkulinę nie wywołując żadnych wyliczonych objawów klinicznych; mówimy sobie, że — nie przesądzając wyniku pożytecznego — nie szkodzimy. Mówiliśmy tak dopóki postęp wiedzy nie nauczył nas wyszukiwania nowych objawów klinicznych; takim objawem jest naprzykład przyśpieszona szybkość opadania ciałek czerwonych (więc zmiany w stosunku albumin do globulin surowicy krwi w zależności od zwiększonego rozpadu tkanek); jest, nim zaburzenie w gospodarstwie wodnem ustroju (zmiany w ilości moczu). Nie wystarcza więc stwierdzenie dotychczas stosowanych kryterjów braku reakcji. Co ważniejsza: jeśli nie chcemy wogóle odczynu, to po co wogóle stosować tuberkulinę? Ale — brzmi odpowiedź — chcemy wywołać odczyn minimalny. Słusznie. tak chcemy; faktem jest jednak, że to – niewielkie zapalenie, które sztucznie prowokujemy, nie jest w naszym ręku; ognia wszczynionego ugasić nie umiemy i nigdy nie wiemy, czy nie zajmie się pożarem. A tak się, niestety, niekiedy dzieje.

Takie refleksje nasuwa teorja stosowania leczniczego tuberkuliny.

Jeśli jednak wszystko pójdzie szczęśliwie, jeśli cel osiągniemy — przyśpieszymy oddzielenie się tkanek gruźliczych od zdrowego pnia macierzystego, grozi najgorsze: wypchnięta przez oskrzeliki tkanka nie zawsze w całości wędruje temi drogami, któremi byśmy ją chcieli wydalić na zewnątrz: zatrzymuje się na powierzchni oskrzelików i oskrzeli dłużej, aniżeli byśmy chcieli, wpada wgłąb oskrzelika i zostaje (przy wdechu) wessana do zdrowej dotąd okolicy płuca. Mamy raz nowe ognisko oskrzelowe, innym razem — nowe ognisko płucne

Tyle i tak różnych trudności przedstawia leczenie tuberkuliną, jeśli mieć na względzie jej działanie ogniskowe.

Jest szkoła liczna stronników teorji o roli tuberkuliny jako środka humoralnie — immunizującego. Pogląd, który ma usprawiedliwić leczenie tuberkuliną ludzi (głównie dzieci) nie mających innych objawów gruźlicy, prócz obecności odczynu allergicznego; ludzi nie chorych na gruźlicę, tylko... zdrowych na gruźlicę. Otóż, nie zgadzając się zupełnie ani z ich dowodami teoretycznemi (nikt dotąd nie widział zupełnego wyleczenia tuberkuliną gruźlicy doświadczalnej), ani nie przekonany ich dowodami statystycznemi — zwrócę uwagę jedynie na możność zaszkodzenia w tych licznych przypadkach, gdzie pod pozornym brakiem wszelkich objawów klinicznych kryje się jednak gruźlica (choroba) utajona.

Dowodów na to mamy już w literaturze aż nadto wiele, szczególniej od chwili modnego lecznictwa naskórkowego (maści mazidła, nacięcia i t. p.). Wobec trudności indywidualnego dawkowania tuberkuliny znaleziono takie wyjście: zaniechano dawkowania wogóle. Otóż co raz to częściej słyszymy o skutkach fatalnych tej metody, o wywołaniu objawów gruźlicy czynnej u osób leczonych temi metodami. Naturalnie, cyfry statystyczne »wyleczeń« przeważają; ale te wyleczenia należałoby zestawić nie z liczbą ogólną nacinanych metodą (Pondorfa) i smarowanych, tylko z liczbą chorych, tuberkuliną w dany sposób leczonych.

Zresztą, najzagorzalsi zwolennicy tuberkuliny, heroldzi jej stosowania jako leku, piszący tomy o jej skuteczności, gdy przyjdzie do wskazań, zbywają je bardzo lakonicznemi ustępami o tem, że jedynie przypadki lżejsze, przeważnie przypadki wytwórcze, jednem słowem — przypadki, które się poddają lecznictwu nieswoistemu — te tylko nadają się do tuberkuliny.

Ale te przypadki leczymy bez tuberkuliny, t. j. nie narażając chorego na możliwości zaszkodzenia nie dające się zgoła przewidzieć. *)

Jest jednak pewna postać przebiegu gruźlicy płuc, kiedy mamy prawo tuberkuliną »popchnąć« sprawę gojenia się. Te przypadki suchot płucnych, kiedy wszystko się poprawia — prócz objawów miejscowych. Otóż takie ogniska gruźlicze drętwe. (*foci torpidi*) wolno podrażnić — jak chirurg drażni np. lapisem brzegi rany niegojącej się. Tuberkuliną wywołany stan zapalny pobudza wpół drogi zatrzymaną sprawę zabliźniania.

W związku z tuberkuliną parę słów o stosowaniu przy gruźlicy; słońca, lampy kwarcowej, lampy Kischa, promien

Roentgena. Jak dotąd, tym metodom przypisać wolno przedewszystkiem działanie albo przez przekrwienie — bezpośrednie: albo przez przekrwienie pośrednie: zniszczone przez te czynniki tkanki działają jako białko obce. Są to przypuszczenia, które mogą tłumaczyć zarówno wyniki dodatnie, jak i ujemne (Roentgen) stosowania tych metod.

Bakterjoterapja gruźlicy, wprowadzanie szczepionek i bakterji żywych, tylko osłabionych w swej zjadliwości, których prototyp przedstawia środek Friedmanna, ma za sobą wyniki doświadczalne, ale przeciw sobie wyniki kliniczne.

Przed laty nacisk główny starano się kłaść na rolę toksyn i anty oksyn w przebiegu gruźlicy; ustrój ulega zakażeniu ponieważ nie jest w mocy wytworzenia dostatecznej ilości antytoksyn. Ergo ratować go musimy wprowadzając do ustroju chorego gotowe antytoksyny (uodparnianie bierne). Wszystkie próby tego rodzaju — surowice lecznicze przeciwgruźlicze swoiste (Maragliano, Marmorek) zawiodły.

Spostrzeżenia czynione podczas wojny aż nadto dowiodły, w jak wielkim stopniu dzielność obronna swoista — odporność (immunitas)-zależy od oporności (resistentia) nieswoistej. Stwierdzono, że żołnierze, którzy wykazywali allergję swoistą, po powrocie z rowów strzeleckich, wyczerpani, nie dawali już odczynu tuberkulinowego, by go znów wykazać po dłuższym lub krótszym wypoczynku w szpitalu. Mamy więc możność wzmacniania odporności, ale drogą nie swoistą, co już leży po za granicami mego chwilowego tematu.

W rubryce czwartej mojej tablicy synoptycznej podałem podział główny przebiegu zmian, jakie laseczník gruźlicy czyni w ustroju człowieka cywilizowanego, który zaraża się zwykle w dzieciństwie i przechodzi wszystkie trzy okresy, albo też jedynie pierwszy i drugi, albo pierwszy i trzeci.

Czy i co możemy w każdym kolejno z tych okresów uczynić, by bezpośrednio złagodzić przebieg zakażenia? Najmniej — w okresie pierwszym; jeśli — co się dzieje rzadko — owrzodzenie pierwotne nie zabliźni się doszczętnie, jeśli albo przechodzi w stan choroby podchronicznej, albo w stan ostry—nie czynimy żadnych nawet prób zadziałania swoistego. W okresie drugim wpływom lecznictwa bezpośredniego mogłaby ulec ta szczególna skłonność wysiękowa, wyrażająca się w postaci zapaleń prostych, których zejście ostateczne bywa rozmaite: raz wessanie się, innym razem — wiele rzadziej — zserowacenie. Otóż tu usiłowanie wpływu w myśl teorji wyżej przytoczonych — jest na miejscu. Obok związków wapnia, jest tu wskazany tran, który ma działanie podobne; wcieranie mydła szarego, które podtrzymuje niezbędny dla zdrowia odczyn zasadowy krwi. O okresie trzecim, o okresie stanowiącym nasze pospolite suchoty płucne — o nim to właściwie mówiłem roztrząsając sprawę tuberkuliny.

Na sprawę bliznowacenia wpłynąć możemy bezpośrednio: przez ucisk. Odma piersiowa sztuczna, metoda którą zaledwie w niewielkiej ilości przypadków suchot płucnych zastosować wolno, jest metodą wpływu bezpośredniego na przebieg gruźlicy. Pierwszy Dunin wykazał doświadczalnie, że uciśnięcie płuc zdrowych prowadzi do rozrostu tkanki łącznej w płucu. W stopniu znaczniejszym dzieje się to w płucu dotkniętym gruźlicą, gdzie samoobrona ustroju przygotowuje — jako środek ograniczający tkanki chore od zdrowych — tendencję do rozrostu tkanki łącznej. Czynnikiem sprzyjającym temu rozrostowi jest zastój, wywołany, przez ucisk; czynnikiem sprzyjającym gojeniu — brak tlenu niezbędnego takim *par excellence* tlenowcom jak laseczniki Kocha. Niewątpliwie, mało co mówi nam o bliższym mechanizmie rozrostu tkanki łącznej fakt zastoju pod wpływem ucisku; fakt ten jednak jest bezspornym.

Tuberkulina w tych przypadkach, gdzie sprzyja wyeliminowaniu ognisk maleńkich, gdzie brak tkanki po tem pozostający jest nieznaczny, doprowadza, jak mówiłem do zabliźnienia.

O wpływie na rozsysanie się ognisk wysiękowych (resolutio) mówiłem; tam gdzie wysięk już serowacieje, tam rzadko kiedy dochodzi wogóle do wessania wysięku, chyba bardzo niewielkiego.

Mało, bardzo mało ma za sobą prawdopodobieństwa, by podawanie związków wapnia, czy krzemu sprzyjało powstawaniu blizn. Jeśli związki wapnia działają, to przy współczesnym istnieniu odpowiedniego kierunku ze strony nerwów życia roślinnego i gruczołów wydzielania wewnętrznego. Nie ilość wapnia, lecz jego stan (np. jonizacja) — z jednej strony, a z drugiej — stan fizykalny spraw zachodzących w komórce decyduje o stwardnieniu tkanek zajętych sprawą gruźliczą. Na te obydwa czynniki doprowadzające do zbliznowacenia obecnie jeszcze wpływu nie mamy.

Mówiąc o zabliźnianiu ognisk, warto przypomnieć (za Aschoffem) ten szereg zmian histologicznych, które stanowią istotę bliznowacenia; wiem, jak mało treści w naszym umyśle po iada zazwyczaj to pojęcie; a przecież — zabliźnienie ognisk, a nie co innego, jest wyleczeniem gruźlicy.

W gruźlicy wytwórczej mamy do czynienia z jądrem stanowiącem swoistą tkankę gruzełkową częściowo zserowaciałą, i z płaszczem zapalenia obwodowego niezserowaciałym, który może się wessać. Jeśli jądro nie uległo jeszcze zserowaceniu, blizna powstaje w ten sposób, że komórki nabłonkowate (niezależnie od tego, czy pochodzą z komórek siateczkowo-śródbłonkowych, śródbłonków naczyniowych, czy fibroblastów) wytwarzają substancję międzykomórkową nitkowatą, która tworzy pęczniejący układ nici i pasm — co daje bliznę swoistą, szklisto-włóknistą. Masa serowata pozostaje bez zmiany we wnętrzu tak przeobrażonego gruzełka lub rozlanej masy tkanki gruzełkowej (*obsoletio)*; ośrodek może zwapnieć, może wyschnąć i skurczyć się, ale coś zawsze z niej pozostaje. Tylko przerośnięcie tego ogniska na wskróś przez tkankę kostną doprowadza do zupełnego zaniknięcia masy serowatej.

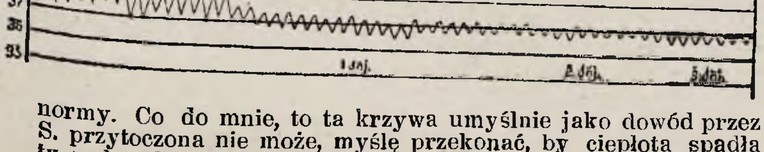
Drugi typ zabliźniania: przez organizowanie się mas serowatych; z pochewek naczyniowych ogniska zapalnego obwodowego wykwita tkanka ziarninująca, tworząc otoczkę tkanko-łączną; tak powstaje blizna nieswoista, (*carnificatio*) niemająca nic wspólnego z komórkami nabłonkowatemi. Najczęściej ognisko gruźlicy wytwórczej jest otoczone obiema bliznami, między któremi pozostają zdolne do dalszego rozwoju komórki nabłonkowate, zawierające komórki olbrzymie.

Gruźlica wysiękowa może uledz wessaniu o ile jeszcze nie uległa zserowaceniu; zserowacenie prowadzi do rozmiękczenia i wydalania na zewnątrz. Ognisko zserowaciałe może zostać otorbione przez tkankę wytwórczą swoistą. która ulega przeobrażeniu szklisto włóknistemu; z zewnątrz może powstać znów zmięśnienie (*carnificatio*).

Tak wygląda gojenie się ognisk gruźliczych; środkami lekarskiemi nie można go naśladować. Można jedynie w odpowiedni sposób sprzyjać wysiłkom ustroju, by w tym kierunku swą twórczość obronną kierował. Jak dotąd, czynimy to tylko pośrednio.**)

---

*) Schroeder, którego należy zaliczyć do bardzo powściągłych zwolenników tuberkuliny, podaje w broszurze »Fieber u. Fieberbehandlung bei Tuberkulose« 1924) na dowód wartości tuberkuliny przy leczeniu gorączki gruźliczej tę krzywą przebiegu ciepłoty. Spadała ciepłota przez dni 26 samoistnie, 39,4 do 37,4; od tego czasu trzy dawki tuberkuliny, co 10 dni po pół miljonowej części miligrama, miały spowodować spadek do



normy. Co do mnie, to ta krzywa umyślnie jako dowód przez S. przytoczona nie może, myślę przekonać, by ciepłota spadła tu pod wpływem tuberkuliny.

**) Ostatnio polecają nowy specyfik: »angiolymfę« (Nowiny Lek. 1924. 6) Więc np. w przypadku ciężkich suchot z rozległemi zmianami wybitnie gruźliczemi w obu płucach, z kawernami angiolymfa doprowadziła do tego, że wymienione objawy płucne po czterech miesiącach »znikły zupełnie«.

Te niezwykłe wyniki mają też na swe usprawiedliwienie i »teorję« działania specyfiku. Mianowicie angiolymfa 1) pomaga organizmowi przeciwstawić się spustoszeniom powodowanym przez laseczniki Kocha i jego toksyny i 2) przeistacza w ten sposób ciała, że stają się one niestosowne dla rozwoju laseczników. Mam niepłonną nadzieję, że to polecenie zyska wie u zwolenników temu bardzo drogiemu lekowi (w przypadku przytoczonym zastosowano »przeszło 40 ampułek«).

Nie małą, a lekceważoną, rolę w przebiegu gruźlicy grają czynniki mechaniczne. Wiemy, jak często oddzielne okolice płuc, sąsiadujące z ogniskiem gruźliczem, ulegają niedodmie: bądź przez ucisk bezpośredni, wypychający powietrze z grupy gronek tkanki płucnej, bądź przez ucisk na oskrzelki, t. j. przez niedopuszczenie powietrza do pewnej grupy gronek (*atelectasis per colapsum*). Skutki niedodmy są różne: brak wogóle udziału w ruchach oddechowych, chroni te okolice od przyssania materjału zakaźnego; ograniczenie, osłabienie tych ruchów — przy oskrzeliku drożnym — sprawia, że materjał zakaźny zostaje przy wdechu przyssany, ale przez (słabszy zawsze) wydech już nie bywa wydalany. Tak się dzieje w zakresie szerzenia się zarazków przez oskrzeliki. Jeżeli chodzi o szerzenie się przez drogi chłonne lub krwionośne, to znów widzimy różne zejścia: albo upośledzone w swej wydolności, niejako porażone pęcherzyki niedodmowe stają się podłożem sprzyjającem rozwojowi gruźlicy; albo — zdołają zarosnąć, zostają przerośnięte tkanką łączną i stają się przez to wykluczone jako teren dla zarazka gruźlicy.

Pamięt ć też o tem należy, że te okolice niedodmowe stanowią dobry teren dla różnych spraw zapalno-kataralnych nieswoistych, wikłających zmiany gruźlicze w płucach (*bronchopneumoniae*).

Tak różne losy tkanek niedodmowych stawiają lecznictwo przed trudnem do rozwiązania zagadnieniem: czy chorzy z gruźlicą podgojoną, gojącą się, mają przez głębokie ruchy oddechowe ratować wartość czynnościową licznych okolic niedodmowych; czy raczej nie budzić licha i rezygnując z pewnej cząsteczki tkanki płucnej, nie narażać zapadniętych okolic na przyssanie materjału zakaźnego.

Nie małą rolę gra kurczenie się bliznowate gojącej się tkanki gruźliczej w obrazie zmian anatomicznych. Wpływ mechaniczny tego kurczenia się nie ogranicza się wcale li tylko do okolicy zajętej gruźlicą (i do tych zdrowych wysepek pęcherzyków, które leżą między ogniskami i — rzecz prosta — ulegają niedodmie), ale sięga daleko; jak wielkie grają tu siły — dowodem przeciągnięcia narządów, zmiany w kształcie klatki piersiowej. Znów zagadnienie lecznicze: czy środkami mechanicznemi przeciwdziałać tym skutkom wtórnym gojenia się (gimnastyka), czy nie.

Leczenie odmą piersiową sztuczną, uciskiem, obok wpływu bezpośredniego, pobudzającego uciśnięte tkanki do bliznowacenia, ma też wpływ zapobiegawczy: uciskając i załamując oskrzela, buduje tamę szerzeniu się przez te oskrzela materjału zakaźnego. Otóż to samo czyni kurczenie się samoistne blizny.

I tu znajdziemy odwrotną stronę medalu mechaniczną: zaciśnięcie zakończeń oskrzeli, szczególniej średnich, ich unieruchomienie w tkance bliznowatej, pozbawia je możności wykształszenia zawartości, która zostaje stale trwającem niebezpieczeństwem, skąd — przy sprzyjających okolicznościach (n. p. rozmiękczenie blizny pod wpływem przygodnych chorób zakaźnych) powstać mogą nowe ogniska gruźlicze.

Ucisk na okolice zdrowe — przez blizny (jak i przez powiększony przedsionek lewy serca, przez wole, przez modzel złamanego żebra) wywołując niedodmę, załamanie się i skrzywienie oskrzelików — te same pociąga za sobą skutki, o jakich mówiłem wyżej. To samo, mniej więcej, należy powiedzieć o zrostach z opłucną, ucisku ze strony zgrubień opłucnej (szczególnie w szczytach, gdzie niema przestrzeni dopełniającej opłucnej).

Te wszystkie zakłócenia mechaniczne mają jedno wspól e z ostatnim z czynników mechanicznych, jakim kończy się moja tablica — z rozedmą.

Tem wspólnem jest — wpływ na prawą komorę serca. Blizny, wykluczające z obiegu naczynia chłonne i krwionośne, rozedma wykluczająca z obiegu tyle naczyń przebiegających w ścianach pęcherzyków, a zarazem zmniejszająca rozmiary ruchów oddechowych (co w sposób wielostronny odbija się na krążeniu krwi w jamie brzusznej i piersiowej) to wszystko odbija się fatalnie na krążeniu w płucach. Towarzyszące rozedmie sprawy oskrzelowe, wywołujące kaszel, też szkodzą krążeniu. Tu mamy pole do wkroczenia leczniczego, — czyniąc co w naszej jest mocy, by ulżyć pracy i płuca i serca.

Parę słów o zakażeniach wtórnych i tych sprawach kataralnych, jakie towarzyszą gruźlicy płuc przewlekłej. Te ostatnie należy leczyć bardzo starannie, ponieważ ubocznie źle wpływają na przebieg choroby głównej. Na pierwsze, na te mikroby, które obsiadają np. ścianki jam gruźliczych — rady nie mamy dotąd żadnej.

Przegląd piśmiennictwa

Medizinische Klinik.

Nr. 43.

Brünauer i Hass. **O rozpoznawaniu kiłowych zmian w stawach.** Autorowie podają zmiany w stawach, które zaliczają do II-giej grupy, jako *fungus albus syphiliticus*. Przychodzi tu do zniszczenia torebki stawowej, chrząstki, a nawet i kości, jednakowoż ropienia nigdy niema, w odróżnieniu od gruźlicy. Roentgenologicznie nie stwierdza się zaniku kości. Przy tej formie kiły stawów, chorzy odczuwają nieznaczne tylko bóle, a przy badaniu wyczuwa się pewien opór, gdy tymczasem przy gruźlicy jest staw ciastowaty. Do tej grupy zalicza autor przypadki dotyczące dzieci 10—12 letnich, u których najczęściej są zajęte oba stawy kolanowe, a należą te przypadki do kiły dziedzicznej, za czem przemawiają inne znamiona, jak nos siodełkowaty, miąższowe zapalenie rogówki, zęby Hutchinsona.

Do trzeciej grupy zalicza autor pojedyncze zapalenia stawów, jako *arthritis deformans*. Roentgenologicznie stwierdza się zgęszczenie substancji kostnej. Podobne zmiany stawowe występują przy *tabes*.

Brunn. **Działanie wyciągu przysadki mózgowej na pewne formy duszności.** Autor stosował przy dusznicy oskrzelowej, sercowej, przy rozedmie płuc, gruźlicy i wadach sercowych wyciągi przysadki mózgowej w ilości jednej ampułki dożylnie i miał bardzo dobre wyniki. Także w przypadkach wysokiego ciśnienia, pituitryna obniża ciśnienie.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że wyciągi przysadki mózgowej działają na naczynia środkowego układu nerwowego.

Autor tłumaczy działanie wyciągów przysadki mózgowej spowodowaniem skurczu naczyń w mózgu, przez co zmniejsza się wrażliwość ośrodka oddechowego i ośrodka krążenia krwi.

Munck. **O patologji choroby Stilla.** Autor opisuje chorobę Stilla jako mnogi gościec stawowy, występujący u dzieci a różniący się od innych zapaleń stawów powiększeniem śledziony i gruczołów chłonnych. Stawy są obrzękłe, jednakowoż nigdy nie przychodzi do zniszczenia kości ani chrząstek. Często spotyka się znaczny zanik mięśni. Ruchy czynne i bierne są bardzo upośledzone, czasem zauważa się żółte zabarwienie skóry, anemję i częste wymioty. Choroba ta trwa długo, jednakowoż nie jest połączona z żadnemi komplikacjami, ani też nie cierpi na tem rozwój fizyczny i umysłowy.

Nelken. **O występywaniu ciężkiej czkawki.** Autor podaje przypadki, w których ciężkie objawy czkawki sprowadziły zejście śmiertelne. Czkawka występująca przy nagminnem zapaleniu mózgu jest prawie zawsze dobrotliwa.

Autor podaje jako powód czkawki zwapnienie naczyń mózgowych, albo podrażnienie nerwu przeponowego w klatce piersiowej, które przechodzi reflektorycznie na ośrodek przeponowy w rdzeniu przedłużonym. Terapja polega na znieczuleniu lub wycięciu nerwu przeponowego, lecz nie jest polecana. Dr. *S. Arnoldówna* (Lwów).

Münch. mediz. Wochenschr.

Nr. 25. 1925.

Müller. **Znaczenie skóry dla działania insuliny.** Dotychczasowe badania przeprowadzone na królikach wykazały, że działanie insuliny w postaci wśródskórnych zastrzyków było szybsze niż przy stosowaniu podskórnem. Poziom cukru we krwi, obniżało się szybciej i dłużej na tym poziomie zostawało, a toksyczność środka była znacznie mniejsza, niż przy zastrzykach podskórnych.

Czy podobne wyniki dałyby się osiągnąć u ludzi, gdzie skóra ma swój autonomiczny układ nerwowy, nie wiadomo. W każdym razie doświadczenia te dowodzą ważnej roli,

którą zajmuje skóra, jako narząd, w t. zw. swoisto-biologicznych przejawach ustroju.

Hoff. **O wśródskórnej djagnostyce raka.** Opierając się na znanym fakcie, że rozmaite osobniki oddziaływują w różnoraki sposób na zastrzyki wśródskórne, stosuje autor wśródskórne injekcje surowicy celem rozpoznania raka. Chorym, u których bądź to zachodziło podejrzenie, bądź też stwierdzono raka, wstrzykiwał wśródskórnie surowicę (w ilości 0,1 cm^3), pobraną u naświetlanych leczniczo promieniami Roentgena z powodu raka.

Obok tej surowicy chorych, wstrzykiwał autor dla kontroli także surowicę zdrowych ludzi, przyczem się okazało, że najlepiej wstrzykiwać surowicę pobraną u chorych w 3 godziny do $3^1/_2$ miesiąca po naświetlaniu.

Jeśli odczyn skórny obu surowic jest jednakowy, należy go uważać jako ujemny, za dodatni uważa się wówczas, gdy w miejscu zastrzyknięcia surowicy »rakowej« powstaje fioletowa plamka dochodząca do wielkości grosza. Z 26 odczynów w 14-tu przypadkach pewnego raka, wypadło 23 dodatnio, zaś w 24 odczynach u nierakowych, 19 były ujemnych odsetek dość znaczny, jak na odczyn swoisty.

Technika zastrzyków niezbyt łatwa, odczyn występuje w 48 godz. po zastrzyku, trwa kilka—kilkanaście dni.

Zimmer. **Przejście od nieswoistego leczenia parenteralnie wprowadzonemi ciałami białkowemi, do leczenia regulującego bodźcami drażniącemi.** Teorja nieswoistego leczenia parenteralnie wprowadzonem białkiem, uległa dziś znacznym zmianom, przekonano się bowiem o niesłuszności dawnego mniemania, że chodzi tylko o ogólne uczynnienie zarodzi przez ogólno-komórkowe, nie wybiórcze, nie etiotropowe, działanie nieswoiste ciał proteinowych.

Na miejsce tego pojęcia powstaje nowe określenie scharakteryzowane jako proces drażniący, który z czasem zmienia się w pojęcie leczenia drażniącego. W tem leczeniu zajmuje proteino-terapja tylko małą część.

Istota leczenia drażniącego polega na wybiórczem działaniu na systemy komórek i narządów, które pozostają w stanie nienormalnego podrażnienia. Działanie ma być regulujące, a po usunięciu zewnętrznych, względnie wewnętrznych czynników szkodliwych ma sprowadzić napowrót stan normalny.

W każdej chorobie należy podniecać swoiste lecznicze siły ustroju małemi dawkami drażniącemi, które powinny wywołać tylko takie odczyny, jakie do osiągnięcia leczniczego celu są niezbędnie potrzebne.

Kretschmer. **Wyniki osiągnięte wstrzykiwaniem krwi zwierzęcej przy gruźlicy wieku dziecięcego.** Opisany szereg przypadków gruźlicy wieku dziecięcego, gdzie nastąpiło polepszenie po zastrzykach preparatu krwi zwierzęcej: »*Hämoprotin*«. Odczyny ogólne i miejscowe po zastrzykach dość słabe, następuje spadek gorączki, poprawa stanu ogólnego, przybytek wagi.

Dotychczas dość mało jest doświadczenia, czy poprawa następuje stała, a także, czy należy po pewnym czasie leczenie zastrzykiwaniami powtórzyć.

Wollny. **Doświadczenia z »tetrophanem«.** Środek stosowany przy całym szeregu schorzeń nerwowych nie daje jednak dodatnich wyników.

Fr. Czobanówna (Lwów).

Cuore e circolazione.
Rocznik VIII. 1924. Z. 8.

Castellotti. **Przyczynek do badania ciśnienia żylnego. Kilka uwag o sposobach bezpośredniego oznaczania.** Zasadniczo ważna kwestja oznaczania ciśnienia krwi w żyle u człowieka stanowi ustawicznie przedmiot żywej dyskusji.

Po kilku krótkich uwagach o dotychczasowych niektórych sposobach oznaczania ciśnienia żylnego krwi u człowieka (Moritz, Tabora, Claude, Castellotti) poświęca autor obszerniejszą wzmiankę przyrządowi Corradi, opisanemu dokładniej przez autorkę w jednym z ostatnich zeszytów »*Le malattie del cuore e dei vasi*«. Wedle zdania autorki miał przyrząd ów mieć pewne dodatnie strony, dzięki swej konstrukcji, i okazać się praktyczniejszym od używanych dotąd. Autor na podstawie przeprowadzonych doświadczeń dochodzi tym czasem do wniosku, że aparat Corradi nie nadaje się do mierzenia dokładnego ciśnienia w żyle, raz dlatego, że powietrze zawarte w rurze łączącej manometr z żyłą tudzież w połowie ramienia jego, jako niewyjałowione przedstawia niebezpieczeństwo dla krwi, powtóre, że zmieniając swą objętość wobec ciepłoty krwi, wpływa na wynik niekorzystnie. Ponadto, podczas gdy manometry zarówno Tabory, jak Castellottiego i i. wymagają ustawienia poziomu cieczy manometrycznej na wysokości serca (przedsionka), autorka mylnego jest zdania, że uwaga ta staje się wobec jej manometru zbędna, a fakt, który ona sama podnosi, »że zerowa podziałka nie jest w manometrze jej systemu stałą«, jest stroną ujemną. Z doświadczeń okazuje się bowiem, że inne wartości uzyskuje się przy ustawieniu »zerowem« manometru, a inne przy nieuwzględnieniu tego prawidła.

A. Rossi. **Przyczynki elektro-cardiologiczne. Związek między zjawiskami elektrycznemi a mechanicznemi skurczu serca i ich znaczenie w djagnostyce klinicznej.** Na podstawie elektrokardiogramów, kardiogramów i flebogramów należy przyjąć, że zjawiska elektryczne w sercu nie przebiegają współcześnie ze zjawiskami mechanicznemi, ale wyprzedzają te ostatnie. O niezależności zjawisk pierwszych i drugich świadczyć mogą między innemi takie fakty, że n. p. chociaż serce prawie że przestaje się kurczyć po usunięciu wapnia z płynu odżywczego, mimoto fala elektryczna utrzymuje się nadal, że, chociaż skutkiem działania chininy lub muskaryny skurcze komór i przedsionków ustają zupełnie, igła galwanometru wykonuje ustawiczne ruchy oscyllacyjne i i. Zjawiska elektryczne są zatem wyrazem tych jakichś procesów, które poprzedzają skurcz, i dzięki którym skurcz przychodzi do skutku. Nie są one więc zależne od zjawisk mechanicznych, jakkolwiek z drugiej strony nie można powiedzieć, by było odwrotnie. Przyczyna może bowiem nie zależeć od skutku, ale ten ostatni nie może nie zależeć od swej przyczyny.

Rozumiany w tym sensie związek między zjawiskami mechanicznemi a elektrycznemi w sercu może być rozpatrywany z dwu punktów. Czy istnieje, biorąc ogólnie, prawo zawisłości między siłą skurczu z jednej a różnicą potencjałów czyli wysokością krzywej elektrograficznej z drugiej strony? A jeżeli istnieje, to o ile i do jakiego stopnia? Abstrahując od stosunków tych, o ile dotyczą one komór, gdyż badania zjawisk elektrycznych i mechanicznych w tej mierze nie pozwalają na wnioski ogólniejszej natury, wiemy, że dla przedsionków związek w znaczeniu powyższego pytania wypada dopuścić: wzmożonej pracy tego odcinka serca odpowiada wyniesienie w elektrogramie krzywej *P*. Fakt ten można obserwować w przypadkach patologicznych, a równie w doświadczeniu, zmuszając serce do wydatniejszej pracy. Drażnienie nerwu błędnego, jak wiadomo, wywołuje wzmożenie tonus przedsionka a tem samem zmniejszenie siły kurczliwości. W tych razach widzi się zmniejszenie się fali *P*. Musi się więc przyjąć, że energia skurczowa przedsionka pozostaje w ścisłym związku z siłą bodźca, automatycznego, a fakt ten jest znaczenia pierwszorzędnej wagi. Bowiem stawia on mięsień sercowy na równi z innymi mięśniami ustroju, które na silniejszy bodziec odpowiadają wydatniejszym skurczem a tem samem staje w sprzeczności ze znanem w fizjologji serca prawem Bauditscha „wszystko lub nic«.

Analogiczne stany należy niewątpliwie przyjąć i dla komór. Fakt, że nerw błędny wywołuje wprost przeciwne sobie stany napięcia komór i przedsionków, tudzież związane z niemi odrębne zjawiska elektryczne, dowodzi, że między stanem elektrycznym serca a między stanami napięcia poszczególnych odcinków serca istnieje tego rodzaju stosunek, że zwiększeniu się napięcia odpowiada osłabienie stanów elektrycznych, zmniejszeniu wzmożenie. Odnosi się to zarówno do przedsionków, jak do komór, jakkolwiek co do tych ostatnich badania mają jeszcze wiele do zrobienia.

Stwierdzenie owego związku między zjawiskami mechanicznemi serca a szczególniej przedsionków i stanami elektrycznemi może znaleźć zastosowanie w klinice, dla zorjentowania się w energji skurczowej przedsionków. Badania odnośne, dotyczące, nie jednostek, ale całych pewnych grup,

dla wyeliminowania wpływów indywidualnych, i ustalenia tego, co jest prawem ogólnem, może i powinno przynieść klinice doniosłe dane rozpoznawcze.

Łuczyński (Lwów).

Deutsche Zeitschr. f, Nervenhkd.
T. VIII. Z. 5—6. 1924.

B a n t z R u d o l f. **Samoistna odma piersiowa w przebiegu ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia.** Historja choroby jednego przypadku ostrego zapalenia rogów przednich z rzadkiem powikłaniem pod postacią odmy piersiowej. Na sekcji stwierdzono bardzo znaczną rozedmę płuc, w rdzeniu zmiany odpowiadające świeżej *poliomyelitis ant. acuta.* Powstanie odmy tłumaczy autor w ten sposób, że wskutek porażenia mięśni klatki piersiowej wydech był niemożliwym, podczas gdy wdech był jeszcze utrzymany, gdyż posiłkowe szyjne mięśnie oddechowe były czynne; w ten sposób gromadziła się coraz większa ilość powietrza w płucach, co spowodowało pęknięcie rozdętych pęcherzyków płucnych i powstanie odmy piersiowej.

R e i c h m a n. **Przyczynek do kliniki, w szczególności do rozpoznawania pachymeningitis haemorrhagica interna.** Na podstawie własnych spostrzeżeń klinicznych dochodzi autor do wniosku, że pod względem etjologji należy oddzielić *pachymeningitis haemorrhagica interna* u osesków od tejże postaci chorobowej u dorosłych; u osesków ważnym czynnikiem etjologicznym bywają sprawy zapalne w nosie, u dorosłych zaś zatrucia zewnątrz lub wewnątrz pochodne, wraz z następowemi zmianami naczyniowemi. Uraz niema w obu postaciach większego znaczenia. Co się tyczy obrazu klinicznego, to u dorosłych charakterystycznym jest brak trwałych porażeń lub zaburzeń w odruchach ścięgnistych oraz zmienność objawów porażennych; u dzieci częściej zdarzają się krwotoki na dnie oka aniżeli u dorosłych, natomiast bywa u dorosłych płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy, co się nie zdarza u dzieci. Sztuczna odma mózgowa (*encephalographia*) ułatwić może w pewnych przypadkach rozpoznanie i odróżnienie od nowotworów mózgu. Leczniczo poleca autor upuszczenie znaczniejszej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego i doprowadzenie w jego miejsce odpowiedniej ilości gazu.

N e i d i n g A. **Zmiany w systemie nerwowym u robotników tytoniowych.** Na podstawie badania 1025 robotników we fabrykach tytoniu w Odessie zestawia autor zaburzenia ze strony systemu nerwowego, które należy odnieść do szkodliwego działania nikotyny. Obok znanych objawów, jak bóle i zawroty głowy, parestezje, stwierdził autor w 112 przypadkach dodatni objaw Biernackiego, w całym szeregu przypadków obustronne obniżenie odruchu rogówkowego, w kilku przypadkach jednostronne zupełne zniesienie tego odruchu i obniżenie po stronie drugiej. Objawy wielopostaciowego zajęcia nerwów obwodowych są stosunkowo rzadkie.

G a l a n t J. S u s s m a n. **Co to jest mrowienie?** Mrowienie należy do kategorji czucia bólu. Opierając się na zapatrywaniu, że czucie bólu pozostaje w związku z czynnością układu sympatycznego, autor przyjmuje, że mrowienie jako specjalny rodzaj bólu jest następstwem stanu zadrażnienia włókien sympatycznych w skórze.

R e h b e r g. **Myotoniczne zaburzenia ruchowe wywołane działaniem tetrophanu.** Tetrophan, zastosowany w jednym przypadku choroby Friedreicha wywołał wyraźne objawy myotoniczne u tego chorego.

Rothfeld (Lwów).

Bulletins et Memoires de la Societé Anatomique de Paris.
Nr. 7. 1924.

M a u r i c e L e t u l l e. **Rusztowanie elastyczne oskrzeli chrząstkowych w stanie prawidłowym i w stanie patologicznym.** Oskrzela chrząstkowe czyli pozapłatowe posiadają w okresie zdrowia trzechwarstwowe rusztowanie: elastyczne, mięśniowe (gładkie) i chrząstkowe. Znaczenie pierwszej warstwy nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlone, pomimo poznania zachowania się jej w szeregu spraw chorobowych przewodu oddechowego. W przebiegu ostrych chorób zakaźnych zmiany błony śluzowej są wogóle jednostajne i występują przeważnie ogniskowo wzdłuż większych pni oskrzelowych. Zmiany ostro przebiegające, często nawet o charakterze ropnym o ile nie kończą się zejściem śmiertelnem, przechodzą w stan przewlekły i niekiedy występują w postaci typowych zwężeń, zależnych od przebytego zapalenia dooskrzelowego. Inaczej się zachowuje warstwa elastyczna w kile i gruźlicy, w przebiegu których to schorzeń warstwa elastyczna zajmuje naczelne miejsce w występujących zmianach. Gruźlica w postaci zapalenia serowatego szybko prowadzi do zniszczenia włókien elastycznych, inne jej postaci nie mają tak wielkiego wpływu na oskrzela chrząstkowe, powodując zmiany włókniste, w których włókna elastyczne ulegają resorbcji albo przerostowi. Kiła w przeciwstawieniu do gruźlicy wykazuje chętną dążność do usadowienia się w oskrzelach, zaznaczając się wybitnemi zmianami w rusztowaniu elastycznem oskrzeli a które rozszerzają się z biegiem trwania choroby na warstwę mięsną i chrząstkową. Zwykłym obrazem tego schorzenia są najczęściej stwierdzane rozstrzenie oskrzeli ze zniekształceniami bliznowatemi i pozaciąganiami samego miąższu płucnego. Zmiany kiłowe utkania elastycznego oskrzeli bywają dwojakiego rodzaju: zanikowe i przerostowe. Pierwsze znamionują się rozległością zmian, a w obrazie histologicznym nieraz znacznie się wyróżniają od przerostowych zmian tętnic oskrzelowych, które jednocześnie są zaatakowane przez krętka bladego (*Panateriitis vegetans hyperplastica);* równolegle do tego postępuje zanik części elastycznej oskrzeli chrząstkowych, powodując rozstrzeń oskrzeli zwłaszcza w rozgałęzieniach oskrzeli pozapłatowych. Rzadziej występuje 2-ga postać o charakterze przerostu części elastycznej, którą autor spostrzegał zaledwie jeden raz. Obrazy drobnowidowe tych najrozmaitszych zmian w pracy autora przekonywują, że rozpoznanie zatem różniczkowe zmian w oskrzelach w przebiegu kiły i gruźlicy jest rzeczą możliwą, a opiera się na zupełnie pewnych znamionach patognomicznych.

Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich.
T. II.

Z. M i c h a l s k i. **Cholesteryna a gruźlica płuc.** Autor badał histochemicznie zawartość lipoidów w nadnerczach ze zwłok osób gruźliczych w 51 przypadkach, wychodząc z założenia, że istnieje pewna równoległość zawartości lipoidów we krwi z ich zawartością w korze nadnerczy. Daje się stwierdzić ogólne obniżenie ilości lipoidów w korze nadnerczy u wszystkich chorych na gruźlicę, u których gruźlica zgon spowodowała. Obniżenie tej ilości jest najwyraźniejsze w stosunku do cholesterynjanów. Większe ilości lipoidów wogóle, a w szczególe cholesterynjanów znajduje się u osób: *a*) u których gruźlica nie spowodowała zgonu, a przyczyną jego nie była choroba ostra zakaźna lub rak; *b*) u osób, u których, sądząc z obrazu anatomo-patologicznego, gruźlica miała przebieg łagodniejszy i długotrwały, a więc u osób ze zwiększoną w stosunku do gruźlicy opornością. Nadzwyczaj mało lipoidów i cholesterynjanów lub brak zupełny cholesterynjanów u osób młodszych, z gruźlicą o charakterze złośliwym, czasem nawet przy stosunkowo małych zmianach w płucach. Chcąc potwierdzić wyniki powyższe przez doświadczenie autor badał nadnercza zwierząt pracownianych, które wypadły zgodnie z badaniami wielu innych autorów stwierdzającemi znaczne zmniejszenie się cholesterynjanów w korze nadnerczy przy ciężkiej gruźlicy. Badania kliniczne autora pozwalają wnioskować, że zawartość i cholesteryny nie można zastosować ani jako wskaźnika do rokowania, ani uzgodnić z żadnym z badanych objawów stanu krwi. Zastanawiając się nad pytaniem, gdzie się podziewa cholesteryna, której naogół chory na gruźlicę ma o tyle mniej, autor wykazuje, że ustrój chorego na gruźlicę wszelkiemi możliwemi drogami wydziela cholesterynę we wzmożonej ilości. W związku z wpływem cholesteryny już nie bezpośrednio na zarazek, ale na przejawy gruźlicy w płucach, autor wykonał ostatnią serję swych badań histochemicznych nad usadowieniem się lipoidów i cholesterynjanów w płucu, zmienionem gruźliczo. Autor stwierdził lipoidy we wszystkich badanych przypadkach w ilościach nader różnych w płynie wysiękowym, ściętym w pęcherzykach płucnych; tylko w niektórych gruzełkach, przyczem układanie się lipoidów było niejednakie; w niektórych komórkach olbrzymich w środku pod-

kówki, utworzonej przez jądra. Autor sądzi, że tak na zasadzie przytoczonych danych z piśmiennictwa, jak i własnych badań, można wypowiedzieć przypuszczenie, że cholesteryna jest w gruźlicy płuc ciałem dla ustroju ochronnem. Badania nad stosunkiem cholesteryny do gruźlicy płuc otwierają szerokie pole dla doświadczeń w lecznictwie, które powinny sprawę postawionych przez autora przypuszczeń ostatecznie rozstrzygnąć. Już przez odpowiedni dobór pożywienia, korzystając z ciał bogatszych w cholesterynę, można ilość cholesteryny w ustroju chorego na gruźlicę zwiększyć. Przy wprowadzeniu jednak cholesteryny z pokarmem, powinna być prowadzona kontrola, czy dany osobnik zdoła tą drogą cholesterynę przyswoić, W przeciwnym razie możnaby pomyśleć o innym sposobie wprowadzania cholesteryny.

L. Skubiszewski. **Mikrofizjologja przysadki mózgowej w związku z nadmiernem wydalaniem moczu przy śródmiąższowem przewlekłem samorodnem zapaleniu nerek.** Autor zajął się badaniami przypadków przy przewlekłem samorodnem śródmiąższowem zapaleniu nerek w tym kierunku, by ustalić wzajemne stosunki komórek, ilość komórek w znaczeniu przewagi jednych nad drugiemi, rozrost tkanki łącznej, ilość kolloidu i charakter jego i zarazem porównywał te obrazy z obrazami mikroskopowemi przysadki w innych schorzeniach, a także z obrazami opisowemi i rysunkami różnych autorów, a dopiero potem przechodził do badań szczegółowych poszczególnych komórek. Na podstawie tych badań autor dochodzi do wniosku, że nadmierne moczenie być może przy samorodnem śródmiąższowem przewlekłem zapaleniu nerek ma swoją przyczynę w przysadce i stoji w pewnym związku z obecnością nadmiernej ilości komórek zasadochłonnych i wrastaniem ich głęboko do części tylnej, z drugiej zaś strony z nadmierną czynnością tychże komórek. Pogląd ten autor opiera głównie na tem, że komórki zasadochłonne, jak to się widzi z poszczególnych opisów, okazują cały szereg zmian, świadczących o nadmiernej ich czynności. Tak więc nie niedomoga przysadki mózgowej, jak przypuszczano dotąd, lecz prędzej jej nadczynność związana jednak tylko z grupą komórek zasadochłonnych, wpływać może na nadmierne wydzielanie moczu przez nerkę.

Mse Semerau-Siemianowski i Tadeusz Milewski. **Wpływ wody przekroplonej wprowadzonej dożylnie na krew ludzką.** Woda przekroplona wprowadzona dożylnie, wbrew utartym a niezawsze jasno sformułowanym poglądom w stosowanych przez autorów ilościach od 1—1½, a nawet do 2 cm^3 na 1 kg wagi, nie stanowi zabiegu szkodliwego, a tem mniej niebezpiecznego. Pewne zresztą nieznaczne objawy podmiotowe i przedmiotowe nigdy nie przekraczają natężenia, które zwykle spotykamy przy podobnych zabiegach. Zaznaczyć należy, że te nieznaczne objawy w postaci lekkich dreszczy, poboliwania głowy, osłabnięcia, pewnieby się jeszcze bardziej zatarły, gdyby badani byli leżeli w łóżku, a nie jak przeważna część studentów, pracowali i uczęszczali na wykłady. Przebieg odczynu po dożylnem wlewaniu wody przekroplonej odpowiada w ogólnych zarysach temu, co nazywamy wstrząsem koloidowym. Wstrząs ten przejawia się tu w przejściowem opadaniu, a potem narastaniu liczby neutrofilów, trwalszem opadaniu limfocytów, obniżaniu się wskaźnika refraktometrycznego białka surowiczego, zwiększeniu się krzepliwości, początkowem podniesieniu się a potem opadnięciu parcia tętniczego i do pewnego stopnia także początkowem obniżeniu się ciepłoty, które po paru godzinach przechodzi w lekkie jej podniesienie. Wobec tego działanie wody przekroplonej może być przyrównane do działania ciała klejowatego z tą różnicą, że ciała te wprowadzamy już przygotowane, natomiast woda przekroplona stanowi rozpuszczalnik, który z rodzimego białka surowiczego u danego osobnika uwalnia obce dla jego ustroju ciała klejowate, względnie zmienia budowę fizyczną rodzimych. Ważną składową częścią odczynu, niespostrzeganą w tym stopniu po innych środkach wywołujących wstrząs koloidowy, jest zachowanie się czerwonych krwinek, które u ¾ badanych w drugiej połowie drugiej godziny przejściowo narastają, a potem opadają do punktu wyjścia. Narastanie liczby krwinek czerwonych w tym okresie badania nie jest wywołane przez czynniki naczynioruchowe, które jeszcze w pierwszej godzinie po zabiegu grają większą lub mniejszą rolę. Przyczyna tego odczynu nie leży także w samym fakcie dożylnego wprowadzenia większej ilości płynu, jako takiego, gdyż po rozczynie soli fizjologicznym i hipertonicznym stwierdza się brak takiego wyniku, a nawet po rozczynie hipertonicznym wprost odwrotny skutek. Natomiast odczyn erytrocytowy stoji w związku ze zmianą fizyko-chemicznej budowy krwinek, znajdujących się w styczności z surowicą rozcieńczoną do hypotonji przez wodę przekroploną, ich zaś rozpad w układzie erytroftenicznym uwalnia substancje, działające pobudzająco na szpik kostny.

Praktyczne zastosowanie wyniku niniejszych spostrzeżeń polegać może na wyzyskaniu opisanego odczynu erytrocytowego, o ile się okaże stałym nietylko w naczyniach obwodowych, jako metody czynnościowego badania narządu krwiotwórczego, ewentualnie także jako czynnika leczniczego, czy to w znaczeniu ogólnej proteinoterapji, czy w znaczeniu środka pobudzającego dorywczo, ale dość fizjologicznie, szpik kostny.

M. Landsberg. **Studja nad wstrząsem hemoklastycznym. (Doświadczenia i uwagi krytyczne nad istotą oraz mechanizmem hemoklazji pokarmowej).** Autor stara się na podstawie badań obcych oraz własnych udowodnić lub uczynić prawdopodobnem, że podczas wstrząsu hemoklastycznego pokarmowego w stanach niedomogi wątroby rzeczywiście zachodzą zmiany w układzie koloidowym osocza; zmiany te dążą w kierunku konsolidacji białek osocza i charakter ich odpowiada tym zmianom, które wykrywamy po pozajelitowem podaniu białka i przy wydolnej wątrobie. Ciała białkowe osocza na wysokości wstrząsu anafilaktycznego znajdują się w stanie wzmożonej dezintegracji t. j. wręcz odmiennie do wstrząsu hemoklastycznego, zmiany te, zarówno w przypadku takiego wstrząsu, jak i podczas wstrząsu anafilaktycznego, nie są przyczyną wszystkich innych przejawów nadwrażliwości, lecz na równi z niemi tylko skutkiem zadziałania na unaczynienie lub miąższ wątroby słabszych lub mocniejszych urazów. Zależnie od siły tego urazu (lub też od uczulenia narządu regulującego) występują zaburzenia koloidów osocza typu hemoklastycznego lub też anafilaktycznego; urazem takim dla wątroby schorzałej może być i spożycie większych ilości białka i nawet płynów bezbiałkowych i w ten sposób objawy, opisane przez Widala i jego współpracowników, jako wynik krążenia we krwi spożytego i przez schorzałą wątrobę niezasymilowanego białka, są tylko skutkiem podrażnienia tego narządu.

St. Pieńkowski. **Zaburzenia psychiczne przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu.** Autor obszernie omawia stronę objawową zaburzeń psychicznych, spotykanych przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu, uwzględniając jak najszerzej okres choroby i inne objawy, bądź ogólne, bądź też nerwowe. Zaburzenia psychiczne w nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu są objawem stałym i spotyka się je we wszystkich okresach tej choroby. W ostrych okresach choroby dwa główne stany psychiczne nadają charakter obrazom klinicznym: bredzenie i otrętwienie. W dalszych okresach choroby bredzenie ma skłonność do znikania, otrętwienie do wzrastania. »Letarg« ostrego okresu, to pojęcie zbiorowe, na które składa się kilka pierwiastków. W skład jego wchodzą: *a)* właściwa senność, jako objaw fizyczny, zależny od zaburzeń toksyczno-zakaźnych; *b)* przymroczenie świadomości jako składnik bredzenia; *c)* właściwe »otrętwienie«. W dalszych okresach choroby znikają z »letargu« dwa pierwsze składniki, pozostaje trzeci. Zaburzenia psychiczne w przewlekłych czy następowych okresach nagminnego śpiączkowego zapalenia mózgu spotyka się stale. Występują one w ogromnej większości przypadków w postaci zupełnie jasnych zmian charakteru o różnem tylko natężeniu. Jako charakterystyczne cechy dla śpiączki nagminnej należy przyjąć: silne podkreślenie »otrętwienia«, fazowy przebieg zaburzeń psychicznych, zejściowe zaburzenia dotyczące charakteru. Najczęstsze stany następowe w nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu, zwane parkinsonizmem, charakteryzują się rozszczepieniem w zakresie układu wegetatywnego,

ruchów wyrazowych, ogólnych i zautomatyzowanych — z jednej strony i dowolnych — z drugiej strony. Podobnie i zaburzenia psychiczne, najczęściej spotykane w tych stanach, charakteryzują się: rozszczepieniem w zakresie afektów i popędów z jednej strony i intelektu z drugiej. Istnieje duże podobieństwo między zaburzeniami psychicznemi, spostrzeganemi w późnych okresach nagminnego śpiączkowego zapalenia mózgu, a opisywanemi przy wszelkich innych chorobach nerwowych, charakteryzujących się objawami o typie pozapiramidowym. Inne objawy psychiczne, spotykane w różnych okresach nagminnego śpiączkowego zapalenia mózgu, stanowią znikomą mniejszość i zależą częściowo od czynników konstytucjonalnych lub natężenia choroby.

T. Bartoszek. **Przyczynek do zboczeń w przebiegu żyły podkolanowej.** Opis przypadku, który dotyczył kończyny dolnej prawej.

J. Olbrycht i M. Ramułt. **O zmianach w nadnerczach we wstrząsie anafilaktycznym i po pozajelitowem wprowadzeniu różnych ciał białkowych.** Doświadczenia autora na najrozmaitszych zwierzętach wykazały, że nadnercza oddziaływują, na wprowadzenie do ustroju najrozmaitszych ciał w celu wywołania ostrych i przewlekłych wstrząsów anafilaktycznych, trojakiego rodzaju zmianami: przekrwieniem i wybroczynami, zmniejszeniem się substancji chromochłonnej, wreszcie zmniejszeniem się lipoidów. Ponieważ tę trójkę *(trias)* zmian spotyka się w sprawach najrozmaitszej przyrody, przeto nie mogą one być uważane za znamienne dla jednej tylko sprawy chorobowej, a dowodzą współudziału nadnerczy w najrozmaitszych sprawach, toczących się w ustroju. Wreszcie ten wynik nakazuje poddać rewizji dotychczasowe poglądy na rozpoznanie śmierci z niedomogi nadnerczowej na podstawie obrazu histologicznego nadnerczy.

J. Jarkowski. **Przyczynek do wyjaśnienia czynności ciałek prążkowanych.** Autor stara się dołączyć do ogólnego wysiłku pewien przyczynek, wynikający z badań klinicznych, jakie od paru lat prowadzi z prof. Babińskim na jego oddziale. Badania zaburzeń parkinsonowych wykazały zależność tych zjawisk od czynności mięśni przeciwniczych, a mianowicie od ich czynności odczynowej. Najprostszem przejawieniem się tej czynności jest opisany przez autorów »objaw przeciwników«, który polega na tem, że nieznaczne poruszenie odcinka wywołuje nagły skurcz mięśnia, który temu ruchowi mógłby się sprzeciwić. W chorobie Parkinsona jest ten objaw znacznie wzmożony, mniej zależny od woli, i przedstawia, zdaniem autorów, zasadniczy składnik objawów chorobowych. Z drugiej strony w choreoatetozie autorowie stwierdzili t. zw. odwrócenie ruchów dowolnych, które polega na tem, że wola chorego przejawia się w ruchach odwrotnych do tych, jakie chory zamierzał wykonać. Tłumaczą oni to zjawisko również wzmożeniem czynności mięśni przeciwniczych, ale ich czynności współczynnej, powszechnie uznanej. Opierając się na ogólnie przyjętych danych anatomo-patologicznych, dochodzą autorowie do wniosku, że istnieje antagonizm między ciałkami prążkowanemi a owym układem przeciwniczym i że zwłaszcza *neostriatum* przeciwstawia się czynności współczynnej przeciwników, a *paleostriatum* — ich czynności odczynowej. Autorowie przypuszczają, że ciałka prążkowane wywierają na układ przeciwniczy ten wpływ niweczący, przeciwstawiając jego czynności swą własną czynność ruchową. Badania nad odruchami przeczulnemi (obronnemi mózgowemi) skłaniają autorów do przypuszczenia, że odruchy te przebiegają w drodze pozapiramidowej jąder podstawnych i że ciałka prążkowane, zwłaszcza kula blada, są jednem z ogniw ich łuku. Istotnie, odruchy przeczulne są zniesione w chorobie Parkinsona. Odruchy te są przykładem „odczynów ekspanzywnych", które są jakby odpowiedzią na podrażnienie zewnętrzne osobnika, jako całości, i tem się różnią od odruchów odcinkowych. Prawdopodobnem jest, że te odczyny posługują się drogą pozapiramidową i, chociaż nie możemy określić dokładnego podłoża anatomicznego każdego z nich, mamy prawo przypuścić, że ciałka prążkowane uczestniczą, przynajmniej w pewnej mierze, w tej ekspansywnej czynności jednostki. Wedle autorów właśnie ta czynność ekspanzywna jest siłą, która się przeciwstawia czynności mięśni przeciwniczych. Przechodząc do określenia roli ciałek prążkowanych w ogólnym układzie ruchu, autorowie wysuwają fakty następujące: 1. przewaga m. m. przeciwniczych w chorobie Parkinsona zanika przy wykonywaniu ruchu dowolnego; 2. zniesienie ruchów dowolnych przy uszkodzeniu ciałek prążkowanych zanika chwilowo w przypadkach kinezji paradoksalnej, pod wpływem wzruszenia. Dlatego autorowie dochodzą do konieczności rewizji schematu ruchu. Aparat pozapiramidowy, przebiegający przez jądra podstawowe mózgu, w którym ciałka prążkowane są jednem z ogniw, wydaje się autorom zasadniczem źródłem czynności ruchu osobnika, narządem jego »proto-energji«. Dane anatomiczne, psychologiczne, kliniczne, dobrze się godzą z taką koncepcją. *W. Janusz* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 11—12: T. Browicz: Czy eksperymenta ostatniej doby rozjaśniają istotę raka? — A. Karwowski: Lekarz praktyczny a choroby weneryczne. — St. Ławrynowicz: W sprawie zastosowania proteinoterapji w chorobach zakaźnych ostrych. — St. Laskiewicz: O zmianach w głównych drogach oddechowych na tle skaz ustroju oraz niektórych zaburzeń przemiany materji. — J. Bajoński: Stosunek ciałka i gruczołu śródmiąższowego do ciąży. — Truszczyński: Próby i skuteczny sposób leczenia czerwonki.

Nowiny Psychjatryczne Nr. 10—12. B. Swietłow: Kilka uwag o niewłaściwem używaniu terminu *»moral insanity«* na tle spostrzeganego przypadku sądowego. — T. Frąckowiak: O wartości klinicznej objawu małego palca u nogi.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. II. z. 1. 1924. Ś. p. prof. Walery Jaworski. — Z. Gorecki: O zmleczonych płynach z jam surowiczych. — S. Sterling-Okuniewski: Z badań nad eozynofilemją — Wł. Filiński: Badania nad wydzielaniem trzustkowem w kamicy żółciowej oraz wrzodzie trawiennym żołądka i dwunastnicy. — J. Węgierko: Badania nad fizykalno-chemicznemi własnościami osocza i surowicy w rozmaitych stanach chorobowych. — L. Jelenkiewicz: Kilka uwag w sprawie zgłębnikowania dwunastnicy w cierpieniach wątroby. — T. Tempka: *Morbus maculosus Werlhoffi. Anaemia aplastica.* — J. Landsberger: O wartości klinicznej określenia zawartości bilirubiny we krwi, metodą Hymansa van de Bergha.

Przyroda i Technika. Z. 10. 1924. L. Bykowski: Lamarck i lamarckizm. — K. Malsburg: O pochodzeniu zwierząt domowych. — H. Raabe: Bagna Pontyńskie. — Miscelanea.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 22 października 1924.

Przewodniczy: prof. Majewski.
Obecnych 119 członków.

Kol. Bociański przedstawia chorą z oddziału Państw. Szkoły Położnych **ze zmianami nerkowemi, powikłanemi ciążą.** Chora 29 letnia w chwili przybycia do Szpitala wykazywała silne obrzęki na całem ciele, ból w tyle głowy i znaczne upośledzenie wzroku, które datowało się od dnia poprzedniego. Badaniem stwierdzono w moczu dużą ilość białka (około 4‰), oraz wałeczki szkliste, ciałka białe i pojedyncze krwinki czerwone. Ciśnienie krwi 180—195 Hg. R. R. pozatem znaczny przerost serca, zaakcentowanie II. tonu, szczególnie silne nad tętnicą płucną, na dnie oka zaś zmiany odpowiadające neuroretinitis albuminurica. Chora zaszła w ciążę przed 7-miu miesiącami. Przedtem zawsze czuła się zdrowa, tylko w 1916 roku przechodziła dur brzuszny. Obrzęki pojawiły się na miesiąc przed przyjściem do szpitala. Na podstawie badań klinicznych i rozbiorów (zwiększona ilość resztek azotowych w surowicy krwi około 60 mgr) rozpoznano zapalenie chroniczne nerek, powikłane zatruciem wskutek rozwijającej się ciąży i z dołączeniem się objawów t. zw. nerki ciężarnych. Ze względu na stan ogólny i grożącą ślepotę przystąpiono natychmiast do zabiegu operacyjnego, który polegał na usunięciu jaja płodowego drogą pochwowego cięcia cesarskiego. Przebieg pooperacyjny bez powikłań i bez podniesienia ciepłoty. Obrzęki nie ustępowały przez tydzień, wzrok nie tylko nie poprawił się, ale w ciągu dwóch dni po operacji rozwinęła się zupełna śle-

pota, która utrzymuje się bez zmiany, mimo, że pod wpływem dokonanego przerwania ciąży z powodu leczenia djetetycznego stan ogólny chorej wybitnie się poprawił. W leczeniu stosowano dwukrotnie upust krwi, nakłucie lędźwiowe, djetę głodową 2 dni, potem mleczno-mączną z ograniczoną ilością płynów. Nawiązując do przypadku co dopiero opisanego, omawia kol. B o c i a ń s k i sprawę pojmowania schorzeń nerek, spotykanych w ciąży. Wskazuje na pewne różnice zdań i zapatrywań pod tym względem u różnych klinicystów. Wiele ciekawego przynieść mogą badania osadu moczu na obecność substancyj lipoidalnych. Szczególne trudności rozpoznawcze przedstawiać zawsze będą te przypadki, w których zatrucie ciążowe wystąpi na tle sprawy zapalnej chronicznej, toczącej się w nerkach lub nawet na tle tylko niedomogi wydzielniczej.

W dyskusji kol. S z y m a n o w i c z wnosi z wywodów mówcy, że miało się w przypadku tym do czynienia ze sprawą powikłaną, mianowicie z zapaleniem nerek, istniejącem przed ciążą i powstałą w czasie ciąży nefrozą ciążową. Zwraca uwagę na twierdzenie kol. B o c i a ń s k i e g o, że w czasie ciąży przychodzi zawsze do podniesienia ciśnienia krwi. Tego w prawidłowej ciąży się nie spostrzega. Pyta, czy w danym przypadku niema jakiegoś uszkodzenia nerwu wzrokowego, niezależnego od nefrozy ciążowej.

Kol. B l a s s b e r g wyraża zapatrywanie, że w tym przypadku niema 2 schorzeń, lecz, że istnieje nephritis, która się zaostrzyła w czasie ciąży.

Kol. M a j e w s k i: chory dotknięty chronicznem zapaleniem nerek może z trzech powodów doznać upośledzenia względnie utraty wzroku: 1) z powodu zaćmienia soczewki (*cataracta albuminurica*), 2) z powodu zatrucia mocznicowego (*obnubilatio, amblyopia, amaurosis uraemica*), 3) z powodu *retinitis resp. neuroretinitis albuminurica vel. nephritica.* U tej chorej zachodzi ten 3-ci przypadek. Obraz jednakowoż jest nietypowy nietylko dlatego, że wokoło plamki żółtej niema charakterystycznej gwiazdki z białych punkcików złożonej, ale przedewszystkiem dlatego, że w przypadku tym sprawa zapalna w nerwie wzrokowym przeważa bardzo silnie nad zajęciem samej siatkówki. Dlatego też tak prędko przyszło do ślepoty, do której sama *retinitis albuminurica* bynajmniej nie doprowadza. Nefroza ciążowa może wprawdzie wywołać także *retinitis albuminurica*, ale tu naogół rokowanie jest lepsze, bo przerwanie ciąży zwykle sprawę powstrzymuje i wzrok chorej przywraca. Natomiast wiadomo wszystkim, że *retinitis albuminurica* w przebiegu chronicznych schorzeń nerek jest *quoad visum et quoad vitam signum pessimi ominis.*

Kol. R o s e n h a u c h pyta, czy próbowano w celach leczniczych wstrzykiwań mleka, które w podobnych przypadkach mogą niejednokrotnie doprowadzić do pewnej poprawy.

Kol. M a j e w s k i: w przypadku tym zmiany są za daleko posunięte, aby jakikolwiek środek leczniczy mógł wywołać poprawę.

Kol. U h l pyta, czy nie było wylewu krwawego w ośrodkach wzrokowych. Myśli o tem dlatego, że nie było najmniejszej poprawy po przerwaniu ciąży, a przecież prawie zawsze w przypadkach podobnych przerwanie ciąży powoduje poprawę.

Kol. M a r k o w a: chora była badana na oddziale nerwowym, nie znaleziono żadnych zmian w układzie nerwowym środkowym.

Kol. M a j e w s k i: wykluczone nie jest, że przyczyną utraty wzroku mogłyby być w tym przypadku zmiany ośrodkowe, ale obraz zmian wziernikowych (*neuritis optica in atrophiam vergens*) w zupełności wystarcza do wytłumaczenia ślepoty, jaką stwierdza u tej chorej na obu oczach.

Kol. D y b o s k i wygłasza odczyt p. t. **Spostrzeżenia z pobytu w Anglji i Danji**

W dyskusji przemawiali kol. prof. G i e s z c z y k i e w i c z i S z y m a n o w i c z. Dr. *Paulas*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXX. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 14 listopada 1924 r.

Przewodniczy kol. L e ń k o.

Obecnych 98 członków.

1. Kol. M u s i a ł przedstawia przypadek **wytrzeszczu tętniczego**, u którego wykonano podwiązanie tętnicy dogłowowej wspólnej.

W dyskusji kol. O s t r o w s k i podnosi większą korzyść podwiązania tej tętnicy, a to ze względu na łatwiejsze wyrównanie krążenia. Nie wyklucza ono możności powrotu symptomów chorobowych, zwłaszcza szumów, jakie chory miał przedtem, ale wówczas jest w rezerwie jeszcze jedno podwiązanie tętnicy szyjnej.

2. Kol. H i l a r o w i c z przedstawia a) **preparat megasigmoideum congenitum** (m. Hirschprungi). Chory po operacji w 9 dni zmarł z powodu obustronnego zapalenia płuc;

b) **wrzód żołądka, przechodzący w raka**, operowany na klinice ze skutkiem pomyślnym.

3. Kol. G r u c a pokazuje chorego z **icterus haemolyticus.** Chory lat 44. Od 4 tygodni jest szum w uszach, bóle głowy, żółtaczkowe zabarwienie skóry. Śledziona powiększona — sięga do linji biodrowej i do wysokości kolca biodrowego, przedniego górnego, gładka, niebolesna. — Wątroba na palec poniżej łuku żebrowego. — Wassermann i Pirquet ujemny. W moczu barwiki żółciowe. W krwi: ciałek czerwonych 1.100.000 — 5% jądrzastych ciałek białych 2.900 — (leukocyt. neutr. 77 %). Talquist 45. Płytek 105,600; krzepliwość 18! Badanie oporności ciałek czerwonych wykazuje warunki normalne. Anemja. Śledziona powiększa się. — Rozpoznano: *Icterus haemolyticus.* Splenektomia w znieczuleniu miejscowem (operował prof. S c h r a m m). Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po operacji ogólna poprawa z ustępowaniem anemji.

W 4 tygodnie po operacji ciałek czerwonych 2,560.000 — jądrzastych brak, ciałek białych 5.400. Płytek 190.000. Talquist 65. W podobnych cierpieniach o charakterze postępującym powinno się wykonać splenektomję, nawet, jeżeli rozpoznanie nie da się definitywnie w krótkim czasie ustalić, o ile można wykluczyć, że nie należy do grupy cierpień, jak białaczka, w których usunięcie śledziony jest przeciwwskazane.

4. Kol. D a m a ń s k i pokazuje przypadek **ropnia około nerkowego.**

5. Kol. O s t r o w s k i przedstawia 3 **przypadki ropni okołonerkowych**, operowane na oddziale z dobrym skutkiem. Omawia różniczkowe rozpoznanie i sposób operacji.

6. Kol. W ę g ł o w s k i wygłosił rzecz: **Uwagi kliniczne nad ropniami około- i przynerkowemi.**

W dyskusji kol. P i s e k: Różniczkowe rozpoznanie spraw chorobowych, usadowionych w okolicy nerek, jest nieraz bardzo trudne, zwłaszcza, gdy bóle zjawiają się jako hypochondrjalgia dextra. Omawia wszelkie procesy chorobowe, które w tej okolicy toczą się i mogą być brane w rachubę przy rozpoznaniu różniczkowem. Niektóre przypadki ropni podprzeponowych są właściwie ropnem zapaleniem okołonerkowem przy biegunie górnym. Kol. M a r i s c h l e r, M e h r e r, O s t r o w s k i omawiają kliniczne cechy ropni.

Kol. L a s k o w n i c k i przytacza podział Mariona ze względu na etjologję. Marion rozróżnia następujące postacie ropnia okołonerkowego (*phlegmone périnéphrétique, perinéphrite suppurée*): 1 ropnie okołonerkowe pochodzenia urazowego zamknięte (zakażenie krwiaka pourazowego) i otwarte (zakażenie rany drążącej w tłuszcz kołonerkowy); 2) ropnie, powstałe jako następstwo zakażenia ogólnego (*affections générales*) — grypa, zapalenie płuc, zakażenie gronkowcowe, zakażenie popologowe, tyfus i t. p.; 3) ropnie, powstałe jako następstwo sprawy chorobowej, toczącej się w nerce, względnie miedniczce (roponercze, kamica nerkowa, ropne zapalenie miedniczki, zapalenie nerki); 4) ropnie, powstałe przez zakażenie z sąsiedztwa (zapalenie wyrostka robaczkowego, zwłaszcza t. zw. *appendicitis retrocoecalis, pericholecystitis, abscessus*) powodem są ropnie wątroby i ciała obce w jelitach n. p. kamienie, wywołujące nadżarcie błony śluzowej i zakażenie, które za pośrednictwem naczyń chłonnych zakazić może tłuszcz okołonerkowy. Co do zakażeń pochodzenia hematogennego, opisuje kol. L. wyniki swych doświadczeń nad zakażeniem streptokokowem u myszy, przeprowadzonych w Instytucie Pasteura w pracowni prof. D a n y s z a. Z doświadczeń tych wynika, że paciorkowce znikają z krwi zakażonego zwierzęcia czasem dość szybko (12—34 godzin po zakażeniu), nie znaczy to jednak, by z organizmu znikały zupełnie. Podobnie jest z gronkowcami, które wywołują powstanie czyraka u dziecka, czyrak się goi — dziecko jest przez dwa lub trzy tygodnie zupełnie zdrowe — potem nagle powstaje ciężkie zakażenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*). U myszy zakażonych paciorkowcami również często w krótki czas po zakażeniu wykazać ich nie udaje się i pozostawione przy życiu, często przez długi czas nie okazują żadnych objawów chorobowych (4, 5 i 6 tygodni); po 6-ciu tygodniach występuje u myszy pozornie zdrowej wtórne zakażenie — jak w jednym przypadku w postaci posocznicy i ropnego zapalenia stawów skokowych, w drugim przypadku w postaci ropnia okołonerkowego. W tym drugim przypadku jasnem jest, że pozostały jeszcze w organizmie paciorkowce, które, nie straciwszy nic ze swej żywotności, ani jadowitości pod wpływem sił obronnych organizmu, wydzielane przez filtr nerkowy, zakaziły nerkę i jej otoczenie, powodując śmierć zwierzęcia, które zdawało się być odporne na zakażenie i które przez długi czas było zupełnie zdrowe.

Kol. J a n u s z uważa, że podział Mariona ropni okołonerkowych niczem nie różni się od wspomnianych przez niego podziałów i nie może być uważany za oryginalny.

Kol. L a s k o w n i c k i odpowiada, że podaje etjologiczny, a nie anatomo-patologiczny podział Mariona, który, posiadając jeden z największych oddziałów urologicznych, dysponuje odpowiednio wielkim materjałem klinicznym.

XXXI. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 21 listopada 1924.

Przewodniczy kol. Z a l e w s k i.

Obecnych 106 członków.

1. Prezes Z a l e w s k i odczytuje list S. S t e r l i n g a w którym tenże dziękuje za mianowanie go honorowym członkiem Towarzystwa.

2. Kol. O s t r o w s k i przedstawia przypadek **operowany z powodu ostrego zapalenia ropnego woreczka żółciowego.** Z początku przebieg był prawidłowy, później jednak z powodu zbyt długiego utrzymywania się przetoki operacja powtórna. Utworzył przetokę z woreczka do dwunastnicy (choledocho-duodenostomia), jamę otrzewnową zaszył O. całkowicie, nie zostawiając

drenu w miejscu wszczepienia przewodu żółciowego do dwunastnicy — a to ze względu, że żółć była już jałową.

3. Kol. Tennenbaum pokazuje przypadek **sympatektomji na tętnicy udowej** z powodu wrzodu troficznego. Wrzód wygoił się już na trzeci dzień po operacji Dwudziestego dnia wystąpił nagle krwotok. T. podwiązał kończynę, która zupełnie nie zmieniła się po podwiązaniu. Tłumaczy to wytworzeniem się krążenia obocznego.

W dyskusji kol. Rothfeld zwraca uwagę, że t. zw. metoda Leriche'a z stała przedtem podaną przez polskiego neurologa Higiera. Na czem polega działanie tej operacji, jak dotąd, nie wiemy. W stanach, w których rozszerzenie naczyń, a nie skurcz, jest przyczyną procesu chorobowego, jak erythromelalgja, operacja Higiera również jest skuteczną. W dalszym ciągu zabierali głos kol. Laskownicki i kol. Selzer.

4. Kol. Machek wygłosił rzecz: »**O dziedziczności budowy optycznej oczu**« (przeznaczone do druku).

XXXII. Posiedzenie naukowe w dniu 28 listopada 1924.

Przewodniczy kol. Zalewski.
Obecnych 90 członków.

Prezes Zalewski otwiera posiedzenie wspomnieniem pośmiertnem po zmarłym tego samego dnia rano prof. J. Wiczkowskim. Po oddaniu hołdu jednemu z najczynniejszych członków Lwowskiego Tow. lekarskiego przez obecnych, zamyka Prezes posiedzenie na znak żałoby.

Dr. *Tad. Falkiewiez*, sekretarz doroczny.

V. Zwyczajne Walne Zgromadzenie stryjskiego Koła Lekarzy.

Dnia 16. grudnia 1924 odbyło się piąte Zwyczajne Walne Zgromadzenie, stryjskiego Koła lekarzy, na ktorem przewodniczący kol. dr. Czarnecki w długich rzutach kreślił chronologicznie pracę w ubiegłym roku. Praca Koła, którą przedstawił kol. Czarnecki, szła w 2 kierunkach: zawodowym i naukowym. W pierwszym postaraliśmy się, by utrzymać honorarjum na stopniu odpowiadającym dewaluacji, przez co niedopuściliśmy do ostatecznego zubożenia naszego zawodu, do czego, oprócz innych momentów, przyczyniła się w dużej mierze Kasa chorych, która zabiera 60–70% chorych.

W sprawie Kasy chorych poczyniliśmy kroki u odpowiednich Władz i czynników miejscowych, dotychczas bezskutecznie, i doszliśmy do przekonania, że tylko wspólna akcja, prowadzona przez wszystkich lekarzy, może doprowadzić do decentralizacji, t. zn. wolnego wyboru lekarzy i przez to uchronić nasz zawód przed upadkiem. To nasze stanowisko zakomunikowaliśmy Lwowskiej Izbie lekarskiej i Związkowi lekarzy Państwa Polskiego i sądzimy, że wspólne natężenie doprowadzi do celu.

Na polu naukowem postaraliśmy się, by raz na miesiąc odbyły się wykłady lub sprawozdania z gazet lekarskich, co się nam, dzięki staraniom młodych lekarzy, w zupełności udało i tak wygłosili kol. Segin wykład pod t. 1) Ciąża pozamaciczna, 2) Kol. Brauner: Haemophilia, 3) kol. Karowiec: »Peritonitis«, 4) dr. Boratyński: »Appendicitis«, 5) kol. Hausmann: »Haematologja a choroby infekcyjne«, 6) kol. Dicker: Leczenie gruźlicy płuc

Wykłady były opracowane wedle najnowszych źródeł dostępnych, a cechowały je chęć ogarnięcia materjału z punktu widzenia lekarzy praktycznych.

Ponadto pokazał kol. dyr. Karowiec szereg przypadków chirurgicznych ze Szpitala powszechnego.

Po dyskusji, w której kol. Karowiec zauważył, że należy zwrócić się do prymarjuszów i profesorów, by odwiedzali nasze miasto i dzielili się z nami najnowszą wiedzą, wybrano nowy wydział w skład którego weszli jako przewodniczący dr. Czarnecki, zastępca przewodniczącego kol. Karowiec, sekretarz dr. Mühlbauer, skarbnik kol. Boratyński, a jako zastępcy wydziału: kol. König i kol. Brauner.

Dr. *Mühlbauer*, sekretarz. — Dr. *Czarnecki*, przewodniczący

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 17 września 1924 r.

1. Kol. Kalisz. W związku z pokazem kol. Witoszyńskiego na posiedzenu w dniu 3. IX. 1924 przedstawia **odłamek noża, wydobyty podczas operacji**. Objawy uciskowe, zdaniem K., były zależne od rozrostu tkanki łącznej, a nie od ucisku, spowodowanego odłamkiem noża.

2 Kol. Mittelstaedt wygłosił pierwszą część odczytu »**Z działalności Wydziału zdrowotności m Łodzi Dział szpitalnictwa**«. Szpitalnictwo miejskie w Łodzi powstało w warunkach niezwykłych, bo w latach wojny 1914–1918, dzięki Sekcji sanitarno-szpitalnej Komitetu obywatelskiego, a następnie Magistratu m. Łodzi; powstało ono z niczego, gdyż przed wojną Magistrat m. Łodzi posiadał jedynie mały szpitalik na 30 łóżek dla chorych zakaźnych. Obecnie Magistrat rozporządza 1000 łóżek w 5 szpitalach oraz 90 łóżkami w letniem sanatorjum dla dzieci szkolnych. Brak własnego budynku szpitalnego kładzie piętno na szpitalnictwie miejskiem. Z pięciu istniejących szpitali dwa mieszczą się wprawdzie w budynkach szpitalnych, ale nie miejskich (Rudogaszer i szpital przy ulicy Drewnowskiej), jeden (Chojny) mieści się w budynku, w którym dawniej była lecznica prywatna dla nerwowo-chorych, pozostałe dwa (Św. Aleksandra i Marji Magdaleny) mieszczą się w wynajętych domach mieszkalnych. W roku 1923 w szpitalach miejskich leczyło się 9.752 chorych, którzy przebyli 270.770 dni szpitalnych; prócz tego w szpitalach społecznych leczyło się na rachunek Magistratu 3504 chorych, którzy przebyli 179.769 dni szpitalnych; razem 13.256 chorych i 450.539 dni szpitalnych. W szpitalach społecznych chorzy magistraccy stanowili w szpitalu Anny Marji 38% ogółu chorych; w szpit. imienia małżonków Poznańskich 41 ; w Kochanówce 50%; w Szpitalu Ewangelickim 4,5%. Wielkim ciężarem w znaczeniu finansowem są dla Magistratu chorzy umysłowi, których było około 500, a przebyli 120.000 dni szpitalnych, czyli 1/4 część dni szpitalnych przypada na chorych umysłowych. Chorzy kasowi w szpitalach miejskich stanowią 54%, a ponieważ Kasa chorych płaci tylko połowę stawki — Kasa miejska otrzymuje zapłatę tylko za 27% chorych. Ogółem chorych płatnych w szpitalach miejskich jest około 35%; chorych częściowo płatnych lub wątpliwych płatników 19%; chorych bezpłatnych 46%. W szpitalnictwie miejskiem pracuje 60 lekarzy, 2 lekarzy dentystów, 3 laborantów, 6 aptekarzy, 12 felczerów, 55 pielęgniarek i sanitarjuszek, 73 dozorczyń oddziałowych, 23 dozorców oddziałowych i sanitarjuszy, 13 osób personalu technicznego, 102 osoby niższego personalu administracyjnego, 35 pracowników kancelaryjnych, razem 403 osoby. Na jednego ordynatora wypada od 25 do 50 chorych, na jedną pielęgniarkę od 25 do 40 chorych, na jedną dozorczynię oddziałową od 16 do 30 chorych. Zaprowiantowanie we wszelkie artykuły szpitali miejskich odbywa się za pośrednictwem Wydziału handlowego lub gospodarczego Magistratu, wszelkie zaś remonty, reperacje — za pośrednictwem Wydziału budownictwa — i z tego powodu Oddział szpitalnictwa jest bardzo często w trudnych warunkach, tak pod względem administracyjnym, jak i pod względem lekarskim, gdyż przewlekle chorych, nieuleczalnych, kaleki i t. p. umieszczać można w odpowiednich zakładach znów za pośrednictwem Wydziału Opieki Społecznej.

Prócz szpitali do oddziału szpitalnictwa należą jeszcze następujące instytucje: 1) Ambulatorja miejskie i szkolne: udzieliły one w r. 1923 około 136.000 porad, w tem chrześcijanom około 46.000, starozakonnym około 90.000; mężczyznom 13.000, kobietom 26.000; chłopcom 35.000, dziewczętom 61.000; najwięcej porad było w chorobach oczu — 102.000; choroby wewnętrzne — 12.000; chirurgiczne 10.000. 2) Sekcja do walki z gruźlicą; przyjęto chorych 6,385, z tych zakwalifikowano do Sanatorjum w Chojnach 664 osoby; Stacja tuberkulinowa dokonała 3.500 zastrzyknięć; Stacja światłolecznicza dokonała 5.500 naświetlań lampami Kisch'a; wywiadów na mieście u chorych dokonano 2.600; badań plwocin 1460. 3) Odświerzbiarnia; chorych przyjęto 1409, w tem chrześcijan 249, starozakonnych 1160. 4) Pogotowie ratunkowe. Wezwań było 6058, wypadków 4313, średnio dziennie wypadków 11.8. 5) Miejski przewóz chorych — przewieziono 4374 chorych, w tem chorych zakaźnych 1781. 6) Prosektorjum miejskie. — Sekcyj sądowych dokonano 115; klinicznych 16; oględzin zwłok 128; rozbiorów histopatologicznych 320; 7) Apteka miejska. Recept złożonych wydano 14.917; artykułów pojedynczych 14.404. 8) Mechaniczna pralnia. Wyprano 199.049 sztuk bielizny, wagi 55.767 klg. 9) Szwalnia miejska. Uszyto nowej bielizny około 8.000 sztuk; naprawiono starej około 6.000 sztuk.

Budżet Oddziału szpitalnictwa na rok 1925 (dotąd jeszcze nie zatwierdzony) przewiduje 3,500.000 złotych wydatków zwyczajnych i 2,000.000 złotych wydatków nadzwyczajnych (Streszcz. własne).

3. Kol. Starzyński wygłosił **Sprawozdanie z działalności Oddziału Sanitarnego**. Oddział Sanitarny Wydziału zdrowotności Publicznej obejmuje 7 dozorów sanitarnych, miejską Izbę odkażającą, Zakład kąpielowy, Miejską pracownię bakterjologiczną, Dom izolacyjny i Sekcję do walki z jaglicą. Najważniejszem zadaniem Oddziału Sanitarnego jest walka z chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem z durem brzusznym, ponieważ stanowi on od 25% do 50% ogólnej ilości zachorowań w mieście; zapadalność zaś na dur brzuszny w Łodzi wynosiła w okresie 1920–1923 od 150 do 285 na 100.000 mieszkańców. Metody walki z durem brzusznym są to: 1) ścisła izolacja chorych (zaledwie 12% do 15% chorych pozostawia się w domu), 2) wczesne rozpoznanie choroby (badanie krwi na posiew), 3) szczegółowe wywiady, 4) propaganda, 5) badania epidemjologiczne (woda), 6) szczepienia ochronne metodą Besredki (zaszczepiono do września r. b. wszystkich mieszkańców 89 domów — ogółem — zaszczepiono 18.162 osoby); z tej liczby szczepionych zachorowało pomimo szczepień 12 osób, część z nich w 10—15 dni po zaszczepieniu. Walka z durem plamistym polega na jak najszybszem odkażeniu i odwszeniu wszystkich ubikacyj i osób tych domów, gdzie zajdzie chociażby jeden przypadek zachorowania; w końcu lutego r. b. zanotowano w ciągu kilku dni 30 przypadków duru plamistego; zarządzono odwszawienie 7 domów (242 ubikacyj), a 494 osoby poddano przymusowej kąpieli i odwszeniu, jakoteż ich rzeczy, wskutek

czego w ciągu 10—15 dni epidemja wygasła. Walka z płonicą, prócz zwykłych zarządzeń, w myśl przepisów Ministerstwa Zdrowia, polega na wyszukiwaniu roznosicieli, którymi są dzieci, mające powikłania płonicy w postaci zapalenia ucha środkowego. Na nwagę zasługuje sprawa szmaciarń w Łodzi, które znajdują się przeważnie w śródmieściu. Opracowano przepisy wykonawcze celem usunięcia szmaciarń ze śródmieścia na krańce miasta. Walka ze stanem antisanitarnym miasta polega na codziennych obchodach sanitarnych. W ciągu I-go półrocza r. b. obejrzano 16.000 posesyj, zakładów, sklepów i t. p. Spisano 1240 protokółów policyjno-sądowych. W maju r. b. lekarze sanitarni zaszczepili 14,942 dzieci przeciw ospie. Wykąpano w Zakładzie kąpielowym miejskim w ciągu 1-go półrocza r. b. 90.000 osób, z tego około 40.000 dzieci szkolnych. Wkrótce zostanie uruchomiona nowa łaźnia ludowa. Wreszcie Wydział Zdrow. Publ. opracował szereg przepisów, z których weszły w życie dotychczas następujące: 1) przepisy o urządzaniu i utrzymywaniu stajen, 2) przepisy o urządzaniu i utrzymywaniu składów kości i szmat, 3) przepisy dla sklepów z produktami spożywczemi, 4) przepisy na urządzenie lodowni, 5) przepisy dla pralni publicznych. Wkrótce wejdą w życie przepisy o handlu ulicznym. Tylko całokształt różnych sposobów walki z chorobami zakaźnemi może wpłynąć na polepszenie stosunków sanitarnych, wreszcie, jednak warunkiem koniecznym i posiadającym pierwszorzędną wartość — jest konieczność jak najszybszego urządzenia kanalizacji i wodociągów w Łodzi.

W dyskusji nad obu sprawozdaniami kol. Sterling zaznacza, że w porównaniu z zachodem — zrobiono w Łodzi niewiele; w porównaniu jednak z tem, co było w Łodzi przed utworzeniem Wydziału Zdrowotn. Publ. — zrobiono wiele; podkreśla dalej, że słyszeliśmy w sprawozdaniu o walce z gruźlicą i z jaglicą, nie słyszeliśmy natomiast nic o walce z chorobami wenerycznemi; już teraz widzimy ujemne skutki wojny w tej dziedzinie. Przedkłada wniosek: »Wysłuchawszy z uznaniem sprawozdania z działalności Wydz. Zdrow. Publ. Magistratu m. Łodzi — Towarzystwo lekarskie Łódzkie znalazło w tej działalności brak usiłowań w kierunku walki z przymiotem«. Wniosek jednomyślnie przyjęto i postanowiono uchwałę przesłać do wiadomości Wydziału Zdrowotności m. Łodzi. Kol. Margolis uważa, że szczepionki na zachodzie cieszą się dużem uznaniem; statystyka szczepionych jest jednak dość mała; szczepieni, którzy zachorowali, mieli odczyn Widala ujemny, co należy tłumaczyć tem, że chorzy tacy mają konstytucyjną niezdolność tworzenia ciał ochronnych. Możliwe, że to szczepienie usposabia do powstawania choroby. Należałoby przeprowadzić masowe szczepienia przed wybuchem epidemji.

Kol. Miklaszewski zapytuje, czy jest prowadzona statystyka odmów przyjęcia do szpitala i czy chorzy szpitalni byli odżywiani stosownie do wymagań nauki; czy sprawdzono ilości faktyczne otrzymywanych przez chorych produktów; czy były robione badania poziomu wód zaskórnych. Ilość służby, zdaniem kol. Miklaszewskiego, jest niedostateczna.

Kol. Mittelstaedt w odpowiedzi podaje, że Wydział Zdrow. Publ. usiłował rozpocząć walkę z chorobami wenerycznemi, nie znaleziono jednak odpowiedniego lokalu na przychodnię; postara się naprawić braki w tym kierunku. Statystyki odmów przyjęcia do szpitali dotychczas nie prowadzono. Nie przyjmuje się do szpitala z powodu braku miejsca lub ze względów finansowych. Djety szpitalne układane są stosownie do wymagań nauki o odżywianiu; w celu poprawy jakości pożywienia wprowadzono do szpitali kucharzy zamiast kucharek.

Kol. Starzyński w odpowiedzi mówi, że zachorowali na dur ci, którzy uchylali się od szczepień; brak odczynu Widala u szczepionych tłumaczy się tem, że metoda Besredki — jest to metoda uodporniania miejscowego, a nie ogólnego. Kol. prof. Venulet mówi, że prawie wszyscy szczepieni zachorowali w 10—12 dni po szczepieniu; zna tylko dwa przypadki, w których zachorowanie nastąpiło później.

W dalszej dyskusji zabierali głos kol. Szweig, Załęski i Manteuffel.

Posiedzenie seminaryjne w dniu 24 września 1924 r.

Kol. Frenkiel Bronisław: **Nerwy życia roślinnego.**

Związek Lekarzy P. P Towarzystwo lekarskie. Okręg łucki.

Posiedzenie naukowe w dniu 11 maja 1924.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski.

Na posiedzeniu obecni uczestnicy III. Zjazdu działaczów sanitarnych i samorządowych.

Posiedzenie zagaił kol. Miłaszewski.

1. Kol. M. Jasiński wygłosił **Sprawozdanie z działalności Łuckiego Towarzystwa lekarskiego** za 4-letni okres jego istnienia.

2. Kol. A. Wojnicz wygłosił odczyt **O wolu wśród Łuckiej młodzieży szkolnej**. W tymczasowem doniesieniu mowca podał wyniki swych badań: wiosna 1923 r. na 3080 młodzieży płci obojga i różnych narodowości i 13 zakładów naukowych m. Łucka pod względem wola kol. W. zbadał 2592 osobników i wśród nich znalazł 642 dotkniętych wolem, co stanowi 24,76%; w tem na 1446 badanych chrześcjan — z wolem było 273 t. j. 18,87%, a na 1146 żydów — z wolem było 369 t. j. 32,19%. Na ogólną liczbę zbadanych chrześcjan — chłopców z wolem było 113 t. j. 12,98%, dziewcząt zaś 160 t. j. 27,77%, — odpowiednio chłopców żydów z wolem było 155 t. j. 24,56%, a dziewcząt 214 t. j. 41,55%. W kwietniu 1924 r. na 117 mieszkańców stałych, zamieszkujących w 14 domach przy ul. Zamkowej, pod względem wola kol. W. zbadał 102 i wśród nich dotkniętych wolem okazało się 46 t. j. 45,09%. Chrześcjan zbadano 89, z nich 38 miało wól t. j. 42,69%; żydów zbadano 13 i wśród nich miało wól 9 t. i. 69,23%. Na 31 mężczyzn chrześcjan — z wolem było 7 t. j. 22,58%. Na 58 kobiet chrześcjanek — z wolem było 31 t. j. 53,44%. Na 3 żydów z wolem był 1 t. j. 33,33%, na 10 żydówek, z wolem było 8 t. j. 80%. Na ogólną liczbę 688 wolowatych, urodzonych w Łucku było 147 mężczyzn (w tem 100 żydów) i 227 kobiet (w tem 129 żydówek) razem 374 osobników t. j. 54,36%. Co do wielkości wól podzielono na 4 kategorje. A więc 1) wól wyraźnie dla oka zaznaczony, wielkości wiśni albo migdałka w łupinie; 2) wól mały — wielkości kasztana, pół jaja albo połowy cytryny, 3) wól średni — wielkości pięści badanego i 4) wól duży — wielkości dwu pięści i większy. Wola wyraźnie zaznaczonego było 226 przypadków t. j. 32,84% u 100 chłopców (w tem 61 żydów) i u 126 dziewcząt (w tem 57 żydówek). — Wola małego było 431 przypadków t. j. 62,64% u 166 chłopców (w tem 90 żydów) i u 265 dziewcząt (w tem 148 żydówek). Wola średniej wielkości było 38 przypadków t. j. 5.52% u 9 mężczyzn (w tem 5 żydów) i u 29 kobiet (w tem 16 żydówek). Wola dużego było 5 przypadków t. j. 0,72% u 1 mężczyzny chrześcjanina i u 4 kobiet (w tem 1 żydówka). Co do dziedziczności wól był dokładnie zbadany tylko u mieszkańców ulicy Zamkowej. Na 46 przypadków wola dziedziczność stwierdzono u 23 osobników, co stanowi 50% (na 37 chrześcjan stwierdzono dziedziczność u 17 t. j. u 45, 94% i na 9 żydów dziedziczność stwierdzono u 6 t. j. w 66,66%). Badania nad wolem mówca przedsięwziął w celu stwierdzenia, że wól Łucki przeważnie ma właściwości wola endemicznego.

W dyskusji kol. Jakimiak uważa, że na podstawie przytoczonych danych, jednak ryzykownem jest twierdzenie o endemji wola, wiemy przecież, że powojnie wola wszędzie spotyka się, widocznie mają tu wpływ złe odżywianie się i nerwowe przyczyny. Kol. Wasilewski dowodził, że bywają endemje nietylko wola, lecz i także zimnicy. Kol. Wojnicz w odpowiedzi zaznaczył, że przed wojną obserwował wól w Łucku i zbierał dane statystyczne wśród dziewcząt gimnazjum p. Koleszkowej i znajdował około 6% wola średniej wielkości, co dowodzi, że w Łucku wól panował zawsze.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 21 października 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Kol. Petrynowski i Jochweds: **Pokaz 15-letniego chłopca z wrodzoną wadą serca**: zwężenie ujścia tętnicy płucnej z drożnym przewodem Botalli'ego. Chłopiec M. K. lat 15 liczący, niedorozwinięty fizycznie i umysłowo, od najwcześniejszego dzieciństwa przedstawiał objawy wrodzonej wady serca w postaci sinicy, duszności i bicia serca, występujących po wysiłku. Przed pół rokiem przebył ciężką zimnicę, od tego czasu nastąpiło znaczne pogorszenie. Po omówieniu kazuistyki wad wrodzonych serca, na podstawie następujących objawów: wybitnego powiększenia rozmiarów prawej komory (md. 7.9 cm ms 5.7 cm), stłumienia Gerharda, znacznego powiększenia naczyń od podstawy ku górze, chropowatego długiego szmeru skurczowego, najwyraźniej słyszalnego nad tętnicą płucną, promieniującego ku tętnicom dogłowowym, ku grzbietowi na poziomie grzebienia lewej łopatki oraz ku prawemu sutkowi, bardzo słabo słyszalnego nad koniuszkiem oraz pod lewą pachą, wobec wyczuwalnego drżenia skurczowego i mocnego kłapiącego II. tonu nad tętnicą płucną i pomimo braku rozszerzenia łuku tętnicy płucnej P. przychodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z trudnym i powikłanym pod względem rozpoznawczym przypadkiem wady wrodzonej serca, najprawdopodobniej ze zwężeniem tętnicy płucnej i jednocześnie z pozostałym przewodem Botalli'ego. P. zaznacza przytem, że ilość CO_2 w wydychanem powietrzu w spokoju, pomimo sinicy, jest zmniejszona (zamiast powyżej 5 litrów — 4.2 l. na 1 m^3 i godzinę) oraz, że istnieje różnica pomiędzy ciśnieniem skurczowem kończyny lewej i prawej na korzyść tej ostatniej (120, — 110 mm Hg). P. wspomina, że w piśmiennictwie Abelmann przytacza bardzo rzadkie przypadki podobne, t. j. bez rozszerzenia łuku tętnicy płucnej.

W dyskusji kol. Pawiński zaznacza, że rozpoznanie wad wrodzonych serca jest trudne i bardzo zawodne, w niektórych przypadkach prawdopodobne. Przypadki wrodzonych wad serca ciekawe są nietyle pod względem klinicznym, ile anatomo-patologicznym. Cierpienia te są nieuleczalne, postępują w rozwoju lub też wikłają się z innemi cierpieniami, jak gruźlica.

Kol. A. Gluziński podkreśla, że rozpoznanie wad wrodzonych może być łatwe i bardzo trudne. Niezamknięty otwór owalny lub otwór pomiędzy przegrodami dają typowe obrazy. Niekiedy są drobnostki, które pozwalają rozpoznać rodzaj wrodzonej wady serca, n. p. zator w tętnicy mózgu przy obecności zakrzepu żylnego w dolnej kończynie pozwolił rozpoznać nie-

zarośnięcie otworu owalnego w jednym przypadku z kliniki lwowskiej. W danym przypadku zastanawia wzmożone silne tętnienie tętnic szyji, jak z lewej, tak też i z prawej strony, co mogłoby nasuwać myśl, że tętnica główna wychodzi dwoma pniami z lewego i prawego serca — *reitende Aorta* niemieckich autorów.

Kol. L. Kryński omawia los tego rodzaju chorych; wspomina o jednym przypadku niezarośniętego otworu owalnego, wady stwierdzonej przez lekarzy wewnętrznych całej Europy. Obecnie osobnik ten ma lat 16, uczy się dobrze, objawy ustąpiły zupełnie.

Kol. Gluziński potwierdza, że z niezarośniętym otworem owalnym można dożyć pewnego wieku. Sam obserwował chorego 29 letniego z niezarośniętym otworem owalnym; wzięto go nawet do wojska, co dowodzi, jak małe były zaburzenia przy tem zboczeniu.

Kol. Łyskawiński na podstawie materjału sekcyjnego ze szpitala Karola i Marji uważa, że nie należy doszukiwać się rozpoznań w przypadkach wrodzonych wad serca, a pozostaje jedynie stwierdzić wrodzoną wadę serca, tak rozmaite mogą być wrodzone wady.

2. Kol. J. Węgierko wygłosił rzecz p. t. **O wartości klinicznej określania stopnia chwiejności koloidalnej osocza.**

W dyskusji kol. Gluziński podnosi to, że metoda, którą opracował Węgierko, powinna mieć zastosowanie na rozmaitych oddziałach. Dodatni odczyn w ciąży może mieć znaczenie rozpoznawcze, co do obumarcia płodu. Metoda ta daje możność różniczkowania pomiędzy rakiem, a innemi cierpieniami. Kol. Gutowski omawia zjawisko dyspersji, teoretyczne zagadnienie drobiny białkowej. G. uważa przypuszczenie mówcy, że przyczyną skłaczania jest jakaś bliżej nieznana substancja, za słuszne. Funkcja pewnego stanu ogniwa w drobinie białkowej może wyjść dopiero podczas procesu skłaczania. Frakcje albumin, globulin w osoczu krwi zmieniają się stale.

3. Kol. Beck wygłosił rzecz p. t. **O znieczuleniu lędźwiowo-krzyżowem nadoponowem.**

W dyskusji kol. Zaorski przemawia przeciw stosowaniu znieczulenia lędźwiowo-krzyżowego, gdyż łączenie dwóch zabiegów stwarza powikłanie, które nic więcej nie daje, niż zwykłe nakłucie lędźwiowe. W klinice chirurgicznej prof. Radlińskiego wprowadza się 0.08 nowokainy i zastrzykuje jednocześnie pod skórę kofeinę i kamforę. Zapady zdarzały się bardzo rzadko i słabe. Kol. Czyżewicz uważa znieczulenie krzyżowo-lędźwiowe za bardzo cenne. Lędźwiowe znieczulenie jest niebezpieczne wskutek stosunkowo dużej ilości płynu wprowadzanego. Zasługą Rodzińskiego jest zmniejszenie wprowadzanego płynu o mniejszej toksyczności. Do lędźwiowego znieczulenia Cz. nie chce wracać, aby nie mieć powikłań i szkodliwych następstw.

Wacław Kowalski, sekretarz doroczny.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 listopada 1924.

Przewodniczący E. Loth.

Obecnych 15 członków i 5 gości.

Zatwierdzono sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego (25. VI.).

1. E. Loth przedstawił **»Sprawozdanie z międzynarodowego Kongresu antropologicznego« w Pradze i wrażenia z wizyty w zakładach anatomicznych uniwersytetów czeskich«.**

Mówca skrytykował stronę międzynarodową i naukową kongresu, podkreślił natomiast doniosłość wycieczki do Berna, gdzie w muzeum pokazywano szczątki około 20 szkieletów ludzi przedhistorycznych z groty Macochy. Opisując następnie zakłady anatomji opisowej i topograficznej uniwersytetu w Pradze (prof. Janosik, prof. Weigner) mówca podkreślił, jako zasługę Czechów, dbałość o stronę podręcznikową. Ostro jednak skrytykował niedostateczne wyposażenie prosektorjum, gdzie zaledwie 40% słuchaczów może pracować, a pozostałe 60% nawet noża do ręki nie bierze. Dziwne też się wydaje stanowisko pedagogów czeskich, którzy zapytani o to, pogardliwie ruszają ramionami, oświadczając, że przecież przeważnie chodzi o cudzoziemców. Wreszcie mówca opisał Zakład Anatomji opisowej niemieckiego uniwersytetu w Pradze (prof. Grosser) oraz czeskiego w Bernie (prof. Volker).

3. M. Konopacki podzielił się **wrażeniami z wycieczki do Uniwersytetów Jugosławji i Węgier.** Mówca zwiedzał niektóre zakłady lekarskie, głównie zaś anatomiczne i histologiczne w Budapeszcie, Belgradzie, Zagrzebiu i Lublanie. W Budapeszcie są równorzędne zakłady anatomiczne, kierowane przez profesorów Lehnhosseka i Tellyesniczky'ego, wykładających również i histologję z embrjologją. Zakłady te są dość duże i porządnie urządzone, a zwraca uwagę, że posiadają osobne stanowiska preparatorów.

W Jugosławji wydziały lekarskie organizują się na nowo, gdyż przed wojną ich nie było. W Belgradzie i Zagrzebiu organizacja jest już na ukończeniu, w Lublanie uruchomiono zaledwie dwa pierwsze lata. W urządzeniu zakładów uderza pewna nierównomierność, zależna od indywidualnej energji profesorów. Naogół zwraca uwagę wielki rozmach, z jakim państwo organizuje u siebie studja lekarskie.

W Belgradzie Anatomja obsadzona jest czasowo przez zastępcę profesora, histologję urządza prof. A. Kostic, anatomję patologiczną — prof. Jowanović. W Zagrzebiu anatomję urządził prof. Perović, histologję — prof. Zarnik.

W braku własnych sił, Jugosłowianie posługują się siłami obcemi. Fizjologję w Belgradzie wykłada prof. Burjan (niemiec), w Zagrzebiu prof. Smietanka (czech), anatomję patologiczną prof. Sałtykow (rosjanin) w Lublanie fizjologiem jest prof. Kausky (czech).

W wielu zakładach można było zobaczyć najnowsze urządzenia i aparaty. Szczególniej godnym widzenia jest zakład patologji ogólnej i farmakologji w Zagrzebiu (prof. Mikulicic), gdzie obok najnowszych wspaniałych urządzeń do badań teoretycznych, znajduje się oddział kliniczny na 20 łóżek. Zwraca też uwagę, że wszystkie zakłady anatomo-patologiczne posiadają chłodnie do przechowywania zwłok. Najsłabiej urządzony jest uniwersytet lublański, który posiada wszystko zaledwie w początku i w prowizorycznych budynkach. Na zakończenie mówca podkreślił przychylny stosunek społeczeństwa Jugosławji do Polski i do polskich uczelni.

W dyskusji E. Loth wyraził życzenie, aby uczeni polscy wzięli udział w obsadzaniu katedr uniwersyteckich w Jugosławji. Potem podkreślił także konieczność posiadania stałych preparatorów w uniwersyteckich zakładach anatomicznych i zaproponował, aby kierownicy tych zakładów wystąpili do władz z odpowiednim wnioskiem.

3. Zatwierdzono sprawozdania sekretarza i skarbnika.

4 Do nowego zarządu T-wa wybrano na prezesa prof. M. Konopackiego, na sekretarza dr. C. Jastrzębskiego, na skarbnika dr. Z. Zakolską i do komisji rewizyjnej: drów A. Wojciechowskiego i J. Zweibauma.

5. Poza porządkiem dziennym M. Konopacki zaproponował, aby ustalić na przyszłość terminy posiedzeń T-wa na drugi poniedziałek każdego miesiąca. Propozycja została przyjęta.

C. Jastrzębski, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Zarząd Izby lekarskiej wzywa członków przynależnych do Izby, aby, w zrozumieniu ważności ankiety w sprawie nowotworów złośliwych, zarządzonej przez Ministerstwo spraw wewnętrznych, wypełnili otrzymane kwestjonarjusze i doręczyli je odnośnej Władzy.

Lwów, dnia 3. stycznia 1925.

Za Zarząd Izby lekarskiej: *Papée.*

W sprawie taryfy lekarskiej.

Niektóre wojewódzkie Urzędy zdrowia, opierając się na art. 21. ustawy z dnia 2. grudnia zamierzają wprowadzić taryfę lekarską. Projekt takiej taryfy nadesłał podpisanej Izbie Urząd zdrowia we Lwowie do zaopinjowania. Zarząd Izby, zdając sobie sprawę z ważności tej sprawy dla naszego zawodu, starał się wszechstronnie ją rozpatrzeć, przedewszystkiem ze stanowiska zasadniczego, a mianowicie, czy wogóle ustanowienie taryfy za poradę lekarską jest zgodne ze stanowiskiem lekarza, czy staryfowanie tych czynności jest możliwem i potrzebnem. W tym celu obradował nad tą sprawą na szeregu konferencyj, odbytych tak w łonie samego Zarządu, jak również z szerszem gronem zaproszonych lekarzy; zasięgnął opinji poszczególnych kół terytorjalnych a w końcu zwrócił się o nią do wszystkich Izb lekarskich w Państwie. Tak przygotowany materjał przedłożył Radzie Izby w dniu 2. listopada u. r., która po przeprowadzeniu wyczerpującej dyskusji uchwaliła oświadczyć się przeciw ustanowieniu taryfy i tego rodzaju opinję przesłać Woj. Urzędowi zdrowia. Równocześnie Rada Izby uchwaliła wniosek poczynienia starań o zmianę art. 21. ustawy i przedstawienie tego wniosku Naczelnej Izbie lekarskiej.

Uwiadamiając o tej uchwale Szanowną Izbę, podajemy w krótkiem streszczeniu motywy, jakie przytaczano tak w poszczególnie wyrażanych opiniach, jak w toku obrad Rady.

Zawód lekarski nie może się pozbawiać pewnego pierwiastka humanitarnego i ideowego; czynność jego nie da się porównać z czynnością adwokata, inżyniera, tem mniej kupca lub rzemieślnika. O ile tym zawodom wolno odmówić swojej pomocy, rady, czy towaru w razie, jeżeli strona niema funduszów na ich pokrycie, o tyle lekarz jest często w położeniu takiem, że pomocy swej udziela bez oglądania się na środki materjalne chorego, a w danym razie udziela jej bezpłatnie. Bardzo często musi lekarz wysokość honorarjum obniżyć do stopnia zamożności chorego, i nie mógłby, w razie ustanowienia taryfy, ślepo jej się trzymać i z tego powodu pomocy swej odmawiać.

Wskutek wprowadzenia taryfy, wielu lekarzy z tego powodu popadałoby w konflikt z taryfą, a tem samem i z etyką, biorąc honorarja niższe, w następstwie narażeni byliby oni na dochodzenia ze strony Izb.

Wątpliwem jest, czy temu zapobiecby mogło postanowie-

Nr. 3. 18. stycznia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Jan CZEKANOWSKI. Lwów.

Wyniki badań serologicznych wojskowego zdjęcia antropologicznego *).

Już dawno zauważono, że surowica ludzka aglutynuje krwinki niektórych osobników, nie aglutynując nigdy krwinek tegoż samego osobnika. Początkowo przypisywano to zjawisko stanom chorobowym. Później badania Landsteinera, jego uczniów i następców doprowadziły do wyróżnienia u człowieka 4 kategoryj serologicznych. Stwierdzono przytem, że surowica osobników kategorji I aglutynuje krwinki osobników trzech pozostałych kategoryj, surowica II kategorji — krew III i IV kategorji, surowica III — krew II i IV kategorji, a surowica IV kategorji nie aglutynuje krwi żadnej kategorji.

Wyniki te zobrazowuje poniższe zestawienie:

	Kategorje	Krwinki I	Krwinki II	Krwinki III	Krwinki IV
Surowica	I	—	+	+	+
	II	—	—	+	+
	III	—	+	—	+
	IV	—	—	—	—

Badania Dungerna i Hirszfelda nad dziedzicznością właściwości serologicznych doprowadziły do przeświadczenia, że wchodzą tu w rachubę prawa Mendla. Przyczem przyjęło się oznaczanie kategorji I jako 0, II jako A, III jako B, a IV jako AB. Daje to wyraz poglądowi, że ta ostatnia posiada właściwości II i III. Interpretacja polega tu na przypuszczeniu, że surowica I ma przeciwciała anti- A i anti- B, surowicy II kat. brak przeciwciała anti- A, surowicy III kategorji — przeciwciała anti- B, a surowicy IV kategorji brak obydwu.

Fakt rozróżniania czterech kategoryj serologicznych przy założeniu praw Mendla nasuwa dwie możliwe interpretacje:

I. Istnieją dwie grupy biologiczne i krew ma dwie cechy niezależne.

II. Istnieją trzy grupy biologiczne i krew ma jedną cechę.

Pierwszą wysunął Hirszfeld, drugą Bernstein. Zgodność z postrzeganemi faktami rozstrzygnąć musi o tem, która z nich odpowiada rzeczywistości. Rozpatrzymy je po kolei.

I. Interpretacja.

Jeśli surowica ma dwie cechy, i co do pierwszej odróżniamy kategorje A i a, a co do drugiej B i b, i przypuścimy, że pierwsze weszły w skład mieszaniny w ustosunkowaniu $p + q = 1$, a drugie w ustosunkowaniu $r + s = 1$, to ustosunkowanie liczebności poszczególnych kombinacyj elementów strukturalnych A, a, B, b, dają człony wyrazu:

$$(p + q)^2 (r + s)^2 = 1.$$

*) Wojskowe zdjęcie antropologiczne, przeprowadzane od 4-ch lat pod kierownictwem dr. Jana Mydlarskiego, postawiło Polskę w rzędzie krajów najlepiej zbadanych pod tym względem.

Unaocznia to następujące zestawienie wszelkich możliwych kombinacyj:

Kombinacje Liczebności	AA p^2	Aa $2pq$	aa q^2
BB r^2	AA BB p^2r^2	Aa BB $2pqr^2$	aa BB q^2r^2
Bb $2rs$	AA Bb $2p^2rs$	Aa Bb $4pqrs$	aa Bb $2q^2rs$
bb s^2	AA bb p^2s^2	Aa bb $2pqs^2$	aa bb q^2s^2

A zatem, uwzględniając, że $p + q = 1$ i $r + s = 1$, kombinacje w skład których wchodzi zarówno A, jak też i B, posiadają liczebność:

$$(AB) = p^2r^2 + 2pqr^2 + 2p^2rs + 4pqrs = (1-q^2)(1-s^2).$$

Kombinacje w skład których wchodzi jedynie A, a nie wchodzi B, posiadają liczebność:

$$(A) = p^2s^2 + 2pqs^2 = s^2(1-q^2),$$

i analogicznie:

$$(B) = q^2r^2 + 2q^2rs = q^2(1-s^2),$$

i kombinacja aabb posiada liczebność:

$$(R) = q^2s^2.$$

Trzy równania ostatnie pozwalają nam obliczyć:

$$s^2 = \frac{(R)}{(B) + (R)}; \quad q^2 = \frac{(R)}{(A) + (R)}.$$

Znając te wielkości możemy na podstawie wzoru:

$$x = (1-q^2).(1-s^2) = \frac{(B).(A)}{\{(B) + (R)\}.\{(A) + (R)\}}$$

obliczyć teoretyczną liczebność kategorji AB. Zgodność tego obliczenia z wielkością (AB), stwierdzoną drogą bezpośredniej obserwacji, zadecyduje o wartości powyższej interpretacji.

Otóż badania Hirszfelda nad Anglikami dały:

$$(A) = 43{,}4; \ (B) = 7{,}2; \ (AB) = 3{,}0; \ (R) = 46{,}4;$$

a zatem:

$$q^2 = \frac{464}{898}; \quad s^2 = \frac{464}{536};$$

$$x = \frac{434}{898}.\frac{72}{536} = 6.49.$$

Przeliczając w ten sposób wyniki badań Hirszfelda [1]) otrzymamy:

	Ilość	A	B	R	AB obserw.	AB oblicz.	Różnica
Anglicy	500	43,4	7,2	46,4	3,0	6,5	+ 3,5
Francuzi	500	42,6	11,2	43,2	3,0	10,2	+ 7,2
Włosi	500	38,0	11,0	47,2	3,8	8,4	+ 4,6
Serbowie	500	41,8	15,6	38,0	4,6	8,4	+ 3,8
Grecy	500	41,6	16,2	38,2	4,0	15,5	+11,5
Bułgarzy	500	40,6	14,2	39,0	6,2	13,6	+ 7,4
Rosjanie centr.	400	33,6	21,2	41,2	4,0	15,3	+11,3
Rusini	111	25,2	23,4	41,4	9,9	13,7	+ 3,8
Sybiracy	322	30,5	23,0	40,3	6,0	15,7	+ 9,7
Rosjanie półn.	83	28,5	26,2	37,0	8,3	18,0	+ 9,7
Żydzi	500	33,0	23,2	38,8	5,0	17,2	+12,2
Turcy	500	38,0	18,6	36,8	6,6	17,1	+10,5
Arabi	500	32,4	19,0	43,6	5,0	12,9	+ 7,9
Murzyni	500	22,4	29,2	43,2	5,0	13,8	+ 8,8
Malgasze	342	26,5	23,7	45,5	4,5	12,3	+ 7,8

[1]) Hirschfeld, L. et H. Hirschfeld. Essai d'application des Méthodes Sérologiques au problème des Races L'Anthropologie 1918–1919, Tome XXIX, p. 505—537.

Tak wielkie rozbieżności pomiędzy teoretycznem oczekiwaniem, a wynikiem obserwacji stwierdzają niedopuszczalność powyższej interpretacji, wysuniętej przez Hirszfelda. Przejdziemy do interpretacji drugiej.

II. Interpretacja.

By trzy grupy biologiczne przy krzyżowaniu dawały nam 4 kategorje, co do surowicy należy przypuścić, że dwie pierwsze dają nam przy krzyżowaniu grupę mieszaną, a obydwie dominują w stosunku do trzeciej, i mieszańców powstałych przy krzyżowaniu z trzecią wskutek tego nie jesteśmy w stanie wyróżnić.

Skład mieszaniny z trzech składników, które weszły w ustosunkowaniu:

$$p + q + r = 1$$

daje nam wzór:

$$(p + q + r)^2 = p^2 + 2pq + q^2 + 2pr + 2qr + r^2 = 1$$

Jeśli p i q oznaczają liczebności elementów dominujących względem trzeciego o liczebności r, to możemy ujmować obserwowane liczebności:

$$(A) = p^2 + 2pr;$$
$$(B) = q^2 + 2qr;$$
$$(AB) = 2pq;$$
$$(R) = r^2.$$

Na tej podstawie możemy obliczyć:

$$p = -\sqrt{(R)} + \sqrt{(R) + (A)} = 1 - \sqrt{(B) + (R)};$$
$$q = -\sqrt{(R)} + \sqrt{(R) + (B)} = 1 - \sqrt{(A) + (R)};$$
$$r = \sqrt{(R)}.$$

Zgodność powyżej obliczonych wartości z wzorem

$$p + q + r = 1$$

jest kryterjum orzekającem o dopuszczalności powyższej interpretacji.

Otóż tutaj porównanie teoretycznego oczekiwania z wynikami bezpośredniej obserwacji stwierdza fakt istnienia wprost zadziwiającej zgodności, nie pozwalającej wątpić w słuszność interpretacji drugiej. Ilustrują to jeszcze lepiej od wyliczeń Bernsteina wyliczenia Mydlarskiego oparte na bardzo dużym materjale 12.000 spostrzeżeń.

Województwa	A p	B q	R r	Suma
Krakowskie	28,59	17,96	52,25	98,80
Warszawskie	25,30	17,66	57,36	100,32
Łódzkie	27.47	15,44	56,92	99,83
Kieleckie	29,01	16,39	55,05	100,45
Lubelskie	23,19	18,94	57,88	100,01
Białostockie	26,52	17,48	56,92	100,92
Nowogródzkie	26,31	13,57	61,16	101,04
Poleskie	26,38	18,27	55,32	99,97
Wołyńskie	29,71	19,56	52,06	101,33
Poznańskie	26,38	16,93	55,86	99,17
Pomorskie	29,79	15,62	54,86	100,27
Lwowskie, Stanisławowskie, Tarnopolskie	27,47	14,62	59,50	101,59
Wileńskie	27,61	14,68	57,71	100,00
Średnia	26,99	16,33	57,01	100,33
Żydzi	28,94	13,69	57,53	100,16

Wynik analizy dający zamiast teoretycznie oczekiwanych 100,0%, obliczenie 100,3% zadowala chemika, a cóż dopiero mówić o biologu. Równie dokładnych wyników w tej dziedzinie nauk, nie roszczących sobie pretensyj do miana nauk ścisłych, nie znamy jeszcze. Stwierdzają one w sposób nie pozostawiający żadnych wątpliwości słuszność interpretacji II.

* * *

Wyniki badań dr. Mydlarskiego, poza stwierdzeniem ścisłej odpowiedniości pomiędzy liczebnościami spostrzeganemi, a teoretycznie oczekiwanemi przy założeniu praw Mendla (II interpretacja), pozwalają jeszcze stwierdzić fakt łączności między zróżniczkowaniem serologicznem, a zróżniczkowaniem rasowem. Te badania nie zostały dotychczas jeszcze zakończone, wymagają bowiem bardzo sumiennego traktowania statystycznego, metodami specjalnemi.

Zróżniczkowanie serologiczne musi być zjawiskiem filogenetycznie bardzo starem. Przemawia zatem to, że różnice pomiędzy liczebnościami poszczególnych kategoryj serologicznych są bardzo drobne na terytorjach tak dużych, jak Europa Środkowa n. p. Mamy tu bez wątpienia do czynienia z konsekwencjami bardzo dawno już trwającego procesu wykrzyżowywania się, przebiegającego w zgodności z trzeciem prawem Mendla.

Łączność między zróżniczkowaniem rasowem, przejawiającem się w cechach morfologicznych, a zróżniczkowaniem serologicznem, występuje na jaw w formie jaskrawej dopiero przy zastosowaniu metody analizy asocjacyjnej. Dotychczas zostało stwierdzone przez dr. Mydlarskiego, że w poszczególnych województwach u popisowych nie-żydów:

z powiększaniem się odsetki wysokich podnoszą się % kategoryj serologicznych A i B, obydwie z intensywnością r = + 0,27,

z powiększaniem się % średnich, jedynie % kat. B, z intensywnością r = + 0,67,

z powiększaniem się % nizkich, jedynie % kat. R. z intensywnością r = + 0,05.

Dopiero po zakończeniu tych obliczeń można będzie ustalić składniki rasowe, wchodzące tu w rachubę. Tymczasem zarysowuje się już wyraźnie fakt, że u północno-europejskiego blondyna kategorja serologiczna A jest stosunkowo silniej reprezentowana.

* * *

Główne dotychczasowe wyniki badań dr. J. Mydlarskiego stanowią zatem:

1) Stwierdzenie zgodności wyników badań serologicznych z ich interpretacją na podstawie praw Mendla z dokładnością dotychczas nie obserwowaną.

2) Stwierdzenie łączności między zróżniczkowaniem serologicznem, a zróżniczkowaniem rasowem.

Dr. Leon KALINA. Warszawa.

O złamaniach łąkotek i ich leczeniu.

(Fracturae meniscorum).

(Z oddziału chirurgicznego Wojsk. Instytutu Przyrodo-Leczniczego w Warszawie).

Do niedawna cały szereg stanów chorobowych, wywołanych urazami stawu kolanowego określano jako urazowe zapalenie stawu (*gonitis traumatica*). Nie różnicowano rozpoznania i leczono stereotypowo nie wnikając i nie badając zmian wywołanych urazem. Wśród wielu innych dość częstem a dotychczas u nas nie zawsze rozpoznawanem jest złamanie łąkotek. Z kilkunastu przypadków operowanych w Instytucie przyrodoleczniczym ani jeden nie był przysłany z prawidłowem rozpoznaniem — a cierpienie to nie jest tak rzadkiem jakby się zdawało. W przeciągu ostatnich 2 lat operowaliśmy bądź w Instytucie bądź też w innych lecznicach (Durante, Latkowski) 14 przypadków. A tymczasem w Anglji, ojczyźnie sportów, już w r. 1913 Martin podał statystykę 500 przypadków złamań łąkotek operowanych przez siebie. Musimy być przygotowani na to, że wraz z rozwojem naszego sportu z cierpieniem tem będziemy spotykać się i u nas coraz częściej. Narazie większość wspomnianych na-

szych przypadków to wojskowi, którzy z natury rzeczy łatwiej są narażeni na urazy. Za konieczne uważam więc zwrócenie uwagi na to dotychczas u nas milczeniem pomijane cierpienie, na rozpoznawanie go i jedynie prawidłowe leczenie t. j. zabieg operacyjny. Zniknie wtedy wiele z nieuleczalnych pourazowych zapaleń stawu kolanowego, których stosowane miesiącami szyny, masaże, kąpiele i gimnastyki uleczyć nie mogą. Zaniedbanie tego cierpienia, jak doświadczenie uczy, prowadzi do przewlekłych zapaleń torebki wzgl. do zniekształcającego zapalenia stawu.

Aby wkrótce przypomnieć stosunki anatomiczne zaznaczę, że łąkotki są to dwa z włókien elastycznych i tkanki łącznej złożone twory, pokryte chrząstką włóknistą, cienkie, kształtu półksiężycowego, na przekroju pionowym w kształcie klina, zwrócone ostrym brzegiem do środka stawu, leżące na powierzchni stawowej kości goleniowej nie zespolone z nią a tylko ściśle zrośnięte z torebką i więzadłami bocznemi, przy pomocy specjalnych więzadełek umocowane do wyniosłości międzykłykciowej piszczeli. Łąkotka przyśrodkowa jest dłuższa i węższa o większym promieniu krzywizny, boczna więcej zakrzywiona i grubsza, w tylnej swej części swobodna i nieprzyrośnięta do więzadeł bocznych — w przeciwieństwie do wewnętrznej. Być może, że to stosunki anatomiczne w pewnej mierze przyczyniają się do tego, że daleko częściej mamy do czynienia ze złamaniem łąkotki przyśrodkowej i to mniej więcej w stosunku 1 : 7. Do tego przyczynia się zapewne i ten czynnik, że oś obrotu stawu przechodzi bliżej strony bocznej, co w skutkach wywołuje większe ruchy łąkotki przyśrodkowej przy rotacji. Zadaniem łąkotek jest uniemożliwić uwięźnięcie torebki, a to dzięki napięciu w jakiem ją utrzymują, służyć dzięki swej elastyczności i sprężystości jako poduszeczki (bufory) łagodzące wstrząśnienia, wreszcie dzięki zgrubieniu swych zewnętrznych brzegów uzupełniać i pogłębiać panewkę stawową, stanowiąc twór analogiczny do obrąbków chrząstkowych (*labra glenoidalia*), do których są nawet zbliżone budową. Nie wszyscy jednak są zgodni co do przypisywania im aż tak poważnego znaczenia, uważając je raczej za postać szczątkową kośćca pierwotnego. W rozwoju embrjonalnym jamy stawowe tworzą się wskutek rozpadu i rozpłynięcia się tkanki łącznej zarodkowej, która zwykle zanika zupełnie między powierzchniami stawowemi i pozostaje tylko zewnątrz stawu tworząc torebkę stawową (B o c h e n e k). W niektórych jednak stawach pozostaje i tworzy przegrodę łącznotkankową *(discus articularis)*, w innych zaś zanika ale tylko w części środkowej, tworząc ściśle związaną z torebką łąkotkę śródstawową. Usunięcie więc jej, nie stanowiłoby uszkodzenia istotnego aparatu stawowego, co jak się przekonamy potwierdza praktyka. Przy wszelkich ruchach w stawie i łąkotki poruszają się, a więc przy zginaniu przesuwają się ku tyłowi i wyginają zwiększając swoją krzywiznę; przy rotacyjnych ruchach (zależnie od kierunku) oprócz wygięcia jedna przesuwa się ku przodowi druga ku tyłowi. Przy nagłych ruchach, specjalnie nagłem zgięciu i równoczesnej rotacji może nastąpić oderwanie od torebki wzgl. złamanie. Powyższe teoretyczne przypuszczenia potwierdzają opowiadania naszych chorych, z których 75% uległo wypadkowi przy skokach i to wskutek, jak dosłownie podają, »upadku na podwinięte na zewnątrz (lub na wewnątrz) kolano«. W pozostałych przypadkach chorzy nie potrafili dokładnie podać mechaniki złamania. Opisują, że również częstą przyczyną złamania są nieudane (nietrafione) kopnięcia przy grze w piłkę nożną. Ulubionem miejscem złamania, jak z budowy anatomicznej łatwo można wywnioskować, jest najcieńsze miejsce łąkotki wewnętrznej, które znajduje się w przedniej jej części. Wszystkie operowane w Instytucie przypadki (z wyjątkiem jednego) złamania łąkotki wewnętrznej, były w tem miejscu uszkodzone, także i łąkotki zewnętrzne były złamane poprzecznie w przedniej swej części. Opisują i inne rodzaje złamań wzgl. uszkodzeń: oderwanie całkowite lub częściowe od torebki, złamanie podłużne i złamanie poprzeczne w tylnej części. Ostatecznie zwykle dopiero w czasie zabiegu orjentujemy się co do rodzaju złamania, nie utrudnia to jednak zazwyczaj zbytnio przebiegu operacji. Najważniejszem jest postawienie prawidłowego ogólnego rozpoznania — złamania i zorjentowanie się tylko czy przyśrodkowej czy też bocznej łąkotki.

Przy stawianiu rozpoznania najważniejszą rolę grają wywiady. Uraz prawie zawsze pośredni, wywołujący silny, nagły ból — aczkolwiek w przypadkach gdzie torebka niezbyt jest zaangażowana ból nie bywa zbyt wielki — dalej nagłe upośledzenie ruchomości stawu, ustępujące zwykle po kilku próbach ruchów bądź też po nieraz intuicyjnie przeprowadzonem wprawieniu zwichniętej łąkotki, wreszcie wysięk ustępujący po kilku lub kilkunastu dniach. Niezmiernie ważnem, a raczej wprost decydującem jest ścisłe wybadanie chorego co do dalszego przebiegu cierpienia, podobne bowiem objawy jak zaraz po urazie, a czasami jakiś czas po nim, powinny się powtarzać, tylko zwykle już z objawami nieco mniej gwałtownemi. A więc po nagłym silnym ruchu, skoku a czasem i bez tego następuje zwichnięcie łąkotki — więc znowu nagły ból i niemożność wyprostowania wzgl. zgięcia kończyny i dopiero, podobnie jak za pierwszym razem, po pewnych manipulacjach zwykle nagle następuje powrót do normy z wyjątkiem niewielkiego wysięku, który zazwyczaj urazom takim towarzyszy. Czasem właśnie ten powtarzający się wysięk jest na pierwszym planie opowiadania chorych. Bez zebrania odpowiednich wywiadów nie może być mowy o postawieniu pewnego rozpoznania chyba tylko — co zresztą zdarza się rzadko — gdy jesteśmy wezwani do zwichnięcia, które sami musimy wprawić. Stwierdzenie recydyw jest dla rozpoznania nieodzowne dlatego decydujemy się na operacyjny zabieg zwykle dopiero po upływie pewnego okresu czasu, który wystarcza dla zrobienia obserwacji; przeważna część naszych przypadków była operowana w 3 do 5-ciu miesięcy po urazie. Spotkaliśmy się już z błędami djagnostycznemi wynikłymi prawdopodobnie ze zbyt szybko postawionego rozpoznania. Obserwowaliśmy chorego — przysłanego z prowincji do Instytutu już do operacji, z rozpoznaniem złamania łąkotki (tylko!), a tymczasem radjograficznie stwierdziliśmy u niego złamanie kłykcia golenia. Okazało się, że był operowany w 10 dni po urazie.

Przy badaniu klinicznem uderza nas zwykle wybitny zanik muskulatury kończyny a przedewszystkiem uda, z mięśni uda zanika w pierwszym rzędzie mięsień czworogłowy. Ruchy stawu, o ile łąkotka jest na swojem miejscu, nie są ograniczone, o ile nie wytworzył się już przewlekły stan zapalny mamy do czynienia z wysiękiem. Wogóle staw jest przy ruchach i obmacywaniu niebolesny—istnieje jednak jeden punkt charakterystyczny, na który zwrócę uwagę — jest to mianowicie stale występująca bolesność szpary stawowej na ucisk po bocznej lub też przyśrodkowej stronie — zależnie od tego z którą łąkotką mamy do czynienia. Ból występuje już przy miernie silnym ucisku przeważnie w odległości około 3 cm. od brzegu więzadła rzepkowego, czasem wybitniej przy zgiętem kolanie. Wyczuwać ruchomość złamanej łąkotki przeważnie nie udawało się nam. Pozostaje jeszcze zdjęcie roentgenowskie, które niestety nie daje żadnej pozytywnej odpowiedzi. W $^4/_5$ naszych przypadków odpowiedź pracowni radjograficznej brzmiała: »nihil«, w pozostałych przypadkach dwa razy »myszka stawowa« a raz »zmętnienie przed rzepką«. Zdjęcie więc roentgenowskie można uważać — *sit venia verbo* — jako przeczące potwierdzenie, ważne jednak teoretycznie dla odróżnienia od myszki stawowej, którą przeważnie udaje się schwytać na płytę, (nie mylić z *os. sesamoideum* ścięgna *m. semitendinosi*). Z operowanych u nas 4-rech przypadków myszek stawu kolanowego, prawidłowe rozpoznanie roentgenowskie było postawione w 3 przypadkach. Endoskopji stawu doradzanej przez niektórych chirurgów nie stosowaliśmy.

Różnicować musimy w pierwszym rzędzie od wspomnianych myszek stawowych (*osteochondritis dissecans*), które oprócz zdjęcia roentgenowskiego — udaje się czasem wymacać, które wreszcie nie dają stałego bolesnego punktu szpary stawowej, Trudniejsza sprawa z uwięźnięciem kosmków błony maziowej (Hoffa), przy którem, decydować może anamneza. W praktyce sprawa nie jest tak ważną, wyjaśnienie otrzymujemy po otwarciu stawu, a ponieważ w każdym z wyżej wspomnianych przypadków trzeba operować i tylko ope-

racja daje dobre rezultaty, osiągamy swój cel nawet przy niezupełnie prawidłowo w szczegółach postawionej djagnozie. Zupełnie inaczej ma się rzecz z gruźlicą, którą należy bezwzględnie wykluczyć. Objawy początkowe gruźliczego zapalenia stawu kolanowego (*condylitis)*, mogą przy niezbyt dokładnem badaniu być powodem omyłki.

Dawniejsze próby leczenia konserwatywnego złamań łąkotek zawiodły, a nawet co zdarzało się wyjątkowo w razie osiągnięcia zrostu sam zrost zwykle jest już dostateczną przyczyną do nowych bolesnych urazów stawu. Pozostaje więc droga operacyjna, której przy dobrze postawionej aseptyce nie powinniśmy się zupełnie obawiać. Prawie wszyscy autorzy zalecają bezwzględnie operację, jako jeden z ważniejszych motywów podając, że drażniący wpływ złamanej łąkotki doprowadza do zapalenia zniekształcającego stawu.

Zwlekać można z operacją jeszcze jedynie przy myszkach stawowych wykrytych przypadkowo radjograficznie nie dających żadnych objawów. Bircher jednak podaje, że badając histologicznie wydobyte podczas operacji łąkotek kawałeczki chrząstki stawowej kości udowej, w 13 przypadkach stwierdził zmiany towarzyszące zniekształcającemu zapaleniu, aczkolwiek w wielu z nich nawet roentgenogramy były normalne. W naszym Instytucie wszystkie przypadki z ustalonem rozpoznaniem złamania łąkotek były leczone drogą operacyjną.

Technika samego zabiegu przedstawia się, tak jak zwykliśmy operować w Instytucie, następująco: cięcie skórne prowadzimy podłużnie w odległości około 3 cm. od rzepki, długość cięcia około 12 cm., równolegle do przyśrodkowego lub bocznego brzegu rzepki. Z innych stosowanych cięć, wymienić należy t. zw. cięcie tylne, przy złamaniach tylnej części łąkotki, równolegle do przedniego, na brzegu jamy podkolanowej przed przyczepami mięśniowymi, dalej cięcie poprzeczne, którego jednak unikaliśmy z powodu znacznego w skutkach osłabienia aparatu więzadłowego. Podają, że przedłuża ono średnio o 50% czas leczenia pooperacyjnego. Opisują dalej cięcie środkowe z rozszczepieniem podłużnem rzepki — które samo przez się stanowi poważny uraz — oraz takież cięcie z podłużnem rozszczepieniem więzadła rzepkowego na 3 równe części, które na różnej wysokości przecina się poprzecznie (Schmerz). Dalszy przebieg operacji aż do przecięcia torebki włącznie nie przedstawia trudności, takowe pojawiają się dopiero po otwarciu stawu. Aby uzyskać dobry dostęp lepiej jest operować przy półzgiętem kolanie. Po otwarciu stawu, badamy palcem ruchomość i powierzchnię obu łąkotek, więzadła krzyżowe i szukamy myszek stawowych. Przeprowadzenie tego badania jest koniecznem tembardziej, że dość często złamaniom łąkotek towarzyszy obecność myszek stawowych. W naszym materjale mamy dwa takie przypadki. W jednym z nich po usunięciu myszki stwierdzonej radjograficznie, z powodu ujawnionych objawów złamania łąkotki, które to objawy poprzednio w całości były przypisywane myszce stawowej. W drugim przypadku po usunięciu myszki widocznej na zdjęciu roentg. przy badaniu, w czasie operacji okazało się, że mamy również do czynienia ze złamaniem łąkotki zewnętrznej, którą wycięto z rezultatem doskonałym. Po stwierdzeniu złamania łąkotki o ile nastąpiło i częściowe oderwanie od torebki, bez wielkiej trudności udaje się zwykle wywichnąć łąkotkę w kierunku rany i usunąć część ruchomą; o ile oderwanie nie nastąpiło, ostrożnie odpreparowujemy całą część ruchomą od torebki i wycinamy, torebkę zaszywamy oddzielnie, na kończynę nie nakładamy żadnego opatrunku. Na 6-ty dzień zdejmujemy szwy i zaczynamy ruchy czynne; niektórzy z naszych chorych już po tygodniu zaczynali chodzić a na 10-ty dzień po operacji z reguły prawie wszyscy. Po zdjęciu szwów zaczynamy masaże ze specjalnem zwróceniem uwagi na mięsień czworogłowy, którego zanik w znacznym stopniu osłabia staw. Oprócz masaży, które w leczeniu pooperacyjnem odgrywają najważniejszą rolę stosujemy nagrzewania stawu w kąpieli świetlnej elektrycznej, ciepłe natryski i elektryzację. Obrzęk stawu trwa zwykle dość długo zależnie od wielkości zapalenia urazowego wywołanego złamaniem łąkotki i od przebiegu operacji. Zwracamy pilną uwagę aby chory przez 3 do 4-ch miesięcy po operacji bandażował kolano bandażem elastycznym (Ideal), a to celem wzmocnienia stawu przed powrotem do normalnego napięcia mięśni kończyny.

Wyniki zabiegu operacyjnego są bardzo zadawalające; z 14 przypadków naszej statystyki po odrzuceniu jednego, którego leczenie nie jest jeszcze zakończone — aczkolwiek z dotychczasowego przebiegu daje pełną nadzieję osiągnięcia jak najlepszego wyniku, dziesięć przypadków zostało zupełnie wyleczonych t. j. o ile idzie o szeregowych zostali odesłani do oddziałów jako zdolni do służby bez zastrzeżeń; z trzech pozostałych u dwuch osiągnęliśmy znaczną poprawę. Według słów Ph. Mitchinera niekiedy pełnego efektu operacji oczekiwać należy dopiero po 2—3 latach, może być więc, że z czasem i te dwa przypadki zaliczymy do zupełnie wyleczonych, pozostaje ostatni u którego stan nie polepszył się. Nie można go jednak uważać jeszcze za nie do uleczenia, są bowiem wskazania do ponownego zabiegu operacyjnego. W przytoczonej wyżej statystyce jest jeden przypadek operowany dwa razy, w drugim zabiegu usunięto dalszą część łąkotki i osiągnięto zupełne wyleczenie.

Ponieważ łącznie z operacją łąkotek a często zamiast tejże usuwamy myszki stawowe, wspomnę o 4-ch operowanych u nas tego rodzaju przypadkach, a mianowicie w dwu przypadkach usunięto wraz z myszkami stawowemi i łąkotki, dwa razy zaś, tylko myszki stawowe. Tylko 3 razy Roentgen potwierdził nasze rozpoznanie, raz operowaliśmy na zasadzie wywiadów i badania klinicznego. W tym właśnie przypadku, gdy Roentgen nie wykazał niczego podejrzanego a wywiad i badania kliniczne wskazywały na złamanie łąkotki, ze zdziwieniem po otwarciu stawu przekonałem się, że obie łąkotki są normalne i dopiero przy dokładnem badaniu wykryłem dużą myszkę stawową umocowaną na nitce łącznotkankowej w okolicy dołu międzykłykciowego uda. Wyniki operacji usunięcia myszek są jeszcze pomyślniejsze, we wszystkich 4-rech przypadkach osiągnęliśmy zupełne wyleczenie, trzech już wróciło do oddziałów, jeden u którego i łąkotka była usunięta— jest na wypisaniu.

Porównując wyniki nasze obliczone procentowo: 77% wyleczonych, 15.3% ze znaczną poprawą i 7.3% bez poprawy ze statystykami innych autorów przekonywujemy się, że jesteśmy do nich zbliżeni, Steinmann n. p. osiągnął 83% wyleczeń i 17% wyników z poprawą, Ph. Mitchiner 76% wyleczeń, przy myszkach stawowych coś tylko 61%, w naszej statystyce zupełne wyleczenie po usunięciu myszek w 100%.

Co się tyczy dalszych losów operowanych chorych to z zupełnie wyleczonych żaden dotychczas nie zwracał się do nas ze skargami na pogorszenie — należy więc wnioskować, że nie odczuwają żadnych dolegliwości, tembardziej, że są to przeważnie wojskowi, których sprawności fizycznej stawiane są duże wymagania. Znam wreszcie chorego operowanego przez dra Duranta w r. 1914 — do dnia dzisiejszego nie odczuwa on nawet najmniejszych dolegliwości, pełni służbę czynną w wojsku, zajmuje się taternictwem.

Sądzę, że do powyższych danych, które mówią same za siebie, nie potrzebuję dodawać żadnych więcej argumentów, że konieczność zabiegu operacyjnego jest dziś bezwzględnie przyjęta. Chodzi jedynie o odpowiednią metodykę postępowania, by w przypadkach złamań łąkotek osiągnąć maksimum polepszenia. Jak widzieliśmy wyzdrowienie zupełne stanowi już dzisiaj ogromny procent u leczonych.

Piśmiennictwo.

1) Schaedel. Ueber Meniskusverletzungen. Münch. Med. Wochenschr. 20/21. — 2) Steimann. Unfallmedizinische Studien der Meniscusverletzungen des Kniegelenkes. Schweitz. Rundsch. f. Mediz. 12/22. — 3) Bircher. Beitrag zur Pathologie und Diagnose der Meniscusverletzungen. Bruns Beiträge z. klin. chir. 1922. — 4) Mitchiner. Operative Behandlung der Kniegelenkerkrankungen. Zentrallblatt f. Chirurg. 23/24.

Prymarjusz Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

Dalsze uwagi o znaczeniu odczynów serologicznych dla lekarza praktykującego.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W r. 1923 pomieściłem w »Polskiej Gazecie lekarskiej« (Nr. 38 i 39) artykuł o znaczeniu odczynów serologicznych dla lekarza praktykującego. Na podstawie przypadków spostrzeganych w szpitalu i odnośnego piśmiennictwa wypowiedziałem wtedy zdanie następujące:

»Rozpatrując wyniki badania serologicznego dla celów lekarza praktykującego nie da się zaprzeczyć, iż one nieraz mogą się stać źródłem pomyłek rozpoznawczych. Zwłaszcza nie można opierać rozpoznania na jednorazowym tak dodatnim jak i ujemnym wyniku badania, gdyż surowica krwi w jednym i tym samym przypadku nieraz zmiennie aglutynuje różne szczepy bakteryj chorobotwórczych, lecz badanie należy uskuteczniać wielokrotnie i to przynajmniej w dwóch pracowniach równocześnie, odznaczających się ścisłością i sumiennością naukową. Często wynik badania serologicznego, właściwy dla odnośnej sprawy chorobowej, występuje w tak późnym okresie chorobowym, lub dopiero w czasie ozdrowienia, iż wartość jego naówczas staje się zbyteczną dla lekarza praktykującego, a niekiedy może go nawet w błąd wprowadzać ze szkodą dla chorego. Badanie serologiczne krwi chorych stanowi niewątpliwie bardzo znamienny postęp ze względów teoretycznych, naukowych, mniej w zastosowaniu dla medycyny praktycznej, gdzie co najwyżej jest ogniwem w łańcuchu objawów chorobowych. Dla lekarza praktykującego niezbitą wytyczną, gdy chodzi o postawienie pewnego rozpoznania w chorobach zakaźnych i o zastosowanie odpowiedniego leczenia, jest dowód mikroskopowy w stwierdzeniu prątka gruźliczego Kocha; krętków Schaudinna, Obermayera, i cholerycznych Kocha; prątków czerwonki, wąglika, Eberth-Gaffky'ego, nosacizny, grypy, błonicy, pasorzytów zimnicy, paciorkowców i gronkowców, lub uzyskanie odnośnych hodowli tychże bakteryj ze krwi i wydzielin, a oprócz tego głównie spostrzeganie przy łóżku chorego«.

Obecnie rozporządzam w dalszym ciągu przypadkami chorobowemi, które powyższe twierdzenia ustalają, a które podaję do szerszej wiadomości:

I. Odnośnie do odczynu Wassermanna.

a) G. J. L. 33. aresztant, przyjęty 23. XI. 1923 z objawami niedomogi mięśnia sercowego, trwającej od roku. Chory nie przebywał kiły. Odczyn Wassermanna, wykonany w pracowni oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza (Prymarjusz Doc. dr. Kostrzewski) wypadł:

27. XI. 1923 silnie dodatnio (3 antygeny)
7. XII. « niepewny (?)
14. XII. « silnie ujemny (3 antygeny).

Chory nie był leczony przeciwkiłowo. Leczenie polegało na stosowaniu środków sercowych (głównie strophantus z walerjaną — rzadko przetwory naparstnicy). Chory zmarł 14. I. 1924. Oględziny pośmiertne dokonane w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. (prof. Ciechanowski) wykazały:

Concretio totalis pericardii cum epicardio. Stenosis ostii venosi sin. Myocarditis chronica. Hypertrophia ventriculi sin. Hypertrophia et dilatatio atrii sin. et cordis d.

Zmian kiłowych przy szczegółowych oględzinach nie stwierdzono na zwłokach. Odczyn Wassermanna w ciągu 17-tu dni, wykonany trzykrotnie, w tej samej pracowni, dał tak odmienne wyniki.

b) P. W. nauczycielka, licząca lat 34, zamieszkała w okolicy malarycznej w Wielkopolsce (pow. Kościany), zauważyła według wywiadów od kwietnia r. 1923 ciągle wzmagające się ogólne osłabienie, silne bóle głowy i zawroty, brak łaknienia, biegunkę, obrzęk twarzy i kończyn dolnych. Przyjęta do szpitala 8. X. 1923 okazywała: Odżywienie nędzne, budowę kośćca dość silną, zabarwienie skóry blade z odcieniem żółtawo zielonkawym, znaczny obrzęk tkanki podskórnej na twarzy i kończynach dolnych. Gruczoły chłonne obwodowe bez zmian. W płucach nieliczne świsty i furczenia. Liczba oddechów 20. Serce nieznacznie powiększone na poprzek, nad ujściami podmuchy przy pierwszych tonach, tętno 90, miarowe, miękkie; tętnice obwodowe wąskie. Język wilgotny, czysty. Brzuch miernie wysklepiony. Śledziona i wątroba znacznie powiększona. Mocz bez zmian. Ciepłota ciała 38° C. Bardzo znaczne ogólne osłabienie. Przytomność utrzymana.

Badanie krwi wykazało: Ilość krwinek czerwonych w 1 mm 800,000; ilość krwinek białych 2,600; ilość hemoglobiny (Sahli) 25%; wskaźnik barwny 1·3. W preparatach barwionych (Giemsa): poikilocytosis (makro = mikrocyty), polychromatophilia, skąpe myelocyty.

Odczyn Wassermanna, wykonany dwukrotnie w pracowni Oddziału Zakaźnego Szpitalnego (Dr. Kostrzewski) dał wynik dodatni, — i to za pierwszym razem (20. X.) silnie dodatni (3 antygeny) a za drugim razem (1. XII.) dodatni z dwoma antygenami, a jednym ujemny. Badanie chorej przez Doc. Dra Waltera, prymarjusza oddziału dla chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza, wyłączyło stanowczo kiłę. Gruczoły obwodowe prawidłowe, błona dziewicza w zupełności utrzymana. Po dwukrotnem wstrzyknięciu dożylnem argotionu (5 cm) wystąpiły wymioty i gorączka (39·7° C), która trwała przez 10 dni i utrzymywała się prawie na wysokości 38·6° C. Ponieważ chora stanowczo zaprzeczała zakażenie kiłowe i nie zezwoliła na stosowanie leczenia przeciwkiłowego (przetwory Hg i Salwarsan), a nie znosiła wstrzykiwań podskórnych arszeniku, podawano jej wewnętrznie codziennie łyżkę stołową rozczynu 2% chlorku chininy i w małych dawkach rozczyn Fowlera z chininą (Sol. arsenicalis Fovleri 5·00 Tra chinae 25. MDS. 3 razy 20 kropli w wodzie) przez dłuższy czas. Przy leczeniu tem stan chorej zaczął się stale poprawiać — i już w dniu 6. XII. obraz krwi wykazał polepszenie, gdyż: ilość krwinek czerwonych w 1 mm wynosiła 2.750,000; krwinek białych 2.6000: ilość hemoglobiny 40%, (Sahli); wskaźnik barwny 0.75. W preparatach barwionych stwierdzono tylko nieznaczną anisocytosis.

Dnia 17. I. 1924 chora opuściła szpital z bardzo znacznem polepszeniem z poleceniem, aby leczenie powyższe nadal stosowała przez dłuższy czas. Po 6-ciu miesiącach doniosła listownie, iż czuje się bardzo dobrze i spełnia wszystkie swe obowiązki zawodowe nauczycielki. Pomimo dwukrotnego dodatniego wyniku odczynu Wassermanna przebieg kliniczny stanowczo wyłącza kiłę.

c) P. C. l. 42, przyjęty do szpitala 7. V. 1924. Ma być chory od 6-ciu miesięcy i doznawać napadów duszności, ogólnej przeczulicy, bicia serca i kłucia w okolicy serca. Łaknienie dobre; stolec codzienny; sen prawidłowy. Kiły nie przechodził; obciążenia dziedzicznego niema. Badanie nie wykazało żadnych zmian przedmiotowych; stwierdzić można było tylko objawy neurastenji miernego stopnia. Chory opuścił szpital po 10-ciu dniach w stanie zdrowym.

Badanie serologiczne krwi, dokonane dn. 10. V. 1924 w pracowni oddziału zakaźnego Szpitala św. Łazarza (Dr. Kostrzewski) co do odczynu Wassermanna dało wynik zupełnie ujemny (3 antygeny -0-, -0-, -0).

Chory był badany w dn. 2. V. 1924 w Poznaniu i otrzymał następujące orzeczenie: P. C. znajdował się w szpitalu tutejszym od 27. IV.—2. V. 1924. Przy przyjęciu skarżył się na ataki duszności, brak tchu, odbijanie, osłabienie ogólne. Chory opuszcza szpital na własne życzenie, bez wspomnianych dolegliwości. Wassermann ++; Meinicke ++. Prześwietlenie Roentgenem: Szczyty płuc zaciemnione; nieco się wyj śniają po kaszlu. Gruczoły wnęki po obu stronach powiększone. Zrosty opłucnowe w dolnych częściach płuc. Rozszerzenie aorty wstępującej. Ciśnienie krwi (Riva-Rocci) 100 i 70.

W przypadku powyższym w ciągu 8 dni z 2-ch pracowni naukowych wyniki wprost przeciwne ze względu na odczyn Wassermanna, bez zastosowania leczenia przeciwkiłowego.

Pomijając błędy, powstać mogące przez niedokładne wykonanie badania, odczyn Wassermanna nie stanowi według nowoczesnej serologji zupełnie swoistego sposobu dla stwierdzenia kiły. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych nie należy odstępować od rozpoznania kiły, jeśli w danym przypadku wszelkie objawy kliniczne przemawiają za kiłą, chociaż odczyn Wassermanna w surowicy krwi i płynie z nakłucia lędźwiowego wypadł ujemnie. Orzechowski otrzymywał odczyn Wassermanna jako odczyn samoistnie dodatni, bez tła kiłowego, w przypadkach epidemicznego zmiękczenia kości (osteomalacia) we Wschodniej Małopolsce w latach 1918—1920.

Stern z Düsseldorfu podnosi, iż odczyn Wassermanna nie zależy bezpośrednio od jadowitości krętków kiłowych, a niebezpieczeństwo zakażenia ustroju nie pozostaje w związku z dodatnim lub ujemnym odczynem. Według niego istota odczynu polega prawdopodobnie na nieprawidłowej przemianie lipoidowej w ustroju, spowodowanej przez zmianę tkanek wskutek zakażenia krętkami kiłowemi lub innym bodźcem chorobowym.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje zapatrywanie Itelsona, który twierdzi, iż odczyn Wassermanna pozostaje w ścisłej zależności od stanu kolloidalnego w ustroju, zwłaszcza w przypadkach niedomogi narządu krążenia. Sam to mogłem stwierdzić. Dodatni odczyn Wassermanna jest według Itelsona żywym i bardzo czułym wskaźnikiem zaburzeń kolloidalnych, objawiających się zwiększeniem chwiejnych

globulin. Czy zaś te globuliny powstały wskutek rozpadu tkanki kiłowo zmienionej, czy wskutek innego schorzenia, wyjaśnienia należy szukać w całokształcie obrazu klinicznego.

II. Choroby zakaźne ostre.

a) W. Sz. l. 23, służąca z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, przyjęta na nasz oddział 9. IV. 1924; opuściła szpital 15. V. 1924.

Rozpoznanie kliniczne przemawiało za: Influenza. Bronchopneumonia dextra. Ponieważ w czasie spostrzegania szpitalnego nasuwały się pewne wątpliwości, czy w danym przypadku nie istnieje zakażenie prątkami Eberth-Gaffky'ego o przebiegu atypowym, a to tem więcej, że w drugim przypadku u chorej równocześnie przeniesionej z oddziału chirurgicznego do nas, stwierdzono stanowczo dur brzuszny, przesłano krew dla zbadania serologicznego do pracowni Oddziału zakaźnego (Dr. Kostrzewski). Wynik odnośnych badań opiewał:

19. IV. Weil —; Widal + (1:100)
paratyphus A, B, C —
1. V. Weil —; Widal; paratyphus A, B, C —

Pomimo wyniku serologicznego z dn. 19. IV. nie rozpoznano na podstawie spostrzegania szpitalnego duru brzusznego co też i dalszy przebieg tak pod względem klinicznym jak i serologicznym potwierdził.

b) F. D. l. 23, słuchaczka filozofji, przyjęta do szpitala dn. 23. X, 1924 r. Choroba miała się rozpocząć przed 12 dniami bólami głowy, bezsennością, rozwolnieniem, utratą łaknienia i wysoką gorączką. Chora przybyła do Krakowa przed 10 dniami; poprzednio mieszkała w Sanoku i tamże zachorowała.

W dniu przyjęcia do szpitala (23. X. 1924 r.) stan chorej następujący:

Budowa i odżywienie dobre. Skóra twarzy zaczerwieniona, na klatce piersiowej widoczna skąpa osutka (roseola). Gruczoły chłonne obwodowe nie powiększone. Ciepłota ciała 39·8° C. Badanie fizyczne narządów w klatce piersiowej nie wykazało zmian ważniejszych. Liczba oddechów na minutę 28, tętno 126, miarowe, dość miękkie.

Język wilgotny, obłożony. Na przednim lewym łuku podniebienia miękkiego i na migdałku lewym błona śluzowa rozpulchniona, zaczerwieniona, pokryta drobnemi nalotami żółtawemi, wielkości małej soczewicy; po zdjęciu których widoczne tamże powierzchowne owrzodzenia. Brzuch miernie wzdęty, nie bolesny; jelita zawierają mierną ilość kału i gazów. Wątroba i śledziona niepowiększone. Mocz jasno żółty, oddziałuje kwaśno, o ciężarze gatunkowym 1·020; zawiera chlorki w prawidłowej ilości i ślad białka. Odczyn dwuazowy dodatni; w osadzie skąpy moczan sodowy. Miesiączkowanie prawidłowe. Przytomność zupełna. Chora znacznie osłabiona, uskarża się na nieznaczne bóle głowy i zaparcie stolca.

Przez cały czas spostrzegania szpitalnego (od 23. X. — 27. XI.) chora zawsze przytomna, miała sen wcale dobry. Gorączka miała od 23. X.—28. X. typ zwalniający i wahała się od 39° C—38° C; poczem od 28. X.—5. XI. ciepłota ciała była prawidłowa. Od 5. XI.—10. XI. znów spostrzegano gorączkę w typie zwalniającym od 39·4° C do 38° C; od 10. XI. aż do końca pobytu w szpitalu ciepłota ciała była zupełnie prawidłowa.

W płucach w czasie pojawiania się okresu gorączkowego można było stwierdzić ogniskowe rzężenia. Tony serca przez cały czas choroby głuchsze; tętno zawsze przyśpieszone, miarowe, słabo napięte, wynosiło 116—120 uderzeń na minutę. Śledziona prawidłowych rozmiarów. Osutka przybladła po 2 tygodniach. Język stale obłożony, wilgotny; brak łaknienia i skłonność do zaparcia stolca; dopiero w ostatnich dniach pobytu w szpitalu wystąpiło poczucie głodu i można było stwierdzić z każdym dniem szybki powrót do zdrowia. Samopoczucie chorej na ogół dość dobre, chociaż znaczne osłabienie i podrażnienie nerwowe widoczne.

Badanie krwi wykonane przez Dr. F. Eisenberga w dniu 22. X. 1924 a więc przed przyjęciem chorej do szpitala — wykazało:

Ilość krwinek białych w 1 mm 4000.

W preparatach barwionych metodą Mansona-Eisenberga oraz metodą panchromową Giemsa-Pappenheima krwinki czerwone i trombocyty bez zmian. Niema pasorzytów zimnicy ani gorączki powrotnej, także w grubej kropli.

Stosunki odsetkowe krwinek białych;

Limfocytów	34·4%	(ilość bezwzględna w 1 mm = 1376)
obojętnochłonnych	64·7%	(« « « « « = 2588)
monocytów	0·8%	(« « « « « = 32)
eonzynochłonnych	0·1%	(« « « « « = 4)

Obraz obojętnochłonnych według Arnetha-Schillinga przedstawia b. wybitne przesunięcie w lewo (43·7% o jądrze pałeczkowatem 21·0% o płatowem).

Rozpoznanie hematologiczne: *Leukopenia c. lymphocytosi relativa.*

Badanie krwi w czasie spostrzegania szpitalnego wykazywało w głównych zarysach ten sam obraz, a ze względu na leukocytozę stwierdzono krwinek białych w 1 mm: 5000 (29. X.), 6400 (1. XI.) 5200 (6. XI.).

Badanie krwi pod względem bakterjologicznym rozpoczęte przez Dr. F. Eisenberga w dniu 22. X. a ukończone 28. X. 1924 dało następujący wynik:

Odczyn Widala z bac. typhi: + (1:400);
+ (1:800);

Odczyn serologiczny z bac. paratyphi A i B —;
Odczyn Weil-Feliksa z odmieńcem X_{19}:
+ (1:200).

Hodowla na razie jałowa (wysiano 20 cm krwi. W dniu 28. X. 1924 przesłał Dr. Eisenberg dodatkowo następujący wynik: Hodowle ze krwi (wysiano 20 cm do 10 różnych pożywek) wykazały w 3 pożywkach bakterje rzekomo-durowe typu A.

Równocześnie odnośne badania bakterjologiczne wykonywał kilkakrotnie Dr. Kostrzewski w pracowni swej szpitalnej na oddziale zakaźnym. Wyniki przedstawiają się następująco;

1) 26. X.: Weil + (1:50); Widal —. Ze krwi wyhodowano gronkowca złocistego (staphylococcus aureus).
2) 29. X.: Weil + (1:200); Widal —; krew jałowa.
3) 6. XI. (krew utoczona 31. X.):
Weil + (1:100); Widal —.
4) 8. XI.: Weil —; Widal z bac. typhi —
odczyn paratyphi A. + (1:100)
« paratyphi B i C: —; z krwi wyhodowano paratyphus A.

Badania bakterjologiczne nalotów na migdałku, dokonane 26. X. (Dr. Kostrzewski) stwierdziło w nich obecność gronkowca białego (staphylococcus albus) i paciorkowca (streptococcus). Badanie nalotów w kierunku Angina Vinzenti wypadło ujemnie.

Badanie kału (Dr. Kostrzewski) wykonane dwukrotnie t. j. 16. X. i 10. XI. 1924 nie stwierdziło obecności bakteryj chorobotwórczych.

Przypadek ostatni jest bardzo pouczający i oświetla bardzo dosadnie wartość odczynów serologicznych dla lekarza praktyka.

Jak z przytoczonych rozbiorów wynika, badanie serologiczne, dokonane równocześnie w 2 pracowniach bakterjologicznych przez tak tęgich i sumiennych bakterjologów, dało wyniki różne. Według Eisenberga, znakomitego bakterjologa, wynik badania serologicznego równocześnie przemawiał za durem brzusznym (odczyn dodatni przy mianie 1:400 a ± przy mianie 1:800 a więc mianowaniu bardzo wysokiem) a zarazem i za durem osutkowym (+ przy mianie 1:200) a tymczasem hodowla ze krwi wyłączyła dur brzuszny i plamisty, a wykazała obecność jadu paratyfusu A. Według Kostrzewskiego, nie mniej doświadczonego bakterjologa, równocześnie wykonane rozbiory (3-krotnie) przemawiały zrazu jedynie za durem plamistym (+ przy rozcieńczeniu 1:50, 1:200 i 1:100), a dopiero przy czwartem badaniu, a więc po 12 dniach pobytu chorej w szpitalu, odczyn serologiczny przemawiał za paratyfusem A. i wtedy równocześnie ze krwi wyhodowano prątki paratyfusu A. Nadmienić przytem należy, iż Eisenberg na 10 posiewów krwi mógł stwierdzić zaledwie w 3 pożywkach zarazki paratyfusu A —, podczas gdy Kostrzewski z początku znajdował krew jałową. Rozpoznanie zatem paratyfusu A. zostało ostatecznie ustalone w danym przypadku zgodnie przez obu bakterjologów jedynie przez hodowlę prątków właściwych dla paratyfusu A., a nie na podstawie odczynów serologicznych, które mogły naprowadzić lekarza praktykującego z powodu tak różnorodnych wyników na błędne drogi, gdyby polegano tylko na samych odczynach. Na uwagę zasługuje i ta okoliczność, że dla stwierdzenia zarazka paratyfusu A. potrzeba było wykonać przeszczepień całej serji a więc na większej ilości pożywek. Przypadek ten stanowi dowód klasyczny, iż lekarz praktykujący nie może opierać swego rozpoznania klinicznego na wynikach badania serologicznego, lecz tylko na wyniku stwierdzonym przez wyhodowanie odnośnego zarazka w danym przypadku ze krwi lub treści patologicznej — a głównie na przebiegu klinicznym.

W przypadkach ujemnego wyniku, stwierdzającego zrazu krew jałową, należy w razie trwania sprawy chorobowej powtórzyć odnośne badanie po kilku dniach.

Przypadek ten dowodzi również, iż odczyn serologiczny nie jest swoisty dla odnośnej sprawy chorobowej, skoro może być wywołany przez różne bodźce chorobotwórcze.

Odczyn serologiczny, zdaniem naszem jest najprawdopodobniej wyrazem tylko zaburzeń w równowadze kolloidowej w ustroju, wywoła-

nych przez jakikolwiek bodziec chorobotwórczy.

Piśmiennictwo.

1) Krokiewicz: Polska Gazeta lek. Nr. 38—39 1923. — 2) Böhm: Lues bei negativer Wassermanns-Reaction im Blut u. Lumbalpunktat. Kl. M. f. Aug. 1923. Juli. — 3) K. Orzechowski: O epidemicznem zmiękczeniu kości we Wschodniej Małopolsce w latach 1918—1920. Rozprawy Akademji nauk lekarskich I. 2., str. 314-360. — 4) W. Biernacki: Błędy odczynu Wassermanna. Polska Gaz. lek. Nr. 25—26 r. 1924. — 5) Danysz: W sprawie anafilaksji spontanicznej i jej objawów w ustroju ludzkim. Polska Gaz. lek. Nr. 26 r. 1924. — 6) Stern: Wassermanns-Reaction u. Ansteckungs-gefahr. Deutsche med. Woch. Nr. 2 r. 1924. — 7) I. Itelson; Wahania odczynu Wassermanna przy zaburzeniach kolloidalnych ustroju, zwłaszcza w stanach niedomogi układu krążenia. Polska Gaz. lek. Nr. 42-43 r. 1924.

Dr. med. Henryk HIGIER. Warszawa.

Z nowszych poglądów na padaczkę samoistną, jej równoważniki i pogranicza.

Trudno zaiste w odczycie[1]) półgodzinnym roztaczać całokształt poglądów, jakie się nagromadziły w ostatnich latach, na klinikę, patogenezę i anatomję patologiczną padaczki, jednej z najczęstszych chorób nerwowych, której opis klasyczny zawdzięczamy już Hippokratesowi, Galenowi i Celsowi. Chcę jeno pobieżny rzut oka dać na historję i rozwój hipotez, dotyczących patogenezy i lokalizacji *epilepsiae genuinae*, traktując to jako część ogólną do części szczegółowej, obejmującej wyłącznie klinikę i semiotykę postaci pogranicznych, które znajdą omówienie w innem miejscu[2]).

Rozpoznanie padaczki samoistnej było od tysięcy lat zadaniem najłatwiejszem. Stało się ono — co brzmi absurdalnie — z postępem djagnostyki coraz trudniejszem, a obecnie, powiedziałbym, jest ono rzeczą tak dalece trudną, że jedynie *per exclusionem* djagnozę stawiać by należało. Trudność pochodzi ztąd, że się dawniej padaczkę zaliczało do nerwic, bez tła i podłoża namacalnego, obecnie zaś do chorób organicznych z tłem nader różnorodnem, często ledwie dostrzegalnem, niemal ukrytem. Trudność się wzmaga jeszcze z tego względu, że pojęcie »choroby organicznej« jeszcze nie zostało w neuropatologji ściśle zdefiniowane. Jedni utożsamiają w padaczce organiczne z endogenetycznem i zwą niem wszystko, co nie jest czynnościowem i co nie jest psychopochodnem; drudzy uważają ją za organiczną, gdy n. p. towarzyszy padaczce klinicznie głuptactwo lub stwierdza się na autopsji zmiany drobne, choćby wtórne, wskutek częstych napadów drgawkowych powstałe, trzeci szukają koniecznie przekonywających, wybitnych zmian organicznych w mózgu lub oponach. Spokojnie też stawiano rozpoznanie padaczki samoistnej z ciężkiem rokowaniem nieuleczalności, do chwili gdy się przekonano jeszcze w piewszej połowie ubiegłego stulecia, że ciąża, przebiegająca z obrzękami lub białkomoczem, prowadzi tu i ówdzie u zdrowego skądinąd osobnika do klasycznej padaczki (Rayer), co już dało wiele do myślenia w kierunku patogenetycznej roli hydremji lub zatrucia krwi, kładąc podwalinę pod pierwszą chronologicznie teorję biochemiczną drgawek. W kilkadziesiąt lat później stwierdzono klinicznie (Tenner), a następnie doświadczalnie (Kussmaul), że duża utrata krwi też wywołuje u ludzi dotąd zdrowych typową padaczkę z zamroczeniem głębokiem świadomości. Nic dziwnego, że i ta obserwacja dała pochop do stawiania hipotezy anemizacji mózgu nagłej, a przemijającej, jako przyczyny padaczki. Ponieważ drgawki eksperymentalne u psów nie ustawały mimo usunięcia półkul do wysokości ciał prążkowanych, Kussmaul lokalizował powstawanie ich w ognisku, poza wzgórkiem wzrokowym położonym, w pniu lub opuszce. Istotnie Nothnaglowi w kilkanaście lat później udało się przy drażnieniu mostu i dna 4-ej komory wywołać toniczno-kloniczne drgawki, co tłumaczył podnieceniem ośrodka mięśnioruchowego w moście Varola i jednocześnie naczynioruchowego w opuszce z następczym skurczem naczyń i anemją mózgu. Zwykła padaczka miała być według niego wynikiem odruchowego podrażnienia tych właśnie ośrodków.

Poważny przewrót w poglądach wywołali w latach 70-tych Jackson i Bravais, którzy w ograniczonych sprawach chorobowych kory stwierdzili napady kloniczno-toniczne jednostronne, czasem ogólne. Nic dziwnego, że zamiast pnia i opuszki zaczęto winić korę, tembardziej iż dzięki późniejszym pracom Hitziga i Fritscha została ona podzielona na swoistą sferę psychoruchową i psychoczuciową.

Wyłomu w teorji dokonał stopniowo Ziehen, który na zasadzie eksperymentu doszedł do przekonania, że toniczna faza ataku odnosi się do zwojów podkorowych, zaś kloniczna do korowych. Pozorne poparcie tej hipotezie mieszanej korowo-podkorowej dały przypadki eklampsji osesków, przeważnie podkorowo-tonicznej, które z rozwojem dzieci i rozrastaniem się kory przyjmowały charakter toniczno-kloniczny.

Tyle co do lokalizacji mechanizmu drgawkowego. Trudniejszem było rozstrzygnięcie sprawy patogenezy. Długie lata panowała wszechwładnie teorja padaczki, jako choroby wskutek stanu przemijającego podrażnienia mózgu, powstałego w postaci »napadowego wyładowania drogą drgawek«. — Że teorja ta zawodzi, przekonałem się przed wielu laty, opisując kilkakrotnie przypadki klasycznej padaczki drgawkowej, która tu i ówdzie przebiegała w formie napadowej mono- lub hemiplegji (*Epilepsia paralitica*). Zawodzi ta teorja, gdy się usiłuje za Binswangerem tłumaczyć to zjawisko w dość problematyczny sposób, że wyładować się może energja dodatnia ze skurczem i hypertonją lub energja ujemna z wiotkością i hypotonją mięśni.

Licznych zwolenników miała przez szereg lat i posiada jeszcze obecnie inna teorja, dawniej nader popularna, teorja uciskowa Kochera. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdziło atoli w wyjątkowych tylko przypadkach wzmożenie ciśnienia, a operacja wentylowa czaszki w celach leczniczych dawała mnie — i wielu innym autorom — wyjątkowo słabszą poprawę u epileptyków. Wszystko robi raczej wrażenie, że dopiero napad wywołuje wzmożenie ciśnienia, a nie odwrotnie. A w padaczce urazowej, symulującej nieraz padaczkę rzeczywistą, nie tylko sam napad wymaga objaśnienia, ale i okres ukryty bezpadaczkowy, trwający nieraz tygodnie i miesiące mimo stałego ucisku. Nie o wiele lepiej, jak z lokalizacją i patogenezą, stoi sprawa nomenklatury padaczki.

Dercum, autor większej pracy zbiorowej, uważa padaczkę jako anomalję »ustrojową«, mającą podstawę »morfologiczną« u osobników z upośledzonym lub chorobliwym rozwojem, nie określając atoli bliżej, na czem polega podstawa morfologiczna i na czem rozwój upośledzony.

Binswanger, autor źródłowej monografji, uznaje jedynie padaczkę »samoistną«, widząc w niej chorobę przewlekłą »dynamiczno-konstytucjonalną«, ale dającą się też wywołać przez różnorodne czynniki zewnętrzne. Nie widać atoli z jego określenia, kiedy lata trwające drgawki stanowią »istotną« padaczkę, a kiedy są tylko do padaczki podobne.

Gruhle chciałby wykreślić z nomenklatury wyraz »organicznej« padaczki, pozostawiając tylko samoistną i objawową. Co prawda, w ostatnich czasach, jak zobaczymy niżej, coraz bardziej zaczyna się chwiać prawo obywatelstwa właśnie podstawowej padaczki, t. zw. samoistnej, służącej za punkt wyjścia dla wszelkich klasyfikacyj.

Redlich zarówno ze stanowiska kliniki, jak etjologji i anatomji patologicznej nie uznaje nazwy padaczki samoistnej, zastępując ją »przewlekłą«.

Według Tilmana nie istnieje ze stanowiska chirurga *epilepsia genuina*, lecz padaczka »organiczna, korowa«.

Geitlin widzi w padaczce organiczną cerebropatję, w której kora została upośledzona na drodze wrodzonej lub nabytej w okresie rozwoju i wskutek tego jest »predysponowana« do zaburzeń w sferze ruchowej i umysłowej.

Podczas gdy Hartman nie zna wogóle padaczki jako choroby, lecz »zespoły padaczkowe«, Binswanger nie aprobuje padaczki objawowej, a to, co się pod tem rozumie,

---

[1]) Odczyt wygłoszony w Tow. Medyc. Społecznej.

[2]) Odczyt wygłoszony w Warsz. Tow. Lek.

to są stany drgawkowe, »padaczkowate«, czyli do padaczki podobne.

Kraepelin, ze stanowiska psychjatry, omawiając ekwiwalenty psychiczne, umieszcza *epilepsia genuina* pomiędzy padaczką wskutek zmian organicznych mózgu, a padaczką, od intoksykacji zaburzeń w przemianie materji zależną.

Nowy czynnnik wprowadza Bolten. Wyłączając stany padaczkowate jako nie należące do padaczki istotnej, rozróżnia on w tej ostatniej: 1) jedną postać mózgową (*epilepsia cerebralis*), zależną od zaburzeń w przemianie materji samej kory, upośledzonej przez nabyte sprawy chorobowe mózgu i opon i 2) drugą postać t. zw. *epilepsia genuina*, zależną od zaburzeń przemiany materji ogólnych, a przeważnie — i tu się zaczyna wielki znak zapytania — wskutek hypofunkcji tarczycy lub przytarczyc, które to gruczoły w stanie indolencji tracą zdolność neutralizowania kurczotwórczych substancji fizjologicznej przemiany materji organizmu.

Marburg rozróżnia »reaktywną epileptyczną zdolność« dwojakiego rodzaju: ustrojową czyli konstytucjonalną, zależną od czynników wrodzonych, i wzmiankową czyli kondycjonalną, zależną od czynników nabytych.

W ostatnich latach zaczęto coraz mniej mówić o ośrodkach drgawkowych, wprowadzając zamiast tego mało mówiącego wyrazu inny, również nie zupełnie przejrzysty: wrodzoną drgawkotwórczą zdolność mózgu (Vogt, Redlich), drgawkowy mechanizm mózgu predestynowany, przez rozmaite bodźce pobudzalny (Kraepelin), usposobienie powszechne, czyli skłonność ogólna drgawek padaczkowych i padaczkowatych, somato- i psychopochodnych (Richter).

Najbardziej krańcowo rozwija tę myśl w ostatniej monografji swojej H. Fischer, rugując drogą rewolucyjną zasadniczo z nozografji nazwę «skurczu epileptycznego«. Niema skurczu, wyłącznie dla padaczki swoistego, zastąpić go należy nazwą wszechobejmującą »skurczu elementarnego« w odróżnieniu od psychogennego. Powstanie, rozwój i charakter kurczu zależą od wielu czynników, zwłaszcza czy natrafiono na grunt z upośledzeniem mózgu, nerwów, mięśni i układu sympatycznego z jego systemem dokrewnogruczołowym. W każdej z tych poszczególnych stacji może brać początek i posiadać swoje siedlisko nadpobudliwość motoryczna. Konstytucja skurczowa nie jest koniecznie konstytucją epileptyczną. Nie należy mówić o jakimś ośrodku skurczowo-drgawkowym czy epileptycznym, jak się nie mówi o ośrodku pląsawiczym lub atetotycznym. Dawny pogląd, że pewne zaburzenie ruchowe określonej formy i charakteru znajduje umiejscowienie w pewnem ograniczonem miejscu mózgu, nie odpowiada obecnemu stanowi wiedzy. Ściśle biorąc, niema w istocie rzeczy różnicy zasadniczej między drgawkami w padaczce, histerji, eklampsji, tężyczce i t. d. Skurcz toniczno-kloniczny nie jest wynikiem podrażnienia lecz wypadania kory: przy tem specyficznem wyładowaniu ruchowem wchodzi w grę pozbawiony hamulców i regulatorów korowych mechanizm ośrodków podkorowych, pozapyramidowych, filogonetycznie od korowo-pyramidowych o wiele starszych (*Archeoencephalon*).

Fischer obok aparatu ruchowego i wszystkich jego stacji węzłowych wciąga i aparat wewnątrz wydzielniczy, system dokrewny również w całej jego rozciągłości, analizując wpływ każdego z gruczołów z osobna na pobudliwość mięśniowo-nerwową i podkorowo korową zgodnie z zasadniczym poglądem swoim na »problem kurczowy«.

Nie mogąc się zagłębiać w szczegóły, chciałbym drogę rozumowania jego, polegającego jedynie na gromadzeniu z kliniki i fizjologji materjału dowodowego. unaocznić na pierwszem z brzegu ogniwie wielkiego łańcucha wielogruczołowego bez analizy głębszej korelacji czynnościowej. Wybieram z rozmysłem gruczoł rozrodczy, tak powszechnie i we wszystkich kierunkach eksploatowany przez medycynę wewnętrzną i urologię, eugenikę i psychjatrję. Według Fischera fizjologiczna nadpobudliwość skurczowa osesków, niemowląt i wogóle wieku dziecięcego znika w okresie dojrzałości płciowej, gdy wchodzi w grę wydzielina gruczołów rozrodczych. Na pobudliwość drgawkową wywierają poważny wpływ zmiany cielesne, związane z aparatem płciowym (*pubertas, menstruatio, graviditas, climax*). U eunuchoidów wrodzonych stwierdza się często zawroty głowy, omdlewania i napady padaczkowe. Po trzebieniu widuje się zarówno u kobiet, jak mężczyzn stałe wzmożenie pobudliwości układu współczulnego, zwłaszcza w obrębie wazomotorów, oraz pobudliwości mięśniowo-nerwowej. Rzezańcy i hyposeksualni mają wspólną cechę z epileptykami i opóźnienie ścinania się krwi. Wzmożona ilość lipoidów w gruczołach wewnątrz-wydzielniczych i zmniejszona ilość soli wapiennych we krwi po trzebieniu zwierząt wzmaga — jak w tężyczce — reakcyjność skurczową wogóle a nerwów obwodowych w szczególności (objaw Chwostka, Erba). Tą drogą dowodzeń, których mógłbym mnożyć bez liku, Fischer analizuje wpływ każdego z gruczołów dokrewnych na ogólną zdolność drgawkową, na poszczególne formy skurczów i na specjalne choroby skurczowo-drgawkowe, dowodząc przemożnej ich roli w patogenezie padaczki i jej odmian.

Takie są główne zarysy ścierających się poglądów dawnych i nowszych autorów, walk nieustannych w nauce o padaczce. Co mówią, zapyta nie jeden, zrażony tym chaosem w nomenklaturze, lokalizacji, etjologji i patogenezie, najnowsze badania chemiczno-fizyczne płynów i soków, dociekania anatomo-patologiczne w obrębie mózgu, układu wegetacyjnego i gruczołów pokrewnych, studja genealogiczne u epileptyków, skoro do samej definicji epilepsji jedni wprowadzają pojęcia endokrynologiczne, drudzy chemiczno-biologiczne, trzeci wreszcie endogenność, wrodzoność i dziedziczność. Czy ustaliły nowsze badania istotnie coś konkretnego, na czem gmach klasyfikacji racjonalnej oprzećby się mógł?

Osobiście mam wrażenie, że wyniki są pod tym względem nader skąpe; sądząc choćby z niedawnego zbiorowego referatu odnośnego kilku poważnych badaczy niemieckich (Reichardt, Wuth, Spielmeyer, Rudin).

Wuth ze swoich i obcych badań krwi, soków, wydzielin i przemiany materji podczas, przed i po napadach i z danych piśmiennictwa wnioskuje, że odróżnienie drgawek różnego typu i pochodzenia nie da się przeprowadzić na drodze chemiko-fizykalnej i endokrynologicznej.

Toż samo twierdzi Spielmayer o ostrych i przewlekłych zmianach w mózgu, że zaledwie w nieznacznym odsetku przypadków do przypuszczenia padaczki upoważniają nie takie lub inne ograniczone zachorzenie kory, lecz współistnienie naogół dość rzadkie: zboczenia rozwojowego mózgu, gliozy marginalnej i sklerozy rogu Ammona.

Za ścisłą ustrojowością w pojęciu rodzinno-dziedzicznem również mało przemawiają studja genealogiczne Rudina, z których wynika jedynie, że w rodzinach epileptyków nierzadkie są padaczki, że w tychże rodzinach często są psychozy i alkoholizm, mańkuctwo, dyzartrje, dysfazje i głuptactwo. Wyraźne dziedziczenie w linji bocznej wykazuje jedynie myokloniczna postać padaczki.

To też Reichardt, najnowszy klasyfikator epilepsji z ostatniej doby, daje podział kliniczny tej choroby mniej przejrzysty i bardziej chaotyczny od dawnych, podział, który z rozmysłem pomijam w tem miejscu. Wspomnę tylko, że wprowadza obok ogólnej i indywidualnej drgawkowości padaczkę konstytucjonalną, grupę »epileptoformu« i grupę »epileptoidu«, podkreślając w każdej z nich czynnik ustrojowy, słowem dawny zamęt w całej pełni.

Obecnie uważam jeszcze za najbardziej dla klinicysty odpowiedni etjologiczny punkt wyjścia dla klasyfikacji padaczki i przytaczam dawny swój podział, zastosowany przezemnie przed wielu laty przy klasyfikowaniu idjotyzmu, a zaaprobowany między innemi przez Weygandta, Kraepelina, Gruhlego i Hellera. W padaczce są dwie grupy zasadnicze: 1) Istotna padaczka, czyli essencjalna, samoistna, konstytucjonalna, genuinna, chroniczna, idjotypowa, endogenetyczna, bez ściśle określonej przyczyny, z możliwem, ale jeszcze nie ustalonem tłem organicznem. 2) Objawowa czyli symptomatyczna padaczka z wiadomą przyczyną i ściśle zbadanem podłożem różnorakiej natury i lokalizacji. O ile pierwsza jest chorobą przewlekłą i endogenną, druga może być

a) ostrą i b) chroniczną, c) zewnątrz pochodną (krwawienie obfite, zaduszanie się, udar słoneczny) i d) wewnątrz pochodną (cukrzyca, mocznica), e) zakaźną (dur, przymiot), f) toksyczną (ołów, alkohol), g) dokrewną (kretynizm, eunuchoidyzm, schizofrenia), h) ogniskową (uraz, guz, zator i i.) rozlaną (encephalitis, meningitis, arteriosclerosis). Jasna rzecz, że zgodnie z czynnikiem etjologicznym wypadną nietylko obraz i przebieg kliniczny, ale rokowanie i leczenia.

W sprawie uzupełnienia powyższej klasyfikacji etjologicznej przez patogenetyczną zreasumowałbym swój pogląd, nawiązując stary, wyżej wspomniany prawie pierwszy eksperyment odnośny Nothnagla do analogicznych najświeższej daty doświadczeń fizjologicznych Enderlen-Knauera. Nothnagel'owi udało się przy drażnieniu dna 4-ej komory i przekroju mostu wywołać zblednienie twarzy, rozszerzenie źrenic, zmiany tętna, anemję kory, utratę przytomności i drgawki toniczno-kloniczne. Knauer i Enderlen, drażniąc mechanicznie lub elektrycznie między- i śródmóżdże, wywołali silne podniecenie drgawkowe z rozszerzeniem źrenic i innemi objawami natury sympatycznej, przechodzącemi nieraz w śmiertelną śpiączkę. Należy się więc liczyć z możliwością, że uszkodzenie nagłe wazomotorycznych mechanizmów wegetacyjnych i innych aparatów autonomicznych, według Karplusa i Kreidla w międzymóżdżu i tyłomóżdżu położonych, przyczynia się i do powstawania drgawek. Faktem jest, że — poza ruchowo-czuciowym zespołem padaczki — w większości pozostałych objawów wpływ układu sympatycznego jest potężny. Już wszystkie zblednienia i następstwa czerwoności twarzy w napadzie epileptycznym, *aura* w postaci uczucia gorąca, gęsiej skórki i senzacji wewnątrznarządowych, rozwarcie szpar ocznych, ślinienie, obfite pocenie, rozszerzenie źrenicy, mimowolne oddawanie moczu, kału i nasienia, kołatanie serca — wszystko to odbywa się podczas napadu w obrębie układu wegetacyjnego. Pomijam cały ogrom równoważników padaczki w postaci pocenia napadowego, skurczów naczynio-ruchowych, bicia serca, zamroczeń bez motorycznej składowej a z wyłącznym, udziałem systemu sympatyczno-parasympatycznego.

Klasyfikacja wyżej podana obejmuje, jak widzimy, tylko padaczkę samoistną i objawową. Jasna rzecz, że terytorjum zarówno jednej, jak drugiej z biegiem czasu to się rozszerza, to się zwęża na korzyść pogranicznych form chorobowych, co do przynależności których neuropatologja jeszcze ostatniego słowa nie wyrzekła. Jak się przedstawia to pogranicze w głównych zarysah, jeśli abstrahować od bliższego omówienia obrazów klinicznych.

I. Poza padaczką niewątpliwie symptomatyczną, infekcyjnego, odżywczego, endo- i egzotoksycznego pochodzenia, istnieje cały szereg padaczek późnych (E. Tarda) padaczek porażennych (*Epilepsia paralitica*) lub drgawkowych — z zachowaną przytomnością — o rozmaitym przebiegu i lokalizacji jedno i obustronnej (*Epilepsja corticalis Jacksona, Epil. continua Kożewnikowa, Epil. myoclonica Unverrichta*), które raz na zawsze należy wykreślić z pogranicza i wpisać na konto zwykłej padaczki, endogennej (ogólnej) i objawowej (miejscowej).

II. Mniej określonem jest stanowisko napadów padaczkowych, opisanych u dzieci z objawami wrzekomo-opuszkowemi (*E. pseudobulbaris*) przez *Zapperta*, które w wieku przedszkolnym znikały stopniowo bezpowrotnie. Przynależność ich do zwykłej padaczki jest wielce problematyczną.

III. Doświadczenie wieloletnie z ostatnich czasów nauczyło, że cierpienia poszczególnych gruczołów wewnątrzwydzielniczych (*endokrinozy*) z hyper- lub hypofunkcją dawały w przebiegu swoim drgawki, że wspomnę tylko napady:

1) w śluzobrzęku i kretynizmie, chorobie Basedowa z chorobą tarczycy,

2) w tężyczce, spazmofilji wczesnej i późnej, jawnej i ukrytej, z chorobą przytarczyc, (przygnębienie padaczkowate, nadpobudliwość mięśniowo-nerwowa, skurcze ogólne i miejscowe),

3) w chorobie Addisona z zajęciem nadnerczy (zawroty, omdlewanie),

4) eunuchoidyzmie wrodzonym i nabytym z uszkodzeniem gruczołów rozrodczych, (*absences*, drgawki, wzmożona pobudliwość elektryczna mięśni),

5) w *akromegalii, dystrophia adiposa-genitalis, cachexie hypophysaire* z upośledzeniem przysadki (senność, drgawki),

6) w *status thymolymphaticus* z zajęciem grasicy i t. d.

IV. Stwierdzono napady padaczkowate nietylko w histerji, które mimo nieraz występujących objawów źrenicznych traktowano słusznie jako psychopochodne *pithiatisma Babińskiego)*, ale i w niektórych psychozach, zwłaszcza w t. zw. otępieniu wczesnem psychopatów, katatonii hebefrenii ischizofrenii. U tych ostatnich tworzących wspólną grupę nozograficzną, ostatnio z wielu słusznych powodów podejrzywa się wpływ gruczołu płciowego.

V. Takież napady natury drgawkowej i psychicznej notowano w ciężkich perturbacjach przemiany materji, w moczówce prostej, mocznicy, cukrzycy z przekwaszeniem krwi które to napady znikają często bez śladu.

VI. Wreszcie u dzieci spotykano cały szereg napadów padaczkowatych z przebiegiem łagodnym i rokowaniem pomyślnem, pozostających na drodze t. zw. odruchów warunkowych Pawłowa, kojarzeniowych psychorefleksów Bechterewa, nawykowych Hamburger-Ibrachim-Zapperta: w rodzaju drgawek *laryngismus affectivus*, przy kaszlu wrzekomo-krztuśćcowym z utratą przytomności, drgawek z wściekłości (*Wuthkrämpfe*) u niesfornych i źle wychowanych dzieci. Dodać chciałbym w tem miejscu, że, o ile psychopochodny charakter tej grupy odruchowych padaczek jest pewny, o tyle prawo obywatelstwa dawnej pada·zki obwodowo-odruchowej jest wogóle mocno zakwestjonowane.

VII. Również w wieku dziecięcym w okresie szkolnym obserwowano:

1) napady, zupełnie przypominające zasypianie chwilowe, *absence* i *petit mal* i wielokrotnie w ciągu godziny powtarzające się (Pyknolepsja czyli choroba Friedmana),

2) napady omdlewania z podrygiwaniami przy byle wzruszeniu (*synkopoid* czyli choroba Stiera),

3) napady zawrotu głowy z zamroczeniem i objawami naczynio-skurczowemi (*accesus vasovagalis* czyli choroba Gowersa), symulujące nieraz *tachycardia paroxysmalis* oraz *angina pectoris vasomotoria*,

4) napady zawrotów, wymiotów, blednienia, ślinienia, ćmienia w oczach *(accessus vegetativo-neuroticus* czyli choroba Reussa). Wszystkie te postacie, swoiste młodym dzieciom z mocno rozwiniętą grą wazomotorów i dermografizmem, należy również *a limine* wyłączyć z dziedziny padaczki.

VIII. Tegoż zdania byłbym o napadach uczucia zmęczenia i napadowej śpiączki, spotykanych u nieco starszych osobników (*Narcolepsia s. Hypnolepsia* czyli choroba Gélineau).

IX. Wreszcie nieodwołalnie wykreśliłbym z kategorji padaczki i stanów padaczkowych zwykle doń zaliczane napady drgawek afektywnych, misternie symulujących *epilepsia genuina*. Żeglują one w piśmiennictwe pod różnemi nazwami, jak:

1) psycholepsji czyli choroby Janeta,

2) drgawek wzruszeniowo-epileptycznych czyli choroby Bratza,

3) padaczki psychostenicznej czyli choroby Oppenheima.

X. Bardzo spokrewnioną z powyższą grupą, którą nazwałbym »padaczką sytuacyjną« zdaje się być opisane przez Rulfa jako »rodzinne drgawki korowe«, a następnie przez Trömmera, napady padaczkowate, podlegające wybitnie wpływom świadomości wogóle, a zwłaszcza dowolnych ruchów hamujących.

XI. Do pogranicza padaczki kwalifikują się też nierzadkie napady drgawkowe u alkoholików, przez niektórych autorów (Kraepelin) włączone niesłusznie do histerji, znikające po dłuższem odstawieniu napojów wyskokowych.

XII. Również nie należy ryczałtowo zaliczać do pa

daczki, lecz raczej do pogranicza, t. zw. *raptus psychasthenicus*, napady *vagabondage, fugues, dromomaniae, poriomaniae* stany przypominające *Epil. psychica i Epil. procursiva* z zamroczeniem świadomości i amnezją przebiegająca.

XIII. W tymże duchu należy oceniać Dipsomanię, czyli okresowe pijaństwo, u osobników pijących lub zupełnych abstynentów zjawiające się napadowo z uczuciem ciężkiego przygnębienia (*cyclothymia*), które zmusza — niekoniecznie jako równoważnik padaczki psychicznej — do zażywania wielkich ilości alkoholu lub innej jakiejś, euforję wywołującej trucizny, jak morfina, kokaina, haszysz (*toxicomania*).

Przytoczyłem całą galerję obrazów, nie siląc się bynajmniej na wyczerpanie ich, które stale zaliczano do padaczki ruchowej, czuciowej, wazomotoryjnej i psychicznej, a do niej bezwątpienia nie należą. Nie jest wykluczonem, że przy przetrząsaniu tego wielkiego kosza, do którego pakowano dziesiątki lat wszelkie, mniej lub więcej wartościowe odpadki, oderwie się i znaczna część tego, co epilepsją genuinną zwano i co aureolą bezwzględnej autonomji nozograficznej przez całe pokolenia koronowano.

Dodać chciałbym, że nietylko klinika i eksperyment oddawna domagały się ściślejszego segregowania i kwalifikowania. Nie mniej odczuwa potrzebę tą lekarz-praktyk, który u jednego epileptyka osiągał poprawę za pomocą bromu, jodu, luminalu, u drugiego zapomocą obfitego krwioupustu, przeczyszczania i djety, u trzeciego leczeniem wychowawczem i psychoterapją, u czwartego tranem i solami wapiennemi, u piątego wreszcie organo- czyli opoterapją.

Chciałem przeto wskazać ogrom terytorjum, które należy rozparcelować i w słupy pograniczne zaopatrzeć, aby bandy dywersyjne, wprowadzające zamęt i bezład, a tak modne w polityce i dyplomacji pogranicza, należały w przyszłości nie do reguły, lecz do rzadkich wyjątków w klinice i semiotyce. O ile w polityce zwycięża czasem i decyduje o pograniczu brutalna walka fizyczna, precyzyjna gra dyplomatyczna lub pospolity traf, o tyle w medycynie zwycięża i decyduje jedynie subtelna walka moralna, siła przekonywania, ścisłość dowodzenia. A walka o pogranicza nie jest czczym frazesem, ona jest, była i wiecznie będzie, bez niej trudno wyobrazić sobie postęp, muszą jeno stanowić o przynależności pogranicza nie te subjektywizmem podbarwione czynniki grube, nie te samowolą podszyte pretensje nieuzasadnione, jakiemi szafowały dawniej, nie tylko polityka, ale i medycyna praktyczna. Ta ostatnia musi się nauczyć szanować słupy pograniczne, ustalone objektywnie i w dobrej wierze przez doświadczonych lekarzy-klinicystów, mimo iż nie uznaje wieczności i nietykalności granic, mimo iż ścierają się poglądy dawne i nowe, toczą się walki nieustanne o stan posiadania.

Z praktyki.

Dr. S. STERLING. Łódź.

Broncho-pneumonia miliaris gripposa.

(Notatka kliniczna).

I. W dniu 17 marca r. b. rozpoznałem u chorej G. S., lat 17, ostrą rozsianą gruźlicę płuc prosówkową.

Chorą się czuje od jakich 2—3 tygodni; objawy grypy. W chwili badania chora siedzi w łóżku, skóra bardzo blada z odcieniem sinawym; oddech szybki. Tętno drobne, przeszło 120. Ciepłota 38·7°. Skarży się na brak tchu, niewielki kaszel bez plwocin, nie męczący; wielkie osłabienie, brak łaknienia. Badanie klatki piersiowej daje: na całej przestrzeni odgłos opukowy bębnowy; *volumen pulmonum auctum*, maskujący stłumienie sercowe; oddech wszędzie bardzo osłabiony, gdzie — niegdzie rzężenia prawie dźwięczne. Tony serca głuche. Śledziona niemacalna.

W wywiadach: jakieś — przed laty — cierpienie dróg oddechowych (?).

Na tej zasadzie postawiłem wspomniane rozpoznanie. W parę godzin później dokonane badanie promieniami Roentgena dało wynik następujący (Kol. Kajlson): Prześwietlanie. Obydwa płuca mocno zawoalowane od szczytów aż do przepony, nieznacznie, ale wybitnie ruchomej. Płuca tak ciemne, że granice serca zaledwie się zarysowują. Zdjęcie. Obydwa płuca są równomiernie usiane niezbyt intensywnemi plamkami; w części górnej i średniej dobrze odgraniczonemi, w dolnej — zawoalowanie, wywołane przez gęstość plamek i przez sutki. Cienie wnękowe szerokie, ale odgraniczone, zlewają się stopniowo z cieniem płuc. Rozpoznanie roentgenologa: *Tuberculosis miliaris pulmonum.*

Spostrzeganie przebiegu choroby nasuwało coraz to nową wątpliwość. W moczu ani razu nie znaleziono odczynu dwu-azowego. Badanie krwi dało obraz normalny; ani neutrofilji, ani limfocytopenji; komórki kwasochłonne w ilości zwykłej; odczyn Biernackiego wykazał bardzo szybkie opadanie krwinek czerwonych. Co ważniejsza, przebieg cierpienia, przewlekły, wykazywał poprawę; kolejno powracały do normy różne okolice płuc; a jeszcze po czterech miesiącach, przy niezłym już stanie ogólnym, łatwo było znaleźć objawy zmian w płucach.

II. Dnia 7. września r. b. rozpoznałem u przyjezdnej H. W., lat 26, ostrą gruźlicę płuc. W wywiadach cierpienie płuc przewlekłe. Pogorszenie od paru tygodni. Tętno 128. Ciepłota podwyższona. Suchy uporczywy kaszel. Cała powierzchnia płuc daje odgłos opukowy nieco stłumiony — przy oddechu wszędzie równomiernie zaostrzonym, licznych trzeszczeniach i suchych, nieco świszczących rzężeniach. Wielkie osłabienie, sinica (chorą przywieziono z odległości 10 wiorst). Tegoż dnia dokonane badanie aparatem Roentgena (Kol. Kajlson) dało: Prześwietlenie. Prawy szczyt ciemniejszy od lewego. Naogół płuca względnie jasne. Przepona porusza się swobodnie. Zdjęcie. Obydwa płuca usiane od góry do dołu plamkami wielkości prosa. Plamki są blade (środek i brzegi jednakowo blade), niezbyt intenzywne, nie bardzo wyraźnie odgraniczone, ale każda oddzielnie wyraźnie widoczna, czyli nie zlewają się z sobą. Wyjątek stanowią plamki w sąsiedztwie wnęki. Plamki nigdzie nie układają się w cienie siatkowate. W szczytach, znacznie jaśniejszych od innych części płuc, ilość plamek minimalna; natomiast części dolne usiane nie mniej gęsto, aniżeli środkowe. Cienie wnękowe prawidłowe. Rozpoznanie (biorąc pod uwagę doświadczenia płynące z przypadku pierwszego): *Bronchopneumonia miliaris post grippam*, albo mniej prawdopodobnie — *tuberculosis disseminata exsudativa*. Przeciw ostatniemu przemawia większa gęstość plam u dołu, aniżeli w środkowych okolicach płuc.

Chorą widziałem jeszcze tylko raz jeden; po upływie trzech tygodni chora miała się znacznie lepiej, jakkolwiek objawy miejscowe trwały. Na żadne dalsze badania kliniczne zgodzić się nie chciała.

Zrozumienie pierwszego, a wraz z tem i drugiego przypadku zawdzięczam podręcznikowi roentgenologji Assmana, który wspomina o postaci klinicznej grypowej łudząco — w pewnym okresie rozwoju — podobnej do gruźlicy płuc prosówkowej.

To co nazywamy w klinice prosówką płuc ma za podkład anatomiczny dwa typy zmian: zmiany wytwórcze, powstawanie gruzełków prosówkowych, ale i zmiany wysiękowe, powstawanie prosówkowych ognisk pneumonicznych, makroskopowo łudząco do ognisk wytwórczych, do gruzełków podobnych; rozpoznaje je różniczkowo dopiero badanie histologiczne.

Tuberculosis miliaris disseminata może mieć tylko jedną etjologję: laseczniki Kocha. *Bronchopneunia miliaris* może być nie tylko tuberculosa ale i gripposa. Te dwie ostatnio wymienione postaci są na roentgenogramie do siebie bardzo podobne.

Że objawy kliniczne obu postaci mogą być w pewnym okresie choroby podobne — widzieliśmy wyżej. Jedynie badanie wszechstronnne i spostrzeganie (a mniej — roentgenogram) ustalają prawidłowe rozpoznanie a z niem i — rokowanie.

Dodam, że badanie krwi nie zawsze daje się zużytkować w celu rozpoznania różniczkowego, ponieważ i przy grypie widywano neutrofilję z limfocytopenję, t. j. obraz krwi właściwy gruźlicy źle rokującej.

Higjena i wychowanie fizyczne.

A. KUHN. Lwów.

Statystyka chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania z roku 1923 (Publikacja Sekcji higjeny Ligi Narodów).

Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1923. (Société des Nations. Organisation d'hygiène).

Niewątpliwie interesujące i pouczające będzie zbadanie i rozważenie, jak się przedstawia u nas w porównaniu z innemi państwami sprawa chorób pod względem społecznym szczególnie ważnych, w pierwszym rzędzie chorób zakaźnych, jak wiadomo, zbierających w Polsce obfite żniwo, jakkolwiek należą do tych chorób, których uniknąć można. Będzie to niejako rachunek sumienia, przypomnienie tego, co u nas wymaga szczególnej troski.

Sprawy te, zaprzątające dotychczas prawie wyłącznie szczupłe grono lekarzy epidemjologów, zasługują na to, aby zajęły ogół lekarzy i osoby społecznie pracujące, tem więcej, że nie jest dobrze, gdy sprawą mającą znaczenie społeczne zajmują się wyłącznie specjaliści, którzy, wchodząc w szczegóły, a nadto kierowani rutyną, nie widzą niekiedy rzeczy prostych, a ważnych.

Z tych powodów uważałem za pożądane zapoznać czytelników z publikacją wydaną w sierpniu 1924. przez Sekcję higjeny Sekretarjatu Ligi Narodów w Genewie pod powyższym tytułem. Zeszyt 8. Wiadomości Epidemjologicznych zawiera statystykę chorób podlegających obowiązkowi donoszenia z 27 krajów Europy, 15 krajów Afryki, 14 krajów Ameryki, 12 krajów Azji i z Australji. Daty odnoszą się do pięciolecia od r. 1919 do 1923 za szczegółowem uwzględnieniem roku ostatniego. Zeszyt, o 107 stronicach formatu ćwiartki, dzieli się na dwie części, prawie równe co do objętości. Pierwsza zawiera zestawienia częstości zachorowań i skonów według poszczególnych chorób, druga tablice z poszczególnych krajów.

W zestawieniach i tablicach, jak podniesiono we wstępie publikacji, uwzględniono te kraje, gdzie istnieją organizacje dla zbierania potrzebnych dat. Wartość dat nie jest jednolita. Tablice statystyczne w miarę możności przesyłano poszczególnym krajom do zatwierdzenia; z 70 krajów uwzględnionych tylko 24 (między niemi i Polska) nadesłało odpowiedzi, więc tylko z 24 krajów daty są mniej więcej pewne; są to kraje dla nas najważniejsze, gdyż jest wśród nich 21 krajów europejskich. Korektury nie przeszły jedynie tablice następujących krajów europejskich: Grecja, Hiszpanja, Irlandja, Łotwa, Rosja i Szkocja.

Mimo powyższych restrykcji, jak dalej wywodzi wstęp, zdecydowano się ogłosić wiadomości rychło, aby nie pozbawiać ich aktualności i pożyteczności z punktu widzenia administracji publicznej. Nie zastosowano jednak w zestawieniach zawilszych metod statystycznych i podano częściej liczby absolutne aniżeli procentowe. Te ostatnie bowiem mogłyby naprowadzić czytelnika na fałszywe wnioski. Słusznie podnoszą wydawcy, że cyfry absolutne, zestawione z szeregu lat dla danego kraju, dają dostateczne wskazówki co do przebiegu chorób zakaźnych.

Dla zorjentowania czytelnika, przyzwyczajonego do liczb stosunkowych, podaję ludność krajów europejskich, jak ją podano w omawianej publikacji.

1. Rosja	spis ludności	1923 —	130,000.000
2. Niemcy	» »	1/1 1923 —	61,570.000
3. Wielka Brytania	» »		47,520.500
Anglja z Walją	» »	30/6 1922 —	38,158.000
Szkocja	» »	30 6 1923 —	4,915.500
Irlandja półn.	» »	czerwiec 1923 —	1,282.000
Irlandja samodzielna	» »	30/6 1923 —	3,165.000
4. Francja	» »	30/6 1922 —	39,400.000
5. Włochy	» »	1/12 1921 —	37,276.738
6. Polska	» »	30/9 1921 —	27,160.163
7. Hiszpania	» »	31/12 1922 —	21,658 222
8. Rumunia	» »	1923 —	16,700.122
9. Czechosłowacja	» »	1923 —	13,840.443
10. Jugosławia	» »	31/1 1921 —	12,017.323
11. Węgry	» »	31/12 1923 —	8,158.590
12. Belgja	» »	30/12 1923 —	7,606.820
13. Holandja	» »	30/12 1922 —	7,086.913
14. Austrja	spis ludności	marzec 1923 —	6,526.661
15. Szwecja	» »	31/12 1922 —	5,970.918
16. Bułgarja	» »	31 12 1921 —	4,910.151
17. Szwajcarja	» »	30/6 1923 —	3,90 .000
18. Finlandja	» »	31/12 1922 —	3,435.249
19. Danja	» »	31/12 1922 —	3,342.400
20. Litwa	» »	31/12 1923 —	2,035.121
21. Łotwa	» »	31/12 1922 —	1,950.000
22. Estonja	» »	28 12 1922 —	1,110.538
23. Gdańsk	» »	1/11 1923 —	364.380
Grecja	» »	? —	?
Norwegja	» »	? —	?

W części pierwszej publikacji uwzględniono tylko 24 chorób, ponieważ niektóre choroby, nawet pospolite i bardzo rozpowszechnione, nie podlegają powszechniejszemu obowiązkowi donoszenia, a co do niektórych innych chorób nadesłano daty widocznie niekompletne

Sekcja higjeny Sekretarjatu Ligi Narodów zbiera i porządkuje dane, które posiada co do chorób wenerycznych, nieobjętych zestawieniami omawianej publikacji, i w najbliższym czasie ogłosi wyniki.

Przystępuję do zwięzłego omówienia poszczególnych chorób.

Dżuma w r. 1923. pojawiła się w Europie: we Francji w okolicy Paryża (14 zachorowań), w Grecji (41 zach., w tem 6 skonów — w Pireusie 26 zachorowań), w Hiszpanji (52 zach., z nich 49 w Maladze), w Portugalji (16 zach., w tem 3 sk. — głównie w Lizbonie), w Rosji w gub. astrachańskiej (w czasie od 24/XII 1923 do 16|II 1924 — 14 przypadków śmierci), w Turcji (12 zach., w tem 3 sk.), we Włoszech (1 przypadek w Torre Annunziata).

Głównem ogniskiem dżumy były Indje Wschodnie, Z zestawień z 5-o leci od 1898—1923 wynika, że liczba zmarłych z dżumy w 7 prowincjach, z których dostarczono dat, wynosiła:

1898 —	1903 —	1,707.456
1903 —	1908 —	4,325.237
1908 —	1913 —	2,042.127
1913 —	1918 —	2,179.401
1918 —	1923 —	530.170

W pięcioleciu powojennem spostrzegamy tu znaczne zmniejszenie liczby zmarłych z dżumy.

Jeśli weźmiemy pod uwagę ostatnie lata (liczone dla dżumy zwyczajowo od lipca do czerwca), to otrzymamy dla całych Indji Wschodnich następujące liczby zmarłych:

rok 1919/20 —	121.593
» 1920/21 —	101.151
» 1921/22 —	62.220
» 1922/23 —	227.875

W tem czteroleciu wyskakuje znacznie ponad inne lata rok 1922/23. Porównanie z przeciętną roczną z 25-lecia 1898—1923, która wynosi dla całych Indji Wschodnich 432.737, wykazuje znaczne zmniejszenie liczby w latach ostatnich.

W przebiegu dżumy według pór roku stwierdza się największe nasilenie epidemji z końcem roku kalendarzowego, najmniejsze w miesiącach czerwcu i lipcu.

Cholera w r. 1923 tylko z jednego kraju europejskiego była zgłoszona: z Rosji, gdzie było 114 zachorowań (liczby skonów nie podano), głównie w Rostowie n. Donem (73 zach.). W porównaniu z r. 1922 (86.178 zach.) rok 1923 należy nazwać nader korzystnym, ale, co więcej, w ciągu ostatnich lat 20 tylko w 2 latach wykazano w Rosji mniejsze liczby zachorowań na cholerę, aniżeli w r. 1923 — były to lata 1906 (20 zach.) i 1912 (9 zach.). Najgorsze w tem 20 leciu były lata 1920 (230.232 zach.) i 1921 (207.389 zach.).

W r. 1922 między krajami nawiedzonemi cholerą były także Polska (121 zach. 34 sk.) i Rumunja (19 zach., sk. nie wykazano).

Poza Europą w r. 1923 tylko Azja była nawiedzona cholerą, w innych częściach świata choroba ta się nie pojawiła.

Podobnie jak dżuma i cholera miała główne siedlisko w Indjach Wschodnich. W r. 1923 notowano 72.695 skonów — jestto liczba najmniejsza w 20-leciu od 1904 do 1923. Śmiertelność z cholery w Indjach Wschodnich w r. 1923 w porównaniu z latami 1906 (713.664 sk.), 1908 (607.278), 1919 (602.304) i 1918 (571.643) jest bardzo mała.

Najstalej utrzymuje się wysoka liczba zmarłych w mieście Kalkucie (o ludności 1,132.000), która w latach 1919—1923 była: 3.688, 2.302, 1997, 1269, 907, chociaż widzimy nieustający spadek. Przyszłe lata okażą, czy ten spadek jest wynikiem skutecznej akcji zwalczania, czy też rzeczą przypadku.

Całkiem inaczej, jak w Kalkucie, przedstawia się przebieg cholery w mieście Bombaju (1,176.000 mieszk.), gdzie w r. 1919 było 8455 przypadków śmierci z cholery, w następnych zaś czterech latach: 119, 70, 15, 183.

Dur plamisty.

Pod względem liczby zgłoszonych zachorowań przewyższa nas tylko Rosja i Ukraina.

	1919	1920	1921	1922	1923
Rosja eur.	2,322.552	2,979.560	539.216	975.762	178.088
Ukraina	nie podano	591.842	110.891	344.843	31.307
Polska	219.088	168.097	49.547	42.724	11.185

Ratuje naszą opinję rok 1920, gdyż pomimo wzrostu w Rosji i Ukrainie i pomimo najazdu bolszewickiego u nas jest spadek. Natomiast nie zupełnie zadowalający jest rok 1923. Gdyśmy bowiem w r. 1922 doprowadzili do tego, że mieliśmy tylko $^1/_{31}$ część liczby wykazanej w Rosji europ. i Ukrainie, w r. 1923 doszliśmy znowu do $^1/_{18}$. Gdy w Rosji i Ukrainie liczba zachorowań w roku 1923 zmniejszyła się w stosunku do r. 1922 przeszło sześciokrotnie, u nas tylko niespełna czterokrotnie.

Prócz Rosji i Polski tylko Rumunja wykazała większe liczby przypadków: w latach 1919 i 1920 liczby wysokie (56.242 i 46.206), w r. 1921 nagły spadek do 8.189 i dalszy spadek w roku 1922 do 3.902, poczem w roku 1923 wzrost do 5.173.

We Włoszech dur plamisty po wojnie szybko wygasł; w r. 1919 — 6051 zachorowań (przeważnie pośród jeńców wojennych), w następnych latach: 113, 60, 0, 2.

Zastanawiająca jest dość stale utrzymująca się liczba zmarłych w Hiszpanji w latach 1919 — 1923: 228, 155, 73, 80, 68.

Względnie szybko uporano się z durem plamistym w Niemczech; liczby zachorowań w ostatniem pięcioleciu są: 3549, 483, 533, 386, 27. Mniej sprawnie szła akcja w Czechosłowacji: w r. 1919—2457, w r. 1920 wzrost — 3019, w latach następnych: 970, 321, 366. W Węgrzech notowano znaczny wzrost w r. 1923 (1921. zach. 73, 1922 — 17, 1923 — 385).

We Francji i Anglji nie notowano wcale duru plamistego.

Na ogół dur plamisty w roku 1923 okazywał nasilenie równe przedwojennemu.

Bardzo pouczające jest zestawienie zachorowań zgłoszonych w Polsce według 4 stref: I. wschodnia (Wilno, Białystok, Nowogródek, Polesie, Wołyń, Tarnopol), II. środkowa wschodnia (Warszawa, Lublin, Lwów, Stanisławów), III. środkowa zachodnia (Łódź, Kielce, Kraków), IV. zachodnia (Pomorze, Poznań, Śląsk). Notowano zachorowań względnie skonów (+):

W strefie	Ludność*)	1922	1923
I	6,855.554	25.343 (+ 1502)	4.763 (+ 247)
II	9,202.925	12.551 (+ 1171)	4.616 (+ 489)
III	6,776.663	2.804 (+ 291)	1.704 (+ 154)
IV	4,039.080	90 (+ 10)	35 (+ 3)

*) Według spisu z 30/IX 1921. Rocznik statystyki Rz. P., Warszawa 1924.

Pokazuje się, jak bardzo zależy nasza chorobowość na dur plamisty od odległości danego obszaru od granicy rosyjskiej.

Z krajów pozaeuropejskich Egipt wykazał największe liczby zachorowań i skonów, dalej Unja południowo-afrykańska. Prawie nieobecna jest w Nr. 8. Wiadomości Epidemjologicznych w rubryce duru plamistego Ameryka, a zupełnie nieobecna Australja.

Dur powrotny. Notowano zachorowań:

	1919	1920	1921	1922	1923
Rosja eur.	392.546	1,570.604	698.147	942.460	164.610
Ukraina	?	326.075	247.089	467.893	54.814
Polska	3.266	7.188	13.850	41.207	2.067

W r. 1921 liczba zgłoszonych zachorowań na dur powrotny w Rosji i Ukrainie przewyższa liczbę duru plamistego, w r. 1922 jest w Rosji nieco niższa od liczby duru plam., a przewyższa ją w Ukrainie.

W Polsce zauważa się stały wzrost duru powrotnego od r. 1919 do r. 1922, w którym liczba zgłoszonych zachorowań na dur powrotny jest zaledwie o 1517 niższa, aniżeli liczba duru plamistego.

Szczyt epidemji przypada w Rosji na rok 1920, zaś w Ukrainie i Polsce na rok 1922. W r 1923 dur powrotny spada do poziomu przedwojennego.

Zresztą z krajów europejskich jedynie Rumunja wykazała w r. 1920 większą liczbę zachorowań, przekraczającą prawie trzykrotnie liczbę Polski. Ale w następnych latach nastąpił szybki spadek: 4663, 444, 152.

Zestawienie według stref Polski wymienionych w ustępie tyczącym się duru plamistego wykazuje dla duru powrotnego następujące liczby przypadków zgłoszonych:

w strefie	1922	1923
I	32.908 (+ 1121)	1760 (+ 34)
II	8.314 (+ 339)	244 (+ 9)
III	204 (+ 4)	25 (+ 0)
IV	16 (+ 1)	17 (+ 1)

Tutaj jeszcze wyraźniej, jak przy durze plamistym, występuje zjawisko, że im dalej od granicy rosyjskiej, tem mniejsza liczba chorych.

Z krajów pozaeuropejskich jedynie Egipt wykazał większe liczby zachorowań na dur powrotny: najwyższą w r. 1919, poczem stałe zmniejszanie się aż do r. 1923.

Ospa.

I tu Rosja zajmuje naczelne miejsce: $^5/_6$ wszystkich przypadków zgłoszonych w Europie przypada na Rosję.

Ospa panowała silnie we Włoszech w latach 1919 (34.365 zach.) i 1920 (26.453), w Rumunji w r. 1919 (20.523).

W Czechosłowacji szybko uporano się z epidemją; od 1919 do 1923 liczba zachorowań była: 11.209, 4.529, 1.542, 70, 36 — podobnie w Niemczech: 5.012, 2.042, 688, 215, 17. Stosunkowo powoli zmniejsza się ospa w Hiszpanji (skony): 3620, 3280, 2087, 1332, 529.

W Polsce rzecz przedstawia się następująco (zachorowania): 1864, 3948, 5078, 2399, 502; niema tu kongruencji z liczbami Rosji i Ukrainy, wzrost r. 1921 nieuzasadniony.

Co do rozmieszczenia zachorowań w Polsce, największe liczby wykazano w latach 1922 i 1923 w Województwie sta-

nisławowskiem, ale nie zauważono koncentracji przypadków ospy na kresach wschodnich (w przeciwieństwie do duru plamistego i powrotnego).

Dwa kraje o wysokiej kulturze sanitarnej wykazują z roku na rok wzmagającą się liczbę zachorowań:

Anglja: 294, 263, 315, 973, 2485.
Szwajcarja: 3, 2, 596, 1159, 2145.

Przyczyną tego jest zaniedbanie szczepień ochronnych. Objawem pocieszającym dla Anglji było to, że liczba zmarłych na ospę w stosunku do 100 zachorowań była w ostatnich 3 latach bardzo mała; licząc mianowicie od r. 1919 przedstawia się następująco: 9·5, 11·4, 1·6, 2·9, 0·3. Więc n. p. w r. 1923 z 2485 chorych zmarło tylko 7, zaś w r. 1920 z 263 chorych zmarło 30. Jak się ta sprawa przedstawia w Szwajcarji, nie podano.

W Jugosławji stosunkowo najwięcej przypadków ospy było w Bośnji i Hercegowinie, rzekomo z powodu oporu kobiet muzułmańskich przeciwko szczepieniu. W Rosji europejskiej zmniejszenie liczby zachorowań (z wyjątkiem okolic północnych) postępuje nieprzerwanie od r. 1919, kiedy to rozpoczęto ściśle przestrzegać przepisów o szczepieniu.

Wcale nie pojawiła się ospa w latach 1922 i 1923 w Danji, Szwecji i Norwegji.

W Azji ospa zmniejsza się od r. 1919, szczególnie także w Indjach; zwiększenie w latach ostatnich (1921—1923) zauważa się w Siam, Hong Kong, Japonji i Sybirze. Z Afryki tylko niewiele krajów dostarczyło dat. W Egipcie nastąpił w r. 1921 bardzo znaczny spadek liczby zachorowań, w r. 1923 znowu zanotowano wzrost.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie częstość ospy malała stale od r. 1902 do 1916, w latach 1917 i 1918 nastąpiło lekkie wzmożenie, poczem przyszło do poważnych epidemji w latach 1919—1921 (56.332, 96.684, 102.787 zachorowań); w r. 1922 liczba zgłoszonych przypadków spadła do 32.800, a w r. 1923 do 29.968.

Z Australji w r. 1922 i 1923 nie doniesiono o żadnym przypadku ospy.

Czerwonka.

W Europie była prawie wyłącznie pochodzenia bakcylarnego, z wszelkiem prawdopodobieństwem przeważnie typu Shiga-Krusego i Flexnera. Jakkolwiek w porównaniu z r. poprzednim w r. 1923 liczba przypadków zgłoszonych zwiększyła się wydatnie w Niemczech (5036 i 8449), a w mniejszym stopniu w Rumunji, Jugosławji i Czechosłowacji, na ogół czerwonka w Europie środkowej i zachodniej jest w okresie cofania się.

Miejsce naczelne pośród krajów europejskich w pięcioleciu 1919—1923 co do liczby absolutnej zgłoszonych przypadków czerwonki zajmuje Rosja, która wykazała szczególnie wielkie liczby w latach 1920 (324.389 bez Ukrainy) i 1922 (249.759, Ukraina 50.138). Zaraz po Rosji przychodzi kolej Polski z liczbami: 7734, 31020, 32944, 14344, 5314. W r. 1921 prawie równą liczbę z Polską mają Niemcy (31.624), ale roku następnego już tylko 5036.

W Polsce w strefach bliżej omówionych w ustępie o durze plamistym notowano na 10.000 mieszkańców przypadków zgłoszonych czerwonki:

w strefie	1922	1923
I	102	17
II	33	18
III	35	20
IV	48	31

Przewaga kresów wschodnich widoczna w roku 1922, przeciwnie w roku 1923, im dalej na zachód, tem więcej czerwonki.

Daty z krajów poza europejskich są bardzo skąpe.

W przeciwieństwie do spadku w Rosji europejskiej stwierdza się znaczne zwiększenie się liczby zachorowań na czerwonkę w Sybirze (1922 — 11.507, 1923 — 28.247), gdzie w r. 1923 na 100.000 mieszkańców przypadało 350 zachorowań.

W Japonji rok 1923 zaznaczył się największą liczbą zmarłych z czerwonki (7.259) w ciągu dziesięciolecia 1914—1923. Zastanawiająca jest wielka zabójczość czerwonki w Japonji: We wspomnianem 10-leciu wykazano ogółem 172.155 zachorowań, a 40.535 (prawie 24%) skonów; bardzo wysoki % zmarłych notowano w r. 1923, mianowicie na 20.491 zachorowań 7.259 (przeszło 35%) skonów. C. d. n.

Sprawozdania poglądowe

M. CZYŻEWSKI. Warszawa.

O metodach badania odporności krwinek czerwonych.

Z oddziału Wład. Janowskiego w Szp. Dz. Jezus w Warszawie.

Badanie odporności krwinek czerwonych gra dotychczas w klinice rolę stosunkowo podrzędną. Przyczyną tego jest bezwątpienia brak jednolitości techniki i jej zasadnicze błędy. Bo poza nielicznemi schorzeniami, jak żółtaczka hemolityczna, gdzie zachowanie się odporności krwinek zostało ostatecznie i powszechnie ustalone, co do wielu innych stanów patologicznych różni autorowie przychodzili do różnych wniosków, a nawet ci sami autorowie w tych samych stanach chorobowych otrzymywali co do odporności wyniki różne i często między sobą sprzeczne. Poznawszy nieco lepiej całe to zagadnienie, nabiera się przekonania, że rzeczywiście winna jest temu przedewszystkiem metoda badania, a właściwie jej braki.

Poniżej przedstawię szczegółowo szereg metod, zaczerpniętych z piśmiennictwa głównie ostatnich 10 lat. Do poczynionych wstępnych uwag chciałbym dodać jeszcze jedną.

Cała istota odporności krwinek czerwonych jest jeszcze dotychczas ciemną i dlatego brak jest jej dokładnego określenia; nieco światła na to zagadnienie rzucają badania Bechholda, ogłoszone w r. 1921 (17), omawiające istotę hemolizy, nad któremi nie będę się zatrzymywał ze względu na to, że nie dotyczą bezpośrednio metodyki badania odporności, i badania Brinkman'a i van Dam'a, ogłoszone w r. 1920 (2) w formie 3 artykułów: »O wpływie lecytyny na odporność krwinek« — »Znaczenie cholesteryny dla fizykochemicznych własności powierzchni komórkowych« — »Antagonizm czynnościowy cholesteryny i innych lipoidów«. Zanim przejdę do właściwego tematu metodyki badania odporności, przytoczę z nich najważniejsze myśli.

Krwinki czerwone, przemyte roztworem solnym zrównoważonych, t. j. upodobnionym co do zawartości soli do surowicy »*(aequilibrierte Salzloesung)*«, okazują znacznie większą odporność, niż przed przemyciem; przemycie to usunęło z krwinek czynnik, wpływający obniżająco na ich odporność. Czynnikiem tym okazała się l e c y t y n a, która przy przemywaniu przechodzi z krwinek do roztworu solnego i tu była wykryta. To działanie lecytyny, obniżające odporność ewent. wywołujące hemolizę (między temi 2 pojęciami istnieją tylko różnice ilościowe, zależnie od stężenia danego środka — w tym przypadku lecytyny) — działanie to bywa zniesione przez nieznaczny nawet dodatek cholesteryny. Tu zaznacza się a n t a g o n i z m c z y n n o ś c i o w y c h o l e s t e r y n y i l e c y t y n y (oraz z innymi lipoidami), i to nietylko jeśli chodzi o działanie hemolizujące różnych substancji, jak roztwór hypotoniczny soli, saponiny, jadu wężów — ale także od stosunku ilościowego cholesteryny do lecytyny zależy izolacja elektryczna krwinek i przepuszczalność ich powierzchni dla jonów i w związku z tem zatrzymywanie wody przez tkanki (cholesteryna utrudnia to przewodnictwo dla jonów i sprzyja w ten sposób zatrzymywaniu wody — w stawach mocznicowych i rzucawkowych stwierdzono hypercholestyremnemję; leczniczo możnaby tu stosować zastrzyki lecytyny). Wracając do zagadnienia hemolizy, wiemy więc, że lecytyna

ułatwia działanie różnych jadów hemolitycznych, zaś cholesteryna je hamuje; i dlatego przemycie krwinek roztworem izotonicznym cukru trzcinowego (8%) obniża ich odporność, bo przytem ulega wypłukaniu cholesteryna i odpada w ten sposób czynnik hamujący działanie lecytyny.

Dobrze oświetla rolę, jaką gra lecytyna w odporności krwinek, doświadczenie z jednostronnem odżywianiem lecytyną — po tygodniu w związku z przesunięciem równowagi stosunku cholesteryny do lecytyny w kierunku lecytyny otrzymano przyżyciową hemolizę w naczyniach i wzmożone odradzanie się krwinek, które było w równowadze z hemolizą (haemoglobinaemia — przy normalnej prawie ilości krwinek). W związku z powyższem nasuwają się wskazania do badania odporności w 2 kierunkach, dwiema metodami:

1) badanie przemytych krwinek, a więc pozbawionych otoczki z lecytyny a w pewnym stopniu i cholesteryny, i upodobnionych w ten sposób do krwinek, które wyszły bezpośrednio ze szpiku kostnego i jeszcze nie zdążyły otrzymać z surowicy swoich lipoidowych otoczek; przy wykresie otrzymujemy pierwotną krzywą odpornościową, i tylko na takiej krzywej zaznaczają się zmiany we krwi, zależne od pierwotnych zaburzeń w narządach krwiotwórczych, i zaznacza się odradzanie erytrocytów,

2) badanie przemytych krwinek — daje wtórną krzywą odpornościową, na której zaznaczają się wszelkie wtórne zmiany we krwi, zależne od działania jadów, trucizn, zaburzeń w odżywianiu.

Przechodząc teraz do właściwego tematu metod badania odporności, zacznę od opisania metody Vaquez'a i Ribierre'a, najpopularniejszej i najbardziej szeroko stosowanej. Bliższe szczegóły można znaleźć w »Examens de Laboratoire du méd. prat.« Guy Laroche'a. Odporność bada się względem roztworu hypotonicznego Na Cl. Krew bierze się z żyły lub przez nakłucie palca, w jednym i drugim przypadku wprost do płynu powstrzymującego krzepnięcie — *Kali oxalici 0,28+Natr. chlorati 0,8+ Aquae des. 100,0.* Następnie wiruje się i odlewa osocze z pozostawieniem osadu krwinek. Do każdej z 25 probówek (wymiar 6 cm. dług $\times$ 1 cm. średnicy, dokładnie wymytych i wysuszonych) wpuszcza się od 1 do 25 kropel wody destylowanej, stopniowo zwiększając ich ilość o 1 kroplę, pipetą zawsze jednakowo nachyloną; potem pipetą przemytą roztworem 0,7% Na Cl wpuszcza się do probówek tegoż roztworu (o dokładnie stwierdzonym przez miareczkowanie azotanem srebra stężeniu) od 34 do 10 kropel, stopniowo zmniejszając tą ilość o 1 kroplę otrzymujemy w ten sposób stężenia od 0,68% (jedna kropla wody i 34 roztworu), 0,66% (2 krople wody i 33 roztworu) .... aż do 0,20% (25 wody i 10 roztworu). Matematyczne uzasadnienie tych wyliczeń jest bardzo proste: weźmy dla przykładu probówkę drugą z rzędu, do której wpuszczano 2 krople wody i 33 krople roztworu. Gdybyśmy poprzestali tylko na 33 kroplach roztworu, to mielibyśmy stężenie 0,7%; przez dodanie 2 kropel wody ogólna ilość płynu zwiększyła się do 35 kropel, a stężenie zmniejszyło się tyle razy, ile razy 35 jest większe od 33 (przyjąwszy naturalnie, że wszystkie krople były równe) $\frac{0,7,\ 33}{35} = 0,66\%$.

Następnie pipetę zupełnie suchą wpuszcza się do każdej probówki po kropli krwinek odwirowanych, zmięsza się, wiruje, lub zostawia w t° pokojowej na kilka godz, i następnie odczytuje wynik,

H_1 czyli początek hemolizy (minimalna odporność) — żółte zabarwienie płynu powyżej osiadłych na dnie krwinek — normalnie bywa przy rozcieńczeniu 0,46—0,44% (liczby wzięte z wyżej przytoczonego podręcznika); uległy tu rozpuszczeniu tylko najsłabsze, najmniej odporne krwinki.

H_2 — zabarwienie różowe płynu powyżej osiadłych krwinek — normalnie bywa przy 0,42—0,40%.

H_3 — zabarwienie czerwone i brak osadu krwinek na dnie — hemoliza zupełna (odporność maksymalna), bywa normalna przy 0,34%; uległy tu rozpuszczeniu wszystkie krwinki.

O zwiększeniu odporności mówimy wówczas, kiedy hemoliza zaczyna się (H_1) poniżej 0,42%; o zmniejszeniu — kiedy hemoliza zaczyna się powyżej 0,46%. Wobec wyników najnowszych badań w dziedzinie odporności widocznemi się stają błędy powyżej opisanej metody.

a) Zasadniczym błędem jest badanie odporności względem czystego roztworu chlorku sodu, gdyż Hamburger (5) wykazał, że krwinki w rotworze Na Cl, jakkolwiek zachowują tą samą objętość, jednak zmnieniają swój skład chemiczny — następuje wymiana jonów jednowartościowych Cl^1 otoczenia na jony dwuwartościowe, prawdopodobnie HSO_4, erytrocytów, w wyniku krwinki stają się bogatsze w Cl_1, więcej mogą przyciągać wody i łatwiej ulegają hemolizie. Hamburger, przemywając parę razy normalne krwinki roztworem 0,52 NaCl, który *a priori* nie powinien dać hemolizy, i wirując otrzymywał ostatecznie hemolizę. Jest to niewątpliwym dowodem obrażania krwinek przez chlorek sodu; usunąć to można przez pewien niezaduży i niezamały) dodatek wapnia, który zawierają i same krwinki. Tłómaczy to sobie autor w ten sposób, że sód wywiera na powierzchnię krwinek wpływ zmiękczający, co ułatwia hemolizę; dodatek wapnia temu przeciwdziała.

Jednem słowem, badając odporność krwinek względem NaCl, stwarzamy dla nich warunki wysoce niefizjologiczne, co z natury musi znacznie obniżyć wartość otrzymywanych w ten sposób wyników.

b) Dalej — dużym błędem jest stosowanie płynów przeciwko krzepnięciu krwi (cytrynian sodu, szczawian potasu), które sprowadzając zaburzenie równowagi jonów, obniżają w ten sposób odporność krwinek (Snapper 4); uniknąć można tego, odwłókniając świeżą krew pałeczką (wystarcza na to zwykle 10 minut).

c) Metoda powyżej opisana ogranicza się do oznaczenia H_1 i H_3, t. j. do wskazania stężenia, przy którem zaczyna się hemoliza i największego stężenia, przy którem już wszystkie krwinki uległy rozpuszczeniu; ale nie uwzględnia prawie zupełnie stanów pośrednich, jeżeli nie liczyć H_2, które jest wybrane dowolnie i bez żadnego uzasadnienia.

Co się tyczy przemywania krwinek, to różni autorowie różnie się na to zapatrują: Hamburger zaleca przemywanie roztworem 3% Na_2SO_4, Simmel odrzuca wogóle przemywanie krwinek, wyrażając się przytem sarkastycznie że do wielu niewiadomych z jakiemi mamy do czynienia przy badaniu odporności nie należy dodawać nowej niewiadomej w postaci czynnika, jaki przybywa przez przemycie krwinek. Zresztą cała ta sprawa przemywania krwinek przy badaniu ich odporności pozostaje jeszcze zdaje się otwartą. Faktem jest bądź co bądź, że krwinki przemyte roztworem solnym zrównoważonym posiadają większą odporność, niż krwinki nie przemyte, bo utraciły przytem swoją otoczkę z lecytyny, która tę odporność obniżała. I z faktem tym liczyć się trzeba, porównywując wyniki otrzymane różnemi metodami przez różnych autorów. Vaquez i Ribierre podają również pewną modyfikację swojej metody, polegającą na tem, że do przygotowanych probówek z odpowiednimi roztworami NaCl wpuszcza się wprost z nakłutego palca lub ze strzykawki po kropli krwi w całości; dalszy ciąg, jak wyżej. Unika się tu w ten sposób fałszującego wyniki dodawania płynów przeciwko krzepnięciu.

Po tych uwagach *à propos* tej najstarszej zdaje się metody badania odporności wyłożę krótko inne znane jeszcze metody, z których jedne powtarzają jeszcze niektóre błędy tej pierwszej, inne — już stanowią duży postęp w tej dziedzinie.

Najstarszą z nich jest metoda Arrheniusa (3). Szereg probówek do wirowania (obj. 20 cm³ każda) napełnia się po 5 cm³ roztworem NaCl stężenia od 0,70% — stopniowo obniżając o 0,02% — mniej więcej do 0,20%; roztwory te przygotowuje się codziennie z roztworu podstawowego 1%, który również musi być odnawiany 2 razy w tygodniu i ściśle sprawdzany za pomocą miareczkowania $AgNO_3$. Technika otrzymywania tych roztworów jest następująca: mamy 2 biurety o zupełnie jednakowym wypływie umocowane na statywie, jedną napełnia roztworem 1% NaCl, drugą — wodą destylową: żeby otrzymać naprzykład stężenie 0,70% to na ogólną ilość 100 kropli (która przypada na każdą pro-

bówkę) należy wpuścić 70 kropel roztworu 1% NaCl i 30 kropel wody, dla otrzymania stężenia 0,55% — 55 kropel roztworu i 45 wody. Matematycznie uzasadnia się to w ten sposób, jak w poprzedniej metodzie. 100 kropli odpowiada mniej więcej 5 cm^3.

Do każdej probówki napełnionej odpowiednim roztworem dodaje się po 0,1 cm^3 krwi wziętej z żyły i odwłóknionej pałeczką, zostawia się na 2 godz. w t^0 pokojowej i następnie wiruje; wreszcie zlewa się górną warstwę klarowną do probówek średnicy 14 mm. i porównywuje ze świeżo przygotowaną za każdym razem skalą dla określenia stopnia hemolizy, to jest stosunku ilościowego hemoglobiny w danej probówce do hemoglobiny przy zupełnej hemolizie. Dla przygotowania skali rozcieńcza się 1,5 cm^3 danej krwi odwłóknionej 150 cm^3 wody przekroplonej, otrzymuje się rozcieńczenie hemoglobiny (po zupełnej hemolizie) 1 : 100; do 20 probówek średnicy 14 mm nalewa się wody przekroplonej 9,5 cm^3—9 cm^3—8,5 cm^3—8 cm^3 ..... i do ostatniej 0 cm^3, następnie dodaje się roztworu podstawowego hemoglobiny 0,5 cm^3 1 cm^3—1,5 cm^3 .... i do ostatniej 10 cm^3. Stężenie hemoglobiny w roztworze podstawowym (1 : 100) jest 2 razy słabsze, niż stężenie hemoglobiny w probówce badanej z zupełną hemolizą (0,1 cm^3 krwi na 5 cm^3 roztworu NaCl, co odpowiada stężeniu 1 : 50), więc roztwór podstawowy będzie odpowiadał 50% stężenia w probówce z hemolizą zupełną, t. j. 50% hemolizy. Po uwzględnieniu tego skala będzie przedstawiać 20 wartości porównawczych, od 2,5% hemolizy (5%; 7,5% ....) do 50% (czysty roztwór podstawowy).

Przez porównanie probówek badanych ze skalą określamy stopień hemolizy w każdej probówce, ewentualne stężenia powyżej 50% rozcieńczamy wodą. Dane otrzymane wykreśla się graficznie w postaci krzywej.

Metoda powyższa powtarza błąd poprzedniej co do badania odporności względem czystego roztworu NaCl, ale pozwala na dokładne określenie różnych stopni hemolizy między H_1 i H_3 i przez odwłóknianie krwi pałeczką unika się szkodliwego wpływu roztworów powstrzymujących krzepnięcie.

H a m b u r g e r podaje swoją metodę, wychodząc z następujących przesłanek: krwinki czerwone adsorbują z osocza lipoidy, głównie lecytynę, która w następstwie obniża ich odporność (krwinki przemyte roztworami solnymi i krwinki wprost ze szpiku mają większą odporność, niż wzięte bezpośrednio ze krwi); do badania odporności i przemywania krwinek nie należy używać czystego roztworu NaCl, który sprowadza zaburzenie równowagi jonów, a roztworu z pewną określoną domieszką wapnia, najlepiej o składzie następującym: NaCl 0,7 + $CaCl_2$6 aq.0.04 + KCl0,02 + $NaHCO_3$0,18 + Aquae 100,0 (zbliżony do płynu R i n g e r a) — w którym dla otrzymania roztworów hypotonicznych zmienia się odpowiednio tylko zawartość chlorku sodu. Jednak manipulowanie temi płynami jest bardzo utrudnione, a znacznie prostszem i dającym te same wyniki, co płyn Ringera i ultraprzesącz surowicy, jest stosowanie Na_2SO_4, który nie ma stron ujemnych chlorku sodu (nie sprowadza wymiany jonów między krwinkami i otoczeniem, nie wpływa na ich zdolność przyciągania wody i ich odporność). Do przemywania krwinek autor zaleca roztwór 3% Na_2SO_4 (przemywać należy trzykrotnie) do badania odporności krwinek przemytych lub nie — szereg stężeń od 2% do 0,75% (co 0,25%). Technika badania jest następująca: szereg probówek napełnia się po 3 cm^3 odpowiedniego roztworu, do każdej wpuszcza się po 0,08 cm^3 krwinek przemytych i odwirowanych lub odwłóknionych i odwirowanych i zostawia się na 15—30 min. w temp. pokojowej, poczem wiruje się przez 15 minut. W celu określenia stopnia hemolizy w każdej probówce (co odpowiada procentowej ilości krwinek uległych hemolizie) porównywuje się każdą z nich z przygotowaną doświadczalnie skalą — jak w metodzie Arrheniusa. Czasami roztwór Na_2SO_4 zawiera domieszkę $NaHSO_4$ i wskutek tego ma odczyn kwaśny i wywiera wpływ szkodliwy na krwinki; uniknąć tego można przez dodanie niewielkich ilości 5% roztworu $NaHCO_3$, stosując czerwień obojętną jako wskaźnik.

Najbardziej postępową i zdaje się najdokładniejszą jest m e t o d a S i m m e l'a z Jeny (6). Do badania odporności używa następującego roztworu, odpowiadającego mniej więcej jakościowo i ilościowo składowi surowicy bez glukozy — 8,2 NaCl + 0,2 KCl + 0,2 $MgCl_2$ + 0,2 $CaCl_2$ + 0,1 Na_2HPO_4 + 0,05 $NaHCO_3$ + 1000,0 *Aquae dest.* »*(tyrode)*«; tego rozcieńczenia używa za jednostkę (1,0), z niego robi się rozcieńczenia wodą 0,7—0,6—0,5—0,4—0,3—0,2. Ciśnienia osmotyczne spadają tu proporcjonalnie do stężenia.

Technika: do 7 odpowiednich pipet nabiera się krwi z palca i rozcieńcza ją bezpośrednio odpowiednimi roztworami 1 : 100, po zmieszaniu zostawia się je 1—2 godziny w temp. pokojowej; poczem liczy się w kamerze Zeissa pozostałe krwinki czerwone, nieuległe hemolizie, z każdej pipety i dzieli się je w ten sposób na szereg grup odpornościowych (po wykluczeniu cieni krwinek wyługowanych, których naturalnie pod uwagę brać nie należy). Przeprowadzenie całkowitego badania w temperaturze 37° C. jest praktycznie niemożliwem, a zmian temperatury należy unikać i dlatego najlepiej jest przeprowadzić całe badanie w temperaturze pokojowej. Normalnie u dorosłego człowieka w rozcieńczeniu 0,7—0,6 zachowane są wszystkie krwinki lub uległo rozpuszczeniu bardzo niewiele, w 0,5 — ulega hemolizie 1/5—1/2 całej ilości krwinek, w 0,4 — pozostaje niewiele rozpuszczonych, w 0,3 — pojedyncze lub wcale niema zachowanych erytrocytów (hemoliza całkowita).

Dane otrzymane przy badaniu odporności autor przedstawia graficznie w postaci bardzo wydłużonego prostokąta, podzielonego na szereg odcinków, przyczem na ich granicy mamy zaznaczone odpowiednie stężenia; powyżej liczby stężenia wielkość powierzchni prostokąta przedstawia poglądowo ilość krwinek rozpuszczonych, poniżej — zachowanych (rysunku odpowiedniego nie przytaczam ze względów technicznych, interesujących się tem odsyłam do dzieła oryginalnego).

Tenże sam autor w pracy, która ukazała się przed kilku miesiącami (8) zestawił wyniki otrzymane przy pomocy różnych metod badania odporności: I — względem roztworu NaCl (z pierwotnego roztworu 1%, $\triangle = 0,60^0$). II — roztwór Na_2SO_4 (obojętnego względem czerwieni obojętnej, roztwór podstawowy: 3 Na_2SO_4 10 *aq.* + 100 *Aquae d.*, $\triangle = 0,57^0$), i III — roztworu solnego, odpowiadającego co do składników mineralnych normalnej surowicy »*(tyrode)*« i przyszedł do następujących wniosków:

Kroplę krwi odwłóknionej przez wstrząsanie wpuszczał do 1 cm^3 odpowiedniego roztworu i odczytywał H_1 i H_3 po 1—2 godz. (w temp. pokojowej), przyczem znalazł, że wogóle najbardziej odpornemi są normalne krwinki w roztworze III (*tyrode*), to znaczy — że wytrzymują największe rozcieńczenie; mniej w roztworze II, najmniej — w roztworze I (czysty NaCl), co widać z otrzymanych wartości dla H_1 i H_3 — procentowych, lub przyjmując roztwór izotoniczny z krwią za jedność, a roztwory hypotoniczne oznaczając odpowiedniemi ułamkami, naprzykład: roztwór I — $H_1 = 0,55$, $H_3 = 0,28$. II — 0,53 i 0,27. III — 0,50 i 0,25 (jednostki zasadniczej). Dla roztworu I jako normalne wartości procentowe autor podaje: $H_1 = 0,49—0,42\%$; $H_3 = 0,31—0,25\%$ — przyczem zaznacza, że roztwory NaCl poniżej stężenia 0,9% są dla krwinek czerwonych nietylko roztworami hypotonicznemi, ale wogóle środowiskami dla nich biologicznie zupełnie obcemi.

W przypadkach patologicznych znalazł: w żółtaczce zastoinowej dłużej trwającej — silne wzmożenie minimalnej odporności (H_1) i umiarkowane maksymalnej (H_3); przy krócej trwającej — H_1 w NaCl norma, w tyrode górna granica normy, Na_2SO_4 lekkie wzmożenie odporności, H_3 — w NaCl i tyrode wskazuje silniejsze wzmożenie odporności, niż w Na_2SO_4. W żółtaczce hemolitycznej — obniżenie odporności w NaCl i tyrode w równym stopniu. W *polycythaemia rubra* obniżenie H_1 w NaCl i tyrode znacznie wybitniejsze, niż w Na_2SO_4. W *anaemia secund.* (*ulcus ventriculi* — znaczne wzmożenie H_1 i H_3 (czyli większe rozcieńczenia) w Na_2SO_4 i *tyrode*, NaCl — norma. *Asthma bronchiale* — obniżenie H_1 tylko w *tyrode*.

W lekkich stanach gorączkowych i zakażeniach ogólnych — w jednych i tych samych przypadkach znaleziono obniżenie H_1 w Na_2SO_4, a wzmożenie w NaCl, w *tyrode*

stosunki okazały się zupełnie normalnemi. Ostatecznie autor przychodzi do wniosku, że w normie H_1 i H_3 występują w różnych roztworach przy różnych ciśnieniach osmotycznych (»*tyrode*« konserwuje erytrocyty najlepiej); w przypadkach patologicznych różnice te są nawet bardzo znaczne Badanie odporności winno być uskuteczniane w możliwie fizjologicznem środowisku (roztwór »*tyrode*«).

Na zakończenie przytoczę tu oryginalną myśl Takeo-Takei z Osaki (6), żeby to dotychczasowe badanie odporności zastąpić badaniem krzywej objętości krwinek w roztworach hypertonicznych; uzasadnia on to w ten sposób: krwinki w roztworach hypertonicznych (glukoza, sole) zmniejszają swoją objętość proporcjonalnie do wzrostu ciśnienia osmotycznego ale tylko do chwili, gdy ono wzrośnie czterokrotnie do ciśnienia izotonicznego (gra tu rolę tylko wpływ bezpośredni ciśnienia osmotycznego na oddawanie wody przez krwinki); kiedy ciśnienie wzrośnie czterokrotnie (glukoza 18—20%, NaCl 4,2%), wówczas zaczynają nagle wzrastać objętości krwinek i szybko dochodzą prawie do normy (do objętości w roztworach izotonicznych-glukozy 8%, NaCl 0,9%), jednocześnie występuje szybko narastająca hemoliza (ten wzrost objętości zależy prawdopodobnie od pęcznienia koloidów treści krwinek, spowodowanego przez zaburzenie w równowadze jonów ich soli, a ten nagły przypływ wody wywołuje hemolizę). Krzywa objętości krwinek w roztworach hypertonicznych jest stałą i typową i nie zależy od ich składu chemicznego (chlorki i siarczany zasad, cukier gronowy, cukier gronowy + płyn Ringera), a jedynie tylko od ich ciśnienia osmotycznego. Krzywa objętościowa, a zwłaszcza jej część odpowiadająca pęcznieniu krwinek, pozwala wnioskować o ich odradzaniu się, bo stare erytrocyty odznaczają się większą tendencją do pęcznienia, niż młode. Krzywa objętościowa ma większe — zdaniem autora — znaczenie od krzywej odpornościowej, ponieważ na tej pierwszej zaznacza się wyraźnie granica między działaniem osmotycznem (t. j. odciąganiem wody), a pęcznieniem koloidów, w przeciwieństwie do zwykłej odpornościowej, gdzie procesy osmotyczny i koloidalno-chemiczny nie są dostatecznie zróżniczkowane. Myśl oryginalna i rzeczywiście godna uwagi, zresztą przy obecnym stanie nauki o odporności krwinek każda nowa myśl jest godną uwagi.

Z nowszych polskich prac w tej dziedzinie miałem sposobność przejrzenia pracy S. Czarnoty-Bojarskiego (15), który na podstawie własnych badań twierdzi, że obniżenie osmotycznej odporności krwinek w różnych stanach chorobowych zupełnie nie zależy od ilości cholesteryny we krwi, zdarza się bowiem przy hyp-, normo-, jak i przy hypercholesterynemji. To twierdzenie autora, oparte zresztą na zbyt skąpym może materjale 27 przypadków, dziwnem się nieco wydaje wobec epokowych dla tego zagadnienia prac Brinkmana i van Dama o »Biochemji lipoidów«, przytoczonych na początku niniejszego referatu.

Tyle co do badania odporności względem roztworów hypotonicznych, badanie względem czynników mechanicznych (wstrząsanie krwi odwłóknionej z perełkami szklannemi), termicznych, jadów (saponina, sapotoksyna) — dotychczas nie ma większego znaczenia klinicznego.

Neilson przeprowadzał badania nad odpornością krwinek względem roztworu sapotoksyny. Po przygotowaniu szeregu rozcieńczeń tej trucizny i dodaniu następnie odpowiedniej ilości krwinek nieprzemytych, przekonał się, że zupełna hemoliza wystąpiła w rozcieńczeniu 1 : 13937 po 5 minutach w rozcieńczeniu 1 : 13000 — w 25° — dopiero po 10,7 minuty. Badając odporność krwinek przemytych, otrzymał nieznaczny stopień hemolizy już w rozcieńczeniu 1:37375, obecność osocza wzmagała odporność względem sapotoksyny.

Ostatecznie na podstawie swych badań dochodzi do wniosku, że hypercholesterynemja wzmaga odporność względem sapotoksyny, hypocholesterynemja ją obniża.

Na tem kończę przegląd różnych metod badania odporności krwinek; większość z nich dotyczy odporności względem roztworów hypotonicznych, jakkolwiek wszelkich czynników zdolnych zniszczyć krwinki z wyługowaniem z nich hemoglobiny można używać do mierzenia ich odporności. Czy istnieje jedna nieswoista odporność względem tych wszystkich czynników hemolitycznych? Raczej nie; przemawiają za tem takie fakty, jak rozbieżność w zachowaniu się krwinek względem saponiny i roztworów hypotonicznych, podkreślana między innymi i przez Czarnotę Bojarskiego w jego pracy. Zresztą dopóki istota odporności będzie pozostawała tak ciemną i zagadkową, jak dotychczas, to i zagadnienie swoistości odporności nie prędko znajdzie swoje rozstrzygnięcie.

Piśmiennictwo.

1) Hamburger. Diction. de Physiologie, T. IX. r. 1913. 2) Brinkman i van Dam. Biochem. Ztschr. T. 108, r. 1920. 3) Snapper. Biochem. Ztschr., T. 43., r. 1912. — 4) Detto. — 5) Hamburger. Biochem. Ztschr., T. 129, r. 1922. — 6) Simmel. Deutsches Archiv. f. klin. Med., T. 142. — 7) Simmel. Med. klin., Nr. 3, r. 1924. — 8) Simmel. — Klin. Wochenschr., Nr. 35, r. 1923. — 9) Takeo-Takei. Bioch. Ztschr., T. 123, r. 1921. — 10) Brieger. Berichte über die gesamte Physiol. u. exp. Pharmakol., r. 1920. — 11) Spanje. Berichte i t. d. — 12) Laporte et Rouzand. Berichte i t. d. — 13) Neilson. Berichte i t. d., T. IX., r. 1921. — 14) Neilson. dtto. — 15) S. Czarnota-Bojarski. Polsk. Archiwum medycyny wewn., T. I., zeszyt II. — 16) Strasser. Biochem. Ztschr. T. 134. 1923 r., według Berichte über die ges. Phys. .... T. XVIII. — 17) Bechhold. München. Med. Wochenschr., Nr. 5, r. 1921.

Przegląd piśmiennictwa.

Wiener Archiv für Innere Medicin.

Tom VIII., zeszyt 3. (dokończenie).

Herz i Herrnheiser. **O wydalaniu z moczem prątków duru brzusznego i rzekomego w przebiegu i po ustaniu schorzeń durowych.** Uważając dur brzuszny i rzekomy za jedno schorzenie pod względem patogenetycznym, podają autorzy spostrzeżenia własne zestawione z odnośnem piśmiennictwem.

Wydalanie prątków z moczem występuje w schorzeniach durowych w 6 100% według różnych zestawień, u autorów w 42%, najczęściej w przebiegu duru brzusznego, nieco rzadziej przy durach rzekomych A i B. Częstość wydalania wzrasta z ciężkością schorzenia.

Wydalanie prątków Ebertha zaczyna się zwykle w 2—4 tygodniu choroby, najwcześniej w 9 dniu; w 2—3 tygodniu w durze rzekomym B i w 3—4 tygodniu w durze rzekomym A.; przeważnie podczas gorączki, w okresie remisji lub opadania, dość często w okresie gorączki ciągłej, w 1/4 przypadków dopiero w okresie bezgorączkowym. Związku z poszczególnemi okresami choroby, szczególnie z występowaniem różyczki stwierdzić nie można. Pod względem długości wydalania podnieść można przypadki następujące: a) wydalanie przelotne, jedno lub dwudniowe, najczęściej w durze rzekomym B.; b) wydalanie ciągłe, trwające czas dłuższy, z reguły 2—3 tygodnie, wyjątkowo krócej, do 4 dni, kiedyindziej istniejące tygodniami, miesiącami, nawet latami Przeważnie w średniociężkich i ciężkich przypadkach duru brzusznego i rzekomego A. c) Wydalanie przerywane okresami zwykle 5—12 dniowymi, rzadziej dłuższymi do 36 dni, najczęściej w dwóch, rzadziej 3—5 nawrotach o charakterze przelotnym lub ciągłym. Ten typ wydalania prątków trwa ogółem 3—6 tygodni, nieraz dłużej, do 17 tygodni; występuje w średniociężkich i ciężkich przypadkach, najczęściej w durze rzekomym A.

W durze brzusznym kończy się wydalanie zwykle w 3—8 tygodniu choroby, rzadziej 2., lub 3—10; w durze rzekomym B. w 2—7, w A. w 4—10 tygodniu, najczęściej po opadnięciu gorączki, wyjątkowo na krótko przedtem.

Przy pojawieniu się prątków w moczu w okresie gorączkowym, wzrasta ciepłota niekiedy wyraźnie; w okresie ozdrowieńczym bezgorączkowym, następuje albo krótkie 1 2 dniowe wzniesienie ciepłoty od 38—40°, albo pojawia się trwalsza gorączka, z powodu rzeczywistego nawrotu. W większości przypadków jednak w okresie ozdrowieńczym ciepłota pozostaje prawidłową, mimo rozpoczętego wydalania prątków.

Podczas wydalania niema zasadniczo zmian w krzywej gorączkowej; niekiedy tylko występuje przelotna lub dłuższa zwyżka ciepłoty, w postaci gorączki przerywanej lub nieregularnej nawet z dreszczami, lub ciepłota podgorączkowa.

Podobnież brak jest zwykle objawów podmiotowych; wyjątkowo tylko skarżą się chorzy na samoistne, częściej uciskowe bóle w okolicy nerek, pieczenie w pęcherzu lub cewce moczowej przy oddawaniu moczu.

Przedmiotowo stwierdzić można czasem zwiększenie ilości moczu do 4 l., zmętnienie z powodu większej ilości ciałek ropnych, wyjątkowo prątków; mocz oddziaływa zawsze kwaśno, białkomocz występuje nie częściej, niż w przypadkach, gdzie wydzielania prątków niema, t. j. w około 63%, zawsze tylko w śladzie, bez jakiegoś widocznego związku z czasem wydalania. We wszystkich postaciach wydalania prątków można zauważyć stale zwiększenie ilości ciałek białych, rzadziej krew, wałeczki, wyjątkowo osad zmian nie wykazuje. Zmiany te występują zawsze z rozpoczęciem wydalania; swoistych dla specyficznej bakteriurji składników wykazać nie można.

Zmiany w nerkach występują bardzo rzadko, najczęściej pod postacią zapalenia krwotocznego, z niewielką 1—4‰, ilością białka. Przebiega ono przeważnie bez większych obrzęków, wzmożenia ciśnienia krwi, objawów mocznicy i bez wpływu na krzywą gorączki, i tu niema ściślejszego związku między czasem wydalania prątków, a powstawaniem uszkodzenia nerek.

Dłuższemu wydalaniu prątków towarzyszy często zapalenie miedniczek nerkowych, rzadko jednak jest ono powodem cięższych objawów ogólnych, napadów bólów, dreszczów i t. d. Nieraz przebiega ze zwiększeniem ilości moczu, czasem powikłane jest przez zapalenie pęcherza moczowego; na przebieg choroby zasadniczej i okresu ozdrowieńczego niema zwykłe większego wpływu.

Równie często występuje przy dłużej trwającem wydalaniu prątków zapalenie pęcherza, z małemi zwykle objawami podmiotowymi i zmianami przedmiotowemi, nieraz z towarzyszeniem zmian nieżytowych lub zapalnych, w wyższych drogach moczowych. Wyjątkowo przychodzi do swoistego zapalenia w cewce moczowej, nawet z zapaleniem jąder; powstawania zapalenia stercza na tle durowem wykluczyć nie można; do rzadkości nie należy przerzutowe zapalenie jednego lub obu jąder.

Zmiany anatomo-patologiczne dróg moczowych w durowych postaciach durów rzekomych odpowiadają mniejwięcej zmianom w durze brzusznym; stale znachodzi się zwyrodnienie przybłonków nerkowych, niekiedy zapalenie krwotoczne, często prosówkowe ropnie, w większej ilości dające obraz ropnego, przerzutowego zapalenia nerek — wybroczyny, objawy nieżytu, ostrego lub przewlekłego zapalenia miedniczek i pęcherza moczowego.

Zmiany w osadzie moczu świadczą o tem, że każde wydalanie prątków związane jest z małemi wyjątkami, ze schorzeniem w drogach moczowych, przeważnie z ogniskowem zapaleniem nerek typu zstępującego; jako przyczyny długotrwałego wydalania wchodzą w rachubę przewlekło-zapalne stany w miedniczkach i pęcherzu, dalej durowe schorzenia narządów moczowych powstałe na tle nie durowych spraw chorobowych, jak kamica nerkowa i pęcherzowa, wodo- i roponercze, ropnie stercza i pęcherzyków nasiennych.

Wydalanie prątków ustaje zupełnie niezależnie od zejścia schorzenia durowego. Składa się na to zapewne kilka czynników — samopomoc ustroju, zmiana jadowitości i żywotności zarazków, zmiana warunków wzrostu prątków wskutek bakterjobójczych własności moczu, działanie stałego prądu moczu i t. d.

Ponieważ szczepienia ochronne pozbawiają wartości odczyn Widala i wpływają ujemnie na hodowlę prątków z krwi, a hodowle z kału są niepewne (roznosiciele prątków), badanie moczu bakterjologiczne ma duże znaczenie rozpoznawcze w przypadkach podejrzanych o schorzenie durowe.

Mimo, że wydalanie prątków z moczem odbywa się w mniejszej ilości przypadków, niż wydalanie ze stolcem, ma ono ważne znaczenie epidemjologiczne, ze względu na częstsze i nie tak z warunkami zewnętrznymi związane oddawanie moczu. Stąd należy w każdym przypadku duru prawdziwego lub rzekomego zapobiegać możliwości wydalania prątków z moczem, przez wczesne i długotrwałe podawanie urotropiny lub jej namiastek; ponieważ wpływa ona i na rozpoczęte już wydalanie, należy stosować ją i przy rozpoczętem już wydalaniu.

Jeżeli podawanie urotropiny nie sprowadza wyjałowienia moczu, trzeba po wykazaniu drogą czysto względną ureteroskopji i badania czynnościowego nerek, źródła schorzenia, leczyć je odpowiednio, czasem nawet operacyjnie.

Dr. *S. Mossor* (Lwów).

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 41.

Arnoldi. **Oznaczanie napięcia bezwodnika kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych zapomocą uproszczonego aparatu Fredericiego.** Po dokładnym opisie powyższego aparatu oraz sposobie jego używania podaje autor kilka pomiarów napięcia CO_2 w pęcherzykach. Stwierdza on podwyższenie się napięcia po ćwiczeniach gimnastycznych, po śnie, po zażyciu środków nasennych, natomiast spadek w czasie miesiączkowania, latem, przy osteomalacji i t. d. Pomiary te mają doniosłe znaczenie dla higjeny życia codziennego.

Korach. **Peritonitis luetica oraz gorączka wskutek kiłowego schorzenia wątroby.** W przypadku kiły (W. ++++) wystąpiły objawy otrzewnowe z ciepłotą hektyczną, nie dającą się usunąć ani chininą, ani aspiryną. Jodek potasu usunął w 6 dniach ciepłotę. Autor omawia nadto sprawę gorączki zjawiającej się w przebiegu kiły wątroby.

Kretschmer. **Badania krwi u robotników w przemyśle ołowiowym.** Objaw Behrend'a występujący u zatrutych ołowiem polega na stwierdzeniu zasadochłonnie punktowanych ciałek czerwonych. Ilość punktowanych erytrocytów zależna jest od ilościowego stosunku oraz koloidalno-chemicznego połączenia białka z lipoidami zawartemi w osłonce, a także od wieku ciałek czerwonych, od zatrucia ołowiem lub innych zmian chorobowych.

Moral. **Czy odczyn tuberkuliny jest odczynem antygenu?** Twierdzenia Römera i Hofego, jakoby surowica chorych na gruźlicę oczu o rokowaniu korzystnem osłabiała działanie tuberkuliny, a takowa ze złą prognozą wzmacniała odczyn ten — badania autora nie potwierdziły. Natomiast zgodne są wyniki z rezultatami Jadasona opiewającemi, że wszelka mieszanka jakiejbądź surowicy z tuberkuliną daje po 24 godzinnem odstaniu się wzmożony odczyn. Tłumaczeniu jednak tego faktu działaniem specyficznem surowicy sprzeciwiają się wyniki badań poczynione przez dodanie białka wogóle do tuberkuliny, która to mieszanka dała także wzmożony odczyn.

Nr. 42.

Lepehne. **Czy można mydriazę po adrenalinie zużyć jako środek różniczkowo-rozpoznawczy.** W 350 przypadkach dała próba Loeviego tak niewyraźne rezultaty, że nie sposób odczynu tego przypisać jakowej grupie chorób. Ani więc w schorzeniach trzustki, ani tarczycy, ani jamy brzusznej, ani mózgu nie można było stwierdzić zgodnej reakcji Loeviego.

Lawetzky. **Choroba zatoki fryskiej,** Choroba wystąpiła epidemicznie z cechami nagłego zesztywnienia mięśni kończyn oraz haemoglobinurią. Przyczyna nieznana. Badania w toku.

Rosenberg. **W sprawie nerkowego lub pozanerkowego wzmożenia parcia krwi.** Liczne przypadki najcięższych nawet schorzeń nerkowych nie wykazują wzmożonego parcia. I to ani marskość, ani gruźlica nerek, ani *glomerulonephritis azotaemica*, ani nawet daleko posunięta degeneracja miąższu nerek nie była w stanie podwyższyć parcia krwi.

Tellgmann. **Zwężenie dwunastnicy stwierdzone klinicznie i roentgenologicznie** nie wykazało anatomo-patologicznie żadnej zmiany organicznej. Natomiast w przypadku tym stwierdziła sekcja jamę gruźliczą w płucu wielkości jabłka, a nie dającą za życia najmniejszych objawów klinicznych, ani roentgenologicznych.

Stuhl. **Leczenie krysolganem otwartej gruźlicy płuc.** Stosując krysolgan od 0.001—0.01 dożylnie w przypadkach otwartej gruźlicy płuc osiągnął autor 58% wyleczenia. Inchoji stosował 4—6 w 7 dniowych odstępach.

Lemmens. **Trwanie odczynu dwuazowego oraz znaczenie tegoż dla gruźlicy płuc.** Odczyn ten zapowiada bliskie zejście śmiertelne chorego na gruźlicę, trwa jednak często do 3 miesięcy, co należy w rokowaniu uwzględnić i nie przesyłać takich chorych do sanatorjów.

Dr. *J. Smoliński* (Lwów).

Archives des Maladies de l'appareil digestif.

Nr. 7.

M. Labbé. **Wyniki badania czynnościowego trzustki w przypadku usuniętej operacyjnie torbieli tego narządu.** Opis przypadku torbieli wrzekomej trzustki, poddanego kilkakrotnym zabiegom operacyjnym, a zakończonego zejściem śmiertelnem. Już w czasie zabiegu operacyjnego wykazać można było rozległe zniszczenie miąższu trzustki, tak że pozostał tylko kikut długości około 2 cm, przylegający do dwunastnicy. Badanie pośmiertne stwierdziło zwyrodnienie torbielowate zachowanego fragmentu, ze skąpemi resztkami tkanki gruczołowej.

Badanie czynnościowe trzustki nie wykazywało, przy zastosowaniu zwykłych metod klinicznych, znaczniejszych odchyleń od normy.

Dopiero ustalenie bilansu wykazało niedostateczne wyzyskanie ciał białkowych i tłuszczów.

Autorowie kładą nacisk na stosowanie dokładnych ilościowych metod, gdyż wykrycie nawet małych zaburzeń w czynności trzustki, upoważnia do wnioskowania o znaczniejszych zmianach anatomicznych w zakresie tego narządu.

A. Cade i P. Ravauet. **O związku wrzodów żołądkowo-dwunastnicowych z gruźlicą.** Przy rozpatrywaniu etjologji wrzodów okrągłych żołądka należy uwzględnić ważną rolę infekcji gruźliczej.

Statystyka C. i R. wykazuje ją u 28% chorych ze stwierdzonym klinicznie wrzodem okrągłym.

Należy odróżnić typowe owrzodzenia gruźlicze błony śluzowej żołądka, powstające przez autoinokulację u chorych z rozpadową *tbc.* płuc a nie dające wyraźnych objawów chorobowych, od wrzodów okrągłych dających charakterystyczny obraz kliniczny. Badanie mikroskopowe nie wykazuje w zakresie tych ostatnich utkania specyficznego; tylko wyjątkowo udało się stwierdzić na dnie typowego wrzodu okrągłego, gruzełki (Hartman)

Infekcja błony śluzowej odbywa się najprawdopodobniej drogą naczyń krwionośnych, co potwierdzają badania eksperymentalne (Arloing). Być może, że chodzi tu tylko o działanie toksyczne, zaczem przemawia brak specyficznej struktury w zakresie wrzodów.

Ponieważ owrzodzenia te, tak obrazem, jak i przebiegiem klinicznym nie różnią się od powstałych na tle innych czynników etjologicznych więc i leczenie ich będzie to samo.

Rozpadowa forma gruźlicy płuc stanowi przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego. Przy interwencji chirurgicznej należy przestrzegać pilnie hemostazy ze względu na łatwość krwawienia z przekrwionych silnie narządów u chorych gruźliczych.

Przy leczeniu nieoperacyjnem należy baczyć na podniesienie ogólnego stanu chorego przez troskliwe odżywianie.

V. Panchet i A. Hirchberg. **O postaciach anatomoklinicznych raka żołądka, cechujących się obecnością wolnego kwasu solnego.** Obecność wolnego HCl bądź naczczo, bądź po obiedzie próbnym, daje się stwierdzić u 20% chorych na raka żołądka (Nayem, Lyon).

Na podstawie materjału, obejmującego 63 stwierdzonych operacyjnie raków żołądka P. i H. usiłują wyróżnić formy anatomiczne tego schorzenia, cechujące się obecnością wolnego HCl.

Autorowie wyróżniają tu 3 grupy:

1. Ulegające zwyrodnieniu rakowatemu wrzody żołądka. Rozpoznanie jest w tych przypadkach możliwem tylko przy pomocy mikroskopu.

2. Małe raki żołądka, które uległy owrzodzeniu, i które niezawsze gołem okiem dadzą odróżnić się od wrzodów okrągłych.

3. Duże powierzchowne owrzodzenia małej krzywizny obok odźwiernika.

Wszystkie te formy mają małą dążność do tworzenia przerzutów gruczołowych, klinicznie cechują się przebiegiem chronicznym, stąd też często bywają rozpoznawane, jako wrzody okrągłe. Autorowie podkreślają ważność wczesnego rozpoznania, gdyż zabieg operacyjny daje w tych przypadkach lepsze rokowanie, niż przy rakach szybko rosnących, a cechujących się brakiem wolnego kwasu solnego.

G. Jaroy. **O roli kiły w patogenezie linitis plastica.** Opis trzech przypadków *linitis plastica* zakończonych zejściem śmiertelnem. U dwóch chorych daje się wykazać klinicznie kiła.

Badanie histologiczne żołądka wykazuje w jednym z przypadków formę przejściową między *linitis* a *ca. scirrhosum* z typowem utkaniem nowotworowem. Obraz ten nasuwa pytanie czy *linitis* w przebiegu swym nie przechodzi przez postać *ca. scirrhosum* jako przez jeden z okresów swego rozwoju.

We wszystkich trzech przypadkach wykazać można wyraźne zmiany naczyniowe w postaci *mesarteritis* i *endarteritis*. Skąpe przerzuty w wątrobie i gruczołach chłonnych miały utkanie typowe dla *linitis* z silnym rozrostem tkanki łącznej i atypowemi skąpemi komórkami nowotworowemi.

W jednym z przypadków stwierdzić można rozsianą marskość wątroby przypominającą zmiany spotykane przy kile dziedzicznej.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń autorowie wnioskują o ważnej roli, jaką możnaby przypisać kile w powstawaniu *linitis plastica*.

Sprawa swoista warunkowałaby charakterystyczny odczyn podłoża łączno-tkankowego na rozwijający się w sąsiedztwie proces nowotworowy.

Być może, że i chroniczny alkoholizm mógłby odegrać podobną rolę w patogenezie tego rzadkiego schorzenia.

Czeżowska (Lwów).

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 42.

J. Bauer. **Status degenerativus.** Jako stan degeneratywny oznacza autor tę najogólniejszą postać konstytucjonalnej anomalji, przy której obciążony nią osobnik wykazuje mniejszą lub większą ilość t. zw. cech degeneratywnych, jako takie zaś uważa każdą postać i każde znamię wy-rodzenia się (*degeneratio*), zatem każde zboczenie od typu gatunkowego względnie rasowego lub raczej (ponieważ prawie z reguły ma się do czynienia ze skomplikowanymi mięszańcami rasowymi) każde odchylenie od normy populacyjnej. Praktyczne znaczenie tego stanu polega na tem, że osobnik obarczony cechami degeneratywnemi przedstawia jednostkę o niższej wartości biologicznej (ale tylko biologicznej), co w medycynie ujawnia się tak we większej podatności do chorób (*morbiditas*), jakoteż w przebiegu klinicznym (ciężkość i atypowość przebiegu, powikłania i t. p.).

J. Vandorfy. **Kliniczne spostrzeżenia nad powstawaniem bólów przy wrzodach żołądka i dwunastnicy.** Na podstawie ścisłych obserwacyj klinicznych 62 przypadków (10 wrzodów żołądka i 52 wrzodów dwunastnicy) dochodzi autor do przekonania, że główną rolę w patogenezie bólów wrzodowych należy przypisać nie chorobowo zmienionemu chemizmowi, lecz motorycznej dysfunkcji żołądka.

J. Wilder. **O środku nasennym »Somnifen«.** Jestto mięszanina soli dietyloamino-pochodnych kwasu dietylo- i dipropenylobarbiturowego, po 0,1 gr obu w 1 cm^3 somnifenu. Można go podawać doustnie, jakoteż w formie zastrzyków podskórnych, śródmięśniowych lub dożylnych. Z działań ubocznych najważniejszem jest obniżenie parcia krwi, które jednak nie przedstawia niebezpieczeństwa. Dawka wynosi 20—60, a nawet 80 kropel doustnie, względnie 2 4 cm^3 śródmięśniowo lub śródżylnie. Działanie nasenne zaczyna się w 1,2—1,8^h po podaniu środka i trwa przy 20 kr przeciętnie 5 godzin, przy 40 kr. przeciętnie 7 godzin.

E. Schwab. **O nowym sposobie podawania kamfory w postaci żelatynetek kamforowych.** Przy przewlekłem poda-

waniu kamfory wskazanem jest, w celu uniknięcia bolesności przy zastrzykach, zastosowanie leku w formie żelatynetek. Nie mają one prawie żadnego smaku i zawierają po 0,1 gr kamfory. Zwykle wystarcza 3 razy dziennie 1—2 żelatynetek, oby osiągnąć pełnowartościowe działanie kamfory.

A. Finkel (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 42.

Brünauer i Hass. **O zmianach kiłowych w stawach i rozpoznaniu tychże.** Autorowie podają, że często występujące zapalenia stawów na tle kiły są trudne do rozpoznania. Występują one pod postacią gośćca stawowego, przyczem charakterystyczne są towarzyszące bóle i to przeważnie w nocy, nieznaczne tylko upośledzenie ruchów, a czasem tylko podwyższona ciepłota ciała. Przy *polyarthritis luetica* nie można stwierdzić nigdy zmian we wsierdziu i też nigdy nie przychodzi do zaniku mięśni, ani kości, jak n. p. przy gruźlicy. Leczenie polega na podawaniu preparatów jodowych, które się stosuje nietylko *per os,* ale i w formie wstrzykiwań śródstawowych, zwłaszcza w przypadkach kiły trzeciorzędnej. Preparaty salicylowe nie działają zupełnie.

Kaupe. **Działanie preparatu dicodid w wieku dziecięcym.** Autor poleca podawanie *dicodidu* zamiast kodeiny przeciw napadom kaszlu, występującym przy krztuśćcu. Podaje on dzieciom raz dziennie i to tylko przed spaniem w ilości 0,005 gr. Stwierdza, że ilość napadów znacznie się zmniejsza, a nieprzyjemnych następstw nie zauważył.

Brock. **Różnica między kamieniami płucnymi a złogami kamienia w płucach.** Autor przedstawia trzech chorych, u których zauważył przy kaszlu odkrztuszanie kamieni w znacznej ilości, rozmaitego kształtu, często wykazujących strukturę kości. Chemicznie zawierały węglan i fosforan wapnia. Autor sądzi, że tylko gruźlica stoi w związku z tworzeniem się takich kamieni. Przy gruźlicy kości i nerek często zauważyć można w schorzałych miejscach nagromadzenie się wapna, tak, że nawet w jednym przypadku gruźlicy nerek sprowadziło mylne rozpoznanie kamieni nerkowych.

Spindler. **O przyczynie t. zw. periarteriitis nodosa.** Autor przedstawia przypadek, gdzie stwierdził podwyższoną ciepłotę ciała, ciastowaty obrzęk skóry i stawów, mnogie zapalenie nerwów i mięśni, porażenie nerwu strzałkowego i promieniowego, po kilku tygodniach zejście śmiertelne. Sekcja zwłok wykazała typowy objaw *periarteriitis nodosa,* a więc liczne zmiany naczyniowe, polegające na zgrubieniach ścian i bujaniu tkanki łącznej dokoła naczyń, i tworzeniu się tętniaków. Te zmiany dotyczyły naczyń wątroby, nerki i tętnicy ramieniowej. Autor odnosi tę sprawę chorobową do obfitego przyjmowania alkoholu, lub do zapaleń wyrostka robaczkowego.

Dr. *S. Arnoldówna* (Lwów).

American Journal of Surgery.

Vol. XXXVIII/7. Lipiec 1924.

R. L. Payne. **O wskazaniach do splenektomji z uwzględnieniem wyników.** Wskazania do splenektomji według Payne'go stanowią: 1. urazowe pęknięcia śledziony; 2. *icterus haemolyticus;* 3. *splenomegalia* pochodzenia zakaźnego; 4. *anaemia splenica;* 5. *leucaemia myelogenes* w okresie zmniejszenia się śledziony po naświetlaniach Roentgenem; 6. anemja złośliwa; 7. *polycytaemia* z wybitnem powiększeniem śledziony i ponieważ w niektórych z tych cierpień rozpoznanie napotyka na trudności i wymaga czasu długiego a cierpienie może przejść z jednego okresu w inny — za wskazanie 8-me P. uważa: przewlekłe powiększenie śledziony, które nie ustępuje po leczeniu farmakologicznem.

Śledziona ma trzy funkcje: niszczenie czerwonych ciałek krwi, 2. wyławianie z prądów krwi organizmów i składników szkodliwych, 3. wydzielanie wewnętrzne.

W *anaemia perniciosa* splenektomja zdaje się nie mieć racjonalnych podstaw i powoduje tylko przejściową poprawę. U osobników starszych nie powinna być nigdy brana w rachubę; u młodszych z ciężkim przebiegiem cierpienia jest ostatnią deską ratunku, a o ile przebieg nie jest zbyt szybkim, może nawet spowodować wyleczenie.

W *anaemia splenica* nie powikłanej jakąkolwiek formą marskości wątroby splenektomja daje około 60% wyleczeń. Wyniki nie są widoczne zaraz, gdyż anemja po splenektomji na przeciąg 4—12 tygodni postępuje, by ustąpić miejsca wzmożonej erytrogenezie. Po około 3 miesiącach nastają stosunki normalne. Anemję po splenektomji w *anaemia splenica* autor odnosi do pewnych hemolizyn we krwi, na które usunięcie śledziony działa aktywująco. Po pewnym czasie organizm braki wyrównuje. Specjalnie dobre wyniki uzyskano w *anaemia splenica* u dzieci poniżej lat 14. Na 22 przypadków ciężkiej anemji w 12 nastąpiło wyleczenie po splenektomji. W przypadkach lżejszych, wystarcza leczenie nieoperacyjne.

W *icterus haemolyticus* splenektomja jest operacją wyboru. Wyniki są znakomite, pod warunkiem, że nie jest wykonana za późno t. j. nim wystąpi marskość wątroby i wtórna kamica żółciowa. Nie należy operować w okresie czasowych zaostrzeń objawów cierpienia (wzmożenie żółtaczki gorączka, bolesność, zwiększanie się śledziony), ale w okresie spoczynku cierpienia.

W *leucaemia myelogenes* wyjęcie śledziony dawało złe wyniki. Jednak wyniki te znacznie się polepszyły od czasu, gdy zaczęto leczyć promieniami Roentgena, które powodują czasową poprawę — i śledzionę usuwano pod koniec okresu poprawy, kiedy jeszcze zmniejszenie się jej utrzymywało się. Mayo na 29 przypadków w ten sposób uzyskał wyleczenie w 12 (3 lata spostrzegania).

Dobre wyniki dało również usuwanie śledziony — powiększonej na tle zakaźnem. Powiększenie luetyczne zwykle ustępuje pod wpływem leczenia specyficznego — są jednak przypadki bardzo oporne i to po splenektomji cierpienie da się uleczyć zupełnie. Podobnie w ograniczonej gruźlicy śledziony. W malarji uzyskano niejednokrotnie doskonałe wyniki, ale i były przypadki, gdzie nawroty i gorączka powtarzały się, mimo usunięcia śledziony.

W urazowem pęknięciu śledziony, jeżeli pęknięcie jest małe — wystarczy szew — o ile znaczne — lepiej wykonać splenektomję. W przypadkach znacznego skrwawienia się (hemoglobiny mniej niż 30%) lepiej przed zabiegiem wykonać transfuzję krwi — w przeciwnym razie wystarczy po zabiegu. Usunięcie śledziony w tych przypadkach nie powoduje żadnych zaburzeń w czynności innych narządów.

W *polycytaemii* uzyskano dobre wyniki. Śledziona ma wydzielać hormon, który wpływa pobudzająco na szpik kostny. W *polycytaemii* zachodzi hiperprodukcja hormonu, stąd jej usunięcie ma podstawy teoretyczne.

Dr. *A. Gruca* (Lwów).

Archives of Surgery.

VII/3 1924.

Dragstadt i Vanghu. **Ulcus ventriculi.** Autorowie przeprowadzają badania nad odpornością różnych narządów na trawienie soku żołądkowego. Używają psów starszych — zdrowych.

a) Błony śluzowej jelit: przecinają jelito w dwu miejscach i izolowaną jego część przecinają podłużnie — następnie wszywają do otworu, zrobionego w żołądku, tak, że stanowi ona część ściany żołądka. Przyczem izolowana część posiadać musi przynależną sobie krezkę. Badania te przeprowadzano na dwunastnicy — jelicie cienkiem i grubem. Wszyta część błony śluzowej jelit, była po 1—12 miesięcy normalna makro- i mikroskopowo.

b) Błony surowiczej jelit: do otworu w żołądku wszywają odcinek jelita z surowicówką do światła żołądka. Po 2 miesiącach stwierdzają w trzech przypadkach komunikację żołądka z jelitem — w jednym nie — co wskazuje na mniejszą odporność błony surowiczej.

c) Śledziony: wszywają część ściany do otworu żołądka, raz z torebką — drugi raz bez torebki. W obu przypadkach nie stwierdzono ani trawienia torebki, ani miąższu; mikroskopowo komórki śledziony przedstawiały się normalnie, mimo, że stykały się bezpośrednio z sokiem.

d) Nerek: ściana ich, wszywana z torebką nie wykazywała zmian, bez torebki natomiast, makroskopowo przedsta-

wiała się normalnie — mikroskopowo stwierdzono na 5 mm wgłąb nagromadzenie leukocytów i bujanie włókn.

Na podstawie powyższych badań dochodzą do przekonania, że prócz żołądka i inne tkanki odporne są na trawienie, jeśli są dobrze odżywione.

Przyczem, eksperymentalny wrzód wywołują u psa w sposób następujący: po nacięciu przedniej sciany żołądka, wstrzykują pod błonę śluzową tylnej ściany 4% *argent. nitr.* — w miejscu tem następnie zakładają kilka jedwabnych szwów; nekrotyczna część błony wkrótce odpada i powstaje wrzód okrężny, nie mogący się zgoić, wskutek nie dających się zresorbować szwów jedwabnych.

Dalsze badania mają na celu wykazanie wpływu zasad na leczenie sztucznych wrzodów. Mianowicie: autorowie, psy z wytworzonym wrzodem, dzielą na dwie grupy. Obu grupom podają do jedzenia mięso, chleb i t. d. przyczem grupa druga dostaje równocześnie zasady. Po 20—110 dniach stwierdzono w grupie pierwszej: wrzody niezagojone, szwy obecne — w grupie drugiej: wrzody zgojone i brak szwów — lub przy obecnych szwach, wrzody znacznie mniejsze.

Annales of Surgery.

LXXX/2 1924.

J. J. Morton. **Fibroma subling.** Autor opisuje przypadek włókniaka podjęzykowego: sprawa zaczęła się przed $2^1/_2$ r.; badaniem stwierdza się: język uniesiony ku górze, zwłaszcza w części tylnej i wypukły; pod nim wyczuwalny guz elastyczny, sięgający głęboko — mowa nosowa. Rozpoznania przed operacją nie postawiono. Po bezskutecznem stosowaniu radu, przystąpiono do zabiegu — mianowicie: najpierw wykonano tracheotomję a następnie usunięto guz wśród poważnych trudności Wynik dobry. Badanie mikroskopowe: *fibroma.*

Jund i Burden. **Pooperacyjne zwężenie ductus choledochus.** Autorowie przedstawiają dziesięciu chorych, którzy po usunięciu woreczka żółciowego, zgłosili się z powrotem w przeciągu 2—24 miesięcy z objawami niedrożności stałej lub przerywanej *ductus choledochus* i to często pod obrazem kamicy żółciowej. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono zwężenie w miejscu wejścia *ductus cysticus* do *ductus choledochus.* W przypadkach tych wkładano rurkę T, która jednym końcem sięgała do *ductus hepaticus* — drugim do dwunastnicy i pozostawiono ją tam przez kilka miesięcy. Wyniki, mimo trudności technicznych, dobre.

Reginald H. Jackson. **Krwawiący wrzód uchyłka Meckela.** Autor przedstawia 10-letniego chłopca, cierpiącego na powtarzające się ataki kolki w lewej części brzucha z wymiotami i ciężkim krwotokiem jelitowym, który doprowadził do znacznej anemji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono *diverticulum Meckeli* a w nim krwawiący wrzód. Wykonano resekcję.

Higgius i Fisher. **Śródmięśniowe wstrzykiwanie natrium citricum.** *Natrium citricum* skraca czas krzepnienia na przeciąg 2—3 godzin, poczem stopniowo w ciągu 24—48 wraca do stanu poprzedniego. Naprzykład: w jednym przypadku czas krzepnienia przed wstrzyknięciem wynosił 11 minut — 10 minut po wstrzyknięciu 9 minut — 20 minut po wstrzyknięciu 7 minut — 45 minut po wstrzyknięciu 2 minut — 1 godzina po wstrzyknięciu 3 minut — 6 godzin po wstrzyknięciu 6 minut — 24 godzin po wstrzyknięciu 9 minut — 48 godzin po wstrzyknięciu 10 minut.

Wstrzykują po 15 cm^3 30% *Natrium citricum* w oba pośladki, po poprzedniem wstrzyknięciu po 3 cm^3 1%-owej nowokainy;

Autorowie wstrzykiwali je w krwotokach płucnych (*tbc*), brzusznych, żółtaczce — natomiast nie radzą wstrzykiwać w *haemophilia, purpura haem., anaemia pernic.,* w których to chorobach jest znacznie zmniejszona ilość płytek Bizzozero. Komplikacji nie mieli.

LXXX/3 1924.

F. Rankin. **Aneurysma art. mam. int. dextr.** Na przedniej, prawej połowie klatki obok mostka w trzecim przestworzu międzyżebrowym widoczny jest guz z objawami tętniaka — przyczem różnicy w tętnie obu *radialis* niema. Rozpoznano: *aneurysma arter. mam. inter.,* biorąc pod uwagę, dla odróżnienia od *aneurysma* tętnicy głównej dwie dane: 1. guz w drugim przestworzu; 2. szmer, słyszalny w kierunku jamy pachowej wzdłuż trzeciego, czwartego żebra, natomiast nigdy w kierunku obojczyka.

Z cięcia podłużnego wychodząc, podwiązano w pierwszym przestworzu, *art. mam. int.* która była znacznie rozszerzona, następnie guz usunięto. Wynik dobry. Autor radzi tętniaki te usuwać, ponieważ samo podwiązanie *art. mam.* może nie wystarczyć, bo łatwo wytworzyć się tu może krążenie uboczne.

Henry H. Lyle. **Aneurysma arcus palmaris.** Dotychczas ogłoszono 61 przypadków tętniaka łuku powierzchownego, głębokiego i ich odgałęzień.

Autor opisuje swój przypadek: guz na granicy *thenar* i *hypothenar* wielkości orzecha włoskiego, tętniący, zmniejszający się przy ucisku *art. radialis* — w środku którego widoczna jest jama, wypełniona skrzepami. Usunięcie guza z podwiązaniem łuku i gałęzi.

Autor podaje w końcu dokładny przegląd, opisanych dotychczas przypadków z różnemi sposobami leczenia, jak uciskanie tętniaka, *art. rad. uln, brachial.* — podwiązywanie *art. radial., uln.;* sam radzi usuwać, uważając inne sposoby za niewystarczające lub niebezpieczne.

M. B. Finker. **Wyniki końcowe po operacji struma Based.** Autor obserwuje poszczególne objawy po operacji i stwierdza, że *a)* ciąża i rodzenie nie daje powrotu symptomów, ani powiększenia gruczołu po zabiegu; *b)* miesiączka w przypadkach ciężkich jest wstrzymana na 3—6 miesięcy nigdy zaś na stałe; *c)* wytrzeszcz w wielu przypadkach po zabiegu, chociaż późno, zmniejsza się; *d)* cukromocz: w 5% wola Based. był cukier w moczu; z tego w przypadkach lekkich znikał bez specjalnej diety i leczenia — w ciężkich stosowano insulinę i dietę; *e)* ciśnienie w 30% opada znacznie (n. p. z 200 mm Hg na 150 mm Hg) przyczem, co się tyczy wieku, autor dodaje że, operował 14 osób w wieku 60—65 lat, z tego 11 osób przeżyło 9—11 lat po zabiegu, a 3 osoby operował powyżej 65 lat, i z tego 2 osoby żyły 5 lat po zabiegu. Większość z nich wyglądała znacznie młodziej niż przed opuszczeniem szpitala. Z dzieci zaś, najmłodsze operowano w wieku $3^1/_2$ roku z powodu znacznych trudności oddechowych — następnie 14-letnie z wytrzeszczem. 8 lat po zabiegu czują się dobrze.

A. S. Ochsner. O. podaje, że z operowanych przypadków 64% odzyskało zdrowie zupełnie do 3 miesięcy po zabiegu — a w 24% objawy pozostały lub wracały z powrotem. 70% przypadków wola Based. przypada na 20 do 50 lat.

Ch. N. Dawid. D. podaje, że ze 150 operowanych 103 osoby są zdrowe i oddają się pracy bez ograniczeń; 32 pracuje mało; 1 osoba niezdolna do pracy; 5 zmarło w szpitalu; 5 nieznane miejsce pobytu.

Nellson W. Cornell. **87 przypadków raka sutka operowanych.**

Typ raka: *ca. scirrhus* 54% — *fibrocarcinoma* 10% — *adenocarcinoma* 8% — *ca. alveolare* 8% — *ca. medull.* 6% — *fibro-adeno-carc.* 4% — *ca. ductus* 4% — *ca. simplex* 2% — *ca. gelatin.* 2%.

Miejsce 1-go nawrotu: *fossa supraclavic.* tej samej str. 20% — klatka piersiowa 19% — stos pacierzowy 11% *fossa axill.* tej samej strony 10% — skóra przyległa 10% — jama brzuszna 9% — kości 8% — druga pierś 6% — druga *fossa axill.* 3% — mózg 2% — skóra dalsza 1%.

Śmiertelność operacyjna: 1% (u innych od 0—3,6%).

Wyniki późne: 5 lat po zabiegu 15% żyje bez dolegliwości (u innych autorów 22—46%; zwraca jednak uwagę aby badać dokładnie drobnowidowo).

30 osób z powyższych 87-miu przypadków zgłosiło się do zabiegu z guzem bez powiększonych gruczołów pachowych — reszta z powiększonemi.

W. J. Mayo. **Chirurgiczne leczenie cirrhosis hepatis.** Autor dzieli *cirrhosis hepatis* na: 1. *cirrhosis portalis* z bujaniem tkanki łącznej naokoło rozgałęzień *v. portae,* da-

jąc *ascites*· I to: typ pierwotny, przez używanie alkoholu, pieprzu i t. d., śledziona tu jest mało powiększona. W odpowiednich przypadkach wskazany jest zabieg Talmy, ewentualnie ze splenektomją; typ wtórny (śledzionowy) spotykamy w późnych okresach anemji. Tu splenektomja daje dobre wyniki. 2. *cirrhosis biliaris* z bujaniem tkanki łącznej naokoło naczyń żółciowych, dając przewlekłą żółtaczkę. Śledziona mało powiększona, stąd splenektomja niepotrzebna; zdarzyć się jednak może t. zw. śledzionowy typ *cirrhosis biliaris*, gdzie głównym objawem jest duża śledziona — splenektomja wskazana.

Jund i Pollock. **Diverticulitis.** Uchyłki mogą być pojedyncze lub liczne, nie dające zupełnie objawów, lub dające je (n. p. ból, zaparcie, w stolcu krew z ropą, guz i t. p.) a nawet mogą powodować powstanie ropnia, przebicie i t. d. Uchyłek esicy w stanie zapalenia należy odróżnić od raka esicy (napady bólu, guz dłużej trwa, od czasu do czasu powiększa się i zmniejsza i t. d.). Śmiertelność operacyjna wysoka, bo już przed zabiegiem jest tkanka naokoło uchyłka zwykle zakażona. To też autor radzi przed właściwym zabiegiem zrobić colostomję w celu zmniejszenia zapalenia uchyłka.

Ch. H. Peck. **Rak kiszki.** Autor przedstawia 69 przypadków raka kiszki (bez odbytnicy); stwierdza, że usunięcie go daje tu lepsze wyniki, aniżeli w innych narządach. Przytem raka kiszki ślepej, wstępującej i poprzecznicy usuwa jednoczasowo — zaś raka kiszki zstępującej dwuczasowo (sposobem Mikulicza). Śmiertelność operacyjna niska.

Graham, Coie i Copher. **Prześwietlanie roentgenowskie pęcherzyka żółciowego.** Autorowie wstrzykują dożylnie sól sodową tetrabromphenolphtaleiny. która wydzielona przez wątrobę, wypełnia wraz z żółcią woreczek i przy prześwietlaniu uwidocznia go, dając cień. Aby cień ten był dostatecznie wysycony, potrzeba, by wątroba normalnie wydzielała, *ductus cysticus* nie był zatkany i by żółć była normalnej koncentracji; czyli, że najbardziej widoczny będzie cień w warunkach prawidłowych —mniej widoczny w lekkiej *cholecystitis* bez kamieni i zrostów — a brak go będzie w *cholecystitis* ciężkiej; w kamicy zaś dostaniemy plamy jaśniejsze na ciemniejszem polu. Dr. *Janik* (Lwów).

Acta Dermato-Venereologica.
Vol. V. Fasc. 1 - 2. 1924.

Gösta Ahman. **Czy leczenie kobiet kiłowych podczas ciąży może zapobiec wystąpieniu kiły wrodzonej.** Autor zdaje sprawę z 50 przypadków kiły ciężarnych i dzieli je na 4 grupy. 10 zakażonych kiłą conajmniej 3 lata przed poczęciem, 13 w okresie 3-letnim przed ciążą, 9 zakażonych mniej więcej w okresie zapłodnienia, 18 zakażonych podczas ciąży. W grupie I. żadna z matek nie okazywała objawów klinicznych kiły, wszystkie natomiast O. W. dodatni. Leczenie salwarsanem i rtęcią dało we wszystkich tych przypadkach wynik ten, że dzieci urodziły się zdrowe i pozostały zdrowe podczas obserwacji 2—6-letniej. W przypadkach grupy II. w której część kobiet uległa zakażeniu w okresie ostatnich 3 lat przed ciążą, energiczne leczenie dało wynik podobny; 2 kobiety jednak nieleczone urodziły dzieci kiłowe. W grupie III. wynik zależał od leczenia; leczenie energiczne doprowadzało do tego, że dziecko rodziło się zdrowe, po leczeniu niedostatecznem, którego wynikiem było tylko ustąpienie objawów kiły u matki, rodziły się dzieci kiłowe.

W grupie ostatniej uderzał fakt, że o ile zakażenie nastąpiło w późnych miesiącach lub pod koniec ciąży, to dziecko rodziło się zdrowe, mimo, że matka była niedostatecznie lub wogóle nieleczona. Za leczenie dostateczne uważa autor conajmniej 14 dawek salwarsanu. Wniosek dalszy autora jest ten, że dziecko matki kiłowej, jeżeli jest wolne od objawów należy poddać obserwacji, a nie w każdym przypadku uważać za kiłowe *a priori*.

Jan Almkwist· **O zapobieganiu kile wrodzonej.** Na podstawie bardzo dużej statystyki w swoim oddziale w Stockholmie, dochodzi autor do wniosku, że walkę z kiłą wrodzoną należy zacząć nie po urodzeniu dziecka, tylko już podczas ciąży matki, przyczem każda ciężarna bez wyjątku powinna być poddana badaniu klinicznemu i serologicznemu, aby wykryć kiłę nieznaną. Okres obserwowania dziecka po urodzeniu powinien wynosić conajmniej kilka lat. Autor, jako znany zwolennik długiego leczenia bez przerw broni zasady, aby szczególnie u ciężarnych leczenie trwało przez cały czas ciąży. Wreszcie na podstawie 5 przypadków, w których matki dzieci kiłowych, nie miały żadnych objawów kiły wygłasza autor zapatrywanie, że kobiety takie, mimo urodzenia dzieci niewątpliwie kiłowych nie powinny być uważane za bezwzględnie chore na kiłę i leczone.
Dyboski (Kraków).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.
Z. 1. 1924.

Merkel H. **O zawartości glikogenu w przybłonku pochwy i krytyczna ocena rozpoznawczej wartości tegoż.** Z doświadczeń nad pracą Wiegmanna wynika, że dla celów sądowo-lekarskich zawartość glikogenu w przybłonkach pochwy odgrywa rolę przy stwierdzaniu: 1. czy dana krew jest krwią menstruacyjną, 2. czy dane plamy pochodzą od śluzu pochwowego, 3. czy w plamach spermy znajdują się przybłonki pochwy. Na pytania te, przy deliktach seksualnych, wielkiej wagi, o ile plamy nie są zbyt stare i przegniłe, można zupełnie ściśle odpowiedzieć, stwierdzając obecność przybłonków o znacznej zawartości glikogenu, która jest właśnie typową dla przybłonków pochwy. Co do twierdzenia Wiegmanna, że 4. obecność tych przybłonków w śluzie połkniętym, czy aspirowanym przez noworodki dowodzi ich pochodzenia z pochwy matki i aspiracji w czasie aktu rodzenia, odpowiada M. przecząco, gdyż przybłonek jamy ust noworodka zawiera również glikogen, aż do chwili powstawania ptyaliny.

Miesbach E. **Małowartościowość i odpowiedzialność.** W sądownictwie karnem za mało uwagi zwraca się na osobowość sprawcy, jego wartość dla społeczeństwa, względnie niebezpieczność dla otoczenia. Ograniczeni umysłowo winni być ciężej karani od ludzi normalnych, gdyż u nich poczucie kary, wstydu, hańby, ukrócenia wolności, jest bezwzględnie zmniejszone, z towarzystwa w które się dostali są zadowoleni, a w atmosferze przymusu czują się lepiej.

Dobrodziejstwo ustawy winno dotyczyć tylko psychopatów affektywnych.

Mathias E. **Konkurencja 3 przyczyn śmierci.** Przy sekcji sądowo - lekarskiej zarządzonej z powodu procesu o odszkodowanie, ponieważ śmierć nastąpiła po upadku przy pracy, stwierdzono: 1. *Carcinoma Oesophagi*, 2. *Meningitis purulenta*, 3. *Apoplexia cerebri*. Każda z tych 3 spraw mogła śmierć spowodować. W orzeczeniu swem uznał autor *apoplexia*, jako sprawę w najkrótszym czasie mogącą spowodować śmierć, za ostatnią i właściwą przyczynę zejścia.

Heubner. **Zatrucie produktami lotnemi teru wśród objawów złośliwej niedokrwistości.** Robotnik, zajęty przy asfaltowaniu i smołowaniu ubikacyj okrętowych, przez 8 godzin pracował w miernie wentylowanej przestrzeni wypełnionej parami teru. Po pracy odczuwał zawroty głowy, kaszlał, wymiotował, pracował jednak nadal, zgłaszając się co pewien czas u lekarza, z powodu coraz bardziej potęgującego się osłabienia. Po kilku tygodniach wystąpiła żółtaczka, guz śledziony i obrzęki — w szpitalu stwierdzono ciężką aplastyczną anemję z następową policholją. Po 8 tygodniach nastąpiła śmierć. Badanie chemiczne teru używanego do smołowania wykazało około 5% lotnych węglowodorów aromatycznych, oraz znaczną zawartość naftaliny w terze. Zestawiając działanie względnie zatrucia benzolem, toluolem, naphtolem, xylolem i naftaliną autor przypuszcza, że w przypadku przytoczonym substancje te zawarte w terze były przyczyną złośliwej anemji, czemu daje wyraz w swem orzeczeniu.

Knack A. V. **Problem Haeusera.** Omówienie sprawy L. Haeusera, wędrownego kaznodzieji i »proroka«, znanego ze swych wystąpień na bruku niemieckim, karanego kilkakrotnie z powodu wykroczeń przeciw czci, pogróżek skierowanych przeciw władzy i osobom na czele rządu stojącym a zawartych w piśmie przez niego redagowanem, w listach prywatnych i głoszonych w mowach publicznych. Po przed-

stawieniu materjału dowodowego z ostatniego procesu i obserwacji psychjatrycznej, określa autor Haeusera, jako osobnika zwyrodniałego o wybitnem manjakalnem podłożu, z wyraźnemi defektami intellektualnemi i etycznemi. Manjakalne zmiany powodują u Haeusera znaczne upośledzenie autokrytyki, a tem samem czynników hamujących w wyrażaniu się, mowie i piśmie.

E r z e r F. **Samobójstwo przez zatrucie kokainą oraz zmiany histologiczne przy zatruciu eksperymentalnem.** Zgodnie z przedstawianemi przez farmakologów doświadczalnemi zatruciami kokainą zwierząt, stwierdziła E., badając skrawki mikroskopowe organów samobójcy zatrutego kokainą, zmiany głównie w wątrobie, a mianowicie: początki stłuszczenia i wodniczkowe zwyrodnienie protoplazmy komórek. By stwierdzić, czy przy podskórnem i doustnem podawaniu kokainy zmiany będą te same, eksperymentowała autorka na zwierzętach. Przy ostrem zatruciu, kończącem się rychło śmiercią, stwierdzała silne przekrwienie wątroby, zresztą zmiany bardzo nieznaczne. Przy zatruciach podostrych i przewlekłych wątroba była anemiczna, a komórki okazywały wyjaśnienie plazmy, wakuolizację i nekrozę, pozatem nacieczenie zapalne i stłuszczenie. Zmiany wodniczkowe były silniejsze przy podawaniu doustnem. U zwierząt, którym wstrzykiwano kokainę podskórnie, występowały prócz tego zmiany amyloidowe i nacieczenie tłuszczowe miąższu śledziony. Obecność tłuszczu w śledzionie tłumaczy E. rozpuszczalnością kokainy w tłuszczach i następowem ich odkładaniem w śledzionie, analogicznie do lipemji cukrzycowej. Zmiany w śledzionie występowały tylko przy wstrzykiwaniu podskórnem i tylko u myszek.

Tobiczyk (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Klinika oczna. Zeszyt II. 1924 r.: W. K a p u ś c i ń s k i: Keratitis punctata superficialis. — K. N o i s z e w s k i: Odpadnięcie, a odwarstwienie siatkówki. — K. K a r e l u s: Badania kliniczne nad wpływem adrenaliny i nad jej działaniem w związku z alkaloidami na oko prawidłowe. — K. N o i s z e w s k i: Nieprawidłowe ujęcie wzrokowe przedmiotów (Dokończenie). — K. B a ł ł a b a n: Neuritis infectiosa. — W. M e l a n o w s k i: Rzadki przypadek ciała obcego okolicy oczodołu.

Pedjatrja Polska. T. IV. Zeszyt IV.: R. B a r a ń s k i i St. P o p o w s k i: O właściwościach krzywej cukru w krzywicy. — M. E h r l i c h ó w n a i St. B i e ń: Badania nad obrazem obojętnochłonnym krwi dziecięcej. — M. E h r l i c h i St. B i e ń: Limfocytoza wieku dziecięcego. — St. P r o g u l s k i: Wpływ szczepienia ochronnego na chorobowość ospową podczas wojny. — R. B a r a ń s k i: Przyczynek do badań nad cholesterynemją u dzieci. — H. S t a n k i e w i c z: Nakłucie zatoki strzałkowej u dzieci. — I. H e s c h e l e s: Badania płynu m.-rdzeniowego w najwcześniejszych okresach kiły wrodzonej. — M. M i c h a ł o w i c z: Coli pyelocystitis czyli colibacteriaemia i colitoxaemia wieku dziecięcego. — M. M i c h a ł o w i c z: Kryzysy neuroatretyczne, jako syntetyczna jednostka kliniczna. — P i e c h o w s k i, H e s c h e l e s i R o s z a k: Przyczynek do kliniki żółtaczki hemolitycznej. — P. F r e n k l o w a: Nowe metody sztucznego odżywiania oseskόw na podstawie własnych spostrzeżeń. — M. E r l i c h ó w n a: W sprawie wielkości i kształtu ciemiączka. — St. P r o g u l s k i: Wyniki z oddziału niemowląt kliniki lwowskiej w ostatnich pięciu latach. — W. S z c z a w i ń s k a: Chorobowość noworodków i organizacja opieki pedjatrycznej w zakładzie położniczym miejskim w Warszawie.

Opieka nad dzieckiem. Nr. 6. 1924 r.: M. G r o m s k i: Deklaracja genewska i VI. Kongres Międzynarodowego Związku Pomocy Dzieciom. — J. B o g d a n o w i c z: Z działalności lekarza szkolnego. — H. M o g i l n i c k i: Rady opiekuńcze w Danji. — Z y l b e r l a s t - Z a n d o w a: Dziecko nerwowe. — H. K l ę s k: Onanizm, szkoła a zdrowie.

Walka z Gruźlicą. Nr. 1. 1924 r.: Ś. p. Alfred Sokołowski.— W. G a w ł o w s k i: Dotychczasowa organizacja i plan walki z gruźlicą w Polsce. — W. B o g u c k i: Śmiertelność z powodu gruźlicy w Warszawie w okresie od 1918 do 1922 r.

Polska Dentystyka. Nr. 6.: A. C i e s z y ń s k i: Najważniejsze aparaty ortopedyczne przy leczeniu obrażeń szczękowych.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie: L. E n d e l m a n: W sprawie operacyjnego leczenia łuszczki jaglicowej. — J. S k o t n i c k i: O wpływie roentgenoterapji na objawy oczne w przypadkach nowotworów mózgowia. — W. A r k i n: Układ nerwowy a jaskra. — L. N u d e l m a n: Przyczynek do symptomatologji krwotoków samoistnych podpajęczynówkowych.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 29 października 1924.

Przewodniczy prof. M a j e w s k i.

Obecnych 104 członków.

1. Kol. F e l i x z I. Kliniki medycznej U. J. prof. O r ł o w s k i e g o przedstawił dwa przypadki z zakresu schorzeń płucnych: **kiłę i raka płuc.** Pokaz poprzedził wyczerpującem sprawozdaniem o kile płuc. Jestto jednostka chorobowa nie posiadająca odrębnego, jednolitego obrazu klinicznego. Jedynie dokładne uwzględnienie szczegółów, tyczących wywiadów, przebiegu i badań dodatkowych, może w tym kierunku skierować myśl lekarską, a dobre wyniki leczenia — słuszność rozpoznania potwierdzić. Schorzenia kiłowe innych narządów mogą, ale nie muszą, należeć do obrazu chorobowego kiły płuc. Pytanie, w jakim okresie zakażenia kiłowego pojawia się kiła płuc, nie zostało ostatecznie rozstrzygnięte, najprawdopodobniej jednak tylko w okresie kiły trzeciorzędnej. Typowe umiejscowienie, to środkowy płat i wnęka prawa; spotyka się jednak dość często siedzibę kiły obustronną, lub w innych płatach. Autorzy niemieccy (G r o e d e l, S c h r o e d e r) wyodrębnili szereg postaci klinicznych kiły płuc — jestto jednakże podział raczej anatomopatologiczny, niż kliniczny. Prof. H a r v i e r podał ostatnio już najbardziej kliniczny podział. Rozróżnia on 5 postaci kiły płuc: 1) zapalenie płuc odoskrzelowo-kiłowe ac., 2) bronchopneumonia syphilitica chronica, 3) marskość płuc, przebiegająca z rozszerzeniem (lub bez) oskrzeli, 4) kiła płuc, przebiegająca sub forma neoplasmatis, 5) kiła płuc powikłana gruźlicą.

Przedstawiona chora ma lat 30. Skarży się na uczucie duszności, zwłaszcza wdechowej, i męczący kaszel. Choruje od szeregu lat. Od 4 lat ślepota prawostronna, od 3 lat niedowidzenia okiem lewem. Chora, mimo długiego trwania sprawy chorobowej, nie wykazuje zupełnie wyniszczenia (przybyło jej nawet w klinice kilka kg. na wadze). Fizykalnie stwierdza się rozległe zmiany, zwłaszcza po stronie prawej (oddech oskrzelowy, świsty, furczenia, średnio- i grubobańkowe rzężenia dźwięczne), nie przedstawiające dla kiły płuc nic charakterystycznego. Mimo tych dużych zmian, przebiegających z odkrztuszaniem obfitej ilości śluzowo-ropnej plwociny (z górą 100 cm^3 na dobę), poszukiwania częste prątków Kocha (metodą zwykłą, antiforminową, ligroinową, Bezançona), zawsze dawały wynik ujemny, odczyn Pirqueta był słabo zaznaczony, chora miewała tylko czasami bardzo nieznaczne stany podgorączkowe. Odczyn Wassermanna silnie dodatni. Badanie roentgenem dało obraz dla kiły płuc dość cechujący. Również siedziba sprawy chorobowej jest charakterystyczna. Wywiady obciążające: silne nocne bóle głowy, wypadanie włosów, chrypka, »krosty« na czole i głowie. Exiuvantibus — chora już po częściowem leczeniu czuje się lepiej, mniej kaszle, mniej odpluwa, ma duszność mniejszą, rzężenia są mniej liczne.

b) Druga z rzędu chora zasługuje na przedstawienie ze względu na typowe objawy raka płuc. Chora 53 letnia zgłosiła się ze skargami na duszność o charakterze mięszanym i bóle po prawej stronie klatki piersiowej, trwające od 3-ch miesięcy. Sprawa chorobowa rozpoczęła się powoli, niespostrzeżenie bez gorączki. Drżenie głosowe w górnej części klatki piersiowej po stronie prawej osłabione, zupełne stłumienie odgłosu opukowego poniżej obojczyka do 3-ego żebra, poniżej pas opukowo wyjaśniający się, przechodzący znowu w stłumienie bezwzględne z powodu powikłania krwotocznem zapaleniem opłucnej; zniesienie poniżej obojczyka szmerów oddechowych. Sprawa chorobowa umiejscowiona jest w prawym górnym płacie, a więc w miejscu typowem dla raka płuc. Badanie roentgenem dało obraz charakterystyczny dla tej sprawy chorobowej. Plwocina galaretowata, krwawa, zawierająca dużo nabłonków pęcherzyków płucnych, tłuszczowo zwyrodniałych. Odczyn Bothella — dodatni. Odczyn Pirqueta słabo zaznaczony.

W dyskusji prof. M a j e w s k i pyta, co było powodem amaurozy u danej chorej.

Kol. F e l i x: zmiany znalezione nie przemawiają za zakażeniem kiłowem.

2. Kol. O s t r o w s k i (z oddz. prym. A r t w i ń s k i e g o) przedstawia przypadek **porażenia wstępującego ostrego Landry'ego** u chłopca 14-sto letniego z pomyślnem zejściem i pomimo bardzo ciężkiego przebiegu i z atypowem cofaniem się objawów.

3. Kol. doc. S z y m a n o w i c z (z kliniki prof. R o s n e r a) opisuje przypadek **zapalenia ropnego miedniczki nerkowej** po stronie lewej u ciężarnej. Przypadek pod względem djagnostycznym nietrudny, tembardziej, że przez kateteryzowaniu moczowodu lewego udało się otrzymać mocz z domieszką ropy i obecnością bact. coli. Ciekawiej przedstawiała się sprawa pod wzglę-

dem terapeutycznym i dlatego przypadek ten opisuje. Zastosowano bowiem po raz pierwszy drenowanie miedniczki nerkowej a 2 raz przepłukanie jej kollargolem, poczem natychmiast ciepłota u chorej spadła. Przypadek narazie jest wyleczony. — Mówca wspomina dalej o sposobie leczenia ropnych zapaleń miedniczek u ciężarnych, wyklucza potrzebę przerywania ciąży i omawia pokrótce etjologję tego cierpienia.

Kol. W. Orłowski podnosi w sprawie etjologji zapaleń miedniczek nerkowych, że badania kliniczne i bakterjologiczne szkoły Schottmüllera wykazały, że zakażenia miedniczek nerkowych laseczników okrężniczym, prowadzące do Colipyelitis, powstają jedynie na drodze zakażenia wstępującego przez cewkę; możliwości natomiast zakażenia zstępującego, a więc z krwi lub z jelit na drodze naczyń chłonnych, przynajmniej, dla lasecznika okrężnicy, w sposób niezbity dotychczas nie udowodniono. W sprawie leczenia zapaleń miedniczek nerkowych przytacza mówca na podstawie danych piśmienniczych i spostrzeżeń I. kliniki medycznej U. J dodatnie wyniki przy stosowaniu dożylnem argoflaviny, odznaczającej się silnemi własnościami odkażającemi.

Kol. Kościuszko, nawiązując do uwagi prof. Orłowskiego, zaznacza, że na oddziale położniczo-ginekologicznym szpitala św. Łazarza stosuje się w leczeniu zapaleń ropnych miedniczek nerkowych, wogóle z dobrym skutkiem argoflavinę dożylnie o ile badanie bakterjologiczne moczu nie wykaże obecności bact. coli. W razie obecności bact. coli argoflarina działa bardzo słabo, a wtedy stosuje się antiwakcynację z bardzo dobrym skutkiem.

Kol. Rosner dodaje, że do wybuchu zapalenia miedniczek u ciężarnych przychodzi dlatego, że z powodu ucisku ciężarnej macicy na moczowód, zwłaszcza prawy, dochodzi do zastoju moczu w miedniczkach. Ciepłoty podwyższone pojawiają się dlatego, że miedniczki nie są dobrze drenowane. Powinno się zawsze dbać o zabezpieczenie odpływu moczu. Wtedy zabieg djagnostyczny staje się równocześnie terapeutycznym. Zaleca się pić również bardzo dużo płynów. W *pyelitis gravidarum* w 97% wywołuje tę sprawę *bact. coli*, dlatego leczenie argoflawiną specjalnie w tej sprawie nie prowadzi do celu. Szczepionki natomiast działają bardzo dobrze nawet w bardzo ciężkich przypadkach. Nie przerywano ciąży przy *pyelitis gravidarum* na klinice ginekologicznej nigdy poza jednym przypadkiem, gdzie zrobiono to tak późno, że właściwie tylko przyspieszono poród. Przytacza przypadek, gdzie przy istniejącem ropnem zapaleniu miedniczek nerkowych, wywołanem przez prątka okrężnicy i gronkowca ropnego — przyszło poporodzie do ciężkiej posocznicy z zejściem śmiertelnem.

Kol. Blasberg pyta, czy jest związek między zapaleniami miedniczek a poprzednio przebytemi operacjami.

Kol. Latkowski zaznacza, ze najlepszym środkiem leczniczym przy ropnych zapaleniach miedniczek jest stosowanie antiwakcyn. Przy pyelitis na tle *bacterium coli* wpływ argoflaviny jest bardzo słaby. Przy zapaleniach miedniczek nerkowych, wywołanych przez inne bakterje, działała argoflavina dobrze, wywoływała jednakże często zapady. Co do etjologji — najczęstszą jest ascenzja.

Kol. Orłowski zaznacza, że w przypadkach, w których stosowano argoflavinę w I. klinice medycznej U. J., zapadu nie spostrzegano.

Kol. Olbrycht pokazuje preparaty z przypadków: a) samoistnego pęknięcia tętnicy głównej, b) urazowego pęknięcia tętnicy głównej, c) owrzodzenia gruźliczego w żołądku, d) ciąży trąbkowej z pęknięciem trąbki.

Dr. *Pawlas*, sekretarz.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 października 1924 r.

1. Kol. Szyfman pokazuje chorą lat 32, z objawami właściwemi dla choroby Basedowa, jak: wytrzeszcz gałek ocznych, objaw Graefego, Moebruda i hiperglykaemia; jednocześnie stwierdzono objawy właściwe chorobowe Addisona, jak bronzowe zabarwienie błony śluzowej jamy ustnej i warg, astenję, dolegliwości żołądkowe przy zupełnym braku kwasu solnego. Przypadki podobne są rzadkie i, jak podaje Chwostek, tylko na sekcji ściśle rozpoznawane; za życia niepodobna orzec, czy mamy do czynienia tylko ze schorzeniem tarczycy i czynnościową niewydolnością nadnercza, czy też ze schorzeniem obu tych gruczołów.

2. Kol. Schweig wygłosił **sprawozdanie z drugiego zjazdu okulistów polskich** we Lwowie w dniu 19- i 20. września 1924 roku.

3. Kol. F. Venulet wygłosił odczyt pod tytułem: **O działaniu uczulającem żółci na infekcję.** Doświadczenia nad białemi szczurami, zakażonemi prątkiem duru rzekomego B, którym jednocześnie wprowadzano, również do otrzewnej, żółć wołową, wykazały, że: 1) zakażenie ustroju z jednoczesnem wprowadzeniem doń żółci wzmaga wybitnie śmiertelność; uwydatnił się również wpływ na ustrój zwierzęcy większych dawek tak hodowli, jak i żółci. 2) Przerwa 3. godzinna pomiędzy zakażeniem a następczem wprowadzeniem żółci, lub odwrotnie, w porównaniu z jednoczesnem zadziałaniem czynników tych, nie wpływa na śmiertelność. 3) Ujemny wpływ żółci na infekcję uwydatniał się, aczkolwiek słabiej, również u zwierząt, zakażanych prątkiem duru rzekomego B. podskórnie z jednoczesnem wprowadzeniem żółci pod skórę, a zwłaszcza do otrzewnej. 4. Ażeby się przekonać, jaki wpływ wywiera żółć wołowa na ustrój szczura w razie zakażenia laseczką duru rzekomego B., badano zawartość jamy brzusznej szczurów w kropli wiszącej i na preparatach barwionych po wprowadzeniu do otrzewnej ½ oczka B z 0,5 żółci i bez niej. W ½ godziny po zakażeniu szczura (bez żółci) w każdem polu widzenia znajduje się po kilkadziesiąt białych ciałek; bakterje nieruchome tworzą grudki i duże skupienia; po upływie jeszcze godziny już nie widać skupień, bakteryj o wiele mniej; uwydatnia się nadto silna fagocytoza. Natomiast u szczura zakażonego hodowlą z dodaniem żółci, widać narazie tylko pojedyncze ciałka białe, bakterje zaś są równomiernie rozsiane i poruszają się słabo; w okresie późniejszym ilość białych ciałek się nie powiększa, barwią się one źle i rozpadają; bakterji mało. Musimy zatem stwierdzić upośledzenie czynności obronnych ustroju pod wpływem żółci. 5. Niezależnie od powyższego chodziło o wyjaśnienie, czy pod wpływem żółci wzmaga się zjadliwość duru rzekomego B. W tym celu 8 szczurów zakażono szczepem B, hodowanym przez 16 pokoleń na zwykłym agarze i 8 szczurów zakażono tym samym szczepem, przez tyleż pokoleń, hodowanym na agarze z domieszką żółci wołowej. W pierwszej grupie w ciągu 48 godzin padły 2 szczury, w drugiej natomiast 4 już po dobie, co mogłoby przemawiać za pewnem wzmożeniem zjadliwości szczepu żółciowego.

W dyskusji kol. Sterling zapytuje, czy walka ustroju z zarazkiem przy durze rzekomym tak różni się od walki z zarazkiem przy durze brzusznym, że w doświadczeniach autora widzimy znaczną fagocytozę, walczącą z zarazkiem duru rzekomego; czy też ustrój i tu walczy zapomocą antytoksyn; zapytuje następnie, dlaczego mamy do czynienia z tak małą ilością drobnoustrojów, dlaczego otrzewna staje się wyjałowioną; zapytuje wreszcie, jaki stosunek fagocytozy do układu siateczkowo-śródbłonkowego, czy nie nastąpiła blokada tego układu przez żółć.

Kol. Załęski nie widzi zagadki w działaniu wprowadzonych drobnoustrojów; duża dawka wprowadzonego szczepu wywołuje zakażenie, mała zaś zakażenia nie wywołuje. Pfeiffer i Miecznikow wprowadzali do otrzewny zarazki cholery; dla wywołania leukocytozy zastrzykiwali poprzednio bulion. Żółć, wprowadzona do ustroju, wywołuje osłabienie odporności tegoż ustroju; żółć zabija komórki, które wywołują fagocytozę; należałoby wyświetlić, jaki składnik żółci wywiera ujemny wpływ na walkę z zakażeniem.

W odpowiedzi kol. Venulet zaznacza, że laseczniki duru rzekomego zawierają endotoksyny; antytoksyn nie otrzymywał; wyrazem walki ustroju z zarazkami — jest leukopenja. Małą ilość drobnoustrojów tłumaczy tem, że żółć ułatwia wtargnięcie ich do ustroju. Doświadczenia Mucha potwierdzają wzmożenie zjadliwości zarazków.

4. Kol. Lewinson pokazuje dwa preparaty, otrzymane przy operacjach na oddziale dr. Tomaszewskiego w szpitalu Św. Józefa:

a) Pierwszy dotyczy 25-o letniej dziewczyny, która w celu masturbacji wprowadziła sobie do **cewki szpilkę od włosów**, skąd przeszła do pęcherza moczowego. Preparat robi wrażenie guza wielkości jaja kurzego. Dokonano ponadłonowego otwarcia pęcherza i konkrementy wraz ze szpilką wydobyto z pęcherza;

b) **nowotwór (brodawczak)**, wychodzący z błony śluzowej **pęcherza moczowego** w okolicy ujścia prawego moczowodu.

5. Kol. Friedstein pokazuje preparat **wyciętego żołądka** wskutek **wrzodu żołądka.** Zasługuje na uwagę, że badanie treści żołądkowej chorego dało następujące wyniki: na czczo kwas solny wolny — 0; ogólna kwas. — 16; po śniadaniu próbnem kwas solny wolny — 16; ogólna kwas. — 40; po obiedzie Leube-Riegela kwas solny wolny — 60; kwasota ogólna — 136. Kilkakrotne badanie kału na krew utajoną dało wynik ujemny. Klinicznie postawiono rozpoznanie wrzodu żołądkowego: Roentgen potwierdził to rozpoznanie, gdyż wykrył niszę Flaudeka na małej krzywiźnie. Operacji dokonał kol. Goldman w znieczuleniu miejscowem sposobem Polya-Reichel.

Posiedzenie naukowe w dniu 22 października 1924 r.

1. Kol. Kalisz pokazuje trzech chorych: a) chorą (z oddziału dr. Goldmana w szpitalu Św. Józefa) w 15 dni po operacji **wyjęcia nerki** sposobem Basy z powodu gruźlicy nerki; b) przypadek wrzodziejącej postaci **gruźlicy języka** u osobnika, dotkniętego otwartą gruźlicą płuc, c) chorego **po wycięciu odbytnicy** z założeniem odbytu sztucznego krzyżowego z powodu nisko usadowionego raka. Opisuje pelotkę, która w zupełności usuwa przykry stan nietrzymania kału, związany z założeniem sztucznego odbytu.

2. Kol. Keilson wygłosił pierwszą część odczytu zbiorowego pod tytułem: **Postępy roentgenodjagnostyki. Gruźlica płuc.** Mówca dzieli gruźlicę, podług Ranke'go, na trzy okresy 1) okres pierwszy czyli kompleks pierwotny, odznacza go allergja pierwsza: a) szerzenie się zakażenia drogą naczyń chłonnych; b) odczyn wytwórczy układu chłonnego. W Roentgenie: intenzywna dobrze odgraniczona plama, zewsząd otoczona

zdrową tkanką płucną (zwapniałe owrzodzenie pierwotne); rozrzedzone, blade, źle od rysunku płuc odgraniczone cienie wnękowe.

2) Okres drugi czyli Tbc. generalizata; charakteryzuje go: allergja II-ga: szerzenie się zakażenia drogą naczyń chłonnych i krwionośnych (albo w przypadkach infekcji masowej — wszystkiemi możliwemi drogami); przerzuty w innych narządach i odczyn wysiękowy układu chłonnego. W Roentgenie: rozsiane plamki w górnej części płuc lub też w całem płucu, dobrze odgraniczone, lub też zlewające się, lub układające się w delikatną siatkę; cienie wnękowe rozszerzone, źle odgraniczone (w okresie drugim późnym brak rozszerzenia cieni wnękowych). 3) Okres trzeci czyli suchoty płuc pospolite; charakteryzuje go — allergja III: szerzenie się drogą oskrzeli, znikomy odczyn układu chłonnego. W Roentgenie: plamki odgraniczone lub zlewające się, lub paski i pasy, lub rozległe cienie najbardziej intenzywne w szczytach; brak rozszerzenia cieni wnękowych. Następnie mówca omawia odróżnianie w Roentgenie ognisk wytwórczych i wysiękowych. Pokazuje przeźrocza: 1) *Affectus primarius*, 2) *Complexus primarius*, 3) *Tub. miliaris productiva*, 4) *Tub. miliaris exsudativa*, 5) *Tub. fibrosa sanata*, 6) *Tub. fibrosa diffusa*, 7) *Tub. fibroso-ulcerosa*, 8) *Tub acinoso-nodosa*, 9) *Tub. fibrosa*, 10) *Tub. cirrhotica*, 11) *Tub. acinosc-exsudativa*, 12) *Tub. lobulo-exsud.* 13) *Tub. caseosa*, 14) *Tub. fibroso-caseosa*.

3. Kol. Berner wygłosił dalszą część tego samego odczytu — »Wrzód dwunastnicy«. Wrzód dwunastnicy występuje w 95 przypadkach w poziomej górnej części dwunastnicy; roentgenologicznie — w *bulbus duodeni*: opuszka lub gałka dwunastnicy. Normalna gałka posiada kształt trójkąta o nieco wypukłych gładkich brzegach. Wrzód dwunastnicy wywołuje w obrazie roentgenologicznym zmiany dwojakiego rodzaju: 1) pośrednie, czyli czynnościowe i 2) bezpośrednie, czyli morfologiczne. Zmiany pierwszego rodzaju są niepewne. Zmiany morfologiczne dzielą się na: uwypuklenie konturu, spowodowane przez owrzodzenie, t. zn. »szyny«, 2) retrakcje, czyli skrócenia konturu, 3) defekty i 4) uchyłki ścianki opuszki. Następnie mówca pokazuje odpowiednie klisze.

3. Kol. Kalisz przedstawia preparat wrzodu dwunastnicy, usadowionego na przedniej ściance; wrzód przebił się do wolnej jamy brzusznej. W 12 godzin po przebiciu dokonano radykalnego wycięcia żołądka sposobem Polya-Reichel'a.

4. Kol. Goldman przedstawił preparat wrzodu trawiennego jelita czczego, omówił patogenezę wrzodu trawiennego oraz leczenie w związku z operowanym przypadkiem.

Zygmunt K. lat 24 przybył do szpitala 20. IX. 1924 ze skargami na bóle w okolicy żołądka niezależne od jedzenia — oraz wymioty wieczorami. Przed rokiem był operowany z powodu wrzodu żołądka. Przy badaniu uderza bladość, wyniszczenie i tkliwość w okolicy nadpępkowej i podżebrzu prawem. Ogólna kwasota 48, kwas solny wolny 24, związany 20, krew utajona i kwas mlekowy nie występują. Barwiki krwi w kale, przy badaniu kilkakrotnem, obecnie Roentgen: Gastroenteroptosis, Gastroenterostomia, Perigastritis. Rozpoznanie kliniczne: Wrzód trawienny na miejscu zespolenia. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Cierpienie należy do rzędu rzadkich i operacyjne leczenie jest w piśmiennictwie naszem rzadko opisywane.

Posiedzenie seminaryjne w dniu 29 października 1924.

Referent kol. Bronisław Frenkiel. Nerwy życia roślinnego. Ciąg dalszy.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Zawiadamiany niniejszem, że z powodu XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w lipcu 1925 r. w Warszawie, nie odbędzie się II. Zjazd ginekologów polskich w Poznaniu w roku bieżącym, lecz dopiero w roku 1926.

B. Kowalski prezes Polsk. Tow. ginek. — *W. Suwalski* sekretarz Polsk. Tow. ginek.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Lubelska.

Rada Izby Lekarskiej Lubelskiej na posiedzeniu dnia 6. stycznia ustaliła wysokość składki od każdego członka na rzecz I. L. L. złotych 15 (piętnaście) za rok 1925, płatnej jednorazowo w pierwszym kwartale bieżącego roku.

Wydział Wykonawczy Izby Lekarskiej Lubelskiej prosi członków Izby o wpłacenie składki w uchwalonym przez Radę terminie ze względu na potrzeby Izby oraz zaoszczędzenie zbytecznej korespondencji, zdążającej do ściągania składek od poszczególnych członków. *Dr. Modrzewski*, Naczelnik.

Zjazd Związku lekarzy rządowych Oddziału Wschodnio-Małopolskiego.

W niedzielę dnia 4. stycznia 1925 r. odbyło się Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie członków Oddziału Wschodnio-Małopolskiego Związku Lekarzy Rządowych pod przewodnictwem prezesa dr. Opieńskiego. Po zagajeniu, w którem przewodniczący zwrócił uwagę na fakt, że pierwszym widomym znakiem złączenia się w jedną całość trzech Oddziałów Małopolskich, t. j. Lwowskiego, Stanisławowskiego i Tarnopolskiego, jest obecne Walne Zgromadzenie, wymienił następnie sprawy załatwione od ostatniego zebrania tak przez Oddział Wschodnio-Małopolski, jak i przez Wydział Centralny Związku w Warszawie, wreszcie przedstawił pokrótce obecny stosunek Centralnego Związku do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

Pierwszy punkt porządku dziennego stanowił wykład doc. dr. Koskowskiego »O najnowszych zasadach chemioterapji«. W pięknem pod względem formy przemówieniu, jasno i treściwie przedstawił mówca słuchaczom rozwój tej metody leczniczej, której ojcem jest Ehrlich, od chwili wprowadzenia leczenia salvarsanem t. j. preparatem 606.

Następnie referował przewodniczący: »Statut Kasy Pogrzebowej«, uchwalonej przez ogólny Zjazd Krakowski w roku 1924, której celem jest niesienie doraźnej pomocy osobom pozostałym po zmarłych członkach Związku Lekarzy Rządowych w Państwie Polskiem. Po przyjęciu tego statutu do wiadomości zebrani uczestnicy podpisali odnośne deklaracje.

Z porządku dziennego dyr. Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia kol. Mikołajski referował i objaśniał: »Ustawę emerytalną dla funkcjonarjuszów państwowych i Komisje Lekarskie. W jasnem, treściwem i praktycznie ujętem sprawozdaniu z ustawy, która niestety, jak wiele naszych ustaw, posiada liczne luki i wady, wymienił zasadnicze postanowienia i podał praktyczne wskazówki zastosowania w praktyce urzędowej postanowień ustawy, aby pogodzić interes jednostki z interesem Państwa, stojąc zawsze i niewzruszenie na stanowisku zgody z sumieniem lekarskiem. — Oklaskami podziękowano Referentowi za cenne uwagi, które rozwinęły się w poważną i rzeczową dyskusję.

Po przerwie obiadowej rozpoczęły się obrady o godzinie trzeciej.

Pierwszy referował kol. Mosler, inspektor sanitarny: »Nowe przepisy o organizacji Państwowej Pomocy Lekarskiej«, Referat ten, wygłoszony przez doświadczonego i rutynowanego urzędnika sanitarnego, wywołał bardzo ożywioną dyskusję, która dotyczyła głównie 2 zasadniczych problemów zagadnienia t j. kwestji opieki i pomocy lekarsko-społecznej dla szerokich warstw urzędniczych i środków, jakie służą dla tego celu. Podnoszono, że sumy pieniężne, które Państwo na ten cel łoży — nie stoją w odpowiednim stosunku do wyników, jakie te świadczenia Państwa dla potrzebujących pomocy lekarskiej funkcjonarjuszy dają — starły się w dyskusji dwa poglądy, a to wolnego wyboru lekarzy i stałych umów z poszczególnymi lekarzami.

W dyskusji wyrażono zasadniczy pogląd, że zaprzątanie lekarzy powiatowych lecznictwem, które nie jest sprawą ściśle związaną z higjeną społeczną, połączone jest z uszczerbkiem ich zajęć higjeniczno-sanitarnych. W uchwalonych rezolucjach wypowiedziano potrzebę oddania sprawy pomocy dla funkcjonarjuszy państwowych w ręce organizacyj ekonomicznych tychże funkcjonarjuszy, przy udziale lekarzy powiatowych, którzyby spełniali raczej funkcje nadzorcze. W każdym razie ustalono potrzebę podniesienia stawek obecnego cennika honorarjów i powitano z zadowoleniem fakt, że 25% kosztów pokrywają funkcjonarjusze na rzecz Pomocy Państwowej.

Po omówieniu jeszcze kilku drobniejszych spraw uchwalono przedłożyć Wydziałowi Centralnemu Związku Państwowego w Warszawie wniosek, aby tegoroczny ogólny Zjazd Lekarzy Rządowych w całej Rzeczypospolitej odbył się z końcem czerwca (29 i 30 czerwca) we Lwowie.

Przewodniczący, zamykając obrady, dał wyraz zadowoleniu z poważnych obrad Zjazdu i licznego udziału Kolegów i zaapelował do wszystkich, a zwłaszcza do kolegów miejscowych, by energiczną pracą przygotowawczą umożliwili z jednej strony należyte ugoszczenie uczestników Zjazdu, z drugiej strony sprawne, a tradycjom Lwowa odpowiadające zorganizowanie Zjazdu. *Uczestnik.*

Czy gruźlica jest chorobą uprzywilejowaną ze względu na prawo emerytalne?

(Urywek w streszczeniu z referatu Dra Mikołajskiego na Zjeździe lekarzy rządowych we Lwowie w dniu 4. stycznia 1925 rokn).

Jest rzeczą bardzo ważną ze względu na zapobieganie, aby nauczyciela, dotkniętego gruźlicą otwartą płuc, jak najspiesznej usunąć z klasy. Styka on się bowiem bezpośrednio z dziatwą, pochyla nad uczniami przy kontrolowaniu wypracowań pisemnych i przez ciągłe bliskie obcowanie z dziećmi w klasie może szerzyć gruźlicę.

Gruźlica wśród nauczycieli jest dość rozpowszechniona i możnaby ją poniekąd uważać za chorobę zawodową stanu nauczycielskiego. Usunięcie jednak nauczyciela z posady z powodu gruźlicy napotyka w praktyce życiowej na wielkie trudności, albowiem rzuca ono chorego i jego rodzinę często w bezdeń nędzy i rozpaczy, jeśli nauczyciel nie dosłużył się jeszcze prawa do emerytury. Powiększa ogrom nieszczęścia

Nr. 4. 25. stycznia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prym. Doc. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

O badaniu drożności jajowodów.

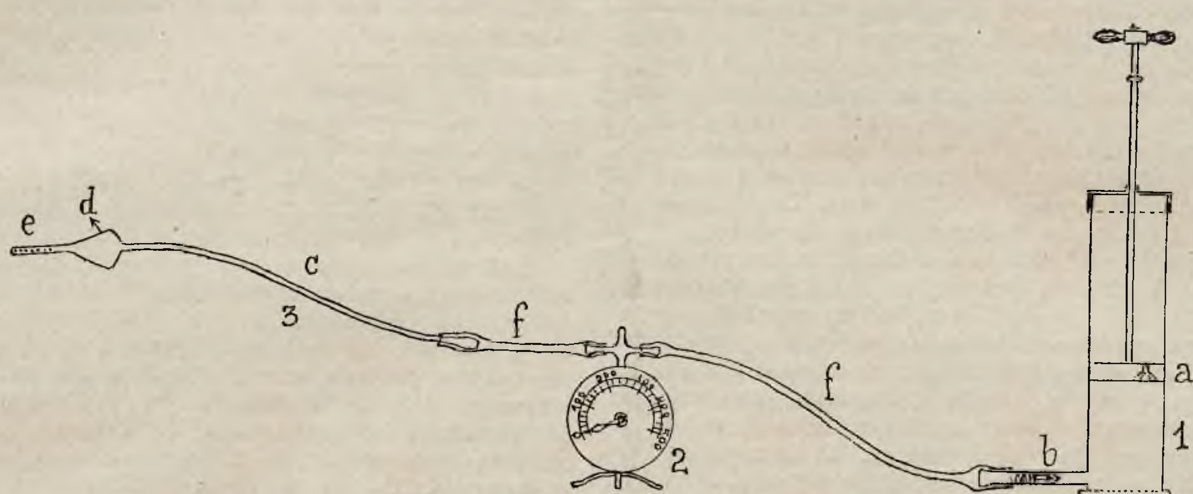
Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpit. św. Łazarza w Krakowie.

Podany przez Rubina sposób badania drożności jajowodów, przyjęty z początku z wielkiem niedowierzaniem w Europie, zaczyna obecnie zyskiwać coraz więcej zwolenników. Dowody na to znajdujemy w piśmiennictwie. Wymienię chociażby prace Sellheima, v. Graffa, Nowaka, Ottowa, Mandelsstamma i Engelmanna.

W czasopismach polskich nie znalazłem dotychczas żadnej większej wzmianki o tej sprawie i dlatego uważam, że podanie wyników doświadczeń, przeprowadzonych w tym kierunku na moim oddziale, nie jest nieuzasadnione i zajmie może ogół czytelników.

Zasadą sposobu, podanego przez Rubina, jest spostrzeżenie, że gaz wprowadzony pod pewnem ciśnieniem, od strony pochwy do macicy przedostaje się w razie drożności jajowodów do jamy otrzewnej. To zjawisko możemy stwierdzić przy pomocy kilku objawów, o których poniżej. Rubin w swoich badaniach posługiwał się stosunkowo dosyć zawiłem urządzeniem, używając jako gazu, bezwodnika kwasu węglowego. Okazało się jednak z biegiem czasu, że do stwierdzenia drożności jajowodów nie jest konieczny ani bezwodnik kwasu węglowego, ani też skomplikowane, pierwotnie podane przez Rubina przyrządy. Wystarcza do tego celu, z jednej strony atmosferyczne powietrze, z drugiej strony bardzo proste urządzenie (Sellheim, Engelmann, Mandelsstamm), co rzecz jasna przyczynić się musiało do rozpowszechnienia samej metody.

I u mnie na oddziale zbudowaliśmy przyrząd, zupełnie niezależnie od podanych przez innych badaczy, bardzo prosty, który w użyciu okazał się praktyczny i wygodny. Opis jego i rysunek z tych właśnie względów poniżej przytaczam.



Przyrząd składa się, jak z rysunku widać, z trzech głównych części. Pierwsza część, to zwykła pompa zgęszczająca powietrze (1) zaopatrzona w wentyl wpustowy (a) i wypustowy (b). Pompa ta umożliwia wprowadzenie pewnej ilości powietrza pod określonem ciśnieniem do jamy macicy. Druga część, to manometr sprężynowy z podziałką znaczoną według słupa rtęci od 0 do 500 mm (2). Trzecia wreszcie, to uszczelniająca kanał szyjki nasadka, którą wprowadzamy do szyjki macicy, a przez którą równocześnie wtłaczamy powietrze do światła trzonu i do jajowodów (3). Nasadka zrobiona z metalu, składa się z trzech części: z rączki do trzymania (c) cokolwiek wygiętej o średnicy około 5 mm, długości 150 mm, zakończonej oliwkowatem zgrubieniem dla pewniejszego i łatwiejszego umocowania gumowego węża, ze stożkowatego zgrubienia służącego do uszczelnienia szyjki macicy (d) i tępego zakończenia zaopatrzonego w drobne otwory (e). Zakończenie to ma długości około 10—15 mm, a średnicy około 4 mm. Wszystkie te części połączone są szczelnemi gumowemi wężami (f). Pierwotnie pomiędzy manometr a nasadkę włączaliśmy flaszkę, wypełnioną rozczynem sublimatu i przezeń przepuszczaliśmy powietrze celem odkażenia go. Dzisiaj zamiast flaszki używamy zwitka wyjałowionej waty, który za każdym razem wsuwamy do węża gumowego tuż przed nasadką i to zupełnie (jak to nasze badania bakterjologiczne dowiodły) wystarcza do wyjałowienia powietrza, wprowadzonego do macicy.

Zanim przejdę do podania wyników, jakie uzyskaliśmy, używając opisanego przyrządu do badania drożności jajowodów, określę naprzód u jakich wogóle chorych badamy drożność jajowodów oraz przedstawię, w jaki sposób sam zabieg wykonujemy.

Wychodząc z założenia, że rzeczą niermiernie ważną jest dobór odpowiednich przypadków, poddajemy każdą chorą nadzwyczaj dokładnemu badaniu. Oprócz wywiadów i oburęcznego badania ginekologicznego, oglądamy zawsze części rodne we wzierniku i u każdej chorej badamy wydzielinę ze szyjki pod drobnowidem, a nawet w podejrzanych razach robimy wysiew na pożywkach. Nie poddajemy próbie przypadków, w których stwierdziliśmy zapalne guzy przydatków, zapalenie szyjki lub trzonu macicy, ostre albo przewlekłe; w szczególności zaś zwracamy uwagę na obecność dwoinek tryprowych.

Stwierdzenie obecności tych dwoinek w wydzielinie jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do wykonania badania drożności jajowodów. Sądzimy bowiem, że w tych razach raczej chorej zaszkodzić można, niż pomóc, wywołując jużto zaostrzenie się sprawy wskutek zabiegu w zapalnie zmienionych narządach rodnych, już też zawleczenie zarazków z dolnych schorzałych części narządów rodnych do części górnych, sprawą chorobową jeszcze nie zajętych. Nie wykonujemy również badania drożności jajowodów u kobiet, u których stwierdziliśmy chociażby prawdopodobieństwo ciąży, a to z obawy wywołania poronienia, jak również u kobiet krwawiących podczas miesiączki i w najbliższych dniach przed i po miesiączce z obawy ewentualnego wystąpienia niepotrzebnych powikłań mogących powstać wskutek przedostania się krwi pod wpływem ciśnienia do jajowodów lub nawet jamy otrzewnej.

Jak więc z powyższego widać, zwracamy szczególniejszą uwagę na niezmiernie dokładne i szczegółowe zbadanie chorej przed przystąpieniem do zabiegu, a to z tego względu, aby z jednej strony uniknąć jakiegoś nieszczęścia, a z drugiej strony, aby przez nieumiejętny lub nieostrożny dobór przypadku nie zdyskredytować samej metody. Z tych to też względów radzę i innym kolegom przestrzegać powyższych wskazówek.

Do badania drożności jajowodów przystępujemy tak, jak do każdego zabiegu chirurgicznego. W pewnym więc względzie dbamy o należyte przestrzeganie zasad aseptyki. Chorą, narzędzia i siebie skrupulatnie odkażamy. Potem zakładamy do pochwy wzierniki łyżkowe (można użyć także i wziernika rurkowego), ustalamy część pochwową kleszczykami i wprowadzamy do szyjki macicy, opisaną nasadkę, połączoną już poprzednio zapomocą węża gumowego z manometrem. Pociągając jedną ręką za kleszczyki, a drugą wpychając uważnie lecz z użyciem pewnej siły nasadkę do szyjki, uszczelniamy szyjkę i uniemożliwiamy przez to wydostawanie się powietrza z macicy do pochwy pomiędzy ścianą wewnętrzną szyjki macicy a ścianą zewnętrzną nasadki. Dla kontroli, nalewamy do pochwy wyjałowionej wody lub fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Aby zaś wlany płyn w pochwie mógł się utrzymać i nie wypłynął na zewnątrz, układamy chorą pochyło, głową ku dołowi a miednicą ku górze. W razie nieszczelnego zamknięcia światła szyjki pojawią się przy wdmuchiwaniu powietrza bańki w płynie. W takim razie należy silniej przycisnąć nasadkę i przez to uszczelnić kanał szyjki. Po dokonaniu tych przygotowawczych czynności przystępujemy do właściwej próby. Jeden z lekarzy trzyma nasadkę i kleszczyki założone na część pochwową, drugi odsłania wziernikami pochwę, trzeci zaś pompą powoli wtłacza powietrze do macicy. Dzięki wentylom umożliwione jest dostawanie się powietrza do macicy, a uniemożliwione jego z niej cofanie się. Skutkiem tego ciśnienie w jamie macicy stale się podnosi, co widać na manometrze, którego wskazówka ciągle i równomiernie w miarę pompowania posuwa się coraz wyżej. O ile jajowody są drożne, to w pewnej chwili wskazówka zaczyna opadać i nawet już przy dalszem pompowaniu nie podnosi się, na dowód, że ciśnienie we wnętrzu macicy opadło wskutek przedostania się części powietrza do jamy otrzewnej. O ile zaś jajowody są, skutkiem spraw chorobowych, jakie się w nich toczyły, zamknięte, to ciśnienie stale i zawsze w miarę wpompowywania powietrza do macicy zwiększa się. Nigdy jednak ciśnienia 250 mm rtęci nie powinniśmy przekroczyć, a to dlatego, że gdybyśmy tę granicę przestąpili, to w pewnych razach, a mianowicie przy otwartem macicznem ujściu jajowodu a zamkniętem brzusznem, mogłaby ściana jajowodu pęknąć.

A teraz kilka słów o objawach, na podstawie których możemy rozpoznać, czy jajowody są drożne, czy też nie. Mamy tych objawów kilka, lecz nie wszystkie są równoznaczne, pod względem wartości rozpoznawczej, i nie wszystkie stale i w każdym przypadku spotykamy. Nie ulega żadnej wątpliwości, że najważniejszym z nich jest już poprzednio wspomniane opadanie ciśnienia, w chwili przedostawania się powietrza przez jajowód. To z łatwością odczytać możemy na manometrze. Jestto objaw zupełnie pewny, o ile stwierdzimy bezwzględną szczelność samego urządzenia.

Drugim z kolei jest objaw osłuchowy, który pojawia się przy przedostawaniu się powietrza przez jajowód. Słyszy się go już nieraz w pewnej odległości od chorej, lub wyraźniej przy przyłożeniu słuchawki do brzucha, po prawej lub lewej stronie macicy. Jestto odgłos albo świszczący, albo drobno bulgoczący. Objaw ten, bardzo charakterystyczny, niestety w pewnym odsetku przypadków nie występuje. Mechanizmu jego powstawania do dziś dnia nie zdołaliśmy na pewno stwierdzić, pomimo że robiono w tym kierunku doświadczenia (S e l l h e i m). Najprawdopodobniej, co zresztą zgadza się z zasadami fizyki, powietrze przechodzące pod ciśnieniem przez jajowód wprawia jego ujście brzuszne w szybsze, lub mniej szybsze drgania. Naturalnem następstwem zaś tego jest wspomniane zjawisko słuchowe (H e n d e r s o n, A m o s). Chcąc udoskonalić metodę rozpoznawczo-wysłuchową, podał O t t o w osobną słuchawkę do wysłuchiwania przez odbytnicę odgłosu, powstającego wśród wspomnianych warunków. O ile mi wiadomo, słuchawka ta szerszego zastosowania nie znalazła.

Jako trzeci objaw, powstający przy przedostawaniu się powietrza przez jajowody, wymienić należy lekkie drganie tylnej ściany macicy, dające się stwierdzić palcem wprowadzonym do odbytnicy (S e l l h e i m). Objaw to mojem zdaniem najmniej pewny, i najmniej ze wszystkich wyraźny.

Czwarty wreszcie i ostatni dowód drożności jajowodów to zniknięcie stłumienia wątroby, podczas wykonywania próby. Objaw zupełnie pewny, lecz wymagający wprowadzenia dużej ilości powietrza do jamy otrzewnej i z tego powodu mało polecenia godny.

Na naszym oddziale posługiwaliśmy się tylko dwoma pierwszemi objawami do stwierdzenia drożności jajowodów. Przytem nadmieniam, że zachowanie się ciśnienia nawet przy braku objawu osłuchowego było już wystarczające do rozpoznania. Naogół stosowaliśmy wyżej wymieniowy sposób badania ginekologicznego w trzydziestu pięciu przypadkach. Na tę liczbę stwierdzono w dwudziestu sześciu drożność, a w dziewięciu niedrożność jajowodów.

Na dwadzieścia sześć pierwszych nie stwierdzono objawu osłuchowego u pięciu.

Wysokość ciśnienia zaś w tej grupie przypadków zachowywała się bardzo rozmaicie. Najlepiej widać to na poniższem zestawieniu.

Z drożnych było przy ciśnieniu:

od	50—100 mm rtęci	4 przypadki
„	100—150 „ „	11 przypadków
„	150—200 „ „	9 „
„	200—250 „ „	2 przypadki
	Razem	26 przypadków.

W sprawie zachowania się ciśnienia, nie mogę pominąć milczeniem spostrzeżenia, na które już zresztą i inni badacze zwrócili uwagę (S e l l h e i m), spostrzeżenia o tyle ciekawego, że stwierdza ono, iż do przepchania powietrza przez jajowody w pierwszej chwili, potrzebne jest ciśnienie wyższe, niż w następnych. Wygląda to tak, jakgdyby początkowe fale powietrza, w porównaniu do dalszych, natrafiały na znacznie większy opór, do którego pokonania, potrzebna jest większa siła. Nie jest to zresztą zjawisko stale się powtarzające, lecz tylko sporadycznie tu i ówdzie zauważyć je można. Na pytanie, która część narządów rodnych wewnętrznych stawia największy opór powietrzu, mogę dać zupełnie pewną i wyczerpującą odpowiedź. Sprawę tę bowiem zbadałem u chorych, u których wykonywaliśmy próbę drożności jajowodów, przy otwartej jamie brzusznej. Porównując równocześnie w tych przypadkach stan manometru oraz powolne wypełnianie się jajowodu powietrzem, doszedłem do wniosku, że największy opór powietrzu stawia maciczne ujście jajowodu, o wiele mniejszy węzina, a bardzo mały reszta jajowodu, przez którą powietrze prawie bez trudu i niezmiernie szybko się przedostaje.

Z kolei zastanowię się teraz pokrótce nad spostrzeżeniami, jakie poczyniliśmy co do występowania objawu osłuchowego. Jak już powyżej wspomniałem nie występuje on zawsze i cechuje się on tem, że w chwili przechodzenia powietrza przez jajowód, powstaje odgłos świszczący, lub bulgoczący. Zawsze jeden i ten sam w danym przypadku, to znaczy, że nigdy charakter jego się nie zmienia, przynajmniej my nie zauważyliśmy tego ani razu. Odgłos ten pojawia się zazwyczaj równocześnie po prawym i po lewym boku macicy. Nie jest to jednak reguła, bo niejednokrotnie stwierdziliśmy nierównoczesne występowanie zjawiska po obu stronach, przyczem pojawia się ono po jednej przy niższem, a po drugiej przy wyższem ciśnieniu. Wreszcie u trzech chorych zauważono brak odgłosu po jednej, a pojawianie się po drugiej stronie. W dwóch z tych przypadków wykonano otwarcie jamy brzusznej z powodu tyłozgięcia macicy i znaleziono niedrożność jajowodu po tej stronie, gdzie odgłosu brakowało. Rozpoznania zaś dokonano, wykonując po raz drugi próbę podczas zabiegu i kolejno zaciskając naprzemian

raz jeden, raz drugi jajowód. Na tych więc spostrzeżeniach opierając się, twierdzę: po pierwsze, że niezawsze oba jajowody są jednakowo łatwo drożne, po drugie, że w wielu razach przy braku odgłosu z jednej strony, można przypuszczać z wielkiem prawdopodobieństwem niedrożność jajowodu po tej stronie.

Pozatem nadmienić jeszcze muszę, że w dwóch przypadkach niedrożności jajowodów, wykonano otwarcie jamy brzusznej. Wskazaniem była niepłodność. W obu podczas zabiegu, po raz drugi powtórzono badanie jajowodów. W jednym stwierdzono po obu stronach niedrożność macicznego ujścia jajowodu i z tem jamę brzuszną zaszyto. W drugim okazało się, na podstawie zmiany konsystencji ściany jajowodów przy wdmuchiwaniu powietrza, że niedrożne są ujścia brzuszne. U tej chorej wycięto okienko w ścianie, mniej więcej prawidłowej grubości jajowodów i stworzono w ten sposób połączenie pomiędzy jamą macicy, a jamą otrzewną. Połączenie to utrzymywało się jeszcze w dwa tygodnie po zabiegu, co stwierdzono badając u tej chorej w tym czasie drożność jajowodów.

U żadnej bezwzględnie z trzydziestu pięciu chorych, u których przeprowadzaliśmy badanie drożności jajowodów w wyżej opisany sposób, nie zauważyliśmy żadnych niepokojących objawów, lub pogorszenia sprawy. Chore znosiły zabieg bardzo dobrze, nie żaląc się nigdy na żadne bóle, ani dolegliwości. Wobec tego uważam ten sposób badania ginekologicznego za zupełnie bezpieczny i nieszkodliwy, o ile zwrócimy szczególniejszą uwagę, na dobór odpowiednich przypadków. Zapatrywanie to zresztą podzielają wszyscy badacze, którzy się tą sprawą zajmowali, a jednak w dostępnem mi piśmiennictwie, znalazłem prace (Engelmann, Sellheim), w których podane jest, że podczas wykonywania próby u chorej powstał zapad wywołany, zdaniem autorów, zatorem powietrznym. Sądzę, że powikłania tego można uniknąć, operując ostrożnie i starając się o nieskaleczenie części pochwowej a głównie śluzówki trzonu i szyjki.

Niewątpliwie jedną z najważniejszych rzeczy jest określenie, kiedy i wśród jakich warunków należy się posługiwać tym nowym sposobem badania ginekologicznego. Mojem zdaniem powinniśmy badać drożność jajowodów w pierwszym rzędzie we wszystkich tych przypadkach niepłodności, gdzie przyczyny jej szukać musimy w zaburzeniu prawidłowej wędrówki plemnika i jajka przez narządy rodne kobiety, a gdzie równocześnie niema przeciwwskazania do wykonywania samego zabiegu. Za takie zaś przeciwwskazania uważam:

1. stwierdzenie wyraźnych zmian zapalnych w jajowodach lub jajnikach,
2. znalezienie zmian zapalnych, toczących się na otrzewnej miednicy małej, lub w tkance łącznej, otaczającej narządy rodne,
3. zapalenie ostre lub przewlekłe trzonu lub szyjki macicy,
4. obecność dwoinek tryprowych w wydzielinie z narządów rodnych,
5. podejrzenie, że istnieje ciąża,
6. miesiączkę,
7. inne krwawienia z macicy,
8. nowotwory w szczególności złośliwe macicy, pochwy i sromu.

Badanie zaś drożności jajowodów uważam dlatego w tych przypadkach niepłodności za wskazane, że w bardzo wielu z nich, zaznaczam jednak, że nie we wszystkich, dopiero przy pomocy tego sposobu badania ginekologicznego, będziemy mogli rozstrzygnąć, gdzie leży przyczyna utrudnienia lub uniemożliwienia wędrówki jaja lub plemnika. Mam tu przedewszystkiem na myśli zamknięcia ujść jajowodów, z czem, jako ze skutkiem przebycia spraw zapalnych w jajowodach, spotykamy się o wiele częściej, aniżeliby to na pozór wydawać się mogło. Są to sprawy, których dotychczasowemi sposobami badania ginekologicznego stwierdzić nie było można. I dlatego niejednokrotnie, nie stwierdziwszy ich, odnosiliśmy przyczynę niepłodności, do utrudnienia wędrówki plemnika przez szyjkę macicy, co pociągało za sobą prowadzenie leczenia w tym kierunku, narażając chorą na niepotrzebne, a nawet wielokrotnie szkodliwe dla niej zabiegi. Nie są to wyłącznie tylko teoretyczne wywody, boć przecież wydarza się nierzadko, na co nawet najwprawniejszy w badaniu lekarz chorób kobiecych zgodzić się musi, iż bardzo nieznaczne zmiany zapalne w przydatkach mogą ujść i uchodzą uwagi badającego. U tych to chorych, dokonywane zabiegi takie, jak tępe lub ostre rozszerzanie szyjki macicy nietylko ich nie wyleczą lecz doprowadzają ponadto nierzadko do pogorszenia sprawy chorobowej i do przeniesienia się jej na otoczenie. O tem poucza doświadczenie kliniczne.

Na zarzut zaś, że badanie drożności jajowodów może doprowadzić również do zaostrzenia się sprawy zapalnej w jajowodach, odpowiem, że jako zabieg bez porównania łagodniejszy, nie jest tak w tych razach niebezpiecznym, jak wspomniane zabiegi, wykonywane na szyjce macicy.

Pozatem niezmiernie ważne jest mojem zdaniem, badanie drożności jajowodów w czasie zabiegów, mających na celu stworzenie połączenia pomiędzy światłem macicy a jamą otrzewną, przez wycięcie okna w ścianie zamkniętego jajowodu. Sądzę, że wykonywanie tego zabiegu, bez równoczesnego stwierdzenia drożności jajowodów podczas niego, dowodzi conajmniej nieznajomości tego faktu, że ujście maciczne jajowodu, jeśli nie częściej, to w każdym razie w takiej samej odsetce przypadków, ulega zamknięciu i zabliźnieniu, co ujście brzuszne. A robienie otworu w ścianie jajowodu w tych razach jest zupełnie bezcelowe i, co więcej nawet, w razie obecności zarazków w jajowodzie, szkodliwe. Stwierdzenie więc drożności ujścia macicznego jajowodu powinno być mojem zdaniem warunkiem, bez którego do wycinania okna w ścianie jajowodu bezwarunkowo przystąpić nie można.

Polecają także niektórzy przedmuchiwanie jajowodów po stworzeniu połączenia między jamą brzuszną a światłem zewnętrznem często, co krótki przeciąg czasu, celem przeszkodzenia zarośnięciu i zaklejeniu się okna w ścianie jajowodu. Na swoim oddziale tego nie stosowałem, więc i w tym kierunku żadnego niemam doświadczenia. Z tego też względu tej sprawy zupełnie nie omawiam.

Tyle co do wskazań, jakie uzasadniają badanie drożności jajowodów. Czy z biegiem czasu nie wyłoni się ich więcej, narazie trudno rozstrzygnąć. Badania w tym kierunku są na moim oddziale dalej prowadzone, a sądzę, że nawet uwzględniając tylko sprawy, omawiane w niniejszej pracy, dojść musimy do wniosku, iż w sposobie badania jajowodów, podanym przez Rubina, zyskaliśmy środek, pozwalający niejednokrotnie w pewnych przypadkach na należyte rozpoznanie. To zaś z koleji rzeczy umożliwi w tych razach zastosowanie należytego i odpowiedniego sposobu leczenia, oszczędzając przez to samo chorej niepotrzebnych, a jednocześnie czasami i szkodliwych dla niej zabiegów.

Jednakże, jak z powyższego widać, dobór przypadków nie jest łatwy i wymaga posługiwania się sposobami badania pomocniczemi, któremi lekarz praktyczny niezawsze rozporządza. Sądzę przeto, że ten nowy sposób badania ginekologicznego, może znaleźć zastosowanie, ale tylko w rękach tak wyrobionego lekarza chorób kobiecych, który może w każdym poszczególnym przypadku, oceniwszy krytycznie warunki, i dane, uzyskane przy pomocy badania klinicznego, zawyrokować o wskazaniu do zastosowania zabiegu Rubina.

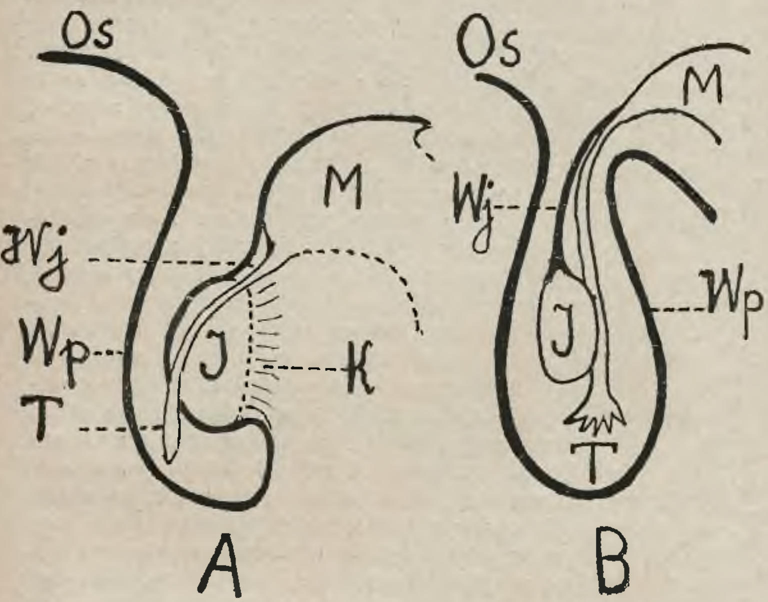
Dr. Henryk HILAROWICZ, asystent kliniki. Lwów.

W sprawie pochodzenia przepuklin jajnikowych.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
(Dyrektor: prof. dr. Hilary Schramm).

Poglądy na przyczyny i mechanizm powstawania t. zw. wrodzonych przepuklin narządów rozrodczych kobiecych, a w szczególności jajników nie są zgodne. Podczas gdy jedni z autorów jak Matthey[1]), Makkas[2]), Puech, Schönmeier[3]) uważają przepukliny tego rodzaju w całości za wady rozwojowe, anomalje, to inni jak Damianos[4]), Fischer[5]), a zwłaszcza Heegard[6]) co najwyżej samą tylko obecność worka przepuklinowego tłumaczą nieprawi-

dłowością rozwojową, wypadnięcie zaś doń narządów rozrodczych odnoszą do czynników mechanicznych, podobnych do tych, które odgrywają rolę przy przepuklinach nabytych u dorosłych. Co do przyczyn tych ostatnich zapatrywania są zgodne. Zależnie od różnic poglądów spotykamy też u różnych autorów mniej lub więcej ściśle przeprowadzony podział omawianych przepuklin na wrodzone i nabyte.



Dwa przypadki przepuklin jajnikowych, leczone na klinice lwowskiej mogą się przyczynić do wyświetlenia kwestji.

Przyp. 1. M. W. l. 15, w dzieciństwie operowana na przepuklinę pachwinową prawostronną, bliższe daty co do tej operacji nieznane; nie miesiączkuje jeszcze. Przed rokiem operowana z powodu okresowych bólów w okolicy kiszki ślepej (wycięcie wyrostka robaczkowego — zmian w wyrostku nie stwierdzono), które jednak po operacji nie ustąpiły, przyczem chora zauważyła w okolicy pachwiny prawej wypuklenie zwiększające się przy kaszlu, bóle wzmagają się co kilka tygodni. Badaniem stwierdza się u chorej, dość wątłej, w pachwinie prawej niewielką i niewyraźną bliznę, którą przy kaszlu wypukla guz wielkości orzecha włoskiego, płaski, tkliwy, cofający się napowrót do jamy brzusznej w kanale, przepuszczającym palec skośnie ku górze i na zewnątrz. Badaniem ginekologicznem stwierdza się części płciowe zewnętrzne i pochwę prawidłowo wykształcone, macicę niewielką przechyloną silnie na prawo i utwierdzoną w pobliżu wyczuwalnego od zewnątrz guza z którym pozostaje w ścisłym związku.

Rozpoznanie: Przepuklina jajnikowa pachwinowa prawostronna. Przy operacji stwierdza się po odpreparowaniu dawnej blizny, lejkowaty worek przepuklinowy, komunikujący szeroko z jamą otrzewnową, a kończący się w bliźnie powięzi — w worku tym tkwi twór białawo-niebieskawy, wyglądem i wielkością odpowiadający jajnikowi, umocowany na tylno-wewnętrznej ścianie worka na krótkiem zdwojeniu tejże, a połączony ściśle swym biegunem górnym zapomocą krótkiego pasma z podłużnym obłem ciałem pokrytem otrzewną, przechodzącą bezpośrednio w ścianę worka; ciałem tem jest przechylona silnie na prawo i przyciągnięta swym rogiem ku kanałowi pachwinowemu macica. Od rogu tegoż biegnie w kanale przepuklinowym krótkie pasmo poza ścianą worka, gubiąc się w dawnej bliźnie, poradto leżący w worku nazewnątrz od jajnika i przed nim, obły, robakowaty, 5 cm długi twór odpowiadający trąbce. Przydatki lewe wyczuwalne.

Wobec tak ścisłego związku jajnika i macicy z workiem przepuklinowym, wycięto dla należytego zaopatrzenia tegoż, część jego ściany wraz z jajnikiem, trąbką i rogiem macicy, który zamknięto i pokryto otrzewną, zapuszczając macicę na swoje miejsce; otwór pozostały w otrzewnej ściennej zaszyto szwem ciągłym, wrota zamknięto szwami Bassiniego. Na wyciętym preparacie zwraca uwagę nadzwyczajna krótkość więzadła jajnikowego (*lig. ovarii proprium*), która powoduje, że jajnik styka się prawie swym biegunem górno-wewnętrznym z rogiem macicy; więzadło to, mierzące prawidłowo około 4 cm w tym przypadku ma zaledwie ½ cm długości. Drobnowidowo okazuje wśród tkanki łącznej, podobnie jak i drugie, wspomniane wyżej, a zaotrzewnowo od rogu macicy ciągnące się pasmo (więzadło obłe), włókna mięśni gładkich. To ostatnie jest również znacznie krótsze, niż w stanie prawidłowym. Trąbka okazuje w środku ubytek, tak, że składa się z dwóch oddzielnych części, połączonych ze sobą pasmem łączno-tkankowem nie zawierającem światła; część dośrodkowa komunikuje z światłem rogu macicy, obwodowa z obu stron zamknięta ślepo o świetle szparowatem i zanikłej błonie śluzowej. Jajnik wielkości 30 · 20 · 12 mm o powierzchni gładkiej, zawiera liczne dojrzewające i dojrzałe pęcherzyki, wynaczynień, ani ciałek żółtych nie stwierdza się.

Przypadek drugi dotyczy kobiety 55 letniej, która rodziła 6-krotnie zdrowe i donoszone dzieci, miesiączkowała prawidłowo do 50 roku życia, od lat kilkunastu zauważyła obustronne wypuklenie poniżej pachwin, których treść zawsze sama sobie odprowadzała, nie doznając żadnych dolegliwości. Guzy od kilku miesięcy nie dają się odprowadzić, zwiększyły się, a chora odczuwa bóle i ciążenie w dolnej części brzucha. Badaniem po obu stronach poniżej więzadła pachwinowego symetryczne i jednakowe guzy uszypułowane wgląb pod więzadło, miernie tkliwe, konsystencji elastycznej, nie dające się zmniejszyć, ani odprowadzić. Badaniem ginekologicznem stwierdza się macicę niewielką w położeniu prawidłowem żadnych nieprawidłowości nie wyczuwa się.

Rozpoznanie: Przepuklina udowa obustronna, treść: prawdopodobnie przyrośnięta i zgrubiała sieć. Przy operacji po stronie prawej stwierdzono w worku zamkniętym od strony jamy brzusznej twór o powierzchni białawo-żółtej, uszypułowany w kierunku szyji worka i tamże z nią zrośnięty, który wzięto za kawałek zgrubiałej i bliznowato zmienionej sieci i wycięto; na rozkroju okazało się, że jest to jajnik. Wobec tego po stronie lewej, gdzie stosunki były identyczne, jajnik wpuklono przez otwór zrobiony w szyji worka do wnętrza jamy brzusznej, resztę worka usunięto, a na wrota założono jak i po stronie prawej szwy zwężające. Jajnik wycięty o powierzchni pomarszczonej i pokrytej licznemi zaciągnięciami okazuje drobnowidowo cechy odpowiadające zanikowi czynnościowemu.

Przepukliny narządów płciowych kobiecych nie są o ile można sądzić z piśmiennictwa, zjawiskiem zbyt rzadkiem; Bitzakos zestawił w r. 1892 107 przypadków, a w latach późniejszych opisano ich jeszcze znacznie więcej; statystyka Hilgenreinera[7]), który na 2238 różnych przepuklin wymienia zaledwie 7 zawierających narządy płciowe, ocenia ich częstość jak się zdaje zbyt nisko — zwłaszcza, że należy właściwie uwzględnić w niej tylko przypadki przepuklin u kobiet t. j. 651. Według Pfannenstiela[8]) 25—30% przepuklin pachwinowych kobiecych zawiera przydatki, u oseskow ilość ta ma nawet dochodzić do 60% (Carmichael). Na klinice lwowskiej, opisane dwa przypadki widziano w ciągu lat 4-ch na 67 leczonych przepuklin kobiecych.

W przypadku pierwszym mamy do czynienia z przepukliną pachwinową, datującą się od lat najmłodszych i w tym czasie już operowaną, przyczem prawdopodobnie zwężono tylko wrota, nie naruszając worka i jego treści. W wywiadach zasługują na uwagę bóle okresowe, które zjawiły się w okresie dorastania chorej, dały powód do niepotrzebnego wycięcia wyrostka robaczkowego, a pochodziły z utwierdzonego w kanale pachwinowym jajnika, bóle te ustąpiły po operacji drugiej w zupełności. Dolegliwości tego rodzaju jak bóle, obrzmienie jajnika zjawiające się okresowo w czasie menstruacji lub też zamiast niej, opisano niejednokrotnie (Mattthey, Fischer, Eunicke[9]) i inni).

Ciekawe są szczegóły, dotyczące stosunków worka przepuklinowego względem leżących w nim przydatków. Jajnik wisi w nim na zdwojeniu wewnętrznej ściany, tak, że to ostatnie (*mesovarium*) za pośrednictwem obydwu blaszek rozpływa się w worek; również otrzewna macicy przechodzi bezpośrednio w worek przepuklinowy, tak, że więzadła szerokiego po stronie prawej brak. — Uderza tu wielkie podobieństwo do stosunków, spotykanych przy jądrze pochwowem, które przy otwartym równocześnie wyrostku pachwinowym nie zstąpiło do moszen, lecz tkwi w kanale pachwinowym wisząc na zdwojeniu tylnej ściany wyrostka (*mesorchium*), tworzącem formalną krezkę, której blaszki przechodzą w tą że ścianę; gdyby w przypadku takim jak opisany jajnik opuścił się nieco niżej, a worek przepuklinowy zarósł nad nim (por. pracę Schönmeiera, oraz autora[10]), wówczas analogja do błony właściwej jądra z jej obydwoma blaszkami byłaby jeszcze znaczniejszą. Dalej zwraca uwagę niezwykła krótkość więzadła jajnikowego, która powoduje zbliżenie jajnika do rogu macicy oraz więzadła obłego, warunkującego wciągnięcie rogu macicy w kanał pachwinowy. Przerwę w ciągłości światła trąbki należy uważać za wadę rozwojową analogiczną do przypadków opisanych przez Sängera, Natansona i Schikelego; ważniejszem dla nas jest pozycja jej względem jajnika, który leży za trąbką i ku

środkowi od niej. Takie położenie ma być według Schönmeiera charakterystycznem dla przepuklin przydatkowych, wrodzonych w odróżnieniu od nabytych, przy których jajnik, wypadając poprostu na swej nadmiernie długiej szypule do worka przepuklinowego obok trąbki, leży nazewnątrz od niej.

W przypadku opisanym mamy zatem do czynienia z przepukliną przydatków, w której nietylko worek — jako otwarty wyrostek pochwowy, ale i usadowienie się w nim treści zależą jak się zdaje od zaburzeń rozwojowych; jak już wyżej wspomniano, zdania co do pochodzenia tych przepuklin »wrodzonych« są podzielone.

Pierwotnie leżą jądra i jajniki w jamie brzusznej koło kręgosłupa, w 3 cim miesiącu życia płodowego zaczynają się obniżać, poczem jądro zstępuje dzięki czynności jądrowodu (p. Węgłowski[11]) do kanału pachwinowego, jajnik zaś obniża się ku miednicy małej, znajdując się w chwili urodzenia u wejścia do niej. Definitywne swe położenie w miednicy małej, określone przez Waldeyera, otrzymują jajniki dopiero w miarę wzrostu tej ostatniej. Z więzadła pranercza powstają u zarodka żeńskiego trzy części, z których jednej resztki spotykamy w pobliżu przyjajnika, druga stanowi więzadło jajnikowe (*lig. ovarii proprium*), trzecia więzadło obłe macicy (*lig. uteri teres*), które prawidłowo nie odgrywa roli w dalszej wędrówce jajnika. Kieszonka otrzewnowa (*proc. vaginalis peritonaei*), która u płodów męskich obniża się aż do moszen, a od strony jamy otrzewnowej zarasta, tworząc błonę właściwą jądra (*tunica vaginalis propria*), nie wchodzi prawidłowo w żaden związek z przydatkami i zanika; w pewnej jednak ilości przypadków pozostaje otwartą, tworząc t. zw. uchyłek Nucka (Fere znalazł go u 17 płodów na 158, Zuckerkandel u 4 na 19, Sachs u 38 na 150), uważany przez niektórych za główną i jedyną przyczynę powstawania przepuklin przydatków wrodzonych; według innych wchodzą tu w grę inne czynniki rozwojowe, a mianowicie, według Puecha nieprawidłowe bliznowate kurczenie się tkanki łącznej w więzadle obłem macicy, powodujące wciąganie tejże wraz z przydatkami w otwarty uchyłek Nucka, według Schönmeiera zaś przyczyną tego jest kurczenie się zawartych w więzadle elementów mięśniowych; to ostatnie powoduje też według niego i skrócenie więzadła jajnika własnego stanowiącego dalszy ciąg więzadła obłego. Matthey nazywa te siły »embrjonalnemi« nie określając ich bliżej. Natomiast Makkas, Damianos, a zwłaszcza Heegard zaprzeczają możliwości jakiegokolwiek działania czynnego takich sił »embrjonalnych«, tłumacząc powstawanie przepuklin „wrodzonych" jedynie warunkami mechanicznemi, jak siłą ciężkości, nadmierną długością więzadeł (Benno, Schmidt, Loockwood) zupełnie analogicznemi do tych, które powodują wypadanie przydatków w przepuklinach nabytych różnego rodzaju u dorosłych; znajdowane czasami skrócenie więzadła obłego uważa Heegard za następowe nie uwzględniając tego, że musiałoby się ono przytem najpierw wydłużyć i ułatwić wypadnięcie przydatków, a potem skurczyć, co jest nieprawdopodobne. Argument zwolenników teorji »embrjonalnej«, że dowodem ich słuszności są często opisywane wady rozwojowe macicy i narządów płciowych zewnętrznych, występujące równocześnie z przepukliną pachwinową przydatków, zwalcza Heegard twierdzeniem, że przypadków z tak ciężkiemi wadami rozwojowemi wcale nie wolno brać nam za podstawę objaśnienia przepuklin, z któremi nie mają nic wspólnego; twierdzenie niesłuszne, bo z tego, że się zdarzają przepukliny przydatków bez równoczesnych wad rozwojowych macicy i t. d. nie wynika wcale, żeby same nie były wadą rozwojową, mogącą wystąpić samoistnie lub w łączności z innemi cięższemi. Zaprzeczając istnienie jakiejkolwiek analogji między przepukliną wrodzoną jajnikową, a jądrem usadowionem w swej błonie właściwej opiera się Heegard na fakcie, że jądro zstępuje i leży zawsze zaotrzewnowo, jajnik zaś leży w worku przepuklinowym otoczony nim z wszystkich stron, w piśmiennictwie zaś nie spotyka się nigdy wzmianki o jego zaotrzewnowem położoniu; zapomina jednak, że właśnie jądro pachwinowe ma nieraz względnie długą krezkę, na której wisi jak płód w owodni (Cotte i Croisier) co umożliwia jej skręt lub uwięźnięcie, zupełnie takie same jak to się zdarza z szypułą jajnika leżącego w kanale pachwinowym (Damianos, Fischer, Matthey). W naszym przypadku krezka jajnika była bardzo krótka, a zresztą między narządem leżącym zaotrzewnowo, a posiadającym krezkę, zasadniczej różnicy niema.

Graser[14]) uznaje jako przyczynę przepuklin jajnikowych wrodzonych, wywołane czynnemi siłami zstępowanie jajnika do kanału pachwinowego w otwartym wyrostku pochwowym, analogicznie do zstępowania jądra; przypuszcza jednak, że w pewnych przypadkach przepuklin nabytych worek przepuklinowy powiększając się wciąga do kanału pachwinowego coraz nowe partje otrzewnej ściennej, tak, że wreszcie znikną obie blaszki więzadła szerokiego macicy, a przydatki znajdą się w worku — tworząc przepuklinę »par glissement« podobnie jak jelito ślepe; wówczas jednak nie mielibyśmy do czynienia z takiem skróceniem więzadła jajnika własnego i obłego macicy jak w pierwszym z opisanych przypadków.

Przypadek drugi, aczkolwiek jako obustronna udowa przepuklina jajnikowa nader rzadki (Otte, Beigel) stanowi przykład przepukliny nabytej; przepukliny jajnikowe udowe, ustępują znacznie co do częstości pachwinowym (Deneux 1:9; Englisch 9:27, Bitzakos 17:91) i podobnie jak inne rzadkie, zawierające jajnik przepukliny, zasłonowe, kulszowe, pępkowe, a bezwątpienia i niektóre nabyte pachwinowe, nie zależą od wady rozwojowej. W przypadkach tych jajnik wskutek nadmiernej ruchomości, wywołanej najczęściej jak też i w naszym przypadku licznemi ciążami, poprostu wypada jak każdy inny nadmiernie ruchomy narząd do worka przepuklinowego; w przypadku tym nader długie szypuły jajników zrosły się następowo z szyjkami worków, zamykając je od strony jamy otrzewnowej.

Jakkolwiek nie możemy bynajmniej uważać procesu zstępowania jądra za równoznaczny z obniżaniem się jajnika, to jednak dla objaśnienia mechanizmu powstawania przepuklin pachwinowych przydatków o cechach takich jak wyżej opisana, nie wystarcza przyjęcie obecności samego tylko otwartego wyrostka pochwowego, ale przyjąć też musimy inne czynniki rozwojowe działające w nieprawidłowy, podobny do mechanizmu zstępowania jądra, sposób; nazwa »jajnika pachwinowego« zamiast »przepuklina pachwinowa jajnikowa wrodzona« wyda się wówczas odpowiednią.

Jako cechy takich przepuklin należy uważać ścisły związek jajnika i rogu macicy z wewnętrzną ścianą worka przepuklinowego, krótkość więzadła jajnikowego i obłego macicy i położenie jajnika za trąbką i przyśrodkowo od niej; przepukliny o cechach wprost przeciwnych, najczęściej niepachwinowe trzeba zaliczyć do nabytych.

Piśmiennictwo.

1) Matthey. Bruns Beitr. 83 2. — 2) Makkas. D Z. f. Chir. 80. — 3) Schönmeier, Bruns B. 128. — 4) Damianos. D. Z. f. Chir. 80. — 5) Fischer. Arch. f. kl. chir. 93. — 6) Heegard Arch. f. kl. chir. 75, tamże obszerne piśmiennictwo do r 1904. — 7) Hilgenreiner. Bruns Beitr. 1910. — 8) Veit. Handb. des Gynäkologie. — 9) Eunicke. Zbl. f. Gyn. 1916. — 10) Hilarowicz. P. Gaz. lek. Nr. 18. 1922. — 11) Ref. na pos. Tow. lek. warsz. 1918.

M. FEJGIN i T. MARJAMKO. Warszawa.

O zawartości cholesteryny i cukru we krwi.

(Z I. Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie. Ordynator: Dr. Anastazy Landau).

Doniesienie I.

»La question des échanges organiques de la cholesterine represente encore aujourd'hui un des problèmes les plus complexes et les plus riches en inconnues de la chimie physiologique et patologique« powiada Artom we wstępie do serji nader ciekawych i wyczerpujących prac swoich nad cholesteryną. I w rzeczy samej, wystarczy przejrzeć piśmiennictwo, dotyczące tej kwestji, aby przekonać się, jak mało pewnych i ustalonych wiadomości posiadamy o pochodzeniu i losach cholesteryny, narządów regulujących jej przemianę,

oraz znaczenia jej w gospodarce ustrojowej. Nieuzgodnione są poglądy badaczy na powstawanie cholesteryny w ustroju. Podczas gdy, zdaniem szkoły Chauffard'a, kora nadnerczy stale, a ciałko żółte ciężarnych okresowo — mogą wytwarzać cholesterynę wewnątrz ustrojową, Aschoff uważa, że produkowanie cholesteryny wewnątrz ustroju niema miejsca, cholesteryna całkowicie pochodzi z zewnątrz, a wspomniane wyżej narządy służą jedynie do magazynowania względnie regulowania krążenia jej w ustroju. Grosz za Aschoffem i jego uczniami, opierając się na badaniach Wackera, Huecka, Steppa i innych, sądzi, że kora nadnerczy nie jest narządem wytwórczym, ale wraz z układem siateczkowo-śródbłonkowym gromadzi nadmiar cholesteryny z krwi.

Artom, przypisując nadnerczom czynność magazynowania cholesteryny, przypuszcza wraz z Ciaccio, że mogą one ewentualnie przetwarzać ją na inne lipoidy. Podobnież i ciałko żółte ciężarnych służy do magazynowania nadmiaru cholesteryny, która później, w okresie poporodowym, znajdzie sobie ujście w produkowanym przez ustrój matczyny pokarmie (Herman i Neuman, Backmeister i Hawerst, podług Artoma) Stwierdzenie przez Eppingera hypercholesterynemji po wycięciu śledziony świadczyć ma o tem, że i śledziona wywiera jakiś wpływ na magazynowanie cholesteryny. Najważniejszą jednak rolę w przemianie cholesteryny odgrywać ma, zdaniem Artoma, wątroba, służąc niejako za centralną stację wytwórczą, odbiorczą i rozdzielczą; w niej bowiem, odbywa się zarówno deponowanie nadmiaru, jak i nowotworzenie cholesteryny oraz wydalanie jej z żółcią, bądź w czystej postaci, bądź przetworzonej na kwasy żółciowe. Michalski nazywa nadnercza fabryką cholesteryny endogenicznej, ciałko żółte — narządem, okresowo ją produkującym; wątroba zaś, zarządzając gospodarką jej w ustroju może, zdaniem jego, powodować jedynie hypercholesterynemję bierną.

Inną ważną, a niezupełnie jeszcze wyjaśnioną, jest kwestja postaci oraz rozmieszczenia cholesteryny w ustroju. Według Parnasa, otoczki krwinek zawierają tylko cholesterynę wolną, osocze krwi — palmitynian i oleinian cholesterynowy. Zdaniem prof. Orłowskiego, w skład surowicy wchodzi wolna cholesteryna, estry jej (palmitynowy, stearynowy i oleinowy) oraz 3 do 4% oksycholesteryny. Michalski, opracowując swoją metodę, przekonać się miał, iż raczej większość cholesteryny w surowicy występuje w postaci wolnej. Richter-Quittner w pracy, poświęconej specjalnie tej kwestji, dochodzi do wniosku, że w warunkach normalnych krwinki człowieka, jak i innych ssaków i ptaków, zawierają wyłącznie wolną cholesterynę, a osocze — tylko jej estry; hypercholesterynemja pokarmowa przebiega zaś w ten sposób, że w 3 godziny po spożyciu pokarmu, obfitującego w tłuszcz obojętny lub cholesterynę, zwiększa się wybitnie ilość estrów jej i to tylko w osoczu, a po 9 godzinach występuje zwiększenie ilości wolnej cholesteryny w krwinkach. Tą drogą następuje wyrównanie ilości cholesteryny w osoczu i krwinkach, odpowiadające normie, z zachowaniem jednak ścisłego oddzielenia estrów w osoczu od wolnej — w krwinkach. Hypercholesterynemja stanów patologicznych różniła by się tem od normalnej — pokarmowej, że wtedy w osoczu zjawia się wolna cholesteryna obok estrów — i ta jej właśnie ilość ulega wahaniom, powodując cholesterynemję, podczas gdy zawartość estrów naogół nie zmienia się wtedy. Stany te różnią się tedy od stanów normalnych tem, że zaburzeniu ulega stosunek ilości estrów do wolnej cholesteryny we krwi całkowitej oraz rozdział tych dwu postaci pomiędzy osocze i krwinki. Widzimy więc, jak wiele sprzeczności istnieje w poglądach na zasadnicze nawet zagadnienia, dotyczące cholesteryny i jej krążenia w ustroju. Trudności badania, a zarazem i sprzeczności, wzrastają jeszcze niepomiernie przy próbach głębszego wniknięcia w losy i przemianę jej w ustroju w warunkach normalnych i patologicznych oraz dążeniu do wyjaśnienia związku przemiany jej z przemianą innych składników pokarmowych względnie budulcowych naszych tkanek. Niemałą tu rolę odgrywa okoliczność słusznie podnoszona przez W. Orłowskiego, że większość metod ilościowego oznaczania cholesteryny we krwi jest nieścisła. Nawet tak ścisłe i objektywne metody, jak wagowa Windausa, jak Kumagawa i Suto'a nie są wolne, zdaniem W. Orłowskiego, od zarzutów, a powszechnie używana w klinikach metoda barwna Grigauta daje wyniki, nieraz bardzo znacznie odbiegające od istotnych wartości. Metoda, proponowana przez W. Orłowskiego, daje wprawdzie rękojmię bardzo znacznej ścisłości, ze względu jednak na kosztowność odczynników i dość zawiłe wykonanie, niezbyt się nadaje, jako podręczna metoda kliniczna, szczególniej jeżeli oznaczeń tych wykonywać trzeba większą ilość — po kilka dziennie. Dlatego w pracy niniejszej zwróciliśmy się jednakże do uproszczonej barwnej metody Grigaut'a, która wykonywana starannie, zawsze przez tego samego pracownika i zawsze w identycznych, warunkach, daje wyniki, być może dalekie od bezwzględnej matematycznej ścisłości, jednak niewątpliwie umożliwiające wyprowadzanie pewnych, często bardzo doniosłych wniosków. Przecież Grigaut i Chauffard, posiłkując się tą właśnie metodą, zdołali ustalić cały szereg faktów, stanowiących dziś podstawę nauki o cholesterynemji, w szeregu stanów fizjologicznych (ciąża, hypercholesterynemja pokarmowa) i patologicznych (kamica wątrobowa, skaza moczanowa, cukrzyca ciężka) i w zupełności potwierdzonych najściślejszemi badadaniami późniejszych autorów. Heitz zapomocą tej metody wykrył ścisły związek, istniejący pomiędzy zawartością cholesteryny we krwi, a rozmiarami i trwaniem zmian naczyniowych u osobników, dotkniętych postępującem zaczopowaniem tętnic *(endarteriitis obliterans)*. Michalski posługiwał się analogiczną metodą w swej pracy nad cholesterynemją, a zakwaszaniem ustroju — że już nie będziemy wyliczać tu długiego szeregu innych prac, opartych na podobnych barwnych metodach, posługujących się (Bloor'a, Authenriet-Funka) odczynem Lieberman Burchardta, prac, które rzuciły wiele światła na zawiłą kwestję cholesteryny i jej znaczenia w ustroju. Należy pamiętać tylko, że przy znacznej stosunkowo skali możliwego błędu (do 20% in minus: do 49% in plus podług W. Orłowskiego) nie można zbyt pochopnie oceniać wyników i zbyt pośpiesznie wyprowadzać ostatecznych wniosków. Jedynie znaczniejsze i stale w pewnym kierunku stwierdzane wahania oraz powtarzające się w kilkakrotnie przerobionem doświadczeniu dane, uprawniają nas do opierania na nich rozumowania — tembardziej, że zawartość cholesteryny we krwi nawet w warunkach normalnych znacznym ulegać może wahaniom, jak tego dowodzą liczby graniczne tej zawartości, podawane przez różnych badaczy (1,4—1,6‰ według Autenrieta i Funka oraz Chauffard'a; 1,4—1,7‰ wg. Steppa; 1,1 do 1,8‰ wg. Bacmeistra i Henes'a)

Bardzo ciekawą, a mało właściwie wyjaśnioną sprawą jest stosunek przemiany węglowodanów i tłuszczów — tych bezpośrednich źródeł energji cieplnej w ustroju, do przemiany cholesteryny, której zgoła odmienną przypisujemy przecież rolę. Że stosunek taki i to bardzo blizki istnieje, dowodzi cały szereg takich faktów, jak znaczenie kwasów tłuszczowych dla tworzenia się estrów cholesterynowych i stały stosunek ilości estrów do ilości wolnej cholesteryny we krwi, (Richter i Quitner), wzmożona cholesterynemja po spożyciu tłuszczów obojętnych, nawet nie zawierających cholesteryny, hypercholesterynemja w cukrzycy i t. p.

Otóż ostatnio z polecenia dr. A. Landaua przedsięwzięliśmy serję badań dla wyjaśnienia jak zachowywać się będzie poziom cholesteryny i cukru w surowicy, po spożyciu pokarmu, obfitującego w cholesterynę i o ile wpłynie na to zachowanie się cholesteryny jednoczesna mobilizacja cukru z wątroby do krwi, przez zastrzyk adrenaliny W tym celu na szeregu chorych, względnie wyzdrowieńców, przerobiliśmy następujące doświadczenia.

Osobnikowi badanemu braliśmy naczczo kilka cm^3 krwi z żyły, poczem podawaliśmy cztery gotowane żółtka jaj kurzych (ok. 55 gr), zawierające w sumie około 1,5—2 gr czystej cholesteryny. Po 1½ godziny ponownie braliśmy krew i w obydwóch porcjach określaliśmy zawartość cholesteryny sposobem Grigaut, oraz cukru — sposobem Pavy-Sahli. Po 1—2 dniach doświadczenie powtarzano z tą zmianą, że

po wzięciu krwi naczczo zastrzykiwaliśmy dożylnie po 0 25 mlgr adrenaliny w 10 cm³ soli fizjologicznej, zaraz potem podawaliśmy żółtka do spożycia — reszta, jak wyżej. W ten sposób określaliśmy u tego samego osobnika cholesterynę i cukier we krwi, dwukrotnie naczczo (dla porównania), po obciążeniu ustroju pokarmem, obfitującym w cholesterynę i po zmobilizowaniu cukru przez adrenalinę. Badania takie wykonaliśmy na 16 osobnikach, z tych na 12-u całkowitą serję (z 4-o krotnem braniem krwi), na 4-ch zaś z różnych powodów — bądź tylko pierwszą część (określenie cukru i cholesteryny naczczo i po żółtkach), bądź tylko 2-gą (naczczo i po adrenalinie z żółtkami). Z pośród tych 12-u, u 9-u przerwa między spożyciem żółtek, a powtórnem wzięciem krwi wynosiła około $1^1/_2$ godziny, u 3-ch zaś 3 godziny. Wyniki zaznaczone są na załączonej tablicy wraz z rozpoznaniem klinicznem osobnika badanego, oraz z przyrostem, ewentualnie z ubytkiem wartości cukru i cholesteryny w odsetkach wartości naczczo.

Jak widać z tablicy, zawartość cukru we krwi u badanych osobników wynosiła naczczo od 0,7‰ (przyp. 5-y i 7-y)

Rozpoznanie		Cukier %	cholesteryna %	Przyrost wzgl. ubytek w % cukru	cholesteryny
1) K. K. Diabetes mellitus.	I. a.	2,1	1,35	+ 14	+ 47
	b.	2,4	1.98		
	II. a.	2,07	2,27		
	b.	2,52	1,97	+ 22	— 13
2) M. S. Diabetes mellitus.	I. a.	2,4	4,2	— 2	+ 34
	b.	2,35	5,7		
	II. a.	2,37	6,4		
	b.	2,7	5,89	+ 14	— 8
3) N. M. Cholangitis lues. Ca. pancreatis	I. a.	1,2	0,93	— 10	+ 16
	b.	1,08	1,08		
	II. a.	1,02	1,26		
	b.	1,9	1,08	+ 86	— 21
4) S. W. Icterus parenchymatosus	I. a.	0,7	1,42	+ 16	— 28
	b.	0,81	1,02		
	II. a.	0,9	1,5		
	b.	1,3	1,28	+ 100	— 17
5) M. S. Po otruciu terpentyną. (zdrowa)	I. a.	1,01	1,64	+ 58	+ 9
	b.	1,6	1,78		
	II. a.	1,01	1,74		
	b.	1,72	1,46	+ 90	— 16
6) A. S. Post enteritidem	I. a.	0,7	1,62	+ 43	— 4
	b.	1.0	1,56		
	II. a.	1,01	1,32		
	b.	2,04	1,29	+ 102	— 2
7) M. M. Lymphogranulomatosis	I. a.	0,8	1,65	+ 25	+ 21
	b.	1,0	1,99		
	II. a.	0,8	2,2		
	b.	2,5	2,5	+ 212	+ 14
8) M. F. Zdrów (w moczu urobilinogen)	I. a.	1,01	2,16	+ 17	+ 2
	b.	1,18	2,2		
	II. a.	1,0	2,22		
	b.	1,9	1,92	+ 90	— 13

Rozpoznanie		Cukier %	cholesteryna %	Przyrost wzgl. ubytek wagi w % cukru	cholesteryny
9) P. S. Malaria chronica	I. a.	1.06	0,8	0	+ 37
	b.	1,06	1,1		
	II. a.	1,05	1,2		
	b.	2,01½	1,25	+ 91	+ 4
10) L. P. Monarthritis gonorrhoica	I. a.	0.6	1,2	+ 56	+ 25
	b.	0,94	1,5		
	II. a.	0,8	1,32		
	b.		1,53		+ 15
11) E. U. Cholelithiasis ?	I. a.	0,9	2,07	0	+ 22
	b.	0,9	2,52		
	II. a.	0,89	1,94		
	b.	0.9	1,77	0	— 9
12) B. R. Neuralgja trigemini	I. a.	0,9	0,96	+ 13	— 6
	b.	1,02	0,9		
	II. a.	0.96	1,26		
	b.	1,08	1,01	+ 12,5	— 20
13) H. P. Dyspepsja hiperacida	I. a.	1,1	1,8	+ 27	— 12
	b.	1,4	1,58		
	II. a.				
	b.		—		—
14) K. G. Zatrucie kw. octowym. Stan ciężki	I. a.		—		—
	b.				
	II. a.	2,1	2,4		
	b.	1,7	2,13	— 19	— 11
15) W. J. Ca. Capitis pancreatis Icterus	I. a.	1,01	2,7	+ 58	+ 17
	b.	1,6	3,16		
	II. a.		—	—	—
	b.				
16) J. Z. Atherosclerosis. Nephritis interstitialis	I. a.	1,08	1,0	0	— 7
	b.	1,08	0,93		
	II. a.				
	b.		—	—	—

Uwaga. I. a. naczczo; b. naczczo + 4 żółtka. II. a. naczczo; b. naczczo + 4 żółtka + 0,25 mlg adrenaliny dożylnie.

do 1,2‰ (przyp. 4), oprócz chorych na cukrzycę N. 1-y i 2-gi, u których hyperglikemja dochodziła do 2,07 i 2,4‰, oraz przyp. N 15 bardzo ciężkiego zatrucia kwasem octowym, w którym również stwierdziliśmy przecukrzenie krwi — 2,1‰. Spożycie 4 ch żółtek bez adrenaliny (1 a część doświadczenia), więc pokarmu, zupełnie nie zawierającego węglowodanów, wywołało podniesienie zawartości cukru we krwi (o 13% do 58% wartości naczczo) prawie we wszystkich przypadkach, prócz przyp. Nr. 9 i 17, w których poziom cukru pozostał bez zmiany, oraz N. 2 i 3, w których nawet nieco się obniżył (o 2% i o 10% pierwotnej wartości). Te ostatnie 2 przyp. dotyczą ciężkiej cukrzycy (p. tabl. 2) ze znacznym stopniem hyperglikemji (2,4‰ naczczo), kwasicą i z kolosalną lipemją (surowica zupełnie mleczna zawiera od 4,2‰ do 6‰ cholesteryny — przy kilkakrotnem badaniu) oraz chorej z długotrwałem zapaleniem dróg żółciowych na tle kamicy z kiłą wątroby i nowotworem głowy trzustki (Nr. 3).

W obydwu tych przypadkach mamy uzasadnione podstawy do przypuszczenia bardzo znacznych zaburzeń w przemianie materji zarówno tłuszczowej, jak i węglowodanowej wskutek schorzenia najważniejszych, regulujących tę przemianę narządów — trzustki i wątroby. W przypadkach N. 4 (*Icterus parenchymatosus*) i N. 1 (lżejsza postać cukrzycy) stwierdziliśmy zachowanie się krzywej glikemji po spożyciu żółtek takież, jak i u osobników bez żadnych zaburzeń ze strony przemiany materji i narządów ją regulujących (N. 6, 8 i 12), a mianowicie wyraźne wzniesienie się zawartości cukru od 2,1‰ do 2,4‰ w przyp. 1 (o 14%), od 0,7‰ do 0,81‰ w przyp. 4 (o 16%), od 0,7‰ do 1‰ w przyp.

6 (o 43%), od 1,01‰ do 1,18‰ w przyp. N. 8 (o 17%) i od 0,9‰ do 1,02‰ w przyp. N. 12 (o 13%).

W przypadku zimnicy (N. 9), miażdżycy ogólnej z dusznicą bolesną i schorzeniem nerek (N. 16) i kamicy żółciowej (N. 11) widzimy brak jakiegokolwiek wpływu spożycia żółtek na zawartość cukru we krwi — być może dlatego, iż powtórne określenie cukru w $1^1/_2$ godz., a w przyp. N. 11 — w 3 godziny po spożyciu żółtka nie pozwoliło na uchwycenie zmiany krzywej glikemji, która po przemijającem wzniesieniu zdołała już powrócić do normy.

Dodanie zastrzyku adrenaliny do poprzedniego bodźca pokarmowego zaznacza się przez daleko gwałtowniejszy skok krzywej cukru w górę. W przyp. N. 8 (osobnik zdrowy) zawartość cukru we krwi podniosła się z 1‰ na 1,9‰ (o 90%), w przyp. N. 9. (malaria chronica) z 1,05‰ na 2,01‰ (o 91%), w przyp N. 7 *(lymphogranulomatosis)* z 0,8‰ na 2,5‰, czyli o 212%, w innych przypadkach też o 40% do 60%. Tylko 2 przyp cukrzycy (N. 1 i 2) ze stosunkowo wysoką zawartością cukru we krwi naczczo 2,1‰ i 2,4‰) oddziaływały na adrenalinę względnie nieznacznie o + 22% i o + 14%), a w przyp. N. 11 (*cholelithiasis)* krzywa glikemji pozostała bez zmiany prawie (0,89‰ 0,9‰), w przyp. N. 13 (*neuralgia trigemini)* wzrosła z 0,96‰ na 1,08‰ czyli o 13%, w przyp N. 14 (bardzo ciężkie zatrucie kwasem octowym stwierdziliśmy nawet jej obniżenie o 14% (z 2,1‰ na 1,7‰). W tym ostatnim zresztą przypadku niezwykle ciężki stan chorego z niewątpliwie znacznem uszkodzeniem miąższu wątroby i daleko idącemi zaburzeniami przemiany materji (wysoka hyperglikemja naczczo 2,1‰) dostatecznie tłumaczy odmienny sposób reagowania. Co się zaś tyczy przyp 11 i 12, to powtórne badanie krwi, wykonane tutaj w $3^1/_2$—4 godz. po zastrzyku, pozwoliło zapewne na uchwycenie tylko końcowego okresu zmiany krzywej glikemji, kiedy krzywa ta powracała już do normy. Zmiana ta bowiem, jak to wynika z badań Arnoldi'ego i Colazzo, u ludzi zdrowych przebiega bardzo szybko, maximum w 15'—30', i szybko przemija (po 1—2 godzinach). W przyp. N. 1 i 2 *(diabetes mellitus)* stwierdziliśmy względnie słaby odczyn na zastrzyk adrenaliny.

Jeśli chodzi o wpływ adrenaliny na cholesterynemję, to stwierdziliśmy wyraźne obniżenie jej, przeciętnie o 7% po zastrzyku. Zauważyć tu musimy, że podawanie badanym jednocześnie z zastrzykiem żółtek, działając w kierunku powiększenia cholesterynemji (I-a część naszych doświadczeń, w których cholesterynemja wzrastała przeważnie o 11% po spożyciu żółtek), w znacznym stopniu osłabić mogła ujawnienie się tego wpływu adrenaliny. W każdym razie — na 13 zbadanych w ten sposób osób (w tem u 12 u — adrenalina i żółtka, a u 1-ej — N. 14 — adrenalina bez żółtek) u 3. tylko widzieliśmy pewne wzmożenie cholesterynemji po zastrzyku; z tych w przyp. N. 7 (*lymphogranulomatosis*) z 2,2‰ na 2,5‰ (o 14%) w przyp. Nr 10 *(monartritis gonorrhoica)* z 1,32‰ na 1,53‰ (o 15%) i w przyp. N. 9 *(malaria chronica*) z 1,2‰ na 1,25‰ (o 4% zaledwie). Ci trzej osobnicy dość żywo oddziaływali na samo spożycie 4-ch żółtek wzniesieniem krzywej cholesterynemji, z 1,65‰ na 1,99‰ (o 15%) w przypadku N. 7, z 0,8‰ na 1,1‰ (o 37%), w przypadku N. 9, z 1,2‰ na 1,5‰ (o 25%) w przyp. N. 10. Otrzymane więc zmiany zawartości cholesteryny po adrenalinie były wypadkową dwu w przeciwnym kierunku działających czynników — co mogło również w znacznym stopniu zamaskować właściwe działanie adrenaliny, obniżające cholesterynemję.

Tutaj jeszcze raz zaznaczyć musimy, że 1) prawie wszystkie wartości cholesteryny, podane przez nas w tablicy stanowią przeciętną przynajmniej dwóch określeń z tej samej surowicy; 2) jak wynika z załączonej tablicy, wartości otrzymane u tych samych osobników naczczo 1-ej i 2-ej części doświadczenia przeważnie są dość bliskie sobie — w każdym razie różnice nie przekraczają tych wahań, jakie podawane są przez autorów dla normalnej zawartości cholesteryny we krwi; 3) przeciętną zawartość cholesteryny we krwi osobników, u których niema powodu przypuszczać jakichś zaburzeń z tej strony (N. 6, 7, 14, 9, 11, 13) wynosi w naszych doświadczeniach 1,56‰ — liczba też nie odbiegająca od podawanych przez innych autorów. Jeżeli obecnie porównamy zmiany zawartości cholesteryny po zjedzeniu 4-ch żółtek — w 1-ej części doświadczenia ze zmianami jej w drugiej po dodatkowem zadziałaniu adrenaliny, przekonamy się, że w 1. przypadku badani reagowali przeważnie w kierunku wzmożenia cholesterynemji, a w 2-im przeważała tendencja do mniej lub więcej znacznego obniżenia jej. Najlepiej może uwidoczni to następująca tabelka, w której zestawione są średnie arytmetyczne, otrzymane po zsumowaniu odsetkowego przyrostu zawartości cukru i cholesteryny oddzielnie dla pierwszej i oddzielnie dla drugiej części doświadczenia.

	Cukier	Cholesteryna	
I	+ 25%	+ 11,5%	naczczo + żółtka
II.	+ 64%	— 7,46%	naczczo + żółtka + adrenalina

Zestawiając tedy w ogólnych zarysach wynik naszych prób, możemy powiedzieć, że po niezbyt zresztą znacznem obciążeniu ustroju pokarmem, nie zawierającym węglowodanów, ale obfitującym w cholesterynę (żółtka), stwierdziliśmy wyraźne wzniesienie poziomu cukru we krwi (przeciętnie o 25%), przy zmianie zawartości cholesteryny z nieznaczną ale wyraźną tendencją do wzniesienia, w porównaniu z zawartością jej naczczo (przeciętnie o 11,5%) Jeżeli tuż przed spożyciem żółtek zastrzykiwaliśmy dożylnie 0,25 mlgr adrenaliny, otrzymywaliśmy bardzo wybitną mobilizację cukru do krwi z wzniesieniem poziomu jego przeciętnie o 64%, a w poszczególnych przypadkach o 100%—212%. Ilość cholesteryny zmieniała się wtedy naogół bardzo nieznacznie, i to zwykle raczej w kierunku obniżenia pierwotnej zawartości — przeciętna zmiana wynosiła — 7,5%. Trzygodzinna przerwa pomiędzy zastrzykiem i spożyciem żółtek, a ponownem badaniem, nie wpływała na zachowanie się cholesteryny, zacierał się wtedy tylko obraz krzywej glikemji, która w ciągu tego czasu zdążyła już zwykle powrócić do normy. Jakiż może być mechanizm zachodzących tu zjawisk?

Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że wyniki badań naszych, będących zaledwie zapoczątkowaniem pracy nad zawiłą kwestją stosunku przemiany węglowodanów do przemiany tłuszczów wogóle, a cholesteryny w szczególności, nie zupełnie zgadzają się z tem, co spotykamy w piśmiennictwie. Michalski n. p. twierdzi, że nadnercza wywoływać mają hypercholesterynemję czynną, i że liczne badania stwierdzają pewną równoległość między hypercholesterynemją, a hyperadrenalinemją. Oliver i Haworth po wstrzyknięciu adrenaliny otrzymywali wzrost ilości wszystkich tłuszczów w surowicy. Górecki podaje za Grigaut, że wstrzyknięcie adrenaliny przejściowo wzmaga zawartość cholesteryny we krwi u królików. Wreszcie szereg autorów wskazuje wzrost cholesterynemji po diecie wyłącznie węglowodanowej (Howard Müller, W. Orłowski), która przecież niewątpliwie podnosi poziom cukru we krwi Natomiast Alpern i Colazo otrzymali w doświadczeniach na psach wyniki zgodne z naszemi, ilość tłuszczów i frakcji cholesterynowej obniżała się po adrenalinie. W naszych doświadczeniach otrzymywaliśmy, że właśnie znacznemu wzniesieniu krzywej hyperglikemji po adrenalinie towarzyszy wahanie zawartości cholesteryny w kierunku odwrotnym. Nasuwa się przypuszczenie, że wchodzi tu w grę raczej jakiś bardziej złożony mechanizm, kierujący uruchomianiem i magazynowaniem różnych substancyj w ustroju. Mechanizm ten związany jest z szeregiem czynników wewnątrzustrojowych, jak zwiększona lub zmniejszona w danym momencie zdolność ustroju do zużytkowania pewnego określonego źródła energji cieplnej. Tą właśnie okolicznością wytłumaczyć by można lipemję w ciężkiej cukrzycy, albo hypercholesterynemję po okresie gorączkowym w ostrych chorobach zakaźnych (Chauffard, Michalski), kiedy ustrój wskutek gorączki i djety ubożeje w węglowodany. Bardzo ciekawe w tym względzie są spostrzeżenia Ludena, że w t. zw. obrzęku śluzakowatym (myxoedema) wartości podstawowej przemiany materji (basal metabolic rates) i cholesteryny we krwi są odwrotnie proporcjonalne, co dowodzi, że tarczyca, ten główny regulator rozmiarów przemiany materji, nie pozostaje bez wpływu na cholesterynemję.

Streszczając tedy wyniki nasze, możemy powiedzieć, że:

1) przemiana węglowodanów z jednej — tłuszczów i cholesteryny z drugiej strony znajduje się w bliskim, choć nie zupełnie jeszcze wyjaśnionym związku;

2) wprowadzenie 4-ch żółtek powoduje w większości przypadków nieznaczny przyrost cukru i cholesteryny we krwi;

3) zastrzyk dożylny adrenaliny prowadzi z jednej strony do zwiększonej mobilizacji cukru do krwi z wątroby, z drugiej zaś zmniejsza ilość cholesteryny we krwi.

Z praktyki.

Dr. Józef WIŚNIEWSKI. Kraków.

Niezwykłe powikłanie po zastosowaniu mięszanej szczepionki Delbeta.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. dr. J. Zubrzycki.

Od czasu ogłoszenia szeregu prac o leczeniu różnych spraw zapalnych zapomocą szczepionek swoistych i nieswoistych, świat lekarski żywo zajął się tym sposobem leczenia. Pierwotne rzekomo znakomite wyniki lecznicze uzyskane przy pomocy wzmiankowanego sposobu leczenia, nie zostały potwierdzone jednak, przez późniejsze doświadczenia kliniczne i temu zapewne przypisać należy, że zainteresowanie ogółu omawianą sprawą osłabło na cały szereg lat.

Dopiero w roku 1920 pojawił się w piśmiennictwie lekarskiem, głównie francuskiem, szereg rozpraw, a w towarzystwach naukowych paryskich szereg odczytów i pokazów z tego zakresu. Niektórzy (Descomps, Robert Dupont, Noel Fiessinger) szczycili się dobremi wynikami, inni w dalszym ciągu odnosili się do całej sprawy z niedowierzaniem.

W ostatnich trzech latach spotykamy i w piśmiennictwie polskiem, liczny szereg prac nad działaniem szczepionek Delbeta.

Z ginekologów francuskich, pierwszy zajął się temi szczepionkami Kuss, ogłaszając rozprawę o leczeniu szczepionkami spraw zapalnych przydatków macicy. Kuss stosując systematycznie »propidon« doszedł do wniosku, że szczepionki wielowartościowe przeciwropne są znacznie skuteczniejsze, niż inne środki, które się zwykle w tych przypadkach stosuje. Pod wpływem ich bóle w miednicy małej znikają zazwyczaj odrazu, ciepłota spada w ciągu 5—6 dni, wynik zaś całkowity widoczny jest już w ciągu dni piętnastu.

Zachęceni takiemi wynikami zaczęliśmy i my stosować na naszym oddziele szpitalnym, szczepionkę buljonową w postaci »propidonu«.

Znajduje się on w handlu w koneweczkach szklannych. Hodowle buljonowe gronkowców, paciorkowców i prątków ropy błękitnej, blisko miesięczne, zostają zabite przez ogrzanie do 65°C i potem zmieszane w ilościach odpowiednich, tak że każda koneweczka o 4 cm^3 zawartości buljonu zawiera około 13 miljardów tych bakteryj.

Wstrzykiwaliśmy domięśniowo lub podskórnie w odstępach 3—4 dniowych, zwyczajne dawki, ograniczając ogólną ich liczbę przeważnie do trzech. Leczyliśmy w ten sposób tylko chore dotknięte przewlekłemi sprawami zapalnemi w przydatkach macicy i ograniczonemi sprawami zapalnemi toczącemi się na otrzewnej lub w tkance łącznej narządów rodnych.

Wyniki u leczonych w ten sposób chorych, nie były tak dobre jak to podają autorzy francuscy, a przytem u jednej chorej stwierdziliśmy ciekawe powikłanie. Ciekawe z tego powodu, bo dowodzi, że szczepionki różnego typu w obecnym składzie, nie są, jak wielu sądzi, środkami obojętnemi i nieszkodliwemi dla ustroju i nie we wszystkich bez wyboru przypadkach stosować je można. Opis dotyczącego przypadku podaję poniżej:

Lp. protok. chor. $\frac{474}{924}$ M. M. 22-letnia, zamężna. Zgłosiła się do szpitala dnia 23. III. 1924. Podaje, że od czasu porodu, który się odbył przed miesiącem, czuje się chorą. Cierpi na silne bóle dołem brzucha i gorączkuje. W dzieciństwie przechodziła zapalenie nerek, z którego się zupełnie wyleczyła.

Rozpoznanie: wysięk zapalny na otrzewnej miednicy małej i zmiany zapalne obustronne w przydatkach macicy. Badanie moczu, na co zwracam szczególną uwagę, nie wykazało nieprawidłowych składników.

Chora pozostawała na oddziale do dnia 21. VIII. a więc przez cały miesiąc. Przez ten czas zastosowano u niej leczenie zachowawcze w postaci gorących okładów ud.

Chcąc przyśpieszyć wessanie się wysięku zastosowano 22. VIII. jedną dawkę propidonu do mięśniowo (4 cm^3). Miejscowy i ogólny odczyn nieznaczny. Ciepłota najwyższa 38·5° C.

W dwanaście niespełna godzin po zastrzyknięciu propidonu stwierdzono, że chora oddaje mocz krwawy. Zbadano mocz i stwierdzono: ilość moczu zmniejszona, ciężar gatunkowy 1030, bardzo duża ilość białka. W osadzie: znaczna ilość krwinek czerwonych, mało białych, nabłonek nieliczny dróg moczowych, liczne wałeczki ziarniste i szkliste. Nieznaczne obrzęki na twarzy. Rozpoznano »ostre krwotoczne zapalenie nerek« (*nephritis acuta haemorrhagica*).

Krew w moczu utrzymywała się, powoli znikając aż do dnia 2. IX. a więc przez całe dwanaście dni.

Dnia 2. IX. zbadano mocz i stwierdzono; białka ilość nie znaczna, w osadzie gdzieniegdzie nabłonki dróg moczowych nieliczne krwinki czerwone i wałeczki ziarniste.

Z opisu tego przypadku okazuje się, że u danej chorej nastąpiło bardzo poważne powikłanie ze strony nerek i to już po jednorazowem zastosowaniu zwyczajnej dawki »propidonu«, Powikłanie to utrzymało się przez dłuższy przeciąg czasu.

Przyczynę tego niezwykłego przypadku tłumaczymy sobie zadziałaniem samego propidonu względnie jadów drobnoustrojowych w nim zawartych na miąższ nerkowy. Opierając się tutaj na doświadczeniach Mucha, możnaby również, co jednak mniej prawdopodobne, tłumaczyć opisane powikłanie chorobowe, działaniem trującem na miąższ nerkowy, produktów rozpadu, pozajelitowo odbudowanego białka. Ponieważ chora w dzieciństwie przechodziła już sprawę zapalną nerek, przeto miąższ nerkowy był u niej mniej odporny niż prawidłowy i temu to najprawdopodobniej przypisać należy, że uraz w postaci 4 cm^3 propidonu, podanego wśródmięśniowo, wystarczył, aby u danej chorej wywołać zapalenie nerek.

Z powyższego widzimy, że należy być bardzo ostrożnym, przy stosowaniu szczepionek typu »propidon«, szczególnie u chorych, którzy dawniej przebyli zapalenie nerek. Przebycie tej sprawy chorobowej nawet w odległych czasach powinno być moim zdaniem stanowczo przeciwwskazaniem do stosowania propidonu. Zaznaczam zaś to dlatego, gdy, w odnośnem piśmiennictwie znalazłem uwagę, że nawet przy białkomoczu, propidon podawać można bez obawy (Lebeau). Nasz przypadek tego nie potwierdza, co więcej przemawia przeciw ostatnio wspomnianemu zapatrywaniu i dlatego ogłaszam go jako przestrogę dla wiadomości kolegów.

Higjena i wychowanie fizyczne.

A. KUHN. Lwów.

Statystyka chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania z roku 1923 (Publikacja Sekcji higjeny Ligi Narodów).

Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1923. (Société des Nations. Organisation d'hygiène).

Ciąg dalszy.

Tyfus brzuszny i paratyfus.

Choroby te w państwach Europy zachodniej w r. 1923 były częstsze, aniżeli w r. 1922. Natomiast wybitne zmniejszenie liczby zachorowań zanotowano w Rosji europ. z Ukrainą (1922 — 317.705, 1923 — 112.286) i w Polsce.

W Polsce liczby zachorowań z 5-lecia 1919—1923 są następujące: 11.421, 21.466, 30.067, 22.056, 14 037. W czterech strefach już kilkakrotnie wspomnianych notowano na 100.000 mieszkańców następującą;

w strefie	Chorobowość 1922	Chorobowość 1923	Śmiertelność 1922	Śmiertelność 1923
I	108.2	45.2	4.88	2.60
II	73.9	52.4	6.75	5.44
III	88.0	75.5	8.13	7.37
IV	25.9	29.2	1.81	2.59
Cała Polska	79.0	53.3	5.88	4.89

Wysoką chorobowość i śmiertelność w obu latach wykazuje III. strefa (woj. łódzkie, kieleckie i krakowskie). Znaczny spadek stwierdza się na kresach wschodnich, jedyny wyjątek stanowi Wileńszczyzna, gdzie liczba zachorowań wyraźnie wzrosła. Idąc ze wschodu na zachód spadek w roku 1923 jest mniej znaczny; w strefie zachodniej Poznań i Pomorze wykazują nawet równe liczby w obu latach, a Śląsk nawet wzrost w r. 1923 — jest to w mniejszej skali ten sam objaw, który stwierdzono w całej Europie.

Gorzej, niż w Polsce przedstawiają się liczby Włoch w 5-leciu od 1919 do 1923: 23.400, 32.487, 35.227, 25.316, 25.316. Także w Hiszpanji notowano wielkie liczby zmarłych: 5677, 6998, 7041, 5438, 5131.

W Czechosłowacji notowano: 7796, 7399, 9331, 6612, 5508 zachorowań na tyfus brzuszny; w r. 1923 przypadało na 100.000 mieszkańców:

w Czechach	zachorowań	32·6,	skonów	2·94
na Morawach	»	49·3,	«	4·21
na Śląsku	»	40·7,	«	1·94
na Słowacji	»	56·4,	»	2·77
na Rusi	»	48·6,	«	2·64

Z 2175 zachorowań, które zgłoszono w Czechach, przypadało 102 na paratyfus B, a 3 na paratyfus A.

W Austrji zmarło w 5-leciu 1919 — 1923 z tyfusu brzusznego na 100.000 mieszkańców: 6·43, 4·50, 6·95, 3·71, 3·12.

Stosunek częstości tyfusu do paratyfusu w Danji przedstawiał się następująco:

1919 — 80·5 : 19·5
1920 — 67·4 : 32·6
1921 — 69·9 : 30·1
1922 — 51·2 : 48·8
1923 — 51·2 : 48·8

Nie podobna stwierdzić, czy przypadki paratyfusu w Danji w latach ostatnich stały się częstsze, czy też były lepiej rozpoznawane. W Danji zwiększenie paratyfusu w miesiącach letnich zaznaczało się daleko wyraźniej, aniżeli w przebiegu tyfusu brzusznego: przypadało mianowicie na miesiące od maja do października z całorocznej liczby zachorowań na tyfus w r. 1922 — 56%, w r. 1923 — 70%, zaś z całorocznej liczby zachorowań na paratyfus w r. 1922 — 80%, w r. 1923 — 95%. Szczególnie wyraźnie spostrzega się to w r. 1923, gdyż na jeden miesiąc sierpień przypadało 46% wszystkich zgłoszonych w ciągu roku przypadków paratyfusu, na następny miesiąc wrzesień znowu 30%. Takiego skupienia przypadków w okresie kilkotygodniowym nie stwierdzono w przebiegu duru brzusznego, gdzie liczba przypadająca (w stosunku do liczby rocznej) na jeden miesiąc wynosiła najwyżej 20% (listopad 1922).

W 6 prowincjach państwa niemieckiego zgłoszono:
w r. 1922 tyfusu brzusznego: 1682 zach., paratyfusu: 387
« » 1923 » » 2345 » « 684

Z państw azjatyckich tylko Japonja dostarczyła dat użytecznych, które przytaczam:

rok	Tyfus Eberth zachorowań	Tyfus Eberth skonów	Paratyfus, przeważnie B. zachorowań	Paratyfus, przeważnie B. skonów
1919	54.706	11.156	7.435	747
1920	53.925	10.327	7.726	836
1921	49.955	10.624	6.290	858
1922	52 381	11.080	7.150	852
1923	52.778	11.316	5.311	681

Uderzająca jest tu, podobnie, jak wspomniano już co do czerwonki, wielka zabójczość tyfusu brzusznego (przeciętnie w pięcioleciu prawie 21%) i paratyfusu (przeszło 11%). Czyżby Japończycy łatwiej niż Europejczycy ulegali chorobom zakaźnym ostrym, czy może tylko tym, które się sadowią głównie w przewodzie pokarmowym?

W Stanach Zjednoczonych Ameryki półn., tyfus brzuszny w okresie 1919—1923 upodobał sobie szczególnie rok 1921, który i w Europie był uprzywilejowany dla tej choroby.

Zimnica.

W statystyce tej choroby r. 1923 przeważa w sposób bardzo wydatny Rosja sowiecka z liczbą 5,569.665 zgłoszonych zachorowań, co przedstawia przeszło dwukrotne zwiększenie w porównaniu z r. 1922, w którym notowano 2,490.982 przypadków.

Dla porównania przytoczę liczby drugiego z rzędu kraju europejskiego z wysoką liczbą przypadków zimnicy t. j. Włoch; w 5-leciu 1919—1923 notowano: 247.084 (daty niekompletne), 227.747 (niekompl.), 267.589, 234.656, 188.937.

Polska jedynie w r. 1921 — tym roku wielkich epidemij — wykazała znaczną liczbę przypadków; w pięcioleciu notowano: 1.513, 2.073, 52.965, 17.611, 4.771 — widoczny więc w r. 1923 znaczny spadek, w przeciwieństwie do olbrzymiego wzrostu u naszego wschodniego sąsiada. Od zachodniego sąsiada nie mamy wcale dat, bo tam nie ma obowiązku zgłaszania zimnicy.

Warto nieco dokładniej omówić epidemję w Rosji. Cyfry wyżej podane dla roku 1922 i 1923 są z pewnością za niskie, ponieważ statystyka oficjalna rosyjska uwzględnia jedynie te przypadki, które leczono chininą, z powodu zaś braku tego leku wiele przypadków nie było leczonych, nie uległo zatem zarejestrowaniu. Znawcy rosyjscy podają liczbę przypadków zimnicy w Rosji w r. 1923 na około 12 miljonów! Przypadki choroby są rozsiane po całem państwie, najgęściej w okolicach dolnej i środkowej Wołgi, gdzie według statystyki oficjalnej w r. 1923 na 100.000 mieszkańców notowano 20.000—45.000 przypadków zimnicy. Wschodnia połać Ukrainy sowieckiej i Rosja centralna były także poważnie zajęte, również północna część gubernji archangielskiej, gdzie w r. 1923 notowano 4.100 przypadków na 100.000 mieszkańców.

Zimnica już przed wojną była znacznie rozszerzona w Rosji, rejestrowano rocznie przeszło 3 miljony przypadków, ale forma podzwrotnikowa pojawiała się jedynie w krajach kaukaskich i w Turkiestanie. Wskutek niedostatecznego utrzymania systemu irygacyjnego w tych okolicach i wielkich ruchów uchodźczych, pozostających w związku z panującym głodem, złośliwa postać zimnicy szybko się rozszerzyła i zajęła okolice nowe.

Badania laboratoryjne wykazały, że na północy Kaukazu i nad dolną Wołgą 15—20% przypadków należy do typu podzwrotnikowego, nawet w gubernji moskiewskiej 5%. Spostrzeżenia te wywołały zrozumiałe zaniepokojenie w Rosji, a niewątpliwie i dla nas są groźnem memento.

Sezonowe nasilenie epidemji przypadało w r. 1922 na

wrzesień, podczas gdy przed wojną maximum notowano w maju. W r. 1923 maximum przesunęło się na czerwiec, co uważano za zapowiedź cofania się złośliwego typu zimnicy, gdyż wiadomo z dawniejszych spostrzeżeń, że zimnica typu łagodnego miewa maximum nasilenia na wiosnę, zimnica podzwrotnikowa w jesieni.

W Polsce w strefach już kilkakrotnie wzmiankowanych liczba zgłoszonych zachorowań i skonów na zimnicę przedstawia się następująco:

w strefie	Chorobowość		Śmiertelność	
	1922	1923	1922	1923
I (kresy wsch.)	15.491	4.048	6	1
II	1.684	590	5	3
III	178	69	2	0
IV	66	64	0	0
Cała Polska	17.419	4.771	13	4

Z krajów pozaeuropejskich daty przydatne otrzymano tylko ze Stanów Zjednoczonych Ameryki półn. Liczba zachorowań zgłoszonych w pięcioleciu 1919—1923 była następująca: 134.368, 143.003, 139.006, 120.517, 115.117. Z całej liczby chorych w pięcioleciu przypada około 83% na stan Mississipi.

Grypa.

Z powodu specjalnych właściwości tej choroby ani stastytyka chorobowości, ani statystyka śmiertelności nie jest dokładna. Bardzo niewiele krajów nadesłało daty użyteczne.

Studjum statystyk śmiertelności tygodniowych albo miesięcznych wykazuje, że wahania epidemji grypy wpływają w wysokim stopniu na krzywą śmiertelności ogólnej, w szczególności śmiertelności z zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, gruźlicy płucnej i chorób serca; stąd wynika, że w wielu przypadkach nawet co do obszarów, gdzie nie znamy dokładnie częstości grypy, możemy wnioskować o biegu epidemji grypy.

Grypa w r. 1923 w Europie miała mniej ciężki przebieg, aniżeli w zimie r. 1922. Widoczne to z zestawienia skonów z grypy w okresach czterotygodniowych albo miesięcznych, podanego dla 105 miast Wielkiej Brytanji, 46 miast Niemiec, 7 miast Irlandji północnej i 23 miast wielkich Europy, Ameryki i Azji. W zestawieniu tem niema Warszawy, bo co do grypy w Polsce niema obowiązku donoszenia. Wszystkie bez wyjątku liczby dla miast europejskich okazują w porównaniu z r. 1922 zmniejszenie liczby skonów w r. 1923. Przykładowo: Paryż 517, 169; Londyn 2.582, 752; Berlin 963, 738; Wiedeń 280, 90. Również w miastach Indji Wschodnich i w Hong-Kong notowano zmniejszenie. Przeciwnie w Stanach Zjedn. Ameryki półn. z miast uwzględnionych większość (Boston, Chicago, New-Orleans, New-York) wykazuje w r. 1923 wzmożenie liczby zmarłych, a jedynie San Francisco zmniejszenie; z miast Ameryki południowej uwzględniono Rio de Janeiro i Montevideo, które wykazały wzmożenie liczby zmarłych.

Krzywa liczby skonów według pory roku okazuje szczyt: w miastach brytyjskich w czasie od 22/IV do 19/V (w Londynie 25/III do 21/IV), w miastach niemieckich 1—27/I, (także w Berlinie), w Paryżu w lutym i marcu, we Wiedniu w czasie od 25/II do 24/III i t. d. Największa śmiertelność z grypy była więc w miesiącach I kwartału 1923, a jedynie w Wielkiej Brytanji wzniesienie szczytowe krzywej opóźniło się.

Statystyki Danji i Szwecji z okresu 6-letniego 1918—1923 wykazują podobny w obu krajach przebieg epidemji grypy: największe liczby zachorowań w roku 1918 (496.755 i 477.592), potem spadek stopniowy (szybszy w Szwecji) aż do r. 1921, poczem znowu wzrost w r. 1922 i następnie znaczny spadek w r. 1923: w Danji do 79.779, w Szwecji do 5.219.

W Szkocji zmarło w 6-leciu 1918—1923 z grypy osób: 11.111, 7.215, 1339, 1330, 3.706, 529.

Skony w r. 1923 dzielą się w następujący sposób:

Grypa jedyną przyczyną śmierci	127
« komplikuje gruźlicę	3
katar oskrzeli	60
zapalenie płuc	166
inne choroby dróg oddechowych	24
ciążę	7
inne choroby	142

W Anglji z Walją liczba zmarłych w 10-leciu 1914—1923 była następująca: 5.953, 10.471, 8.782, 7.283, 112.310 (rok 1918!), 44801, 10.665, 8.995, 21.498, 8461. Liczba r. 1923 była prawie równa liczbie r. 1921, jakkolwiek szczyt epidemji w r. 1923 przypadł na połowę maja, a w r. 1921 na początek marca.

Encephalitis epidemica (lethargica).

Przypadki tej choroby są nieliczne w porównaniu z innemi chorobami zakaźnemi. Obowiązek zgłaszania nie istnieje w przeważnej liczbie państw. Z państw europejskich uwzględniono tylko 16. Statystyka jest bardzo niekompletna, tak, że w pięcioleciu 1919—1920 z niektórych państw notowano liczby tylko z jednego roku: Litwa i Rosja z Ukrainą (1923), z Czechosłowacji z 2 lat (1922 i 1923), z Belgji, Włoch, Polski, Łotwy i Estonji z 3 lat (1921—1923), ze Szwecji, Finlandji i Szwajcarji z 4 lat (1920—1923), wreszcie ze Szkocji, Anglji z Walją, Norwegji i Danji z 5 lat. Jak się okazuje, encephalitis epidemica z latami zyskuje w statystyce państw europejskich prawo obywatelstwa.

Najliczniejsze zachorowania zaszły w r. 1921 w krajach północnych: Anglja (1470), Szwecja (1512), Finlandja (1095); po znacznym spadku w roku następnym liczba zachorowań znowu wzrosła w r. 1923 w Anglji (1025) i Szwecji (536), nie dosięgła jednak wysokości z r. 1921. W Danji szczyt epidemji był w r. 1920 (223 zachorowań).

W Polsce notowano w latach 1921—1923 zachorowań: 85, 121, 329. Niewiadomo, czy zwiększająca się liczba jest wyrazem istotnego wzmożenia się epidemji, czy też wynikiem dokładniejszej rejestracji.

W Czechosłowacji było w roku 1922 zachorowań 150 (zmarło 39%), w roku 1923 zachorowań 366 (zmarło 33%), z tego 100 zachorowań w lutym.

Poliomyelitis acuta.

Największą liczbę zachorowań w pięcioleciu 1919—1923 notowano w roku 1923 w Anglji z Walją (587) i Szwajcarji (256). W Szwecji i Danji najwyższa liczba była w r. 1919 (820 i 389), poczem nagły spadek, a w r. 1923 dość znaczny wzrost w Szwecji (313), mniejszy w Danji (75).

W Stanach Zjedn. Ameryki półn. w ostatniem pięcioleciu najwyższa liczba była w r. 1921 (5880), rok 1923 stanowi drugi z rzędu co do częstości zachorowań z liczbą prawie równo o połowę mniejszą (2912).

Wogóle choroba ta nie dosięgła w minionem pięcioleciu tej wyżyny, jaką notowano w r. 1911 w Skandynawji i w r. 1916 w Stanach Zjedn. Ameryki półn.

Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

Choroba ta pojawiała się w całym świecie, ale podobnie, jak *encephalitis epidemica i poliomyelitis acuta*, nigdzie nie wystąpiła w wielkiej liczbie przypadków.

W Anglji z Walją notowano w pięcioleciu 1919—1923 nieustający spadek liczby zachorowań zgłoszonych (od 848 do 301), a spadek ten datuje się od r. 1915, w którym wykazano 2566 przypadków. Wzmożenie zaszło we Włoszech, gdzie w r. 1923 zgłoszono 368 przypadków, gdy w r. 1922 było tylko 66. W Czechosłowacji zapisano w powyższem pięcioleciu następujące liczby: 67, 75, 80 190, 142; w Polsce: 330, 596, 477, 533, 597.

Z krajów azjatyckich jest bardzo mało dat. W Japonji liczba z 2456 (w r. 1919) spadła do 704 (w r. 1923) z 54% śmiertelnością, prawie równą tej, jaką spostrzegano w Europie.

W niektórych okolicach Afryki notowano wysokie liczby zachorowań.

W Stanach Zjedn. Ameryki półn. spadek objawia się od szeregu lat; statystyka 22 stanów wykazuje w 5-leciu ostatniem następujące liczby: 2034, 2012, 1816, 1451, 1283.

Płonica.

Prócz Gdańska, Grecji i Irlandji dostarczyły dat wszystkie kraje europejskie uwzględnione w omawianej publikacji, w przeważnej większości dla pięciolecia 1919—1923. Hiszpanja wykazała skony, wszystkie inne kraje zachorowania.

Na ogół liczba przypadków zgłoszonych w r. 1923 jest niższa, niż w latach 1921 i 1922, ale wysoka.

Z krajów europejskich największe liczby bezwzględne zachorowań notowano w Anglji z Walją, większe nawet znacznie, niż w Rosji europ. w latach 1919—1922, a nieco większe w r. 1923. Także Szkocja wykazała bardzo wysoką liczbę zachorowań. Przyczyny należy może szukać głównie w dokładniejszej w tych krajach rejestracji zachorowań, aniżeli gdzieindziej. Liczby Anglji z Walją w 5-leciu 1919—1923 są następujące: 82.398, 119.490, 137.073, 108.242, 85.608, liczby Szkocji, posiadającej niespełna $^1/_5$ część ludności Polski, są prawie równe liczbom Polski (w latach 1919, 1920 i 1923 wyższe).

Stałe zmniejszanie się liczby od roku 1920 zauważamy w Danji, Francji i Hiszpanji, od roku 1921 w Niemczech i Szwajcarji.

W Polsce notowano: 4.690, 16.664, 28.164, 14.717, 15.746.

W strefach już kilkakrotnie wspomnianych było (według dat prowizorycznych):

	Zachorowań		Skonów	
w strefie	1922	1923	1922	1923
I	4.546 *)	3.505	340 *)	410
II	6.592	7.274	1.215	909
III	2.298	3.163	288	257
IV	1.280	1.643	111	120
Cała Polska	14.716	15.585	1.954	1.696

Zauważamy w r. 1923 zmniejszenie na kresach wschodnich, zaś zwiększenie w 3 innych strefach. Śmiertelność była w r. 1922 — 13.3%, w r. 1923 — 10.9%. Największą śmiertelność wykazano w obu latach w strefie II, obejmującej m. Warszawę i województwa warszawskie, lubelskie, lwowskie i stanisławowskie; szczególnie w dwu ostatnich liczba skonów była znaczna, w lwowskiem 19 i 14%, w stanisławowskiem nawet 24.2 i 21.3%. Są to niewątpliwie niedomagania statystyki wynikające stąd, że rejestrowane bywały przeważnie przypadki ciężkie, a lekkie nie były zgłaszane — co prawda, takie same, a może i gorsze stosunki zachodziły także w innych województwach.

Liczby zgłoszonych zachorowań w Czechosłowacji były: 3.685, 4.188, 9.425, 10.784, 10.522; śmiertelność w roku 1922 — 11%, w r. 1923 — 7.2%.

Duże liczby zgłoszonych zachorowań, idące w setki tysięcy, wykazano w Stanach Zjedn. Ameryki półn.

Błonica.

Obowiązek zgłaszania błonicy istnieje we wszystkich krajach europejskich objętych statystyką Ligi Narodów. Mimoto brak w publikacji, o której mowa, dat z Gdańska, Grecji i Irlandji. Wahania liczb w poszczególnych latach są mniejsze, aniżeli w innych chorobach zakaźnych.

*) Dla Wilna brak I. kwartału.

Podobnie, jak co do płonicy, także i tutaj Anglja z Walją wyskakują wysoką liczbą ponad inne kraje z liczbą najwyższą w roku 1920. W Szwecji notowano w 5-leciu 1919—1923: 40.514, 26.448, 15.133, 6.610, 4.808.

Podobny stały spadek zauważa się w Norwegji i Finlandji; więcej stała była liczba w Danji. Bez wahań również spadała liczba zachorowań w Holandji i Belgji (z małem wzniesieniem w r. 1923), bez wahań także w Austrji. Zastanawiająco zbliżone liczby dla poszczególnych lat pięciolecia wykazano we Włoszech (11.000 do 12.000).

W Czechosłowacji notowano: 4.608, 4.872, 4 380, 3.223, 3.159 — w Polsce: 1.815, 3 178, 4.130, 4.228, 3.694.

Z krajów pozaeuropejskich wysokie liczby notowano w Japonji i Stanach Zjedn. Ameryki półn.

Odra.

Odrę w pięcioleciu 1919—1923 notowano w największej liczbie we Włoszech, **koklusz** w Danji.

Trąd.

Z 72 krajów, które nadesłały statystykę zachorowań w r. 1923, tylko 41 wprowadziło obowiązek zgłaszania trądu; z tych tylko 13 krajów doniosło o nowych przypadkach tej choroby: Austrja 1, Estonja 25, Francja 1, Łotwa 37, (z Rosji brak doniesienia), Cypr 8, Algier 3, Australja 1, Stany Zjedn. Ameryki półn. 35, miasto Meksyk 16, Costa-Rica 2, Domingo 2, Panama 9, Uruguay 2.

Liczba trędowatych pozostających w ewidencji w r. 1923 była w Palestynie 80, szczególnie wielka w Kamerunie i Togo, największa w Afryce centralnej (Tanganyika około 6.000).

Jaglica.

Tylko z 7 krajów europejskich w r. 1923 nadeszły doniesienia o nowych przypadkach jaglicy. Pośród tych znajduje się Czechosłowacja, która notowała w ostatniem pięcioleciu: 4.251, 3.308, 3.252, 2.796, 3 338, i Polska z liczbami: 1.570, 1.556, 2.425, 2.737, 4.061. Liczby Polski nie powinny przestraszać, gdyż ich wzrost niewątpliwie pochodzi tylko z dokładniejszej rejestracji, a nie z istotnego wzmożenia się choroby. Jugosławja wykazała w r. 1922 — 6503 przypadków jaglicy.

Daty co do rozszerzenia się jaglicy są zupełnie niedostateczne. Brak danych z okolic notorycznie nawiedzonych, jak Rosja, Rumunja, Chiny, Japonja. W Egipcie i Palestynie, gdzie 70—95% ludności cierpi na jaglicę, zgłaszanie nowych zachorowań nie jest praktykowane. Jako wadliwość podnosi dalej publikacja, że w krajach, gdzie zgłaszanie jaglicy jest obowiązkowe, nie czyni się różnicy między postacią ostrą a przewlekłą. Zdaniem Sekretarjatu Ligi Narodów zgłaszanie nowych przypadków jaglicy ma większą wartość w tych krajach, gdzie opieka lekarska w szkołach jest zorganizowana.

Wąglik.

Notowano liczby tylko z dwu lat: 1922 i 1923. Na czele stoi Rosja (zachorowań 3.904 i 7.801), dalej Niemcy (125 i 105), następnie Polska (56 i 57, w r. 1923 — 11 skonów), Czechosłowacja (69 i 42, w r. 1923 — 3 skony). Bardzo częsty podobno był wąglik w Jugosławji, skąd podano w jednym miesiącu, lipcu 1923 — innych dat niema — 83 zachorowań z 16 zmarłymi.

W Rosji wąglik wystąpił głównie na Ukrainie (1153 i 2.309) i w środkowym biegu Wołgi (1.303 i 1.334).

Z krajów pozaeuropejskich w roku 1923 najwięcej przypadków wykazał Urugwaj (186 zachorowań, z tego 31 skonów).

Wścieklizna.

Tylko z 8 krajów europejskich wykazano w 1923 przypadki wścieklizny u człowieka:

	Chorych	Zmarłych	
Niemcy	74	–	(w r. 1922 — 52 chorych)
Polska	36	36	(2572 przyp. pokąsania, zachorowań 1·4% — w r. 1922 — 1997 pokąsań, 37 skonów)

Czechosłowacja	22	22	
Łotwa	21	—	
Austrja	4	3	(413 pokąsań, zach. 1%)
Estonja	2	—	
Gdańsk	2	—	
Belgja	1	—	

Liczba powyższa pokąsanych w r. 1923 w Polsce nie zgadza się z liczbą osób szczepionych, którą wykazano w Sprawozdaniu z działalności Państw. Zakładu higjeny w latach 1919—1923. Szczepiono bowiem w r. 1923 w zakładzie warszawskim 3.316 osób, w zakładzie lwowskim 2.340 osób — razem 5.656 osób, a dodać jeszcze do tego należy pewną liczbę osób szczepionych w zakładzie O. Bujwida w Krakowie. Podobnie i w roku 1922 wykazano osób szczepionych w państw. Zakładzie higjeny znacznie więcej (4.215).

W Rosji niema obowiązku donoszenia o wściekliźnie.

Z krajów pozaeuropejskich są bardzo nieliczne daty. W Palestynie notowano 11 przypadków wścieklizny, wszystkie zakończone śmiercią, co w stosunku do liczby ludności (757.182 w r. 1922) stanowi liczbę bardzo znaczną.

Dok. nast.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Ludwik ROSENBERG. Łódź.

Kapillaroskopja.

Ogólny układ krwionośny człowieka można podzielić na następujące, różne co do swych czynności, układy wtórne:

1) układ pompy centralnej — serce;
2) układ rozdzielczy — tętnice;
3) układ służący do wymiany materji między krwią a tkankami — naczynia włosowate i
4) układ służący do zbierania i odprowadzania krwi — układ żylny.

Ponieważ naczynia włosowate bezpośrednio służą do wymiany materji, wolno więc powiedzieć, że trzy inne układy stoją na usługach układu naczyń włosowatych. To też dziwnem się wydaje, iż chociaż naczynia włosowate znane były już przed dwustu laty, tak mało poświęcano im uwagi, a nawet wielkie podręczniki anatomji i fizjologji przez długie lata traktowały tę sprawę pobieżnie. Dopiero począwszy od roku 1915 na nowo rzekomo »odkryto« naczynia włosowate i różni badacze równocześnie przystąpili do dokładnego opracowania anatomji, fizjologji i patologji kapillarów.

Malpighii i Leeuwenhoek, którzy pierwsi opisali naczynia włosowate, mniemali, że zbudowane są one z bezstrukturalnej błony, a ściany ich nie różnią się histologicznie od zawiązków embrjonalnych naczyń krwionośnych. Po latach wykryli Auerbach, Ebert i Hoyer — prawie równocześnie — używając metody barwienia solami srebra, że ta pozornie niezróżniczkowana błona składa się z komórek płaskich, które przechodzą stopniowo w błonę wewnętrzną tętnic i żył. Komórki te połączone są miękką, półpłynną substancją międzykomórkową. Substancja ta barwi się solami srebra na czarno, pozostają jednak po tym barwieniu miejsca wolne, które najnowsi badacze, jak Szaffer i Szymonowicz uważają za miejsca emigracji elementów komórkowych z naczyń; zaznaczają przytem, że nie istnieją one stale, ale tworzą się w rozmaitych miejscach ściany naczyniowej w miarę potrzeby. Budowa naczyń włosowatych wykazuje zresztą pewne i to dość znaczne wahania, zależnie od tego czy mamy do czynienia z gotowem już naczyniem, czy też tworzącem się dopiero, n. p. w tkankach świeżo powstających.

Jedni autorzy podają: że poza tą warstwą istnieje w niektórych kapillarach jeszcze zewnętrzna bezstrukturalna otoczka, inni — n. p. Szymonowicz nic o tem nie wspominają. Opisują natomiast stale występującą warstwę, którą uważają za *»adventitia capillaris«*; ma ona się składać z komórek gwiaździstych, których wypustki wzajemnie się łączą. Pierwszy Rouget (1873) przypisywał im własności komórek mięśniowych — kurczliwych. O badaniach Rougeta zapomniano i dopiero, po prawie 30-tu latach (1902) Zygmunt Mayer opisał je na nowo. Jego badania nie wzbudzały z początku zaufania, ponieważ wyniki otrzymywał tylko przy barwieniu przyżyciowem; ale następne badania Steinacha i Kahna a ostatnio Vimtrupa dały ostateczną pewność. Według dzisiejszego stanu badań ściany naczyń włosowatych składają się:

1) z warstwy środbłonkowej,
2) bezstrukturalnej błony podstawowej i
3) z komórek Rougeta;

te ostatnie są, zdaje się, pozostałościami mięśniówki naczyniowej tętnic.

Budowa praekapillarów jest identyczną z wyżej podaną budową naczyń włosowatych; trzy jednak podane warstwy są w nich znacznie lepiej zróżniczkowane.

Podczas, gdy opisy przytoczone przyjmują, iż mięśniówka przechodzi stopniowo z tętnic na kapillary, gdzie ostatecznie istnieje w postaci pojedynczych komórek mięśniowych, komórek Rougeta, inni badacze, jak Günther, Klemensiewicz i Jacobi, uważają, iż warstwa mięśniowa kończy się nagle poza punktami podziału drobnych tętniczek, tworząc w tych miejscach zgrubienia, rodzaj tam, mogących regulować dopływ krwi do naczyń włosowatych.

Tak samo jak o budowie wiele i różnie pisano także o czynności naczyń włosowatych.

I tak: cały szereg starszych autorów z Cohnheimem na czele wyraźnie podają, iż nie widzieli nigdy rozszerzenia i kurczenia się naczyń włosowatych, a Łapiński mówi, że pozorne ruchy kurczenia i rozszerzania się są bierne i wynikają z odpowiednich czynności tętnic i żył.

Druga grupa autorów jest zdania, iż kapillary posiadają zdolność samoistnego wykonywania ruchów: zwężania i rozszerzania się, lecz podczas gdy Stricker, Golubew, Tarchanow i Mares uważają, iż kurczliwość kapillarów polega na pęcznieniu komórek wśródbłonka, które przyjmują wodę z osocza krwi, a następnie mogą ją z powrotem do krwi oddawać, przy czem następuje zmiana światła kapillarów — inni autorzy, a zdanie tych ostatnich jest dzisiaj powszechnie przyjęte, uważają, iż opisane przez Rouget'a i Z. Mayer'a komórki są komórkami tkanki mięśniowej, które, kurcząc się pod wpływem podrażnienia nerwów, powodują zwężenie światła naczyń włosowatych.

Steinach i Kahn robili też odpowiednie pomiary, przekonywujące o słuszności tej teorji. Badania te zostały także potwierdzone przez Vimtrupa, Krogha i Rehberga. Udowodnili oni, iż komórki Rougeta, tak jak wszystkie włókna mięśni gładkich, reagują na podniety mechaniczne, termiczne, świetlne; że koncentracja osmotyczna otaczających je płynów, ich zawartość jonów wodorowych i wodorotlenowych, ewentualnie dodane do płynów tych ciała chemiczne, organiczne czy też nieorganiczne i, wreszcie, krążące we krwi hormony — mają mniej lub więcej wyraźny wpływ na stan kurczliwości naczyń włosowatych.

O ile jakaś substancja działa na dany odcinek naczyń włosowatych i wywołuje n. p. ich rozszerzenie, to możemy tu rozróżnić następujący mechanizm: albo jest to działanie bezpośrednie, albo też pośrednie — przez nerwy lub inną przewodzącą podniety tkankę. W działaniu bezpośredniem mieści się znów kilka możliwości; albo dana substancja działa na kurczliwość komórki wprost, albo na płytkę myoneuralną albo, wreszcie, działa na samą tkankę, w której znajdują się te komórki i zmienia ich właściwości; ponieważ obecnie nie umiemy zróżnicować sposobu tego działania, nazwiemy działaniem bezpośredniem to działanie, przy którem odczyn ogranicza się tylko do odcinka, na który zadziałaliśmy.

Przy działaniu pośredniem podnieta przenosi się albo drogą nerwów, jako odruch rzeczywisty, względnie — w wyjątkowych wypadkach — odruch osiowy (*Axonreflex*) lub też na drodze komórek Rougeta, tworzących *syncytia*.

W związku ze sprawą wpływu nerwowego na kapillary powiedzieć należy, że w roku 1863 opisał pierwszy Beale biegnące wzdłuż naczyń włosowatych dwa nerwy. Jego spostrzeżenia zostały następnie potwierdzone przez wielu autorów, którzy rozporządzali już lepszą techniką (barwienie

solami złota). Glaser i L. R. Müller tak opisują spotkane obrazy: »Naczynia włosowate objęte są siatką nerwów, powstałą skutkiem licznych połączeń dwu równolegle biegnących nerwów. Na nerwach tych zauważyć można w nierównych odstępach występujące guziczki. Niektóre naczynia włosowate otoczone są nerwem spiralnie«.

Naczynia podlegają działaniu nerwów roślinnych przyczem włókna sympatyczne przewodzą podniety, wywołujące zwężenie naczyń, włókna zaś parasympatyczne, wobec braku osobnego mechanizmu mięśniowego rozkurczowego — wywołują rozszerzenie skutkiem porażenia wpływów zwężających. Poza tem posiadają naczynia większe, własne sploty nerwowe.

Własnych splotów — Lengley'a »enteric system« — w naczyniach włosowatych dotąd nie wykryto i, według wszelkiego prawdopodobieństwa, naczynia włosowate ich nie posiadają.

Naczynia włosowate tworzą siatkę otaczającą wszystkie organy ciała. W danej okolicy ciała, naczynia włosowate mają równą wielkość, w rozmaitych narządach — różnią się znacznie zarówno pod względem gęstości siatki, jak i rozmiarów. Najgęstszą siatkę tworzą one w płucach i na siatkówce oka; podobnie przedstawia się siatka w skórze, mięśniach i na błonach śluzowych; natomiast ścięgna i tkanka łączna mają siatkę o dużych oczkach i ilość naczyń włosowatych jest tam znacznie mniejszą. W siatkach tych można spostrzegać krążenie krwi i to — zależnie od stosunków ciśnienia, — często w obu kierunkach, czasem zaś widać zupełny zastój.

Poza kapillarami istnieją jeszcze, prawdopodobnie, opisane przez Hoyer'a (w 1877 r.) bezpośrednie połączenia między drobnemi tętniczkami i żyłami. Połączenia te nazwał Hoyer kanałami odciążającemi. Ostatnio opisywał Jürgensen u hypertoników i chorych z niedomykalnością aorty takie bezpośrednie połączenia; mają one zabezpieczać naczynia włosowate przed zbyt dużem ciśnieniem i regulować tem samem normalny bieg krwi.

O ile chodzi o szybkość krążenia krwi w kapillarach, to wchodzą tu w grę następujące czynniki: światło kapillarów, ich długość, powierzchnia przekroju, pojemność i, wreszcie, ogólna ilość kapillarów. Tigerstedt podaje, że światło kapillarów wynosi około 0,007 do 0,013 mm, a długość, to znaczy odległość między zakończeniem najmniejszych tętniczek a początkiem żył, 0,2 mm; powierzchnia przekroju przeciętnie 0,000079 mm^2, szybkość 0,5 mm na sekundę; a zatem przepływa w jednej sekundzie przeciętnie ilość 0,00004 mm krwi przez każde naczyńko włosowate; ponieważ zaś objętość sekundowa serca w spoczynku wynosi 60 cm^3 = 60.000 mm^3, zaś objętość sekundowa każdego naczyńka wynosi 0,00004 mm^3, a zatem ilość kapillarów w ciele wynosiłaby $\frac{60,000}{0,00004}$ = 1.500,000,000, t. zn. taka ilość, któraby zdolną była całą ilość krwi wyrzuconą z serca pomieścić. Inne obliczenia (Nikolai) podają ilość kapillarów na 4,000.000.000; obliczenia te mają, oczywiście, znaczenie czysto teoretyczne i nie mogą być ścisłe. Możemy bowiem zawsze dostrzec, że tylko część kapillarów jest wypełnioną, inne zaś wypełniają się tylko w miarę potrzeby. Dokładne obliczenia Krogha podają n. p. że podczas gdy w spoczynku obliczano w 1 mm^2 200 naczyń włosowatych, to w mięśniach pracujących ilość ich dochodziła do 2.500.

Sposoby mierzenia ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych są dwojakie: bezkrwawe i krwawe.

Bezkrwawą, a bardzo prymitywną metodą mierzył Kriess ciśnienie w kapillarach w ten sposób, że obciążał płytkę szklaną ułożoną na grzbiecie palca tak dlugo, aż zauważył wyraźną różnicę barwy między obciążoną, a nieobciążoną skórą. Tą metodą otrzymał on wartość ciśnienia 37,7 milimetrów Hg., przy wyższem ułożeniu ręki otrzymywał wartości mniejsze, przy niższem — większe. Cały szereg autorów używając do swych pomiarów, czy to płytek sztywnych, czy też ucisku płynem lub gazem, i oglądając zmianę zabarwienia pod mikroskopem, otrzymywali wartości od 71 milimetrów Hg. do 7 mm Hg. Ostatecznie, najpewniejsze dane uzyskali współpracownicy Krogha-Rehberg i Carier — na drodze krwawej w następujący sposób:

Rurkę szklaną o świetle 4 mm i długości 10 cm wyciąga się w ten sposób, iż tworzy ona na końcu rurkę włosowatą o przekroju 0.01 do 0.02 mm; wypełnia się ją ciepłym roztworem fizjologicznym soli, łączy z manometrem wodnym, poczem pod mikroskopem wprowadza się jej ostry koniec do naczynia włosowatego. Jeżeli ciśnienie krwi jest wyższe, wtedy krew wpływa do rurki, za pomocą odpowiedniego podnoszenia manometru można wyrównać ciśnienie, co widać pod mikroskopem, jako tętnienie krwi synchroniczne z akcją serca, i odczytać na manometrze wysokość ciśnienia. Liczby przez nich otrzymane wynoszą 4,5 do 7,5 cm. wody; ręka badana powinna się znajdować 7 do 10 cm poniżej obojczyka.

O przepuszczalności ścian kapillarów nie mamy dotąd ścisłych danych. Z jednej strony cały szereg autorów podaje, iż zachodzą tu czynności czysto fizyczne — dyfuzji i osmozy, gdy inni wypowiadają przypuszczenie, iż prócz fizycznych właściwości musimy tu mieć także do czynienia z wydzielaniem komórek kapillarów. Trzeba jednak zwrócić uwagę na właściwości specjalne niektórych narządów. Już Heidenhain w 1891 r. zwrócił uwagę na to, iż krowa dając dziennie 25 litrów mleka wydziela w nim 42,5 gr wapnia, t. zn. 1,7 gr w litrze. Ta ilość wapnia pochodzi ze krwi, w której zawartość wapnia wynosi tylko 0,18 gr w litrze; z tego wynika, że naczynia włosowate gruczołu mlecznego mają zdolność przepuszczania znacznie większej ilości wapnia, niż naczynia włosowate innych narządów.

Klemensiewicz w ten sposób ujmuje kwestję przepuszczalności ścian naczyń włosowatych:

1) ściana kapillarów jest błoną kolloidalną:

2) znajduje się ona pod wpływem zawartej w niej cieczy;

3) ponieważ musimy przyjąć, iż krew tętnicza dopływająca do kapillarów ma we wszystkich miejscach ten sam skład, wynika z tego, iż na zdolność przepuszczania ścian kapillarów mają decydujący wpływ otaczające tę ścianę soki tkankowe, z czego znów wynika rozmaitość zdolności przepuszczania ścian naczyń włosowatych różnych okręgów naczyniowych;

4) posiada zatem ściana naczyń włosowatych jako błona koloidalna zdolność wybiórczą;

5) różnica ciśnienia hydrostatycznego jest siłą popędową ruchu płynów, między krwią a tkankami;

6) różność elementów, z których się składa naczynie włosowate, czyni możliwem przypuszczenie, że nie wszystkie składniki ściany mają te same właściwości fizyczno-chemiczne;

7) okresowość pewnych czynności narządów pozwala na przypuszczenie, że przepuszczalność może być także czasowo różną.

Jak już wspomniałem, nie zwracano w starszych podręcznikach anatomji i fizjologji wiele uwagi na naczynia włosowate. To samo można powiedzieć o stronie klinicznej. Może najwięcej i najwcześniej zajął się sprawą kapillarów chirurg Bier. Zważył on, że po zdjęciu opaski Esmarcha, t. zn. po czasowem przerwaniu dopływu krwi, występuje na danej kończynie silne przekrwienie odczynowe. Ten objaw uważał za odczyn kapillarów na czasową niedokrwistość; kapillary mają według niego zdolność przyciągania krwi tętniczej. Właściwość tę nazywa on «Blutgefühl». Bier przytacza na dowód słuszności swych zapatrywań cały szereg ciekawych doświadczeń, z których kilka najważniejszych chcę tu przytoczyć.

Przecinał w okolicy pachowej świni wszystkie tkanki, tak iż cała kończyna wisiała jedynie na tętnicy i żyle; następnie zakładał na 5 minut zacisk na tętnicę. Po usunięciu zacisku występowało przekrwienie tak samo, jak po założeniu opaski Esmarcha. Po dostatecznym dopływie krwi następowało zblednięcie kończyny. Aby dowieść, że objaw ten nie zależy od centralnego układu nerwowego, przecina w następnem doświadczeniu tętnice i łączy obie przecięte części za pomocą szklanej rurki. Otrzymuje ten sam wynik. Stąd wniosek: tkanka anemiczna przyciąga krew tętniczą, a dzieje się to bez udziału centralnego układu nerwowego.

Ale nietylko łapczywe otwieranie się kapillarów na krew tętniczą należy do pojęcia »Blutgefühl« Biera; udowadnia on także swoimi doświadczeniami, iż naczynia włosowate zamykają się energicznie broniąc się przed krwią żylną.

Odpreparowuje on tchawicę i równocześnie tętnicę udową. Zakłada następnie opaskę i wywołuje anemję; po 10 ciu minutach zatyka tchawicę i czeka, aż całe ciało nieznacznie zsinieje. Wtedy zdejmuje opaskę. Kończyna staje się na krótki czas nieco sino przekrwioną, poczem wraca do normy. Wtedy dopuszcza dopływ powietrza przez tchawicę. Po kilku oddechach następuje znaczne przekrwienie tej kończyny, która była podwiązana. W następnem doświadczeniu zdejmuje po 10-ciu minutach opaskę, poczem występuje silne przekrwienie. Wtedy zatyka tchawicę; przekrwiona kończyna zmienia naprzód zabarwienienie na sine, a następnie blednie. Po dopuszczeniu dopływu powietrza występuje powtórne przekrwienie. Podczas całego doświadczenia bada tętno na operowanej kończynie i stwierdza tętnienie.

Jakkolwiek zarzucali fizjologowie Bierowi, że wyrażenie »Blutgefühl« jest złe, mimo te jednak żaden z fizjologów dotąd — a doświadczenia Biera były robione w 1897 i 1898 r. — nie umiał znaleźć odpowiedniejszego wytłumaczenia.

Dziwnym trafem nie zwrócono zupełnie uwagi na pracę w tym kierunku innego chirurga Huetera, który już w r. 1879 oglądał pod mikroskopem i opisał kapillary na błonie śluzowej warg.

Ostatnio Pfab i Hoche z kliniki Eiselsberga podają na podstawie badań kapillaroskopowych ścisłe wskazania dla wykonywania operacji Leriche'a.

Najłatwiejszą sposobność do obserwowania kapillarów mieli okuliści. To też pierwsze opisy dotyczące wprawdzie grubszych naczyń spojówki pochodzą z roku 1852 (Coccius). Dokładniejsze badania dotyczące naczyń włosowatych podaje Schleich (1902) a potem jego uczeń Zeller. Wyniki tych badań różnią się nieco od wyników osiągniętych przez O. Müllera — właściwego twórcy kapillaroskopji, a to głównie ze względu na różny charakter naczyń włosowatych skóry i spojówki. Opisuje on cały szereg zmian charakterystycznych dla rozmaitych spraw chorobowych, które spostrzegał na kapillarach spojówki; przestrzega jednak przed nadawaniem zbyt wielkiego znaczenia tym objawom i stawianiem tylko na tej zasadzie rozpoznania. Podaje też swoje spostrzeżenia nad działaniem rozmaitych środków farmakologicznych jak adrenalina, atropina, physostygmina, kokaina i pilokarpina. Ostatnio podaje Köppe dokładne spostrzeżenia o naczyniach włoskowatych rogówki i spojówki i zwraca szczególną uwagę na kanały derywacyjne.

Z internistów pierwszy Quinke zwrócił uwagę na tętnienie kapillarów pod paznogciami i tłómaczył ten objaw przedewszystkiem tem, iż kapillary są na tem miejscu znacznie szersze, a następnie, że wynika ono z podniesienia się ciśnienia w tętnicach, które przenosi się na kapillary. Glässner doszedł do przekonania, że nietylko stan serca ma wpływ na to tętnienie, ale że może ono też powstawać skutkiem przyczyn w obwodowej części układu krążenia. v. Noorden wypowiedział następnie przypuszczenie — na podstawie obserwacji tętnienia przy niedomykalności zastawki dwudzielnej — że nietylko podwyższenie fali tętna, względnie podwyższenie centralnej amplitudy ciśnienia, lecz także zachowanie się drobnych tętniczek może spowodować widoczne tętnienie kapillarne. W ostatnich czasach Jürgensen twierdzi, że widoczne tętnienie kapillarne jest wynikiem zwiększonej pracy lewej komory i całego układu tętniczego, Może ono wystąpić wszędzie tam gdzie naczynia są choćby czasowo uszkodzone przez toksyny.

Z badań tych wynika, że widoczne tętnienie może być wywołane albo przez podniesienie amplitudy ciśnienia w aorcie, albo też przez zmiany chorobowe w drobnych tętniczkach i kapillarach (n. p. przy porażeniu wazomotorów) i wtedy nawet aplituda normalna ciśnienia przenosi się w kapillary.

Sprawą poruszaną przez Biera zajmowali się interniści. Mathes wypowiada się o tem w ten sposób: podniesienie się ciśnienia po założeniu opaski przemawia za tem, iż istnieje obwodowa siła ssąca; czy polega ona na elastyczności przedtem uciśniętych naczyń, względnie tkanek, czy też na czynności samych kapillarów — rozstrzygnąć nie można.

Z badań nad ciśnieniem krwi w kapillarach ciekawe szczegóły podaje Landerer i Krauss. Ciśnienie w kapillarach jest u dzieci niższe, niż u dorosłych; u kachektyków i wycieńczonych ciśnienie w kapillarach i tętnicach jest obniżone. U chorych nerkowo w okresie wyrównania jest ciśnienie w kapillarach zmniejszone, mimo podwyższenia ciśnienia w tętnicach. Również zmniejszonem jest ciśnienie u sklerotyków — bez hypertensji i u diabetyków. Zwiększenie ciśnienia występuje we wszystkich przypadkach zastoiny żylnej. Przy obniżeniu ciepłoty podnosi się ciśnienie w tętniczkach, a opada w naczyniach włosowatych; jednakowoż przy podniesieniu ciepłoty objaw odwrotny nie występuje.

* * * Dok. nast.

W sprawie sprawozdania dra A. Kuczewskiego „IV. Międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy i z jego powodu uwag kilka" w Nr. 48. P. Gaz. Lekarskiej.

Wyczytawszy w Nr. 48, str. 751 P. Gazety Lekarskiej »Walka z gruźlicą w Polsce« Dra Kuczewskiego, jakoby Sanatorjum Bratniej Pomocy w Zakopanem »żyło z dnia na dzień« chciałbym, jako dyrektor Sanatorjum uczynić w czcigodnym piśmie pewne sprostowanie w tej sprawie.

Otóż Dr. Kuczewski, jest zapewne mylnie poinformowany, co do obecnego stanu »Domu Zdrowia« Bratniej Pomocy w Zakopanem, gdyż Zakład został w lecie 1924 roku gruntownie wyremontowany po przyjęciu opieki nad nim przez Radę Naczelną do Spraw Pomocy Młodzieży Akademickiej w Warszawie od Rady Nadzorczej w Zakopanem pod kierunkiem nowego Zarządu. Sanatorjum było nieczynne przez 3 miesiące, t. j. od lipca do 21. września 1924 roku, w którym to czasie przeprowadzono remont. Koszta remontu wynosiły około 15.000 Zł (założono elektryczne światło, otynkowano jeden z budynków, naprawiono centralne ogrzewanie, oparkaniono posesję i naprawiono wewnętrzny inwentarz, gdyż był w stanie nienadającym się do użycia).

Oprócz tej sumy Rada Naczelna wyasygnowała 10.000 Zł na zapłacenie długów dawnych. Zakład nietylko, że nie upada, ale z dnia na dzień rozwija się, tak że w najbliższej przyszłości stanie na wysokości zadania. Obecnie Zarząd stara się urządzić lampę kwarcową i aparat do odmy sztucznej.

Że społeczeństwo zakopiańskie interesuje się Sanatorjum, można wywnioskować z tego, że, gdy zrobiono zbiórkę w końcu letniego sezonu, zebrano około 1200 Zł prawie od stałych mieszkańców, bowiem przyjezdnych prawie że już nie było. Trzeba tylko pracy, dobrej woli, a społeczeństwo zawsze okaże zainteresowanie i poparcie.

Dr. *Zygmunt Janiszewski*
dyrektor Sanatorjum B. P. w Zakopanem.

Oceny i sprawozdania.

Abel. Olsen. **Bakteriologisches Taschenbuch.** Wydanie 27. Lipsk 1925. (Curt Kabitzsch). Stron 166. — Cena 2·70 złotych marek niem.

Ostatnie wydanie znanego »kieszonkowego« podręcznika techniki bakterjologicznej Abla, profesora higjeny w Jenie, opracowane przez Olsena, docenta w Berlinie, różni się od 5 wydań poprzednich, przedrukowywanych bez zmiany, dodaniem rozdziału o odczynach Weil-Felixa i Sachs-Georgiego, oraz licznemi uzupełnieniami w rozdziałach o gruźlicy, kile, grypie, o hodowli beztlenowej, oraz dołączeniem nowych rozdziałów o ogólnych zasadach postępowania z materjałem do badania, o chorobie Weila i krztuścu.

Nawet w tak szybkim ruchu wydawniczym, jak niemiecki, niełatwo podręcznikowi dożyć w ciągu 35 lat — 27 wydań. Sam ten fakt wymownie świadczy o zaletach książeczki Abla-Olsena, którą dobrzeby było przetłómaczyć na polskie. *r.*

Prof. Dr. H. Villard. **Consultations de thérapeutique oculaire à l'usage des praticiens.** (Porady z zakresu lecznictwa ocznego do użytku lekarzy-praktyków). 1924. (Nakładem księgarni wydawniczej Masson et Co. Paryż VI. Bould. St. Germain 120).

We wstępie zaznacza autor, że opracowane przez niego porady z zakresu lecznictwa okulistycznego bynajmniej nie są przeznaczone dla okulistów, lecz tylko dla lekarzy praktycznych, w których zakres działania wchodzą także choroby oczne. Z tego względu ogranicza V. zakres porad lekarskich do przedniego odcinka gałki ocznej i przydatków oka, które są łatwo dostępne badaniu lekarzom praktycznym, a z licznych środków leczniczych wymienia V. tylko te, które na podstawie swego osobistego doświadczenia uważa za najbardziej skuteczne.

Wskazania lecznicze są zwięźle i przystępnie opracowane, a przed każdem wskazaniem są dla przypomnienia skreślone w krótkości obrazy kliniczne poszczególnych postaci chorobowych. Tak więc wskazówki lecznicze, podane przez autora, dotyczą schorzeń powiek, spojówki, woreczka łzowego, rogówki, tęczówki, zaćmy początkującej i jaskry.

Stosunki powojenne i złączona z nimi drożyzna sprawiły, że chory z prowincji z cierpieniem dłużej trwającem, jak n. p. przewlekłe schorzenie powiek, coraz rzadziej może pozostać w leczeniu lekarza-specjalisty i z konieczności musi zasięgnąć porady lekarza-praktyka w miejscu swego zamieszkania. Wskazówki lecznicze, podane przez V., powinny być stosowane przez lekarzy praktyków, tem bardziej, że autor przy leczeniu rozmaitych postaci tych schorzeń w wielkiej mierze uwzględniać każe stan ogólny chorego.

Tak samo szczegółowo podane są sposoby postępowania leczniczego przy nieżytach spojówki rozmaitego pochodzenia. W szczególności śluzoropotok noworodków jest obszernie omówiony. V. dzieli postępowanie lecznicze przy śluzoropotoku noworodków na dwie zasadnicze grupy: na leczenie zapobiegawcze i właściwe postępowanie lecznicze. Leczenie zapobiegawcze obejmuje trzy okresy: w okresie przed porodem i podczas porodu wskazane są częste przepłukiwania części rodnych u matki, po porodzie zastosowanie zabiegu Credego u dziecka. Przy postępowaniu leczniczem rozwiniętego już cierpienia zaleca V. częste i obfite przepłukiwania oka słabymi rozczynami nadmanganianu potasu i środki ściągające (azotan srebra). Przy śluzoropotoku u dorosłych zaleca V. również śródmięśniowe wstrzykiwania mleka.

Przy omawianiu terapji jaglicy przypomina autor w osobnym dopisku, że jaglica należy do chorób podlegających ustawie o zgłaszaniu chorób zakaźnych (co obecnie i u nas także bywa przestrzeganem). Proteinoterapię stosuje także autor przy zapaleniu tęczówki i zropieniu całej gałki ocznej.

Brak miejsca nie pozwala na wyliczenie szczegółowe zapisków leczniczych, podawanych przy innych cierpieniach. O jednym jeszcze bardzo ważnym szczególe chciałbym wspomnieć, a mianowicie, że autor zwraca szczególną uwagę na rozpoznanie różniczkowe między zaćmą początkującą a przewlekłą jaskrą prostą.

W podręcznikach okulistyki nie zawsze położony jest nacisk na możliwość pomieszania obu spraw chorobowych a doświadczenie kliniczne uczy, że pomyłki w obu tych sprawach chorobowych jeszcze zawsze się zdarzają. Zwykłe prześwietlenie oka lusterkiem płaskiem może rozstrzygnąć rozpoznanie i uchronić chorego przed zgubnemi skutkami, jakie wynikają z zaniechania właściwego leczenia przy jaskrze.

Książeczka prof. Villarda zasługuje w zupełności na rozpowszechnienie wśród lekarzy-praktyków.

W. Reis (Lwów).

Prof. F. Jessen. **Die Prognose der Lungentuberkulose.** Lipsk 1925. J. A. Barth.

Jest to broszura o 14-tu stronicach, która wyszła jako 17-ty zeszyt, wydawanej przez prof. Lydję Rabinowitsch, „Tuberculose Bibliothek“, poświęcona rokowaniu w gruźlicy. Dawniej rokowanie w chorobie odgrywało w praktyce lekarskiej wielką rolę, a nawet większą, aniżeli samo leczenie, a lekarz, który umiejętnie rokował, był wysoko ceniony. Dziś znów nie rokowanie, lecz rozpoznawanie wystąpiło na plan pierwszy. Nie mniej jednak ważną jest rzeczą oceniać w przebiegu gruźlicy, o ile wskutek naszych zabiegów leczniczych zmienia się rokowanie. W tej pracy przechodzi autor pokrótce cały szereg momentów ważnych w rokowaniu, jak: obciążenie dziedziczne, charakter chorego i wpływy psychiczne, tempo przebiegu choroby, obecność bakteryj we krwi, obecność jam, charakter plwociny, obraz roentgenologiczny, budowa klatki piersiowej, stan narządu krążenia i parcie krwi, krwotoki płucne, reakcje moczowe, stan przewodu pokarmowego i układu nerwowego, powikłania, reakcje krwi i inne. Autor stoi na stanowisku, że spostrzeżenia kliniczne dają znacznie pewniejsze podstawy do rokowania aniżeli laboratoryjne. Jedyny zarzut jaki należy zrobić tej dobrej pracy jest ten, że na zbyt małej przestrzeni zbyt wiele momentów jest traktowanych, co oczywiście pociągnęło za sobą pewną pobieżność w omawianiu tematu.

Dr. *M. Blassberg* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Zapiski lecznicze.

Przy leczeniu **krzywicy** należy uwzględniać momenty etjologiczne, które dzielą na: wewnętrzne obok konstytucji — dzieci przedwcześnie urodzone i bliźnięta, i na zewnętrzne: nieracjonalne odżywianie, przekarmianie mlekiem, potrawami mącznemi, brak witamin; choroby takie, jak grypa, zapalenie płuc, zaburzenia trawienne. Dzieciom wcześnie urodzonym — tran zapobiegawczo. Przy nadmiarze mleka — wodany węgla. Przy obecności stolców mydlinowych — zupka słodowa Kellera; od 6 miesiąca życia podawać zupę z jarzyn, z kaszą, codziennie 1—2 łyżki świeżego soku owocowego lub jarzynowego; po 6 miesiącu życia, jeśli są pierwsze objawy krzywicy — mleka nie więcej, niż pół litra dziennie; dzieciom starszym — zupa Czerny-Kleinschmidta. Powietrze, kąpiele słoneczne, naświetlania słoneczne, od kilku minut począwszy. Naświetlania kwarcowe. Tran! Wapień w postaci *Ca phosf.*+ *Ca lacticum ana,* trzy razy dziennie na końcu noża. Adrenalina do wewnątrz lub podskórnie.

(Zt. f. aerztl. Fortb. 1924. Nr. 22).

Uczulanie skóry eozyną przy leczeniu krzywicy lampą kwarcową. W przeddzień naświetlania 10 cg *Eozini crystab (»bläulich«)* Höchst w 10 gramach wody; podzielić na trzy porcje, podawać w ciągu dnia z posiłkiem — mlekiem; smak gorżkawy, do którego się jednak dzieci przyzwyczajają. Trwanie naświetlania przewiduje ogółem 100 minut, podług takiego n. p. planu: Dwa naświetlania tygodniowo; odległość lampy 70 cm. W 1 tygodniu dwa po 5 minut; w 2im dwa po 10 minut; w 3im dwa po 15 minut; w 4-ym tygodniu dwa po 20 minut. Pierwsi tę metodę opisali György i Gottlieb w Klin. Woch. Rocznik II. Nr. 28.

(Deut. m. W. 1924. Nr. 47).

Angina pectoris może być wywołana przez podrażnienie różnych okolic układu naczyniowego, Bóle mogą wychodzić z tętnicy głównej, jej części pierwszej (aortalgja, nerwoból zwoju aortalnego — na tle kiły lub dny); mogą zależeć od schorzenia naczyń wieńcowych — wtedy ból powstaje w samem sercu i jest przeprowadzany przez nerwy sympatyczne do rdzenia. Trwający skurcz tych naczyń, i to ukrwienie serca, doprowadza do martwicy mięśnia sercowego. Jeżeli ciężkie napady dusznicy bolesnej mijają — zależy to od zaczopowania stopniowego, ale zupełnego małej gałązki naczyń wieńcowych. (D. med. W. 1924. Nr. 43). Referent słyszał z ust Hocharda inne tłumaczenie mechanizmu ustąpienia najcięższych nawet napadów dusznicy bolesnej: pod wpływem niewiadomego bodźca życiowego w mięsień sercowy — źle odżywiony — wrastają naczynia komórkowe tkanki tłuszczowej otaczającej serce.

Chininę przy zimnicy podawać należy wyłącznie o 2 do 3 godziny przed spodziewanym napadem; podawać w łyżce marmolady owocowej i to w 1—2 godziny po obfitszym po-

siłku (kiedy ilość soku żołądkowego jest znaczniejsza). W przypadkach na chininę opornych — stosować chinidynę.

(D. med. Woch. 1924. Nr. 39).

Wapń, jako środek przeciw rozwolnieniom. Polecają go z wielu stron. Jako *kalzan* — po 4 do 10 gramów dziennie, jako *larosan* — dzieciom. Zdaje się, że nie jest to tylko *adstringens;* działa przyczynowo, tłumiąc fermentację, a może i wpływając na nabłonki kiszek i na naczynia.

Boas poleca przepis :

Rp. *Calc. carbon.*
« *phosphor, ana.*
trzy razy dziennie po łyżeczce; można dodać
orpholi 5 gr
(przetwór bizmutu i beta naftolu).

Najtańszą postacią leczenia wapniem jest stosowanie skorupek jaja kurzego, wysuszonych i bardzo miałko tłuczonych. Podawać należy przetwory wapnia naczczo, a w każdym razie na pusty żołądek.

Wskazania: *achylia gastrica (diarrhoea gastrogenes); Morb. Basedovii* razem z pankreonem. Nieżyty kiszek u dzieci: współcześnie — djeta.

Przeciwwskazane są związki wapnia przy owrzodzeniach kiszkowych n. p. *Colitis ulcerosa, Diarrhoea tuberculos.*

(D. m Woch. 1924 Nr. 44)

Zamiast *calcium carbonicum* podawać można też kredę sproszkowaną — jako tańszą, a tak samo działającą. Pamiętać należy o bardzo uporczywem zaparciu (kamienie kałowe), jakie pociąga za sobą zbyt długie podawanie przetworów wapnia.

(D. med. W. 1924. Nr. 25).

Naparstnicę przed operacjami chirurgicznemi chorym zdrowym polecają niektórzy chirurdzy. Jakkolwiek badania doświadczalne Hoffmanna (Kl. W. 1924. Nr. 40) przemawiają za tem, że na serce zdrowe naparstnica działa, to jednak słusznie Willert oponuje przeciw przenoszeniu wyników doświadczalnych do kliniki, gdzie za iluzję należy uważać przypuszczenie, by zapobiegawcze podawanie naparstnicy zdrowemu, mogło go zabezpieczyć od pooperacyjnego osłabienia mięśnia sercowego.

(Ther. Mon. 1924. Nr. 12).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.
T. XXXIX, Z. 4. Wrzesień. 1924.

N. Allison. **Chirurgja stawu kolanowego.** Zabiegi operacyjne na stawie kolanowym nie są niebezpieczniejsze przy obecnym stanie chirurgji — od zabiegów na innych częściach ciała — t. zw. zachowawcze postępowanie przy cierpieniach stawu kolanowego nie jest w rzeczywistości zachowawczem, gdyż najczęściej nie przywraca funkcji stawu — zachowawczemi powinno się nazywać właśnie postępowanie operacyjne, gdyż według dotychczasowych wyników — ono raczej — prowadzi do zachowania czynności.

W uszkodzeniach wewnętrznych stawu kolanowego: jak uszkodzenia chrząstek, więzadeł, ciała wolne: w przewlekłem zapaleniu torebki stawowej leczenie operacyjne (w przewlekłem zapaleniu stawu — wycięcie torebki) w 80—90% przywraca w zupełności funkcję stawu (Allison, Goldthwait, Swett, Jones) W cierpieniach ostrych — ogromne znaczenie posiada rychłe rozpoznanie, gdyż z chwilą gdy wytworzy się ubytek chrząstki — pokrywającej powierzchnie stawowe — powrót do (zupełnej) normalnej ruchomości stawu jest niemal wykluczony. Stąd w przypadkach niejasnych nacięcie próbne stawu jest uzasadnione. W przypadkach zaburzeń ropnych wczesne nacięcie i umożliwienie odpływu ropy. Gosset podczas wojny wszystkie zranione stawy kolanowe zaraz po przybyciu do szpitala otwierał, usuwał chore tkanki i zeszywał albo pierwotnie, lub wtórnie po wyjałowieniu — wyniki miał doskonałe.

Willems postępował podobnie, pobudzając chorych zarówno z zranieniami stawów zeszytymi pierwotnie, jak i setonowanymi — do jak najwcześniejszych ruchów czynnych. Sposób Willemsa, wypróbowany przez autora na 18 przypadkach dał wyniki zdumiewające (w 16 pełna ruchomość stawu, w 2 zesztywnienie).

W armji francuskiej podczas ostatniej wojny z chwilą, kiedy zaczęto stosować wczesną artrotomję, *débridement,* i zeszycie na ślepo (do 36'h po zranieniu) i bezpośrednią mobilizację kończyny śmiertelność z 27,5% spadła na 1% ilość amputacyj z 30% na 2,8%. Dobre czynnościowe wyniki uzyskano w 86,5%.

W *gonitis gonococcica* —w stadjum ostrem — z podniesieniem ciepłoty i naciekiem torebki stawowej A. poleca artrotomję — usunięcie zgrubiałej torebki, przemycie stawu roztworem fizjologicznym i zeszycie pierwotne. W przewlekłem zapaleniu z obfitym wysiękiem można próbować — autoseroterapji (wstrzyknięcie punktatu pod skórę, ale pewniejsza artrotomja.

W gruźlicy stawu kolanowego autor zajmuje stanowisko skrajne — leczenie zachowawcze rzadko daje dobre wyniki — u dorosłych lepiej zawczasu wykonać resekcję stawu, niż tracić czas na próby zachowawcze. U dzieci lepiej czekać, gdyż wiele gruźlicy dziecięcej goji się z zachowaniem ruchomości stawu, jakkolwiek i przy tym zachowawczym sposobie leczenia skrócenie kończyny — z powodu nieużywania przez szereg lat w okresie wzrostu — nie da się uniknąć, o ile leczenie zachowawcze jest do przeprowadzenia u dzieci należy usuwać tylko chrząstki stawowe.

E C. Mason **O krzepnięciu krwi.** Pomijając śmiertelność z zaczopowania tętnicy płucnej — wynoszącą około 0,07% — trzy czwarte powikłań płucnych i zejść śmiertelnych po operacjach — pochodzi od embolji naczyń płucnych. M. przeprowadził badania doświadczalne nad wpływem różnych czynników na krzepliwość krwi — wychodząc z spostrzeżenia Duppy'a i Blamwiele'a, że wyciąg z tkanki mózgowej wstrzyknięty śródżylnie zabija zwierzę doświadczalne natychmiast z powodu skrzepnięcia krwi w naczyniach badał wyciągi różnych tkanek i próbował je *in vivo et in vitro.*

Najsilniej skraca czas krzepnięcia wyciąg z tkanki mózgowej (7' 45" czas krzepnięcia normalny, po wstrzyknięciu wyciągu mózgu 0' 58$^1/_2$") następnie z tkanki płucnej (1' 5"). Wyciągu z błony wewnętrznej naczyń, która ma działać najsilniej, nie badał. Czas krzepnięcia przedłużał się przy równoczesnem podaniu antikoagulenu — wyciągu z wątroby *(liver phosphatid Mc Lean).* Antikoagulen w ilości 0,001 gr. znosi działanie 0,1 gr wyciągu z tkanki płucnej. Przy operacjach prócz uszkodzenia naczyń — uszkadza się wiele tkanek, których sok dostając się do obiegu krwi zwiększa krzepliwość krwi i stwarza warunki do powstania zaczopowań. Fakt ten potwierdza również spostrzeżenie, że nie opisano dotychczas embolji u osobnika z hemofilją. Dlatego poleca podawanie antikoagulenu w ilości 0,80 gr w stanach gdzie chodzi o zmniejszenie krzepliwości a specjalnie przy transfuzjach krwi.

L. Carp. **O pozaotrzewnowej pachwinowej przepuklinie pęcherzowej z specjalnem uwzględnieniem znaczenia tłuszczu przedpęcherzowego.** Przepukliny pęcherzowe pachwinowe mogą być: 1. »śródotrzewnowe« — pęcherz jest otoczony workiem przepuklinowym; 2. »para-peritonealne«: worek częściowo otacza pęcherz; 3. »pozaotrzewnowe«: pęcherz nie pozostaje w żadnym związku z workiem przepuklinowym.

Dla rozpoznania przed operacją ważne: 1. wywiad 2 obecność szerokiego pierścienia przepuklinowego, 3. nieznaczne lub brak powiększania się przy kaszlu; 4. zwiększanie się przepukliny równocześnie z wypełnianiem się pęcherza; 5. przy ucisku na worek można wycisnąć mocz przez cewkę moczową; 6. wstrzyknięcie jodku lub bromku potasu do pęcherza — w Röntgenie widoczny uchyłek; 7. cystoskopja.

Podczas zabiegu: 1. obecność tłuszczaka przed-pęcherzowego, czasem z własną torebką i wtedy trudnego do wyłuszczenia; 2. brak worka przepuklinowego, 3. podstawa guza nie prowadzi do jamy otrzewnowej. ale za kość łonową 4. obecność szerokiego pierścienia przepuklinowego; 5. wypełnienie się worka przy napełnianiu pęcherza 6) szmer w uchyłku; 7. mocz wydobywający się przy nacięciu.

Rozpoznanie naogół rzadko postawiono; na 110 przypadków (Eggenberger) przepukliny pęcherzowej wogóle rozpoznano 18 razy, a z tego otwarto pęcherz przy operacji 5 razy. Naogół rzadkie schorzenie (61 przypadków) spotyka się między 30 a 50 rokiem życia u mężczyzn po stronie prawej — objawy uwięzgnięcia występują rzadko. W etjologji gra największą rolę tłuszczak przedpęcherzowy obecny zawsze.

Baumgarten i Thomas. **Tętniak tętnicy śledzionowej.** Opis przypadku. Na 40 przypadków tętniaka *Art. lienalis* opisanych dotychczas — 6 poddano zabiegowi operacyjnemu i wyzdrowiało 4. Rozpoznano przeważnie przy operacji lub autopsji — objawy charakterystyczne: napadowe bóle w *epigastrium,* krwawienie z żołądka, guz śledziony, tętniący guz w nadnerczu z charakterystycznym szmerem. Badanie Röntgenem pozwala wykluczyć guz żołądka. Tętnienie i guz niezawsze stwierdzano, tak, że najczęściej rozpoznanie pozostaje niejasnem. Śmierć następowała najczęściej z powodu pęknięcia tętniaka.

Lauwers. **O resekcji szczęki górnej.** L. poleca do resekcji szczęki górnej cięcie pionowe przez środek wargi dolnej — wzdłuż dolnego brzegu szczęki dolnej do kąta jej i ku górze do płatka usznego — części miękkie oddziela od kości podokostnowo przecina załamki na wyrostkach zębodołowych dolnych i górnych i cały płat z części miękkich — oddzielony aż do oczodołów unosi ku górze. Unika w ten sposób blizn oraz obrażeń nerwów i wyniki w 3 przypadkach były bardzo dobre. Jamę ustną przed zabiegiem kosmetycznie przygotowuje przez czas dłuższy, prócz tego wzmaga odporność chorego wstrzyknięciem surowicy przeciw streptokokowej.

A. Wren i J. Tennenbaum. **O wstrzykiwaniach terpentyny przy zapaleniach najądrza.** Leczyli 100 przypadków zapaleń najądrza — śródmięśniowemi wstrzykiwaniami 20% terpentyny w oliwie — w ilości ½—1 cm³ co drugi dzień i osiągnęli dobre wyniki — ból ustaje już po pierwszem wstrzyknięciu. Przeciętnie potrzeba było 3—4 wstrzyknięć.

C. Heyman. **O uruchomieniu sztywnych stawów metacarpophalangealnych.** W przypadkach zesztywnień w ekstensji stawów palców na tle długotrwałego unieruchomienia, które leczeniem ortopedycznem uruchomić nie dały się — z małego cięcia podłużnego po stronie grzbietowej — nacinał poprzecznie pół obwodu torebki stawowej i palce zginał w opatrunku na kilka dni — potem ruchy czynne i bierne. Do trzech tygodni daje się osiągnąć czynną i bierną ruchomość.

J. Buchstein. **Nowy sposób do rozpoznawania guzów głowy trzustki.** Przy guzach głowy trzustki łuk, jaki tworzy dwunastnica jest odcinkiem większego koła niż normalnie. Przez podawanie baru *per os* nie daje się to stwierdzić, gdyż bar wypuszczany partjami przez wziernik przechodzi szybko przez dwunastnicę i nie wypełnia jej całkowicie. B. wprowadza zgłębnik zakończony metalem z otworami po bokach do poprzecznej części dwunastnicy i przez zgłębnik wprowadza bar. Tą drogą udaje mu się wypełnić całą dwunastnicę. Dr. *A. Gruca* (Lwów).

Klinische Wochenschrift.
Z. 50. 1924.

Noeggerath i Eckstein. **Przyczynek do oceny phtiseoterapeutycznych wyników u dzieci.** Autorowie wychodząc ze słusznego założenia że prace phtiseoterapeutyczne nie wytrzymują krytyki, ponieważ 1 obejmują zbyt szczupły materjał, 2. stosują zbyt krótki czas spostrzegania, 3. zbyt optymistycznie ujmują pojęcie wyleczenia i 4. nie dają równocześnie możności porównywania z wynikami osiągniętymi bez leczenia tuberkuliną — przeciwstawiają im swoje badania. Wynika z nich 1. że w obserwowanej przez N. i E. epidemji odry i kokluszu nie wystąpiło ogólne uczulenie gruźlicy dziecięcej, 2. że zabiegi i opieka lekarska nie mogą sobie tego poczytać za zasługę własną, bo 3. ten brak zdolności do uczynniania gruźlicy przez odrę i koklusz ma znaczenie powszechne, inaczej musiałby wzrost śmiertelności w takich epidemjach szczególnie wskutek gruźlicy prosówkowej, uwydatnić się na odnośnej krzywej, co nie odpowiada rzeczywistości, 4. ta »próba obciążenia« gruźlicy dziecięcej, jaką są te zakażenia zawiodła i 5. spadek odporności tuberkulinowej w przebiegu pewnych schorzeń zakaźnych nie jest równoznaczny z istotną odpornością, dzieci na gruźlicę. W dalszym ciągu wynika z badań w sposób niedwuznaczny intermittujący chroniczny przebieg gruźlicy dziecięcej, co winno być ostrzeżeniem dla zbyt wielkiej liczby optymistycznie nastrojonych phtiseoterapeutów z ich krótkim czasem spostrzegania, oraz fakt, że linja wzrostu wagi i wysokości dzieci gruźliczych nie odbiega daleko od normy. Wszystkie zaś te dane uzyskali autorzy u dzieci bez tuberkuliny

Spiro i Pfanner. **O konstytucjonalnej eozynofilji w przewlekłych schorzeniach stawowych.** W obrazie krwi tego rodzaju chorych zauważyli S. i P. po podaniu pozajelitowem białka nie jak to bywa zwykle neutrofilję z eozynopenją, lecz właśnie zwiększanie się liczby eozynofilów lub wogóle zaznaczanie się ich; tą właściwość stwierdzili też jako zjawisko rodzinne i przypisują jej pewne znaczenie dla wyświetlania etjologji niezdecydowanych w podziale swoim przewlekłych schorzeń stawowych.

Brünning. **Odżywianie się ściany naczyń.** W zdrowych tętnicach odżywia błonę wewnętrzną *(intima)* i środkową *(media)* prąd krwi a oddalenie się błony zewnętrznej (*adventitia*) wraz z *vasa vasorum* nie uszkadza obu warstw naczyniowych. Odżywienie błony zewnętrznej zależy od *vasa vasorum.* 2. Z postępującą miażdżycą staje się odżywianie ściany naczyniowej zależnem od dopływu krwi przez *vasa vasorum,* tak, że wyłączenie ich z tej czynności prowadzi do martwicy ściany naczyniowej. W pewnych przypadkach nie następuje to uszkodzenie nawet przy miażdżycy znacznego stopnia.

Hirsch. **Przyczynek do problemu działania jonów w tężyczce przytarczycznej.** Sole strontu w dwóch ciężkich przypadkach *tetania parathyreopriva* przyniosły wybitną poprawę stanu — z czego autor wnosi, że katjon strontowy posiada wybitne działanie przeciwtężyczkowe podobnie, jak to ma miejsce w solach magnezowych i amonowych.

Vollmer. **W sprawie chemizmu krwi po farmakologicznem podrażnieniu nerwu błędnego.** Farmakologiczne pobudzenie układu nerwu błędnego przy pomocy pilokarpiny i choliny nie dało — po uwzględnieniu wartości przeciętnych i zagęszczenia krwi — żadnych poważniejszych zmian w zawartości surowicy krwi *Ca* — i *K.*

Kaufmann. **Przyczynek do teorji i praktyki opadania krwinek.** Zjawisko opadania krwinek zależy przedewszystkiem od fizyczno-chemicznego stanu osocza, tak, że przy użyciu stałych objętości krwinek i wykluczeniu z nich silnie patologicznie zmienionych można ten odczyn uważać za jeden z odczynów na chwiejność z erythrocytami, jako wskaźnikiem.

K. Meyer. **Znaczenie enterokoka w zakażeniach dróg moczowych i żółciowych.** Enterokok lub *streptococcus faecalis* przedstawia szczególny typ streptokoka. Ma duże podobieństwo z pneumokokiem, da się jednak tak od niego, jak i od innych typów streptokoków z całą dokładnością odróżnić. Zwykły mieszkaniec jelit może się stać chorobotwórczym, gdy wniknie do innych narządów. Znajduje się go też często w procesach ropnych, stojących w jakimś związku z jelitami, dalej w zapaleniach pęcherza i miedniczek nerkowych a przedewszystkiem w zakażeniach dróg żółciowych, gdzie pod tym względem nie ustępuje w znaczeniu swem prątkowi okrężnicy. Zakażenia paciorkowcowe dróg żółciowych są z małymi wyjątkami spowodowane przez enterokoka przyczem przyjąć dla nich należy źródło enterogenne, podobnie, jak dla *b. coli,* z którem enterokoki w sposobie i umiejscowieniu działania chorobotwórczego okazują uderzającą analogję.

A. Hiege. **»Pierwotny« nabłoniak kosmówkowy (chorionepithelioma) wątroby pod obrazem klinicznym przedziurawiającego wrzodu dwunastnicy z krwotokiem.** Streszczenie przypadku nie mówi więcej, niż obszerny tytuł.

Nr. 51.

Heeres i Russchen. **Zmiany kształtów erytrocytów we krwi żyły śledzionowej.** Zmiany kształtu ciałek czerwo-

nych, uzyskanych z krwi żyły śledzionowej królików o usuniętej śledzionie lub też z żyły śledzionowej na krótko przedtem zabitych zwierząt badane w preparacie mikroskopowym 10% zawiesiny ciałek we własnem osoczu — wskazują na to, że w śledzionie działa pozaciałkowo jakiś czynnik hemolityczny. Czynnik ten zadziaływuje pierwotnie na powierzchnię ciałek, zmienia jej napięcie i tą drogą powoduje zmianę kształtu.

G u d z e n t. **Działanie małych dawek promieni γ (radium i mesothorium) na thyreotoxykozy i chorobę Basedowa.** Sprawozdanie z 35 przypadków leczonych tym sposobem z powodzeniem i to bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego i przeszkód zawodowych.

G u b e r g r i t z i I s z c z e n k o. **Przyczynek do djagnostyki schorzeń jamy brzusznej.** Autorowie używali do tego celu znieczulenia przykręgowego, polegającego na znikaniu dolegliwości bólowych ze strony różnych narządów jamy brzusznej po blokadzie odpowiednich *rami communicantes* przez wstrzyknięcie doń minimalnych dawek środków znieczulających. W ten sposób udało im się zróżnicować schorzenia żołądka, dwunastnicy i wątroby z jednej, od schorzeń wyrostka robaczkowego, nerek i narządów miednicy z drugiej strony.

M e n d e l, W i t t g e n s t e i n i W o l f f e n s t e r n. **O perlingualnem podawaniu insuliny.** Ten sposób podawania insuliny w postaci tabletek insulinowych (Dr. Silter, Fabrik chem. pharmaz. Präparate, Berlin, Karlsstrasse) dorównuje sposobowi podskórnemu, jednak z użyciem trzykrotnej jego dawki.

H e u b n e r, S. E. D e J o n g i L a q u e r. **O wziewaniu insuliny.** I przy tych próbach stwierdzili autorowie spadek zawartości cukru we krwi, metoda jednak, jak i poprzednia bardzo dogodna, wymaga jeszcze dalszej rozbudowy.

N i t z e s k u. **Wpływ promieni pozafiołkowych i promieni X na insulinę.** Naświetlanie tymi promieniami nie spowodowało żadnych zmian w działaniu insuliny na poziom cukru we krwi królika.

L e v e n. **W sprawie leczenia krysolganem.** Po dawce 0,001 podskórnie wystąpienie burzliwych objawów ze strony układu nerwowego. Dawka więc 1 mgr. nie jest wolna od niebezpieczeństw groźnych skutków ubocznych.

Nr. 52.

A b e l i n i M i y z a k i. **Wpływ pozajelitowo wprowadzonego mleka na bilans »statyczny« (Ruhe-Umsatz) i na specyficzno dynamiczne działanie mięsa.** Próby z wstrzykiwaniem mleka zwierzętom doświadczalnym wykazały brak wpływu, jakiegokolwiek na bilans statyczny, natomiast widoczny zupełnie wpływ na specyficzno-dynamiczne działanie mięsa. Daty odnośne z przemiany materji — ilustrowane są szczegółowemi zestawieniami.

M a u s f e l d. **Próby chirurgicznego leczenia cukrzycy.** Podwiązanie części trzustki u psów prowadziło do stanu, w którem zwierzęta przy doskonałym stanie zdrowia i odżywiania zachowywały się tak, jakby ustrój ich posiadał więcej insuliny, niż w normie.

H e l w e g. **»Zacinające« się palce (schnellende Fingrr) u chorych na polyartritis.** Autor uważa *»doigt à ressort«* za wcale częste powikłanie gośćca stawowego, spowodowane łatwością powstawania uszkodzeń urazowych ścięgien i pochewek u tego rodzaju chorych.

E r n s t i F ö r s t e r. **Oznaczanie bilirubiny krwi.** Oznaczanie ilości bilirubiny zawartej w surowicy krwi (prawidłowo 0,5 miligramów w 100 cm³ surowicy krwi) ma dlatego tak wielkie znaczenie, że wartości zbliżone do 0,5 mg wskazują na stan utajonej żółtaczki. Metoda autorów jest prostą i szybką, bo strącenie białka acetonem pozwala b e z uciekania się do dalszych reakcyj chemicznych oznaczyć zawartość bilirubiny kolorymetrycznie. Metoda ta, szczegółowo opisana, ma i tę wielką zaletę, że pozwala też dokładnie oznaczyć niskie stopnie bilirubinemji.

E. Krajewski (Bielszowice, G. Śląsk).

Internacia Medicina Revuo.

T. II. Z. 6. 1924.

J. B. P r i m m e r. **Leczenie surowicą ludzką.** Autor uzyskał znakomite wyniki lecznicze, stosując leczniczo surowicę, uzyskaną z pęcherza, wywołanego pod skórą przez nałożenie plastra pryszczawkowego (kantarydowego). Sposób ten stosował: 1. przy silnych krwotokach u krawców; 2. u dziecka z pęcherzycą (*pemphigus*), poprzednio bezskutecznie leczonego, któremu zastrzyknął podskórnie surowicę matki. 3. Stosował z dobrym skutkiem surowicę ozdrowieńców przy dooskrzelowem zapaleniu płuc (*bronchopneumonia*), przy odrze i krztuścu. 4. Z dobrym skutkiem stosował przy gorączce połogowej mieszaninę szczepionki przeciwstreptokokowej ze surowicą ludzką, przyczem obserwował bardzo rychły spadek gorączki i powrót do zdrowia. 5. Obecnie robi on doświadczenia z mieszaniną ludzkiej krwi toksycznej z ludzką surowicą antitoksyczną.

Autor widzi w tej metodzie bardzo obszerne pole do dalszych działań leczniczych, wielce obiecujące.

Blassberg (Kraków).

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

T. XXVIII. Z. 3. Czerwiec 1924.

O t t o C o r s d r e p s. **Cor biloculare przy situs viscerum inversus.** Przypadek wrodzonej wady sercowej u 4-miesięcznego niemowlęcia badany pośmiertnie. Serce prawie trzykrotnie powiększone uciska na sąsiednie płaty płucne, tworząc atelektazę, a położone przeważnie po prawej stronie od linji środkowej przy *situs viscerum inversus*. Serce to składało się z 2 przedsionków i tylko jednej komory, skutkiem czego wprowadza do obiegu krew mieszaną żylnotętniczą. Klinicznie objawiało się to w postaci ogólnej sinicy (*morbus caerulens*).

Kliniczne objawy były następujące: Sinica przetok zewnętrznych, serce wypukiem znacznie powiększone, rozwój fizyczny znacznie cofnięty, tętno stale zwolnione.

B r u c h. **O plamie mongolskiej przy wadach wrodzonych.** Plamy mongolskie u człowieka są z jednej strony pochodzenia atawistycznego, czego dowodem są komórki barwikowe (t. zw. *Mongollenzellen*) występujące stale w późnym okresie płodowym, lub nawet w okresie noworodka, najczęściej w głębszych warstwach skóry okolicy lędźwiowej. Z drugiej strony są one wypływem anomalji rozwojowej zawiązka płodowego. Cały szereg wymienionych w piśmiennictwie przypadków wad rozwojowych, którym towarzyszyły plamy mongolskie stwierdza to ostatnie przypuszczenie. Autor przytacza przypadek mongolskiej postaci idjotyzmu, wady rozwojowej pępowiny i ramienia, który również odznacza się plamą mongolską. Związek między plamą mongolską a mongolską postacią idjotyzmu jest o tyle znamienny, iż ten ostatni jest również przejawem atawizmu po małpach antropoidalnych.

E t t i g. **O rozpoznaniu różniczkowem między pleuritis mediast. post. a naciekiem w nieprawidłowym płacie płucnym.** Kazuistyka.

B e c k. **O klinice żółtaczki hemolitycznej u dziecka.**

I. Rzadki przypadek żółtaczki hemolitycznej u 5-miesięcznego dziecka, w przebiegu której stwierdzono t. zw. kryzy hemolityczne z charakterystycznem wzmożeniem żółtaczki i zawartości barwika żółciowego w surowicy krwi, obok tego typowy obraz krwi i zmniejszenie oporności krwinek czerwonych. Podczas, gdy środki lecznicze wewnętrzne zawiodły, to po ekstyrpacji śledziony stan ogólny natychmiast się poprawił.

II. Liczne przypadki z piśmiennictwa, jakoteż 2 przypadki przez autora przytoczone wskazują niezbicie na związek, zachodzący między głową wieżowatą, a żółtaczką hemolityczną. Bliższe wyjaśnienie nieznane.

R ü h l e. **3 przypadki śmierci wskutek aspiracji po karmieniu papką u niemowląt.** 3 przypadki zejścia śmiertelnego u młodych niemowląt karmionych papką z powodu aspiracji gęstej treści żołądkowej i następowego aspiracyjnego zapalenia płuc winny być ostrzeżeniem przed zbyt pochopnem sto-

sowaniem diety papkowej u młodszych niemowląt, zwłaszcza zaś u takich, które są skłonne do wymiotów.

P e i s e r. **Przyczynek do znajomości proporcji ciała u dziecka w okresie rozwojowym.** Statystyczne daty zebrane na materjale 335 dzieci, tyczące się stosunku wysokości siedzeniowej do długości ciała w ciągu wzrostu fizycznego dziecka. Wedle tych dat stosunek ten, zwany wskaźnikiem wysokości siedzeniowej z m n i e j s z a s i ę do 13-go roku, by odtąd stale i zwolna się wzmagać.

G e r l a c h. **O zapobiegawczem szczepieniu odwłóknioną krwią dorosłych przy odrze.** Odwłókniona krew dorosłych, którzy przebyli odrę, uodparnia skutecznie przeciwko odrze jedynie wtedy, gdy stosuje się ją w ilościowo dostatecznej dawce, a to dla dzieci od 3 do 20 miesięcy conajmniej 30 cm^3, podczas gdy dla dzieci starszych począwszy od 40 cm^3.

U dzieci, które otrzymały mniejsze dawki krwi odwłóknionej, wynik uodpornienia nie był zupełny.

Zastrzyknięcie krwi odwłóknionej przedstawia większe korzyści aniżeli surowicy.

P i c a r d. **Leczenie djatermją ostrego porażenia rdzeniowego dzieci.** W przeciwieństwie do dotychczasowego, symptomatycznego sposobu leczenia ostrego porażenia rdzeniowego u dzieci ma być stosowanie diatermji we wczesnym okresie tego schorzenia leczeniem czynnem skierowanem przeciwko pierwotnemu ognisku chorobowemu w rdzeniu pacierzowym. Prąd djatermiczny wywołuje w niem bowiem czynne przekrwienie, które jak wiadomo, działa pomyślnie na wszelkie procesy zapalne. Na 31 przypadków tego schorzenia udało się autorowi tym sposobem wyleczyć 10, a więc przeszło 50%. *Hescheles* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Archiwum Higjeny pod redakcją prof Uniwersytetu wileńskiego Dra K. K a r a f f y - K o r b u t a Adres redakcji: Wilno, Wielka 24. m. 6. Cena zeszytu 4 zł. Pierwszy zeszyt T. I. r. 1925 zawiera 116 str. Treść: H. S a f a r e w i c z: Badanie książek szkolnych pod względem higjenicznym. — Prof. W. G ą d z i k i e w i c z: Zależność pomiędzy ciężarem właściwym, porowatością i wilgotnością chleba. — W. K a r a f f a - K o r b u t: Przyczynek do oznaczania czasu trwania dezynfekcji zapomocą danych termodynamicznych.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna T. III. zeszyt 3—4, r. 1924. K. O r z e c h o w s k i: O działaniu przeciwbólowem jadów wybiórczych wegetatywnych. — A. S t r a s z y ń s k i: O znaczeniu chwiejności koloidalnej ciał białkowych krwi w odczynach serologicznych. — W. L i p i ń s k i: Wartość odczynu Kodamy w serodjagnostyce kiły. — St. K a c z y ń s k i: Zawiesina krwinek a odczyn Wassermanna. — R. A m z e l ó w n a: Badania nad odczynem Weil-Felixa. — E. M a y d e l l: Zagadnienie o sekretynie żołądkowej. — W. M o r a c z e w s k i: O wpływie djety tłuszczowej na wydzielanie wody. — J. S u p n i e w s k i: Badania nad mechanizmem zakażenia i odporności zwierząt względem wąglika. — M. K a c p r z a k i S. A d a m o w i c z o w a: Wyniki ankiety w sprawie rejestracji przyczyn zgonów w miastach polskich. — L. H i r s c h f e l d: Sprawozdanie z działalności naukowej Państwowego Zakładu Higjeny i Państwowego Zakładu Badania Surowic.

Nowiny Lekarskie Nr. 13. r. 1924: Sprawy społeczno-lekarskie.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1924. zesz. 11. cena 2 mk. niem. Treść: 1) G i l b e r t. Rozpoznanie i leczenie nowotworów śródocznych. 2) Prof. S c h n e i d e r. Przegląd piśmiennictwa oftalmologicznego. 3) Prof. M a n a s s e: Guzy gruźlicze różnych dróg oddechowych. 4) Prof. M a n a s s e: Nowotwory nerwu słuchowego. 5) G r e v e: Stare i nowe zagadnienia dentystyczne.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. - Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 5 grudnia 1924 r.

Przewodniczy Prof. Z a l e w s k i.
Obecnych 93 członków.

1) Kol. S c h r a m m przedstawia dwa przypadki **wycięcia częściowego wątroby** oraz jeden przypadek **torbieli przewodu żółciowego wspólnego** (przeznaczone do druku).

2) Kol. D e m i a n o w s k a przedstawia przypadek **Poliencephalitis superior typu Wernickego.** Badana zachorowała przed trzema miesiącami. Początkowo skarżyła się tylko na podwójne widzenie i niemożność podnoszenia powiek, jakoteż spozierania na boki. Z czasem przyłączyły się do tych objawów zaburzenia w połykaniu i utrudnienie mowy. Na klinice tutejszej 13. X. stwierdzono:

Porażenie mięśni zaopatrywanych przez nerw okoruchowy i odwodzący, obustronny niedowład n. twarzowego w obrębie wszystkich 3 gałązek, obustronne porażenie podniebienia. W czasie pobytu na klinice przyłączyły się objawy ze strony nerwu błędnego, a mianowicie napadowo występująca duszność i zwolnienie tętna. Osłabienie obu żwaczów i mięśni zaopatrywanych przez n. dodatkowy. Po tygodniu trwania ciężkich objawów ustąpiły zaburzenia nerwu błędnego, ustały napady duszności, następnie powoli poprawiają się inne objawy. Najuporczywiej utrzymuje się niedowład mięśni zaopatrywanych przez n. odwodzący i m. prostych górnych. Przez cały czas trwania choroby nie było podwyższenia temperatury. Drogi motoryczne i czuciowe stale są niezajęte — również brak objawów ataktycznych. Charakterystycznem w przypadku tym jest wyłączne zajęcie jąder motorycznych nerwów mózgowych. Z tego też powodu rozpoznano: *Poliencephalitis superior et inferior.*

W dyskusji Kol. R o t h f e l d zaznacza, że ma obecnie w obserwacji przypadek, dotyczący 22-letniej osoby, która zachorowała nagle wśród objawów stopniowo rozwijającego się porażenia połykania, języka i wiotkiego porażenia kończyn górnych i dolnych, głównie w zakresie łuku barkowego i miednicowego. Żadnych zaburzeń czucia ani pęcherza. Przebieg bezgorączkowy. R. przypuszcza, że chodzi o zakażenie pokrewne lub identyczne z nagminnem zapaleniem mózgu.

3) Kol. N a r ó g przedstawia przypadek **wrodzonych skórzaków spojówkowych obu gałek ocznych** u jednego z bliźniaków (przeznaczone do druku).

4) Kol. L a s k o w n i c k i: a) **Sześć przypadków po operacji z powodu kamicy żółciowej.** W jednym z tych przypadków wykonano wycięcie woreczka i choledochoduodenostomję; b) dwa przypadki wycięcia wola, z których w jednym nastąpiło zwapnienie jednego płatu (*struma calcarea*). W drugim, po podwiązaniu naczyń i wycięciu jednostronnem wola z powodu znacznego krwotoku, musiano poprzestać na wykonaniu t. zw. *exothyreopexia.* Wynik zupełnie dobry.

W dyskusji zabierali głos kol. S c h r a m m, B a r ą c z, O s t r o w s k i.

5) Kol. O s t r o w s k i: a) przypadek **operowanego wola,** w którym, mimo wady serca, udało się uzyskać dobry wynik, b) przypadek wycięcia żołądka u osoby, która w celu samobójstwa wypiła znaczną ilość HCl.

6) Kol. H i l a r o w i c z przedstawia: a) **preparat wyciętego żołądka** (op. Prof. Schramm), **o cechach raka, powstałego na tle** poprzednio istniejącego **wrzodu trawiennego,** z których, jako główne, wymienia gwiazdowate ściągnięcie błony śluzowej, obecność bliznowatej tkanki w otoczeniu owrzodzenia i bujanie nowotworowe w ograniczonem miejscu tegoż. Przytaczając dane statystyczne co do częstości bujania rakowat go we wrzodach żołądka, wśród których można zauważyć wielkie sprzeczności - stara się je wyjaśnić różnorodnością materjału, używanego do badań, i różnicami wskazań operacyjnych u różnych autorów. Dość często w każdym razie widywane bujanie rakowate wrzodu żołądka w klinice lwowskiej przemawia za radykalnem usuwaniem tegoż w każdym przypadku, o ile to nie przedstawia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chorego; b) **preparat esicy olbrzymiej** pochodzenia wrodzonego, uzyskany operacyjnie przez wycięcie dwuczasowe u mężczyzny 27-letniego Za wrodzonem pochodzeniem sprawy przemawia znaczniejszy przerost części leżących poniżej ewentualnej przeszkody wentylowej a zupełny brak rozdęcia pozostałych części okrężnicy. Omówienie pochodzenia i sposobów leczenia operacyjnego.

7) Kol. L e ń k o pokazuje w wzierniku pęcherzowym, w celu pewnego rodzaju propagandy, obraz **wyleczenia zapomocą naiskrzania** (*fulguratio*), u mężczyzny 36-letniego, przypadku **opadnięcia błony śluzowej prawego moczowodu i brodawczaka wielkości** orzecha laskowego, powstałych po urodzeniu 2 kamyków moczowodowych. Omawia szczegółowo wskazania do tego sposobu leczenia, które niejednokrotnie oszczędza choremu daleko cięższego zabiegu operacyjnego, a w przypadkach n. p. polipów około szyjki pęcherza, które łatwo uchodzą uwagi przy wziernikowaniu pęcherza a niekiedy całemi latami opierają się leczeniu środkami żrącemi, po jednem posiedzeniu naiskrzania (*étincelage, électrocoagulation*) znikają zupełnie.

T. Falkiewicz, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 1. listopada 1924 r.
(W sali Rady Miejskiej).

Obecni przedstawiciele Uniwersytetów, Towarzystw naukowych lekarskich i społecznych, wielu lekarzy z Województwa łódzkiego i prawie wszyscy lekarze łódzcy. Przy stole prezydjalnym Zarząd Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w pełnym składzie. Komitet jubileuszowy w osobach prof. V e n u l e t a pułkownika dr. J. M a n t e u f f l a, Drów S. S k a l s k i e g o i J

Marzyńskiego, członkowie honorowi Towarzystwa z prof. A. Gluzińskim na czele. Po otwarciu posiedzenia przez wiceprezesa Towarzystwa pułk. Manteuffla, i przywitaniu Jubilata i gości przez prof. Venuleta — został wręczony Jubilatowi Numer Polskiej Gazety Lekarskiej, poświęcony Jubilatowi. Na numer składają się prace profesorów S. Ciechanowskiego (inwokacja i życiorys), O. Bujwida, K. Jonschera, J. Mazurkiewicza, A. Mikulskiego, F. Venuleta, doc. T. Janiszewskiego i 20 prac lekarzy łódzkich. Jubilatowi składają życzenia i wyrazy uznania i czci prof. A. Gluziński w imieniu Uniwersytetu Warszawskiego i Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, prof. Michałowicz w imieniu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, doc. Sabatowski w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego i Redakcji »Polskiej Gazety Lekarskiej«, Dr. Skalski odczytuje życzenia od Dra Mroczyńskiego w imieniu Generalnej Służby Zdrowia i od Pana Wojewody Łódzkiego Dra Garapicha, dr. E. Kon w imieniu Towarz. Lek. Częstochowskiego, dr. Dłuski w imieniu Towarz. Medycyny Społecznej i Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, dr. Koszutski w imieniu Towarz. Lekar. Kaliskiego, dr. Jabłonowski w imieniu Towarzystwa Wileńskiego, Dr. Stypułkowski w imieniu Warszawskiego Towarz. Przeciwgruźliczego. Jubilat otrzymał tytuł członka honorowego Towarzystw Lekarskich Wileńskiego, Lwowskiego, Częstochowskiego, Tow. Medycyny Społecznej. Jubilat jest już członkiem honorowym wielu Towarzystw Lekarskich, pozatem otrzymał On życzenia od Wydziałów Lekarskich wszystkich Uniwersytetów polskich (krakowskiego, lwowskiego, warszawskiego, wileńskiego i poznańskiego), adresy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, Warszawskiego Towarzystwa Laryngologicznego, depesze od najwybitniejszych profesorów i lekarzy z całej Polski.

Następnie prof. F. Venulet, w zastępstwie chorego nieobecnego prof. K. Rzętkowskiego, wygłasza referat prof. Rzętkowskiego pod tyt. »O działalności naukowej Dra S. Sterlinga«, Dr. H. Trenkner i Dr. B. Mittelstaedt wygłaszają referaty »O działalności społeczno-lekarskiej Dra S. Sterlinga«, dr. A. Goldman »O działalności szpitalnej Dra S. Sterlinga«. Uroczyste posiedzenie Tow. lekarskiego zostało zakończone dłuższem przemówieniem jubilata, który składa hołd pamięci swoim profesorom gimnazjalnym i uniwersyteckim i lekarzom drowi Jonscherowi i Biegańskiemu — wszystkim, którym zawdzięcza, że życie Jego przedstawia pewną wartość, zasługującą na wyróżnienie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5. listopada 1924.

1. Kol. Kalisz przedstawia chorego **po operacji ropnego zapalenia woreczka żółciowego**. Podkreśla wartość rozpoznawczą badania morfologicznego krwi metodą Schillinga, która pozwala na rozpoznanie cierpienia w przypadkach o przebiegu nietypowym. Przed rozpoczęciem operacji, natychmiast po zastrzyknięciu do kanału rdzeniowego 0,5 tropokainy — nastąpił bardzo ciężki zapad z ustaniem krążenia i oddechu. Chorego zdołano uratować zapomocą masażu serca (*per laparotomiam*), stosowania sztucznego oddechu i zastrzyknięcia aż 4,0 adrenaliny wprost do serca. Pomimo tak ciężkiego powikłania operację (*cholecystectomiam*) zakończono. Woreczek żółciowy był przeszunurowany na 2 części odnogą wątroby. W części górnej zawierał on płyn surowiczy, w dolnej gęstą ropę. Wyzdrowienie po 15 dniach.

2. Kol. Kryński przedstawia przypadek **raka, powstałego na tle tocznia** (*Lupus-carcinoma*). 28-letni chory cierpi na toczeń nosa i szyi od 12 lat. W roku 1913—14 był leczony energicznie promieniami Roentgena. W lipcu r. b. płaskie owrzodzenie na nosie zaczęło się pokrywać ziarniną, rozrastać się i w ciągu 2—3 tygodni zajęło cały nos. W sierpniu i wrześniu narośl zaczęła się rozpadać. Obecnie przednia część nosa i przegroda nosowa są zupełnie zniszczone. Brzegi pokryte są obfitą ziarniną i brudną cuchnącą masą rozpadową. Dotychczasowe naświetlanie promieniami Roentgena (3 posiedzenia w odstępach 4 tygodniowych, nie odniosło skutku.

3. Kol. Kryszek wygłosił odczyt p, t.: »**Cebula ostrawki pomorskiej w praktyce**«. (Będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji kol. Sterling zapytuje, na jakich danych oparta jest teorja, że powierzchnia resorbcyjna mięśnia sercowego zawiera te lub inne ilości wapnia. Działanie wywiera nie wapień, lecz bodziec, na który działa wapień (*n. sympathicus*), komórka nie korzysta z otaczającego ją materjału w zależności od tej lub innej ilości soli, tylko bodziec wywołuje tę osmozę, to przesuwanie się jonów, bez podrażnienia nutrytywnego tej przemiany nie bywa. Kol. Tenenbaum uważa, że sole wapnia są zawarte w każdej roślinie. Kol. Frenkiel zauważa, że przesuwanie jonów zachodzi także przy braku zakończeń nerwów współczulnego i błędnego. Kol. Itelson dodaje, że dowodem małej zawartości soli wapnia w powierzchni resorbcyjnej mięśnia sercowego jest działanie na nie soli wapnia. Kol. Kryszek uważa, że wapień uczula mięsień sercowy na działanie naparstnicy; wzmacnia fazę skurczową, nie zgadzałoby się to z teorją, że wzmacnia on fazę rozkurczową.

4. Kol. A. Uryson wygłosił odczyt: »**Refraktometrja z pokazem przyrządu**«. (Będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji nad pokazami chorych kol. Sterling zapytuje kol. Kalisza, czy podczas masażu serca trwało krwawienie z rany, czy stosowano lobelinę, czy wykonano u tego chorego odczyn Biernackiego.

Posiedzenie kliniczne w dniu 19. listopada 1924 r.

1. Kol. Sonenberg przedstawia 39-letnią kobietę, dotkniętą **chorobą Recklinghausen'a**. W przypadku demonstrowanym jest mocno zaznaczona jedna z cech charakterystycznych tego cierpienia, a mianowicie upośledzenie fizyczne. Przejawia się ono tu w postaci potwornie dużej jednej kończyny dolnej. Kończyna jest bardzo powiększona o postaci zatartej. Powiększeniem kończyny nie jest ta sprawa zakończoną, powiększa się ona bezustannie, zwłaszcza pod wpływem powtarzających się stanów zapalnych. Ze względu na to, że przy omawianem cierpieniu spostrzegano niekiedy zmiany w przysadce mózgowej, chorą prześwietlano. Prześwietlenie jednakże zmian, o których mowa, nie stwierdziło. kol. Sonenberg przedstawiał również fotograficznie dwóch innych chorych, dotkniętych chorobą Recklinghausena.

2. Kol. Perls przedstawia przypadek **postrzału z leżącego na podłodze rewolweru** systemu Browninga z odwiedzionym kurkiem. Wlot kuli na przedniej powierzchni uda lewego w środkowej części, wylotu niema. Kula wymacuje się pod skórą klatki piersiowej na linji pachowej w okolicy 12-go lewego żebra, w którem to miejscu chory od chwili postrzelenia (przed 24 godzinami) doznaje lekkich bólów. W całym przebiegu około 44 cm. niema żadnych wylewów krwawych podskórnych, siniaków i obrzmienia. Mięśnie kości i tkanki głębsze nie wykazują żadnych obrzmień.

3. Kol. Rozenberg wygłosił odczyt pod tytułem: »**Kapilaroskopja z pokazem przyrządu**«. (Będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji nad odczytem kol. Rozenberga, kol Sterling mówi, że skręty naczyń okazanych są analogiczne do wężykowatości naczyń obwodowych; przedstawiają objaw kompensacyjn . Przy wątpliwym wyniku objawu opaskowego kapilaroskopja często wyjaśnia wątpliwości. Pierwszy aparat pozwalał badać tylko łękotek palca. Po naświetlaniu lampą kwarcową staje się widoczną większa ilość kapilarów. Kapilaroskopja może okazać usługi przy badaniu cierpień nerwowych i przy badaniu wszelkiego rodzaju wysypek.

Posiedzenie kliniczne w dniu 3. grudnia 1924.

1. Kol. Kummant przedstawia chorego, operowanego z powodu **zakażenia otrzewny, powstałego wskutek pęknięcia woreczka żółciowego**. Chory H. S. lat 28, dostał nagle w czerwcu r. b. napadu kamieni żółciowych z wysoką ciepłotą, dochodzącą do 40. Chorował przez 6 tygodni, poczem zaczął wychodzić, nagle 30. VII. r. b., poczuł straszny ból w podżebrzu prawem i stracił przytomność. Wezwany do chorego kolega ujrzał następujący obraz: *facies hypocratica*, tętno nikłe, niedające się liczyć. Brzuch jest wzdęty, twardy, wiatry nie odchodzą. Stłumienie poniżej łuku żebrowego praw. sięga aż do kolca biodrowego. Kończyny zimne, język suchy. Rozpoznano: pęknięcie woreczka żółciowego i zap. otrzewny. 31. VII. 24. Operacja w znieczuleniu lędźwiowem. Zaraz po zastrzyknięciu 0,09 tropokainy do kanału rdzeniowego, po upływie 3 minut, głośne odejście wiatrów i stolec na stole operacyjnym, opadnięcie wzdętego brzucha i ułatwienie operacji. Po zabiegu zastrzyknięcie dożylne 1 litra roztworu soli fizjolog.+5 cm hypophyzyny już na stole operacyjnym tętno się bardzo poprawiło, 120, dobrze napięte. Po tygodniu objawy otrzewnowe przechodzą. W dalszym przebiegu leczenia sprawa komplikuje się ropniem podprzeponowym po stronie prawej. Ponowna operacja: *laparotomia transpleuralis*, wycięcie 8 i 9 żebra. Opróżnienie ropnia, znajdującego się pomiędzy wątrobą i przeponą. Wyleczenie.

2. Kol. Kalisz przedstawia chorego po **wycięciu żołądka** sposobem Polya-Reichel z powodu wrzodu krzywizny małej żołądka. Rozpoznanie z powodu przebytej kiły i wybitnie dodatniego odczynu Wassermann'a wahało się między wrzodem żołądka i kryzami tabetycznemi. Na podstawie spostrzeżeń własnych kol. Kalisz zaleca, zamiast długotrwałej i niepewnej drogi leczenia *ex juvantibus*, dokonać próbnej laparotomji, która daje możność szybkiego i pewnego rozpoznania, a w razie istnienia wrzodu żołądka, radykalnego usunięcia ogniska chorobowego.

3. Kol. Kryszek przedstawia chorego szpitalnego L. H. lat 27, z **endocarditis lenta**, który przybył do szpitala z rozpoznaniem kamicy nerkowej wobec bólów napadowych w podżebrzu prawem i krwinek w moczu. Obserwacja chorego wykazała: aortalną konfigurację serca, szmer skurczowy i rozkurczowy nad ujściem tętnicy głównej, jako wyraz niedomykalności zastawek tętnicy głównej; Pp $-\frac{150}{40}$ kg, tętno kapilarne, powiększenie śledziony po przebytym zawale, 8% monocytów we krwi, krwinki w moczu, jako wyraz ogniskowego krwotocznego zapalenia nerek, stan podgorączkowy. Wobec tego ustalono rozpoznanie *endocarditis lenta*. Przypadek odznacza się pozatem przedskurczowym szmerem nad koniuszkiem. Wobec braku przerostu lewego przedsionka, wzgl. prawej komory serca (kontrola Roentgenem), wobec braku wzmożonego tonu

nad tętnicą płucną — nasuwa się przypuszczenie, że ma się do czynienia z szmerem Flinta.

4. Kol. Bemer pokazuje chorego K lat 25. W roku 1920 chory otrzymał postrzał klatki piersiowej z przepukliną przeponową. Wstrzał w okolicy lewego obojczyka, wystrzał w lewej okolicy lędźwiowej. Skargi chorego: bóle w podżebrzu. Klinicznie: duże resztki w żołądku naczczo. Roentgen: żołądek położony w obrębie klatki piersiowej, przepona ustawiona na wysokości 3-go międzyżebrza (*relaxatio diaphragmatica sinistra*) Wobec olbrzymich rozmiarów zachodzi podejrzenie przepukliny przeponowej.

5. Kol. Kunig przedstawia szeregowca, dotkniętego kilkoma ogniskowemi cierpieniami układu kostnego niewiadomego pochodzenia. Zniekształcenie obydwu stawów biodrowych znacznego stopnia. Ogniska rozrzedzenia w obydwu guzkach większych kości ramieniowych (Roentgen), zniekształcenie mie dnicy, lumbalizacja I. S. z objawami ucisku na ogon koński.

6. Kol. A. Goldman wygłosił odczyt pod tytułem: „Choroba Köhlera".

W dyskusji nad odczytem kol. Goldmana, kol. Kunig wzmiankuje, iż omawiane cierpienie już było opisane w Ameryce w r. 1913 przez Friedberga z Cincinati; łączy chorobę Köhlera z cierpieniami pokrewnemi (*osteochondritis coxae juvenilis Calvé-Perthes, osteochondritis cubiti, apophysitis calcanei, apophysitis metatarsi* V. i t. d.); wiąże je ze skrzywieniami kręgosłupa, które również powstaje na tle cierpienia apofyz kręgowych, przeprowadza analogję ze zniekształcającem zapaleniem stawów, opierając się przedewszystkiem na pracach młodych ortopedystów duńskich, podkreśla znaczenie momentów statyczno-mechanicznych w powstawaniu tych schorzeń, wreszcie omawia cały zespół bólu śródstopia — metatarsalgji, uważając wy odrębnione zeń jednostki chorobowe, jak choroba Mortona, choroba Deutschländera, t. zw. »*Fussgeschwulst*« u rekrutów, wreszcie cierpienie Köhlera — nie za odrębności nosologiczne, lecz jedynie za postacie kliniczne, dające się powiązać w jedną całość. Następuje pokaz 10 przypadków choroby Köhlera chorzy i rentgenogramy) oraz rentgenogramy przypadków cierpień Calvé-Perthesa, Mortona, Deutschländera.

7. Kol. Szajerowicz wygłosił część pierwszą odczytu »Zagadnienie bezpłodności w świetle najnowszych poglądów«. (Odczyt będzie drukowany w »Ginekologji Polskiej«).

A. Tenenbaum.

Kalendarz Zjazdów.

I. Kongres internistów i chirurgów państw, przemawiających językiem francuskim, odbędzie się w czerwcu 1926 r Tematy programowe: 1) zapalenie błon surowiczych narządów okolicy wątrobowej, 2) leczenie ropni płuca i opłucnej, 3) leczenie choroby Basedow'a, 4) leczenie dusznicy bolesnej (*angina pectoris*), 5) zapalenia przyokrężnicze oraz ich leczenie.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Po dokonaniu wyborów przez Radę Izby w dniu 14 grudnia 1924 r. członków Zarządu i ich zastępców na rok 1925 i ukonstytuowaniu się Zarządu w dniu 30 grudnia 1924 r. skład jego stanowią: Naczelnik Izby dr. Przyborowski Adam. Zastępcy Naczelnika: dr. Jakowicki Władysław, dr. Osiński Eugenjusz. Pisarz Izby: dr. Sochacki Ignacy. Skarbnik: dr Kasperowiczowa Marja. Członkowie Zarządu: dr. Kwaśniewski Mikołaj, Lewin Gerszon, Mutermilch Stanisław, Zelisławski Jerzy. Zastępcy członków Zarządu: Burzyński Józef, Filipowicz Władysław, Kowalczewski Józef, Mossakowski Jan, Otfenberg Jan, Podkóliński Feliks, Śmiechowski Antoni, Wojnówna Zofja. Zamenhof Leon.

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Związku Lekarzy rządowych Okręgu Małopolski wschodniej.

W dniu 4. stycznia b. r. obradowało, jak już podaliśmy w krótkości w numerze poprzednim, we Lwowie Walne Zebranie Okręgu wschodniej Małopolski (Lwów, Stanisławów, Tarnopol) Związku Lekarzy rządowych P. P.

W zebraniu tem uczestniczyło 31 lekarzy urzędowych, mianowicie: 4 z Województwa Tarnopolskiego, 5 z Województwa Stanisławowskiego, 22 z Województwa Lwowskiego, 1 (jako gość) z Krakowa i 1 (jako gość) z Warszawy. Lekarzy powiatowych było obecnych 21.

Po odczycie Doc. Dr. Koskowskiego na temat »Zasady chemjo-terapji« poddano dyskusji wiele spraw zawodowych.

Ze spraw ogólnych, będących na porządku dziennym, wymienić należy następujące:

1. Dr. Mikołajski referował zakres kompetencji komisyj lekarskich I. i II. instancji w sprawach emerytalnych i wyjaśnił liczne wątpliwości, podnoszone w tym przedmiocie przez zebranych (umieszczone w Nrze 2. P. G. L.).

2. Dr. Mosler przedstawił obecny stan organizacji Pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych.

Po dłuższej dyskusji uchwalono wnieść za pośrednictwem Zarządu Związku przedstawienie do Ministerstwa, G. D. S. Z., że obecna organizacja Pomocy lekarskiej nie zadowala funkcjonarjuszów państwowych, znacznie obciąża Skarb Państwa, a całą administrację sanitarną państwową przeciąża lecznictwem funkcjonarjuszów państwowych z wielkim uszczerbkiem dla zadań sanitarnych, że przeto wskazanem jest organizację tę oddać w ręce organizacyj ekonomicznych funkcjonarjuszów państwowych przy udziale w kosztach Skarbu Państwa i przy zachowaniu dla administracji sanitarnej jedynie nadzoru nad lecznictwem ze stanowiska publicznej pieczy o zdrowie.

Gdyby taka reorganizacja w najbliższym czasie nie udała się przeprowadzić, jest pożądanem, aby G. D. S. Z. nawiązała porozumienie ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego w celu ustalenia należytych honorarjów lekarskich, przy czem trzeba—by na funkcjonarjuszów państwowych nałożyć 25% honorarjów, a 75 pokrywać ze Skarbu Państwa

Zjazd uznał za nagląco konieczne znaczne podwyższenie s awek obecnego cennika honorarjów, ustanowionego przez Ministerstwo.

3. Omówiono okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 112. z 27. listopada 1924 r. Nr. A. O. 3166 — w sprawie urzędowania lekarzy powiatowych i uznano, że do podpisu starosty powinny być zastrzeżone zarządzenia, względnie orzeczenia z dziedziny sanitarnej:

a) dotyczące ogółu ludności powiatu lub pewnych grup ludności lub pewnych miejscowości,

b) wnioski lekarza powiatowego, przedkładane władzom przełożonym, powinien widemować Starosta, któremu ma przysługiwać prawo zaznaczenia odmiennego stanowiska,

c) podpis, Starosty obok podpisu lekarza powiatowego, powinno się utrzymać nadal w tych sprawozdaniach i wykazach, w których jest on przepisany szczególnemi rozporządzeniami Ministerstwa (n. p. sprawozdania miesięczne lekarzy powiatowych, potwierdzenie obywatelstwa polskiego na kartach rejestracyjnych personalu sanitarnego i t. d.),

d) do aprobaty Starosty powinny być zastrzeżone sprawy sanitarno-karne, dalej zarządzenia co do zamykania zakładów przemysłowych (n. p. techniczno-dentystycznych), zamykanie szkół z powodu epidemji i te zarządzenia, które wymagają egzekutywy, leżącej w rękach Starosty. W przypadkach jednak z tego zakresu, w których natychmiastowe wydanie zarządzeń ze względu na dobro publiczne jest konieczne (zwłaszcza przy zwalczaniu epidemji) może lekarz powiatowy w zastępstwie Starosty wydać i dopilnować przeprowadzenia tych zarządzeń, poczem ma bez zwłoki donieść o nich Staroście celem ich aprobaty,

e) w razie sprzeciwienia się Starosty proponowanym przez lekarza powiatowego załatwieniom i zarządzeniom powinno przysługiwać lekarzowi powiatowemu prawo odwołania się do decyzji władz wyższych, gdyż w przeciwnym razie wszelka inicjatywa lekarza powiatowego mogłaby być uniemożliwioną,

f) jest wskazanem, aby stanowisko lekarza powiatowego wyraźnie określono, na wzór przepisów, obowiązujących w b. zaborze pruskim, jako współrzędne ze Starostą, a nie podwładne »(*beige ordnet, nicht unterstellt*)« w zakresie spraw sanitarno-fachowych i aby w wykonywaniu służby stanowczo wymagano porozumienia i harmonijnego współdziałania obu tych urzędników, a wszelkie zatargi między nimi jak najsurowiej karano.

4. Uchwalono termin Zjazdu Związku Lekarzy rządowych Państwa Polskiego, przypadającego w tym roku we Lwowie, zaproponować Oddziałom Związku na dzień 28. i 29. czerwca. Szczegółowy program Zjazdu opracuje Zarząd Oddziału wschodnio-małopolskiego, przyczem mają być uwzględnione najważniejsze bieżące zagadnienia z zakresu:

a) warunków bytu lekarzy urzędowych,
b) urzędowanie lekarzy urzędowych,
c) naukowe i społeczne zadania lekarzy urzędowych,
d) wykłady naukowe.

Ankieta w sprawie nowotworów złośliwych.

Generalna Dyrekcja Służby zdrowia przy współudziale Polskiego Komitetu do zwalczania raka zarządziła ankietę w sprawie nowotworów złośliwych, mającą na celu zorjentowanie się co do liczby przypadków nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej, co do ich terytorjalnego rozmieszczenia i innych danych. Na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Spraw wewnętrznych »Generalna Dyrekcja Służby zdrowia« mają odnośne władze polityczno-administracyjne zwrócić się do lekarzy i instytucyj sanitarnych z kwestjonarjuszami, które zawierają szereg szczegółowych pytań, dotyczących chorego na nowotwór złośliwy. Kwestjonarjusze mają być odsyłane w zamkniętych kopertach do odnośnej władzy. Ankietą mają być objęci chorzy, zgłaszający się między 1 a 28 stycznia b. r.

Poniżej zamieszczamy okólnik, wystosowany przez Województwo lwowskie do Starostw i Magistratu król. stoł. miasta Lwowa.

Okólnik.

Do wszystkich Starostw Województwa lwowskiego, oraz do Magistratu król. stoł. miasta Lwowa.

Wskutek reskryptu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) z dnia 25 listopada 1924 r. Nr. Z. H. 4631, należy zarejestrować wszystkich chorych na raka i inne nowotwory złośliwe, zgłaszających się w czasie od dnia 1. stycznia do dnia 28 lutego 1925 r. do szpitali, lecznic, domów zdrowia, przychodni, przytułków oraz do lekarzy wolnopraktykujących.

W tym celu przesyła się stosowną ilość kwestjonarjuszy i poleca się rozesłać je lekarzom praktykującym i Zakładom leczniczym w ilości przypuszczalnie wystarczającej. Wypełnione kartki przeszle lekarz lub zakład, w którym chory pozostaje, w kopercie zapieczętowanej do lekarza urzędowego, najpóźniej do dnia 10 marca 1925 r. Starostwo zaś przedłoży zebrane kwestjonarjusze najpóźniej do do dnia 20 marca 1925 r. Województwu, dołączając krótkie sprawozdanie lekarza powiatowego, w którem podać należy, ile kart i ilu lekarzom i zakładom rozesłano, oraz, ilu lekarzy i ile zakładów na kwestjonarjusz odpowiedziało i nie odpowiedziało.

Zauważa się, że lekarze Kas chorych otrzymają kwestjonarjusze od Zarządów Kas chorych.

Mały zapas kwestjonarjuszów pozostaje w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia, i w razie zapotrzebowania, Starostwo będzie mogło zarządać nadesłania dalszych egzemplarzy kwestjonarjusza. Gdyby zapotrzebowanie było nadspodziewanie wielkie, Starostwo sporządzi odbitki kwestjonarjusza we własnym zarządzie. Zapas kwestjonarjuszy powinien być u lekarza powiatowego do dyspozycji. Lekarz powiatowy powinien użyć swego wpływu, aby kwestjonarjusze były wypełniane ile możności co do wszystkich chorych na nowotwory złośliwe i to dokładnie. Sprawa jest bardzo ważna i zasługuje na szczególnie gorliwe zajęcie się nią ogółu lekarzy.

Zauważa się, że zachowanie tajemnicy lekarskiej będzie zapewnione, ponieważ kwestjonarjusze będą dostarczane w kopercie zapieczętowanej, która dopiero przy opracowaniu u władzy centralnej będzie otwarta. Podanie nazwiska jest konieczne, aby uniknąć wielokrotnego liczenia jednego chorego.

Za Wojewodę: *Kuhn.*

Na potrzebę powyższej ankiety, a więc możliwie dokładnej statystyki, zwrócił uwagę także Zjazd grudniowy, urządzony w Warszawie w sprawie walki z rakiem (patrz Nr. 1. P. Gaz. lek.). Mamy nadzieję, że lekarze i odnośne instytucje sanitarne sumiennie wypełnią kwestjonarjusze, poczuwając się nietylko do obowiązku zadość uczynienia rozporządzeniu Władzy, ale przedewszystkiem w poczuciu potrzeby bliższego zapoznania się z szeregiem czynników, wśród ktorych nowotwory złośliwe szerzą się na ziemiach Polski. Poznanie tych czynników, to ważny krok naprzód w walce z nowotworami złośliwemi.

W sprawie uwag dr Lesława Węgrzynowskiego, dotyczących mego »Sprawozdania z przeciwgruźliczego Zjazdu i z tego powodu uwag kilka«, umieszczonego w Nr. 48 Polskiej Gazety lekarskiej.

Ponieważ P. Dr. Węgrzynowski w notatce swej pod tyt. »W sprawie uwag Dr. Kuczewskiego...« (Pol. Gaz. Lek. Nr. 51 r. 1924) przez dowolny dobór, dowolnie obcinanych powyższych zdań z mego artykułu o IV. Międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym, Pol. Gaz. Lek. Nr 48 r. 1924) zmienił zasadniczo sens nietylko mych poszczególnych twierdzeń, ale ponieką samo założenie końcowych wywodów tegoż, jestem zmuszony tu ustalić: 1) że temat i tytuł mego artykułu opiewa całkiem inaczej, niż »Walka z gruźlicą w Polsce«, jak to P. Dr. Węgrzynowskiemu podobało się nazwać i 2) że ostateczny wniosek tegoż wysuwa niezbędną potrzebę zawiązania Ogólnopolskiego Stowarzyszenia przeciwgruźliczego. Jak żywotną jest ta myśl, najlepszym dowodem jest fakt, że równorzędnie z ogłoszeniem jej na łamach »Pol. Gazety Lek.« w omawianym artykule pojawił się komunikat w »Walce z gruźlicą« o zapoczątkowaniu realizowania jej przez miarodajne czynniki. Niema wątpliwości, że na zapowiedzianym na styczeń Zjeździe zostanie ona w czyn wcielona.

Co do działalności Lwowa na omawianym terenie, to zasługi jego, zwłaszcza co do sanatorjum na Hołosku i pierwszej w Polsce poradni, założonych nadługo przed wojną, bo w roku 1909 i 1908, dobrze mi są znane. Ale właśnie miałem między innemi Lwów na myśli, gdy, nawołując do zawiązania Polskiego Stowarzyszenia zwalczania gruźlicy, pisałem w swym artykule, że »nieskoordynowana, luzem idąca akcja gotowa utonąć w oceanie ogólnego indyfferentyzmu«. Że nie nazwałem po imieniu Lwowa, ani całego szeregu innych organizacyj, to oczywiście dlatego, że założeniem mojem było nie wyczerpujące omawianie walki z gruźlicą w Polsce, ale wysnucie pewnych co do niej—rozważań, jakie nasunął mi obraz międzynarodowego ruchu przeciwgruźliczego, obserwowany zblizka przeze mnie na Zjeździe Lozańskim. Niema powodu do urazy z czyjejkolwiekbądź strony, że wobec tamtych wzorów wypadł nasz ruch bardzo słabo.

Starajmy się wszyscy społem zbliżyć go do nich.

Na resztę zarzutów P. Dr. Węgrzynowskiego, ze względu na ich ton i charakter, niech mi wolno będzie nie odpowiadać.

Dr. *Antoni Kuczewski.*

Zakopane, dnia 26 grudnia 1924 r.

Od Redakcji: Na powyższem Redakcja zamyka polemikę dalszą.

W sprawie eteru do narkozy.

Urząd Zdrowia Publicznego Komisarjatu Rządu na m. stoł. Warszawę rozesłał w dniu 26. XI. 1924 r. okólnik treści następującej:

Do P. P. Zarządzających aptekami, Hurtowniami skł. mat. apt. i Laboratorjami.

W ostatnio pobranych do badania próbkach »Aether pro narcosi«, wyrobu Sieleckich Zakładów Chemicznych w Warszawie, analiza, dokonana w Państwowym Instytucie Farmaceutycznym, wykazała obecność alkoholu winylowego, aldehydu i innych zanieczyszczeń.

Ponieważ stosowanie nieczystego eteru do narkozy połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem dla usypianych chorych, Urząd Zdrowia Publicznego Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę poleca Panu, posiadany zapas »Aether pro narcosi«, pochodzący z wyżej wymienionych zakładów, wycofać z obiegu i przesłać do ponownej rektyfikacji.

Nadmienia się, że preparat, wytrzymujący nawet przepisane próby bezpośrednio po wyjściu z fabryki, po kilku tygodniach, zwłaszcza w lecie, lub przechowywany w pomieszczeniach o wysokiej temperaturze, nawet, jeżeli flaszki były szczelnie zakorkowane, próby wytrzymywać nie będzie.

Wynika stąd konieczność najściślejszego przestrzegania przepisów dotyczących przechowywania eteru, jak również — częstego sprawdzania jego czystości.

Eter ma być przechowywany w ciemnych flaszkach, pojemności 150 cm^3, absolutnie czystych (opłukanych po wymyciu wodą destylowaną i dokładnie osuszonych).

Flaszki winny być wypełnione niemal całkowicie, zakorkowane szklanemi albo drewnianemi, w dobrym gatunku, korkami, owiniętemi papierem pergaminowym i opatrzone kapslami.

Flaszki przechowuje się w szafie, osłoniętej przed światłem, w chłodnej piwnicy.

Poleca się zaznaczać na flaszkach datę butelkowania, względnie badania preparatu na czystość.

Niedopuszczalne jest wlewanie »Aether pro narcosi« do flaszek, zawierających resztki dawnego preparatu.

Za Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.
Dr. *Eberhardt*, dyrektor.

Okólnik powyższy został również przesłany kierownikom wszystkich zakładów chirurgicznych i chirurgiczno-ginekologicznych w Warszawie. Preparat eteru, używany do narkozy, powinien odpowiadać następującym warunkom:

Ciężar właściwy — 0·720 w 15° C. Temperatura wrzenia 35° C. Odczyn pozostałości po odparowaniu 5 cm^3 obojętny. Pozostałość po odparowaniu 5 cm^3 niema obcego zapachu.

Z 10% rozczynem jodku potasowego (KJ) w ciągu 3 godzin nie żółknie. Próbę z ługiem potasowym (KOH) wytrzymuje dłużej, aniżeli w ciągu 6 godzin, z odczynnikiem Nesslera daje zaledwie słabą opalizację.

W celu współdziałania w rozwoju przemysłu rodzinnego, zaznaczamy, iż w lecznicach warszawskich znajduje zastosowanie, całkowicie wypierając produkty obce, eter pro narcosi wyrobu Tow. »Akwawit« w Poznaniu oraz chloroform pro narcosi, wyrabiany w zakładach chemicznych »Grodzisk« pod Warszawą. Obydwa te preparaty, ze względu na swą jakość i pewność działania, zasługują na jaknajszersze rozpowszechnienie.

Od Redakcji.

Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w innem polskiem piśmie lekarskiem, jak również artykułów, które tylko tytułem lub stylem zmienionym różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. II. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 30 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; — 2) Wykład: Prym. dr. W. Ziembicki: »Wspomnienie o ś. p. Edwardzie Sawickim, wraz z rzutem oka na najdawniejsze dzieje Szpitala powszechnego we Lwowie, na historję Oddziału Wewnętrznego III i na powstanie Zakładu kulparkowskiego«.

III. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 6 lutego o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; — 2) Wykład: Kol. Prof. dr. Nowicki: »O pierwotnych nowotworach serca«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz dor.

Ze świata.

Dwadzieścia tysięcy kg. chininy wyznaczył Wydział zdrowia przy Lidze Narodów w celu opanowania groźnej epidemji zimnicy w Rosji. Do Grecji wysłano już 12.000 kg chininy, gdyż szerzenie się zimnicy przybiera tam groźne rozmiary. (New Jork med. Journal).

Ścisłe liczby statystyczne strat Francji w ciągu wojny światowej, opracowane przez G. d. Aubert, podaje Nouvelle Revue«. Stwierdzonych zgonów zanotowano 1,325.000 z tego zginęło na polu chwały 674.000, zmarło z powodu ran 250.000 a z powodu schorzeń 175.000. Nieodszukanych zanotowano 225.000. Z liczby rannych $^1/_5$ doznała wielokrotnego zranienia. Od roku 1916 blizko 80% rannych wracało z powrotem na front, jako zupełnie wyleczonych.

W sprawie szerzenia wiadomości o sposobach zapobiegania zapłodnieniu. W Anglji sfery robotnicze zwróciły się do Ministerstwa zdrowia z podaniem o zezwolenie otwartego szerzenia wiadomości w sprawie stosowania sposobów zapobiegawczych przeciw zapłodnieniu. Podanie to zwraca uwagę, że rząd Labour Party nie powinien ukrywać tych wiadomości w sferach kobiet pracujących. Minister zdrowia oświadczy, że nic w tej sprawie zdziałać nie może.

Zestawienie ciekawe gaży oficerskiej lekarzy wojskowych armji angielskiej. Najmłodszy oficer marynarki pobiera 413 f. sterl. Oficerowie lądowi pobierają 578 f. żonaci a kawalerowie 513 f. W wojskach lotniczych żonaci otrzymują 573 funt. a kawalerowie 559 funt. Najwyższe gaże poszczególnych rodzajów broni wynoszą 2086, 1809, 2019 i 1561 funtów sterl. (The Lancet).

Wśród nowopowołanych senatorów włoskich znajdują się trzej lekarze: okulista Cirencione z Rzymu, chirurg prof. Giordano z Wenecji i prof. Simonetta z Perugji.

Krajowy Instytut gimnastyczny w Monachjum urządził wraz z Ministerstwem oświaty w r. ub. Kurs dokształcający dla lekarzy wychowania fizycznego, na którym wyłuszczono nowoczesne poglądy naukowe na całą tę sprawę ze specjalnem uwzględnieniem potrzeb szkoły średniej. Był to 1-szy kurs tego rodzaju w Bawarji. Udział w tym kursie brało przeszło 66 lekarzy. Zarząd tych kursów nosi się z zamiarem powołania do życia perjodycznych kursów tego rodzaju dla całych Niemiec.

Unormowanie prawa używania tytułu specjalisty. We Włoszech ukazała się ustawa rządowa, która reguluje prawo używania godności specjalisty. Według tej ustawy tytułu specjalisty wolno używać jedynie lekarzom, którzy wykażą się dostatecznemi wiadomościami i przebyciem pewnej ilości lat w praktyce szpitalnej. Przywłaszczenie sobie tytułu specjalisty i przekroczenie tej ustawy jest sądownie ścigane.

Niemieckie towarzystwo higjeny zawodowej urządziło w dniach 10-15 listopada r. ub. specjalny kurs higjeny zawodowej oraz nauki o nieszczęśliwych wypadkach z naciskiem na wypadki zatrucia zawodowego. Prócz tego omawiano obszerniej wypadki nieszczęśliwe z powodu elektryczności, dalej psychologię pracy i nowe poglądy na osobniczą przydatność poszczególnych jednostek do pracy.

Rząd pruski wyznaczył większą sumę do badań nad śpiączką nagminną w Prusiech. Zarząd sanitarny zarządził ankietę, skierowaną do wszystkich lekarzy celem uzyskania ścisłych danych co do szerzenia się tej choroby oraz jej przebiegu w poszczególnych połaciach kraju.

Międzynarodowy Zjazd, poświęcony sprawie walki z opium, odbył się niedawno w Genewie; w Zjeździe brali udział, prócz delegatów państw przynależnych do Ligi Narodów, przedstawiciele Ameryki, Turcji. Zjechało się przeszło 100 delegatów. Przewodniczącym wybrano posła duńskiego z Berlina p. Snahla, który w zagajeniu zaznaczył, że praca konwencji międzynarodowej z roku 1912 pozostawiła wiele do życzenia i może tylko służyć za podstawę do obrad obecnych. Walka przeci ko morfinizmowi i kokainizmowi może mieć widoki powodzenia przy międzynarodowej współpracy wszystkich państw, gdyż pojedyncze rządy nie są w stanie walki podobnej prowadzić.

Nowe prawo szwedzkie o zwalczaniu chorób wenerycznych przewiduje, co następuje: 1) wszyscy chorzy weneryczni obowiązani są leczyć się u specjalisty i ściśle wykonywać jego zlecenia; 2) władze rządowe obowiązane są zabezpieczyć chorych fachową pomocą lekarską oraz dostarczać chorym lekarstw; 3) osoby uprawiające nierząd obowiązane są stawiać się do przeglądu lekarskiego, a w razie stwierdzenia choroby wenerycznej, muszą być odosobnione w specjalnych szpitalach; 4) wszyscy lekarze obowiązani są o wszystkich nowoprzyjętych przypadkach schorzeń wenerycznych donosić władzom, przy tem dozwolone jest zachowanie tajemnicy osobistej z warunkiem odszukania i wykrycia przez lekarza samego źródła zakażenia; 5) obowiązkowe szerzenie wiadomości higjenicznych w sprawie chorób wenerycznych; 6) zaniechanie reglamentacji prostytucji; 7) wyznacza się kary pieniężne oraz karę więzienia do lat 2-ch dla tych osób, które świadomie zakażają drugą osobę chorobą weneryczną, bez poprzedniego uprzedzenia co do stanu chorobowego.

Do urządzenia Uniwersytetu pływającego na statku »Princess Alice« przystąpili amerykanie. Statek ten ma w ciągu roku szkolnego objechać świat cały. Przewidziane są dłuższe postoje w Japonji, Chinach, Indjach, Grecji, Turcji, Włoszech, Tunisie, Hiszpanji, Niemczech, Francji, Anglji, Holandji i w państwach Skandynawskich. (Paris méd.).

Celem odrestaurowania Uniwersytetu w Tokio, który uległ zupełnemu zniszczeniu z powodu ostatniego trzęsienia ziemi, wyasygnował rząd japoński cztery miljony funtów szterlingów. Rząd przewiduje wykończenie nowej budowli jeszcze w roku bieżącym.

W sprawie dwóch przypadków śmierci, zaszłych przy sposobności badania Röntgenem w Maenthae (Finlandja) w październiku ub. r., zdawał sprawę jeden z członków na posiedzeniu Tow rentgenologicznego w Berlinie. Obie ofiary, lekarz i pomocnica, zginęli nie z powodu działania promieni Roentgena, lecz z działania prądu o wysokiem napięciu. Niewątpliwie stwierdzono, lekarz i pomocnica chwycili rury rentgenowe w czasie ich pełnej czynności. Z powodu tego powstało krótkie spięcie, w następstwie którego oboje zostali zabici prądem o wysokiem napięciu około 40.000 Volt (siła prądu 200—400 miliamperów). Przypadek ten jest ostrzeżeniem przed coraz częściej zachodzącemi przypadkami, że niektórzy lekarze zajmują się Roentgenem bez znajomości zasadniczych podstaw roentgenologji i aparatu. Ów lekarz z Maenthae wykonywał właśnie pierwsze zdjęcie Roentgenem w swem życiu!

Zmarli.

Dr. Franciszek Nowotny, profesor Uniw. Jagiel., dyrektor kliniki otjatrycznej w Krakowie, zmarł dnia 31. grudnia 1924 r. w 53 roku życia. Wspomnienie pośmiertne w następnym numerze.

Nr. 5. 1. lutego 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Kazimierz KARELUS. Kraków.

Zapalenie tęczówki a chemoterapja*).

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. (Dyrektor: prof. dr. K. W. Majewski).

W nauce o chorobach ocznych na każdym niemal kroku stwierdzamy, że oko jest prawdziwem zwierciadłem całego ustroju. Pomijając już różne nieprawidłowości, jak też i pewne wrodzone cechy ustroju znajdujące swój odpowiedni wyraz w stanie narządu wzrokowego, powiedzieć możemy zupełnie ściśle, że niema żadnego schorzenia ustroju, któreby w swoim przebiegu pozostawało dla oka obojętnem w stopniu, mniej lub więcej dostrzegalnym bądź to dla lekarza, bądź to dla samego chorego. Przyczynę tej czułej zależności oka od stanu zdrowia względnie schorzenia ustroju odnieść należy przedewszystkiem do układu naczyń i nerwów narządu wzrokowego. Jeśli zwrócimy uwagę na jakiekolwiek schorzenia przyrody zakaźnej to wystarczy tylko przypomnieć sobie owe bogactwo naczyń jagodówki (Vierordt obliczył, że suma przekrojów naczyń włosowatych jagodówki jest 800 razy większa od światła aorty), wraz z całemi najczulszemi splotami włókien nerwowych, aby zrozumieć tą niezwykłą, a zarazem i groźną łatwość powstawania endogenicznego schorzenia oka. Zbyteczne przytaczać tu jakiekolwiek przykłady, albowiem przeważna część patologji oka zajmuje się temi właśnie schorzeniami, dla których okulistyka musi sięgać głęboko w inne gałęzie medycyny albowiem dobre zaznajomienie się z ogólną i ścisłą patologją stanowi w takich przypadkach o racjonalnem leczeniu i zapobieganiu.

Wszechwładną zasadą, która zawsze panować będzie w każdem leczeniu, jest usunięcie przyczyny choroby. Jeśli na podstawie naszej wiedzy i sposobów badań przyczyna łatwo daje się wykryć, wtedy wysiłki nasze jednoczymy przedewszystkiem celem jej usunięcia, a następnie usiłujemy zwalczać wszelkie następstwa chorobowe, które zależą 1) od długości czasu działania czynnika chorobotwórczego, 2) od ilościowego jego zadziałania, 3) od wrodzonych lub nabytych właściwości danego ustroju, względnie narządu w znaczeniu dodatniem lub ujemnem. Podobnie jak w innych gałęziach medycyny tak samo i w okulistyce (a nawet częściej niestety), stajemy wobec schorzenia, którego przyroda zakaźna względnie toksyczna nie ulega najmniejszej wątpliwości, a jednak naprożno wysilamy wszystkie nasze sposoby badania, aby choć w przybliżeniu określić przyczynę lub wynaleźć źródło schorzenia. Przypadki takie pozostają dla nas co do swej etjologji zupełnie ciemne, a przy leczeniu musimy uwzględnić wszystkie możliwości, kierując się w wyborze środków tylko naszem doświadczeniem klinicznem i ścisłą obserwacją. Nie potrzebuję dodawać, że w takich przypadkach nie usunięty natychmiast czynnik chorobotwórczy działa dalej, choćby — pod wpływem leczenia nieprzyczynowego — mniej gwałtownie, a nawet, gdy ustępuje schorzenie, to nawroty mogą następować jeden za drugim; skutki zaś przebytego schorzenia długi czas trwającego, względnie nawrotów w postaci trwałych zmian, mogą znacznie upośledzić sprawność wzrokową.

Ze względu na szczupłe rozmiary tej pracy ograniczę się tylko do schorzeń tęczówki, występujących pod postacią ostrego zapalenia, Przypadki te o znanem podłożu etjologicznem w leczeniu przyczynowem przedstawiają się dosyć prosto, dość wymienić kiłę lub inne choroby zakaźne. Poważny jednak odsetek zapaleń tęczówki stanowią przypadki tak zwanych zapaleń gośćcowych zakaźnych względnie toksemicznych, w których czynnik etjologiczny pozostaje dla nas nieznanym, a raczej przypuszczalnym. Z kliniki chorób ocznych wiemy, jak często te właśnie przypadki sprawiają wiele trudności i kłopotów tak co do rokowania jakoteż i leczenia, zwłaszcza jeśli chodzi o szybkie przerwanie schorzenia i zapobieżenie nawrotom. Nasze rozpoznanie gośćcowego zapalenia tęczówki bardzo często nie odpowiada przyczynie rozpoznawanej, ani też leczenie w tym kierunku niezbyt wiele przynosi owoców. Już z bardzo wielu stron zwrócono uwagę, że pod tą kliniczną nazwą: »gośćcowe zapalenia tęczówki« kryją się różne postacie schorzeń, naprzykład na tle przewlekłego wiewióra i innych ogniskowych zakażeń ukrytych, między innemi i gruźlicy. Folman na 93 przypadków, rozpoznanych jako gośćcowe zapalenie tęczówki przy bliższem badaniu i spostrzeganiu odkrył w 41 jako przyczynę przewlekłego wiewióra. Cobbledick uważa wszelkie gośćcowe schorzenia tęczówki i ciałka rzęskowego za sprawy pochodzenia wiewiórowego. Barret i Gibson na podstawie swych spostrzeżeń twierdzą, że połowa wszystkich przypadków zapalenia tęczówki, chociaż nazywa się je zapaleniem gośćcowem niema nic wspólnego z gośćcem, chyba tylko to, że stosowanie salicylu może okazać się skutecznem. Beaumont w swoich pracach polemizuje z Poynton i Paine, którzy przez wstrzyknięcie dożylne chorobowych produktów gośćcowych mieli wywołać zapalenie tęczówki i twierdzi, że zapalenie tęczówki nie pojawia się przy ostrym gośćcu, a przy wszystkich takich schorzeniach tęczówki należy zwrócić uwagę na wiewióra lub zatrucie ogólne (toxaemię), najczęściej z przewodu pokarmowego. T. zw. gośćcowe zapalenie tęczówki jest według niego tylko objawem ogólnego zakażenia ustroju, w leczeniu zaś odrzuca Beaumont salicylaty i posługuje się rtęcią i wapnem. Bell i Bouchard przyjmują zatrucia z przewodu pokarmowego za właściwy czynnik, wywołujący, powodujący gościec stawowy wraz z jego powikłaniami. Brown i Irons w badaniach nad etjologją zapaleń tęczówki znaleźli najczęstsze źródło w zakażeniach zębowych i migdałków. Były to te same przypadki, które przedtem rozpoznawano jako gośćcowe zapalenie tęczówki. Z innych przyczyn najczęstszych wymieniają kiłę, jakkolwiek bezpośrednią przyczyną może być nie kiła *(iritis non luetica apud luetico)*. Podobnie zapatruje się na zapalenie gośćcowe tęczówki większa część autorów, nie brak jednak głosów, które przyznają ważną rolę etjologiczną gośćcowi we wszelkich sprawach chorobowych oka, a tem samem i tęczówki. Gilbert, Shammon, Forster i inni stwierdzają możliwość zapalenia tęczówki przy napadach gośćca mięśniowego i stawowego. Określają ich charakter jako łagodny, ale skłonny do częstych nawrotów. Bichon w swej książce traktuje zapalenie gośćcowe tęczówki jako osobną jednostkę chorobową. Di Fede i Abelsdorf wymieniają gościec jako jedną z najczęstszych przyczyn zapalenia tęczówki. Brandt badał cytologicznie krew u chorych na zapalenie tęczówki o różnej etjologji i znalazł we wszystkich przypadkach gośćcowego zapalenia znaczną eozynofilję (5.1%), która pod wpływem leczenia ustępowała. Benedict w swoich badaniach doświadczalnych wstrzykiwał hodowlę bakterji z krwi chorych na ostre gośćcowe zapalenie tęczówki królikom i otrzymywał podobne zachorzenie tęczówki zwierząt, z tych zaś otrzymaną hodowlę wstrzykiwał do oka drugim królikom i znów spostrzegał zapalenie tęczówki. Na podstawie swych badań dochodzi on do wniosku, że gościec jest zakażeniem ustroju bakterjami, które w pewnych okresach swego wzrostu i rozwoju wywoływać mogą zapalenie tęczówki, w pewnych zaś schorzenie mięśni i stawów. Podobne doświadczenie przeprowadzał Goadby, który wstrzykiwał królikom w okolicę stawów drobnoustroje, otrzymane z ropni zębodołowych chorych na gościec stawowy lub mięśniowy i otrzymał charakterystyczne zapalenia stawów u zwierząt.

*) Według odczytu wygłoszonego na II. zjeździe okulistów polskich we Lwowie dnia 19 września 1924).

Widzimy więc z tego krótkiego zestawienia poglądów na gośćcowe zapalenie tęczówki, pewną rozbieżność, która nie pozostaje bez ujemnego wpływu na leczenie doraźne i przyczynowe. Aby uzgodnić względnie wyświetlić pewne niejasności tych spraw, omówimy w krótkich słowach, jak dziś zapatrujemy się na gościec i o ile te zapatrywania odpowiadają naszym wymaganiom i zadaniom leczniczym.

Gościec stawowy i mięśniowy zaliczamy do chorób zakaźnych. Objawy jego wskazują na rodzaj jakby ropnicy. Pierwszy wypowiedział to w roku 1876 Hüter. W piśmiennictwie nie brak jest spostrzeżeń przenoszenia się gośćca z chorych na osoby niedotknięte nim poprzednio (Monnier, Howthorne, Talamon, Fetkamp). Trudno jednak dociekać, czy pewne warunki pobytu we wspólnem środowisku nie stanowią w pierwszym rzędzie o takiem występowaniu gośćca. Do ścisłego wyodrębnienia choroby o charakterze zakaźnym potrzebne jest spełnienie trzech postulatów Kocha, 1) że we wszystkich przypadkach znajduje się ten sam drobnoustrój chorobotwórczy, 2) że w innych chorobach się go nie spotyka, 3) że udaje się doświadczalnie wywołać tym drobnoustrojem charakterystyczne objawy chorobowe. W gośćcu postulaty te nie zostały dotąd spełnione: Znajdowano w gośćcu, w stawach i we krwi różne drobnoustroje, a przedewszystkiem gronkowce (*staphylococcus pyogenes citreus*), ale nie we wszystkich przypadkach. We krwi czasem stwierdzano nieznaczną hyperleukocytozę. Singer i Sahli na podstawie własnych spostrzeżeń i badań twierdzą jednak, że gościec jest postacią słabej ropnicy gronkowcowej; przeciwko temu przemawia jednak zupełny brak ropni. Menzer i inni widzą w objawach chorobowych, ujętych nazwą gośćca, wypadkową działania dwóch czynników, t. j. zakażenia i oddziaływania ustroju w znaczeniu nadwrażliwości (anafilaksji) wskutek allergji wywołanej zakażeniem. Nie wyda się to dziwnem, gdy przypomnimy sobie, że ustroje dotknięte gruźlicą o postaci ukrytej mogą objawiać w wysokim stopniu różne rodzaje allergji. Uwzględniając zatem najnowsze poglądy na patogenezę gośćca w streszczeniu możemy powiedzieć, że gościec traktować można jako wstrząs anafilaktyczny. W krótkim czy długim okresie wylęgania bakterje lub też ich ciała białkowate (jeśli bakterje ulegną zniszczeniu), wchłonięte pozajelitowo, uczulają ustrój czyli wywołują zdolność do odczynów allergicznych. Według rodzaju, usadowienia i ilości tych bakteryj układają się objawy chorobowe, jako wstrząs anafilaktyczny, który się może powtarzać. Wskutek tego odporność ustroju obniża się i łatwo następują wtórne zakażenia innemi bakterjami. Jeśli tak pojmować będziemy patogenezę gośćca, to odrzucić musimy swoistość bakterji i jadów, a przyjąć musimy swoistość tworzenia się substancyj trujących. Z tym typem pojmowania choroby zgadza się leczenie gośćca, niema bowiem swoistego środka leczniczego. Wszystkie środki znieczulające (*anaesthetica, narcotica*) oddają wielkie usługi w leczeniu gośćca, podobnie jak narkoza uchyla stan anafilaktyczny.

Przedstawiwszy w głównych zarysach patogenezę gośćca tak, jak dziś ją pojmujemy, przechodzimy do spraw chorobowych gośćcowych tęczówki. Dziwnem na pozór wydać się może, że w ostrem gośćcowem zapaleniu stawów czy mięśni nie spotykamy się z zapaleniem tęczówki, natomiast prawie zawsze przy zapaleniu przewlekłem, a nawet często po ustąpieniu i wygaśnięciu wszelkich objawów chorobowych w ustroju. Dla wytłumaczenia tego zjawiska przyjąć musimy odmienny rodzaj wstrząsu anafilaktycznego, przedewszystkiem co do rodzaju wytworzenia się substancyj trujących, zbyt słabych do wywołania objawów ostrych, a bardzo złożonych i niejako przygotowanych przez długi czas uczulania i przez przebyte już ostre ogólne wstrząsy. Często wskutek mało znaczącego bodźca, jak przewiew, zmiana ciepłoty lub pewien wysiłek fizyczny zaznacza się z początku mierne łzawienie, światłowstręt z zadrażnieniem spojówek powiek. Po kilku dniach pojawia się nastrzykanie rzęskowe i przekrwienie tęczówki, w tym czasie źrenica może uledz nieznacznemu rozszerzeniu, poczem wybitnie się zwęża. Występują bóle głowy w okolicy oczodołu. W przedniej komorze pojawia się wysięk i to nieraz bardzo znaczny. Złogi wysięku włóknikowego na tylnej powierzchni rogówki nie pojawiają się; jeśli natomiast pojawiają się, to wtedy jest to wtórne dodatkowe zakażenie jagodówki z ogniska chorobowego, które mogło również wywołać przedtem wstrząs anafilaktyczny dla tęczówki. Zakażenie to, rodzaj przerzutu przewyższa swą ostrością i uporczywością, jak też i następstwami pierwotne zapalenie gośćcowe tęczówki; przy czystym patogenetycznie i klinicznie obrazie gośćcowego zapalenia tęczówki zmiany zapalne nie sięgają do głębokich warstw tęczówki, ani też nie uszkadzają nabłonka ciałka rzęskowego. Anatomicznie określamy to jako zapalenie powierzchowne bez przerostu i obrzmienia. Wysięk, czasami mały, czasami bardzo znaczny, ma pewne podobieństwo do wysięku w torebkach stawowych. Sprawa zapalna rozlana nie ogniskowa, obejmuje tylko przednią warstwę tęczówki, która podobną gra rolę, zamykając przestrzeń wypełnioną cieczą, jak błona maziowa w jamach stawowych. Na błonie Descemeta dostrzegamy bardzo częste zagięcia i pofałdowania w postaci smug. W ciele szklistem mogą pojawić się drobne zaćmienia, ale zdarza się to bardzo rzadko. Charakterystyczna częstość nawrotów choroby utrudnia wielce rokowanie i leczenie, albowiem na oku każdy ślad przebytej choroby musi być traktowany bardzo poważnie i w tym kierunku właśnie nasze leczenie powinno dążyć, aby uchronić oko przed nawrotami.

Uniwersalnym środkiem we wszelkich sprawach gośćcowych są oddawna salicylaty, podawane nawet w bardzo dużych ilościach przy równoczesnem alkalizowaniu ustroju (*natr. bicarbon.*). Obok leczenia miejscowego przeznaczamy pewną djetę ogólną, kąpiele gorące, dalej posługujemy się całym szeregiem środków przeciwgorączkowych i innemi środkami, jak jodkiem potasu, arszenikiem, litem i t. d. Ten zachowawczy sposób leczenia w ostatnich latach z powodzeniem pewnem zdaje się wypierać proteino- sero- i bakterjoterapja. Te nowe problemy lecznictwa, spotykane w różnych jego gałęziach nie są jeszcze całkowicie wyjaśnione i wymagają pewnego uporządkowania. W zapaleniach tęczówki najczęstsze zastosowanie jako proteinoterapja znajdują wstrzykiwania mleka. W pierwszych latach wprowadzenia proteinoterapji zdawało się, że stanie się ona jedynym, powszechnym środkiem leczniczym we wszelkich sprawach zapalnych, a przedewszystkiem gośćcowych, jednakowoż z biegiem czasu i spostrzegań klinicznych zaczęły wzrastać wątpliwości i rozczarowania. Lundsgaardt twierdzi, że wstrzykiwania mleka w ostrem zapaleniu tęczówki bardzo mało pomagają, a w przewlekłem nie odnoszą zupełnie skutku. Bartels, jak również i Stocker upatrują we wstrzykiwaniach mleka pomoc doraźną chwilową, ale nawrotów choroby zdaniem ich nie mogą te wstrzykiwania usunąć, a zatem są one tylko pomocniczym środkiem leczniczym. Według Elschniga choroby ócz nie stanowią dobrego terenu dla proteinoterapji. Wyniki są bowiem w równej mierze dodatnie, jak i ujemne. Najlepiej stosunkowo jeszcze nadają się do tego rodzaju leczenia, urazowe zapalenia tęczówki i śluzoropotok noworodków. Bachstez widział nawet pogorszenia w przypadkach śluzoropotoku po wstrzykiwaniu mleka. Ruber wręcz odmawia znaczenia proteinoterapji wstrzykiwaniom mleka. Według jego doświadczeń, mleko, pozbawione pewnych substancyj, jak białka, tłuszczu lub kazeiny, wywołuje ten sam odczyn i każda część składowa mleka, wstrzyknięta, działa tak samo jak pełne mleko. Volhardt zaznacza, iż także niebiałkowe części sprawiają rozpad komórek w ustroju, który tworzy czynnik wywołujący wstrząs. A zatem, jeśli możemy mówić o proteinoterapji, to odnosi się ona do białka, które daje sam ustrój zadrażniony przez wprowadzenie pozajelitowe pewnych ciał nawet nie białkowych Oprócz mleka istnieje wiele innych przetworów białkowych, o których nie będziemy mówić. Do proteinoterapji o pewnem ściślejszem znaczeniu należy seroterapja i bakterjoterapja. Nie rozwodząc się dłużej nad znaczeniem i wartością tego leczenia, nadmienię, że jego swoistość nie jest na pierwszym planie, albowiem surowicę przeciwbłoniczą, szczepionki durowe i t. d. możemy z powodzeniem stosować również w zakażeniach gronkowcami (Darier, Szily, Sternberg i inni). Z tego krótkiego podania pewnych zapatrywań na proteinoterapję widzimy, że jest ona tylko częścią chemoterapji.

We wszystkich dziedzinach medycyny spotykamy się z chemoterapją, która ma za zadanie działać na czynnik chorobotwórczy, bądź to bezpośrednio, bądź to za pośrednictwem komórek ustroju, ułatwiając im zwalczanie drobnoustroju chorobotwórczego. W przypadkach gośćcowego zapalenia tęczówki uzyskiwano dość pomyślne wyniki przy pomocy dożylnych wstrzykiwań przetworów siarkowych (Bichon, Carlotti) lub przy pomocy wstrzykiwań rozczynów koloidalnych srebra i innych metali. Zaznaczają przytem poszczególni autorowie obok szybkiego ustąpienia objawów chorobowych, brak nawrotów. Jednak i ten sposób leczenia nie odpowiedział szerokim praktycznym wymaganiom i okazał się tylko jednym z wielu środków pomocniczych.

Jednym z najwdzięczniejszych środków chemoterapji okazał się salwarsan. W leczeniu kiły i innych chorób zakaźnych święci on prawdziwe trjumfy. Nie będziemy roztrząsać teoretycznej strony działania salwarsanu ani przedstawiać zapatrywań na jego wartość leczniczą w poszczególnych rodzajach i stanach chorobowych, ograniczymy się tylko do stwierdzenia jego działania, obok pewnej swoistości, jako proteinoterapji, to znaczy, że aktywuje on protoplazmę komórek ustroju. Już oddawna salwarsan w wielu sprawach zakaźnych oddaje bardzo znaczne usługi, a w niektórych nawet okazuje się jedynym skutecznym środkiem W chorobach ocznych salwarsan poza leczeniem zmian kiłowych znajduje zastosowanie małe przeważnie dorywcze. Przedewszystkiem nie brak jest doniesień o jego dobrym leczniczym wpływie na przebieg współczulnego zapalenia oka. Siegfrist uważa przyczynę zapalenia współczulnego za podobną sprawę, z jaką spotykamy się w kile i stosuje na szeroką skalę w leczeniu współczulnego zapalenia, salwarsan. Browning przedstawia pokaźną statystykę dobrych wyników w zapaleniach współczulnych po salwarsanie (17 przyp.). Podobnie o salwarsanie wyrażają się inni autorowie (Calhoun, de Ridder, Chailous, Manolesco, Palich, Szanto, Coppez, Hudson, Walgeck, Lang i i.). Nie brak jednak i tych, którzy żadnych polepszeń nie stwierdzili (Flemming, Fleischer, Russ-Wood, Miller, Adamück). Te różnice spostrzeżeń nie wydadzą się dziwne, jeśli zważymy niezwykle groźną uporczywość tego cierpienia o zupełnie ciemnej etjologji. Z innych chorób ocznych donoszą o półpaścu (*herpes zoster ophthalmicus*). który w kilku przypadkach został wyleczony bardzo szybko wstrzykiwaniami salwarsanu. (Gebb). Estrada Torres wspomina o bardzo dobrych skutkach leczniczych salwarsanu w przypadkach zapalenia pryszczykowego rogówki i spojówki. Podobne pojedyncze doniesienia napotykamy w różnych, przeważnie przewlekłych chorobach oczu.

Gośćcowe zapalenie tęczówki było dotychczas terenem różnorodnej terapji proteinowej z rożnym skutkiem. Uporczywość pewnych przypadków tej choroby wobec wszelkich sposobów leczeń, ogólnych i miejscowych, jak również zbyt wielka częstość nawrotów skłoniła nas do prób leczenia dożylnemi wstrzykiwaniami salwarsanu. Wyniki niezwykle pomyślne w pierwszych zaraz przypadkach upoważniły nas do stosowania tego leczenia w dalszych przypadkach. Dziś rozporządzamy stosunkowo dość znacznym materjałem spostrzeżeń klinicznych, około stu przypadków, wyleczonych i bez nawrotów. Poszczególnych przypadków opisywać nie będę, przytoczę tylko kilka szczegółów z przebiegu klinicznego, leczonych w ten sposób przypadków. Przez szczegółowe badanie nawet w przypadku typowego obrazu klinicznego, ustalano rodzaj choroby, wykluczając wszystkie o stwierdzonem jakiemś innem lub nawet podejrzanem podłożu. We wszystkich naszych przypadkach został stwierdzony klinicznie przewlekły gościec stawowy i mięśniowy, jak również stwierdzaliśmy niejednokrotnie w ciągu spostrzeżeń przed rozpoczęciem leczenia powrotne napady gośćca ogólnego. Przypadki o niejasnem tle, w których mimo przebytego gośćca zachodziło chociażby słabe podejrzenie co do innej przyczyny (bo i to należy zawsze brać w rachubę), wykluczaliśmy z obserwacji, mimo, iż salicylaty stosowane w tych przypadkach wpływały dość pomyślnie na przebieg. Pierwsze przypadki, leczone salwarsanem były bardzo pouczające. Kilkakrotnie przebyte nawroty, ostatni bardzo ostry i uporczywy napad zapalenia tęczówki z wysiękiem do przedniej komory jeszcze bardziej się potęgował (o czem należy uprzedzać chorych) po wstrzyknięciu jednorazowem 0,45 do 0,60 salwarsanu, poczem objawy zapalne szybko zmniejszały się i ustępowały. Wysięk wchłaniał się szybko, bóle oka i głowy ustępowały, a zmniejszone dawki atropiny do worka spojówkowego wywoływały rozszerzenie źrenicy ad maximum, o ile pozwalały na to zrosty po przebytych już poprzednio zapaleniach. Trzechkrotne dożylne wprowadzenie salwarsanu, co pięć dni, wystarczało przeważnie zupełnie. Nawrotów dotychczas w żadnym przypadku nie spostrzegaliśmy. Najdłuższy czas obserwacji przypadków, w których przedtem prawie co rok występowały nawroty, wynosi 4 lata. Jeśli uwzględnimy dotychczasowe nasze sposoby leczenia w gośćcowem zapaleniu tęczówki, niejednokrotnie niewygodne i połączone z wycofaniem się chorego na dłuższy nieraz czas od zajęć codziennych, a z drugiej strony, jeśli uwzględnimy ową uporczywość schorzenia i częstość nawrotów, dającą się zarówno choremu jak i lekarzowi we znaki, to musimy uznać w salwarsanie potężny środek leczniczy, który niepomiernie skraca i ułatwia przebieg choroby (do 3 tygodni), a następnie, o ile sądzić można z naszych dotychczasowych obserwacji, czyni możliwość nawrotów bardzo mało prawdopodobną. W leczeniu sprawy nie kiłowej salwarsanem nie jesteśmy odosobnieni; niedawno Birt ogłosił wyniki pomyślne, uzyskane wstrzykiwaniami salwarsanu w różnych zakażeniach pooperacyjnych i po ranach. Klinika chirurgiczna w Genewie ogłasza również pomyślne wyniki gojenia się i leczenia różnych spraw zapalnych wstrzykiwaniami salwarsanu. Mając zaraz w początkach dobre wyniki zapalenia tęczówki, próbowaliśmy w naszej klinice stosować salwarsan we wszystkich pooperacyjnych zakażeniach oka. Mieliśmy przypadków takich zaledwie kilka, ale historja ich przebiegu mówi sama za siebie. Pomyślne zejście tych ciężkich przypadków każe polecić w każdym przypadku spostrzeżonego zakażenia rany pooperacyjnej wstrzykiwanie salwarsanu, nie zaniedbując przytem opieki samego oka. O tem że salwarsan działa leczniczo bezpośrednio, czy pośrednio nietylko w schorzeniach na tle kiły świadczy jego stosowanie w innych chorobach bakteryjnych z zupełnie dobrym skutkiem. Poza chorobami, w których salwarsan jest stale używany i poza chorobami podzwrotnikowemi wspomnę tylko o zgorzeli płuc, zapaleniu gardła Plaut-Vincenta, ropotoku dziąseł (Gerber, Citron, Kolle, Zilz). W ostatnich latach w rzekomej gruźlicy, wywołanej przez *spironema bronchiale Castellani*, stosuje się salwarsan jako jedyny skuteczny środek (Faust, Caputi). Przy tej chorobie występuje znaczna eozynofilja (20%), która po salwarsanie spada znacznie i zbliża się do stanu prawidłowego. Zjawisko to interesuje nas o tyle, że i my we wszystkich przypadkach gośćcowego zapalenia tęczówki badaliśmy cytologicznie krew i wbrew temu, co znalazł Brandt (5.1% eozynofilów), nie stwierdziliśmy żadnej eozynofilji, a natomiast w godzinę po wstrzyknięciu salwarsanu widywaliśmy wahania w kierunku obniżenia się eozynocytów; wahania te były drobne, ale widoczne w dużej liczbie przypadków (z 2% spadały eozynocyty na 1 — 1.5%). Mimo tych jednak drobnych różnic, możemy to zjawisko zaznaczyć jako charakterystyczne dla działania salwarsanu zaznaczając, że mieliśmy tu prawidłową ilość eozynofilów, którą trudniej jest obniżyć, aniżeli w takich chorobach, gdzie eozynofilja dochodzi do 20%. Czy leczenie jakiekolwiek (a w danym przypadku salwarsanem) bezpośrednio wpływa na obniżenie się eozynofilji, czy też usuwając schorzenie, pośrednio obniża eozynofilję będącą następstwem schorzenia, częściową na to odpowiedź mogłyby nam dać badania i próby leczenia salwarsanem przypadków wiosennego nieżytu spojówek, przy którym stale występuje eozynofilja. Próby te już rozpoczęliśmy.

Jeszcze jedno pytanie pozostaje rozpatrzyć, a mianowicie, czy salwarsan nie wywiera jakiegoś ubocznego szkodliwego działania na oko. Badania doświadczalne Johnson'a z wstrzykiwaniami salwarsanu przeprowadzone na królikach nie wykazały żadnych zmian ocznych. Rozliczne spostrzeżenia i przeprowadzone doświadczalne badania stwierdzają, że salwarsan jest środkiem, który nie sprawia żadnych szkodli-

wych zmian w ustroju niezakażonym kiłą. Green wyraźnie stwierdza, że salwarsan niema żadnego szkodliwego wpływu na żadną tkankę oka, a nawet wiemy dobrze, że w sprawach chorobowych siatkówki i nerwu wzrokowego na tle kiłowem największe lecznicze usługi oddaje nam właśnie salwarsan, gdy rtęć może okazać się środkiem obosiecznym i częstokroć pogorszyć sprawę. W piśmiennictwie spotykamy się wprawdzie z doniesieniami o szkodliwym wpływie salwarsanu na oko, ale wszystkie te przypadki odnieść raczej należy do powikłań w leczeniu kiły. Zdrowej siatkówce i nerwowi wzrokowemu u niezakażonych kiłą, salwarsan nie szkodzi. Inne uboczne szkodliwe wpływy salwarsanu już częściej spotykamy. Opisują gorączkę powyżej 40°, zawroty, nudności, wymioty, kolki, żółtaczkę, biegunkę, duszność, zwolnienie lub przyśpieszenie tętna, drżenie członków, kurcze, poty, wysypkę, białkomocz i t. d. Wśród tych objawów, występujących po wstrzykiwaniach salwarsanu u chorych na kiłę wyróżnić musimy objawy stale występujące, tylko niezbyt silne (gorączka, nudności, osłabienie), dalej objawy, pojęte jako odczyn Herxheimera, a następnie objawy idjosynkrazji, do których wliczyć możemy również objawy naczynio-nerwowe (angioneurotyczne). Wspominając o tych objawach, wykluczyć musimy wszystkie przypadki zatrucia nieczystym salwarsanem. Jedyne przeciwwskazanie do leczenia salwarsanem stanowiłyby przypadki ze schorzeniem wątroby, salwarsan bowiem w wątrobie przedewszystkiem się gromadzi i tam go wykazać można po kilku jeszcze miesiącach. Objawy zatrucia salwarsanem, z któremi się zawsze liczyć powinniśmy (t. zw. *crises nitritoides)* mają dużo podobieństwa do objawów obrzęku mózgu lub zatrucia azotynem amylowym. Objawy te, różnej siły, wystąpić mogą nawet po najdrobniejszych dawkach salwarsanu. Tu należy nagłe przekrwienie powłok skórnych, które po chwili bledną, wymioty, zwolnienie tętna, które czasem nawet zniknąć może; czasami zupełna utrata przytomności. Adrenalina, kamfora i inne szybko działające środki sercowe, jak również pobudzanie oddechu przerywają sam napad, ale jednak zawsze jest on niebezpieczny dla życia. Trudno jest wytłumaczyć te objawy zatrucia. Widal, Brissaud, Abrami, Paraf i inni uważają je za rodzaj wstrząsu kolloidowego. Zdaniem ich wstrzyknięcie pewnych ciał krystalicznych dożylnie może wywołać bez uprzedniego uczulenia, rodzaj wstrząsu anafilaktycznego. Niewątpliwie kwasota krwi, jak również niedomoga nadnerczy usposabia do wystąpienia objawów zatrucia salwarsanem i dlatego Milian radzi podnieść zasadowość krwi przez odpowiednią djetę lub dawki dwuwęglanu sodu i zapobiegawcze wstrzykiwanie adrenaliny, nim przystąpi się do wstrzyknięcia salwarsanu Od czasu zastąpienia starego salwarsanu neosalwarsanem objawy zatrucia arsenobenzolem są niesłychanie rzadkie, o ile naturalnie przetwory są czyste i świeże. Manzione na 300 wstrzyknięć neosalwarsanu nigdy nie spostrzegał objawów zatrucia, ani też żadnych ubocznych złych skutków. I my w naszej klinice wykonujemy w ciągu roku kilkaset wstrzyknięć neosalwarsanu i ani razu przez szereg lat nie spotkaliśmy się ani z zatruciem, ani też z żadnemi innemi szkodliwemi wpływami. Dlatego sądzę, iż przestrzegając ściśle technicznych przepisów wstrzykiwań, jak również używając tylko świeżych przetworów, nie należy się nigdy obawiać szkodliwych następstw neosalwarsanu dla chorych.

W końcu jeszcze raz zaznaczyć możemy, iż w salwarsanie resp. neosalwarsanie uzyskujemy potężny środek w leczeniu wszelkich zapaleń tęczówki znanych pod nazwą gośćcowych. Osiągamy szybkie wyleczenie i jak dziś możemy stwierdzić, uchylamy nawroty schorzenia. Jak zachowuje się reszta ustroju, czy salwarsan zaznacza swój dobroczynny wpływ także na ogólny stan chorobowy, czy też nie, i czy w ostrym napadzie gośćca mięśniowego lub stawowego można by przypuścić jakikolwiek wpływ leczniczy salwarsanu — na to pytanie udzielić odpowiedzi może tylko klinika chorób wewnętrznych.

Piśmiennictwo.

1) Polich-Szanto Olga. Kl. mbl. Z. A. 1924. LXIX. 2) Chaillous. Ann. d'oculist. 1913. — 3) Manolesco. Clin. opthm. 1913. — 4) Bichon. La clin. opth. 1917. — 5) Darier A. La clin. opth. 1917. — 6) Hantke. Kl. Mbl. Z. A. 1922. LXIX. — 7) Elschnig. Clin. opth. 1912. — 8) Buttler. Clin. opth. 1912. — 9) Brondburne. Ophthzlmology VIII. — 10) Bartels. 43. Vers. d. rhein. Westfäl. Augenärtze. — 11) Manzione. Arch. di Ottalm. 1917. — 12) Stocker. Sitzugber. der Ges. d. Schweiz. ärzte Vers. 1919. — 13) Igersheimer. 10. Vers. d. niedersächs. Augen Verein. — 14. Johnson. Am. Jour. opht 1919 — 15) De Ridder. Kl. Mbl. Z. A. 1911. — 16) Calhoun. Am. Jour. of. ophth. 1913. — 17) Browning. Opthalmoskop. 1912. — 18) Flemming. Arch. Z. Agh. 1911. — 19) Siegfrist. Kl. Mbl. Z. A. 1913. — 20) Hensen. 1919. Kl. Mbl. Z. A. — 21) Gilbert. Münch. Med. Wchschr. 1919. — 22) Folman. D. M. W. 1919. — 23) Lundsgaardt. Det. oftalm. Selskab i Köbenhavn 1918. — 24) Huber. Kl. Mbl. Z. A. 1924. — 25) Clapp. Am. J. of. opht. 1921. 26) Benedict. Arch. of. opht. 1921. — 27) Abelsdorff. D. M. W. 1920. — 28) Di Fede. Giorn. di ocul. 1923. — 29) Doherty. Am. J. of. oph. 1921. — 30) Loring. Am. J. of. 1921. — 31) Brandt. Verein d. sächs. Augenärzte 1922. — 32) Darier A. Clin. opht. 1917. — 33) Sily-Sternberg. Kl. Mbl. Z. Ag. 1918. 34) Brown-Irous. (Annual. Meeting of. the Amer. ophth. Soc.). Washington 1916. — 35) Bernstein. D. M. W. 1917. — 36) Strümpke u. Siegfried. D. M. W. 1911. — 37) Riebes. Arch. f. Derm. u. Syph. 1913. — 38) Reber. The ophth. Record 1919. — 39) Burton Change. A. J. of. O. 1923. — 40) Daniepolu. La presse medicale 1923. — 41) Beaumont. Brit. med. Journ. 1914. — 42. Green. Am. of. ophth. 1914. — 43) Heyner. Klin. Mbl. f. Ag. 1917. — 44) Hartman. Inaug. Dissert 1914. — 45) Höeg N. Det. oftalm. Selskab i Köbenhavn. 1917. — 46) Birt. Zentrbl. f. Chirurg. 1924. 12. — 47) Faust. Arch. of. int. med. 1922. — 48) Coputi. La Riforma Medica 1923. — 49) Gebb. Med. Klin. 1924 (Nr. 26). 50) Terlinck H. Zschr. f. Agh. 1914. — 51) Adamück. Westn. ophthalm. 1914. XXXI. — 52) Carlott. Clin. ophth. 1916. — 53) Friedberger. Berl Kl. Wsch. 1913. — 54) Monnier. Thèse Lille 1911/12. — 55) Hawthorne. Brit. med. Journ. 1903. — 56) Feikamp. Werkblatt von Szet Nederlandsche Tijdskrift voor geneeskunde 1887. — 57. Poyton and Paine. Lancet 4. Juni 1910. — 58) Bel. Lancet 5. Juni 1890 59) Menzer. D. m. W. 1901. Nr. 7. — 60) Mendel. Th. Mon. 1904.

Dr. J. DADLEZ. Lwów.

O oznaczaniu kwasu moczowego w moczu.

(Z zakładu Chemji lek. U. J. K.).

Do napisania tego artykułu skłoniła mnie okoliczność, że dla klinicysty, przy jakiejkolwiek analizie ilościowej, jest zawsze potrzebny sposób przeprowadzenia analizy jak najprostszy i wymagający również prostych odczynników.

Rozmaite mamy metody oznaczania kwasu moczowego w moczu n. p. Folina, Hopkinsa, z nowszych Fürtha, Chantraine'a; są one jednak o tyle mniej praktyczne dla lekarza, że albo wymagają większych ilości moczu, przez co przedłuża się czas wykonywania analizy, albo jak w metodzie Chantraine'a potrzebna jest pewna wprawa analityczna przy sporządzaniu sączka azbestowego dobrze zatrzymującego osady. Wreszcie w metodzie Fürtha, odpipetowanie płynu z nad osadu w rurce wirówkowej nie należy do czynności łatwych dla niewprawnych i musi się bardzo uważać, by nie porwać drobnych ilości osadu, co naturalnie może wpływać na wynik analizy.

Przeprowadzając szereg rozmaitych innych analiz, byłem zmuszony mimo braku czasu wykonywać też ilościowe oznaczenia kwasu moczowego w moczu, co było powodem szukania sposobu najprostszego, wymagającego minimum czynności chemicznych i odczynników, a któryby również dawał gwarancję dokładności. Dlatego przystąpiłem odrazu do skontrolowania metody Hopkinsa, zwłaszcza gdy okazało się, że można z największą dokładnością bez użycia korektury oznaczać nie w 100 cm^3 lecz w 10 cm^3, strącając kwas moczowy 3 gr salmiaku, zamiast 30 gr, naturalnie stosując podany sposób ściśle co do czystości i jakości odczynników.

Najpierw chciałbym zaznajomić czytelników z kilku ważniejszymi metodami, następnie przejdę do uzasadnienia pewnych kwestji np. dlaczego przyjmuję współczynnik 7·22 mg dla kwasu moczowego na 1 cm^3 $^1/_{10}$ n $KMnO_4$ a nie 7·5 mg, w sprawie strącalności substancji mukoidalnych solami amonowymi, w sprawie strącalności ewentualnie i innych związków o rdzeniu purynowym.

Metody ważniejsze.

1, H o p k i n s strąca kwas moczowy z 100 cm³ moczu 30 gr salmiaku, Wydzielony osad zbiera na sączku, przemywa siarczanem amonowym, stryskuje do zlewki i miareczkuje nadmanganianem. Albo, osad przemywa nasyconym roztworem chlorku amonowego, stryskuje do zlewki, dodaje kwasu solnego, a wydzielony kwas moczowy zbiera na sączku i suszy do stałej wagi; na każde 15 cm³ przesączu dodaje do znalezionej ilości kwasu moczowego 1 mg.

2· F o l i n i S c h a f f e r proponują sposób następujący: 300 cm³ moczu miesza się z 75 cm³ roztworu octanu uranowego z dodatkiem kwasu octowego, sączy, a w 125 cm³ przesączu (=100 cm³ moczu) strąca się kwas moczowy amoniakiem w obecności siarczanu amonowego. Wydzielony moczan amonowy zbiera się następnego dnia na sączku, przemywa, stryskuje do zlewki i miareczkuje $^1/_{20}$ n $KMnO_4$. Na każde 100 cm³ moczu dodaje się do znalezionej ilości kwasu moczowego 3 mg.

3. C h a n t r a i n e 1) strąca kwas moczowy w 2 cm³ moczu salmiakiem, wydzielony osad sączy po 24 godzinach przez azbestowy sączek przy pomocy pompy wodnej, po przepłukaniu siarczanem amonowym rozpuszcza w kwasie siarkowym, dodaje $^1/_{100}$ n $KMnO_4$ w nadmiarze, nadmiar nadmanganianu oznacza jodometrycznie i stąd oblicza ile cm³ $^1/_{100}$ n $KMnO_4$ związało się z kwasem moczowym.

4. O. F ü r t h - U r b a c h - W e r m e r 2) dodają w rurce wirówkowej do 5 cm³ moczu zalkalizowanego węglanem sodowym 5 cm³ 30% salmiaku. Po 2 godzinach wiruje się, płyn z nad osadu zlewa, osad przemywa kilkakrotnie siarczanem amonowym, wirując za każdym razem, wreszcie rozpuszcza w NaOH, dodaje $^1/_{100}$ J w nadmiarze, a nadmiar jodu miareczkuje $^1/_{100}$ n $Na_2S_2O_3$.

* * *

Pierwsze pytanie na które należałoby odpowiedzieć przy miareczkowaniu kwasu moczowego nadmanganianem jest: Jakiego należy używać współczynnika dla $^1/_{10}$ n roztworu $KMnO_4$? Pod tym względem istnieje dwojakiego rodzaju zapatrywanie.

H o p k i n s, F o l i n 3) przyjmują, że 1 cm³ $^1/_{10}$ n $KMnO_4$=7·5 mg kwasu moczowego, zaś R i t t e r 4), H u p p e r t 5) dla 1 cm³ $^1/_{10}$ n $KMnO_4$ 7·22 mg kwasu moczowego. Przystępując do kontroli współczynnika kierowałem się następującymi trzema zasadniczymi warnnkami. Przedewszystkiem kwas moczowy użyty do doświadczenia musi być czysty, przy rozpuszczaniu należy zwrócić uwagę, by nie pozostały najmniejsze cząstki nierozpuszczone, a nadto nadmanganian musi być bardzo dokładnie zmianowany. Dlatego w podanych niżej doświadczeniach nadmanganian użyty nietylko był nastawiony na kwas szczawiowy. lecz miano skontrolowane jodem, kwas zaś szczawiowy pośrednio skontrolowany $^1/_1$ n kwasem solnym otrzymanym metodą H u l e t t a i B o n n e t a, którą to metodą można sporządzić bardzo ści sły $^1/_1$ HCl, o czem wielokrotnie przekonaliśmy się w naszem laboratorjum.

Użyty do analizy czysty kwas moczowy nie pozostawiał reszty po spaleniu i zawierał 33·29%, 33·35% azotu zamiast teoretycznie 33·33% azotu. Odważoną ilość rozpuszczono w roztworze alkalicznym, po rozcieńczeniu do 100 cm³ wzięto 10 cm³, zakwaszono czystym kwasem siarkowym i miareczkowano w temp. 60—70° $^1/_{10}$ n $KMnO_4$ z mikrobiurety lub $^1/_{100}$ n $KMnO_4$ Wyniki podane są przeważnie średnią z dwu oznaczeń miareczkowych. Także większą ilość kwasu moczowego rozpuszczono i miareczkowano $^1/_{10}$ n $KMnO_4$ wprost bez rozcieńczenia, a w tym wypadku podane liczby są wynikiem jednego oznaczenia miareczkowego.

Zestawione wyniki ilości odważonej i miareczkowanej zgadzają się, jeżeli się przyjmie 1 cm³ $^1/_{10}$ n $KMnO_4$=7·22 mg kwasu moczowego.

Ważną jest również rzeczą przekonać się, że nietylko strącanie kwasu moczowego salmiakiem jest ilościowe, lecz także nic nie gubi się z osadu przeprowadzając wszystkie manipulacje jak przy oznaczeniu w 10 cm³ moczu. Dlatego wy-

Wzięto	5·24 mg	6·12 mg	6·40 mg	7·29 mg
Znaleziono	5·20 »	6·15 »	6·35 »	7·34 »
Wzięto	4·29 mg	6·93 mg	10·49 mg	13·86 mg
Znaleziono	4·25 »	6·92 »	10·45 »	13·99 »
Wzięto	9·46 mg	32·75 mg	44·25 mg	112·8 mg
Znaleziono	9·43 »	32·64 »	44·38 »	113·1 »

konano odpowiednie analizy z roztworem kwasu moczowego t. j. do 10 cm³ roztworu o znanej ilości kwasu moczowego dodano 3 gr analitycznie czystego chlorku amonowego, po 3 godzinach sączono, osad przemyto dwukrotnie nasyconym roztworem analitycznie czystego siarczanu amonowego, a po spłukaniu do zlewki i dodaniu około 3 cm³ stężonego kwasu siarkowego, miareczkowano z mikrobiurety $^1/_{10}$ n $KMnO_4$ w temp. około 60—70°.

Wzięto	6·40 mg	4·29 mg	4·86 mg
Znaleziono	6·43 »	4·30 »	4·89 »

Analogicznie można dodać do 10 cm³ moczu odważony kwas moczowy, przeprowadzając kontrolne oznaczenie w tym samym moczu, przyczem jak wyniki podane wykazują, uzyskuje się z powrotem kwas moczowy dodany.

	W 10 cm³ znaleziono	Kwas moczowy w mg	
Mocz I	kontrolny	8·28 mg	
	z dodaniem 6 mg kw. moczowego	14·30 »	zamiast 14·28 mg
Mocz II	kontrolny	3·68 mg	
	z dodaniem 5·32 mg kw. moczowego	8·99 »	zamiast 9·00 mg
Mocz III	kontrolny	6·04 mg	
	z dodaniem 4·29 mg kw. moczowego	10·29 »	zamiast 10·33 mg

Czy przy strącaniu kwasu moczowego w 10 cm³ moczu używać $^1/_{10}$ n czy $^1/_{100}$ n $KMnO_4$? Przedewszystkiem nasuwa się odpowiedź, że nalezałoby użyć $^1/_{100}$ n $KMnO_4$ z powodu małej stosunkowo ilości kwasu moczowego, jednak praktycznie rzecz biorąc, trzeba mieć bardzo wprawne oko, by uchwycić właściwy koniec reakcji przy roztworze $^1/_{100}$ n, zaznaczający się słabiutkiem zaróżowieniem płynu. Dlatego najlepiej jest miareczkować $^1/_{10}$ n $KMnO_4$ z mikrobiurety, na której można odczytać nietylko setne, ale w przybliżeniu ocenić i tysiączne części cm³, przy czem tak samo dokładnie oznacza się kwas moczowy jak przy $^1/_{100}$ n $KMnO_4$.

Czy w moczu normalnym strąca się salmiakiem tylko kwas moczowy, czy i inne substancje, które mogłyby redukować nadmanganian, a przez to samo powodować za duże wyniki dla kwasu moczowego? Powyższem zagadnieniem zajmowali się F o l i n, C h a n t r a i n e, F ü r t h, przeprowadzając kontrolne oznaczenia innemi metodami; wyniki na ogół były zgodne, co przemawia za tem, że strącanie salmią-

kiem jest równie dobre, jak i inne sposoby strącania kwasu moczowego.

Należałoby jeszcze stwierdzić, jak zachowują się substancje mukoidalne w stosunku do nasyconego roztworu salmiaku, gdyż Folin przypuszczał w pewnych stanach patologicznych zwiększenie ilości substancji mukoidalnych, które ewentualnie strącone mogą powodować błąd w oznaczeniach kwasu moczowego; naturalnie w moczu prawidłowym okoliczność tego rodzaju niemożliwa, z powodu bardzo małej zawartości mukoidów. Osobiście w żadnym wypadku nie mogłem stwierdzić strącania substancji mukoidalnych w roztworze nasyconym salmiakiem i zalkalizowanym amoniakiem, mimo przeprowadzenia szeregu analiz na moczach patologicznych. Podobnież nie otrzymuje się żadnego strątu przy dodaniu salmiaku do roztworu z dużą ilością białka kurzego, surowicy, śluzu. Do roztworu n. p. 2 cm³ surowicy w 7 cm³ wody dodano 3 gr salmiaku, 2 krople amoniaku i mimo, że osad nie powstał, płyn przesączono, sączek dwukrotnie przemyto siarczanem amonowym, a po przebiciu spłukano wodą; opłuczyny zakwaszono kwasem siarkowym i w temp. 60—70° pierwsza kropla dodanego nadmanganianu wywołała już różowe zabarwienie. Zaznaczyć należy, że w surowicy jest stosunkowo duża ilość mukoidów według P. A. Levene i I. López-Suárez, w każdym razie ilość w 2 cm³ surowicy najzupełniej wystarczająca, by w razie strącenia wywołać redukcję nadmanganianu.

Prócz szeregu innych analiz wykonanych na rozmaitych moczach patologicznych, przeprowadzono analizy w moczu normalnym z dodatkiem białka, aminokwasów, peptonu, śluzu, krwi, a dla kontroli te same mocze bez dodatku.

	W 10 cm³ moczu znaleziono kwas moczowy	w mg
Mocz I	normalny	5·72 mg
	z dodatkiem białka jaja kurzego	5·76 »
	z dodatkiem białka, peptonu aminokwasów	5·74 »
Mocz II	normalny	4·26 mg
	z dodatkiem dużej ilości śluzu i białka	4·29 »
Mocz III	normalny	5·19 mg
	z dodatkiem 2 kropel krwi	5·17 »

Zestawione analizy wykazują, że obecność także i białek nie wpływa na dokładność oznaczenia kwasu moczowego, o czem zresztą wspomina Hopkins. Osad moczanu amonowego jest zwykle zabarwiony mniej lub więcej intenzywnie przez normalny barwik moczu, który jednak nie wpływa na ścisłość oznaczania kwasu moczowego. Z moczów patologicznych wyjątek stanowi mocz żółtaczkowy, gdzie nie można bezpośrednio przeprowadzać analizy, gdyż w obecności barwika żółci zużywa się więcej cm³ nadmanganianu, niż odpowiadałoby ilości kwasu moczowego. Folin radzi w tym wypadku mocz najpierw zagotować z roztworem białka i w przesączu dopiero strącać kwas moczowy.

Czy w moczu nasyconym salmiakiem strącają się prócz kwasu moczowego i inne związki zawierające rdzeń purynowy? Folin wykazał, że xantyna i hypoxantyna nie redukują nadmanganianu, więc nie wpływają na oznaczenie kwasu moczowego, a guanina wprawdzie strąca się, lecz redukuje w bardzo małym stopniu i do tego można dodać, że kofeina nie ulega strąceniu salmiakiem. Jeżeli się weźmie jeszcze pod uwagę, że ilość zasad purynowych wydzielonych normalnie przy zwykłem pożywieniu wynosi $^1/_{10}$—$^1/_{18}$ ilości kwasu moczowego, to oznaczając w 10 cm³ moczu można być pewnym, że zużyte cm³ nadmanganianu odpowiadają jedynie kwasowi moczowemu.

Sposób oznaczania kwasu moczowego w 10 cm³ moczu.

10 cm³ przesączonego moczu [1]) zadaje się w małej zlewce [2]) 3 gr dobrze sproszkowanego chlorku amonowego, miesza się co pewien czas pałeczką szklaną [2]) aż do rozpuszczenia, a po rozpuszczeniu salmiaku dodaje 4 krople silnego amoniaku. Mniej więcej po 3 godzinach wydzielony moczan amonowy zbiera się ilościowo [3]) na sączku hartowanym [4]), a osad przemywa dwukrotnie nasyconym roztworem siarczanu amonowego (tym samym roztworem popłukać zlewkę, w której odbywało się strącanie kwasu moczowego). Sączek przebija się ostro zakończoną pałeczką szklaną, osad stryskuje silnym i cienkim strumieniem wody do większej zlewki, a sączek po przemyciu rozcieńczonym gorącym kwasem siarkowym [5]) rozwija i jeszcze raz przemywa wodą, by spłukać resztki osadu, które ewentualnie mogą jeszcze pozostać w fałdzie sączka. Do płynu (objętość zwykle 80—100 cm³) daje się około 3 cm³ stężonego kwasu siarkowego i na gorąco (temp. około 60°) miareczkuje kroplami $^1/_{10}$ n $KMnO_4$ z mikrobiurety, aż do pierwszego różowego zabarwienia, które utrzymuje się mniej więcej 15—20 sekund.

1 cm³ $^1/_{10}$ n $KMnO_4$=7·22 mg kwasu moczowego. Pomnożywszy ilość zużytych cm³ przez 7·22 otrzymuje się ilość kwasu moczowego w 10 cm³ moczu.

Reasumując można powiedzieć że:

1. Oznaczając kwas moczowy w 10 cm³ moczu sposobem wyżej podanym, uzyskuje się w końcowym wyniku całą ilość kwasu moczowego, bez potrzeby zastosowania poprawki.

2. Do analizy używać należy sączków hartowanych (9 cm), mikrobiurety, czystego kwasu siarkowego, także siarczan i chlorek amonowy powinne być analitycznie czyste (Merck, Kalhbaum »*pro analisi*«), zwłaszcza, że dziś cena związków tych jest stosunkowo niska i nie ma najmniejszej trudności w dostaniu czystych preparatów chemicznych.

3. Dwukrotne przemycie osadu siarczanem amonowym jest wystarczające, a resztka chlorków nie redukuje nadmanganianu.

4. Metoda absorbuje bardzo mało czasu, gdyż najpierw odmierza się 10 cm³ i dodaje 3 gr salmiaku, zaś po 3 godzinach sączy, przemywa i t. d. co zajmuje około godziny czasu, a kilka równoczesnych oznaczeń można wykonać w niewiele dłuższym czasie.

Piśmiennictwo.

1) Biochem. Z. 141, 236 (1923). — 2) Biochem. Z., 133, 605 (1922). — 3) Z, f. physiol. Ch. 24/ 226. — 4) Z. f. physiol. Ch. 24, 410. — 5) Neubauer-Huppert, Analyse des Harns, 1029 1045 (1913). — 6) The Journ. of biol. chem. 36. 105. (1918).

Z praktyki.

Mieczysław GOLDMAN. Warszawa.

Przypadek zwężenia przełyku na tle skurczu przepony (phrenospasmus).

Z oddziału Władysława Janowskiego
w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Podając poniżej przypadek t. zw. »cardiospasmus« (z góry wyjaśnię, że szło tu o phrenospasmus), streściłem w krótkości zapatrywania szeregu autorów na tę sprawę.

---

[1]) W razie obecności osadu moczanów, mocz ogrzać, przesączyć i w oziębionym przesączu strącać kwas moczowy.

[2]) Objętość około 70 cm³.

[3]) Pałeczki nie wyjmować, lecz pozostawić aż do chwili sączenia w zlewce.

[4]) Płyn ze zlewki przelewać na sączek zawsze po pałeczce szklanej; w ten sposób żadna kropla nie upada na zewnątrz.

[5]) Sączek hartowany Schleicher i Schüle Nr. 575, wielkość 9 cm.

[6]) Do 10 cm³ wody destylowanej dodać około 2 3 cm³ stężonego kwasu siarkowego, zmieszać, przyczem płyn dostatecznie się ogrzewa i tym roztworem przemywać sączek.

Ostatniemi czasy spostrzega się coraz częściej przypadki czynnościowego zwężenia przełyku, rozpoznawanego radjologicznie. Nie przesądza to sprawy, czy fakt ten zależy od należytego wykorzystania radjoskopji w klinice, czy też istotnie liczba tego rodzaju chorych wzrosła.

Nasz przypadek stanowi między innemi dowód, że opieranie się na samej tylko radjoskopji, bez dokładnego uwzględnienia wszystkich innych sposobów badania klinicznego, może prowadzić do zupełnie błędnego rozpoznania.

Chora lat 50, mężatka, pochodzi ze wsi. Podaje, że od pięciu lat ma dolegliwości ze strony żołądka. W przeciągu pierwszych 4-ech lat stosunkowo nieznaczne, polegające na nudnościach, ślinotoku i na zdarzających się czasami wymiotach. Podczas i po jedzeniu odczuwała w okolicy dołka podsercowego bóle, które promieniowały w kierunku łopatki. Stały one w ścisłym związku z jedzeniem. Ogólny stan chorej początkowo nie podupadał. Dokładniejsze wywiady ustaliły, że dopiero od roku skarży się na coraz wzrastający ucisk w dołku jarzmowym przy połykaniu pokarmów, oraz przykre bóle w dołku, promieniujące ku łopatce, i na codzienne wymioty wkrótce po jedzeniu. Twierdzi, że odczuwa wyraźnie zatrzymywanie się pokarmów w dolnej części przełyku. Stan jej ogólny szybko podupadał. Łaknienie pozostawało przytem dobre, ale z powodu miejscowych dolegliwości zmuszona była jadać niewiele. Stolce stale zaparte, raz na cztery — pięć dni; przy ich oddawaniu chora odczuwa ból.

Od miesiąca znaczne pogorszenie stanu. Chora zwraca każdy pokarm, zarówno stały jak i płynny. Przy spożywaniu pokarmu ból w dołku, jak podaje, zapierający oddech. Wyniszczenie chorej wzmaga się. Pokaszluje nieznacznie. Mocz oddaje prawidłowo. Perjody rozpoczęły się w 19-ym roku życia, nieregularne $\frac{3-4 \text{ dni}}{2-3 \text{ miesiące}}$ niebolesne. Ostatni przed 3-ma miesiącami. Rodziła 4 razy: dzieci żyją, są zdrowe. Nie roniła. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Przed pięciu laty przechodziła dur brzuszny. Chorób przebytych w dzieciństwie nie pamięta, naogół była zdrowa.

Stan obecny: Budowa prawidłowa, wzrost wysoki, zabarwienie powłok oraz błon śluzowych wybitnie blade. Podściółki tłuszczowej brak, zupełny upadek sił. Gruczoły chłonne na szyji i w pachwinach wyczuwalne, małe, twarde, ruchome, niebolesne. Tarczyca duża, zachodzi poza wcięcie jarzmowe. Tem. 36,2°. Tętno 60, miarowe, średnio napełnione, słabo napięte, średnio szybkie. Tętnice szerokie, gładkie, miękkie. Ciśnienie: max. — 75, min. — 50. Pp. — 25. Szybkość wznoszenia się tętna (CAP) — 6 mm w jedną setną sekundy. Współczynnik szybkości tętna (CCP) — 3,5. Oddechów 20 na minutę. Waga 46 kg. Język nieobłożony, uzębienie dobre, migdałki normalne. Szyja długa, przy wykonywaniu ruchów niebolesna. Klatka piersiowa dość płaska, kąt międzyżebrowy ostry. Lekkie uwypuklenie klatki piers. w dolnej części od tyłu po stronie prawej. Bolesność uciskowa VIII., IX., X. kręgu piersiowego. Podczas oddechów klatka piersiowa porusza się równomiernie z obu stron. Górna granica płuc od tyłu sięga VII. kręgu szyjnego, dolna na XII. żebrze, nieprzesuwalna. Pola Kroeniga szerokości 4-ch cm. po obu stronach. Wypukowo lekkie stłumienie nad obu szczytami, szczególnie nad prawym. Od kątów łopatki w dół odgłos bębenkowy. Drżenie głosowe wzmożone nad górnemi płatami. Wydłużenie wydechu nad szczytem prawym. Osłabienie oddechu nad dolnemi płatami. Nieznaczne wzmożenie przewodnictwa głosu nad szczytem prawym. Z przodu górna granica płuc sięga $2^1/_2$ palca powyżej obojczyka, dolna na VI. żebrze. Nieznaczne stłumienie nad prawym szczytem; pozatem wypuk z odcieniem bębenkowym. Zaostrzenie oddechu nad prawym szczytem; pozatem na całej przestrzeni zwykły oddech pęcherzykowy.

Granic serca nie można było z należytą ścisłością wypukać z powodu wyjątkowego stopnia rozedmy płuc. Badanie radjoskopowe wykazało serce o typie wiszącym w granicach normalnych. Czynność serca miarowa. Tony czyste. II-gi ton nad tętnicą płucną nieco wzmożony. Brzuch zapadnięty. Bolesność uciskowa w dołku. Granice żołądka określone po podaniu kwasu winnego, a następnie dwuwęglanu sodu: krzywizna duża 4 palce poniżej pępka, krzywizna mała na pępku. Wątroba nie wystaje z pod łuku żebrowego, śledziona niemacalna. Prawa nerka opuszczona, wyczuwalna. Źrenice oddziaływują na światło i przystosowanie. Odruchy skórne i ścięgnowe prawidłowe.

Mocz o c. g 1020, kwaśny, przeźroczysty, barwy słomkowo-żółtej. Białka, cukru, acetonu, kwasu dwuoctowego — brak. Urobilinogen, urobilina — norma. Hay — ujemny. Odczyn dwuazowy — ujemny. Osad skąpy, nieliczne leukocyty w polu widzenia, pojedyncze krwinki co kilka pól widzenia.

Krew: Hb. 75 (podług Sahli), ciałek czerwonych 4.600,000, białych ciałek 4200, indeks 1,02,

wzór:

B	E	My	Mtm	P	N	L	Mo
3	1	0	0	1	70	17	8

Ciężar gatunkowy krwi 1,050
sucha substancja 20,8
surowica refr. 7,2 % białka
osocze refr. 8,28 % białka
odczyn Botelho — ujemny
odczyn Matefiego — ujemny
krzepliwość — 14 minut
lepkość — 4,6
sedymentacja — 18 mm na godzinę
cholesteryny — 1,1 gr w litrze
bilirubiny 16 mlg w litrze
kwasu moczowego 20 mlg. w litrze
mocznika — 270 mlg w litrze

Z powodów natury zewnętrznej dwukrotne określanie Ca we krwi dało wyniki niedość pewne, przemawiając jednak za jego nadmiarem w surowicy.

Próba Volhard'a dała wynik następujący:

Porcja	Ilość	c. g.
I	95	1012
II	340	1002
III	310	1001
IV	235	1002
V	150	1003
VI	160	1005

Porcja	Ilość	c. g.
VII	85	1007
VIII	55	1010
IX	105	1017
X	55	1020
XI	103	1017
XII	75	1020

Wniosek: nieznaczna hypostenurja.
Stała Ambard'a — 0'06.

Badanie treści żołądkowej: zgłębnik gumowy wszedł na głębokość 58 cm., zatrzymując się przez chwilę u wpustu. Na czczo wydobyto około 20 cm³ niestrawionego pokarmu: L — brak; pod mikroskopem stwierdzono liczne kulki tłuszczu oraz rozpadłą miazgę. Po próbnem śniadaniu wydobyto 75 cm³ niestrawionej treści: L — 0, A — 12, kwas mleczny obecny, peptony, erytro-achrodekstryny, oraz skrobia — obecne, podpuszczki, ani krwi nie stwierdzono. Przypadkowo zaniedbano próby Meta. Pod mikroskopem liczne kulki tłuszczu, pasemka śluzu, skrobia. Przy obu badaniach uważano wydobytą treść za treść żołądkową, dzięki temu, iż przyjęto mylnie, że zgłębnik wszedł do żołądka. Próba na krew w kale ujemna.

Próba Danielopolu: napięcie n. współczulnego 108 (norma 116—128), napięcie n. błędnego — 54 (norma 48 58), tachycardia orthost. — 100 (norma 80), po podaniu atropiny — 120 (norma 130—140). Wniosek — hyposympaticotonia ze znaczną względną przewagą n. vagi.

Streszczając powyższe dane sprawa chorobowa przedstawiała się nam w sposób następujący:

Pacjentka powyżej lat 50-ciu, będąca w stanie znacznego wyniszczenia cierpi od lat 5-ciu na dolegliwości rzekomo żołądkowe. Przy wydobywaniu treści z przewodu pokarmowego sądziliśmy, że przeszliśmy zgłębnikiem do żołądka, gdyż zgłębnik zatrzymywał się przez chwilę u wpustu, a następnie dał się zanurzyć na głębokość 58 cm. Jako wynik badania treści rzekomo żołądkowej mieliśmy brak wolnego kwasu solnego i obecność mlecznego. W płucach zmiany nieznaczne, prawdopodobnie na tle swoistem. W innych narządach zmian patologicznych nie stwierdzono. Biorąc pod uwagę: wiek, bardzo znaczne wyniszczenie, wynik badania treści rzekomo-żołądkowej, bóle oraz stałe wymioty, nie mając jeszcze badania roentgenologicznego, stanęliśmy wobec przypuszczenia złośliwej sprawy w żołądku. Rozpoznanie to pozornie popierało orzeczenie radjologiczne, które brzmiało w sposób następujący: pokarm zatrzymuje się ponad wpustem i bardzo wolno, wąską, nieregularną strugą przedostaje się do żołądka; jeszcze po 7-u godz. część pokarmu znajduje się w okolicy wpustu, reszta na dnie opuszczonego żołądka — *neoplasma oesophagi et ventriculi*. Z drugiej jednak strony dokładna analiza niżej podanych szczegółów zmusiła nas do cofnięcia się z powyższego stanowiska i do przeprowadzenia dalszego szeregu badań pomocniczych, dzięki którym udało się z należytą pewnością rozpoznać, iż mamy do czynienia ze sprawą czynnościową.

Następujące szczegóły przemawiały przeciw złośliwości sprawy:

Długotrwałość sprawy (5 lat), brak krwi w treści żo-

łądkowej oraz w kale, brak niedokrwistości, zwolnienie opadania krwinek, brak azocicy, (270 mlg mocznika na litr), normalna ilość białka w surowicy krwi, wreszcie ujemne próby kłaczkowania: Botelho i Matefiego. Oczywiście, żaden z tych szczegółów sam przez się nie posiada wartości bezwzględnej, jednakże występowanie ich wszystkich razem wymagało odniesienia się do ropoznania sprawy nowotworowej z jaknajwiększem zastrzeżeniem. Nadto jak widać z powyższego orzeczenia radjologicznego sprawa mieści się w przełyku. Powstało podejrzenie, czy przy poprzedniem zgłębnikowaniu żołądka naprawdę wydobyto treść przełykową, a nie żołądkową, gdyż roentgenogram wykazał bardzo znaczne kielichowate rozszerzenie przełyku, w którem zgłębnik gumowy zupełnie swobodnie mógł się zawinąć. Treść wykazała brak kwasu solnego i obecność kwasu mlecznego, co mogło odpowiadać zarówno dobrze zawartości przełyku, jak i żołądka, zwłaszcza, że przeoczono badanie treści na pepsynę. Przy następnych zgłębnikowaniach niejednokrotnie zauważono przy wyciąganiu zgłębnika, że jest złożony na końcu we dwoje oraz, że treść wydobywa się obok zgłębnika, co miewa miejsce wówczas, gdy zgłębnik nie znajduje się jeszcze w żołądku. Prawdopodobnie przy pierwszem zgłębnikowaniu również nie wydobyto treści żołądkowej, lecz przełykową, które to przypuszczenie zostało później potwierdzone, gdyż skład treści żołądkowej różnił się od wydobytej poprzednio. Obfita ilość zaległej treści wydobywanej z przełyku świadczyła o dużej rozstrzeni, co zaś do samej przeszkody u wpustu, to za jej czynnościowym charakterem przemawiało chociażby to, że już w czasie obserwacji chora czuła się lepiej oraz widocznie przybierała na wadze (12½ kg), ale czy podłożem tego nie była sprawa organiczna, jak: wrzód dolnej części przełyku, kilak i t. p.; trudno było na to narazie odpowiedzieć. Badanie radjologiczne wykonane po raz drugi przez innego rontgenologa wykazało co następuje:

»Pokarm kontrastowy zatrzymuje się u wpustu, wypełniając przełyk o cechach b. znacznego rozszerzenia; część wpustowa przełyku znajduje się o 3—4 cm poniżej linji przepony; na całej przestrzeni ruchy połykowe zachowane, wyraźnie widoczne w części wpustowej; po upływie kilkunastu sekund pokarm przedostaje się do żołądka bardzo wąskiem pasmem; zaległości w przełyku stwierdzono jeszcze po 6-ciu godz.; krzywizna duża w pozycji stojącej znajdującej się na 6 palców poniżej pępka, krzywizna mała 3 palce poniżej; treść pokarmowa wypełnia część wpustową żołądka, posiadającą zarysy gładkie; ruchy robaczkowe żołądka widoczne; przejście przez dwunastnicę swobodne; jelita cienkie na dnie miednicy małej — cardiospasmus, gastro — entero ptosis«.

To drugie rozpoznanie radjologiczne w zupełności zgadzało się z naszem, aczkolwiek nie wyłączało podłoża organicznego całego cierpienia. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia tej wątpliwości badaliśmy przełyk za pomocą wziernika (oesophagoskopu), przyczem stwierdziliśmy rozszerzenie przełyku, a błonę śluzową części przywpustowej nigdzie nieowrzodzoną, gładką, różową. Zestawienie zaś tego faktu z przytoczonemi powyżej danemi, wyłączającemi sprawę złośliwą uprawniło nas ostatecznie do rozpoznania czynnościowego skurczu przełyku. Przy następnem badaniu pod ekranem radjologicznym stwierdzono, że zgłębnik o średnicy 1½ cm swobodnie przeszedł do żołądka. Wykonane następnie ponowne badanie treści żołądkowej dało wyniki zupełnie odmienne od poprzedniego, a mianowicie:

Po próbnem śniadaniu wydobyto 300 gr treści źle strawionej, L — 14, A — 36, podpuszczka, peptony, achroerytrodekstryny obecne, próba Meta dodatnia, w osadzie: liczne drobne ziarenka tłuszczu, nieliczne ziarenka skrobi, krwi nie stwierdzono. Upewniliśmy się w ten sposób, że treść badana po raz pierwszy pochodziła nie z żołądka, lecz z przełyku.

Co do rozpoznania »cardiospasmus«, to jak podaje J. Guiser[1]) wogóle nazwa ta jest niesłuszna. Skurcz przełyku dotyczy dolnego jego odcinka od części rozpoczynającej się na linji przepony, aż do wpustu żołądka, długość jej wynosi 2—3 cm, a może się nawet podwoić przy ogólnem opadnięciu trzew, co się zdarza w tem cierpieniu często i co również miało miejsce w przypadku naszym i spostrzeżeniach dr. Mintza[2]). Podług Guiser'a właściwa nazwa cierpienia tego jest »oesophagospasmus«. Zdjęcie radjologiczne w naszym przypadku nasuwa myśl, że mamy do czynienia nie ze skurczem przełyku (oesophagospasmus), lecz z cierpieniem, którego przyczyną jest skurcz krzyżujących się włókien przepony. Cechą takiego cierpienia jest, jak wygląda z poglądów Guiser'a, brak zwężenia przełyku na dłuższej jego przestrzeni, zamiast którego stwierdza się, jak w naszym przypadku, wąziutki odcinek znacznego zwężenia przełyku.

Skurcz wpustu należy, jak wiadomo, do stosunkowo często spotykanych objawów wtórnych w przebiegu owrzodzeń krzywizny małej, bądź też dwunastnicy. W związku z naszym przypadkiem pragnę poruszyć tu tylko sprawę skurczów przełyku bez wszelkiego podłoża organicznego.

Ponieważ zwężeniom tego pochodzenia towarzyszą rozstrzenie przełyku, przeto Kraus stworzył teorję powstawania »samoistnej rozstrzeni przełyku«. Na zasadzie badań doświadczalnych Kraus twierdzi, że nerw błędny powoduje skurcze górnej części przełyku, hamując jednocześnie skurcz odźwiernika, unerwionego autonomicznie. Stąd przy upośledzeniu czynności nerwu błędnego następować ma skurcz odźwiernika z jednoczesną rozstrzenią górnej części przełyku. Występują wówczas jednocześnie i inne objawy porażenia układu autonomicznego, jak: częste tętno, brak kwasu solnego w żołądku i t. d. Rozstrzeń przełyku powstaje bardzo szybko i nie należy jej tłómaczyć obecnością przeszkody poniżej, gdyż w razie zwężeń na tle organicznem rozstrzeń przełyku powyżej przeszkody nie dosięga tych rozmiarów. Powyższe badania doświadczalne Krausa, dotyczące unerwienia przełyku, podają obecnie w wątpliwość inni autorowie, którzy na zasadzie tych samych badań doszli do wniosków odmiennych. Assman podnosi szczegół, często spotykany, a wyraźnie uwidaczniający się pod roentgenem — mianowicie obecność skurczu powyżej rozstrzeni, przeważnie nad łukiem aorty, gdzie również się pokarm zatrzymuje. Przypisuje on temu skurczowi ważne znaczenie teoretyczne, jest to argument przeciwko powyższemu poglądowi Krausa. W powyżej opisanym przypadku oraz w kilku innych, obserwowanych przezemnie ostatnio pod roentgenem, stwierdziłem skurcze powyżej rozstrzeni. Boehm zaprzeczą decydującemu wpływowi nerwu błędnego na powstawanie skurczów wpustu żołądka, gdyż stwierdził, że adrenalina wpływa na rozwarcie wpustu drogą podrażnienia nerwu współczulnego. Istnieje jeszcze szereg innych poglądów na tę sprawę. Żaden z nich nie wyczerpuje kwestji. Dlatego słusznem wydaje mi się zdanie jednego z uczestników dyskusji w tej sprawie w Towarzystwie Gastrologów w Paryżu[3]), że cierpienie to powstaje pod wpływem rozmaitych przyczyn. Badania Danielopolu nad przełykiem normalnym oraz nad wpływami na niego rozmaitych środków farmakologicznych mogą nas znacznie zbliżyć do wyjaśnienia tej sprawy[4]).

Wykazał on w drodze graficznej, że przy podrażnieniu ściany przełyku wywołuje się odruchy połykowe (części górnej przełyku) i odruchy skurczowe (w części jego dolnej); nerw błędny jest nerwem, pobudzającym na całej przestrzeni przełyku, a nerw współczulny jest hamującym mięśniówkę przełyku również na całej przestrzeni. Wywołując odruch oko-przełykowy Danielopolu stwierdził, że bodziec idzie jednocześnie drogą obu nerwów. W każdym okresie odruchu pobudzone są oba układy, ale w każdym przypadku jeden z nich bierze nad drugim przewagę. Orjentując się za pomocą wykonywania próby Danielopolu w czynności układu błędnego i współczulnego, mogłem stwierdzić w dwóch zbadanych przezemnie przypadkach skurczu przełyku wyraźną przewagę nerwu błędnego. Powstała stąd myśl wykorzystania tego faktu dla celów ściślejszego rozpoznania w naszym przypadku. Mianowicie, przekonawszy się, że mamy do czy-

[1]) La presse médicale Nr. 68. 1924 r.

[2]) Dr. Mintz: »O samoistnych rozszerzeniach przełyku«. Warszawa 1911 r., druk. Kowalewskiego.

[3]) Dnia 23 maja 1924 r.

[4]) Journal de Physiologie et de Patologie Générale. Tome XIII. Nr. 3.

nienia z hyposympatykotonją, a więc z przewagą czynności nerwu błędnego, postanowiliśmy porazić nerw błędny atropiną, oraz pobudzić jednocześnie nerw współczulny za pomocą adrenaliny. W tym celu wstrzyknęliśmy chorej dożylnie w jednej strzykawce 1 mlg atropiny oraz 1 mlg adrenaliny (1/1000). Okazało się, że przełyk uprzednio wypełniony, opróżniający się u naszej chorej zazwyczaj zaledwie po 6—7 godzinach, był już zupełnie próżny po 5-ciu minutach. Być może, że nastąpiło to nawet prędzej, stwierdzeniu czego przeszkadzała chwilowa zapaść chorej. Sądzę, że do podobnego badania możnaby użyć z tym samym skutkiem 0,1 mlg adrenaliny (1/1000), przez co uniknie się ewentualnej chwilowej zapaści. Nawiasem mówiąc podawanie doustnie samej adrenaliny naszej chorej (kontrolowane radjologicznie) nie prowadziło do podobnych skutków. Być może (Boehm) wstrzyknięcie dożylne znacznej dawki samej tylko adrenaliny, wzmagające czynność układu współczulnego, zmniejszyło by przewagę nerwu błędnego w naszym przypadku o tyle, że pokarm przesunąłby się również szybko do żołądka. Próby tej jednak już nie wykonaliśmy, nie chcąc wyczerpywać zbytnio chorej.

Co do leczenia naszej chorej to, po upewnieniu się w sposób powyższy co do natury czynnościowej jej cierpienia, prowadziliśmy je w sposób następujący: przepłukiwaliśmy przełyk raz dziennie i następnie zakładaliśmy do niego zgłębnik gumowy o średnicy 13 mm na czas od 10 do 30 minut. Już po drugiem założeniu zgłębnika chora przestała wymiotować oraz bardzo szybko przybierała na wadze. W przeciągu 3-ch tygodni chorej przybyło przeszło 12 kg. Przerwy w rozszerzaniu przełyku prowadziły do nawrotu wymiotów oraz dolegliwości podmiotowych. Po upływie tygodnia chora nauczyła się zakładać sobie zgłębnik, wobec czego przy wywypisaniu obdarzyliśmy chorą zgłębnikiem. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że pomimo tak wielkiej poprawy przedmiotowej oraz podmiotowej stanu chorej, badanie radjoskopowe przełyku powtórzone po dwóch tygodniach nie wykazało zmian, ani w jego kształcie przełyku, ani szybkości przesuwania się pokarmów.

Co do metod leczenia zwężeń czynnościowych przełyku wogóle, to w ostatnich czasach zebrał się w piśmiennictwie materjał, który przytaczam w największem skróceniu, pragnąc przyczynić się do rozpowszechnienia zawartych w nim myśli.

J. Guiser[5]) uważa za jedynie skuteczne leczenie za pomocą rozszerzania mechanicznego przełyku. Wychodząc z założenia, że rozszerzanie przełyku za pomocą zgłębnika, rozszerzającego we wszystkich wymiarach, jest niekorzystne, gdyż wywiera niepożądany ucisk na chrząstkę pierścieniową oraz nie doprowadza do największego rozszerzenia w wymiarze poprzecznym, Guiser stosuje rozszerzanie za pomocą 3-ch zgłębników. Wprowadza, mianowicie, kolejno dwa cieńsze zgłębniki, a dopiero następnie między nie trzeci zgłębnik, grubszy, dzięki temu układają się one poprzecznie. Twierdzi, że za pomocą tej metody osiągnął całkowite wyleczenie. Powyższy sposób rozszerzania dotyczy przypadków, w których mamy do czynienia ze skurczem zwykłym. Jeżeli powstały już zmiany następowe (zwyrodnienie organiczne zapalne, zwyrodnienie bliznowato-sklerotyczne), wtedy należy przełyk rozszerzać stopniowo, jak przy zwężeniach organicznych. W niezbyt daleko posuniętych wypadkach skutek leczenia bywa pomyślny. Guiser uważa drogę operacyjną za nieaktualną, gdyż daje ona nawroty.

Innego zdania jest Boehm[6]). Jako przeciwskazanie do mechanicznego rozszerzania podaje możliwość przerwania pierścienia mięśniówki, lub też uszkodzenia śluzówki. Twierdzi, że sposób ten, o ile daje jakiś efekt, to jedynie dzięki sugestji. Niektóre przypadki wyleczył przez stosowanie hipnozy. O ile hipnoza nie pomaga, doradza zabieg operacyjny. Nadmienić musimy, że rozstrzeń następowa w przełyku ponad jego skurczem ma się podług niektórych autorów (Boehm) nie wyrównywać nawet w przypadkach doszczętnie i trwale wyleczonych. Niektórzy autorowie zalecają stosowanie zgłębnika Goldsteina, który pozwala wywierać elastyczny ucisk na okolicę skurczu, gdyż objętość zgłębnika zmienia się dowolnie za pomocą wlewania wody. Ostatnim wynalazkiem w tej dziedzinie jest rozszerzacz Starka.

Jest to zgłębnik metalowy, posiadający część długości około 10 cm w kształcie walca, mającego w obwodzie 1 cm, zaopatrzonego w żeberka. Za pomocą odpowiedniej rączki można stopniowo zwiększyć obwód tej części aż do 11 cm, przez ustawienie żeberek do osi prostopadle. Na zgłębnik wciąga się gumowy kapturek w celu oszczędzania śluzówki przełyku.

Twierdzą, że skurcz przełyku da się niejednokrotnie wyleczyć całkowicie już po pierwszem założeniu zgłębnika dzięki nagłemu i brutalnemu rozszerzeniu wpustu, przez rozciągnięcie ponad zwykłą normę zwieracza, lub też przerwaniu ciągłości pierścienia mięśniowego. W przypadkach, w których nie udało się raptowne rozszerzenie wpustu, należy powtórzyć zabieg 6—7 razy.

Z metod operacyjnych wymienię operację Hellera, która polega na laparatomji z następnem przecięciem włókien okrężnych i skośnych wpustu, nie naruszając śluzówki.

[5]) L. c.

[6]) Boehm: Deutsch. Arch. für Klin. Mediz. Band 236. Heft 5-6.

Higjena i wychowanie fizyczne.

A. KUHN. Lwów.

Statystyka chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania z roku 1923 (Publikacja Sekcji higjeny Ligi Narodów).

Statistique des maladies à déclaration obligatoire ponr l'année 1923. (Société des Nations. Organisation d'hygiène).

Dokończenie.

Gruźlica.

Obowiązek zgłaszania istnieje:

a) co do gruźlicy wszelakiej postaci (*Tub. toutes formes*) w Anglji z Walją, Irlandji północnej, Rumunji i Polsce. (W publikacji wymieniono Polskę mylnie pośród tych krajów, gdzie obowiązek zgłaszania odnosi się do gruźlicy płucnej, nadto popełniono drugą omyłkę podając, że obowiązek zgłaszania gruźlicy w Polsce jest bezwarunkowy, gdy ustawa oznacza go słowami: »gruźlica w przypadkach niebezpiecznych dla otoczenia, a zresztą w myśl oddzielnej ustawy«);

b) co do gruźlicy płucnej (*Tub. pulmonaire*) bezwarunkowo w 9 krajach europ. i warunkowo (*dans certaines conditions seulement*) w 5 krajach europ., z krajów pozaeuropejskich w 20 bezwarunkowo, w 1 warunkowo;

c) co do gruźlicy pozapłucnej (*Tub. non pulmonaire*) w Szkocji i Irlandji półn. bezwarunkowo, w Austrji i Włoszech warunkowo — ponadto na wyspie Cuba (bezwarunkowo).

Pomimo tak rozpowszechnionego obowiązku zgłaszania przypadków gruźlicy wydawcy publikacji, którą omawiamy, nie uznali za właściwe poświęcić gruźlicy osobnego zestawienia. Widocznie daty dostarczone były niepewne, czasem może nieprawdopodobne Istotnie statystyka zachorowań na gruźlicę jest niesłychanie trudna, szczególnie, jeśli się ma na myśli obowiązek bezwarunkowy zgłaszania. U nas statystyka zachorowań byłaby możliwa chyba w wyjątkowych okolicznościach, raczej udać by się mogła statystyka skonów z gruźlicy, która, jak się nam zdaje, nie byłaby bez wartości.

Znany mi jest pewien lekarz powiatowy w Województwie lwowskiem, który dużym nakładem pracy zbiera statystykę skonów z gruźlicy z całego przydzielonego powiatu, zbliżoną do stanu faktycznego. Po przeglądnięciu odpisów z ksiąg gminnych oglądaczy zmarłych, które bywają przedkładane perjodycznie na zarządzenie starostwa, lekarz ten co do przypadków, w których podejrzywa gruźlicę jako przyczynę śmierci, wysyła stosownie ułożone kwestjonarjusze do zwierzchności gminnych i policji państwowej, a także do osób mogących w danym przypadku udzielić informacji, i na podstawie otrzymanych odpowiedzi konstruuje rozpoznanie choroby. Tym sposobem może z dość wielkiem prawdopodobień-

Kraj	Część	Mieszkańców		Forma gruźlicy	1919		1920		1921		1922		1923		‰ ludności
		według spisu	liczba		Ch.	Zm.	Ch.	Zm.	Ch.	Zm.	Ch.	Zm.	Ch.	Zm.	
Niemcy	48 miast		14,496.000	wszystkie		37.429									2·58
	49 «		14,855.000	«				25.309							1·70
	47 «		16.347.000	«						24.964					1·53
	46 «		16,432.000	«								26.125			1·59
	46 «		16,662.000	«										28.510	1·71
Angja z Walją	—	30/6 1922	38,158.000	płucna	61.154[1]	35.984[2]	57.844[1]	32.791[2]	56.334[1]	33.505[2]	53.422[1]	33.919[2]	53.387[1]	32.097[2]	
				z wyłączeniem płucnej	16.357[1]	10.328[2]	15.488[1]	9.754[2]	15.368[1]	9.173[2]	15.837[1]	8.858[2]	17.617[1]	8.691[2]	
Szkocja	—	30/6 1923	4,915.500	płucna	7.572	4.294[3]	8.099	4.194[3]	8.030	3.970[3]	7.752	4.061[3]	7.080	3.994[3]	
				z wyłączeniem płucnej	4.017	2.032	4.169	1.848	4.442	1.767	4.594	1.757	5.203	1.792	
Irlandja	—	30/6 1923	3,165.000	wszystkie								4.484		4.238	
Irlandja półn.	—	czerwiec 1923	1,282.000	«		2.804		2.529		2.244		2.107		1.983	
Danja	—	31/12 1922	3,342.400	płucna	3.071		2.962		3.186		3.012		2.864		
Hiszpanja	—	31/12 1922	21,658.222	«		29.751		29.991		26.953		27.395		27.389	
				meningitis		2.267		2.158		2.047		1.978		2.181	
				inne		5.486		5.293		4.577		4.148		3.977	
Estonja	—	28/12 1922	1,110.538	wszystkie	60		29		72		71		1.525		
Litwa	—	31/12 1923	2,035.121	«									3.653	70	
Polska	—	30/9 1921	27,160.163	«	141	10.781	1.746	7.944	4.235	8.452	5.168	9.227	5.725	10.137	

[1]) bez wojskowych.

[2]) z wojskowymi.

[3]) gruźlica narządu oddechowego.

stwem rozpoznawać gruźlicę jako przyczynę śmierci nawet w tych przypadkach, gdzie lekarz nie interwenjował.

Gruźlica w latach powojennych okazuje tendencję do wzmagania się szczególnie w sferach inteligencji. Nie dziw też, że zainteresowanie nasze sprawą gruźlicy jest wielkie. I dlatego chcę przedstawić daty zebrane z tablic podanych w Nr. 8. Wiadomości Epidemjologicznych, a odnoszące się do kilku państw europejskich.

W tablicach tych uderza brak dat co do gruźlicy z Austrji, Francji i Norwegji, krajów, w których istnieje warunkowy obowiązek donoszenia o gruźlicy, a w których, jak sądzić należy, także statystyka chorobowości i śmiertelnosci z gruźlicy jest prowadzona możliwie dobrze.

Niemcy dały statystykę jedynie miast liczących powyżej 100.000 m. Liczba skonów ‰ ludności jest najwyższa w r. 1919., poczem spadła znacznie w latach 1920. i 1921., a w latach ostatnich (1922 i 1923) znowu nieco wzrosła, tak, że w r. 1923 osiągnęła tę samą wysokość, na której była w r. 1920.

Z krajów Wielkiej Brytanji Anglja z Walją i Szkocja notowały zachorowania i skony.

W Anglji z Walją od roku 1919 do 1923 zauważa się nieustający spadek liczby zachorowań na gruźlicę płucną, podczas gdy liczba skonów w latach 1921 i 1922 była większa, aniżeli w roku 1920. Śmiertelność z gruźlicy płucnej na 100 chorych przedstawia się następująco: 59, 57, 59, 64. 60. Zachorowania na gruźlicę pozapłucną stanowią nieco więcej jak $1/3$ albo niespełna $1/4$ liczby zachorowań na gruźlicę płucną. Liczba zachorowań na gruźlicę pozapłucną od roku 1919 do 1921 spadała, wzrosła zaś w r. 1922, a szczególnie w r. 1923. Śmiertelność z gruźlicy pozapłucnej na 100 chorych była 63, 63, 60, 56, 50.

W Szkocji liczba zachorowań na gruźlicę płucną była największa w r 1920, poczem idą lata 1921, 1922, 1919 wreszcie r. 1923 z najmniejszą liczbą zachorowań. Liczba skonów jest tu podana »z gruźlicy narządu oddechowego«, więc zaliczono tu także przypadki gruźlicy krtani, które w rubryce zachorowań są może notowane pośród gruźlicy pozapłucnej; stąd należałoby wyprowadzić wniosek, że w Szkocji w porównaniu z Anglją i Walją stosunek między liczbą zachorowań a liczbą skonów w tej rubryce przesunie się na korzyść skonów — a właśnie tak nie jest: liczba skonów na 100 chorych była w Szkocji mniejsza, niż w Anglji z Walją: 57, 52, 49, 52, 56

Liczba zachorowań na gruźlicę pozapłucną w Szkocji wzrastała z roku na rok, natomiast liczba skonów malała (z wyjątkiem r. 1923) — tem więcej oczywiście malała liczba procentowa skonów w stosunku do zachorowań: 51, 44, 40, 38, 34.

Jeślibyśmy chcieli zrobić porównanie między śmiertelnością z gruźlicy wszystkich postaci w stosunku do ludności w miastach niemieckich i w krajach Wielkiej Brytanji, to otrzymalibyśmy w tych ostatnich znacznie mniejsze liczby: dla Anglji z Walją (w r. 1922) 1.12‰, dla Szkocji (w r. 1923) 1.18‰.

Samodzielne państwo Irlandzkie wykazało skonów na wszystkie postacie gruźlicy w r. 1922—4484, w r. 1923—4238 (1.34‰ ludności). W Irlandji północnej liczba skonów na wszystkie postacie gruźlicy spadała bez przerwy z roku na rok (w r. 1923—1.55‰).

W Danji notowano zachorowań na gruźlicę płucną liczbę stosunkowo małą, wahającą się w pięcioleciu 1919—1923 między 2864 (1923) a 3186 (1921). Jeśli weźmiemy dla porównania r. 1922, z liczbą prawie dokładnie przeciętną dla Danji, to okaże się, że w Danji liczba przypadków zgłoszonych zachorowań na gruźlicę płucną odpowiadała 0 9 na 1000 ludności, w Anglji z Walją 1.4, a w Szkocji 1.6

Hiszpanja, z krajów europejskich najwięcej zbliżona do Polski liczbą mieszkańców (różnica na korzyść Polski wynosi nieco więcej jak $5^1/_2$ miljonów), wykazała w porównaniu z Polską bardzo wysokie liczby zmarłych z gruźlicy, mianowicie trzy do pięciokrotnie większe. W roku 1922 zmarło w Hiszpanji z gruźlicy 1.5‰ ludności, w Polsce 0.3‰.

Jak z powyższego wynika, liczby zgłoszonych w Polsce zachorowań i skonów na gruźlicę są nieprawdopodobne. Notowano tu stale niższą liczbę zachorowań aniżeli skonów, szczególnie uderzająco w latach 1919 i 1920 Najwidoczniej nie stać nas w obecnych stosunkach na statystykę gruźlicy. A przecie, może właśnie nam byłaby potrzebna statystyka gruźlicy, ile możności dokładna, uwzględniająca nietylko ogólną liczbę chorych i zmarłych, ale także przesunięcia chorobowości względnie śmiertelności w poszczególnych warstwach ludności. Jak już wspomniano, narazie moglibyśmy się ograniczyć do statystyki skonów, ewentualnie z uwzględnieniem poczynionych już prób rejestrowania skonów, w których rozpoznanie za życia względnie także przy oględzinach pośmiertnych nie było dokonane przez lekarza.

* * *

Powyższe spostrzeżenia uprawniają nas do następujących wniosków:

1. Statystyka wogóle, a chorób zakaźnych w szczególności, powinna być traktowana bardzo starannie; podawanie cyfr mało przybliżonych lub nawet fikcyjnych jest niewłaściwością, która wprowadza w błąd własne społeczeństwo i zagranicę i mści się na forum międzynarodowem przez podkopywanie wiary w dzielność danego państwa i narodu. Lepiej wcale nie publikować statystyki, aniżeli fałszywą.
2. Dla ułatwienia porównań stosunków w różnych krajach pożądane jest przeprowadzenie ujednostajnienia wszechświatowej statystyki chorobowości i śmiertelności.
3. Kwestja ostrych chorób zakaźnych nie jest w Polsce załatwiona i nie powinniśmy oddawać się złudzeniu, jakobyśmy się już z niemi uporali; przeciwnie Polska jest krajem silnie nawiedzonym ostremi chorobami zakaźnemi.
4. Ponieważ u naszego sąsiada wschodniego istnieją i zapewne przez długie lata jeszcze istnieć będą większe ogniska epidemiczne, które dla nas będą szczególnie groźne po nastaniu normalnej komunikacji przez granicę, przeto musimy utrzymywać nadal i udoskonalać nasze pogotowie epidemiczne, szczególnie na granicy wschodniej.
5. Pierwszy warunek skutecznego zwalczania chorób zakaźnych, mianowicie dokładna ich ewidencja, pozostawia u nas wiele do życzenia; to też w tym zakresie wysuwa się niemal na pierwszy plan niesłychanie u nas trudny problem zadowalającego rozwiązania w praktyce kwestji donoszenia o chorobach zakaźnych.
6. Tyczy się to także gruźlicy, o której rozszerzeniu u naszej ludności nie jesteśmy wcale poinformowani; nie wiemy, czy gruźlica u nas wzrasta, czy się cofa, nie wiemy, w których warstwach ludności najczęściej się pojawia, i kierujemy się w naszej akcji przeciwgruźliczej przypuszczeniami lub spostrzeżeniami oderwanemi.

* * *

Na zakończenie parę słów o interesującem zestawieniu chorób podlegających obowiązkowi donoszenia w poszczególnych krajach, które pomieszczono na końcu publikacji omawianej. Uwzględnimy głównie kraje Europy.

Przyzwyczailiśmy się uważać wyłącznie lub prawie wyłącznie choroby zakaźne za te, co do których istnieje obowiązek zgłaszania. W Polsce z chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania trychinoza, pokąsania przez zwierzęta chore na wściekliznę lub o tę chorobę podejrzane i zatrucia występujące masowo nie należą do chorób, które zaliczamy do zakaźnych. Choroby, które stanowczo nie należą do zakaźnych, i także takie, które mogą powstawać na tle bakteryjnem, a pomimo to nie bywają zaliczane do chorób zakaźnych, w znacznej liczbie podlegają obowiązkowi donoszenia w poszczególnych państwach, n p: *tonsillitis, bronchitis acuta, bronchopneumonia pneumonia pleuritis, enteritis, scabies, pediculosis, favus, rachitis,* szkorbut, zatrucie ołowiem, *necrosis phosphorica.* W Nowej Zelandji obok wielu innych chorób także *eclampsia* i *mola hydatidosa* należy do chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania.

Ogółem chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania w różnych krajach kuli ziemskiej wymieniono w zestawieniu przeszło 80.

Powszechnemu obowiązkowi donoszenia podlegają w Eu-

ropie tylko dwie choroby: błonica i dur brzuszny, obie w Belgji warunkowo, zresztą bezwarunkowo. Co do cholery azjatyckiej i czerwonki obowiązuje bezwarunkowo doniesienie we wszystkich krajach Europy z wyjątkiem Irlandji północnej i Malty; obowiązek donoszenia o czerwonce jest warunkowy w Belgji. Płonica ma być wszędzie zgłaszaną rzekomo z wyjątkiem Hiszpanji, warunkowo w Belgji; ospa wszędzie bezwarunkowo z wyjątkiem Włoch, gdzie rzekomo nie ma być zgłaszaną (należy przypuścić, że jest to omyłka, gdyż w zestawieniu tyczącem się ospy podano liczby także z Włoch). Dur plamisty podlega wszędzie bezwarunkowo obowiązkowi zgłaszania z wyjątkiem Malty. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych ma być zgłaszane we wszystkich krajach Europy z wyjątkiem Szkocji, Finlandji, Rosji — w Belgji warunkowo. Zgłoszenia dżumy nie obowiązują w Szkocji, Irlandji północnej, Łotwie, Malcie i Norwegji.

Wszystkie choroby weneryczne mają być zgłaszane bezwarunkowo w Danji, Litwie i Norwegji, warunkowo w Austrji i Szwecji; tylko syfilis ma być zgłaszana warunkowo we Włoszech.

O obowiązku donoszenia o gruźlicy była już mowa wyżej.

Grypa jest pomieszczona w dwóch rubrykach: grypa (obowiązkowe bezwarunkowe doniesienie w 11 krajach Europy, warunkowe we Francji) i grypa płucna (w Szkocji). Statystyka Nowej Zelandji odróżnia nadto grypę piorunującą (*Fulminant influenza*) i grypę septyczną.

Encephalitis epidemica figuruje w Anglji pod nazwą znaczenia obszerniejszego: *Polioencephalitis* (obok *Encephalitis lethargica*), w Danji pod nazwą wziętą od jednego z symptomów »czkawki epidemicznej« (obok *Encephalitis lethargica*) — zresztą pod nazwą *Encephalitis lethargica*. Nie obowiązuje doniesienie w Niemczech, Austrji, Bułgarji, Gdańsku, Szkocji, Francji, Węgrzech, Łotwie, Rumunji i Szwecji.

Można zauważyć, że poszczególne kraje zajmują względem chorób zakaźnych mniej lub więcej zdecydowane stanowisko. Niemcy, Anglja i Polska (z wyjątkiem gruźlicy, o czem była wyżej mowa) znają tylko bezwarunkowy obowiązek donoszenia; Włochy mają 28 chorób podlegających bezwarunkowemu doniesieniu, a 12 chorób warunkowemu; Austrja 23 bezwarunkowemu, a 8 warunkowemu, Francja 18 bezwarunkowemu, a 9 warunkowemu. W Belgji tylko 5 chorób (cholera azjatycka, dur powrotny, dur plamisty, ospa i dżuma) podlega bezwarunkowo zgłoszeniu, 9 warunkowo.

Najmniejsza liczba chorób podlega obowiązkowi doniesienia w Holandji (11), Belgji i Rosji (po 14), Szwecji, Finlandji i Grecji (po 15), Hiszpanji i Szwajcarji (po 16), Bułgarji (17).

Odosobniony jest obowiązek donoszenia o martwicy fosforowej w Austrji, o *febris miliaris* we Francji, o gorączce ciągłej *(continued fever)* na ziemiach angielskich; cały szereg takich osobliwości wykazuje Norwegja: zapalenie migdałków, ostry nieżyt oskrzelowy, *pemphigus neonatorum*, zapalenie opłucnej, pyemja, ostry reumatyzm stawowy, szkorbut. Warunkowy obowiązek donoszenia o wszawicy istnieje we Włoszech.

Ukąszenia zwierząt (*morsures animales*) bywają bezwarunkowo zgłaszane w Niemczech, Włoszech i Polsce.

Sprawozdania poglądowe

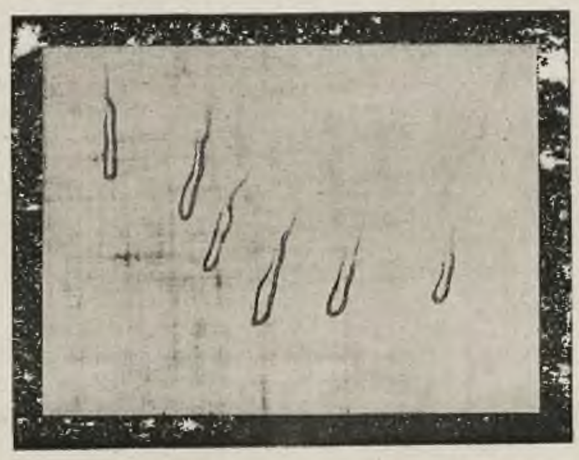
Dr. Ludwik ROSENBERG. Łódź.

Kapillaroskopja.

Dokończenie

Mimo licznych poprzedników, którzy oglądali naczynia włosowate pod mikroskopem (Hueter, Coccius, Lombard) właściwym twórcą klinicznej kapillaroskopji jest Otfried Müller i jego szkoła (Weiss, Parisius, Niekau). On pierwszy przystąpił do badania naczyń włosowatych na całej powierzchni skóry i starał się ująć w pewien system spostrzegane zmiany w kapillarach. (1916). Badanie odbywa się przy silnem bocznem oświetleniu, po rozjaśnieniu pola widzenia zapomocą olejku cedrowego lub gliceryny. Rozjaśnienie w ten sposób tłómaczy się wyrównaniem powierzchni skóry, która przedstawia się falisto, a skutkiem odbijania promieni w różnych kierunkach — jest nieprzejrzysta. Przy takim sposobie badania możemy widzieć — specjalnie o ile mamy do czynienia ze zmianami naczyniowemi — przez warstwę naskórka i stratum germinativum, aż do skóry właściwej — do splotów podbrodawkowych

Przejdźmy naprzód do zapoznania się z normalnym wyglądem kapillarów na rozmaitych miejscach ciała. Opisy te pochodzą z badań Weissa, Niekaua i Schura. Na klatce piersiowej są kapillary dość długie, wąskie, ułożone bezładnie; w okolicy sutka jest ich znacznie więcej, ale są delikatniejsze i krótsze. Na skórze brzucha i pleców widać bardzo delikatne pętle w wielkiej ilości. Na szyji, która jest wystawioną na działanie słońca są kapillary liczniejsze i dłuższe. Na policzkach, których badanie jest utrudnione skutkiem licznych gruczołów, są kapillary nieliczne — w postaci przecinków, natomiast widać obfitą siatkę splotów żylnych podbrodawkowych; widzimy zatem, że zabarwienie skóry policzków nie zależy od kapillarów, lecz od splotów głębszych. Na wargach widać w przejściu w błonę śluzową delikatne skośnie przebiegające pętle brodawkowe. Na języku (po naoliwieniu nakłada się szkiełko nakrywkowe) widać poszczególne brodawki a w nich liczne pęczki kapillarów tętniących. Na spojówkach jest obraz bardzo podobny do obrazu na łękotce[1]). Na ramionach widać małe, ale grube pętle kapillarów. W okolicy stawu garstkowege są kapillary wyraźne ale nieregularne — widoczne jako pętle. Na dłoni widać wyraźne listewki skórne, a między niemi regularnie ułożone małe pętle kapillarów; na palcach wyglądają zupełnie podobnie i są idąc ku końcom palców coraz dłuższe. Najważniejsze dla badania są kapillary na łękotce. Wobec tego, że są to kapillary końcowe, widzimy je w postaci dość długich pętli zbliżonych wyglądem do szpilki od włosów. Ramię tętnicze jest cieńsze i krótsze; przechodzi przez część rozszerzoną (wstawkę) w ramię żylne, które jest znacznie grubsze i dłuższe. Czasami mają tu naczynia włosowate postać ósemki. Na palcach u nóg — obraz jak na palcach rąk. Grzbiet nogi jak ramię, to samo na udzie i w okolicy kolana.



Ryc. 1.
Naczynia włosowate prawidłowe na łąkotce palca.
Powiększenie 70-krotne.

Jeżeli określenie normalnego kształtu kapillarów jest dość trudne, to trudniejszą rzeczą jest mówić o normalnym w nich biegu krwi. Przedewszystkiem sama fala krwi ma w nich różną postać; raz ciągłą, innym razem ziarnistą lub paciorkowatą. Wobec tego, iż nie we wszystkich kapillarach odbywa się krążenie równocześnie, że stale można obserwować świeżo ukazujące się w polu widzenia kapillary, podczas gdy poprzednio widziane »odpoczywają«, trudno jest mówić o charakterze normalnego biegu krwi. Podczas gdy O. Mül-

[1]) Łękotka – skórka zachodząca na paznokieć.

ler za normalne uważa to krążenie, kiedy prądu krwi nie widać, inni autorzy n. p. Finsterwald uważają, iż właśnie przy normalnym krążeniu występuje wyraźna ziarnistość. Osobiście, prowadząc badania na oddziale chorób wewnętrznych szpitala fund. Poznańskich, niejednokrotnie przekonałem się, że u jednej i tej samej osoby występuje chwilowo krążenie z widoczną ziarnistością, a po pewnej chwili objaw ten znika. To też, nie zdaje mi się słusznem wyciąganie wniosku, że dany obraz przemawia za zboczeniem chorobowem tylko na zasadzie krążenia widocznego. Zupełny zastój krążenia niejednokrotnie obserwowałem również u zupełnie zdrowych osobników. Tłumaczę sobie to tą okolicznością, iż oglądamy przecież tylko najbardziej powierzchowną warstwę kapillarów, a nie wiemy zupełnie, co się dzieje n. p. w naczyniach włosowatyc jamy brzusznej. Poza tem, wpływa na ruch krwi zdolność kurczenia się samych ścian naczyń włosowatych.

Sprawa samoistnych ruchów ściany kapillarów była przez długi czas kwestją sporną. Do rozwiązania tej kwestji przyczynił się głównie Krogh. Z doświadczeń jego wynika, że kapillary posiadają zdolność samodzielnego zwężania się. Także kapillaroskopem stwierdził Parisius zmiany w postaci naczyń włosowatych z widocznie przechodzącą falą skurczową.

Najlepiej opisane są zmiany kapillaroskopowe przez O. Müllera u chorych z tak zwaną przez niego skazą wazo-neurotyczną. Nerwice naczyniowe nie są odosobnionemi obrazami chorobowymi, lecz są częścią objawów ogólnych. Rzadko są to objawy czysto somatyczne; przeważnie mamy u tych chorych także do czynienia z objawami psychicznemi.

U tych chorych spotyka się najbardziej różnorodne zboczenia kapillarów. Pierwszy Weiss zauważył, że obok stanów skurczowych kapillarów, występują stany atoniczne; jest to analogja do takich samych stanów występujących w innych narządach. Czasami stany spastyczne przeważają — głównie na początku rozwoju sprawy chorobowej. W niektórych miejscach, przeważnie na ramionach, występują często woreczkowate rozszerzenia kapillarów. Równocześnie zauważyć można często rozszerzenie żył jako wyraz atonji w układzie żylnym. Ten zespół objawów spastyczno-atonicznych występuje we wszystkich przejawach zmian wazomotorycznych, począwszy od lekkich niedowładów naczyniowych, aż do ciężkich stałych zmian przy chorobie Raynoda.

Warunki krążenia i ciśnienia przy skazie wazoneurotycznej są bardzo zmienne i różnią się od siebie równocześnie w różnych miejscach, a wyniki badania w różnym czasie są różne. W miejscu t. zw. sprawdzianu Niekaua (powyżej lewego sutka) widoczna jest większa ilość kapillarów i silniejsze ich wypełnienie. Również naczynia podbrodawkowe są tu wyraźnie widoczne. Ta zwiększona ilość kapillarów, którą zresztą możemy wywołać u zdrowego przez naświetlanie lampą kwarcową, przemawia, za słusznością poglądów Worms-Müllera i Krogha, że znaczna część kapillarów w stanie normalnym jest próżną i stanowi pewnego rodzaju przestrzeniową rezerwę obiegu krwi. W innych przypadkach kapillarów albo wcale nie widać, albo występują tylko w bardzo znikomej ilości. Potwierdza to pogląd, że stany spastyczne występują naprzemian z atonią. Co do kształtu kapillarów, to spostrzegać możemy najrozmaitsze odchylenia od normy. Kapillary są albo zbyt krótkie, innym razem zbyt długie; najcharakterystyczniejsze dla nerwicy naczyniowej są kapillary zupełnie nieregularne pod względem kształtów i rozmieszczenia. (Zaznaczyć należy, że badanie powinno być dokonane zawsze na kilku miejscach). Widoczne są też liczne połączenia kapillarów: naczynia podbrodawkowe są zwykle wyraźnie widoczne. Występują też często u wazoneurotyków krwawienia naczyń włosowatych. O przepuszczalności ścian naczyniowych — poza krwawieniami — nic przy badaniu kapillaroskopowem powiedzieć nie możemy.

Przechodząc do poszczególnych postaci skazy wazoneurotycznej rozpocznę od prawie fizjologicznie występującej dermografji.

Według L. R. Müllera nazywamy dermografją wszystkie widoczne zmiany występujące na skórze pod wpływem zewnętrznych mechanicznych podniet. Jeżeli te podniety działają wprost tylko na kapillary i najdrobniejsze naczyńka skórne, to powstaje objaw dermografji lokalnej, ograniczony tylko do miejsca zadrażnienia i jego najbliższego otoczenia. Zależnie od nasilenia podrażnienia otrzymujemy jako odczyn: przy słabem zadrażnieniu — dermografję białą, przy silniejszem — dermografję czerwoną lub, u niektórych ludzi, postać obrzękową, czyli pokrzywkę. Pod kapillaroskopem widzimy, że dermografja biała polega na skurczu — głównie naczyń splotów podbrodawkowych, czerwona — na rozszerzeniu i wypełnieniu większej, niż normalnie, ilości kapillarów i rozszerzeniu naczyń splotów podbrodawkowych.

Co do postaci obrzękowej, to obraz kapillaroskopowy tej ostatniej postaci jest zamazany skutkiem wysięku uniemożliwiającego dokładne spostrzeganie. W odróżnieniu od wyżej omówionych postaci jest cechą dermografji odruchowej jej występowanie, wywołane przez odruch rdzeniowy zdala od miejsca zadrażnienia, jako plamy białej i czerwonej odpowiadającej spastycznemu lub atonicznemu stanowi naczyń włosowatych: zupełnie analogicznym objawem jest rumieniec występujący pod wpływem podniet psychicznych. Kapillaroskopem stwierdzamy na miejscach białych plam znaczne zwężenie ramienia tętniczego i słabe wypełnienie ramienia żylnego; na miejscach czerwonych — nieznaczne rozszerzenie ramienia tętniczego, natomiast znaczne rozszerzenie ramienia żylnego i splotu podbrodawkowego.

Wyraźniejszy jest zespół objawów spastyczno-atonicznych przy akrocjanozie. Polega ta sprawa na atonji żył wśródskórnych przy równoczesnym skurczu żył splotu podskórnego. W obrazie kapillaroskopowym widzimy zupełne rozszerzenie splotu podbrodawkowego sięgające aż do ramienia żylnego kapillarów, których ramię tętnicze jest bardzo wąskie. W naczyniach widocznych panuje zupełny zastój.

Opisana przez Curschmana erytromelalgia przedstawia typ wazoneurozy czysto atonicznej. Klinicznie występują tu przy tej postaci chorobowej silne bóle napadowe w końcowych częściach kończyn z równoczesnem zaczerwienieniem i obrzękiem. Kapillaroskopem stwierdzić można rozszerzenie ramienia tętniczego i żylnego, sięgające do splotów podbrodawkowych. Przejścia krwi do tkanek nie widać, natomiast wszystkie widoczne naczynia są przepełnione krwią. Mamy tu prawdopodobnie do czynienia z porażeniem nerwów kurczących naczynia. Że takie stany mogą następnie prowadzić do zmian organicznych, a nawet martwicy, dowodzi powstanie wrzodów podudzia z powodu żylaków. Skutkiem skurczu spastycznego w ramieniu tętniczem kapillarów a atonicznego rozszerzenia ramienia żylnego — przechodzi to rozszerzenie na sploty podbrodawkowe; następstwem jest wytworzenie się żylaków skórnych. Z doświadczeń Magnusa kontrolowanych kapillaroskopem wynika, że zależnie od położenia kończyny w naczyniach tak rozszerzonych, może się odbywać ruch w obie strony. Wobec tego zaś, że krew ta nie nadaje się już do odżywienia tkanek — następuje rozpad i owrzodzenie.

Podobnie jak erytromelalgja jest wyrazem stanu atonicznego naczyń, tak znów wyrazem stanu spastycznego jest choroba Raynauda.

W pierwszych okresach tej choroby występują w kapillarach najwyższe stopnie stanu spastyczno-atonicznego. Stan ten obejmuje często także naczynia większe, co wyraża się brakiem tętna. W okresie synkope dominują w obrazie spazmy tętnic, kapillarów i żył, podczas gdy w czasie asfiksji występuje przeważnie atonja w tętnicach a spazmy w żyłach. Zmiany te są nietylko widoczne na miejscu bezpośredniego schorzenia, lecz także na odległych punktach ciała. Przy dłuższem trwaniu występują naprzód samoistne krwawienia, a następnie organiczne ubytki.

Charakterystycznem jest, że u wielu chorych z nerwicą naczyniową spotyka się wrzód żołądka, albo też, że z pośród chorych na wrzód żołądka bardzo wielki odsetek zdradza objawy nerwicy naczyniowej. Zresztą, teorja pochodzenia wazoneurotycznego wrzodu żołądka sięga 1800 r., a Moorin był pierwszym, który ją wypowiedział. Badania kapillaroskopowe w 20 przypadkach wrzodu żołądka podaje Mayer. — List z kliniki O. Müllera. Badania dokonywane były na

błonie śluzowej wargi i dały naogół obraz nerwicy naczyniowej. Rozporządzając szczupłym dotąd materjałem własnym badanych osób, nie mogę jeszcze na podstawie własnych badań wyciągać wniosków. Powiedzieć jednak muszę, iż z 5-ciu badanych przyp dków wrzodu żołądka, z których 2 były stwierdzone operacyjnie, dwa rozpoznane klinicznie i potwierdzone przez Roentgenologa, jeden zaś tylko z objawami klinicznemi,



Ryc. 2.
Naczynia włosowate silnie wydłużone z cienkiem ramieniem tętniczem. Wśród nich kilka prawidłowych Silne przekrwienie tła. Hypertensio. Łękotka palca. Powiększenie 70-krotne.

dały zgodny obraz charakterystyczny dla nerwic naczyniowych. Badania dokonane u wszystkich na błonie śluzowej wargi, na łękotce i w miejscu sprawdzianu Niekaua dały obraz skurczu i atonji kapillarów; w jednym obrazie — obok siebie, przyczem we wszystkich przypadkach przeważał skurcz. Podobne obrazy kapillarów opisują Weiss, Parisius i Niekau przy stanach spastycznych przewodu pokarmowego. Wspomnieć tu jeszcze należy o zmianach kapillaroskopowych przy thyreotoxycosis. E. Weiss pierwszy spostrzegł, iż przy thyreotoxycosis i w chorobie Basedowa spotyka się zmiany wazomotoryczne. Zauważał on znaczne rozszerzenia kapillarów przy dobrym, a nawet przyśpieszonym biegu krwi. Podobne obrazy opisywał Jänsch u młodych kretynów. Miałem możność obserwowania tylko jednego przypadku obrzęku śluzakowego i stwierdziłem znacznie powiększone i drzewkowato rozrośnięte kapillary; niektóre z pośród nich miały kilkakrotnie szersze światło od innych w tem samem polu widzenia. Bieg krwi szybki z częstemi przerwami. Badanie czworga dzieci tego chorego wykazało analogiczne zmiany u dwojga (z tych jedno — z mikrocefalją); u dwojga innych kapillary były prawidłowe.

Po wprowadzeniu kapillaroskopji przez klinikę O. Müllera podał Weiss próbę badania czynności systemu krążenia, posługując się kapillaroskopem.

Próbę tę przeprowadzał w następujący sposób:

Za pomocą mankietu Recklinghausena wywierał większy ucisk na ramię, aniżeli wysokość ciśnienia krwi u danego osobnika; następnie zmniejszał ucisk i obserwował przy jakiem ciśnieniu zjawia się bieg krwi pod kapillaroskopem; im większa różnica między ciśnieniem maksymalnem a ciśnieniem, przy którem ukazuje się tok krwi, tem jest większa, jego zdaniem, niewydolność układu krążenia, Z badań jednak Mooga a następnie Schura, Jürgensen'a i innych okazało się, że próba ta nie jest ścisłą, że bardzo często u tych samych osobników różniły się pomiary robione w ciągu godziny znacznie. Wchodzi tu bowiem w grę własna czynność i napięcie naczyń, t. zw. serce obwodowe. Można co najwyżej, mówić o wydolności tej części naczyń, która jest odciętą od układu ośrodkowego przez opaskę Recklinghausena. Do badania sprawności tej właśnie odciętej części podał następnie Weiss i Dieter drugą próbę.

Za pomocą mankietu Recklinghausena wywołuje się odrazu ciśnienie wyższe od ciśnienia w danej kończynie i następ ie spostrzega: 1) jak długo widoczne jest krążenie po wywarciu ucisku; 2) czy występuje krążenie w kierunku wstecznym. Przytem przyjmuje się, że u zdrowego czas krążenia po zacisku wynosi 30 sekund i że u niego krążenie wsteczne wcale nie występuje. Zimno wpływa na zmniejszenie długości czasu krążenia, nie wywołując krążenia wstecznego; ciepło przedłuża czas krążenia i wywołuje krążenie wsteczne. I ta próba okazała się niepewną i nie znalazła szerszego zastosowania.

Dokładniejszy opis zmian w kapillarach przy rozmaitych schorzeniach krążenia, oparty na dużym materjale klinicznym, znajduję w monografji Groedla i Huberta. Zebrali oni 514 przypadków, a cały materjał podzielili na zmiany pochodzenia sercowego, naczyniowego i ustrojowego. W wyniku dochodzą oni do następujących wniosków:

1) określenie typowych obrazów kapillaroskopowych dla pewnych schorzeń krążenia nie jest możliwe; to samo dotyczy kwestji biegu krwi w kapillarach;

2) jedynym objawem patognomonicznym występującym tylko przy sklerozie tętnic, bez schorzenia naczyń nerek, jest znaczne wydłużenie pętli kapillarów o kształcie szpilki od włosów;

3) przy wadach zastawki dwudzielnej występuje często wężykowatość tętnic, która ma prawdopodobnie znaczenie wyrównawcze;

4) zwężenie ramion tętniczych jest zawsze objawem patologicznym, przy nefrosklerozie i zaburzeniach klimakterycznych jest ono objawem toksycznego uszkodzenia kapillarów;

5) grube ramiona żylne nie dowodzą niewydolności układu żylnego, ani też osłabienia prawej komory serca;

6) fala krwi ciągła nie dowodzi ani normalnego stanu naczyń, ani serca: spotyka się ją bowiem często przy niedomodze mięśnia sercowego i stwardnieniu tętnic;

7) bieg ziarnisty przemawia za uszkodzeniem naczyń obwodowych.

W roku 1916 opisał Weiss w ten sposób zmiany zachodzące w kapillarach przy ostrem zapaleniu nerek: »w kapillarach występuje wyraźnie zaznaczona wężykowatość; przyjmują one fantastyczne kształty — pętle kapillarów są rozszerzone, bieg krwi zwolniony o typie ziarenkowym, widoczne są też liczne połączenia«. W podobny sposób opisują swe spostrzeżenia Thaler, Draga, Jürgensen i Volhardt. Sterling, pierwszy w literaturze polskiej, podaje już w roku 1917, że przy zapaleniu nerek spostrzegał kapillaroskopowe zmiany charakterystyczne w kapillarach łękotki.



Ryc. 3.
Naczynia włosowate, zniekształcone; ramię tętnicze wązkie, żylne — szerokie. Prąd leniwy, ziarenkowaty. Nephritis acuta. Łękotka. Powiększenie 70-krotne.

Z wymienionych badań wynika, że zmiany w nerkach idą w parze ze zmianami w kapillarach skóry; charakteryzują się one przekrwieniem tkanek i zmianami kształtów kapillarów skórnych. Przy zapaleniach ostrych ma uszkodzenie kapillarów charakter infekcyjno-toksyczny. Wyprzedza ono często zmiany w nerkach i na tej zasadzie zyskuje na znaczeniu przypuszczenie, że kłębuszkowe zapalenie nerek jest tylko najwybitniejszą oznaką ogólnego schorzenia naczyń obwodowych. Z czasem, przy przejściu stanu ostrego w przewlekły, zmienia się też obraz kapillarów. Fantastyczne kształty naczyń ustępują miejsca zmianom mniej wybitnym. Ostatecznie, tylko rozszerzenie ramienia żylnego i wyraźnie widoczne naczynia splotu podbrodawkowego są wyrazem zmian w nerkach. Stąd wartość metody przy stosowaniu przebiegu choroby. Spostrze-

ganie kapillarów w łękotce podczas zapalenia nerek, wykazuje często wybroczyny krwawe, co jednak nie jest objawem patognomonicznym dla tego cierpienia, ponieważ zdarza się także przy nerwicach naczyniowych.

Zmiany w nefrozach nie przedstawiają nic swoiście charakterystycznego.

O ile w obrazie kapillaroskopowym nerwic naczyniowych przeważa stan spastyczny, o tyle w chorobach zakaźnych, główną cechą kapillarów jest ich stan porażenuy. Drugą cechą charakterystyczną jest stan zapalny naczyń, wreszcie — występujące zatory.

Różyczkę przy tyfusie brzusznym tak opisuje Weiss i Hanfland: »Kapillary są nieco rozszerzone, właściwe zaczerwienienie różyczki leży głębiej, niż naczynia brodawkowe i nabiera stopniowo barwy otaczającej tkanki. Nigdy nie stwierdzono przerwy w biegu krwi«. Obraz ten nie wiele różni się od normy. Te same zmiany, lecz silniej wyrażone występują w późniejszych okresach duru brzusznego.

Dla duru plamistego charakterystyczne jest ostro odgraniczone występowanie najdrobniejszych żyłek, tworzących liczne połączenia. Biegu krwi nie można zauważyć. Światło drobnych tętniczek jest bardzo wąskie, widoczny jest bieg z wyraźną ziarnistością. Ilość właściwych kapillarów jest bardzo mała. Całe podłoże jest silnie zaczerwienione, listewki skórne występują wyraźnie. Obraz ten odpowiada zmianom anatomo-patologicznym, opisanym przez E. Frenkla, który znalazł w tętniczkach zmiany nekrotyczne, a w żyłach tworzenie się zakrzepów hyalinowych. Jeżeli zatem zmiany przy różyczce duru brzusznego noszą cechy zmian czynnościowych. to zmiany przy durze plamistym polegają na zmianach anatomicznych.

Przy odrze są kapillary nieco rozszerzone, a ilość ich jest nieco większa; podłoże jest zaczerwienione. Obok tego można widzieć zupełnie normalne miejsca. Przy znaczniejszem powiększeniu widać, że miejsca obok naczyń włosowatych są nacieczone krwią. Można stąd wnioskować, że odra zwiększa przepuszczalność ścian kapillarów.

Przy szkarlatynie są kapillary rozszerzone i przez swe rozmieszczenie tworzą zraziki. Cały obraz jest jasno czerwony; budowa siateczki skórnej jest zatarta, naczyń podbrodawkowych nie widać zupełnie. Bieg krwi jest prawie zawsze dobrze widoczny.

Wpływ światła słonecznego na kapillary badał pierwszy Schur. Po dwóch godzinach naświetlania słońcem (we wrześniu) znalazł rozszerzenie i wydłużenie kapillarów brodawkowych; sploty podbrodawkowe przedtem niewidoczne były znacznie rozszerzone, siateczka listewek skórnych zatarta — jako objaw rozpoczynającego się obrzęku: całe podłoże zaczerwienione — jako wyraz przekrwienia w splotach głębszych. Obraz ten utrzymuje się dość długo. Naświetlanie lampą kwarcową daje według badań Niekau'a te same objawy o większem nasileniu. Obraz kapillaroskopowy jest podobny do obrazu szkarlatyny.

Przy naświetlaniu skóry promieniami Roentgena (dawka rumieniowa) widać po sześciu, a jeszcze lepiej po 12-tu godzinach, ciężkie objawy porażenia wazomotorów. Kapillary są znacznie rozszerzone, naczynia splotu podbrodawkowego występują widocznie, listewki siatki skórnej zatarte — jako wyraz wysięku. Obraz ten przypomina zmiany przy akrocjanozie i durze plamistym. Jeżeli dawka zostanie przekroczona, następuje obumarcie wśródbłonków naczyniowych, a następnie owrzodzenie lub zanik skóry. Organizm, usiłując się bronić, wytwarza barwik. W bliznach kapillarów nie widać, naczynia głębsze są wrzecionowato rozdęte, bieg krwi zwolniony. Wszystkie te zmiany występują o wiele łatwiej pod wpływem mniejszej dawki u osób z nerwicą naczyniową.

Kilka słów jeszcze o działalności niektórych środków farmakologicznych. Zaznaczam, że wyniki badań w tym kierunku są narazie niezgodne; podaję tu wyniki z kliniki O. Müllera:

Przy podawaniu naparstnicy chorym z niewyrównaną wadą serca, wraca do normy przedtem widoczne rozszerzenie i wydłużenie ramienia żylnego. Moje kikakrotne obserwacje chorych nie potwierdziły tego wyniku. Jürgensen zauważył przy podawaniu diuretyny u arterjo-sklerotyków z napadami dusznicy — wyraźne rozszerzenie kapillarów. Pod wpływem jodu, rtęci i salwarsanu opisuje ten sam autor u chorych z aortitis luetica rozszerzenie ramienia tętniczego i poprawę krążenia. Adrenalina nie zawsze daje widoczne zmiany w kapillarach tylko niektórzy chorzy reagują zwężeniem kapillarów (Parisius). Pilokarpina działa odwrotnie. Parisius widział przy miejscowej asfiksji i pod wpływem pilokarpiny rozszerzenie kapillarów U 15-tu chorych, którym tenże autor zastrzykiwał 0,001 atropiny, nie widział on żadnego widocznego wpływu na kapillary mimo poprawy ogólnego stanu.

Kończąc chciałbym zauważyć, iż kapillaroskopja przedstawia postęp w badaniu nietylko zmian w samych naczyniach włosowatych, lecz także wielu innych okolic i układów. W obecnym stanie jednak nie można od niej więcej wymagać, niż od innych pomocniczych środków badania: sama przez się nie daje wskazań, w połączeniu z innemi metodami stanowi pożądaną metodę badania.

Piśmiennictwo.

1) Dyroff: Die behelfsmässige Kapillaroskopie D. M. Wochschrift. 1924. Nr. 26. — 2) Finsterwald: Das Blutbild d. Tuberculose im Hochgebirge. Beiträge z. Klinik d. Tuberc. T. 54. Zeszyt 3. 1923 r. 3) F. Fischl: Kapillarbeobachtungen am Lebendem. M. Klin. 1923. IV. 28. — 4) Fr. Groedel i G. Hubert: Klinische Erfahrungen mit der mikroskopischen Kapillaruntersuchungsmetode. Zeitschr. f. klin. Med. T. 100. Zeszyt 14. 1924. — 5) Jürgens: Mikrokapillarbeobachtung und extracardialer Kreislauf. Dtsch. Archiv. klin. Med. T. 144. 1924. 6) A. Krogh: Anatomie u. Physiologie der Kapillaren. Berlin. 1924. — 7) Otfried Müller: Die Kapillaren der menschlichen Körperoberfläche. 1923. — 8) G. Magnuser: Spontaner Verschluss der verletzten Gefässe. Med. Klin. 1924. Nr. 29. — 9) Mayer-List: Die feinsten Gefässe der Lippe bei endogenen und exogenen Störungen besonders beim Ulcus ventriculi Med. Woch. 1924. Nr. 18. — 10) Pfab i Hoche: Untersuchungen mit dem Kapillarmikroskop bei Chirurgischen Gefässerkrankungen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. — 11) J. Puterman: Kilka słów o naczyniach włosowatych. Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 6. 1924. — 12) S. Sterling: Zapalenie nerek w świetle poglądów tegoczesnych. Odczyty kliniczne wydawane przez Gazetę lekarską. 1918. — 13) Szymonowicz: Lehrbuch. d. Histologie. 1915.

Oceny i sprawozdania.

Dr. M. T. Schnirer. **Taschenbuch der Therapie. 1925.** Verl. Curt. Kabitzsch. Leipzig. Cena 3·90 Mk. niem.

Dwudzieste pierwsze wydanie, tej lekarzowi praktycznemu dobrze znanej książki, zostało powiększone w tym roku o »Przegląd terapeutyczny całoroczny« obejmujący krótkie referaty z około 400 wybranych prac literatury światowej, ułożone w porządku alfabetycznym. O pożyteczności tej książki świadczy też pojawienie się przekładu na język hiszpański.

G.

Przegląd piśmiennictwa.

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. IX. Z. 1. 1924.

Berger i Untersteiner. **Morfologiczne i serologiczne badania krwi w ostrym i przewlekłym okresie nagminnego zapalenia mózgu.** Od czasu klasycznych badań krwi Naegel'ego przy durze brzusznym wiemy, że przy żadnej chorobie, choćby miała typowy obraz krwi, obraz ten nie jest stałym, lecz okazuje pewien przebieg i zależy od: chwili badania, od ciężkości i pewnych swoistości zakażenia, od indywidualnej zdolności reakcyjnej i ewentualnych powikłań. W tej myśli uskutecznili autorowie 115 poszczególnych badań w 51 przypadkach nagminnego zapalenia mózgu. Doszli oni do przekonania, że zmiany we krwi zależą nie tyle od czasu zakażenia i od umiejscowienia mózgowego, ile od natężenia i stopnia zakażenia.

W ostrym okresie badali w pierwszych ośmiu dniach 5 przypadków i stwierdzili, że już w pierwszych dniach obraz krwi może być chorobowo zmieniony, bądź w kierunku leukocytozy, bądź leukopenji, atoli przy żywszych

objawach chorobowych stwierdza się obojętno-chłonną leukocytozę. Neutrocytoza ta jest pierwotną, bez poprzedniego zmniejszenia neutrocytów, jak to ma miejsce n. p. w zapaleniu płuc. Przy szybkiem ustępowaniu ostrych objawów choroby także początkowe zmiany we krwi szybko ustępują.

W okresie od 2-go do 8-go tygodnia choroby wyróżniają autorowie przypadki ze śmiertelnym przebiegiem oraz z przejściem w okres przewlekły. W 7-miu badanych przypadkach, które się zakończyły śmiercią, ogólna liczba leukocytów wahała się między 7.800—22.800. We wszystkich przypadkach stwierdzili względną i bezwzględną neutrocytozę i nigdy nie zauważyli spadku ciałek obojętno-chłonnych w okresie przedagonalnym. Obok neutrocytozy stwierdzili też w tych przypadkach bezwzględną, a po części także względną monocytozę. Zwiększenie to neutrocytów i monocytów należy zdaniem autorów po części odnieść do powikłań w oskrzelach, oskrzelikach i płucach — dominująca jednak neutrocytoza związana jest ze swoistem nie ropnem zakażeniem encefalitycznem. Liczba ciałek eozyno-chłonnych i limfocytów była w przypadkach śmiertelnych zmniejszoną.

Grupa przejścia w okres przewlekły obejmuje 11 przypadków. Przez część okresu ostrego stwierdzono zwiększenie ogólnej liczby leukocytów. Obojętno-chłonne okazywały tak samo, jak w przypadkach śmiertelnych tendencję do ilościowego zwiększenia, co znowu należy uważać za wyraz intenzywności zakażenia encefalitycznego. Postacie hiperkinetyczne są bardziej związane z neutrocytozą niż postaci letargiczne. Oprócz ilościowego wpływu na obojętno-chłonne obserwowano też zmiany jakościowe takie, jak: zakaźno-toksyczne ziarnistości, poszczególne postaci olbrzymie i karłowate i mierne przesunięcie obrazu krwi w lewo. Także monocyty były zmienione ilościowo przez zwiększenie względne i bezwzględne, a jakościowo przez pojawianie się licznych postaci przejściowych, postaci z wielokształtnemi jądrami, niekiedy nawet postaci wielojądrzaste z 2-ma lub 3-ma jądrami, oddzielonemi od siebie zupełnie, lub połączonemi przez nitkowate mostki. Liczba eozyno-chłonnych była mała, atoli po upływie objawów zaostrzenia przychodziło zazwyczaj do objawów eozynofilji, którą autorowie przypisują zakażeniu encefalitycznemu. Liczba limfocytów była normalną lub zmniejszoną.

W okresie przewlekłym w badanych 15-tu przypadkach obraz krwi nie wykazywał wprawdzie większych zboczeń, ale od normy różnił się większemi wahaniami, co autorowie nazywają »niepokojem w obrazie leukocytów«. Neutrocytoza była niższą a eozynofilja częstszą niż w ostrym okresie.

W 4-tym roku choroby badali 6 przypadków. Stwierdzili prawidłowy stan krwinek czerwonych i hemoglobiny, obraz neutro-chłonny normalny, obracający się w górnych granicach, a monocyty, eozyno chłonne i limfocyty bez większych wahań. W tych okresach badali też oni stan ciał białkowatych w surowicy, o których wiemy, że stosunek ich wzajemny może być w przewlekłych infekcjach, jak n. p. w kile lub w gruźlicy zmieniony.

Badali oni w tym kierunku 18 przypadków i stwierdzili ogólną ilość czyli koncentrację białka prawidłową, obracającą się między 6 a 8,7%. Natomiast w jednej trzeciej części przypadków stwierdzili względne wzmożenie globulin, przekraczające normalną odsetkową zawartość ich we krwi wynoszącą 25—35 maximum do 40%. Jednak w tych przypadkach nie dał się wykazać związek z ciężkością schorzenia Określanie lepkości krwi wykazało również wyniki nieprawidłowe, albowiem stwierdzili oni po raz pierwszy w pewnych przypadkach lepkość surowicy niższą niżby to odpowiadało zawartości globulin. *Blassberg* (Kraków).

Zentralblatt für Herz- und Gefässkrankheiten.

T. XVI. Nr. 16. 1924.

E. Attinger. **Przypadek napadowego drgania komór.** Przypadek ciekawy z dwóch względów: raz dlatego, że jest to pierwszy przypadek drgania komorowego, obserwowany wprost okiem u człowieka, powtóre, dlatego, że uchwycenie drgania komorowego jest wogóle bardzo trudne, gdyż trwa ono bardzo krótko, co wynika już z istoty samej rzeczy, bowiem komory podczas drgania nie wypychają krwi, krążenie zatem nie odbywa się

Sam obraz drgania komorowego obserwował autor w obrazie radjoskopowym. Komory wykonywały dwojaki ruch: jeden prawidłowy ruch skurczowy, skurcze efektywne (wśród trwałej arytmji), drugi, to ruch drobny, sprawiający wrażenie, jakgdyby każdy punkt lewego dolnego łuku sylwety serca wykonywał na własną rękę wibracje i drgania. Zdawało się, że niemal każde włókienko mięsne ma odrębny od drugiego niezależny czas drgania, siłę skurczu i rozkurczu. Tylko dzięki wtrąconym okresom efektywnych skurczów komorowych mimo trwałej tachyarytmji, chory przetrwał atak drgania komorowego, z którego serce zwierzęce (n. p. kota) nie podnosi się.

Zaznaczyć należy, że Hoffmann opisał podobną, bo również dwojaką czynność dla przedsionków: obok ruchów drgających wykonywał przedsionek co pewien czas skurcze efektywne.

Nr. 18. 1924.

Liesegang R. E. **Studjum naczyń.** Krótko i jędrnie ujęta praca doświadczalna wyszła z Instytutu dla badania fizykalnych podstaw medycyny w Frankfurcie. Autor przytacza kilka przykładów zjawisk fizycznych względnie fizykochemicznych w odniesieniu do zjawisk w naczyniach krwionośnych. Tak n. p. znaną jest rzeczą, że kryształ siarczanu żelaza, zanurzony do roztworu szkła wodnego, otacza się cieńką pokrywą kwasu krzemowego, za chwilę zaś poczynają z tak powstałego worka wyrastać cieńkie rureczki, rozgałęzione i długie nieraz do 20 i więcej cm Owoż skoro rureczka taka dojdzie do powierzchni płynu, wyciska z siebie bardzo wiele cieczy. Pochodzi to stąd, że płyn, który na prawie osmozy dostaje się przez dolną powierzchnię worka krzemowego, wypełnionego stężonym roztworem siarczanu żelaza i kryształem, dzięki sztywności ścian worka musi zostać wtłoczonym do rureczek.

W nich to dzięki przemianom chemicznym powstaje nierozpuszczalny wodorotlenek żelaza, w postaci delikatnego nalotu. Trudno wyobrazić sobie, jak mogą owe kłaczki wydostać się na zewnątrz z płynem, nie zatkawszy światła rureczek. Dzieje się to dlatego, że także płyn w rureczkach ma wyższe stężenie niż szkło wodne, a tak wchodzi woda przez ścianki rurek do ich wnętrza, opłukując je ustawicznie. Nie ulega wątpliwości, że takiego rodzaju opłukiwanie odbywa się również w naczyniach krwionośnych, niedopuszczając do osadzania się elementów uorganizowanych. Z badań Berczellera wynika, że krwinki muszą zatykać i zatykają światło naczyń włosowatych, co uważać należy za zjawisko fizjologiczne. Mimoto część procesu utleniania odbywa się na powierzchni krwinek, podczas gdy sok komórkowy dostaje się do obiegu krwi. Jeżeli utlenianie takie odbywa się także wewnątrz naczynia, to podniesione przez nie ciśnienie osmotyczne sprawia, że woda wnika do wnętrza opłukuje ściany naczyń włosowatych, usuwając przeszkodę.

Ponieważ przy przeciskaniu płynu przez naczynia włosowate (zwłaszcza płynu, w którym są zawieszone drobne cząstki) powstaje stan elektryczny, nie jest wykluczonem, że także przy ruchu krwi w naczyniach krwionośnych odbywa się to samo. Można przypuścić, że w ten sposób koloidy tudzież składowe uorganizowane elementy krwi otrzymują stały ładunek elektryczny, który staje się w ten sposób czynnikiem, przeszkadzającym koagulacji i aglutynacji, a ponadto przyczynia się do wzmożenia stężenia, tak, że drogą naczyń może dostać się woda z miejsc o wyższem stężeniu do miejsc o stężeniu niższem.

Albo inne zjawisko. Rabl wykazał, że przy wyższem ciśnieniu, podnosi się także zawartość kwasu węglowego we krwi, a tem samem wzmaga się zdolność rozpuszczalności soli wapniowych. Gdy ciśnienie spada, część kwasu węglowego zostaje uwolniona, a tem samem część soli wapniowych wypada z roztworu. Między temi dwiema granicami znajdziemy przesycony roztwór soli wapniowych, w którym

one mogą przenikać przez ściany naczyniowe i osadzać się w nich. Ten moment zawiera ważną wskazówkę, która powinna mieć wybitne znaczenie lecznicze lub zapobiegawcze, zwłaszcza przy zmianach miażdżycowych.

Znaczy to innemi słowy, że dla tych stanów, połączonych z hipertonją, nie jest niebezpiecznem wysokie lub niskie ciśnienie, ale zmiana ciśnienia. To też wszelkie te środki, które takie większe wahania mogą wywołać, nie są przy miażdżycy wskazane.

Łuczyński (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 12. rok 1924: H. Brokman: Najnowsze zdobycze pedjatrji w dziedzinie odporności i znaczenia ich dla zagadnień patologji ogólnej. — St. Popowski: Przyczynek do badań nad krwawiączką. — H. Brokman, H Hirszfeldowa i F. Przesmycki: Badania nad wrażliwością osobniczą na płonicę. — J. Pomper: Przypadek ciąży jajowodowej pękniętej z płodem w jamie brzusznej. — St. Kramsztyk: Przyczynek to trudności rozpoznawczych kiły wrodzonej. - Wł. Sterling: Obecna epidemja czkawki w Warszawie. — J. Justman: O zaparciu nawykowem w świetle współczesnych poglądów i teoryj. — M. Erlichówna: Z djetetyki chorób dzieci. — W. Hryszkiewicz: Organizacja służby zdrowia w Szwajcarji.

Lekarz Wojskowy Nr. 12 r. 1924: S. Składkowski: Przygotowanie lekarzy wojskowych we Francji. — M. Albiński: Przyczynki do pracy psychologiczno-wychowawczej w wojsku. — Müller: Szkodliwe objawy, występujące wśród leczenia salwarsanem, oraz zposoby zapobiegające występowaniu szkodliwości. - Zjazdy: XXXIII. Kongres chirurgów francuskich.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. – Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIV. Posiedzenie naukowe w dniu 12. grudnia 1924.

Przewodniczy prof. Zalewski.
Obecnych 108 członków.

Prezes Zalewski wypowiada wspomnienie poświęcone pamięci ś. p. O. Litwinowicza.

1. Kol. Stauber pokazuje przypadek **zarazy pyskowo-racicowej z następową posocznicą** u chorej 20-letniej (przeznaczone do druku).

2. Kol. Lachowska przedstawia dwa przypadki a) **Naerus achromicus**, znajdującego się u kobiety 25 letniej na sutku lewym w postaci ogniska wielkości dłoni dziecka, niewystającego ponad powierzchnię skóry; znamię to jest złożone z licznych nieregularnych plam, które nie znikają przy uciskaniu szkłem, w odróżnieniu od znamienia niedokrwistego (*naevus anaemicus*);

b) chory z **płaskim liszajem czerwonym** (*lichen ruber planus*); u chorej zastosowano naświetlania promieniami Roentgena (5 H. 1 mm alum.) okolicy 3-5 kręgu piersiowego. W ciągu miesiąca ustąpiły zmiany guzkowe. Natomiast czternastego dnia po naświetlaniu, pokazały się na plecach, sutkach i na udzie pr. pęcherzyki wielkości od ziarna grochu do orzecha laskowego, wypełnione treścią surowiczą. Wystąpienie tych pęcherzyków odnosi L. do podrażnienia w tym kierunku układu nerwowego.

3. Kol. Leszczyński przedstawia przypadek **pierwotnego kropidlaka (aspergillozy) gruczołów i skóry**. Chora B. T. lat 44 zgłosiła się 9. IX. 1924 ze znacznym obrzękiem gruczołów nadobojczykowych prawych, mniejszym lewych, i wrzodzeniami. Narządy wewnętrzne są bez zmiany. Pierwsze badanie bakterjologiczne było ujemne. Pirquet i Wassermann również ujemne, kilakowa postać kiły, zastosowano leczenie swoiste (Bi — Jod) w ciągu 13. IX. — 21. X. dało stosunkowo niewielki wynik. Przeprowadzono powtórnie badanie na grzybki (dr. Epler) treść wydobyta jałowo i wysiana wykazała w bodowli kropidlaka popielatego (*a. fumigatus*). Leczenie dożylnie roztworu J-KY oraz KJ *per os*.

4. Kol. Drak przedstawia rzadki przypadek: **wrzekomego ziarniniaka tęczówki po urazie oraz rzęsy w komorze przedniej oka.** (*Pseudo granuloma iridis*) studenta gimnazjalnego lat 16. Po skaleczeniu nożem przed 5-ma laty rzęsa wpadła przez rankę rogówkową do komórki przedniej oka lewego, a przed rokiem (w grudniu 1923 r.) wywołała silne zapalenie tęczówki oka i wytworzył się zwolna guz na tęczówce, podobny do ziarniniaka, w nim zaś tkwiła rzęsa i zwężała z góry do komórki przedniej. Wzrok ogromnie upośledzony do $^{c}/_{60}$ w dal i Su 1.25 z blizka. Po pięciu miesiącach bez skutecznego leczenia zachowawczego przyjęto chorego na klinikę do operacji. Operacja, wykonana w maju 1924 r. przez prof. Bednarskiego, na pozór nie dała żadnego wyniku, bo zdołano tylko wyciąć kawałek guza wraz z tęczówką, rzęsa zaś znikła po cięciu z komórki i nie można jej było wydobyć. Wzrok po operacji czasowo się nawet pogorszył do $^{5}{}_{60}$. W dwa miesiące później jednak oko już było bez zadrażnienia, a wzrok poprawił się tak znacznie, że chory czytał z daleka $^{6}{}_{18}$ i zblizka Su 0.5. Rzęsy zaś nawet pod ogromnem powiększeniem lupy Westhien-Schendera nie można było dostrzedz, najprawdopodobniej wykruszyła się i uległa wessaniu i po zabiegu operacyjnym lub też wypłynęła z komórki. Obecnie stan po roku obserwacji ciągłej jest tak dobry, że chory czyta najdrobniejszy druk i oddaje się w pełni swym zajęciom szkolnym, tak, że można oko uważać za uleczone, choć dalsze spostrzeganie jest konieczne. Operacja w tych przypadkach natrafia na ogromne trudności, co podnosza zgodnie autorzy w piśmiennictwie dotyczącej kilkunastu podobnych przypadków, a jest konieczna, bo oko na dłuższy okres czasu nie może znieść ciała obcego drażniącego, jakiem jest rzęsa i powstać może stąd perlak lub glaukoma.

5. Kol. Goldschlag przedstawia: a) przypadek **angiokeratoma Mibelli** u 17-to letniej chorej. Po stronie wyprostnej palców rąk i nóg poszczególne plamki i guzki wielkości główki szpilki o powierzchni brodaweczkowej. W centrum każdego wykwitu czerwony punkcik, odpowiadający rozdętym pętlom naczyń włosowatych. Badanie histologiczne potwierdza rozpoznanie kliniczne. Dermatoza występuje na tle **sinicy obwodowej**. Bezpośredniego związku między oboma procesami nie można się dopatrzeć. W przedstawionym przypadku brak wszelkich objawów gruźlicy ogólnej (w przeciwieństwie do przypadków autorów francuskich) istnieje natomiast zespół objawów (*acner rosacea, amoenorhoe hipertrophia thyreoideae, vagotonia*), wskazujący na zaburzenie prawidłowej czynności gruczołów dokrewnych.

b) Przypadek **nadkażenia (superinfekcji) doświadczalnego w 3-cim okresie kiły** u 46. letniej ch rej z kilakiem podniebienia i dodatnim odczynem W. R. Zaszczepienie krętków bladych na przedramieniu powoduje wytworzenie się nacieków, rozpływaniu się od środka i rozpadu, a więc zmian, odpowiadających klinicznie postaci kilaka. Badanie histologiczne nastąpi.

W dyskusji kol. Rothfeld zapytuje, czy było badane czucie na rękach, gdyż w przewlekłej sinicy kończyn można wykazać zaburzenie czucia zwłaszcza termicznego.

6. Kol. Epler wygłosił rzecz p. t.: »**Aspergillosis chorobotwórcza**« (całość przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Bałącz przypomina przypadek z oddziału prof. Ostrowskiego, który odznaczał się olbrzymim naciekiem lewego policzka, lewej powieki górnej i dolnej i błony śluzowej jamy ust. B., do którego zwrócono się w sprawie rozpoznania — podejrzywując promienicę — odrazu wykluczył promienicę, ponieważ naciek był zbyt miękki, przetoki nie przedstawiały charakterystycznego wyglądu, a ropa wyduszona z nich z trudnością była gęstą, śmietanowatą prawie biało zabarwioną. Kol. B. rozpoznawał jakąś grzybicę. Najwięcej przypominał mu ten przypadek grzybicę drożdżową. (*Blastomykosis*). Nieudanie się odczynu serologicznego i wiązania dopełniacza w tym przypadku przypisać należy tym okolicznościom, że ropa zebrana jałowo za późno była badana i że kol. Epler nie miał narazie odpowiednich pożywek. Dlatego w tym przypadku nie można zupełnie wykluczyć pierwotnej aspergillozy skóry i tkanki podskórnej, a przypadek ten należałoby uważać jako pierwszy przypadek pierwotnej aspergillozy tych tkanek. W przypadkach aspergillozy skóry i tkanki podskórnej polecałby wstrzykiwania miąższowe słabych rozczynów siarczanu miedzi używanego od dawna w rolnictwie do zabicia pleśni i miedzi na ziarnach zboża przed zasiewem (bajcowanie) i użytego ze znakomitym skutkiem po raz pierwszy przez B. do leczenia promienicy. W przeszło 40 przypadkach promienicy nastąpiło potem trwałe wyleczenie stosowanie J. K. śródżylnie przez czas dłuższy nie jest dla chorych tak obojętnym zabiegiem i musi prowadzić bardzo powoli do celu znacznie wolniej aniżeli wstrzykiwania miąższowe rozczynów siarczanu miedzi.

Bałącz ponadto spostrzegał 3 przypadki aspergillozy zewnętrznego przewodu słuchowego. Rozpoznanie potwierdziło badanie drobnowidowe. Terapeutyczne wlewania wyskoku do ucha 2 razy dziennie, według Politzera, dawało dobre wyniki.

Kol. Leszczyński podnosi, że wtórne aspergillozy są nie tak rzadkie, natomiast pierwotna jak w przypadku pokazanym, jest w polskiem piśmiennictwie pierwsza, a w światowej czwarta. *T. Falkiewicz*, doroczny sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 28 października 1924.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

I. Kol. H. Higier. Pokaz 13 letniego chłopca z **guzem mózgu, leczonego naświetlaniami** czaszki promieniami Roentgena. 13-letni chłopiec z rodziny zdrowej; przed ½ rokiem wystąpiły raz drgawki ogólne, w ostatnich miesiącach bóle głowy i wy-

mioty, postępujące osłabienie siły widzenia, nieco ogólnego bezładu i niezgrabności rąk, niedowład dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, nieznaczne bóle skóry przedniej czaszki z lewej strony, zniekształcenie siodła tureckiego na rentgenogramie, tarcza zastoinowa obustronna, blada z krwotokami, połowiczne widzenie jednozmienne prawostronne (*haemianopsia homonyma dextra*), badanie serologiczne i krwi nie wykryło spraw ropnych, kiły i gruźlicy. Rozpoznanie guza jest prawie pewne, umiejscowienie i charakter guza nieokreślone. Wobec braku zgody ze strony chorego na trepanację dekompresyjną zastosowano całą serję naświetlań czaszki twardemi promieniami Roentgena, poczem ustały bóle głowy i wymioty tak, że chory od miesiąca prawie nie używa leków. Postępującemu osłabieniu siły wzroku naświetlanie nie zapobiegło. Gdyby poprawa okazała się długotrwałą, to po dłuższej przerwie należałoby powtórzyć serję naświetlań.

2. Wiceprezes K. Zieliński odczytuje wnioski Komisji, w sprawie przeniesienia Polskiej Gazety lekarskiej ze Lwowa do Warszawy.

1. Towarzystwo lekarskie Warszawskie w razie przeniesienia do Warszawy Polskiej Gazety lekarskiej może uznać ją za swój organ.

2. Członkowie Towarzystwa lekarskiego obowiązani będą prenumerować Polską Gazetę lekarską.

3. Warszawskie Towarzystwo lekarskie wybiera redaktora i zastrzega sobie wpływ na skład Komitetu redakcyjnego.

4. Warszawskie Towarzystwo lekarskie nie ponosi żadnych zobowiązań finansowych.

Po dyskusji, w której zabierali głos kol. L. Kryński, Pręgowski, Karwacki, Pawiński, Komocki, Higier, Janowski i po wyjaśnieniach wiceprezesa K. Zielińskiego, jako przewodniczącego Komisji, oraz prezesa A. Leśniowskiego wnioski Komisji oddano pod głosowanie.

W głosowaniu (jednomyślnie) przyjęto wnioski Komisji i postanowiono sprawę omówienia warunków przeniesienia Polskiej Gazety lekarskiej powierzyć Zarządowi Towarzystwa lekarskiego.

3. Prof. K. Orzechowski wygłosił rzecz p. t.: »**Jady wegetatywne, jako środki przeciwbólowe**«. W pewnych przypadkach ból ma swoje źródło w stanie podrażnienia nerwów współczulnych, a wówczas zwykle środki antineuralgica, a nawet narkotyki grupy morfinowej, zawodzą. W przypadkach tego rodzaju jady, drażni układ parasympatyczny, lub porażające układ współczulny, znoszą ból lub go łagodzą. Z pierwszych okazała się wybitnie skuteczną pilokarpina, zastrzykiwana w dawkach 0,75 do 1,2 cg, rzadziej w słabszym stopniu działała fizostygmina ($^1/_4$ — $^1/_2$ miligrama do wewn.). Ze środków, które w pewnych warunkach mogą wywierać działanie, porażające nerwy współczulne, chociaż pierwszym z wymienionych przypisuje się działanie porażające, tylko obwodowe, stosował mówca rhodazile, papawerynę i kofeinę. Najskuteczniejszym w tej grupie okazał się rhodazile, podawany do wewnątrz, ustępując jednak działaniu antineuralgicznemu pilokarpiny. Adrenalina i atropina bóle tego typu pogarszają. Świetny był wynik leczenia »kryz« żołądkowych z syndromem sympatycznym (tachycardia, Dalrymple Gräffe, zaczerwienienie twarzy), w 3 przypadkach neurytów kauzalgicznych toksycznego, względnie zakaźnego pochodzenia, wreszcie w jednej typowej kauzalgji po przestrzale okolicy nerwu kulszowego. W kauzalgjach urazowych i nieurazowych pilokarpina nie tylko znosi ból, lecz działa z czasem wprost leczniczo, czyniąc w pewnych przypadkach zbytecznym zabieg Leriche'a. Leczenie wymienionemi środkami wegetatywnemi zaleca się w przykurczeniach fizopatycznych (Babiński-Froment), w kauzalgicznej postaci rwy kulszowej. Autor spostrzegał wreszcie korzystny wpływ tej metody leczenia w bólach w jamistości rdzenia i w 2 przypadkach przestankowego chromania. Chodzi tu zawsze o elektywne działanie przeciwbólowe pilokarpiny, nic wspólnego nie mające z jej działaniem napotnem. Ból pochodzenia współczulnego prawdopodobnie doprowadza z czasem do stanu ogólnej sympatykotonji, dzięki której chorzy znosili doskonale pilokarpinę.

W dyskusji Koelichen wspomina o przypadku kauzalgji urazowej, powstałej po postrzale ramienia wskutek drażnienia nerwów pośrodkowego i łokciowego przez odłamki kości. Po operacji zaburzenia ruchowe poprawiły się, bóle zaś kauzalgiczne nasiliły się. K. zastosował pilokarpinę, po pierwszych zastrzykach nastąpiła poprawa, później zastrzyki nie sprawiały ulgi. W rwie kulszowej pilokarpina dawała dobry wynik na początku leczenia, później zastrzyki pozostawały bez skutku. W kauzalgji urazowej twarzy ani środki przeciwbólowe, ani też promienie roentgenowskie nie pomagały, zawiodła również pilokarpina. U chorego po postrzale w okolicę kręgosłupa na wysokości VI kręgu grzbietowego, wystąpiła nadczułość pomiędzy VI. i IX. żebrami po obu stronach dokuczało palenie; po pilokarpinie nastąpiła poprawa. Przełomy wiądowe pod wpływem pilokarpiny łagodniały.

Higier tłumaczy, dlaczego poszczególne jady (adrenalina, pilokarpina) działają zależnie od dawkowania bądź na pewien obręb, bądź na cały układ współczulny; dlaczego jednocześnie bywają czasem sympatyko- to znowu wagoporażenni. Cała nauka Eppingiera i Hessa o wagotonji ma braki pod tym właśnie względem. H. stosował długie lata pilokarpinę przy innych wskazaniach, gdy szło o szybkie wywołanie potów, ślinienia (mocznica, ciężkie reumatyzmy, zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowego), rzadziej w czkawkach histerycznych. Kauzalgiczne bóle urazowe są zawsze organiczne, mimo, iż często zależą od utrwalonego uczucia pobudzenia, co im pozornie nadaje charakter psychogennego. Niema zapalenia nerwów bez zajęcia włókien współczulnych, w jednem przeważają objawy ruchowe, w innem czuciowe, jeszcze w innem współczulne. W zapaleniu tętnicy zarostowem wpływ gry naczynioruchowej jest wybitny, czem się tłumaczy, że pozornie brakujące tętno wraca nieraz po miesiącach. Na tej grze naczynio-ruchowej oparł też H. swoją koncepcję dawnej sympatektomji okołonaczyniowej, później operacją Leriche'a zwanej. H. stosuje w chromaniu przestankowem sole azotynowe ze strychniną z niezłym skutkiem, gotów jest stosować pilokarpinę. Wreszcie H. rozwija myśl, dlaczego wogóle czucie bólowe jest pochodzenia współczulnego; wszelkie inne rodzaje czucia są niezbędne i pożądane, jedynie czucie bólowe jest niepożądane; włókna dotykowe przebiegają przez tylne białe pęczki rdzenia, podczas gdy bólowe wprost się dostają do szarej substancji rdzenia; bólowych włókien nie posiada naskórek i nabłonek, ból zaś powstaje dopiero, gdy szpilka niszczy naskórek i nabłonek i przechodzi do skóry, gdzie już rozgałęzia się układ współczulny.

Wł. Janowski naważa, że leczenie pilokarpiną będzie skuteczne u osobników, którzy są hypowagotonikami. Następnie J. wyjaśnia, że dany osobnik może nie być hypowagotonikiem zupełnie, lecz przy przewadze układu współczulnego będzie on względnym hypowagotonikiem. To samo może mieć zastosowanie u hiperwagotoników względnych przy przewadze układu wagotonicznego nad współczulnym. Janowski podkreśla, że wysłuchał odczytu z całą przyjemnością, gdyż mówca poruszył najistotniejsze jądro kwestji układu wegetatywnego.

W odpowiedzi prof. Orzechowski podkreśla, że w odczycie uwzględnił materjał zadawniony. Sprawa, która wywołała bóle już dawno ustąpiła. Przypadków ostrych prof. O. spostrzegał mało i przypuszcza, że w ostrych przypadkach leczenie to będzie zawodziło, gdyż przyczyna, wywołująca bóle, trwa. Kaufman, o którym wspomniał H., stosował pilokarpinę, jako środek napotny, o działaniu na ból nie myślał. Próbę Danielopolu'a prof. O. robił, ale 2 przypadki, w których metoda ta dała zupełnie inne wysiłki niż inne metody, zachwiały zaufanie do tej metody.

Posiedzenie kliniczne w dniu 4 listopada 1924 r.

Przewodniczy wiceprezes K. Zieliński.

1. Zwoliński i Truszkowski wygłosili rzecz p. t.: **Badania nad kwasotą pochwy.**

2. Semerau-Siemianowski i Misiewiczówna wygłosili rzecz p. t. **Typy kliniczne skaz krwotocznych.**

Na tem posiedzenie zakończono.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie w dniu 1 grudnia 1924 r.

Przewodniczący M. Konopacki. Sekretarz C. Jastrzębski.

1. Zatwierdzono sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego,

2. E. Loth, jako sekretarz gen. przyszłego Zjazdu lekarzy i Przyrodników polskich, prosił o zgłaszanie na jego ręce tematów prac, które mają być przedstawione na Zjeździe.

3. C. Jastrzębski pokazał: a) **preparat korozyjny (celuloidowy) tętnic nerki ludzkiej, b) przypadek zwężenia dwunastnicy wskutek odmiany przebiegu naczyń krwionośnych.** W przypadku tym, dotyczącym dziecka 28-dniowego, był brak zupełny tętnicy trzewnej (*a. coeliacae*), którą zastępowała potężna gałązka od t. krezkowej górnej. Gałązka ta przeznaczona dla unaczynienia wątroby, żołądka i śledziony (*a. hepatogastrolienalis*), bezpośrednio po swojem odejściu okrążała część zstępującą dwunastnicy od przodu, t. j. od strony lewej, i zdążała ku wnęce wątroby, oddając po drodze tętnice żołądkowo-sieciową i żołądkową prawą, od której odchodziła gałązka do śledziony (poza żołądkiem). Żyła wrotna przebiegała razem z tętnicą wątrobno-żołądkowo-śledzionową i pozostawała po zlaniu się żyły krezkowej i żołądkowo-sieciowej. Ta ostatnia przyjmowała krew także i od śledziony. Wskutek opisanego przebiegu naczyń krwionośnych oraz obecności t. zw. krezki wspólnej nastąpiło zwężenie dwunastnicy w miejscu skrzyżowania się jej z naczyniami, t. j. w okolicy brodawki. Zwężenie to było tak znaczne, że tylko z trudem udało się przeprowadzić zgłębnik 1 mm grubości. Następczo rozwinęło się znaczne rozszerzenie przełyku, żołądka i początkowo odcinka dwunastnicy aż do brodawki z przerostem ich ścian. Prócz tego były w tym przypadku dwie jednakowej wielkości i prawidłowo wykształcone śledziony, które leżały obok siebie i były rozdzielone jedna od drugiej siecią wielką. Zdaniem prelegenta odmiana przebiegu naczyń krwionośnych daje się łatwo wytłumaczyć historją ich rozwoju. Zwężenie zaś dwunastnicy powstało już w życiu pozapłodowem wskutek opuszczenia się trzew i przepony, spo-

wodowanego oddychaniem, podczas gdy odejście naczyń pozostało niezmienione.

4. Rahoza doniósł o przypadku prosektoryjnym, w którym dźwigacz łopatki posiadał 5 zębów. W dyskusji E. Loth uzupełnił doniesienie danemi o filo i onto-genetycznym rozwoju tego mięśnia, oraz podkreślił rzadkość odmiany.

5. R. Poplewski wygłosił komunikat pod tytułem: »Analiza nerwów czaszkowych«. Mówca przedstawił swój pogląd na morfonogezę nn. czaszkowych w związku z metameryzacją czaszki, oraz podkreślił trudności, jakie wypływają z braku ścisłe morfologicznego określenia istoty układu współczulnego i z wprowadzenia na teren anatomji pojęcia układu parasympatycznego. Wszystko to razem wzięte wikła w sposób szczególny rozwiązanie ciekawego zagadnienia, czem są w istocie swej nn. czaszkowe. Określenie dotychczasowe, homologizujące nerwy odcinka głowowego z nerwami rdzeniowemi, brały li tylko pod uwagę część somatyczną ich, nie uwzględniając części trzewnej, a więc współczulnej. Celem ustalenia samego pojęcia układu nerwowego trzewnego, opierając się na ostatnich wynikach badań rozwojowych, mówca zaleca następujące określenie: układ współczulny rodowo i osobniczo późniejszy zapatrnje pochodne mezynchymy i blaszki bocznej, układ zaś mózgowo-rdzeniowy-właściwy w swej części ruchowej, zaopatruje materjał myotomalny. Przenosząc określenia te na odcinek głowowy i uwzględniając bądź to przesunięcia niektórych somitów w kierunku akromerytu, bądź też rozproszenie ich materjału komórkowego. Poplewski wyprowadza następujące wnioski: 1) n. III. jest nerwem odpowiadającym całemu korzonkowi rdzeniowemu przedniemu, 2) nn. IV, VI i XII posiadają li tylko część somatyczną włókien tego ostatniego, 3) pozostałe zaś nerwy t. j. V, VII, VIII, IX, X i XI byłyby nerwami o przeważającej liczbie włókien o charakterze współczulnym. Niewyjaśniona w sposób definitywny sprawa metameryzacji czaszki w żadnym razie nie byłaby zdolna, zdaniem prelegenta, naruszyć jednolitości przedstawionego poglądu, sprowadzającego wszystkie nerwy rdzeniowe i czaszkowe do jednej morfologicznej koncepcji, umożliwiającej zhomologizowanie odcinka głowowego.

Referat ilustrowany był licznemi rysunkami oraz schematami.

W dyskusji zabierali głos E. Loth, M. Konopacki i P. Słonimski.

6. Z. Zakolska wygłosiła komunikat pod tytułem: »Zjawiska cytologiczne w jajach żaby płowej, sztucznie pobudzanych do rozwoju«. Mówczyni, kłując jaja żaby płowej na sucho lub też zwilżając je krwią przed nakłuciem, otrzymała w tym ostatnim wypadku daleko większy odsetek rozwijających się jaj. Rozwój tych ostatnich miał przebieg bardziej normalny, aniżeli jaj kłutych na sucho. Jednak w pojedynczych przypadkach i z jaj kłutych na sucho można otrzymać normalną blastulę, gastrulę, a nawet kijankę. Zwilżając jaja krwią przed nakłuciem wprowadzamy do jaja pewną ilość krwinek, których rola w sztucznie wywołanej patogenezie jaj żaby płowej, według autorki, jest raczej chemiczna i polega prawdopodobnie na wprowadzeniu do jaja pewnych zaczynów, przyśpieszających oksydację. Promieniowania zaś plazmatyczne, występujące wskutek obecności tych krwinek, w zjawieniu się pierwszej bródzy, według autorki, nie odgrywają żadnej widocznej roli. Zdolności rozwojowe w niezapłodnionych jajach żaby płowej mogą występować nawet pod wpływem hypotonji środowiska, jakiem w doświadczeniach prelegentki okazała się woda zwykła. Rozwój tych jaj polegał nietylko na powierzchownym podziale plazmy jajowej, ale dotyczył również wydzielania drugiego ciałka kierunkowego, oraz podziału jądra segmentacyjnego.

W dyskusji brali udział: M. Konopacki i J. Zweibaum.

Następne posiedzenie wyznaczono na 12 stycznia 1925 r.

Sekretarz *C. Jastrzębski.*

Ogólny Zjazd Zdrojowisk, Uzdrowisk i Kąpielisk morskich we Lwowie.

Kiedy w roku 1922 zjechaliśmy się we Lwowie, aby pomówić o swoich bólach i troskach, staliśmy wtedy pod znakiem dewaluacji. Marka polska traciła z dnia na dzień na wartości, nikt nie był w stanie przewidzieć dziś, co jutro kosztować będzie, nikt nie myślał o inwestycjach w zdrojowiskach, nowych budowach, urządzeniach itp. planach na przyszłość, gdyż żaden umysł ludzki nie był w możności obliczyć kosztów tych inwestycyj. Żyło się z dnia na dzień, czekając na lepsze czasy.

Dziś waluta polska ustalona. Dziś nadszedł czas do zastanowienia się, jak podnieść nasze zdrojownictwo, aby mu wiecznie nie zarzucano braku wygód i drożyzny. Dziś możemy już robić plany nawet na dalszą metę — natomiast brak nam tego, co do wykonania ich jest najbardziej potrzebnem, brak nam gotówki lub długoterminowego, czy to krajowego, czy zagranicznego kredytu, i pod tym hasłem (niezapominając jednak i o innych brakach naszego zdrojownictwa) Polski Związek Zdrojowisk, Uzdrowisk i Kąpielisk morskich zwołuje do Lwowa, jako do swej siedziby ogólny Zjazd Zdrojowisk, Uzdrowisk i Kąpielisk morskich.

Zjazd ten odbędzie się dnia 1. i 2. lutego 1925 w gmachu Izby Handlowo-Przemysłowej (Lwów, ul. Akademicka l. 17.). Początek o godz. 10-tej przed południem.

Program Zjazdu obejmuje następujące tematy:

1. Znaczenie zdrojownictwa polskiego w gospodarce Państwa.
2. Kredyty zagraniczne dla zdrojownictwa.
3. Zmiana ustawy o Uzdrowiskach.
4. Sprawa komunikacji w odniesieniu do zdrojownictwa.
5. Ustalenie zasad gospodarczych przyszłego sezonu.
6. Wytyczne przyszłości i zasady bytu Związku Zdrojowisk.

Związek zastrzega sobie prawo dopuszczenia dalszych referatów, zgłoszonych w należytym czasie. Szczegółowy program Zjazdu zostanie uczestnikom doręczony przed Zjazdem.

Walne Zgromadzenie Związku Zdrojowisk, Uzdrowisk i Kąpielisk morskich odbędzie się po zamknięciu Zjazdu z następującym porządkiem dziennym:

1. Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Związku. 2. Wybór nowego Zarządu. 3. Sprawa propagandy Zdrojowisk i ewentualnego wydawania organu Związku. 4. Wnioski i interpelacje.

Za staraniem Zarządu Związku udzieliło Ministerstwo Kolei uczestnikom Zjazdu 33% zniżki do pełnej ceny biletów pociągów osobowych i pospiesznych tam i z powrotem. Celem zrealizowania tej zniżki należy odwrotnie podać nazwiska i imiona delegatów na Zjazd oraz przesłać niżej obliczoną kwotę od każdej osoby załączonym czekiem, poczem Polskie Biuro Podróż »Orbis« wyszle poleconym listem zamówione bilety powrotne z ważnością 90-dniową, wystawione na nazwisko delegatów.

W przeddzień Zjazdu dla zapoznania się uczestników odbędzie się Zebranie towarzyskie w salach Hotelu Krakowskiego, pl. Bernardyński l. 1.

J. Hr. Potocki mp. *Dr. J. Zakrzewski,* mp.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Sekcja radiologji.

Wśród sekcyj naukowych XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie, znajduje się Sekcja Radjologiczna. Na zebraniu organizacyjnem Sekcji, odbytem 20. listopada 1924 w Warszawie, uchwalone zostały następujące tematy programowe:

1. Z dziedziny radjodjagnostyki: Djagnostyka radjologiczna wrzodu dwunastnicy.
2. Z dziedziny radjoterapji: Leczenie radjologiczne nowotworów złośliwych.
3. Temat wspólny z sekcją chirurgji i medycyny wewnętrznej: kamica żółciowa w świetle promieni Roentgena.

Komisja organizacyjna Sekcji Radjologji zwraca się do wszystkich PP. Kolegów, zajmujących się lub interesujących radjologją; o wzięcie udziału w pracach Sekcji przez zgłoszenie jaknajwiększej ilości odczytów, zarówno na wyżej podane pragramowe, jak i na wszelkie inne tematy z dziedziny radjologji. Wszelkich informacyj w sprawach Sekcji Radjologicznej udziela przewodniczący jej z ramienia Komisji Naukowej Zjazdu Dr. Zygmunt Grudziński. Na jego ręce również uprasza się nadsyłać zgłoszenia odczytów o ile możności wraz z krótkiemi streszczeniami. Termin zgłoszeń ustalony został na dzień 1-go Maja r. b. Oprócz tematów naukowych na Zjeździe rozpatrywaną będzie sprawa założnia Polskiego Towarzystwa Radjologicznego.

W imieniu Komisji Organizacyjnej Sekcji

Dr. *Zygmunt Grudziński.* Dr. *Adam Elektorowicz.*

Kalendarz Zjazdów.

III. Wszechrosyjski Zjazd dla zwalczania zimnicy odbędzie się w Moskwie dnia 8 lutego 1925. Porządek obrad: 1. Sprawa szerzenia się i epidemjologji zimnicy; 2. Sprawa organizacji zwalczania zimnicy w Rosji; 3. Niektóre zagadnienia naukowe.

Międzynarodowy Zjazd dla wypadków i chorób zawodowych ma się odbyć w Amsterdamie od 7—12 września 1925. Sekretarzem generalnym jest dr. D. Brox w Amsterdamie, Pieter de Hooghstraat 55.

Sprawy zawodowe.

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Tomaszowskiego ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w Powiatowej Kasie chorych w Tomaszowie Mazowieckim, powiat Brzeziński (woj. Łódzkiego), bez poprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

Ankieta w sprawie raka.

Polski Komitet do zwalczania raka rozesłał do Towarzystw lekarskich odezwę następującą:

W czasie od dnia 1-go stycznia do dnia 1-go marca 1925 roku odbędzie się ankieta w sprawie raka, zorganizowana przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia łącznie z Polskim Komitetem dla zwalczania raka.

Ponieważ powodzenie tej ankiety, połączonej ze znacznemi kosztami i trudnościami organizacyjnemi, zależy od dobrej woli wszystkich Panów Kolegów na Ziemiach Polskich, (każdy bowiem odpowiednie kwestjonarjusze ankiety otrzyma), przeto na I-ym Wszechpolskim Zjeździe do walki z rakiem, który się odbył w Warszawie dnia 14. XII. 1924 r. przy współudziale przedstawicieli wszystkich Uniwersytetów, Rządu, Samorządów i szeregu działaczów społecznych, jednogłośnie postanowiono, jako uchwałę zjazdu, aby zwrócić się do wszystkich Lekarzy z prośbą o jaknajżywsze współdziałanie w wymienionej ankiecie.

W imieniu Rady Polskiego Komitetu do zw. raka, która została przez Zjazd upoważniona do czynienia wszelkich kroków w celu wprowadzenia w życie uchwał Zjazdu, mamy zaszczyt zwrócić się do W. Szanownego Zarządu z gorącą prośbą o odczytanie niniejszej odezwy na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa oraz o poparcie ze swej strony naszych zamierzeń.

Śp. Prof. Dr. FRANCISZEK NOWOTNY.

Ostatni dzień minionego roku dodał kronice żałobnej krakowskiego Uniwersytetu świeże nazwisko. Z szeregu dzisiejszych polskich otolaryngologów w pełni twórczego wieku odszedł jeden z najwybitniejszych: śp. Prof. Dr. Franciszek Nowotny. Wszechnicy Jagiellońskiej ubył jeden z przedstawicieli jej świetnego okresu; dawny uczeń, potem współpracownik szkoły wielkiego Pieniążka, z okresu, kiedy Pieniążek był jednym z kładących fundamenty dla współczesnej laryngologji. Wierny duchowi Pieniążka wniósł śp. prof. Nowotny w ciągu swojej przeszło ćwierćwiekowej pracy na polu otolaryngologji swój własny wielki dorobek do pozostawionych tradycyj.

Urodzony w r. 1872., dyplom lekarski otrzymuje w roku 1897. Przez dwa lata pracuje na oddziałach: chorób dziecięcych, zakaźnym i oddziale chorób wewnętrznych Prof. Pareńskiego, poczem obejmuje asystenturę Kliniki laryngologicznej. W r. 1906 habilituje się z zakresu laryngologji, w r. 1910 zostaje profesorem nadzwyczajnym, od letniego półrocza r. 1915/16 otrzymuje zastępstwo kierownika Kliniki po ś. p. Prof. Pieniążku. Po podzieleniu kliniki otolaryngologicznej na dwie kliniki, zostaje kierownikiem kliniki otjatrycznej.

Utrzymuje kontakt z otolaryngologją zagraniczną; wyjeżdża kilkakrotnie za granicę, z pośród wydanych swoich prac ogłasza cały szereg w czasopismach zagranicznych. Przyczynia się to w wysokim stopniu do rozniesienia daleko w świecie znaczenia krakowskiej szkoły. Większość pracy dotyczy laryngologji. Jedne z nich w owym czasie budzenia się nowych metod badania i leczenia chorób górnych dróg oddechowych mają za zadanie zapoznanie laryngologów ze stanowiskiem kliniki krakowskiej, wywalczającej sobie w tej dziedzinie w świecie naukowym autorytet pierwszorzędny, — drugie torują drogę własnym oryginalnym myślom — prace następne poświęcone są zagadnieniom otjatrji.

W r. 1905 pojawia się obszerna praca: »Die Therapie an der Universitätsklinik des Prof. Pieniążek für Nasen- Rachen- und Kehlkopfkrankheiten in Krakau«, ujmująca szczegółowo bogaty materjał i wskazania lecznicze, przyjęte w klinice krakowskiej, praca metodyczna, wiążąca się jako dopełnienie z wydaną poprzednio »Bericht aus der laryngologischen Abteilung des Prof. Pieniążek in Krakau«. W tymże czasie zjawia się kilka prac, zajmujących się techniką wydobywania ciał obcych z nosa, gardła, przełyku, tchawicy i oskrzeli. Rozprawy te przed 20 laty miały szczególne znaczenie dla ustalenia sposobów leczniczych, mających dziś bezsporne prawo obywatelstwa, zwłaszcza przy tracheo- i bronchoskopji. Tracheo- i bronchoskopji dolnej, którą stworzył Pieniążek, a dalej rozwinął Killian, stosowanej zrazu tylko przy błonicy, dano wtenczas, po raz pierwszy w Krakowie, wskazania szersze dla leczenia tą drogą twardzieli, usuwania nowotworów, ciał obcych, zwężeń. Stąd wywodzi się dalsza praca śp. Prof. Nowotnego: »Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopji górnej i dolnej«, oraz »Ueber die Tracheo- und Bronchostenosen«. W r. 1907 wychodzi rozprawa, która dużem echem odbiła się za granicą: »Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma«, uzupełniona potem dwoma dalszemi pracami na ten sam temat, oryginalna i szczęśliwa próba rozwiązania jednej z zagadek przyrody, przyjęta i po dziś dzień często stosowana, uśmierzania dychawicy oskrzelowej z pomocą kokainy z adrenaliną, dawanyeh wprost na chorą śluzówkę przez rurę bronchoskopu. Była to jedna więcej dla medycyny zdobycz. Uzupełnieniem szerokiego ujęcia zagadnień laryngologji i dziedzin pogranicznych są dwie prace: »W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej«.

Ostatnie lata życia poświęcił śp. Prof. Nowotny otjatrji. Zaproszony do współudziału przy redakcji nowego wydania zbiorowego »Fizjologji człowieka«, przyjmuje udział i, opierając się na świeżych, od czasu Barany'ego przełomowych, badaniach fizjologji narządu słuchowego, umieszcza tam swój wyczerpujący i ścisły traktat »Fizjologja zmysłu słuchu«; jedną z ostatnich prac, będącą dowodem wszechstronności w rozległych obszarach teorji i techniki otolaryngologji jest praca poświęcona chirurgji ucha, umieszczona w »Przeglądzie lekarskim«, zatytułowana: »Leczenie operacyjne chorób uszu na podstawie czteroletniego doświadczenia«.

Tak zapisał się śp. Prof. Nowotny na polu nauki. W powikłanych przypadkach wyrokującem było Jego zdanie, jako djagnosty. Cieszył się powszechną sympatją dla pięknych rysów charakteru. Skołatany w ostatnich latach na zdrowiu stał do ostatniego dnia życia na posterunku, kierując kliniką otjatryczną, nie przeczuwając, że godziny życia już są policzone. Cześć Jego pamięci.

Dr. W. B.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. IV. Posiedzenie naukowe odbędzie się dn. 13 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych. 2) Wykład: kol. Stanisław Laskownicki: »Obecny stan techniki zabiegów wewnątrzpęcherzowych«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Warszawa.

Akademja Nauk Lekarskich. Rząd opracował projekt Ustawy o utworzeniu polskiej Akademji nauk lek., który wniesiony zostaje do Sejmu. W streszczeniu brzmieniu jego jest następujące: Popieranie i szerzenie umiejętności lekarskich wymaga powołania, jako najwyższej instytucji naukowej w Państwie polskiem, Polską Akademję nauk lekarskich z siedzibą w Warszawie. Składa się ona z zrzeszenia uczonych, oddających się wspólnej pracy w dziedzinie umiejętności lekarskich, pod opieką Państwa Polskiego. Polska Akademja nauk lekarskich ma za zadanie: rozważanie wspólne zagadnień naukowych, podejmowanie wspólnych prac naukowych, ogłaszanie ich wyników, wydawanie dzieł naukowych i podręczników, ogłaszanie konkursów naukowych i przyznawanie nagród, wydawanie opinji o zagadnieniach naukowych na życzenia naczelnych władz państwowych lub innych instytucyj naukowych i wogóle posługuje się wszelkiemi dostępnemi jej, sposobami. Członkami czynnymi mogą być obywatele Państwa polskiego; członkami korespondentami mogą być także obywatele państw obcych. Liczba pierwszych nie może być mniejsza od 20 i większa od 40. Liczba członków korespondentów nie może przekraczać 60. Pierwszych członków czynnych polskiej Akademji nauk lekarskich, w liczbie najmniej dwudziestu, wyznacza minister oświaty, następnych zaś wybiera walne zebranie. Naczelnym organem Akademji jest walne zebranie członków czynnych polskiej Akademji Nauk lekarskich. Wybór prezesa polskiej Akademji Nauk lekarskich wymaga zatwierdzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, wybór członków korespondentów, nie posiadających obywatelstwa państwa polskiego, Ministerstwo W. R. i O. P. w porozumieniu z urz. spr. zagranicznych.

Ze świata.

Związek lekarzy Kroacji i Slawonji w Zagrzebiu obchodził 50 letni jubileusz swego istnienia.

Epidemja czkawki, uważanej za pewną postać objawową grypy, zapanowała w różnych częściach Niemiec m. i. we Frankfurcie nad M. Stwierdzono ją także w Kopenhadze, Strassburgu i w wielu innych miastach.

W przepisy, dotyczące wydawania środków lekarskich, działających silnie ujęto w Niemczech także insulinę i inne z trzustki otrzymywane preparaty, jak n. p. morginę, używaną do wstrzykiwań. Do środków tych zaliczono także arecolinę i jej sole.

Wędrowna Wystawa muzeum higjenicznego »Człowiek« w Dreźnie ma być urządzona we Wiedniu. Pierwotnie miała się ona zatrzymać w Pradze, z powodu jednak trudności cłowych i innych zamiar ten nie został urzeczywistniony.

Zmarli:

Dr. Adolf Strümpell, znakomity klinicysta i profesor Uniwersytetu w Lipsku, zmarł z powodu zapalenia płuc.

Guido Banti prymarjusz Szpitala Santa Maria Nuowa we Florencji. Początkowo poświęcił się anatomji patologicznej, następnie pracy klinicznej. Nazwisko zmarłego znane jest z choroby przezeń opisanej, jako Morbus Banti, a ogłoszonej jako *Splenomegalia concirrosi epatica.*

Dr. Ernst Bumm, profesor i dyrektor uniwersyteckiej kliniki położniczo-ginekologicznej, znakomity uczony zmarł w 67 roku życia.

Nr. 6. 8. lutego 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Gwidon POKORNY, asystent kliniki. Kraków.

Bole głodowe u chorych na raka żołądka.

Z I-szej kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski.

Jasne ujęcie objawów wrzodu dwunastnicy i podkreślenie częstości tej sprawy chorobowej jest wielką zasługą Moynihana.

Jako typowe dla wrzodu dwunastnicy, podał on, okresowo występujące bole głodowe, więc bole, które zaczynają się późno, dopiero w kilka godzin po przyjęciu pokarmów, a łagodzą się przez ponowne ich wprowadzenie. Wielkie znaczenie rozpoznawcze tych bolów, zwłaszcza doniosłe w zestawieniu z nieznacznym i niepewnym wynikiem przedmiotowego badania, ujął on w znanem zdaniu: »Wywiady — we wrzodzie dwunastnicy — są wszystkiem, badanie jest niczem«.

Dziś, gdy kilka lat upłynęło od tych polemik, które poglądy Moynihana wywołały, gdy spostrzeżenia i badania ze swej strony nagromadziły spory materjał kliniczny co do bolów głodowych, wiemy, że podany przez Moynihana zespół objawów jest dla choroby wrzodowej ze siedzibą w dwunastnicy wielce znamiennym i to tak dalece, że stwierdzenie ich u chorego musi zwrócić uwagę lekarza na dwunastnicę. Nie są one jednak dla tej sprawy chorobowej patognomonicznemi, a tem samem dla rozpoznania wystarczającemi i wymagają uzupełnienia przez wynik badania przedmiotowego. Słowem, dla uniknięcia mylnego rozpoznania wrzodu dwunastnicy »*oportet omnia signa contemplari*« (Baccelli).

Istotnie późne bole głodowe zdarzają się nietylko przy siedzibie wrzodu w dwunastnicy lub przy wrzodach przyodźwiernikowych, lecz także w przypadkach wrzodu na krzywiźnie mniejszej, wreszcie, jakkolwiek rzadko, spostrzega się je również u chorych bez zmian anatomicznych w żołądku i dwunastnicy. Występowanie zaś ich w typowej postaci w przebiegu raka żołądka jest tak rzadkie, że podręczniki o nich wcale nie wspominają. Krótką wzmiankę czyni o nich tylko Ortner, zaznaczając, że mogą się one zdarzać w rozpoczynającym się raku odźwiernika, a nawet wpustu żołądka, oraz w zupełnie rozwiniętym raku włóknistym (*scirrhus*) tego narządu. Krótko wspomina on o nich w swej monografji o złośliwych nowotworach jamy brzusznej, także R. Schmidt, stwierdzając, że tak ból głodowy, jak i późne bole (po 6—7 godzinach) spostrzega się, lecz rzadko, w przypadkach raka żołądka. Inni klinicyści o bolach głodowych w przebiegu raka żołądka wcale nie wspominają.

Wobec tego stanu rzeczy każdy przypadek raka żołądka z typowemi bolami głodowemi zasługuje na szersze uwzględnienie, zwłaszcza, jeśli jego spostrzeżenie daje interesujące dane co do powstawania tych bolów. Otóż taki przypadek mieliśmy sposobność spostrzegać w roku szkolnym 1923/24 w tutejszej klinice. Przypadek ten jest wielce pouczający i pod tym względem, że bole głodowe były tu pierwszym, głównym i prawie jedynym podmiotowym objawem i utrzymały się prawie do ostatniego okresu choroby w wyraźnej postaci, ustępując dopiero na kilka tygodni przed operacją.

W. K., 58-letni, żonaty, emer. urzędnik, przyjęty do kliniki 17. III. 1924, (Rok szkolny 1923/24, l. dz. 239) ze skargami na bardzo silne kurczowe bole w nadbrzuszu. Występują one od 8-miu miesięcy napadowo, naczczo i około godziny 1—2 w nocy i trwają prawie godzinę. Bole znikają natychmiast po spożyciu pewnej ilości pokarmów; to też, zauważywszy tę okoliczność, chory przygotowuje sobie na noc chleb lub inny pokarm. Ból poprzedzają nudności i ślinotok. Od czasu do czasu, mniej więcej raz na tydzień, występują wymioty i to po spożyciu pokarmów, nawet lekkich, np. po rosole; początkowo częste, są one obecnie rzadsze. W ostatnich tygodniach nieznacznie wychudł. Pali miernie. Przed obecną chorobą używał obficie napojów wyskokowych.

Badanie przedmiotowe: Smukły, wysoki, budowa ciała i mięśni mierna, tkanka tłuszczowa skąpa; waga 51 kg; wyraz twarzy zmęczony, mierna rozedma płuc; wzmożenie 2-go tonu nad tętnicą główną; mierna miażdżyca układu tętniczego; poprzecznica wyraźnie macalna 3 palce poniżej pępka; w nadbrzuszu na poziomie 3 palców ponad pępkiem wyczuwa się wyraźnie, jakkolwiek nie stale, dość miękki, ruchomy, na ucisk bolesny wał, odpowiadający siedzibie części odźwiernikowej żołądka; każdorazowemu zjawianiu się tego wału towarzyszy uczucie bardzo silnego bolu o tym samym charakterze, co i napadowe bole głodowe, które zmusiły chorego szukać pomocy w klinice; prawa nerka opadnięta; inne narządy i mocz zmian nie przedstawiają; odczyn Wassermanna z 3-ma wywoływaczami ujemny; żołądek w 12-ście godzin po próbnej wieczerzy resztek pokarmowych nie zawiera. W godzinę po próbnem śniadaniu Ewalda-Boasa treść żołądka, naogół źle strawiona, nie zawiera ani wolnego kwasu solnego, ani kwasu mlecznego; niedobór kwasu solnego 10; ogólna kwasota 6; Wolff-Junghans 10; śluz w ilości miernej; krwi utajonej ani treść żołądkowa ani stolec, badany wielokrotnie, nie zawierają. Roentgen: żołądek sięga nieco niżej pępka, ortotoniczny; odźwiernik w okolicy krzywizny mniejszej przedstawia, jakby mały ubytek (?); opuszka dwunastnicy stale wypełniona; bolesność uciskowa w górnej części krzywizny mniejszej i okolicy splotu trzewnego (*plexus solaris*); nieco mniejsza w okolicy wyżej podanego ubytku; ruchy robaczkowe mierne, na krzywiźnie mniejszej wyraźne; po 5-ciu godzinach bardzo mała pozostałość w żołądku.

Rozpoznanie: *Ulcus duodeni cum catarrho ventriculi chronico ex alcoholismo subseq. spasmis ventriculi frequentibus* (*Carcinoma ventriculi ?*). *Emphysema pulmon. alveolare essentiale. Arteriosclerosis diffusa. Nephro — coloptosis.*

Przebieg: Przy leczeniu przeciwwrzodowem samoistne dolegliwości podmiotowe chorego zmniejszają się, lecz niemal stale daje się przez potarcie nadbrzusza wywołać kurcz żołądka i towarzyszące mu bole; samoistne kurcze żołądka dało się stwierdzić kilkakrotnie obmacywaniem brzucha podczas napadu bolu. 17. III. Wobec znacznego zmniejszenia się bolów, chory, spiesząc się do swego zawodu, wypisuje się z kliniki, pozostając jednak nadal pod obserwacją.

22. V. Ponownie przyjęty do kliniki (L. dz. 341) z temi samemi skargami i z tym samym wynikiem badania pod wszelkiemi względami, tylko niedobór kwasu solnego wzrósł do 20, a Roentgen, poza danemi poprzedniemi, wykazuje przyśpieszone całkowite opróżnianie się żołądka z masy kontrastowej, tak iż w $1^1/_2$ godziny po podaniu papki barowej żołądek zupełnie jest próżny, opuszka zaś dwunastnicy i przyległy znaczny odcinek dwunastnicy jest wypełniony papką barową; na wadze ciała chory nie ubył, wynosi ona bowiem nadal 51 kg. 28. V. chory porzuca klinikę i znowu wstępuje do niej 23. VI. (L. dz. 395). Bole teraz tracą w znacznej mierze swój charakter napadowy, są silniejsze i rozleglejsze i trwają dłużej. Badanie jamy brzusznej wykazuje stale wyczuwalny, ruchomy, na ucisk bolesny wał 2 palce nad pępkiem, ginący w lewo pod łukiem żebrowym. Treść żołądkowa wykazuje te same właściwości, co za drugiego pobytu chorego w klinice. Roentgen wykazuje mierne zaleganie treści w żołądku oraz stałe wypełnienie dwunastnicy; przestrzeń, dzieląca ją od widocznej części odźwiernika (ubytek) mniejsza, niż poprzednio; pozatem obraz ten sam, co w poprzednich badaniach. 23. VI. przeniesiony do kliniki chirurgicznej prof. M. Rutkowskiego. Operacja wykazała raka żołądka na jego krzywiźnie mniejszej aż do odźwiernika w postaci nacieku bez przerzutów w jamie brzusznej i bez żadnych zmian w dwunastnicy.

Możliwości tej sprawy nowotworowej nie mogliśmy też i my — jak widać z powyżej podanego rozpoznania klinicznego — stanowczo wykluczyć, rozpoznając w pierwszym okresie pobytu chorego w klinice, przebiegającą z kurczami żołądkowemi chorobę wrzodową z siedzibą wrzodu w dwunastnicy. Nie mogliśmy tego uczynić zwłaszcza ze względu na wiek chorego, oraz brak w treści żołądkowej wolnego kwasu solnego — objawu wprawdzie znanego, lecz rzadkiego we wrzodzie dwunastnicy. Większe prawdopodobieństwo choroby wrzodowej opieraliśmy wtedy na braku wybitniejszego wychudzenia, pomimo trwania choroby od dłuższego czasu, na istnieniu u chorego bardzo znamiennych bolów głodowych, oraz równocześnie występujących kurczów części odźwiernikowej żołądka, które przedstawiają objaw bardzo częsty dla choroby wrzodowej z siedzibą wrzodu w dwunastnicy lub

odźwierniku żołądka, a nader rzadki w nowotworach żołądka. Brak wolnego kwasu solnego w treści żołądka, można było sobie tłómaczyć wikłającym sprawę bezkwaśnym nieżytem żołądka, powstałym na tle przewlekłego nadużywania przez chorego napojów wyskokowych.

Zastrzec się tu musimy, że spostrzegany przez nas za pierwszym i drugim pobytem chorego w klinice kurcz żołądka nie był bezwzględnie i nie miał nic wspólnego z tak pospolitym i znanym objawem stawiania się żołądka t. j. z energicznemi robaczkowemi ruchami żołądka przy organicznem zwężeniu odźwiernika. Istotnie, zwężenia odźwiernika w naszym przypadku nie mieliśmy, nie wykazywało go nam ani badanie roentgenologiczne ani badanie po próbnej wieczerzy, które nie stwierdzało nawet t. zw. mikroretencji. Odwrotnie w kilku prześwietlaniach, wykonanych w klinice, opróżnianie się żołądka było przyśpieszone, jakto zresztą cechuje bezsoczność żołądkową (*achylia gastrica*). Nie stwierdzono również żadnego powiększenia żołądka, był on raczej mały. Wreszcie przebieg napadu bolu zupełnie nie przypominał tych nieregularnych, od napełnienia żołądka zależnych okresów energicznej perystaltyki, które spostrzegamy u chorych ze zwężeniem odźwiernika. Natomiast wał w nadbrzuszu, który stwierdziliśmy podczas ostatniego pobytu chorego w klinice, nie miał już nic wspólnego z kurczami żołądka. Mieliśmy bowiem przy badaniu pod ręką stale twardy wał, który nie wykazywał znikania i powstawania i tych różnic w napięciu, jak poprzednio. Było to już stałe stwardnienie ściany żołądka przez przerośnięcie tkanką nowotworową. Odpowiednio do tego w tym czasie i bole, jak wynika z wywiadów, straciły także swój poprzedni charakter.

Przypadek nasz więc, jak wykazała operacja, jest przypadkiem raka żołądka. Zasługuje on na uwagę przedewszystkiem ze względu na niezwykłe dla raka żołądka bole głodowe, które wystąpiły u chorego jako pierwszy i główny objaw podmiotowy, a trwały przeszło 11 mies.

Bolesne senzacje są, jak wiadomo, objawem u chorych na raka żołądka bardzo częstym i pospolitym. Natomiast bole żołądkowe są tu nie tak częste (według Rütimeyer'a zaledwie 43%), kardjalgicznych zaś napadów, według Riegl'a, Le Noir i Agasse, prawie nigdy się nie spostrzega w raku żołądka, co prawda podają bole nadzwyczaj silne, lecz dopiero w późniejszym okresie choroby, gdy, występując czasem napadowo, dochodzą nieraz do stopnia istotnych kryz żołądkowych. Natomiast o bolach głodowych u chorych na raka żołądka mówi, jak wspomniałem, tylko Ortner i R. Schmidt, który wśród 106-ciu historyj chorób opisuje jedyny przypadek raka żołądka (Nr. 68) z bolami głodowemi, podobny co do przebiegu do naszego przypadku. Bole głodowe są zatem objawem nader rzadkim w obrazie raka żołądka i dlatego mało znanym wśród ogółu lekarzy.

W naszym przypadku musimy odrzucić wytłumaczenie tych bolów wrzodem rakowym (*ulcus carcinomatosum*), autopsja bowiem *in vivo* nie daje najmniejszych podstaw do tego. Nie wytłumaczą nam też mechanizmu powstania bolów głodowych w naszym przypadku i inne przyczyny, podane przez poszczególnych autorów dla bolów żołądkowych wogóle, u chorych na raka żołądka w szczególności. Otóż odnośnie do ich powstania, sądzi Rütimeyer, że w większości przypadków raka żołądka są one w związku z wciągnięciem w masę nowotworową otrzewnej lub zależą od zrostów z sąsiedniemi narządami; zresztą uznaje ten autor, że bardzo często przyczyny silnych bolów w dołku podsercowym u tych chorych nie da się wykryć. Le Noir i Agasse przypisują silne bole, zgodnie z Brintonem, zmianom we włóknach nerwowych n. błędnych lub, zgodnie z Andralem, pewnej wzmożonej pobudliwości nerwowej chorych. Pozatem, zdaniem tych autorów, silne bole żołądkowe u chorych na raka żołądka mogą być w związku ze zwężeniem odźwiernika, spostrzega się je bowiem najczęściej w nowotworach odźwiernika, prowadzących do jego zwężenia. R. Schmidt przypuszcza, że bole żołądka u chorych tej grupy mogą zależeć albo od miejscowego przerastania nowotworu lub przerzutów jego do innych narządów, albo od powstania sprawy zapalnej, np. miejscowej, lub ogólnego zapalenia otrzewnej, albo wreszcie od miejscowej sprawy, prowadzącej do zwężenia odźwiernika.

Prawie żadnego z tych zapatrywań nie da się zastosować do naszego przypadku. Istotnie, nasz chory nie wykazywał ani zwężenia odźwiernika, ani zrostów żołądka z sąsiedniemi narządami, ani wciągnięcia otrzewnej w masę nowotworową, ani objawów zapalnych. Prawda, nerwowość grać mogła tu pewną rolę, podnosząc wrażliwość chorego na bole, lecz nie ulega wątpliwości, że w naszym przypadku nie może być mowy o tym czynniku, jako bezpośredniej przyczynie bolów żołądkowych. Powstanie bolów u naszego chorego możemy powiązać jedynie z kurczami żołądkowemi, które, jak przypuszcza i Schmidt, mogą powodować bole już w początkowym okresie raka. Za takiem pojmowaniem przyczyny bolów w naszym przypadku przemawia współczesność spostrzeganych u chorego w klinice kurczów żołądka z podanemi przez niego bolami, dokładniej mówiąc, stwierdzanie przy odczuwanych przez chorego bolach, kurczu żołądka, oraz występowanie u chorego bolów głodowych, gdyśmy doświadczalnie tarciem nadbrzusza sprowadzali u niego kurcze żołądka. Wydaje nam się przeto prawdopodobnem, że i w innych przypadkach raka żołądka bez »anatomicznej« przyczyny silnych bolów, mogą one istotnie powstawać na tle kurczów żołądka. My byliśmy w tem korzystnem położeniu, że wyraźne stwierdzenie kurczów żołądka zwykłem badaniem fizykalnem ułatwiały nam wiotkość powłok brzusznych i słaby rozwój tkanki tłuszczowej. Nie mogliśmy natomiast i my stwierdzić tych kurczów badaniem roentgenologicznem, zapewne tak ze względu na przejściowy charakter tego objawu, jak też i wobec charakteru głodowego bolów, co powodowało zwolnienie kurczu po wprowadzeniu do żołądka potrzebnej do prześwietlenia ilości masy kontrastowej. Zresztą, roentgenologiczne stwierdzenie kurczów żołądka jest wogóle dość rzadkie.

Assman n. p. mógł znaleźć w piśmiennictwie zaledwie kilka przypadków, w których się ono powiodło. Że kurcz żołądka może prowadzić do silnych miejscowych bolów, jest powszechnie znane. Towarzyszy od przedewszystkiem schorzeniom żołądka, zwłaszcza jego wrzodom, oraz schorzeniom innych narządów, szczególnie leżących w jamie brzusznej, i powstaje na tle odruchowem. Kurczami odźwiernika tłumaczy też wielu badaczy bole głodowe, występujące u chorych z wrzodem trawiennym dwunastnicy. Według Müller'a, rozchodzi się tu o działanie kwasu solnego na śluzówkę, a mianowicie, o zadrażnienie przez kwaśną treść żołądkową leżących na dnie wrzodu włókien nerwowych splotu ruchowego (*plexus myentericus*) i o powstaniu tą drogą kurczu pewnego odcinka żołądka, co powoduje ból.

To zapatrywanie Müller'a na powstawanie bolów głodowych drogą działania kwasu solnego na włókna nerwowe nie da się zastosować do naszego chorego, treść bowiem żołądka w naszym przypadku tego kwasu nie zawierała. Zresztą już występowanie bolów głodowych w niektórych przypadkach bezsoczności żołądka (Schmidt) dowodzi, że, przynajmniej, nie wszystkie bole głodowe zależą od działania kwasu solnego, w treści żołądka zawartego. Bole głodowe w naszym przypadku skłonni jesteśmy tłumaczyć kurczami żołądka, które mogły powstawać u naszego chorego na tle drażnienia włókien nerwowych ściany żołądka nowotworem, wrastającym w te ściany i obrastającym te włókna. Podobne pojmowanie jest w harmonji z siedzibą sprawy nowotworowej na krzywiźnie mniejszej, więc w miejscu, w którem przebiegają w ścianie żołądka główne pnie i sploty nerwowe. Rzecz prosta, o naturze tego wpływu nowotworu na włókna nerwowe trudno jest coś pewnego twierdzić. Możliwem jest tu n. p. zarówno działanie mechaniczne, jak i wpływ substancyj, wytworzonych w komórkach nowotworu.

Czem jednak wówczas tłómaczyć w naszym przypadku czasowy i okresowy charakter powstawania kurczów żołądka? We wrzodzie dwunastnicy, jak wiemy, zjawianie się bolów jest w związku z wzrastającą kwasotą treści, znikanie zaś tłómaczy się jej zobojętnianiem przez spożyty pokarm. W naszym przypadku nie możemy, jak zaznaczyłem już wyżej,

przypuścić wpływu kwasoty. Musimy się tu uciec do zmian w stanie napięcia żołądka, czy też do przyjęcia podniet, wychodzących od śluzówki żołądka. Rozumiemy to w ten sposób, że w pewnym okresie trawienia, po opróżnieniu się żołądka z pewnej części jego zawartości, żołądek, ściągając się powoli koło pozostałej treści, osiąga wreszcie ten stopień napięcia ścian i przesunięcia ich elementów względem siebie, który wywiera na sploty nerwowe w ścianie żołądka, uległe pewnym zmianom, chociażby tylko czynnościowym, działanie podniecające, a to pociąga za sobą kurcz żołądka. Wprowadzony w tym okresie nowy pokarm usuwa ten stopień napięcia ściany żołądka, który wywoływał jego kurcz, i przez to łagodzi i znosi bole.

Streszczając zatem nasze spostrzeżenie, przychodzimy do wniosku, że:

1) u chorych na raka żołądka mogą występować przez długi okres czasu tylko bole o charakterze bolów głodowych, zjawiając się już w bardzo wczesnym okresie choroby;

2) podłożem tych bolów mogą być kurcze żołądka;

3) kurcze żołądka u chorych na raka żołądka nie są objawem odosobnionym, są one bowiem tego samego rodzaju, co i wspomniane wyżej odruchowe kurcze, które spostrzega się w szeregu innych chorób, zwłaszcza jamy brzusznej, szczególnie zaś w schorzeniach żołądka.

Piśmiennictwo.

1) Ortner: Klinische Symptomatologie inn. Krankh. I. Band., I. Teil. Wien 1921. — 2) Rütimeyer: Hdb der inn. Med. von Stächelin u. Mohr. Berlin. 1918. — 3) Riegel: Nothnagel Spez. Path. u. Ther. Bd. XVI. T. II. Wien 1896. — 4) Le Noir et Agasse Lafont: Nouveau Traité de Médecine Fasc. XII. Masson. Paris. 1923. — 5) Rütimeyer: Kraus-Brugsch. Spez. Path. u. Ther. V. Bd. I. Teil. Wien. 1921. — 6) L. R. Müller: Über Magenschmerzen und deren Zustandekommen. Münch. med. Woch. 1919. Nr. 23. — 7) Assman: Klinische Roentgendiagnostik 1924. — 8) R. Schmidt: Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane. Wien. 1911. — 9) R. Schmidt: Schmerzphänomene bei in. Krakh. Wien. 1920.

Dr. Józef SMOLIŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

Przyczynek do klinicznej serodjagnostyki nowotworów złośliwych.

Z kliniki chorób wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. dr. R. Rencki.

Uleczalność raka zależy w znacznym stopniu od rychłego jego rozpoznania i to w okresie, w którym guz nie doszedł jeszcze do zbyt wielkich rozmiarów, nie wytworzył przerzutów, nie uogólnił się i stał się bezwartościowym dla leczenia roentgenologicznego lub chirurgicznego. Nic więc dziwnego, że starania lekarzy dążą do wyszukania sposobów jak najwcześniejszego rozpoznania właściwego cierpienia. Wymienianie wszystkich metod, zmierzających do tego, nie jest celem niniejszej pracy. Mam bowiem zamiar tylko pokrótce omówić próbę najświeższą, opierającą się na zupełnie nowej zasadzie rozpoznawania raka, i to w tym okresie, w którym inne metody nie dają jeszcze żadnych konkretnych wyników. Jest nią metoda podana przez Rogera Fischera z Genewy, a w Polsce — o ile mi wiadomo — jeszcze zupełnie nieznana. Polega ona na wystąpieniu wczesnych zmian w układzie i stosunku globulin i albumin w surowicy chorych na raka.

Albuminy i globuliny stanowią — jak wiadomo — najważniejsze dwa składniki białka w organiźmie zwierzęcym. Różnią się one współczynnikiem refrakcyjnym, punktem koagulacji, rozpuszczalnością, wpływem na napięcie powierzchniowe, wreszcie stopniem dyspersji. Przez wysalanie udało się dotychczas podzielić globuliny na 2, 3, a nawet 4 frakcje, jak świadczą o tem ostatnie badania Freuda i Joachima. Gueberowi i Schultzowi udało się wyosobnić dwie frakcje zapomocą krystalizacji. Jak wielkie znaczenie mają w życiu ustroju globuliny, dowodzą badania Molla nad ich procentową zawartością w surowicy zwierząt uodpornionych na wpływ białka obcego. Stwierdził on, że w surowicy tej jest ilość globulin bardzo wybitnie wzmożona. A więc zdrowy odporny ustrój dysponuje licznemi globulinami. Natomiast ustroje głodzone, skrwawione, żywione jednostronnie mięsem mają tylko w części przewagę albuminów. Przyznać jednak trzeba, że badania wykonane w tym kierunku przez Lewińskiego, Giethensa, Henry'ego i Mayera nie wykazują jeszcze zgodnych wyników, a dużo w tem winy różnych metod, któremi się badacze posługiwali oraz warunków odmiennych, w których pracowano.

Nas mniej obchodzą tutaj procentowe różnice w stosunku globulin do albumin, natomiast interesują nas tem więcej różnice w układzie wzajemnym obu tych białek, w ich, że tak powiem, plastycznem ugrupowaniu.

Albowiem w prawidłowej surowicy otaczają globuliny jakoby wałem ochronnym albuminy, a prawidłowy układ ten zwie Fischer »prostacją«. Natomiast w surowicy rakowatej ten ochronny pierścień albo wcale nie istnieje (n. p. w zastarzałych przypadkach). albo jest przerwany lub nieszczelny (w początkach cierpienia rakowatego).

Odczyn polega więc na wykorzystaniu tych zmian w układzie i stwierdzeniu naruszonego pierścienia globulinowego czyli zaburzonej prostacji.

Fischer stwierdził, że żelatyna, rozpuszczona w stosunku 2/1000 w rozczynie (9/1000) NaCl nadaje się wyśmienicie do tego celu. Żelatyna bowiem ma własności uodporniające globuliny względem koagulującego białko alkoholu, tak, że wystąpienie zmętnienia strątowego jest wyraźnie utrudnione. Zachodzi to jednak tylko wówczas, jeśli pierścień globulinowy jest nienaruszony, w przeciwnym razie powstaje reakcja właściwa dla albumin, a więc wręcz odwrotna do poprzedniej. Na podstawie tego rozumowania przedstawia się Fischerowska metoda następująco:

Do dwóch probówek przemytych wpierw alkoholem, przepłukanych rozczynem fizjologicznym i doskonale wysuszonych, wpuszcza się po 0,30 cm³ badanej surowicy. Następnie dodaje się do pierwszej 0,13 cm³ owego wyżej wspomnianego rozczynu żelatynowego, do drugiej zaś tyleż czystego roztworu (9/1000) NaCl. Po skłóceniu wkrapla się do obu po 0.12— 0.15 cm³ 97% alkoholu i skłóciwszy jeszcze raz, wstawia się obie probówki na czas pewien do łaźni wodnej o 37° ciepłoty. Wreszcie odczytuje się wyniki, porównując ilość strącouego białka w obu epruwetkach. Jeżeli strąt stwierdza się w probówce pierwszej (z żelatyną), a w drugiej go brak, to mówimy o wyniku dodatnim, ponieważ prostacja była zaburzona i alkohol mógł z łatwością strącić nieosłonione albuminy. Jeżeli natomiast w probówce drugiej jest strąt lub ślad tegoż, a w pierwszej, brak go zupełnie, jest to dowodem, że żelatyna ochroniła globuliny przed koagulacją w probówce pierwszej, że temsamem prostacja jest niezaburzona czyli, że surowica jest prawidłowa.

W niejasnych przypadkach radzi Fischer wykonać dodatkową próbę kontrolną tylko w odmiennem stężeniu płynów, i tak: surowicy 0,30 cm³, rozczynu żelatynowego, względnie do drugiej probówki roztworu fizjologicznego 1.0 cm³, wreszcie alkoholu 0.60 cm³. W przypadkach, w których w obu probówkach stwierdza się strąt, należy osady zważyć na wadze analitycznej i porównać wyniki. Jeżeli kilkakrotnie z rzędu ten odczyn da wynik ujemny, można — twierdzi Fischer — spokojnie wykluczyć rozwijającego się w ustroju raka.

Badając metodą powyższą surowice chorych na raka, zauważyłem, że już przy dodawaniu alkoholu do probówki można przewidzieć wynik. Albowiem przy dodawaniu drobnemi kroplami alkoholu na przemian do obu mieszanek, spostrzegałem powstawanie strątu wpierw w tej probówce, w której później po wyjęciu z łaźni stwierdzałem zwiększony osad.

Spostrzeżenie to skłoniło mnie do zmodyfikowania oryginalnej metody Fischera w tym sensie, że do dwóch równych co do przekroju probówek daję po 4 krople surowicy i rozcieńczam to 8 kroplami rozczynu żelatyny względnie fizjologicznego, kłócę następnie dobrze i poczynam jak najmniejszemi kroplami dodawać 97% alkoholu na przemian po kropli do obu probówek [1]). Obserwuję teraz w któ-

---

[1]) Używałem do wkraplania zawsze tych samych wkraplaczy osobnych dla poszczególnego płynu. Rozczyn żelatynowy często odświeżałem, ponieważ ulega on szybko rozkładowi gnilnemu. Badałem tylko surowice tuż po ich wyosobnieniu się z krwi — najpóźniej w 24 godziny po pobraniu — ponieważ dłuższe stanie powodować może samoistne przechodzenie albumin w globuliny — jak to zresztą wykazał roku zeszłego Guttzeit.

rej probówce wpierw wystąpi pierścień białkowego strątu i wnioskuję z wyniku identycznie do oryginalnej metody Fischera. Metoda ta daje mi nietylko możność szybkiego rozpoznania raka, lecz i ocenienia postępu, jaki cierpienie to poczyniło w ustroju.

Ilość zbadanych przypadk.	Rozpoznanie kliniczne	Ilość wyników		Uwagi
		dodatnich	ujemnych	
15	Nowotwory złośliwe (stwierdzone drobnowidem)	14	1	wynik ujemny w przypadku początkowego nowotworu trzustki
25	Nowotwory złośliwe (stwierdzone klinicznie)	17	8	
11	Charłactwo	6	5	dwa przypadki o wyniku dodatnim wykazały białkomocz
10	Kiła	1	9	przypadek dodatni z obrzękami i białkomoczem
8	Niedokrewność	5	3	wynik dodatni dały 2 przypadki niedokrewności złośliwej a 3 wtórnej po krwotokach; wynik ujemny dały 3 przypadki niedokrewności złośliwej
10	Wrzód trawienny	—	10	
20	Przypadki kontrolne	—	20	(Bronchitis; emphysema; myalgia; neurosis cordis i t. p. rozpoznania ambulatoryjne)
25	Ciąża (od 3 — 9 miesiąca)	25	—	
10	Dzieci (poniżej lat 9)	10	—	

Jeśli bowiem już po 2—3 kropelkach alkoholu wytworzy się pierścień w probówce z żelatynowym roztworem, to wnioskować mogę, nie bez słuszności, że mnóstwo albuminów pozbawionych jest ochronnego puklerza globulinowego, że temsamem sprawa rakowa jest już daleko posunięta. Jeśli natomiast pierścień ukaże się równocześnie w obu probówkach lub w 1 kroplowym odstępie, to prostacja jest w równowadze chwiejnej i należy po pewnym czasie przeprowadzić badanie powtórne. Powstawanie wpierw strątu w probówce z roztworem fizjologicznem wykluczyć powinno zupełnie raka, w myśl oryginalnych rozumowań Fischera.

Zbadałem w ten sposób ogółem sto kilkadziesiąt surowic, robiąc od czasu do czasu kontrolno-porównawcze badania oryginalną metodą Fischera, zgadzające się w zupełności z wynikami mojej modyfikacji.

Wyniki badań podaję na tablicy. Widać z niej, że dodatni wynik próby nie jest wyłączną właściwością surowic rakowatych. Gdy się jednak uwzględni wyniki badania w różnych chorobach, to przecież uderza wielka ilość dodatnich wyników w przypadkach nowotworowych. Tak wielkiej ilości dodatnich odczynów, jak w nowotworach, nie stwierdziłem w żadnej innej chorobie. Pewne zastrzeżenie uczynić jednak należy co do niedokrewności i stanów charłaczych, jakoteż co do stanów, połączonych z utratą białka drogą moczu. Niewielka jednak ilość przypadków pod tym względem zbadanych nie pozwala mi na wysnucie wniosków ostatecznych.

Natomiast, co się tyczy ciąży, to wszystkie przypadki wykazały wprawdzie zaburzoną prostację, dotyczyły jednak ciąży, dającej się rozpoznać także innemi sposobami. Nie mogą więc fakta te stanowić poważnej przeszkody dla należytej oceny wartości klinicznej metody omawianej.

Podobnie odnosić się trzeba także do wyników, uzyskanych w badaniach moich u dzieci.

Przytoczyć jeszcze muszę 4 przypadki potwierdzone mikroskopem, nowotworów narządu oddechowego, w których wynik odczynu tak oryginalnego, jak również zmodyfikowanego, był wybitnie dodatni. Natomiast dwa dalsze przypadki z tem samem rozpoznaniem klinicznem, w których jednak odczyn wypadł ujemnie, okazały się jeden naciekiem, rozchodzącym się pod wpływem gorących okładów, w drugim wydobyto ropę.

Zmodyfikowany odczyn Fischera jest więc odczynem, polegającym na zaburzeniu w ugrupowaniu białka, a że to zależne jest od bardzo wielu czynników, nie jest więc rzeczą dziwną, że nie tylko nowotwory złośliwe, ale szereg innych stanów może odgrywać rolę w powikłanych zjawiskach biologicznych, mających niewątpliwie wpływ na wynik tej próby. I tak, uwzględniając na razie choćby tylko jedną myśl, rzucającą się w oczy przy krytycznym przeglądzie niniejszej pracy zauważyć nie sposób, że odczyn dodatni pojawia się wszędzie tam, gdzie ustrój zmuszony jest w mniejszej lub większej mierze wciągać do pracy niedostatecznie jeszcze rozwinięte, a życiowo nader silnie wyposażone komórki, by wypełnić niemi lukę, wywołaną przez stany chorobowe.

Że wspomniana myśl, wnikająca w głębie chemizmu ustrojowego, jest podkładem dla wyjaśnienia pozornych wad metody, niech udowodnią przykłady, dowodzące wspólności biologicznej na pierwszy rzut oka stanów rozmaitych, mających znaczenie w tych razach, w których wynik próby nie pozwala na postawienie całkiem pewnego rozpoznania. Ciąża, w której tworzy się w łonie matki młody ustrój, wpływa n. p. na chemizm, podobnie jak stan, w którym w ustroju tworzy się wiele, młodych wprawdzie, lecz patologicznych komórek. Niedokrwistość, wywołana ujemnym wpływem różnych znanych i nieznanych chorób, jest czynnikiem powodującym w układzie erytroblastycznym lukę, którą ustrój stara się wypełnić choćby jeszcze za młodemi komórkami. I tu znów zjawia się odczyn, podobny do powyższych, aczkolwiek w klinicznem znaczeniu odmienny, to jednak biologicznie im bliski. Podobnie zarysowuje się obraz i w zaburzeniach w układzie leukoblastycznym. Ustrój wyczerpany ciężką chorobą, wyniszczony starością, ze zmienionym chemizmem, jak długo żyje, musi się ratować; niewątpliwie zachodzą w nim także pewne odczyny, starające się ten chemizm zmienić, odświeżyć. A choćby to było uniemożliwione w skutkach z powodu charłactwa, to jednak sygnały tej rozpoczętej czynności obronnej można spostrzec w podobieństwie odczynu wspólnego dla wymienionych stanów.

Za daleko prowadziłyby dalsze na ten temat wywody, ograniczę się więc do zarysowania ich dalekich horyzontów, by dojść narazie do praktycznych wyników, stwierdzających: żo, jeśli w przypadku, nie dającym się zaliczyć do żadnych z powyżej wymienionych grup, wystąpi powyżej opisany odczyn, może on mieć, obok innych metod, ważne znaczenie djagnostyczne w sprawach rakowych.

Piśmiennictwo.

1) Fischer R. Equilibre colloïdal du sérum sanguin. Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biologie. Séance du 17 Juin 1922. — 2) Tenże Equilibre colloidal de sérums. Comptes rendus. Séance du 28 Octobre 1922. — Tenże. II. Réaction du serum sanguin permettant. Bull. de l'Acad. de Méd. Nr. 3. 1923. — 4) III. Recherches biologiques sur les sérums. Bull. de l'Acad. de Méd. Nr. 38. 1923.

Dr. med. Z. GRODZKI, asystent kliniki. Warszawa.

Przyczynek do autohemoterapji nowotworów rakowatych.

(Z I. kliniki chorób wewnętrznych U. W. Dyrektor prof. A. Gluziński.

Próby leczenia ludzi, dotkniętych nowotworami złośliwemi, wstrzykiwaniami krwi lub surowicy krwi, pobranej od zwierząt, są bardzo liczne i znane już oddawna. Między innymi Bier wstrzykiwał w okolicy guza lub w sam guz odwłóknioną krew baranią, również i wieprzową, Hofbauer zaś surowicę wołową. W Polsce Brunner (1) i Świątecki stosowali surowicę krwi zwierząt, którym poprzednio wprowadzono pod skórę zmieniony rakowato gruczoł chłonny. Wyniki nie były zbyt zachęcające. W ostatnich czasach Wetterer (3) stosował wstrzykiwania surowicy krwi, pobranej od najbliższej rodziny chorego.

Próby autohemo- i autoseroterapji należą do względnie świeżych. Vidal, Abrami i Brissaud (4), stosując autohemoterapję, mieli otrzymywać względnie dodatnie wyniki w rakach skóry, wyrażające się w nietrwałem zmniejszeniu się nowotworów i nietrwałej poprawie stanu ogólnego.

Gaudier, jak rówież Chauvin i Bee (5), stosowali autoseroterapję, a wyniki osiągnięte przez nich nie różniły się od wyników poprzednich autorów francuskich. Po krótkim okresie zmniejszania się bólów i poprawy stanu ogólnego, choroba rozwijała się dalej.

W Polsce dość szeroko, lecz z tymże wynikiem, stosował autohemoterapję Krokiewicz (2). Autor jednak wnioskuje, że stosowanie autohemo- i autoseroterapji po radykalnej operacji może zapobiec nawrotom.

W lipcu 1923 r. na posiedzeniu »*Societé de gastroenterologie de Paris*« — Moutier, Lamy i Rachet (6) ogłosili wyniki swych prób autohemo- i autoseroterapji w przypadkach raków przewodu pokarmowego. Stosowali oni zabiegi w 17 przypadkach (1 rak przełyku, 11 żołądka, 5 prostnicy). W 6 przypadkach stosowali wstrzykiwania surowicy, w 11 pozostałych, wstrzykiwania krwi, które, zdaniem autorów, mają być skuteczniejsze.

Chociaż we wszystkich przypadkach autorzy spostrzegali wyraźną podmiotową poprawę, jak również zmniejszanie się guza, to jednak tylko w 5 przypadkach wyniki możnaby zaliczyć do dobrych, mianowicie guzy zmniejszały się do tego stopnia, że dało się to stwierdzić nietylko za pomocą Roentgena, lecz zwykłemi sposobami badania, ogólny zaś stan chorych i czynność narządów, dotkniętych nowotworem, poprawiły się o tyle, że chorzy powrócili do pracy zawodowej. Te ostatnie 5 przypadków, jak również 5 innych, spostrzegali autorzy w ciągu kilku miesięcy po ukończeniu zabiegów.

W przypadkach autohemoterapji autorzy wstrzykiwali podskórnie od 5 do 10 cm³ krwi, pobranej z żyły przegubu łokciowego. Wstrzykiwania stosowano codziennie, lub co 2-gi, 3-ci dzień, zależnie od odczynu ogólnego i miejscowego.

Autorzy, jak również Loeper, tłumaczą dodatnie działanie tych zabiegów powstawaniem w ustroju swoistych przeciwciał i zwiększeniem siły zaczynów. Loeper radzi przed rozpoczęciem wstrzykiwań stosować naświetlanie radem, rad bowiem zwiększać ma we krwi ilość erepsyny, jak również ciał białkowych (globulin), pochodzących z nowotworu.

Zachęcony przez prof. Gluzińskiego, skorzystałem z odpowiedniego materjału klinicznego, przystąpiłem do prób stosowania autohemoterapji w nowotworach złośliwych. Zabiegi te wykonałem na 15 chorych (5 rak żołądka, 2 rak żołądka i wątroby, 2 przełyku, 2 sutek, w tem 1 z przerzutami do skóry, 1 macicy, 1 twarzy, 1 wargi dolnej, 1 mięsak limfatyczny śródpiersia). Wstrzykiwałem co 2-gi, 3-ci dzień, począwszy od 5 cm³ i stopniowo doprowadzając ilość wstrzykiwanej krwi do 10 cm³. Badałem przytem stale ciepłotę, tętno, parcie tętnicze, czas krwawienia, krzepliwość krwi, osmotyczną odporność czerwonych krwinek, odczyn Biernackiego i stan morfologiczny krwi, a mianowicie przed wstrzyknięciem, w 15 minut i w godzinę po zabiegu, powtarzając częstokroć te badania po wielokrotnem zastosowaniu wstrzyknięć. Chorzy w czasie badań byli naczczo.

Niestety stwierdzić muszę, że nie osiągnąłem wyników leczniczych zachęcających. W 4 przypadkach raka żołądka (wątroby choroba) szybko postępowała i chorzy zmarli, w klinice, przyczem sekcja zwłok potwierdziła rozpoznanie, reszta zaś chorych wypisała się bez widocznej przedmiotowej poprawy. W jednym tylko przypadku raka sutek (*scirrhus*) z przerzutami do skóry zauważyłem wyraźne zmniejszenie się guza w sutkach po zastosowaniu 10 wstrzyknięć. Musiałem jednak przerwać w tym przypadku dalsze zastrzykiwania z przyczyny odemnie niezależnej.

Poprzedni autorzy (7) po wstrzykiwaniach obserwowali często silny odczyn ze strony ustroju chorych a objawiający się znacznem podwyższeniem ciepłoty, dreszczami, obniżeniem parcia tętniczego, dusznością, bólami głowy i w krzyżu, nudnościami i t. d., co uważają za wstrząs hemoklazyczny.

Mino (8) objaśnia to tem, że krew w strzykawce ulega częściowemu skrzępnięciu, a wstrzyknięcie takiej krwi może spowodować wymienione objawy. Przez zastosowanie strzykawki, pokrytej od wewnątrz warstewką parafiny, można, według doświadczenia Mino, uniknąć tych zaburzeń w dużej mierze.

W przypadkach moich nie widziałem wcale znaczniejszych odczynów ze strony ustroju chorego, aczkolwiek używałem zwykłej, nieparafinowanej strzykawki. Ciepłota podwyższała się nieznacznie, tętno, parcie tętnicze również większych wahań nie wykazywało. Tylko w jednym przypadku, mianowicie raka policzka, obserwowałem podwyższenie ciepłoty do 39.8° C., tętno do 102, przy parciu tętniczem obniżonem o 14 mm Hg. Zjawiło się również silne zaczerwienienie skóry w okolicy owrzodzenia, ropienie zwiększyło się, stan ten trwał przez 2 dni.

Co się tyczy krzepliwości krwi (metoda Achard-Binet) to była ono w moich przypadkach prawie zawsze przyspieszona już przed zabiegiem, w 15 minut po wstrzyknięciu występowała ona jeszcze szybciej, po godzinie słabiej, będąc wszakże bardziej przyspieszoną, niż przed zabiegiem. Czas krwawienia, nieco dłuższy, niż w normalnych przypadkach, większym wahaniom nie ulegał, jak również szybkość opadania krwinek, która wogóle była przyspieszona.

Wyraźniejsze wyniki otrzymałem, badając osmotyczną odporność czerwonych krwinek (metoda Ribier'a). Znanem jest oddawna, że krwinki czerwone rakowatych są bardzo odporne na hypotoniczne roztwory soli kuchennej. W moich przypadkach osmotyczna odporność przedstawiała się — Mn granica 0,54—0,048% NaCl, Mx granica 0,36—0,16% NaCl. Po wielokrotnych wstrzyknięciach Mn granica nie uległa prawie zmianie, natomiast stwierdziłem wyraźne obniżenie Mx granicy, która w kilku przypadkach osiągnęła 0,14—0,12% NaCl. Fakt ten był podkreślany między innymi i przez Oczesalskiego i Sterlinga, którzy, wstrzykując królikom przeważnie ich własną krew, stwierdzili zwiększenie się odporności czerwonych krwinek.

Morfologiczny stan krwi zmieniał się o tyle, że w 15 minut po wstrzyknięciu zwiększała się znacznie ilość białych ciałek krwi, po godzinie ilość ta spadała, będąc wszakże wyższą, niż przed zabiegiem. W 5 przypadkach zauważyłem w 15 minut po wstrzyknięciu wyraźne przesunięcie na korzyść jednojądrzastych i kwasochłonnych. W 6 ciu przypadkach po dłuższem stosowaniu zabiegów stwierdziłem wyraźne zwiększenie się ilości hemoglobiny i czerwonych krwinek we krwi chorych. Prawdopodobnie jest to główna przyczyna lekkiej podmiotowej poprawy tych chorych. Jak wiadomo, hemoterapja i autohemoterapja miała i ma zastosowanie w leczeniu ciężkich niedokrewności.

We wszystkich przypadkach stosowałem również rozpoznawczy na raka odczyn Botelho. W 12 przypadkach wypadł on wybitnie dodatnio, w 3-ch pozostałych — niewyraźnie. Stosowana autohemoterapja na jakość tego odczynu wpływu nie wywarła.

Piśmiennictwo.

1) Brunner: Wyniki leczenia nowotworów złośliwych surowicą krwi zwierzęcej (Medycyna 1896). — 2) Krokiewicz: Autohemoterapja, a raki (Rocznik lekarski 1912). — 3) Wetterer: Neue Gedanken zur Therapie des Carcinoms). D. M. W. 1922 Nr. 15). — 4) Vidal, Abrami et Brissaud: L'auto-

anaphylaxie, son rôle dans hemoglobinurie (Sem. med. 1913. p. 616). — 5) Chauvin et Bec: L'autosérothérapie dans le traitement du cancer (Progrés medical 18. II. 1923). — 6) Moutier, Lamy et Rachet: L'autoséro- et l'autohémothérapie dans cancers de l'appar digest. (Arch. des maladies de l'appar. digest. 1923 t. XIII. N. 8.). — 7) Moutier et Rachet: Incidents et accidents de l'autohémotherapie (La presse medic. 1923. N. 65.). - 8) Mine: Hémothérapie et crise hémoclasique (La presse medic. 1923. N. 90).

Dr. Fr. NARÓG, asystent kliniki. Lwów.

Bezbarwny mięsak okołonaczyniowy tęczówki (leukosarcoma perivasculare, peritheliale, iridis) z następowym zanikiem gałki ocznej.

Z Kliniki okulistycznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Z pośród mięsaków układu naczyniowego oka najrzadsze są mięsaki tęczówki. Według Fuchsa na 25.000 chorych ocznych przypada 259 przypadków mięsaków na cały układ naczyniowy oka, a z nich 16 na tęczówkę. Według Gołowina, stosownie do zestawienia klinik ocznych uniwersytetu moskiewskiego, noworosyjskiego, przypada na 11 tysięcy chorych jeden mięsak tęczówki. Na tutejszej klinice przypada w przybliżeniu na 15 tysięcy chorych 1 mięsak tęczówki. Z całego piśmiennictwa wszechświatowego udało się Wali-Chanowi zebrać do r. 1923 142 przypadków mięsaków tęczówki. Z pośród ogólnej liczby mięsaków tęczówki wyszczególnia on 31 mięsaków bezbarwnych, opisanych do r. 1914, Teulieres M. w r. 1922 podaje, że ogłoszono dotychczas w piśmiennictwie 29 przypadków mięsaków bezbarwnych tęczówki. Liczba ta zatem odpowiadałaby rzeczywistości. Jeżeli do liczby 31, podanej przez Wali-Chana, wliczymy jego przypadek, to nasz przypadek byłby 33 z rzędu, jako mięsak bezbarwny tęczówki. Jeżeli do ogólnej liczby mięsaków tęczówki, podanej przez Wali-Chana, wliczymy 4 przypadki mięsaków barwikowych Heinego i przypadek Brunera, ogłoszonych później, otrzymamy wogóle 148 przypadków mięsaków tęczówki, ogłoszonych do roku 1924. Widzimy zatem, że mięsaki tęczówki stosunkowo są rzadkie, a jeszcze rzadsze są mięsiaki bezbarwne. Nowotwory te wzbudzają zainteresowanie nietylko z powodu rzadkości, ale przedewszystkiem z powodu sposobu powstania, klinicznego przebiegu i obrazu anatomiczno-patologicznego. Nasz przypadek jest szczególnie ciekawy ze względu na wiek osobnika, na charakterystyczne ułożenie się komórek dookoła naczyń i na stosunek nowotworu do samej gałki. W piśmiennictwie dostępnem nie stwierdziłem mięsaka tęczówki, powodującego zanik gałki. Zatem nasz przypadek uwydatnia się tem silniej, że zachodzi rozległy rozpad nowotworu, połączony ze zniszczeniem gałki i z pobudzeniem wskutek stanu zapalnego naczyniówki do wytwarzania tkanki kostnej. Wskutek zupełnego zniszczenia tęczówki i soczewki i rozległych mas martwiczych trudno było osądzić na podstawie obrazu drobnowidowego punkt wyjścia nowotworu. Dopiero odszukana historja choroby z przed roku, od chwili wyjęcia gałki, kiedy to prof. Bednarski w Szpitalu Św. Zofji miał sposobność spostrzegać chorego w samym początku wytworzenia się guzka na tęczówce, rzuciła właściwe światło na powstawanie nowotworu.

Dziecko M. Sch. 1 rok, przyjęto 28. VIII. 1921 do Szpitalika Św. Zofji. Matka zgłosiła się z niem, gdyż od kilku dni oko prawe poczerwieniało. Na oku prawem stwierdzono rzęskowe nastrzykanie przy brzegu rogówki. Pod lupą był widoczny w odcinku dolno-zewnętrznym żółtawy guzek unaczyniony. Ucisk wśródoczny podwyższony. Rozpoznano: Jaskrę następową i guzek tęczówki. Próba na odczyn Wassermanna wypadła ujemnie. Matka nie chciała zgodzić się na zabieg operacyjny, więc wydalono dziecko w dniu 10. IX. 1921. Po upływie roku w dniu 20. XII. 1922 ponownie zgłosiła się matka z chorym do szpitalika. Prawdopodobnie z obawy, że dziecko nie przyjmą z powodu niezgodzenia się poprzedniego na operację, nie przyznała się do pierwotnego pobytu dziecka w szpitaliku. Na jego historję choroby wpadłem przypadkowo, szukając podobne przypadki. W chwili ponownego zgłoszenia się chorego spojówka oka prawego była rozlanie nastrzykana, oko w całości było pomniejszone, bolesne, wybitne obniżenie ucisku t—2, rogówka matowa, szaro-żółto nacieczona w głębszych warstwach, głębsze części oka niewidoczne. Rozpoznano: Zanik gałki bolesny (zapalenie jagodówki) oka prawego. W dniu 20. XII. 1922 wyjęto gałkę oczną.

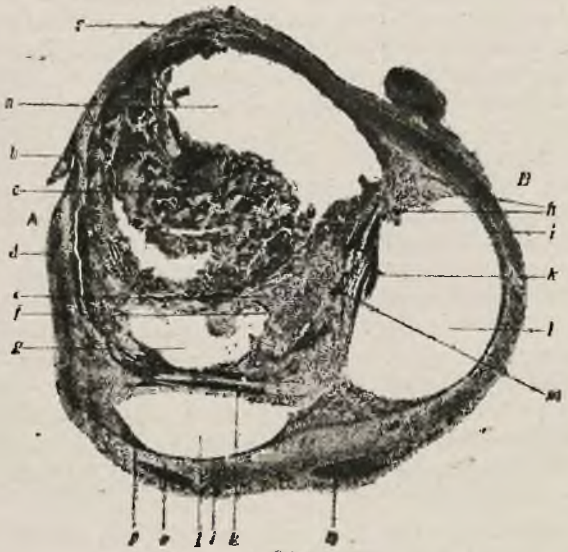
Obraz makroskopowy utrwalonej gałki: Gałka oczna w całości pomniejszona, spłaszczona w wymiarze przednio-tylnym, który wynosi 18 mm, wymiar równikowy wynosi 20 mm. Rogówka i twardówka nie wykazują żadnych ubytków. Przy przepoławianiu gałki w osi poziomej przez mięsień prosty zewnętrzny zauważono kość wewnątrz gałki. Na przekroju widać pod lupą, że całą przednią część gałki, aż po równik, wypełnia szaro-rdzawa masa. W okolicy równika biegnie przez gałkę poprzecznie szaro-ciemne pasmo tkanki łącznej. W okolicy nerwu ocznego jest oderwanie siatkówki. (Ryc. 1. l.). Po odwapnieniu gałki w rozczynie Hauga zrobiłem preparaty celloidynowe z przekroju całej gałki w osi poziomej przez mięsień zewnętrzny i rogówkę, a następnie częściowe po przepołowieniu przez środek rogówki i nerw oczny. Prócz tego sporządziłem preparaty parafinowe z przekrojów nerwu ocznego i części bocznych gałki. Preparaty barwiłem hematoksyliną i eozyną, na nerw zaś błękitem niebieskim.

Obraz drobnowidowy. W krótkości obraz drobnowidowy preparatów, przeglądniętych przez prof. Nowickiego i dr. Schusterównę, wykazuje, że nowotwór zajął całą przednią część gałki, sięgając aż poza równik gałki. Tęczówka i soczewka uległy w całości rozpadowi. Wnętrze gałki wypełniają w przedniej połowie masy martwicze (Ryc. 2. a., Ryc. 1. a., g.) z obfitemi blademi ciałkami krwi, z naciekiem drobno-komórkowem dokoła ognisk martwiczych. Wśród tych mas charakterystyczne jest ułożenie komórek nowotworowych, silnie barwiących się niebiesko, promienisto dokoła naczyń (Ryc. 1. c.) w postaci kół. Ułożenie to przypomina nieco utkanie glejaka. Komórki nowotworowe zniszczyły błonę Descemeta i wciskają się do wewnętrznych warstw rogówki. Ciałko rzęskowe uległo po stronie wewnętrznej rozpadowi, widoczne są tylko poszczególne włókienka przerosłe wśród masy komórek nowotworowych. Po stronie skroniowej widać jeszcze zbite włókna mięśnia rzęskowego, nowotworowo nacieklé. Siatkówka z przodu na przekroju poziomym przez środek gałki zupełnie jest zniszczona przez nowotwór, w przekrojach do niego równoległych, ku górze poprowadzonych przez rąbek rogówkowo-twardówkowy, pozostała częściowo utrzymana blaszka szklista z nabłonkiem barwikowym miejscami z warstwą barwikową przy naczyniówce (Ryc. 1. p.). Brodawka nerwu ocznego wykazuje nieznaczne zapalne nacieczenie drobnokomórkowe (Ryc. 1. n.).

Naczyniówka z przodu jest częściowo silnie zgrubiała, łączno-tkankowa przerosła z masami nowotworowemi i z zatartym obrazem poszczególnych warstw, częściowo oderwana. W tylnym odcinku gałki wykazuje ona tylko zmiany zapalne (Ryc. 1. i.). Największe zgrubienie naczyniówki, nowotworowo nacieczonej, dosięgające 5. krotnego powiększenia stanu prawidłowego, jest po stronie wewnętrznej, w okolicy ciałka rzęskowego (Ryc. 1. d.), skąd stopniowo staje się ona cieńszą i kończy się w postaci ostrego klina poza równikiem (Ryc. 1. p.). Wklinowanie się to między siatkówką a twardówką jest bardzo widoczne na przekrojach obwodowych, gdzie w najświeższych ogniskach przy zajęciu naczyniówki, siatkówka jest wolna od nowotworu, a na błonie szklistej kończą się komórki nowotworowe i wcale jej nie naruszają. Po stronie zewnętrznej jest obraz zatarty wskutek rozpadu nowotworu. W okolicy równika ciągną grube pasma tkanki łącznej w poprzek gałki, nowotworowo przerosłe ku przodowi (Ryc. 1. k.) z częściami oderwanej naczyniówki i barwika tęczówki z przedniego odcinka gałki. Wśród nich jest widoczny bardzo obfity barwik, w postaci zlanych mas, kul i ziarenek barwikowych, leżący wśród włókienek i komórek łączno-tkankowych, w chromatoforach i dużych komórkach fagocytarnych. Komórki gwiaździste naczyniówki są dość liczne. Włókienka uległy częściowo zwyrodnieniu szklistemu. W środku gałki, prawdopodobnie wśród zrostów, oderwanej »choriocapillaris« widoczny jest typowy zawiązek tkanki kostnej (Ryc. 1. m.), Przejście z tkanki łącznej w tkankę kostną jest wyraźnie zaznaczone. Prócz tego jest widoczny wśród zrostów w środku gałki ślad mięśnia zwężającego źrenicę tęczówki (Ryc. 1. f.) i resztka torebki soczewkowej (Ryc. 1. e.) jest skurczona i pofałdowana. Twardówka jest w całości zgrubiała, surowiczo nacieka, naczynia porozszerzane. Miejscami włókna barwią się słabo, i mają przebieg silnie falisty; są one poprzedzielane naciekami drobnokomórkowemi, wciskającemi się pasemkowato między włókna twardówki. W okolicy naczyń widoczne są miejscami ogniska nowotworowe, które wciskają się między włókna twardówkowe. Największe ognisko jest po stronie wewnętrznej w okolicy równika wzdłuż żyły, odpowiednio do dużego zgrubienia naczyniówki nowotworowo przerosłej (Ryc. 1 o.).

Pod powiększeniem D. widzi się, że komórki nowotworowe są przy ich wielkiej różnopostaciowości przeważnie okrągłe, bez barwika, z wielkiem jądrem. W naczyniówce i wśród zrostów przybierają one postać wielobiegunową, przypominającą komórki wśródbłonkowe, czasami podłużną. Widoczne są gdzieniegdzie komórki o dwóch jądrach i komórki z obrazem podziału jąder (*karjokinesis*), o połowę większe od komórek zapalnych wielojądrzastych. Bardzo charakterystyczny jest ich

układ miotełkowaty i promienisty dokoła naczyń, w miejscu odpowiadającem tęczówce, na tle mas martwiczych i wylewów krwawych, natomiast w warstwie Hallera i Sattlera obraz zaciera się, gdyż komórki występują w całej masie. Jednakowoż wśród tych mas nowotworowych widzi się światła naczyń, a do śródbłonków ich przylegają ściśle komórki nowotworowe, powstałe prawdopodobnie z osłonki naczyń. Pomiędzy grupami komórek ciągną miejscami pasemka lub pasma młodej tkanki



Ryc. 1. Mikrofotografia. Objekt. 70. mm, bez okularu.

Przekrój poziomy przez środek gałki.

A. strona nosowa, B. strona skroniowa.

r. rogówka.

a., g. masy martwicze rozpuszczone.

b. spojówka.

d. nowotworowe nacieczenie zgrubiałej naczyniówki.

e. światła naczyń, dokoła których grupują się promienisto nowotworowe komórki na tle mas martwiczych z krwawemi wylewami.

e. resztka torebki soczewki.

f. przerosły mięsień zwieracza tęczówki przemieszczony.

p. wklinowanie się nowotworu wzdłuż naczyniówki z częściami wolnej siatkówki.

o. ognisko nowotworowe w twardówce.

l. jamy po oderwaniu się siatkówki.

k. zrosty łącznotkankowe z nagromadzonym barwikiem w postaci pasma.

n. nerw.

m. kość.

b. oderwana warstwa barwikowa.

i. część nie zajęta przez nowotwór.



Ryc. 2 Mikrofotografia. Objektyw B., bez okularu *).

c. światła naczyń, dokoła których grupują się promienisto komórki nowotworowe.

a. masy martwicze rozpadłego nowotworu.

włóknistej, miejscami zbitej, o podłużnych pręcikowatych jądrach, z dużemi wypustkami. Wskutek przerostu łącznotkankowego »*choriocapillaris*« zanikła. Miejscami między blaszką podstawową, a *choriocapillaris* są duże wysięki surowiczo-krwawe. Naczynia w naczyniówce, dokoła których grupują się komórki nowotworowe, są dość obfite, w przednim odcinku gałki, w miejscu odpowiadającem rozpadłej tęczówce i soczewce, są prawdopodobnie naczynia wytworzone przez nowotwór. Dookoła naczyń tych układają się komórki, a między niemi są masy martwicze z krwawemi wylewami. Unaczynienie jest słabe. Proces zwyrodnienia zaznaczony jest przez rozpad jąder (*karyorrhexis*), które są złożone z ziarenek i barwią się dość słabo. Tworzą one rozległe masy w przednim odcinku gałki z typowym odczynem zapalnym na obwodzie (Reaktionszone). Barwik występuje ogniskowo, nierównomiernie rozmieszczony na obwodzie nowotworu, bardzo obficie wśród zrostów łączno-tkankowych w postaci zlewających się mas i kul, częściowo wśród włókienek i komórek włóknistych, częściowo wśród chromatoforów i dużych komórek fagocytarnych. Wśród samego nowotworu spotyka się miejscami ziarenka, w obrębie naczyniówki znajdują się bardzo nieliczne, pojedyncze, duże komórki fagocytarne z barwikiem i chromatofory. Odcień barwika jest różny, z żółtego przechodzi w brunatny, a wśród zrostów w zlanych masach w ciemny. To wystąpienie barwika ogniskowo w postaci grubych ziaren i zlanych mas na obwodzie nowotworu, o odcieniu różnorodnym, miejscami tylko wśród samego nowotworu i wreszcie dodatnia reakcja Perlsa na żelazo przemawiają za pochodzeniem barwika z krwi na drodze zaczynowego utlenienia się pyrrolu. W zrostach łącznotkankowych na pasmo barwika, biegnące poprzecznie przez środek gałki, składa się prawdopodobnie również barwik z zanikłej warstwy barwikowej tęczówki i siatkówki.

Na podstawie obrazu klinicznego i badania drobnowidowego rozpoznać należy okrągłokomórkowego mięsaka bezbarwnego z barwikiem z krwi, okołonaczyniowego (*leukosarkoma peritheliale* lub lepiej *perivasculare*) tęczówki, w której we wczesnym okresie wytworzył się guz w powierzchownych warstwach dołem zewnątrz. Nowotwór mógł wyjść ze znamienia barwikowego z wrodzoną embrjonalną tkanką (Cohnheim) lub z komórek osłonki okołonaczyniowej. Następnie nowotwór wypełnił prawdopodobnie przednią komorę, zajął całą tęczówkę, przeszedł na wyrostki rzęskowe i ciałko rzęskowe, kanał Schlemma i więzadło: »*ligamentum pectinatum*«. Posuwał się ku tyłowi gałki na soczewkę, siatkówkę i okrężnie na naczyniówkę, równocześnie atakując ciałko szkliste. Wypełniwszy cały przedni odcinek gałki posuwał się okrężnie wzdłuż naczyń naczyniówki. Tęczówka i soczewka z jednej strony wskutek ciągłego wzrostu nowotworu, z drugiej wskutek złego odżywiania i działania cytytoksyny, uległy rozpadowi, zostawiając rozległe wylewy krwawe. Nowotwór zniszczył następnie cały przedni odcinek gałki, nie pozostawiając ani śladu z kanału Schlemma i przestrzeni Fontanny. Opor dopiero nastąpił na rogówce, twardówce, zrostach łącznotkankowych poza równikiem gałki, które w międzyczasie wytworzyły się pod wpływem działania zapalnego cytytoksyny. Wzdłuż naczyń wciskał się on między blaszki twardówkowe i wysyłał wypustki w naczyniówce wzdłuż warstwy Hallera i Sattlera poza równik gałki, pozostawiając w najświeższych miejscach jeszcze inne warstwy naczyniówki i częściowo siatkówkę wolną. Najbardziej żywotne okazały się komórki dokoła naczyń ugrupowane, dlatego w przednim odcinku gałki widzi się komórki nowotworowe dokoła naczyń na tle rozległych mas martwiczych (Ryc. 2. c. a.). Równocześnie z toczącym się procesem zapalnym, który zajął wszystkie tkanki, mogło przyjść do wytworzenia się zrostów włóknistych i do złogów wapiennych w zapalnej »choriocapillaris«, której wysięki już z podłoża macierzystego przynoszą ze sobą dążność do szybkiego przekształcania się we włókna i wskutek tego stają się podatne do przyjęcia soli wapniowych, jak to potwierdziły przypadki Knappa w zapaleniach plastycznych naczyniówki i przypadek Reisa. Mięsień zwieracz tęczówki i torebka stawiały prawdopodobnie najdłuższy opór komórkom nowotworowym i resztki ich, jak to widać na preparacie (Ryc. 1. f. e.), zostały przemieszczone na środek gałki ku zrostom. Mięsień przedstawia się, jak haczyk, a torebka skurczona w postaci gwiazdki o tępych końcach.

W rozpoznaniu różniczkowem należy przedewszystkiem wziąć pod uwagę glejaka, który pojawia się najczęściej między 1—2 rokiem życia, mięsak natomiast w tym wieku należy do rzadkości. Kerschbaumer podaje na 67 opisanych przypadków mięsaków u dzieci zaledwie 2. Przeciwko glejakowi w naszym przypadku przemawiają wywiady i przebieg kliniczny, mianowicie wytworzenie się guza na tęczówce, umiejscowienie się nowotworu głównie w przednim odcinku gałki i duża różnorodność komórek, przeważnie o typie okrą-

*) Mikrofotografje wykonał docent dr. Rejs.

gło-komórkowym i wielobiegunowym. Tymczasem glejak umiejscawia się w siatkówce i to przeważnie w tylnym odcinku gałki z zajęciem nerwu ocznego, ma komórki o delikatnych wypustkach, z małym rąbkiem protoplazmy dokoła jąder i z miękkiem podłożem komórkowem. Przy tak daleko posuniętym procesie zapalnym i przy tak długo trwającym byłaby przedewszystkiem siatkówka i nerw oczny w tylnym odcinku gałki zajęte, podczas gdy w naszym przypadku tylny odcinek jest wolny, a tarcza nerwu wzrokowego wykazuje zaledwie obrzęk zapalny. Dlatego w tym przypadku śmiało możemy wykluczyć glejaka (glioma).

Uderza nas jednak postać ugrupowania się promienistego komórek nowotworowych dokoła naczyń, które przypominają rozetki Wintersteinera. Ułożeniem się komórek dokoła naczyń jest nasz przypadek najwięcej zbliżony do przypadku Wali-Chana, Frankego, Waldsteina i Wintersteinera. Wspólne cechy z temi przypadkami są: 1) wyjście z tęczówki, 2) komórki wielobiegunowe podobne do śródbłonkowych, 3) ugrupowanie się komórek dokoła naczyń promieniste. Najwięcej zbliżony jzst on do przypadku Wintersteinera pod względem braku barwika w komórkach nowotworowych. Różni się od niego tem, że posiada barwik głównie w zrostach łącznotkankowych. Pod tym względem zbliżony jest do przypadków Wali-Chana, Frankego i Waldsteina, w których barwik był w postaci ziarenek w komórkach, przylegających do błony Descemeta i w komórkach przesmyków łącznotkankowych. Wliczają oni swoje przypadki również do okołonaczyniowych mięsaków białych o zabarwieniu barwikiem z krwi, z wyjątkiem Waldsteina, który swój przypadek uważa za śródbłoniaka. Podobny przypadek mięsaka tęczówki w postaci małego, brunatnego guzka na powierzchni tęczówki od dołu z nieznacznym zabarwieniem przytacza Bruner. Nowotwór szerzył się w kierunku kąta komory i spowodował ucisk podwyższony wskutek zajęcia wiązadła t. z. *ligamentum pectinatum*. Oko wyjęto.

W naszym przypadku tak wcześnie podwyższony ucisk przy początkowym wzroście nowotworu w postaci guzka tęczówki należy odnieść do zatkania kanału Schlemma. Podczas gdy w tamtych przypadkach nowotwór ograniczył się do tęczówki lub przedniego odcinka gałki, to w naszym przypadku rozpadający się nowotwór zniszczył tęczówkę, soczewkę, przeszedł na tylny odcinek gałki, powodując zanik gałki wskutek rozpadu i zrostów. Rozległa martwica nowotworu była prawdopodobnie przyczyną plastycznego zapalenia i kurczenia się gałki.

Podobnie, jak nowotwór może spowodować zanik gałki, tak odwrotnie w zanikłej gałce może rozwinąć się nowotwór. Zagadnienie stosunku zaniku gałki ocznej do mięsaka wogóle było przedmiotem roztrząsań w piśmiennictwie. Sprawą tą zajmował się również z autorów polskich W. Reis. Do roku 1904 ogłoszono 8 przypadków, w których za przyczynę nowotworu uważano pierwotny zanik gałki z następowym nowotworem, przeciwnie zaś w 44 przypadkach przytoczono nowotwór, jako pierwotny, najczęściej wychodzący z naczyniówki, z następowym zanikiem gałki wskutek rozległej martwicy, powodującej stan zapalny. — Za sprawą pierwotną nowotworu z następowym zanikiem gałki przemawia brak cięższych zmian w rogówce lub twardówce, zanik gałki z wyraźnem skróceniem wymiaru osiowego (objaw A. Graefego) i rozległe ogniska martwicze w miąższu nowotworowym. Najważniejszym jednak czynnikiem, którym posługiwać się możemy przy rozpoznawaniu różniczkowem pierwotnego lub następowego zaniku gałki, są wywiady i przebieg kliniczny choroby, gdyż samo badanie anatomiczno-patologiczne nie jest w stanie stwierdzić kolejności toczących się procesów chorobowych. W naszym przypadku guzek tęczówki, spostrzegamy w samym początku przez prof. Bednarskiego, a następnie brak zranienia gałki i rozległe zmiany martwicze nowotworu świadczą o pierwotnym nowotworze z następowym zanikiem gałki. Zatem w tym przypadku mamy pewne rozpoznanie kliniczne, jak również anatomiczno-patologiczne.

Przypuszczenie Lebera i Kniesa, że tkanka kostna, pozostająca w odgraniczonej tkance łącznej, może przemawiać zatem, że zanik gałki poprzedził powstanie nowotworu, nie zawsze może mieć uzasadnienie. W naszym bowiem przypadku tkanka kostna (Ryc. 1. m.) jest w tkance łącznej w środku gałki wśród zrostów poza utkaniem nowotworowem, pomimo, że stwierdzono zanik gałki następowy. Zanik gałki przytaczano przeważnie przy mięsakach naczyniówki, przy mięsakach tęczówki zanik gałki należy do rzadkości. W piśmiennictwie mi dostępnem nie stwierdziłem przypadku mięsaka tęczówki, który prowadziłby do zaniku gałki. Zjawisko to należy tłomaczyć tem, że, gdy chory zgłosi się wcześnie z mięsakiem tęczówki, podlega zabiegowi operacyjnemu, gdy natomiast zgłosi się późno, wystąpią tak wielkie zmiany zapalne w gałce i zajęcie innych warstw oka prócz tęczówki przez nowotwór, że punkt wyjścia podaje się mylnie, najczęściej z naczyniówki. W wielu przypadkach nowotwór wogóle jest nierozpoznany. Wskutek zmniejszonego ucisku wśródocznego i zaniku gałki, rozpoznanie kliniczne najczęściej idzie w kierunku zaniku gałki, nie wszystkie zaś gałki z zanikiem, jako mało interesujące, podlegają badaniu anatomo-patologicznemu. Tak więc tego rodzaju przypadki nowotworów mogą ulec przeoczeniu. W tym przypadku również zająłem się badaniem tej gałki, celem otrzymania potrzebnego obrazu anatomo-patologicznego zapalenia jagodówki, a tymczasem niespodziewa nie natrafiłem na tak rzadki i ciekawy przypadek mięsaka tęczówki.

Jeżeli zastanowimy się nad klasyfikacją mięsaków tęczówki, to istnieją 3 rozbieżne zapatrywania, według których należałoby rozpatrywać te przypadki. Uważają je: 1) jako mięsaki bezbarwne (*leukosarkoma*, autorowie francuscy i angielscy), 2) okołonaczyniowe (*endoperithelioma, perivasculare* Wali-Chan), 3) jako mięsaki barwikowe (*melonosarcoma*), w których komórki niepigmentowane są pierwotnemi okresami pigmentowanych, t. z., że komórki nowotworowe i komórki tęczówki z czasem przyjmują barwik. (Ribbert, Schick), W naszym przypadku mięsak trwał przeszło rok i doszedł do szczytu rozwoju, zniszczył wnętrze gałki i spowodował jej zanik, a jednak, pomimo tak długiego trwania rozwoju nowotworu, nie spotykano typowych komórek barwikowych równomiernie rozmieszczonych, ciemno-czarnych, o drobnej ziarninie wśród ognisk nowotworowych starych ani też świeżych, jakto się spotyka w (melanomach) czerniakach. Rozpadłe komórki barwikowe tęczówki, naczyniówki i barwik krwi zgromadziły się głównie na granicy nowotworu wśród zrostów łączno-tkankowych i utworzyły ciemny wał, biegnący w poprzek gałki.

Raubitschek przytacza przypadek nowotworu tęczówki mieszanego, melanoma i endothelioma, w którym atypowe twory łączno-tkankowe mają stanowić przejście w rozwoju między śródbłoniakiem a mięsakiem czerniaczkowym. Przypuszczałbym jednak, że czerniaki rozwijają się z wrodzonego znamienia barwikowego, w którem bujają komórki t. z. chromatophory, a bezbarwne mięsaki wychodzą z otoczki naczyń, przyczem mają tu znaczenie momenty rozwojowe, gdyż przeważna część tych nowotworów usadawia się w dolnej części tęczówki. Bezbarwne mięsaki prawdopodobnie nie muszą ulec typowemu zabarwieniu, sądząc z naszego przypadku, co wykazałoby dopiero doświadczenie z przeszczepianiem nowotworów na tęczówkę. Jakby można wnioskować z opisanych przypadków mięsaków bezbarwnych tęczówki (Treacher, Collins, Sauer, Alt, Limburg, Oemisch, Thalberg), to najczęściej mają one występować w młodym wieku. Przypadków tych jednakowoż jest bardzo mało, a większość opisanych przypadków mięsaków bezbarwnych odnosi się do późniejszego wieku. Lagrange wlicza do bezbarwnych mięsaków, nowotwory z barwikiem krwi (Francuzi), Kerschbaumer (Niemcy) również, zaś Ribert, Schick uważają je za początkowe stadia czerniaków. Do wyodrębnionej, nielicznej grupy mięsaków okołonaczyniowych w przypadkach Frankego, Wintersteinera, Lagrange'a i Wali-Chana należy wliczyć nasz przypadek.

Odnośnie do zmian następowych w gałce, jak jaskry i procesów zapalnych przy mięsakach ograniczonych do tę-

czówki, przypuszcza Kerschbaumer, na podstawie obrazu anatomiczno-patologicznego, że mogą one rzadko pojawiać się i to dopiero w okresie wzrostu nowotworu. Tymczasem w naszym przypadku dało się stwierdzić klinicznie jaskrę i zmiany zapalne już we wczesnym okresie rozwoju utkania mięsakowego na tęczówce, widocznego pod lupą.

Kliniczne spostrzeżenia wykazały, że mięsaki złośliwe tęczówki mają charakter więcej dobrotliwy i rzadko dają nawroty. Fehr uważa, że 72% mięsaków tęczówki da się w początkach wyleczyć wycięciem tęczówki (irydektomją). Wintersteiner jest zdania, że, o ile do 2 lat niema nawrotu, przypadek należy uważać za wyleczony. W naszym przypadku po 2 latach nie było nawrotów, wedle informacji matki dziecka. Rokowanie z obrazu anatomiczno-patologicznego mięsaków tęczówki, jak i z obrazu klinicznego, jest niepewne. W przypadkach, gdzie komórki układają się koncentrycznie, miotełkowato dokoła naczyń z rozwiniętą tkanką podścieliskową, w typie naczyń zbliżonym do normalnego możnaby postawić dobre rokowanie odnośnie do nawrotów.

Odnośnie do postępowania przy mięsakach tęczówki, to w przypadkach, w których nowotwór jest umiejscowiony w okolicy zwieracza tęczówki, wskazane jest wycięcie tęczówki (irydektomia), co jednak nie chroni od nawrotów. W innych przypadkach wskazane jest wyjęcie gałki. Zapatrywanie, co do leczenia tych przypadków światłem jest rozbieżne. Birch-Hirschfeld pomimo dwuletniego leczenia mięsaka naczyniówki radem i Roentgenem, nie miał żadnej poprawy, Colmers i inni mieli dobre wyniki po Roentgenie. W jednym przypadku mięsaka naczyniówki, spostrzeganym przypadkowo ambulatoryjnie, w którym nacieczenie nowotworowe posuwało się wzdłuż pochewki nerwu poza gałkę, pomimo wyjęcia gałki, nastąpił nawrót, a po ukończeniu kuracji radem, po pewnym czasie nastąpiło pogorszenie z śpiączką i prawdopodobnie przerzut poza gałkę drugiego oka. Dominującem zatem wskazaniem leczniczem przy innych próbach leczniczych pozostaje zawsze wyjęcie gałki lub wypatroszenie oczodołu.

Z całości obrazu klinicznego i anatomiczno-patologicznego przypadku, przez nas spostrzeganego, wynikałyby następujące wnioski:

1. Mięsak tęczówki może powodować zanik gałki, czego nikt dotąd nie podniósł w piśmiennictwie. Kerschbaumer w pracy w nowotworach oka, który spostrzegał zaledwie 2 przypadki mięsaka tęczówki na 67 opisanych nowotworów, ogranicza się do tego, że mięsak tęczówki może przemieścić soczewkę lub do niej wtargnąć. Str. 38.

2. Mięsaków bezbarwnych stanowczo nie można uważać za początkowe okresy mięsaków czerniaczkowych (*melanosarcoma*), gdyż mogą one prawdopodobnie pozostać bezbarwnemi z punktem wyjścia z osłonki naczyń i stanowić osobną grupę.

3. Już we wczesnym okresie mięsaka tęczówki może wystąpić jaskra, podczas gdy Kerschbaumer na str. 237 sądzi, że podwyższenie ucisku zachodzi tylko wtedy, kiedy nowotwór zajął przednią komorę w znacznej części i założył zatokę komorową albo zajął ciałko rzęskowe na dużej przestrzeni.

4. Najczęściej przeważa budowa mięsaka tęczówki o komórkach wrzecionowatych, jednak mogą one występować pod postacią komórek okrągłych i wielobiegunowych, pochodzenia z osłonki naczyniowej, z miotełkowatem ułożeniem się dokoła światła naczyń i tworzyć, ze względu na swe ułożenie się dokoła naczyń, osobną grupę (*perivasculare*) mięsaków okołonaczyniowych.

5. Mięsaki tęczówki, zwłaszcza bezbarwne, są mniej złośliwe i rzadko tworzą nawroty.

6. Wytworzenie się kości, nawet w odgraniczonej tkance łącznej poza utkaniem nowotworowem, często nie przemawia za pierwotnym zanikiem gałki, podczas gdy Leber, Knies przytaczali wytworzenie się kości w tych warunkach za jeden z punktów, świadczących o pierwotnym zaniku gałki, a następowem wytworzeniu się nowotworu wskutek zadrażnienia i przemieszczania tkanek. Wytworzenie się kości może tylko świadczyć o przebytem zapaleniu plastycznem.

Przypadek opisany stanowi nietylko przyczynek do kazuistyki, ale również do patologji mięsaków tęczówki.

Piśmiennictwo.

1. Wali-Chan. Wraczebnoje dieło. N. 1. i 2. 1923*). — 2. Waldstein. Klin. Mon. f. A. 1910. Nr. 48. — 3. Wintersteiner. Graef. Arch. f. Opht. Bd. 69. 1998. — 4. Laven. Klin. Mon. f. A. Bd. 51. 1913. — 5. Lagrange. Arch. d'Opht. 1909. — 6. Ribbert. Geschwulstlehre. 1920. — 7 Kerschbaumer. Sarkom des Auges. 1900. — 8. Reis. Postęp okulistyczny. 1903. — 9. Knapp. Arch. f. Aghk. II. — 10. Rumszewicz. Postęp. okulistyczny Nr. 8. i 9. — 11. Meisner. Klin. Mon. f. A. B. 70. 1923. — 12. Lehfeldt. Zentrbl. 1914. 1. i 2. — 13. Heine. Graef. Arch. f. Opht. B. 111. H. 1/2. 1923. — 14. Tenże. Graef. Arch. f. Opht. B. 113. 1024. — 15. Brunner. Arch. f. Opht. B. 53. Nr. 2. 1924. — 16. Mulock, Hovard E. Amer. journ. of. Opht. B. 7. Nr. 5. 1924. — 19. Nagelbericht, Zentrabl., Bericht-Knapp. (przegląd).

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

Dla racjonalnej walki z wrogiem należy zdać sobie sprawę z liczebnej częstości raka u nas i rozmieszczenia przypadków choroby raka, bo na podstawie w ten sposób uzyskanych dat można zwrócić uwagę na warunki, w jakich choroba ta, zaliczana coraz częściej do chorób społecznych, powstaje, co sprzyja jej szerzeniu się, naodwrót, co może zapobiegać jej postępowi. Wszechstronna analiza danych, uzyskanych ze statystyki może też rzucić niejakie światło na sposób postępowania w zwalczaniu raka.

Statystyka stawia sobie między innemi za główne zadanie zebranie jak największych liczb, by na podstawie »bezwzględnie dużych liczb« móc wysnuć możliwie trafne wnioski.

»Jedną z pierwszych czynności nowozawiązanych komitetów dla badania raka byłoby zajęcie się zebraniem odpowiedniej statystyki«, pisze Prof. Nowicki w swoim artykule »Sprawa zwalczania raka w Polsce« w Polskiem czasopiśmie lekarskiem Nr. 4. 1921. Prof. Werner w rozdziale o nowotworach podaje, że statystyka raka zebrana jest u wszystkich kulturalnych narodów, co tem bardziej powinnoby nas zachęcić do tej żmudnej i ciężkiej pracy.

U nas zestawień statystycznych, co do choroby raka i wogóle nowotworów złośliwych, jest bardzo mało. Dlatego też każde usiłowanie, czy praca wykonana na tem polu ma może większą, niż gdzieindziej, wartość i wskazanie. Jednym z pierwszych u nas był W. Nowicki, który jeszcze w roku 1904 w »Nowinach lekarskich« ogłosił »Statystykę raków na podstawie protokołów sekcyjnych Instytutu anatomo-patologicznego we Lwowie za czas od grudnia 1896 do 1903«. — następnie prace statystyczne podali Jaworski, Reichman, Serkowski, Weinert, Kuhn.

W piśmiennictwie lekarskiem rozróżniamy trzy rodzaje statystyk raków: chorobowości, śmiertelności i sekcyjną; dopiero zestawienie wszystkich trzech statystyk może pozwolić na pewne wnioski, dotyczące przyrostu lub zmniejszenia się częstości jego występowania.

Do pierwszego rodzaju należy także statystyka operacyjna raków, która jednak nie przedstawia większej wartości, ponieważ nie wszystkie przypadki raka dostają się na stół operacyjny, gdyż nie nadają się do leczenia chirurgicznego.

W statystyce chorobowości ostatniej doby bezwględna ilość raków znacznie wzrosła, powodem tego wzrostu jest bardzo wielki postęp w udoskonaleniu djagnostyki; mimo tego jeszcze i dzisiaj wiele przypadków raka nie jest rozpoznanych z powodu nieznacznych lub bardzo nietypowych objawów chorobowych.

Jeszcze mniejsze znaczenie ma statystyka śmiertelności, opierająca się na kartach pośmiertnych, wystawionych przez

---

*) Z pracy Wali-Chana mogłem korzystać dzięki uprzejmości kol. Janusza, który zechciał mi ją przetłumaczyć i wypożyczyć ze swego prywatnego zbioru bibljotecznego

lekarzy praktykujących lub, jak na wsi, przez t. zw. oglądaczy zwłok.

Niewątpliwie najbardziej wiarogodnemi są liczby statystyki sekcyjnej, która się opiera nietylko na rozpoznaniu przedewszystkiem raka, ale na ustaleniu siedziby nowotworu i jego następstw w ustroju. Naturalnie także i ta statystyka ma strony ujemne; nie uwzględniona jest znaczna ilość raków kończyn, skóry i narządów płciowych; raki te są w lwiej części operowane a chorzy odnośni w małym tylko procencie dostają się na stół sekcyjny.

Próby wyjaśnienia sprawy etjologji raka, opierającej się na danych statystycznych i wykazujące pewną systematyczność w nsadowieniu się nowotworów, zwróciły ostatnio na siebie uwagę ze względu na pytanie, czy wojna miniona wpłynęła na częstość pojawienia się raka wśród jej uczestników lub ludności, dotkniętej temi cierpieniami i niedostatkami, jakie wojna przynosi. Kwestja ta zainteresowała szerszy ogół patologów niemieckich. Wśród nich Hansemann, wytrawny badacz raka i twórca pojęcia anaplazji, wychodząc z założenia, że większa część nowotworów rakowych powstaje w następstwie przewlekłego miejscowego podrażnienia, uważa, że poszczególne urazy (drażnienia) lub zranienia nie mogą przecież mieć wpływu na powstawanie nowotworów i dopiero późniejsze lata będą mogły dać w tym względzie stanowczą odpowiedź n. p. co do powstawania raka w bliznach po zranieniach. W związku z tem pozostaje pytanie, czy rząd powinien wypłacać odszkodowanie krewnym na wypadek śmierci żołnierza z powodu raka i czy rak wogóle należy do kategorji uszkodzeń wojennych.

Dzisiaj wiemy dobrze, że powstanie raka nie pochodzi od jednej przyczyny, że na powstanie to składa się wiele czynników, z których pierwsze miejsca zajmują podrażnienia przewlekłe, właściwości miejscowe i osobnicze, a także uspobienia rasowe i dziedziczne.

Zapatrywanie o znaczeniu drażnienia przewlekłego dla powstawania raka, potwierdzone dziś doświadczeniami początkowo opierało się w znacznej części na danych statystycznych, wykazujących częste usadowienia się raka w pewnych miejscach charakterystycznych, wystawionych na ustawiczne drażnienia przewlekłe i narażone na urazy, jak n. p. rak wargi dolnej, rak woreczka i dróg żółciowych w związku z kamicą, worka mosznowego u robotników w fabrykach aniliny i parafiny i t. p. — To też statystyka, najmłodsza gałąź badań lekarskich, ma obecnie w medycynie większe znaczenie.

Amerykański autor Fr. Hoffman, uwzględniając chyba największą liczbę wszelkich możliwych statystyk z dziedziny problemu raka, wysnuwa na podstawie szczegółowego badania cyfrowych danych wniosek o istotnym wzroście śmiertelności z powodu raka w krajach cywilizowanych; określa on śmiertelność roczną z raka na przeszło 500.000 ludzi. Geograficzne jego daty, dotyczące raka, oparte na porównawczych statystykach w pewnych wybranych krajach, skłaniają do przyjęcia wniosku, że wszystkie postacie raka wykazują wzrost liczbowy, lecz naturalnie w różnym stopniu. Największa śmiertelność jest stanowczo w Europie, najmniejsza w Afryce. Śmiertelność z powodu raka jest wyjątkowo wysoka w Szwajcarji, Bawarji i Niderlandach, nadzwyczaj rzadka wśród Indjan północno-amerykańskich i wśród pierwotnych ras Afryki. Częstość raka wogóle zmniejsza się w miarę zbliżania się do równika, czyli wzrost raka zbiega się ze zmniejszeniem opadania ciepłoty i opadami deszczowemi. Różne kraje pod tym względem wykazują też różne liczby: najjaskrawiej występuje to przy porównaniu częstości raka zewnętrznych narządów płciowych, który wśród tubylczej ludności w Indjach wschodnich 20—30 razy częściej się zdarza, aniżeli rak żołądka; u Japończyków rak przełyku i wargi górnej jest tak częstem zjawiskiem, że podobnie częstego pojawiania się jego nie stwierdza się u innych ludów. Płeć pod względem chorobowości raka wykazuje w liczbach jeszcze większą różnicę; na raka w niektórych krajach ginie 20—25% kobiet więcej, aniżeli mężczyzn. Że wiek wpływa na częstość raka, jest rzeczą ogólnie znaną. Długowieczność ludzka, zwiększająca się z postępem urządzeń higjenicznych, przyczynia się niezłomnie do powiększenia liczby przypadków raka wobec tego, że rak jest uprzewilejowaną chorobą wieku podeszłego. Najczęściej raka spotyka się w 5-tym, 6, 7-ym lub 8-mym dziesiątku życia, odsetek śmiertelności w późniejszym wieku maleje nieznacznie; jako przyczyna śmierci rak wyraźnie występuje u mężczyzn dopiero po 35-ciu latach, u kobiet zaś już od 30 roku życia. W Norwegji i Belgji śmiertelność raka jest największa w latach od 50 do 60, we Francji od 40—50, w Anglji 55—65 lat. Ogólnie uznany fakt liczbowego zwiększenia się raka wśród starszych osobników, został potwierdzony podobnemi spostrzeżeniami nad zwierzętami, n. p. u psów Baschford, w wygłoszonym referacie na Zeździe lekarskim w Budapeszcie, stwierdził, że samoistny rak u myszy powstaje w wieku podeszłym, dopiero w 18-ym miesiącu życia, podobnie stwierdzili to także inni. W związku z tem pozostaje ciekawe spostrzeżenie, że rasy, wykazujące szybsze starzanie się, częściej zapadają na raka i to już we wczesnych okresach życia. Według Beutull'a w Anglji ludzie zapadają na raka najczęściej w wieku 56—65, natomiast w Indjach południowych w Travancore już w wieku 36—45.

Dawniejsi autorowie przypuszczali, że nowotwory wogóle są wytworem cywilizacji i już Broca uważał pierwotne rasy za wrodzenie odporne w stosunku do raka. Ostatnie lata nagromadziły szereg nowych spostrzeżeń, zbijających pewnik, że rak nadzwyczaj rzadko występuje wśród ludów pierwotnych. Meldorf składa sprawozdanie o śmiertelności w Grenlandji, gdzie wśród 5032 przypadków śmierci stwierdzono 37 razy przyczynę śmierci z powodu raka. De-Bovis w stanie Kolumbji Ameryki Północnej stwierdził w przeciągu ostatnich 25 lat, że rocznie umiera z powodu raka przeciętnie 46 białych i 41 kolorowych mężczyzn. Według statystyki Edwardsa w Północnych Stanach Zjednoczonych Ameryki ilość raka w czasie od 1883 do 1907 wzmogła się wśród białych z 51,1 na 80,5 na 100.000 ludności, natomiast wśród kolorowych z 41,4 na 53,6. W świetle statystyki Niblocka, obejmującej materjał szpitalny z General Hospital w Madrasie stwierdzono w czasie od 1896 do 1901 r. wśród Hindusów i Mahometan raki w większym odsetku, aniżeli u europejczyków. Zasługuje na uwagę spostrzeżenie, że murzyni po zniesieniu niewolnictwa daleko częściej zapadają na raka, zwłaszcza u kobiet rak macicy jest częstszy, niż u białych. Prócz tego znane są przypadki raka »Kangri« na piersi wśród tubylczej ludności w Afganistanie, która pędzi żywot koczowniczy w górach z powodu noszenia ze sobą piecyka, lub rak twarzy wśród ludności Cejlonu, spowodowany, jak przypuszczają, rzuciem orzecha betel, analogicznie do raków kominiarskich lub raków, wywołanych promieniami Roentgena.

Najmniej jest opracowana statystyka raka u cyganów, natomiast ciekawe dane poświęcone są tej chorobie wśród żydów. Statystyki podają sprzeczności, które zapewne wytłumaczyć dałyby się krańcowością bogactwa i nędzy u żydów. Fizycznie żydzi dzisiejsi są raczej aryjczykami, niż semitami. Szczególnie rak macicy u żydówek jest stosunkowo do innych kobiet nader rzadki, co Hoffman stara się wytłumaczyć lepszem ukrwieniem narządów płciowych u żydówek wobec niedokrwistych kobiet innych ras, natomiast rak piersi jest u nich częstszy. Dr. Felix Theilhaber z Monachjum podaje w »Jüdische Volkskunde« z marca 1910, że Steinhelm w ciągu 35-ciu lat wśród biednej ludności miasta, liczącego 25—30 tysięcy mieszkańców, nie zauważył ani jednego przypadku raka macicy u Żydówek.

Knopfel z Darmstadtu wykazał, że śmiertelność z powodu raka u żydów jest większa, niż u ras innych, szczególnie ponad 70 lat, (więcej starców u Żydów), mimo to jednak myśli, że rak u żydów trafia się rzadziej, niż u innych, co tłumaczyłby sobie tem, że żyją oni przeważnie według zasad higjeny religijnej.

Poza rasą i sposobem życia, miejscowe własności natury, gruntu i częstości opadów, jakoteż hydrograficzne wpływy mogą mieć pewne znaczenie, na co wskazują w swoich pracach Kolb, Behl'a, Poppelmann, Prinzing, Harland i Odier.

Według najnowszych danych Lubarscha w Niemczech, na 992,350 wszystkich zgonów w 52,000 przypadkach stwierdzono raka, co wynosi 5,6%; inne nowotwory stwierdzono w 5,000 przypadkach. t. j. 0,6%.

W sprawie dziedziczności nowotworów autorowie po dziś dzień nie doszli do porozumienia i nagromadzony kazuistyczny materjał nie może kategorycznie rozstrzygnąć tej ważnej sprawy. Przykładów rodzin rakowych w piśmiennictwie lekarskiem mamy sporo, znana jest rodzina Napoleona I., który zginął na raka żołądka, ojciec i siostra jego zmarli z tej samej przyczyny. Podobne przykłady opisują Broca, Lettule, Leyden, Kuhn i inni. Geinac, zbierając szczegółowe dane wywiadowcze, stwierdził wśród 210 chorych na raka w 8,6% tę samą chorobę u bliższych krewnych, zaś w 3,8% u rodziców tychże chorych. Niezmiernie ciekawe są przypadki »obopólnego raka« (*cancer á deux*), t. j. raka jednocześnie u męża i żony, powstałego albo równocześnie lub w krótkich odstępach czasu. Takie przypadki trafiają się coraz częściej i szczegółowe badania, przeprowadzone w Badenie, wykazały, że zdarzają się również przypadki, kiedy mąż, straciwszy małżonkę z powodu raka, wstępował poraz drugi w związek małżeński i po upływie już kilku lat tracił drugą żonę z tego samego powodu. W tych przypadkach mąż odgrywał jakgdyby rolę »przenośnika«. Inni autorowie stwierdzali w przypadkach »*cancer á deux*« usadowienie się raka w różnyc miejscach, przeważnie w narządach wewnętrznych i fakt ten tłómaczą oni »mieszkaniowem zakażeniem się«. Najbardziej przekonywującemi, odnośnie do dziedziczności raka, są liczne doświadczenia na zwierzętach, wykonane przedewszystkiem przez Bashford'a i duńskiego uczonego Jensen'a. Zasługują jeszcze na uwagę przypadki raka u kilku członków tej samej rodziny, powstałe zazwyczaj w jednym i tym samym narządzie, co niektórzy starają się wytłómaczyć dziedziczeniem miejscowej anomalji lub usposobieniem. Jako przykład tego rodzaju dziedziczenia autorowe przytaczają przypadki *xeroderma pigmentosum.*

Przechodząc do zestawień anatomicznych, będę się zawsze starał przytaczać równocześnie po kilka dla porównania; i tak statystyka Riechelmana podaje opis 711 przypadków raka, wyprowadzona w zakładzie prof. Hansemana, Feilchenfelda ze szpitala miejskiego z Berlina od prof. Bendy, obejmuje 507 przypadków raka, Redlich podaje za następne 5 lat z tej samej pracowni 496 przypadków, w ostatnich zaś latach Bejach podaje statystykę, opierającą się na 692 przypadkach.

W. Nowicki od grudnia 1896 do 1903 r. włącznie przestudjował 7006 sekcyj z Zakładu anatomji patologicznej U. J. we Lwowie, na tę liczbę sekcyj było raków 366 t. j. 5,27,%, ja zaś przejrzałem w międzyczasie od r. 1904 po 1920 włącznie w tym samym zakładzie 13,976 wykonanych sekcyj, z czego na raka przypadło 831 t. j. 5,95%.

Przystępując do opracowania statystyki raka od 1903 do 1920 włącznie we Lwowie, uważam, że praca moja jest bezpośrednim dalszym ciągiem statystyki prof. Nowickiego, jako praca, wykonywana w tym samym instytucie i w tych samych warunkach.

Zaznaczyć wypada, że lata wojny zmusiły kierownika, jakoteż wszystkich asystentów do zaciągnięcia się do szeregów i wyjazdu ze Lwowa. Wskutek wypadków wojennych, które szczególnie ciężko dotknęły Lwów, a tem samem jego zakłady uniwersyteckie, liczba wykonanych sekcyj w latach wojennych zmalała, uniemożliwiając tem samem przeprowadzenie porównawczych badań nad zachowaniem się wpływu wojny i niedostatecznego odżywiania na wzrost lub zmniejszenie się częstości raka w materjale sekcyjnym tutejszego zakładu.

Za granicą podobne porównawcze prace ogłosili F. Janowitz i W. Rau.

F. Janowitz (Zeitschr. f. Krebsforschung T. 18. 1921), opierając się na różnych zdaniach o wpływie nienależytego i nieodpowiedniego odżywienia w czasie wojny na ilościowe zachowanie się nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, przystąpił do porównawczych badań statystycznych w szpitalu Rudolfa Virchova w Berlinie za 4 lata przedwojenne 1911—1914 i 5 lat wojennych 1515—1919. Szczegółowe liczby, dotyczące umiejscowienia nowotworów w poszczególnych odcinkach przewodu pokarmowego i inne dane, upoważniły F. Janowitz do wniosku, że w powyższym szpitalu nie można stwierdzić różnicy co do ilości i zachowania się nowotworów przewodu pokarmowego w okresie przedwojennym i w czasie wojny.

W. Rauidem w porównawczej statystyc sekcjonowanych przypadków raka i innych nowotworów z 5-ciu lat wojennych (1914—1919) i 5-ciu lat pokojowych (1909—1914), w patologicznym Instytucie Szpitala miejskiego Drezno-Friedriechsstadt po zestawieniu szeregu liczb dochodzi do wniosków, iż materjał sekcyjny wykazuje przyrost raków u mężczyzn, ubytek u kobiet. Autor, zdając sobie sprawę z tego, że jego statystyka nie może mieć znaczenia ogólniejszego dla określenia zachowania się nowotworów złośliwych w czasie wojny, wyprowadza wnioski z zastrzeżeniem. Przewód pokarmowy w czasie wojny rzadziej był zajęty rakiem u mężczyzn, natomiast częściej u kobiet; narząd oddechowy był nim zajęty częściej w czasie wojny i to u obu płci. W narządach płciowych u kobiet rzadziej stwierdzano raka w czasie wojny w porównaniu do czasu pokojowego.

Ciekawe są ostatnio ogłoszone dwie statystyki nowotworów wśród żołnierzy, biorących udział w wojnie europejskiej i wyróżniające się dość rażącemi wahaniami. Hansemann podaje ze szpitala Virchowskiego śmiertelność z powodu nowotworów na 3,8%, Wütroldt zaś, opierając się na statystyce z całej armji niemieckiej, wyprowadza liczbę na 28,1%.

W związku z tem jest sprawa statystyki raków w wieku młodocianym. Piśmiennictwo o raku w wieku młodszym jest wogóle dość szczupłe. Najwięcej opisanych przypadków dotyczy wieku od lat 14 do 16 i najczęściej spostrzegano go w nerkach lub jajowodach. Statystyka Koebersa z rządowych zakładów w Hamburgu z r. 1908 przytacza jedyny przypadek raka nerki w 15-tym roku życia. W doktorskiej rozprawie v. Holtza jest opis trzech przypadków raka w wieku młodocianym. W tej liczbie autor opisuje raka żołądka u dziewczynki lat 15 i sądzi, że jego przypadek jest pierwszy tego rodzaju. Analogiczny przypadek w wieku młodym referowałem w r. 1917 w »Polskim Miesięczniku lekarskim«. Herzog ogłasza szczegółowo przypadek raka wątroby u 13-letniego chłopca, Fröhlich opisuje nawet przypadek raka wątroby u jednorocznego dziecka, z polskich autorów w statystyce Reichmana figuruje opis raka u 12-letniego dziecka, podobny przypadek o oryginalnym rozwoju podaje Dobijowa. Harbitz i Platau stwierdzili wśród 2101 spostrzeżonych przypadków raka w ciągu 15 lat w instytucie patologicznym w Chrystjanji 5 przypadków raka u jednostek poniżej lat 20-stu.

Mała liczba ogłoszonych przypadków tłómaczy się w znacznym stopniu mylnem przekonaniem starszych lekarzy, iż rak zdarza się tylko w wieku podeszłym. Należy przypuszczać, że w statystykach wiele przypadków raka uchodzi za inne guzy, wychodzące z trzustki lub prawego płatu wątroby i t. d. Według statystyki Uniwersytetu Warszawskiego rak przed 30-tym rokiem życia stanowi 8,4% wszystkich raków.

W naszych 831 przypadkach poniżej 20 lat mieliśmy jednego mężczyznę i kobietę z rakiem żołądka, 2 kobiety z rakiem wychodzącym z narządów rozrodczych i jedną kobietę z usadowieniem się raka na skórze w pachwinie, razem cztery przypadki czyli 0,22% przypada na mężczyzn i 0,7% na kobiety. Nadto mieliśmy sposobność rozpoznania raka odbytnicy kilka razy u osobników między 21 a 26 rokiem życia.

Najwięcej przypadków raka było między 40—50 rokiem życia — 261, z czego wśród mężczyzn 134 (29,9%), wśród kobiet 127 (33,1%). Między 21—30 było 40 przypadków, w czem mężczyzn 15 (3,35%), kobiet 25 (6,5%), między 31—40 było 134 przypadków, w czem mężczyzn 55 (12,2%), kobiet 79 (20,4%). Tę stosunkowo znaczną różnicę na korzyść kobiet należy odnieść przedewszystkiem do raka macicy, który właśnie między 20 a 40 rokiem występuje wcale często.

Omówiwszy w ten sposób częstość występowania raka,

stosunek tej częstości u mężczyzn i kobiet, a wreszcie wiek, przytoczymy liczbę stwierdzonych raków w poszczególnych latach naszego zestawienia, a więc:

Rok	Ilość wykonanych sekcyj	Ilość stwierdzonych raków	Odsetek
1904	1004	67	6,67%
1905	996	58	6,–%
1906	1018	64	6,28%
1907	964	52	5,39%
1908	998	50	5,05%
1909	1014	56	5,52%
1910	932	49	5,25%
1911	1028	60	5,83%
1912	1028	64	6,22%
1913	1135	59	5,20%
1914	750	42	5,60%
1915	142	11	7,75%
1916	406	39	9,80%
1917	640	32	5,–%
1918	683	49	7,18%
1919	473	34	7,18%
1920	765	45	5,88%

W naszym Instytucie od 1904 do 1920 r. włącznie wykonano 13,976 sekcyj, z czego było raków 831 t. j. 5,94%, Nowicki wyprowadza dla okresu czasu od 1896 r. do 1904 r. procentowo 5,27.

W roku 1921 na 915 sekcyj stwierdzono 63 przypadków raka t. j. 6,8%.

W roku 1922 na 880 sekcyj stwierdzono 58 przypadków raka t. j. 6,6%.

W roku 1923 na 911 sekcyj stwierdzono 76 przypadków raka t. j. 8,3%.

Znaczny postęp w djagnostyce zapewne wpływa na dające się zauważyć zmniejszenie ilości raków nierozpoznanych. Na ogólną ilość zebranych przezemnie 831 przypadków raka nierozpoznano za życia choroby tej w 259 przypadkach czyli 31,1% (nie wliczam w liczbę tę przypadkó przysłanych z rozpoznaniem »*in agonia*« oraz te, w których w miejsce raka rozpoznano nowotwór złośliwy innego rodzaju lub przypadki z niezupełnie ściśle określoną siedzibą pierwotnego nowotworu); prof. Nowicki wyprowadza dla nierozpoznanych za życia przypadków odsetek 33,8.

Według Richelman'a nierozpoznane raki w szpitalu Friedrichsheim w Berlinie stanowią 21,9%, według Hoffmann'a dla szpitali w Kolonji wynoszą liczbę 19,5%, według Bashford'a dla szpitali londyńskich 16%. Według Lubarsch'a odsetek pomyłek djagnostycznych dla raków narządów wewnętrznych wynosi 32%.

Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że z biegiem lat ulepszone metody badania przyczyniły się do wykrycia większej ilości raków. Z powyższej przyczyny, jak sądzi również Kuhn, zachodzić może pozorne zwiększenie się częstości raka, a więc przy niezwiększonej nawet w rzeczywistości liczbie zmarłych z powodu raka występuje podnoszenie się krzywej z tego powodu, że większa ilość takich zmarłych przeszła do statystyki. C. d. n.

Oceny i sprawozdania.

Atlas du Cancer, wydawany staraniem Association Française pour l'étude du Cancer. Librairie Felix Alcan Paris.

Francuskie Towarzystwo do walki z rakiem przystąpiło do skatalogowania ikonograficznego najrozmaitszych rodzajów raków wszelkich narządów. Powołany Komitet z Pierre Delbet na czele postanowili ujednostajnić mianownictwo międzynarodowe rakowe, wprowadzając w krótkim opisie w tekście, obok nazwy najbardziej uzasadnionej i rozpowszechnionej, szereg spotykanych synonimów a dalej podają morfologję, fizjologję, skłonność do szerzenia się przerzutowego i uogólnienia się poszczególnych raków oraz różną wrażliwość ich na działanie promieniotwórcze.

Wspaniałe ryciny barwne preparatów histologicznych *in quarto* oraz krótki tekst, obejmujący najrozmaitsze nżywane nazwy, niewątpliwie przyczyni się do ułatwienia międzynarodowego porozumienia się i usunięcia bałamuctw, tak często jeszcze spotykanych w mianownictwie naukowem, a które niekiedy utrudniają zrozumienie rzeczy nader ważnych.

Ukazywanie się wydawnictwa jest perjodycznem i ukazuje się zeszytami. Narazie nabyłem 2 pierwsze zeszyty. Pierwszy zeszyt poświęcony jest rakowi skórnemu, II. zeszyt innym rodzajom raków. Całość zapowiada rzecz nadzwyczaj wartościową. *W. Janusz.*

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin d l'association Française pour l'étude du Cancer. Nr. 7. 1924 r.

K. Itehikawa, S. Baum i I. Uwatoko. **Badania doświadczalne i porównawcze nad rakiem co do zachowania się nerwów obwodowych w przebiegu rozwoju raka eksperymentalnego.** Istnieje oddawna znany związek między rozwojem nowotworów a obwodowym układem nerwowym. Wymienieni autorowie przystąpili do badań nad wykazaniem obecności nerwów obwodowych w pogazowych rakach doświadczalnych. Praca ich wykonana została w pracowni prof. Roussy dzięki znacznej subwencji japońskiego Komitetu do walki z rakiem. Autorowie ci badali tak skórę zdrowych królików i myszek, jakoteż skórę z poszczególnych okresów raka eksperymentalnego stosując, metodę Ehrlich'a z błękitem metylenu, dalej metodę Sihler'a według Gad'a i Bieichowsky'ego. Badania ich wykazały, że nowotworzące się naczynia włoskowate krwionośne i chłonne w podścielisku rakowem zawierają cienkie włókna nerwowe świeżo powstałe. Nerwy obwodowe rozwijają się w pewnych tylko miejscach nowotworu i dopiero z biegiem rozwoju raka rozsypują się w przestrzeniach międzyrakowych, przenikając je w głąb. Widocznych zmian degeneracyjnych we włóknach nerwowych nie dostrzega się, chyba tylko w przypadkach przenikania komórek rakowych w same nerwy. W podścielisku zaś stwierdza się zaledwie mniej lub większy rozrost włókien nerwowych. Z biegiem rozwoju komórek nabłonkowych, istniejące włókna nerwowe w warstwie podstawnej, rozmnażają się i wydłużają się aż do komórek ziarnistych. Niekiedy zostają włókna nerwowe otorbione przez zrogowaciałe masy. Wspomniane zmiany najwybitniej występują w okresach najbardziej zbliżonych do raka albo w dojrzałym już nowotworze rakowym. Włókna nerwowe, powstałe z naczyń chłonnych i krwionośnych, otaczają zwykle małe ogniska rakowe, a z biegiem ich wybujania włókna przedostają się w głąb tych ognisk. Praca objaśniona jest rycinami, a nawet bardzo ładną tabelą barwną. W następnym zeszycie autorowie, na dowód możliwości wyróżnienia włókien nerwowych od włókien sprężystych, opracowali wybiórczą metodę barwienia fukseliną i orceiną. Przy pomocy tej metody autorowie przeprowadzili badania kontrolne, które w zupełności potwierdziły istnienie włókien nerwowych w rakach eksperymentalnych u królików i myszek.

P. Menetriez i M. Derville. **Rak eksperymentalny żołądka szczura, wywołany zapomocą smoły pogazowej.** Po nieudałych próbach z przeciąganiem przez ustrój zwierząt laboratoryjnych drucików nasmolonych, autorowie zastoso-

wali technikę podawania smoły pogazowej zapomocą strzykawki w okolicę nerki lewej i jej najbliższe sąsiedztwo. Od 7 lipca r. 1923 do 28 marca 1924 r. autorowie zastrzyknęli 9 razy smołę pogazową po 4—5 kropel każdorazowo. Od 4 kwietnia do 6 czerwca autorowie zastrzyknęli 10 razy w podobnych dawkach olej cedrowy. Wreszcie, chcąc zmienić rodzaj bodźca drażniącego, autorowie zastosowali już w okresie daleko posuniętego charłactwa czysty kreożot, poczem zwierzę 18 czerwca 1924 r. zginęło. Autopsja wykazała w jamie otrzewnej obecność mas, zbitych, o spoistości serowatej a prócz tego zbite zrosty włókniste spajające żołądek, śledzionę, nerkę lewą, trzustkę i nadnercze. Badania drobnowidowe wykazują zanik narządów miąższowych i przerost ich tkanką łączną, wśród której widoczne są drobne ogniska smoły. W żołądku autorowie stwierdzili, obok przewlekłego obrazu zapalnego, rozrost nabłonka pokrywkowego żołądka, nowotworowe ogniska brodawczakowe i ubytki zupełnie odpowiadające wrzodzeniom rakowym. Ważnem jest podkreślić fakt współistnienia stanu rozrostu nabłonka, jako odczynu na obecność smoły pogazowej w najbliższem sąsiedztwie żołądka, która to smoła w żadnym skrawku nie przeszła głębiej, poza mięśniówkę. Autorowie sądzą, że z podawanych substancyj drażniących jedynie tylko smoła pogazowa posiada rakotwórczą zdolność, a, rozpuszczające się w sokach, składniki jej powodują niewątpliwie działanie drażniące. Ciekawym jest fakt, że w tym przypadku w żołądku dało się stwierdzić wszystkie okresy rozwoju raka eksperymentalnego, a więc od zwykłego rozrostu nabłonka poprzez nowotwór dobrotliwy brodawczakowy aż do typywego raka.

W. Janusz (Lwów).

Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale.

Z. 2. 1924.

P o l i c a r d i D o u b r o w. **Badania histochemiczne nad zawartością popiołu w tkankach rakowych.** W badaniach swoich autorowie zastosowali nową metodę, polegającą na utrwalaniu świeżych tkanek w następującym roztworze: NaCl 0,8, wody 90 i formolu 10 w ciągu 4—8 dni, następnie po przyrządzeniu skrawków mrożonych, przeprowadza się je zapomocą wody zwykłej na płyty metalowe i wysusza się przez kilka dni w eksikatorze z kwasem siarkowym. Tu ulegają skrawki spopieleniu. Preparaty kontrolne barwią się zwykłemi metodami, a popiół bada się drobnowidem dwuocznym Badania wykazały, że zwykły rak płaskokomórkowy zawiera bardziej skąpe ilości składników spopielonych, niż rak gruczolakowy. Raki rozpadające się okazują dużą zawartość składników mineralnych. Tkanka tłuszczowa, jakoteż młoda tkanka łączna o charakterze zarodkowym, pod wpływem żaru nie ulega skurczeniu się i zawiera zaledwie nieznaczne ilości składników popiołu. Starsza tkanka łączna, już zróżniczkowana, kurczy się nadzwyczaj silnie i zawiera obfity popiół, składający się przeważnie z połączeń wapniowych. Porównawcze spalania nowotworów dobrotliwych i złośliwych wykazały u ostatnich dużą zawartość węglanu potasowego nieczystego a skąpe ilości wapnia, natomiast popiół z nowotworów dobrotliwych zachowywał się wręcz przeciwnie. Zawartość *K* i *Ca* ma, zdaniem autorów, ważne znaczenie w tłumaczeniu ekspansywności wzrostu nowotworów: połączenia potasowe pobudzają wzrost, natomiast połączenia wapniowe wywierają hamujący wpływ na zdolność rozrastania się.

W. Janusz (Lwów.)

Zieglers Beiträge z. pathol. Anat. und allg. Pathologie.

D a m i s c h. **W sprawie pochodzenia t. zw. karcinoidów wyrostka robaczkowego.** Raki, wychodzące z wyrostka robaczkowego, pojawiają się pod dwoma postaciami. Jedną są typowe raki cylindryczne, szybko rosnące, dające przerzuty i nawroty, drugą nowotwory nabłonkowe, bardzo podobne do raków, okazujące jednak cechy nowotworów dobrotliwych nazwano je karcinoidem. Co się tyczy ich pochodzenia, jedni zaliczają je do zmian pochodzenia rozwojowego, inni twierdzą, że są to typowe raki, wychodzące z komórek gruczołów Lieberkühna. W ostatnich czasach tłumaczy Masson inaczej powstawanie karcinoidów. Opierając się na badaniach Kulczyckiego, który wykazał wśród komórek nabłonka przewodu pokarmowego u psa, a także w kryptach gruczołów wyrostka robaczkowego u człowieka pewne komórki, zawierające ziarnistość zasadową, twierdzi Masson, że karcinoidy powstają z bujania tych właśnie komórek. Ponieważ komórki opisane są komórkami chromo-chłonnemi i redukują srebro amonjakalne, tak samo, jak komórki zwojowe współczulne przewodu pokarmowego, sądzi Masson, że karcinoidy należy zaliczyć do nowotworów pochodzenia nerwowego, nie daje jednak na to pewnych dowodów. Autor stara się sprawę tę wyjaśnić przez wykazanie związku między komórkami srebro-chłonnemi gruczołów Lieberkühna, a komórkami zwojowemi ściany jelitowej.

Ponieważ nie udało mu się to w wyrostku u ludzi dorosłych, bada on wyrostki i zwoje nerwowe u płodów. We wczesnym okresie płodowym nie stwierdza się komórek srebro-chłonnych ani w gruczołach Lieberkühna, ani też w ścianie jelitowej, jedynie tylko w zwoju słonecznym *(ganglion solare)*. Później dopiero zaczynają się one pojawiać w otoczeniu komórek zwojowych Meissnera. Powstają one albo przez podział tych współczulnych komórek zwojowych albo też przywędrowują tutaj ze zwoju słonecznego równocześnie z wzrastającemi włóknami współczulnemi. Następnie spotyka się je w gruczołach Lieberkühna, są one zatem rzeczywiście komórkami pochodzenia nerwowego. Komórki karcinoidów pod każdym względem odpowiadają komórkom srebro-chłonnym w gruczołach Lieberkühna. Jako przyczynę powstania tych guzów należy uważać przewlekłe stany zapalne i towarzyszące im w celu odnowy bujanie komórek w zagłębieniach gruczołów Lieberkühna.

T. LXXII. Z. 1.

B. G r u b e r i E. K r a t z e i s e n. **Przyczynek do anatomji patologicznej wrzodów żołądka i dwunastnicy.** Autorzy badali na materjale sekcyjnym w Moguncji sprawę wrzodów żołądka i dwunastnicy i przychodzą do następujących wniosków. Na 2975 zwłok stwierdzono w 169 przypadkach wrzody lub blizny po wrzodach żołądka i dwunastnicy. Występują one w każdym wieku i u obojga płci, w żołądku może nieco częściej, jak w dwunastnicy. W żołądku wrzody usadowione są najczęściej w zakresie krzywizny małej w pobliżu odźwiernika, w dwunastnicy na tylnej części jej ramienia poziomego. Co się tyczy pochodzenia wrzodów, na podstawie statystyki anatomicznej pewnych danych nie mamy, znajduje się je najczęściej u ludzi z miażdżycą tętnic, wadami serca i zastoiną. Schorzenia mózgu i nerwów nie mają tu znaczenia. Złe gojenie się wrzodów tłumaczyć można złem odżywieniem dna wrzodu, następnie wzmożonemi ruchami robaczkowemi i skurczami spastycznemi, powstającemi na tle wrzodów w ich otoczeniu. Wrzód, jako bezpośrednią przyczynę śmierci, stwierdzono w 22 na 120 przypadków u ludzi z wrzodem żołądka, a u 10 na 64 u ludzi z wrzodem dwunastnicy. W dwunastnicy na tylnej ścianie usadowione wrzody powodują krwotoki, rzadkie, usadowione z przodu, mają dążność do przebicia, dlatego są one niebezpieczne. Co się tyczy gojenia się wrzodów, na 66 wrzodów żołądka, stwierdzono 23 razy zmiany bliznowate, na 43 zaś wrzodów dwunastnicy 18 razy, więc wrzody dwunastnicy nie są złośliwsze od wrzodów żołądka. W pobliżu blizn dwunastnicy wytwarzają się uchyłkowate wypuklenia błony śluzowej. P r z e j ś c i e w r z o d u w r a k a s t w i e r d z i l i a u t o r z y t y l k o w 1 p r z y p a d k u, z a t e m m n i e j, j a k w 1% p r z y p a d k ó w, jakiegoś stosunku między bliznami a bujaniem rakowem nie udało im się wykazać.

Schusterówna (Lwów.)

Medizinische Klinik.

Nr. 48. 1924.

D e n k. **Rak języka i przełyku.** Zdaniem autora rak języka, płaskokomórkowy, należy do najbardziej złośliwych, szybko przechodzi na dno jamy ustnej i także podniebienie, daje przerzuty drogą naczyń chłonnych, przyczem w gruczołach podszczękowych obustronnie lub skrzyżowanie, sięgając na szyji aż do obojczyków. Etjologicznie znaczną rolę odrywa palenie tytoniu, kiła i uraz miejscowy. Dotyczy ono

częściej mężczyzn, niż kobiet; na Wschodzie u kobiet palących tytoń występuje częściej, niż u nas. Wobec częstego występowania u kiłowych nazwano go rakiem kiłowych palaczy. Rokowanie bardzo wątpliwe ze względu na szybkie zajęcie dna jamy ustnej. Operacja polega na wycięciu przez usta rozszerzone, przez cięcie od kąta ust na zewnątrz. Gruczoły usuwa D. obustronnie. Pomimo stosowania znieczulenia miejscowego, śmiertelność pooperacyjna jest bardzo znaczna.

Płaskokomórkowy rak przełyku występuje głównie w 3 miejscach:

1. w miejscu podziału tchawicy; 2. w dolnym odcinku nad wpustem i 3. rzadko w górnej części. Etjologicznie odgrywają rolę: 1. spożywanie gorących potraw, 2. alkohol, 3. dziedziczne obciążenie, 4. zwężenie przełyku. U ludzi młodych przy różniczkowaniu należy uwzględnić spastyczny skurcz wpustu. Oesophagoscopja i Roentgen ustalają rozpoznanie. Leczniczo — przetoka żołądkowa. Roentgen i radjum zawodzą.

E i s e l s b e r g. **Leczenie operacyjne raka żołądka.** Rak żołądka występuje w 41% wszystkich przypadków raka: u kobiet ma przebieg łagodniejszy i wyniki leczenia operacyjnego bywają lepsze. Pod względem etjologicznym zasługują na uwzględnienie: urazy, pasożyty i pokarmy roślinne. Najczęściej usadowiony w odźwierniku; w 10% powstaje na tle wrzodu Przerzuty w jamie Douglas'a i w jajnikach. Wczesne rozpoznanie trudne — początkowy okres bez objawów. Leczenie jedynie operacyjne sposobem Billrotha II. t. j. po wycięciu — zespolenie tylne pozapoprzecznicowe. Dwuczasowe operowanie i zakładanie przetoki krezkowej — jejunostomję E. odradza. Wyniki niepewne — często występuje posocznia, jako skutek ogólnego wyczerpania odporności ustroju.

R u b r i t i u s. **Rak gruczołu krokowego.** R. rozróżnia 3 postaci: 1. zwyrodnienie rakowate przerosłego gruczołu krokowego; 2. rak ograniczony do gruczołu krokowego; 3. rak, który szybko przerasta w otoczenie i powoduje nacieczenie rakowe kości miednicowych. Postać pierwsza pojawia się w 10—20% przerostu gruczołu krokowego, rozpoznajemy głównie badaniem drobnowidowem — przed operacją prawie niemożliwe. Postaci następne łatwo rozpoznać dzięki charakterystycznej twardości guza, szybkiemu jego wzrostowi. Leczenie operacyjne możliwe, o ile guz ograniczony, co do samego gruczołu krokowego wyłuszczenie drogą kroczową. Naświetlanie promieniami X wywołuje nieraz wybitną poprawę, a głównie sprawia ulgę choremu

S t e i n d l. **Rak pęcherzyka żółciowego i trzustki.** W 10% przypadków raka pęcherzyka rozpoznano kamicę; należy wobec tego u starszych ludzi liczyć się z tem i tem chętniej operować kamicę żółciową, gdyż pod jej postacią często kryje się rak. W początkowych okresach daje się doszczętnie usunąć. Rak trzustki przebiega pod postacią przewlekłego zapalenia — rozpoznanie właściwe trudne — wyniki operacyjne nielicznych przypadków bardzo złe.

A. F r a e n k e l. **Rak piersi.** Co do pochodzenia, należy uważać raka piersi za raka skórnego, wobec tego, że gruczoł mleczny pochodzeniem swem jest pokrewny gruczołom skórnym. Etjologicznie ważnym jest uraz, czego dowodzi też częstość pojawiania się u kobiet, u których narząd ten jest tak wybitnie narażony na działanie czynników zewnętrznych. Należy bacznie śledzić za pierwotnemi zmianami pourazowemi; można będzie wówczas, znając je, owocniej walczyć w okresie powstawania raka. Guzy pojedyncze, ruchome, niebolesne należy zawsze traktować ostrożnie — gdyż często pod postacią »łagodnych« guzów rozwija się rak. Małe guzy dają nieraz wczesne liczne i duże przerzuty. Leczenie — tylko operacyjne we wczesnym okresie.

H a j e k. **Rak krtani.** Leczenie operacyjne we wczesnych okresach daje dobre wyniki. H. zna przypadki wyleczone po 25 latach od operacji. Czynnościowo uzyskuje się znaczną sprawność. Najczęściej występuje rak ten w gruczołach po $^1/_2$—1 roku. O ile nacieczenie rakowe występuje na zewnątrz chrząstek i zmiany w gruczołach są obecne — rokowanie jest zwykle niepomyślne; pozostaje wówczas Roentgen i radjum. Brodawczaki tylko u dzieci mają charakter łagodny, jakkolwiek dają nawroty; u dorosłych zaś zawsze należy być bardzo ostrożnym, gdyż często rak krtani występuje pod postacią brodawczaka.

B r e i t z e r. **Rak gruczołu tarczykowego.** Nagły, nieumotywowany wzrost dawniej istniejącego wola budzić winien podejrzenie raka. Rokowanie złe Leczniczo zaleca się naświetlanie, jako metodę z wyboru. Tracheotomja sprowadza znaczną ulgę. *T. Ostrowski* (Lwów).

Archiv für klinische Chirurgie

T. XXXII. Z. 1.

C. H a e b l e r. **O niszczeniu chrząstki przez raka.** Chrząstka w przypadkach sąsiadującego z nią rakowego procesu ulega początkowo zniszczeniu nie przez samą właściwą tkankę rakową, ale przez nacieczenia zapalne drobnokomórkowe, które, jak wiadomo, są charakterystycznym składnikiem tkanki łącznej w otoczeniu tkanki rakowej. Dopiero następowo dostaje się do chrząstki właściwa tkanka rakowa i ta powoduje dalszy proces zniszczenia chrząstki. Podnieść należy, że komórki tkanki chrzęstnej stosunkowo są bardzo odporne na owe niszczące działanie tkanki rakowej.

G. K ö r b l e r. **Badania nad działaniem surowicy krwi i osocza chorego rakowego na tkankę w eksplantacie.** Surowica krwi działa niszcząco na tkankę eksplantatu, przyczem to działanie niszczące pojawia się najsilniej w zakresie tkanki rakowo niezmienionej a należącej do chorego rakowego. U człowieka zdrowego działanie to jest nieznaczne, prawie żadne, o ile chodzi o działanie surowicy na samą tkankę rakową. Na podstawie swych badań autor potwierdza zapatrywanie, że w przypadkach raka zachodzi istotnie zasadnicza zmiana w ustroju chorym.

G. K e l l i n g. **Dalsze badania nad zagadnieniem nowotworów.** W zapatrywaniach swych na zagadnienie powstawania nowotworów opiera się autor przedewszystkiem na sile twórczej ustroju czy tkanki żywej, która działa nawet na najmniejsze przestrzenie tkaninowe i może oddziaływać na wszelkie przejawy życiowe tkanki lub komórki. Siły te znajdują się szczególnie w komórkach embrjonalnych i w gruczołach rozrodczych płodów. Dzięki licznym badaniom przekonano się, że tkanka embrjonalna może doskonale bujać na zwierzęciu innem i może nawet tworzyć nowotwory. Dalej wypowiada autor nieco dziwne zapatrywanie, że są także nowotwory, których powstanie należy odnieść do zakażenia komórek nabłonkowych tworami żywemi (*Lebenselemente*), mniejszemi nawet od samych komórek tkaninowych, które zachodzą bardzo prawdopodobnie w gruczołach rozrodczych płodów. *N.*

Wraczebnoje Obozrienje.

Nr. 9. 1924.

L e y d e n. **W sprawie etjologji raka.** Ciekawe dane, wygłoszone przez poważnego badacza Ferd. B l u m e n t h a l a w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie dnia 1. listopada roku ubiegłego, a następnie ogłoszone przez ucznia jego L e y d e n a w Berlińskiem piśmie rosyjskiem, zasługują na wyróżnienie ze względu na zwrot w kierunku bakterjologicznym.

Jak wiadomo, oddawna odnosili niektórzy powstawanie nowotworów do działania pasożytów. J e n s e n dowiódł jeszcze w roku 1901 możliwość przeszczepienia nowotworów na szereg generacyj zwierząt doświadczalnych (szczury, myszy, kury, psy i zające). Ale po dziś dzień niewytłumaczono przyczyny przyjęcia się wszczepu nowotworu w nowym ustroju. Jako niezbędny warunek dla pomyślnego wszczepienia nowotworów uważano nieuszkodzenie przeszczepianej komórki rakowej. Zapatrywanie to stara się obalić R o u x zapomocą doświadczeń, że mięsak kury, w postaci sproszkowanej albo w postaci wyciągu przesączonego, może również spowodować powstanie mięsaka. Doświadczenia powyższe dowodziłyby, że dla powstania nowotworów doświadczalnych niekonieczne jest zachowanie całości komórek; wobec tego przypuszczaćby należało istnienie działania niewidocznego zarazka przesączalnego, albo też ciała przyrody zaczynowej. W sprawie etjologji raka wysuwano szereg czynników, tłumaczących jego powstanie: 1. Schorzenia pasorzytnicze, jak

n. p. kiła i gruźlica, dalej pasożyty zwierzęce już dawniej uważane były za poważną przyczynę, współdziałającą w powstawaniu nowotworów złośliwych. Znane doświadczenia Fibiger'a wykazują, że najpierw powstaje zwykle nowotwór dobrotliwy, który dopiero z biegiem czasu przechodzi w bujanie rakowe lub mięsakowe. Pasożyty w danym przypadku powodują podrażnienie przewlekające się, które zmienia prawidłowy charakter komórek do tego stopnia, że w odpowiednich warunkach przeistaczają się one w komórki rakowe. W ten sposób powstaje schorzenie przedrakowe. 2. Podrażnienia nieorganiczne niemniej często uważane są również za przyczynę powstania raka, jak n. p. rak kominiarzy, rak pęcherza moczowego w fabrykach aniliny, rak płuc u robotników w kopalniach kobaltu i t. d. — w tych przypadkach substancja chemiczna ma znaczenie czynnika drażniącego. 3. Za przyczynę raka uważano podrażnienie mechaniczne, jak stłuczenie, uraz albo tarcie. Ostatniemi czasy doświadczenia Jamagiwa i Ishikawa dowiodły, jak wiadomo, możliwości wywołania raka doświadczalnego z przerzutami zapomocą drażnienia smołą pogazową.

Sprawa etjologji raka, jak widzimy, wciąż się obraca dookoła starej teorji drażnienia Virchowa. Blumenthal uważa, że rola drażnienia w powstawaniu nowotworów nie podlega żadnej wątpliwości, lecz rozstrzygające znaczenie ma nie tyle częstość podrażnienia, ile raczej jakość działającego czynnika drażniącego. Z tego wynika, że nie każdy czynnik może być czynnikiem drażniącym. Po tych wstępnych przesłankach doświadczenia Blumenthal'a niżej podane będą bardziej zrozumiałe. Lewis Schmith wykrył drobnoustrój w nowotworach roślinnych, zwanych »*Plantacancer*«, a nazwał go *bact. tumefaciens (tumor faciens)*. Schmith, Werner i Magnus zapewniają, że mechanizm powstania nowotworów pod wpływem drobnoustrojów wspomnianych jest zupełnie podobny do tego, jaki spostrzegamy u ludzi. Zdaniem ich, nowotwory rakowe u ludzi są wywołane również przez drobnoustroje tego samego typu (*bact. tumefaciens*). Drobnoustroje te, według Blumenthal'a, podobnie, jak osa po ukąszeniu, giną w komórkach tkankowych, a rola ich polega na prowokacji drażnienia. To też szukać ich należy tylko w okresie przedrakowym tak w tkankach u ludzi, jak także w roślinach. Blumenthal stwierdzał obecność drobnoustrojów nie tyle w samym miąższu nowotworowym ile raczej na obwodzie tychże, przeważnie w miejscach przejścia tkanki schorzałej w zdrową. Drobnoustroje te zupełnie odpowiadają *bact. tumefaciens*. Badania Blumenthala wzbudzają zaciekawienie z tego względu, że wykrycie przez niego drobnonstrojów w 12 przypadkach nowotworów złośliwych na 30 badanych chorych nowotworowych mogłyby tłumaczyć w pewnym stopniu znaczenia drażnienia dla stopnia rozrostu nowotworu złośliwego. W kilku przypadkach udało mu się wyhodować czystą kulturę, która, zastrzyknięta myszom i szczurom, wywoływała już po upływie kilku dni na miejscu wkłucia wymacalny guz, wielkości ziarna grochu. Guz ten utrzymywał się w ciągu 1—2 tygodni i ulegał przemianom wstecznym. W żadnym przypadku nie udało mu się otrzymać guza rozmiarów większych, który albo z biegiem czasu znikał albo zwierzę ginęło z powodu zatrucia Wobec tego Blumenthal wpadł na pomysł użycia zasady teorji drażnienia w doświadczalnem wywoływaniu nowotworów i pobudzenie rozrostu tychże. Zastosował on więc w doświadczeniach swoich środek drażniący. Do hodowli drobnoustrojów wspomnianych dodawał on krzemionkę i płyn obrzękowy, pobrany od chorej na raka. Ta mieszanka, podawana myszom, szczurom i morskim świnkom, wywoływała w ciągu 8—14 dni guz nowotworowy, dochodzący wielkości fasoli lub wiśni, a niekiedy nawet do połowy rozmiarów samego zwierzęcia doświadczalnego. W tych przypadkach, w których nowotwór z biegiem czasu znikał, autor uważa, że siły życiowe ustroju były na tyle znaczne, że potrafiły zwalczyć schorzenie wywołane. O ile, jak wiemy, Smithowi udało się wywołać u pstrągów nowotwór doświadczalny typu mięsaka zapomocą *bact. tumefaciens*, to Blumenthal otrzymywał dodatnie wyniki u zwierząt ciepło-krwistych i zimno-krwistych zapomocą *bact. tumefaciens* z domieszką krzemionki. Blumenthal na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego pokazał hodowlę drobnoustroju i preparaty doświadczalnie otrzymanych nowotworów oraz przerzuty tychże, stwierdzając: 1. że wyosobnione przez niego drobnoustroje z nowotworów ludzkich odnieść należy do grupy *bact. tumefaciens;* 2. że, zastrzyknięte zwierzętom, powodują nowotwory u szczurów, przechodzące aż do czwartej generacji; 3. otrzymane nowotwory mogą dawać przerzuty i od drugiej generacji histologicznie najwięcej przypominają utkaniem raka lub mięsaka myszy; 4. badane nowotwory doświadczalne w pierwszej generacji wykazują obecność drobnoustrojów. Blumenthal sądzi, że doświadczenia jego wskazują nie tyle na nowy żywy czynnik drażniący, ile raczej na czynnik przenoszący nowotwory do ciała ustroju. Wątpić należy, aby badania Blumenthal'a mogły rozstrzygnąć sprawę etjologji nowotworów, rzucają one jednak nowe światło na ostatnie zdobycze w tej dziedzinie i zasługują z tego względu na uwagę. *W. Janusz* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Wydawnictwa Polskiego Komitetu dla zwalczania raka.

Komitet wydaje »**Biuletyn Polskiego Komitetu dla zwalczania raka**« (*Bulletin du Comité Polonais pour la lutte contre le Cancer*). Pismo wychodzi co trzy miesiące. Redakcja: dr. Sterling-Okuniewski, Warszawa, Marszałkowska 41. Treść pisma stanowią artykuły oryginalne, streszczenia z piśmiennictwa, sprawozdania z czynności samego Komitetu oraz komunikaty, dotyczące sprawy walki z rakiem. Prócz tego staraniem Komitetu wyszły następujące broszury: 1. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski: O wczesnem rozpoznawaniu raka. — 2. Dr. Bronisław Bartkiewicz: Rak wargi dolnej. — 3. Br. Mikołaj Rejchman: Djagnostyka ogólna chorób przewodu pokarmowego. — 4. Nowotwory. Prace z zakładów Anatomji patologicznej Uniwersytetów Polskich. 1923. — 5. Prof. dr. Witold Nowicki: O chorobie raka i jej zwalczaniu. — 6. Dr. Bronisław Wejnert: Stosunek Szpitalnictwa do chorych na raka wobec rozpowszechnienia się tej choroby. (Odb. z P. Gaz. lek. 1922). — 7. Dr. Bronisław Wejnert: Rak przewodu pokarmowego. (Odb. z P. Gaz. lek. 1923). — 8. Dr. Bronisław Wejnert: W sprawie profilaktyki raka. (Odb. z P. G. L. 1924).

Bibljografja książek oryginalnych, poświęconych rakowi w piśmiennictwie światowem.

P. Lecène i G. Wolfromm: Cancer du rein, du la glande surrénale et des voies urinaires supérieures. 1 Volume de la »Bibliotèque du Cancer« Paris 1924 (Doin, éditeur).

Chalier i H. Moudor: Cancer du Rectum. 1 volume de la »Bibliothèque du Cancer« Paris 1924 (Doin, éditeur).

L. Berard i Ch. Dunet: Cancer thyroidien. Paris 1924 (Doin, éditeur).

J. Okinczyc: Cancer de l'Intestin. 1 volume de la »Bibliothèque du Cancer« Paris 1924 (Doin, éditeur).

A. Marguet: Etude sur le mode de propagation des cellules cancéreuses et les modifications des tissus infiltrés. Thése Faculté de Médecine. Paris 1924 (Am. Legrand édit).

R. Bonnenmaison: Modifications des éléments cellulaires dn sang chez les cancéreux. Paris 1924 (d. Arnette, édit.).

G. Roussy: L'état actuel du problème du Cancer. Collection »Science et civilisations« Gauthier-Villars et C-ie éditeurs. Paris 1924. – E. Duraux: Les Cancers. 1 volume de 268 pages Paris 1924. Masson et C-ie, éditeurs. — Congrès du Cancer. Strassbourg, 1923. Paris. Masson et C-ie éditeurs. Tome I. — Rapports. Tome II. — Comptes rendus des discussions et communications.

Fr. Bang: Bidrad til Studiet of Kraeftsygdomens Klinig og Pathogenese (Klinika i patogeneza schorzenia rakowego). Kopenhaga 1924.

C. Sternberg: Der heutige Stand der Lehre von den Geschwülsten, im besonderen der Karzinome. Wien. J. Springer 1924.

Cesury Duercy: La dermatosi precancerosa del Bowen. Roma 1924.

Zestawienie pism perjodycznych, poświęconych rakowi:

1. Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer. Paris. Édit. Masson et C-ie.
2. Archives d'Electricité Médicale et de Physiotherapie du Cancer. Bordeaux.
3. Les Néoplasmes. Paris.
4. Le Cancer, Journal Belge d'Etudes Cancérologiques. Bruxelles, 43, Rue des Eperonniers.
5. The Journal of Cancer Research. New-Jork.

6. Scientific Report of the Imperial Cancer Research Fund. London.
7. Rapport de l'Assoc. Cancérologiques Japonaise.
8. Zeitschrift für Krebsforschug.
9. Tumori. Roma.

Wszechpolski Zjazd w sprawie walki z rakiem.

Od kilku lat czynny Polski Komitet do zwalczania raka, mający siedzibę w Warszawie, urządził Zjazd w Warszawie w dniu 14 grudnia z. r. w celu rozciągnięcia akcji walki z rakiem na wszystkie ziemie Rzeczypospolitej. Podjęcie tej akcji w całej Polsce mogło się urzeczywistnić tylko przez odpowiednie zorganizowanie Komitetów, rozmieszczonych przynajmniej we większych środowiskach, w których znajdą się ludzie, środki i wogóle warunki, potrzebne do urządzenia i wykonania oraz podtrzymywania tego wszystkiego, czego wymaga walka z rakiem — hasło jeszcze mało u nas spopularyzowane wśród ludności, a nawet wśród samych czynników miarodajnych, przedewszystkiem wśród lekarzy samych.

W Zjeździe wzięli udział delegaci z Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania, Warszawy i Wilna, przedstawiciele Rządu, w szczególności Gen. Dyrekcji Służby Zdrowia, Sejmu, Senatu, przewodniczący Związku miast, m. Warszawy, Uniwersytetu i Wydziału lekarskiego warszawskiego i w. in.

Porządek obrad obejmował:

1) Zagajenie posiedzenia przez Prezesa Komitetu.
2) Wybór Prezydjum.
3) Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Polskiego Komitetu do zwalczania raka.
4) Projekt organizacji ogólnopaństwowej do walki z rakiem.
5) Fundusze na walkę z rakiem i udział Rządu.
6) Dyskusja z wypowiedzeniem się uczestników Zjazdu co do stanu walki z rakiem w poszczególnych dzielnicach kraju.
7) Wnioski.
8) Sprawa nowotworów na XII Zjeździe Przyrodników i Lekarzy.
9) Ankieta.
10) Wybór Komisji dla wykonania postanowień Zjazdu.

Zjazd otworzył prezes Polskiego Komitetu do zwalczania raka p. Barylski przemówieniem następującem:

Głęboko wzruszony jestem rolą, jaka mi w udziale przypadła: witam dziś zastęp najbardziej zasłużonych dla nauki polskiej mężów, przedstawicieli Rządu, Senatu, Sejmu, Samorządów i Społeczeństwa; witam tych, którzy na prośbę Komitetu do zwalczania raka nie odmówili swej cennej współpracy w doniosłem dziele dla dobra ludzkości, które z wielkim mozołem prowadzą we wszelkich kulturalnych krajach pokrewne nam Komitety.

Dzień dzisiejszy w dziejach walki z rakiem na ziemiach polskich stanowi rozpoczęcie nowej ery; nareszcie poszczególne poczynania zostaną ujęte w celową i uplanowaną całość, rozwiną harmonijne dzieło wszystkie dotychczasowe luźne czynności i dadzą społeczeństwu zespoloną organizację leczniczą.

Otwierając, jako prezes Polskiego Komitetu do zwalczania raka, Zjazd dzisiejszy, życzę mu z głębi serca jaknajbardziej pomyślnych owoców pracy dla dobra sprawy, która nas wszystkich tak głęboko interesuje, oraz proponuję do Prezydjum posiedzenia przedpołudniowego Zjazdu na przewodniczącego prof. Ciechanowskiego, na zastępców: prof. Nowickiego (Lwów), prof. Wrzoska (Poznań) i prof. Władyczkę (Wilno); do Prezydjum zaś posiedzenia popołudniowego: na przewodniczącego prof. Gantkowskiego (Poznań), na zastępców: Doc. Bocheńskiego (Lwów) i prof. Venuleta (Łódź).

Z kolei wygłosił dr. Bronisław Wejnert (Warszawa) referat:

Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

Przeszło trzechletnia działalność Polskiego Komitetu do zwalczania raka rozwijała się w trzech zasadniczych kierunkach: naukowym, praktycznym i propagandowym. Jakkolwiek nie wszystkie poczynania i zamierzenia, w które włożono wiele pracy, uwieńczone zostały pożądanym pomyślnym rezultatem, to jednak osiągnięte wyniki we wszystkich trzech wspomnianych kierunkach są na tyle znaczne, iż z zadowoleniem stwierdzić możemy, że praca nasza, pomimo znacznych trudności, jakie na swej drodze spotykała, nie idzie jednak na marne.

Pod względem naukowym »Komitet« udzielał poparcia osobom pracującym naukowo w kierunku badań nad nowotworami i dostarczył piśmiennictwu polskiemu szereg wydawnictw, jakiemi są:

1. O wczesnem rozpoznawaniu raka. Dr. Sterling-Okuniewski.
2. O chorobie raka i jej zwalczaniu. Prof. Nowicki.
3. Rak wargi dolnej. Dr. Bartkiewicz.
4. Stosunek szpitalnictwa do chorych na raka. Dr. Wejnert.
5. Djagnostyka chorób przewodu pokarmowego. Dr. Mikołaj Rejchman.
6. Rak przewodu pokarmowego. Dr. Wejnert.
7. Nowotwory (tom zbiorowy) pod redakcją prof. Hornowskiego.
8. W sprawie profilaktyki raka. Dr. Wejnert.

Stworzenie pierwszego w Polsce czasopisma, poświęconego walce z rakiem, stanowi niewątpliwie poważny przyczynek do walki z rakiem w naszym kraju. »Biuletyn« coraz lepiej się rozwija, zyskując czytelników i współpracowników. Do naukowej działalności zaliczyć także musimy urządzenie (przy współudziale profesorów Uniwersytetu Warszawskiego) dziesięciu odczytów naukowych, dwóch wieczorów dyskusyjnych, dwóch referatów na Zjeździe Higjenicznym, dwóch w Tow. Lekarskiem i jednego w Stowarzyszeniu Lekarzy. Jeżeli dodamy jeszcze do tego ułożenie tablic statystycznych (które w swoim czasie wysłane były na wystawę w Strassburgu), próbę ankiety dla 23 miast polskich oraz zorganizowanie łącznie z generalną Dyrekcją Służby Zdrowia wszechpolskiej ankiety (o której w osobnym punkcie porządku dziennego będzie mowa), to wyczerpiemy w ogólnych zarysach działalność naukową Komitetu.

Przejdźmy do strony praktycznej. Komitet założył i prowadzi przychodnię, która po długotrwałej tułaczce po obcych instytucjach, mieści się nareszcie we własnym lokalu, uzyskanym z wielkiemi trudnościami. Organizacji jej tu nie opisuję, ograniczę się tylko do zaznaczenia, iż za jej pomocą udzielamy miesięcznie około 80 porad we wszelkich specjalnościach. Chorzy nasi mają zapewnione wszelkie badania (chemiczne, anatomo-patologiczne i t. p.) oraz leczenie: chirurgiczne, radowe i roentgeniczne. Oprócz stałego lekarza »Przychodni« pracuje dla niej szereg lekarzy specjalistów, między którymi radjolodzy, mieszczącej się w naszym lokalu i Spółki radowej krakowskiej, której wybitnie dopomogliśmy do otwarcia oddziału warszawskiego. Umowa ze Spółką krakowską spowodowała przerwanie będących na ukończeniu rokowań, które prowadziliśmy w celu sprowadzenia radu z zagranicy z Radjum-Belgue i z niektóremi przedsiębiorstwami paryskiemi. Tak więc dzięki naszemu poparciu Spółka Krakowska zaopatruje Warszawę w rad. Chęć jaknajszerszego stosowania tego środka leczniczego i badań naukowych w tym kierunku skłaniała Komitet do współpracy z Towarzystwem im. Skłodowskiej-Curie już od drugiej połowy roku ubiegłego.

Inicjatywa »Daru Narodowego« (który ma na celu budowę Instytutu na wzór Fondation-Curie) i utworzenie w tym celu Komitetu, pod przewodnictwem marszałka Senatu Trąpczyńskiego i byłego premjera Ponikowskiego jest wyłącznem dziełem Rady Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Myśląc o »Instytucie-Curie« Rada od samego początku swego istnienia nie przestawała troszczyć się i zabiegać o budowę własnego szpitala-lecznicy wraz z instytutem do badań nad rakiem, uważając to za jeden z najistotniejszych punktów swego programu. Jasnem jest, iż w ubiegłym okresie zrealizowanie tego było niepodobieństwem, udało się jednak uzyskać od Uniwersytetu przyznanie nam placu pod budowę

projektowanego Instytutu (obok placu, przyznanego Towarzystwu im. Curie). Nad projektami budowy zastanawiano się na szeregu posiedzeń, z udziałem architekta b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Obecnie więc energiczne zabranie się do tego dzieła jest naszem najżywszem pragnieniem i zamiarem. Trudną tu rzeczą będzie oczywiście strona finansowa. Na dotychczasowe przedsięwzięcia nasze potrafiliśmy zawsze zdobyć potrzebne fundusze za pomocą naszej sekcji dochodów niestałych — ale budowa gmachu, przeznaczonego dla obsłużenia całej Rzeczypospolitej, wymaga już tak wielkich sum, że dobroczynność samej tylko Warszawy dostarczyć ich nie będzie w stanie i tylko przy współudziale całego kraju, Rządu i Samorządów uda się tę sprawę urzeczywistnić.

Co się tyczy propagandy, musimy rozróżnić dwa punkty: działalność wewnątrz kraju i stosunki z zagranicą. Do pierwszego odnosimy rozsyłanie odezw do różnych instytucyj, umieszczanie artykułów w pismach codziennych, rozlepianie reklam w tramwajach i t. d., a zwłaszcza szereg odczytów popularnych, jak również referatów i konferencyj propagandowych, w instytucjach pokrewnych i na Zjazdach (Tow. im. Curie, Koło Medyków, Tow. Lekarskie, Zjazd Ginekologiczny, II. Eugeniczny i t. d.).

Osobne miejsce w dziale propagandy muszą zająć wyjazdy delegatów oraz ich konferencje, odczyty i starania, zmierzające do rozszerzenia działalności Komitetu poza obrąb Warszawy. Udało się to, jak dotychczas, tylko dla Wilna, z którym pertraktacje rozpoczęte były najpóźniej, a które już dziś poszczycić się może realnemi wynikami swej pracy w postaci Przychodni już istniejącej. Z zagranicą weszliśmy w rozgałęzione stosunki. Komitet polski należy do Ligi Franko-Anglo-Amerykańskiej do zwalczania raka, oraz nawiązał przez swych delegatów osobisty i bliski kontakt z osobami, stojącemi na czele ruchu przeciwrakowego w różnych krajach (prof. Hartman, Paryż; prof. Eiselsberg, Wiedeń; profesorowie: Viola, Forni i Swameni, Bologna; Dr. Cholewa, Zagrzeb; prof. Fibigier, Kopenhaga i inni, muszę tu wspomnieć nawiasem, iż ten ostatni w tych dniach przesłał nam suasponte wszystkie nowsze wydawnictwa duńskie, dotyczące raka, co zasili naszą bibljoteczkę, która już i dziś posiada, poza polskiemi, dzieła niemieckie, francuskie, angielskie i inne.

Oto w krótkich słowach wyniki trzechletniej pracy Rady Komitetu, której członkowie odbyli w tym czasie 70 posiedzeń plenarnych, drugie tyle w zmniejszonym komplecie, około 60 drobnych konferencyj wewnętrznych i przeszło 25 narad z instytucjami pokrewnemi. Jeżeli weźmiemy tu pod uwagę czas potrzebny do wprowadzenia w życie uchwał każdego posiedzenia i czas zużyty na różne wyjazdy — to jasnem będzie, że nakład pracy i czasu był duży. Być może, iż realne wyniki wydadzą się Szanownym Panom nie we wszystkiem proporcjonalne do ilości zużytego czasu i pracy włożonej, ale trzeba mieć na względzie wielkie trudności, jakich nastręczały: zły stan finansowy kraju wogóle, brak zupełny poparcia na prowincji i małe zrozumienie ze strony wielu lekarzy, zwłaszcza w początkach naszej działalności. Dzisiaj sprawa znacznie już posunęła się naprzód, następny okres będzie niewątpliwie łatwiejszy i obfitszy w plon. W sprawie postulatów tego przyszłego okresu i dalszego rozwoju organizacji oczekujemy wypowiedzenia się Szanownych Panów, ich rady i współdziałania. Jako materjał do ewentualnej dyskusji wygłoszone będą dwa krótkie referaty, przedstawiające punkt widzenia Rady Komitetu na sprawy po wyższe.

Docent dr. Sterling-Okuniewski (Warszawa) przedstawił:

Projekt organizacji ogólnopaństwowej do walki z rakiem.

Nawiązując do słów przedmówcy, stwierdzić muszę, że 3 i pół letni okres działalności Komitetu wykazał pewne braki organizacyjne, co wpłynęło prawdopodobnie ujemnie na dalszy rozwój poczynań na polu walki z nowotworami w Polsce. Nauczeni smutnem doświadczeniem, przekonaliśmy się, że jedyną drogą celowego zespolenia wszelkich działań w tym kierunku jest wzajemne porozumienie się wszystkich działaczów na tem polu, a przedewszystkiem ułożenie ogólnego planu dla całej Polski, z uwzględnieniem, naturalnie, warunków miejscowych. Musi to być rzecz jasna, całkowita decentralizacja czynu z pewną centralizacją planu oraz z pewnym pomocniczym organem wykonawczym w stolicy, głównie w celach porozumiewania się w razie potrzeby z władzami oraz z ciałami prawodawczemi, jak również w celu utrzymywania stałego kontaktu z innemi instytucjami społecznemi i ze stowarzyszeniami zagranicznemi.

W ten sposób projektowana organizacja naturalnie, na pewien względnie niedługi, może paroletni okres czasu, byłaby następująca:

1. W Warszawie, Krakowie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Wilnie powstają Komitety do walki z rakiem.

2. Rada każdego Komitetu składa się z pewnej liczby członków według zwykłej organizacji instytucyj społecznych. Wyłania ona z siebie sekcje: propagandy, dochodów niestałych, naukową i, w razie potrzeby, inne. Pozatem posiada Komitet Pań, mający za zadanie odwiedzanie chorych na mieście, kontrolę nad nimi, badanie warunków sanitarnych, wyszukiwanie funduszów na wsparcia itd.

3. Należy wszelkiemi siłami dążyć do tego, aby przy każdym Komitecie powstały, jako istotne środki do walki z rakiem:

a) przynajmniej jedna przychodnia, obsługująca miasto oraz otaczające powiaty, ew. jako przychodnia wojewódzka. W przychodni stale pracuje jeden lekarz, korzysta jednak z pomocy licznych specjalistów, do których kieruje każdego chorego, nastręczającego jakiekolwiek wątpliwości;

b) środki światłolecznicze — odpowiednia ilość radu, przynajmniej 100 miligr. dla każdego Komitetu, dla Warszawy 200, oraz odpowiednie silne aparaty roentgenowskie (o napięciu 300.000 wolt).

O ile do leczenia promieniami Roentgena możliwe jest korzystanie z aparatów prywatnych, znajdujących się prawie w każdem większem mieście, a już zwłaszcza tam, gdzie będzie Komitet nasz, o tyle do leczenia radem konieczne jest korzystanie z specjalnych oddziałów szpitalnych, których utworzenie powinno stanowić jedno z podstawowych dążeń każdego Komitetu.

c) O d d z i a ł s z p i t a l n y z 20—30 łóżek, zależnie od wielkości Województwa, które musiałby on obsługiwać, jest niezbędny już choćby ze względu na bezpieczeństwo radu, oraz na konieczność posługiwania się tym środkiem leczniczym przez jednego wykwalifikowanego fachowca, który tylko wówczas będzie mógł pracować najwydatniej i z największą korzyścią dla sprawy, gdy będzie miał cały materjał do naświetlania pod ręką, gdy będzie mógł układać całą pracę z góry, a nie tracić czasu na niepotrzebne przejazdy, wyczekiwanie, aż uwolni się łóżko szpitalne, aż zgodzi się na przyjęcie chorego lekarz dyżurny szpitala, ordynator i t. d. Wiemy, niestety, z własnego doświadczenia, jak przykro odbija się na pracy radjologa brak własnego warsztatu pracy, jak zmniejsza liczebnie naświetlany materjał ludzki, jak podnosi przeto koszta leczenia radem.

Dążeniem Komitetu musi być, aby oddział taki powstał kosztem miasta, jak każdy zwykły oddział szpitalny był utrzymywany łącznie z personalem na koszt samorządu. Powinien jednak posiadać również salę operacyjną, aby nie stanowił jedynie stacji światłoleczniczej, lecz istotny oddział kliniczny, zaopatrzony również w pracownię kliniczną.

Tu wspomnę, że do najważniejszych zadań warszawskiego Komitetu, a więc obecnie Polskiego Komitetu do zwalczania raka należy utworzenie nowożytnej lecznicy. Lecznica taka, obliczona na 100 łóżek, składałaby się z dwóch oddziałów, z których jeden byłby przeznaczony dla niezamożnych, drugi dla osób, mogących opłacić koszty utrzymania w lecznicy i w ten sposób umożliwić istnienie tego rodzaju instytucji. Lecznica-szpital dla rakowatych wystarczyłaby niewątpliwie dla obsłużenia całego kraju, musi posiadać jednak wszelkie urządzenia nowoczesne łącznie z salami operacyjnemi oraz energją świetlną.

Wróćmy do oddziałów szpitalnych, o których mówiliśmy powyżej.

O ile warunki tego pomieszczenia oddziałowego pozwoliłyby, możnaby myśleć o urządzeniu w podziemiach jego aparatu Roentgenowskiego. Gdyby to jednak było niemożliwe, należałoby roentegenoterapję przekazać uniwersytetom, w tych miastach, gdzie one się znajdują. Wogóle cała sprawa byłaby znacznie prostsza, gdyby ją można ściśle związać z uniwersytetem, tak jak to uczyniono we Francji. Niestety, u nas jednak najprawdopodobniej sprawa w ten sposób nie uda się przeprowadzić; koniecznym będzie podział pomiędzy samorządy, uniwersytet, urządzenia społeczne, zresztą wiele tu będzie zależeć też od warunków miejscowych każdego Komitetu tak, iż na razie nie uda się zapewne ułożyć jednolitego *modus procedendi.*

Jest jednak faktem niezbitym, że w dzisiejszym stanie wiedzy jedynie celową i racjonalną bronią w zwalczaniu raka w czynności każdego Komitetu jest zespolenie przychodni z oddziałem szpitalnym, mogącym rozporządzać odpowiednią energją świetlną,

Badania anatomo-patologiczne dla potrzeb Komitetu będą zawsze z chęcią wykonywały zakłady uniwersyteckie, a badania takie należy uprzystępnić wszystkim lekarzom na prowincji — i tu jednem z najważniejszych zadań Komitetu będzie ułatwienie lekarzom prowincjonalnym korzystanie z tych badań bezpłatnie we wszelkich przypadkach podejrzanych.

Nie będę tu poruszał obszerniej innych spraw, połączonych z działalnością Komitetów, jak propagandy zarówno pisemnej, jak ustnej. Do ostatniej chciałbym tu tylko zaliczyć odczyty naukowe dla lekarzy, którzy stanowią dotąd jeszcze obojętny, niestety, czynnik, w walce społecznej z rakiem. Przeto uświadamianie szerszego ogółu lekarzy o pewnych dodatnich wynikach walki z rakiem powinno nam zawsze leżeć na sercu.

O planowych i zorganizowanych badaniach naukowych Komitetu nie mówię narazie — są to dziś jeszcze sprawy przedwczesne. Może na następnym Zjeździe naszym staną się one bardziej aktualne.

Komitet pań, którego organizacją zajmujemy się obecnie w Warszawie, może przynieść duże usługi, jak wykazało doświadczenie Ligi paryskiej. O zadaniach takiego Komitetu mówiliśmy ogólnikowo wyżej — nie poruszamy już tej sprawy więcej.

Pozostaje natomiast jeszcze do omówienia sprawa doniosłego znaczenia, mianowicie umieszczania chorych nieuleczalnych na raka w jakichś przytułkach specjalnych. Tu otwarcie powiedzieć sobie musimy, że w dzisiejszym stanie walki z nowotworami sprawa ta u nas jest niesłychanie prosta: prawie wcale nie istnieje i wcale się o niej nie mówi. Poza Królikarnią pod Warszawą, i może jeszcze jakimś przytułkiem w innej dzielnicy kraju, Polska nie posiada żadnych zakładów, przeznaczonych dla tego rodzaju chorych. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że na ziemiach polskich — powiedzmy w okresie miesięcznym — umiera na raka przynajmniej kilka tysięcy ludzi, z których nie mała część ubogich, a więc w najokropniejszych warunkach domowych, z wielką przykrością, a nieraz być może i szkodą dla otoczenia, to zarówno ze względów humanitarnych, jak i higjeny społecznej, nasuwa się konieczność wyodrębniania tych ludzi i poddania ich obserwacji lekarskiej.

Naturalnie, utworzenie w obrębie każdego Komitetu takiej »Kalwarji«, jak nazywają Francuzi instytucje tego rodzaju, byłoby zupełną niemożliwością materjalną, a nawet do pewnego stopnia rzeczą zbędną. Zdaje mi się, że byłoby zupełnie wystarczające utworzenie na razie trzech lub czterech takich przytułków: jednego o 100 łóżkach w okolicy Warszawy, dwu—trzech każdy o 50 łóżkach dla Małopolski, Poznańskiego i Kresów Wschodnich. Przytułki te powinny być umieszczone w małych miasteczkach w pobliżu wielkiego miasta i odwiedzane przez lekarza przynajmniej kilka razy w tygodniu. Nadzór nad przytułkiem należałby do Komitetu, na którego terytorjum przytułek się znajduje. Gmach pod taki przytułek musiałby być ofiarowany przez Rząd z licznych zniszczonych budynków rządowych na prowincji, ewentualnie przez sejmik powiatowy, samorząd miejski lub wiejski, ostatecznie drogą ofiarności społecznej.

Tyle o organizacji każdego z Komitetów.

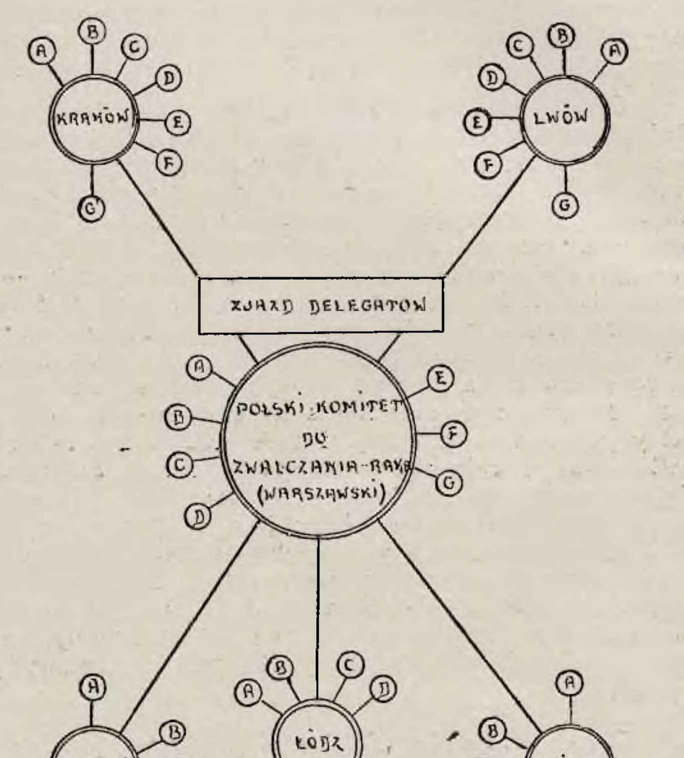
* * *

Delegaci wszystkich Komitetów muszą się zjeżdżać co pewien okres czasu, w celu omawiania wszelkich spraw, związanych z walką z rakiem, rozporządzania funduszami ofiarowanemi przez Rząd, względnie przez inne czynniki, i przeznaczonemi na cele całości, zwracania się zbiorowe z postulatami do Sejmu, Senatu, Rządu i t. d.

Jako ekspozytura Zjazdu delegatów pracować będzie w Warszawie Polski Komitet do zw. raka, do czasu, aż działalność Komitetów będzie już tak skonsolidowana, iż będzie można przystąpić do utworzenia Centralnego Polskiego Komitetu i zostanie **f o r m a l n i e** zmieniony nasz statut — formalnie, albowiem także i w dzisiejszem swem brzmieniu pozwala on na rozwinięcie szerokiej działalności w całym kraju, chodzi tu więc raczej o nazwę, niż o treść i właściwą istotę sprawy.

Na zakończenie nie mogę pominąć jeszcze jednego niezmiernie dla nas ważnego zagadnienia, mianowicie: sprawy kształcenia fachowego personalu lekarskiego. Jest rzeczą niezmiernie ważną, aby zacząć przygotowywać zastęp lekarzy odpowiednio przygotowanych zarówno do pracy specjalnie w kierunku fachowego umiejętnego leczenia raka, jak i społecznej strony zagadnienia tu nas zajmującego. Musimy dążyć do tego, aby w każdym Komitecie był bodaj jeden wykwalifikowany fachowiec. Do tej pracy kształcenia personalu musimy przystąpić bezzwłocznie, przyczem powinniśmy poczynić starania, aby przy Instytucie radowym w Paryżu były stypendja dla lekarzy Polaków, przez nas na studja kierowanych, co może stać się tem łatwiej, iż niewątpliwie znajdziemy pod tym względem poparcie p. **S k ł o d o w s k i e j - C u r i e.**

Kończąc ten referat, chciałbym jeszcze na przedstawionym schemacie ująć projekt całkowitej organizacji, tak jak ona w dzisiejszych warunkach się przedstawia:



Naturalnie, jest to tylko schemat, mający na celu ogólne ujęcie zadań, jakie każdy Komitet ma przed sobą w najbliższym czasie. Ale drogi, jakiemi będzie kroczyć do urzeczywistnienia tego — bądź co bądź na razie idealnego—

programu, dla każdego Komitetu mogą być całkiem różne — pod tym względem każdy z Komitetów posiada absolutną swobodę działania, jak zresztą posiadać ją musi także pod każdym innym względem, a więc także pod względem organizacyjnym i twórczym.

Jednego tylko momentu w całej naszej akcji nie mogę pominąć milczeniem pod żadnym pozorem; mianowic konieczności wciągnięcia do naszej pracy szerszych warstw społecznych: tylko udział w naszej działalności nie-lekarzy może nadać całej walce z rakiem charakter o szerszym zakroju i rokujący nadzieje na pomyślny dalszy rozwój już choćby ze względów finansowych. Oparcie zaś całego ruchu tylko na lekarzach lub nadanie mu charakteru ściśle naukowego może spaczyć wszystkie zamierzenia i doprowadzić do mniej pożądanych wyników. Dosadny przykład tego mamy na włoskim Komitecie do walki z rakiem, który właśnie dzięki tego rodzaju organizacji rozwijał się bardzo słabo, i opierając się na wysuwanych tu przez nas postulatach współpracy ze społeczeństwem, zmuszony został do reorganizacji, biorąc sobie za wzór nasz Komitet.

Prezes p. Barylski wygłosił referat:

Fundusze na walkę z rakiem i udział w nich Rządu, Organizacyj samorządowych i społeczeństwa.

Przystępując do sprawy finansowej z góry przewiduję zarzuty, jakie każdy z Szanownych Panów mi przytoczy, powołując się na ciężki stan finansowy kraju, trudności ekonomiczne i t. p. Niewątpliwie jest w tem część prawdy, ale podkreślę, że w krajach, które ostatnio podjęły walkę z rakiem na wielką skalę, warunki ekonomiczne są również nieświetne, a jednak na cel ten znalazły się fundusze. Pan le Bret, sekretarz generalny Ligi anglo-franko-amerykańskiej, w swem sprawozdaniu rocznem za rok ubiegły stwierdza, że jeszcze w 1921 roku Francja nie posiadała prawie żadnych środków do walki z rakiem, a dziś posiada już szereg wspaniale zorganizowanych ośrodków do walki. Parlament francuski wyasygnował na ten cel p i ę ć m i l j o n ó w frankow, resztę dały samorządy i społeczeństwo. W 1920 roku zaczął się też ruch w Danji, jak czytamy w przesłanem nam ostatnio sprawozdaniu prof. Fibigera: rząd dał pół miljona koron, półtora miljona koron zebrano w szybkim czasie od społeczeństwa i za dwa miljony zakupiono radu i stworzono lecznicę.

Jak Szanowni Panowie widzą, wszędzie były wielkie trudności finansowe, wszędzie zdołano je przezwyciężyć. Czyżby u nas miało być gorzej? Nie przypuszczam — przeciwnie mam nadzieję, że przy natężeniu energji zdołamy pokonać trudności finansowe i posunąć sprawę zwalczania nowotworów naprzód.

* * *

Preliminarz wydatków na walkę z rakiem.

Wydatki te winny być podzielone na wydatki jednorazowe i wydatki roczne.

Projektowane wydatki jednorazowe są następujące:

zakup radu dla sześciu zaprojektowanych Komitetów, licząc minimalnie po 100 mlgr dla każdego Komitetu i 200 mlgr dla Warszawy, razem 700 mlgr, wyniesie	250.000 Zł
zakup sześciu aparatów Roentgenowskich	90.000 »
urządzenie 6 przychodni	60 000 »
Razem	400.000 Zł

Projektowane wydatki roczne są następujące:

utrzymanie 6 przychodni	60.000 Zł
utrzymanie nieuleczalnych chorych w 3-ch przytułkach	250.000 »
badania anatomo-patologiczne i doświadczalne	5.000 »
utrzymanie 6 Komitetów	60.000 »
wydawnictwa, propaganda i kształcenie personalu	25.000 »
Razem	400.000 Zł

Pokrycie tych wydatków projektowane jest w następujący sposób:

a) Wydatki jednorazowe:

Sumę 340.000 Zł, potrzebną do zakupu radu i 6 aparatów Roentgenowskich, projektuje się uzyskać od Rządu z tem, aby radjum to i aparaty stanowiły własność Skarbu i byłyby tylko oddane do użytkowania Komitetom miejcowym do czasu, kiedy Komitety mogłyby radjum i aparaty Roentgenowskie wykupić od Skarbu, lub też nabyć nowe, a wtedy objekty te, stanowiące własność Skarbu, byłyby mu zwrócone i mogłyby być oddane do użytku bądź klinik uniwersyteckich, bądź szpitali.

Wydatki w sumie 60.000 Zł, potrzebne jednorazowo na urządzenie 6 przychodni projektuje się uzyskać od samorządów miejskich przez Związek tychże, a to na tej zasadzie, że przychodnie te byłyby w dużych ośrodkach miejskich i przedewszystkiem obsługiwałyby ludność miejską.

b) Co do wydatków rocznych miałyby one pokrycie następujące:

udział Rządu w sumie	80.000 Zł
sejmiki powiatowe	130.000 »
samorządy miejskie	70.000 »
Kasy Chorych	100.000 »
składki członkowskie, dary, dochody niestałe wpływy od chorych z przychodni i ze szpitali	20.000 »
Razem	400.000 Zł

Wobec powyższego Polski Komitet do zwalczania raka wzywa Wszechpolski Zjazd w sprawie walki z rakiem do uchwalenia następującej rezolucji, która ma być złożona Rządowi i organom samorządowym i do upoważnienia Rady Polskiego Komitetu do czynienia odpowiednich starań i zabiegów o wprowadzenie w życie tej rezolucji w brzmieniu następującym:

»Pierwszy Wszechpolski Zjazd Organizacyjny w sprawie walki z rakiem, odbyty w stoł. m. Warszawie w dniu 14. grudnia 1924 roku przy udziale przedstawicieli Rządu, Senatu, Sejmu, samorządów, wszystkich Uniwersytetów, oraz działaczy społecznych, zważywszy:

1. że klęska raka, z roku na rok przyjmująca rozmiary coraz bardziej zatrważające, wymaga natychmiastowego i energicznego zorganizowanego zwalczania tej plagi ludzkości, co zrozumiały już wszystkie państwa cywilizowane całego świata (a przedewszystkiem nasza sojuszniczka Francja) i rozpoczęły już tę walkę — Polska zaś nie powinna pozostać w tyle za niemi,

2. że walka ta z jednej strony nie może być prowadzona wyłącznie siłami społeczeństwa, które w Polsce nie jest ani dostatecznie zorganizowane, ani uświadomione, z drugiej zaś strony zarówno Rząd, jak i organizacje samorządowe nie są w stanie walkę tą ująć całkowicie w swoje ręce, a więc musi być ona prowadzona wspólnemi siłami społeczeństwa, Rządu i organizacyj samorządowych z pozostawieniem inicjatywy i kierownictwa organizacjom społecznym i naukowym, jak to uczą przykłady innych państw,

3. że inicjatywę tę już podjął od lat 4-ch Polski Komitet do zwalczania raka, i

4. że sumy pieniężne, potrzebne na początek na tę walkę są wobec wielkości Państwa Polskiego i jego zaludnienia bardzo nieznaczne i nie obarczą zbytnio ani Skarbu Państwa, ani organów samorządowych

u c h w a l a

1. prosić Rząd oraz organizacje samorządowe o udzielenie Polskiemu Komitetowi do zwalczania raka sum pieniężnych, niezbędnych do walki z rakiem, według preliminarza, uchwalonego na Zjeździe, odbytym w Warszawie, w dniu 14. grudnia 1924 roku,

2 upoważnić Radę Polskiego Komitetu do zwalczania raka do złożenia niniejszej rezolucji Rządowi, oraz organom samorządowym i do czynienia wszelkich zabiegów i starań o wprowadzenie w życie tej rezolucji«.

Po przemówieniu prezesa Barylskiego przewodniczący Zjazdu otwarł dyskusję w sprawie stanu walki z rakiem w poszczególnych dzielnicach kraju. Prof. Gantkowski (Poznań) mówi, że za czasów okupacji niemieckiej Niemcy urządzili przychodnię rakową przy Szpitalu miejscowym w Poznaniu, którą kierował chirurg; przychodnia ta była jednak czynna tylko krótki czas. Również organizowali Niemcy przy pomocy władz administracyjnych ankiety, na które lekarze chętnie odpowiadali. Próba urządzenia ankiety w r. 1919 i 1920 nie udała się z powodu niedostatecznego wyszkolenia władz administracyjnych. Prof. Ciechanowski (Kraków) przypomina, że rząd austrjacki prowadził statystykę raka, od czasu powstania Państwa Polskiego obowiązek prowadzenia jej ustał. Dotąd nie zorganizowano w Krakowie Komitetu dla zwalczania raka, w znacznej części z powodu braku środków. Obecnie jednak jesteśmy w tem położeniu dobrem, że mamy nadzieję uzyskania dla naszej dzielnicy środków do walki z rakiem i chorobami wenerycznemi. Istnieje fundacja, która została oddana do dyspozycji Akademji Umiejętności. Badania naukowe nad rakiem są bardzo utrudnione z powodu braku odpowiednich dotacyj; w zakładzie mowcy podjęto pewne badania, brak jednak pieniędzy bardzo je utrudnia. Co do statystyki, to każdy oddział kliniczny powinien dać dokładny obraz chorobowości, co do śmiertelności, można będzie zyskać liczby odnośne w znacznej części Województwa. Mowca podnosi brak aparatów roentgenowskich. Co do leczenia radjowego jest w Krakowie Instytut »Curie«, utrzymywany przez Konsorcjum prywatne, leczenie w tym Instytucie jest jednak bardzo drogie. Instytut wypożycza klinikom rad bezinteresownie, celem przeprowadzania badań, dzięki też czemu będzie można zebrać materjał odpowieni z klinik chirurgicznej i ginekologicznej. Poradni rakowej niema, zadanie jej spełniają do pewnego stopnia kliniki. Propagandy piórem niema, co do odczytów mowca ma nadzieję, że da się je zorganizować.

Prof. Nowicki (Lwów) wyłożył plan akcji zwalczania raka w Polsce w obszernym referacie, ogłosonym jeszcze w r. 1921 w Polskiem Czasopiśmie lekarskiem, nie chce więc powtarzać zasad jej prowadzenia tak, jak mu się one przedstawiają. Sprawa statystyki jest, jego zdaniem, rzeczą ważną, ma jednak poważne wątpliwości, czy wynik jej będzie należyty. W Niemczech na przeszło 25 tysięcy rozesłanych kwestjonarjuszów w sprawie raka, otrzymano tylko 20% odpowiedzi. Obecna ankieta, ujęta przez nasze Władze administracyjne, może da wynik lepszy. Mowca ma wrażenie na podstawie piśmiennictwa, że liczba przypadków raka się wzmaga i wspomina też, że, gdy w latach przedwojennych procent przypadków raka badanych sekcyjnie w Instytucie anat. patol. we Lwowie wahał się około 6%, to w roku 1923 wyniósł on 8,3% — oczywiście w ocenie należy być bardzo ostrożnym. W Małopolsce przed wojną była prowadzona statystyka urzędowa; coprawda nie miała ona wielkiej wartości wobec tego, że n. p. na wsi oglądaczami zwłok byli ludzie mało oświeceni, więc ich orzeczenia miały wartość minimalną. Mowca wspomina o statystyce, ogłoszonej w r. 1914 przez inspektora dra Kuhna. Leczenie choroby raka skupia się we Wschodniej Małopolsce w Szpitalach samorządowych, na ogół dobrze prowadzonych i urządzowych i w klinikach uniwersyteckich, brak jednak aparatów roentgenowskich utrudnia niezmiernie pracę w tym kierunku. Pozazdrościć należy Instytutowi warszawskiemu wojskowemu, który, o ile mowcy wiadomo,niezwykle szczodrze zaopatrzony jest w aparaty, podczas gdy we Lwowie ich niema. Przychodni specjalnych rakowych niema. Co do organizacji walki z rakiem, to powstał przy Tow. higjenicznem Komitet, ale czynności jego ogranicza się narazie do propagandy słownej pod postacią wykładów popularnych; będą one rozszerzone i na prowincję.

Doc. Bocheński mówi o działalności kliniki ginekologicznej lwowskiej na polu leczenia choroby raka. Od kilku lat klinika, zajmuje się stosowaniem aktinoterapji; odnośne przypadki są dokładnie spostrzegane. Stosowanie leczenia jest możliwe dzięki ofiarności jednego z lwowskich roentgenologów t. j. użyczania na ten cel bezinteresownego urządzenia prywatnego. Mowca podnosi konieczność kształcenia roentgenologów. W dalszym ciągu podnosi mowca konieczność zdobycia funduszów oraz zorganizowania sprężystej propagandy.

Prof Władyczko (Wilno) zawiadamia, że w Wilnie powstał już Komitet dla zwalczania raka, niemniej przychodnia, do której zgłosił się już szereg osób. W przychodni zajęty jest lekarz dyżurny i kilku funkcjonarjuszów. Komitet umieszcza odpowiednie ogłoszenia w pismach celem prowadzenia propagandy. Komitet zamierza zwrócić się za pośrednictwem Kuratorjum do nauczycielstwa z odpowiedniemi okólnikami. Przy sposobności mowca składa podziękowanie mec. Poniknickiemu za wydatną pomoc w organizowaniu Komitetu we Wilnie.

Dr. Marjański (Łódź) zawiądamia, że w Łodzi powstał również Komitet rakowy, który stara się o otworzenie przychodni. Łódź posiada rad — niestety trzymany on jest w skarbcu Magistratu i dotąd nie jest zużytkowany. Obecnie otrzymano aparat Roentgena. Co do statystyki, wziął ją w swoje ręce Magistrat. W Łodzi choroba raka, zdaniem mowcy, znacznie się rozszerzyła.

Po powyższych krótkich sprawozdaniach rozwinęła się dyskusja nad sprawą organizacji Komitetów rakowych i szczegółów, związanych z prowadzeniem walki z rakiem. W dyskusji przemawiali niemal wszyscy obecni, przedstawiając odpowiednie wnioski.

Naczelnik Wydziału higjeny w Gen. Dyrekcji służby Zdrowia, p. Miklaszewski, poruszył i omówił sprawę statystyki raka i jej znaczenie. W zasadzie uznano za konieczne powołanie do życia Komitetów do walki z rakiem w Krakowie, Lwowie, Łodzi i Wilnie; Komitety te mają być w ścisłym kontakcie z Polskim Komitetem warszawskim, zatrzymując pełną samodzielność w swem działaniu. Najwyższą niejako władzą ma być Zjazd delegatów, który ma się odbywać w stałych odstępach czasu. Komitety w działalności swej i organizacji mogą opierać się o zrzeszenia wzgl. towarzystwa już istniejące i mające już silne podstawy a nadto podobne cele, co Komitet dla zwalczania raka. Co się tyczy uzyskania funduszów, ewent. oddziałów, czy sal przeznaczonych dla chorych rakowych, przychodni i t. p., mają wybrani zwrócić się na miejscu do władz rządowych, autonomicznych i innych instytucyj, jak Kasy chorych, ubezpieczeniowe i inne, o uzyskanie i zapewnienie pomocy.

W dalszym ciągu uchwalono zwrócić się do Komitetu gospodarczego XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich o urządzenie osobnej sekcji dla sprawy nowotworów złośliwych.

Uznano za bardzo ważną sprawę i wymagającą gorącego poparcia już zarządzoną przez Ministerstwo spraw wewnętrznych (Gen. Dyrekcja Służby Zdrowia) ankietę w sprawie nowotworów złośliwych, mianowicie rozesłanie kwestjonarjuszów odpowiednich do lekarzy i instytucyj sanitarnych.

Ostatecznie Zjazd powziął uchwały następujące:

1. Zjazd uchwala utworzenie Komitetów do walki z rakiem na Ziemiach Polskich (w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Wilnie i Łodzi) w myśl projektu, przedłożonego Zjazdowi przez Radę Polskiego Komitetu do zwalczania raka. W skład tych Komitetów powinni wejść między innemi również przedstawiciele Władz oraz Wydziałów lekarskich.

2. Zjazd zwraca się do Samorządów miejskich st. m. Warszawy, Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania i Wilna z wezwaniem o jaknajszybsze przystosowanie jednego z istniejących oddziałów szpitalnych do obsługi chorych na raka i Przychodni przeciwrakowych.

3. Zjazd uważa za konieczne poparcie badań nad rakiem przez obfite dotacje rządowe odpowiednich Instytutów Uniwersyteckich.

4. Ponieważ wyposażenie klinik uniwersyteckich i szpitali w odpowiednie urządzenia (rad, Roentgen i t. p.) jest nieodzownym warunkiem skutecznej walki z tą chorobą, przeto Zjazd uchwala prosić Rząd oraz organizacje Samorządowe o udzielenie Polskiemu Komitetowi do zwalczania raka sum pieniężnych, niezbędnych do walki z rakiem we-

dług preliminarza, uchwalonego na Zjeździe. Zjazd upoważnia Radę Polskiego Komitetu do zwalczania raka do złożenia niniejszej rezolucji Rządowi oraz organom Samorządowym i do czynienia wszelkich zabiegów i starań o wprowadzenie jej w życie.

5. Ze względu na to, iż akcja dotycząca badania i zwalczania raka winna polegać również na uświadamianiu społeczeństwa o istocie raka, pierwszych jego objawach i jego uleczalności w razie leczenia, czynić to należy zapomocą popularnych odczytów, broszur, artykułów i ulotek. W akcji tej winni brać udział nietylko lekarze i personal sanitarny, lecz także Kasy chorych, Instytucje ubezpieczeniowe i ludzie dobrej woli Zwłaszcza zmierzać należy do propagandy przez duchowieństwo i nauczycielstwo z pomocą wyższych Władz Duchownych, Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Kuratorjów, Towarzystw Oświatowych (T. S. L.) oraz Uniwersytetów powszechnych i ludowych.

6. Zjazd zwraca się do Komitetu Gospodarczego XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników z usilną prośbą, aby rozważył utworzenie na Zjeździe odrębnej samodzielnej Sekcji dla spraw badania, zapobiegania i leczenia raka.

Zjazd wyraża przekonanie, iż utworzenie podsekcji w jakiejkolwiek innej Sekcji zupełnie chybiłoby celu.

7. Zjazd gorąco popiera odbyć się mającą ankietę w sprawie nowotworów i wzywa ogół lekarzy do jaknajżywszego współdziałania.

Zjazd dobrze urządzony i przeprowadzony zamknął odpowiedniem przemówieniem prezes Barylski, dziękując uczestnikom za wzięcie udziału w nim i wypowiedzenie uwag w sprawie, która staje się coraz więcej aktualną i społeczną.

n.

Ankieta w sprawie raka i innych nowotworów złośliwych.

Poniżej umieszczony w dosłownym przedruku Kwestjonarjusz w sprawie raka i innych nowotworów złośliwych, który ma być podstawą dla sporządzenia statystyki w Polsce.

Wyniki uzyskane z zarządzonej ankiety mogą mieć poważne znaczenie dla sprawy walki z rakiem. Dotąd na ziemiach Rzeczypospolitej nie istnieje tego rodzaju statystyka, którą już mają państwa inne. Ze względu na cel i znaczenie zamierzonej akcji obowiązkiem jest każdego lekarza sumienne wypełnienie i odesłanie Kwestjonarjuszów do odnośnych Władz i urzędów sanitarnych.

* * *

Warszawa, dn. 24 listopada 1924.

MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH
(Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia)
Nr. Z. H. 4563/24

KWESTJONARJUSZ

do ankiety w sprawie raka i innych nowotworów złośliwych opracowany przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia przy czynnym udziale Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

1. Nazwisko i imię chorego . . . .
2. Płeć . . . .
3. Wiek . . . .
4. Wyznanie . . . .
5. Miejsce obecnego zamieszkania (miasto, powiat, gmina) . . . .
   Odkąd tu mieszka . . . .
   Gdzie mieszkał przedtem . . . .
6. Dom mieszkalny (ulica
   Nr . . liczba pokoi . . . . ,
   liczba ludzi w mieszkaniu . . . .
7. Zawód chorego . . . .
   Czy chory nie pracował przy: smole, olejach, arsenie . . .
8. Wykształcenie (wyższe, średnie, powszechne, bez wykształcenia)
9. Stan cywilny: wolny, małżeński, wdowi, rozwiedziony.
   Liczba dzieci chorego (ej) . . . .
   Czy chora karmiła dzieci piersią (przy carc. mammae) .
10. Zamożność chorego: bogaty, dostatni, ubogi . . . . . .
11. Czy palił tytoń . . . Od którego roku życia . . . . .
   Dużo, czy mało. Czy palił fajkę (car. labii, carc. linguae) . . . .
12. Czy używał napojów wyskokowych: przypadkowo, codziennie, nałogowo. Czy nie jest alkoholikiem . . . . . .
13. Przewlekłe choroby współistniejące, lub poprzedzające nowotwór (przymiot, gruźlica, wrzód żołądka, kamica i t. p.) . . . .
14. Czy na miejscu złośliwego nowotwora nie było przedtem blizny, urazu, brodawki, znamienia i t. p. . . . .
15. Czy rodzice, rodzeństwo, krewni, powinowaci, dziadowie nie chorowali na raka . . . .
   Jego umiejscowienie . . . .
16. Czy chorował na raka kto z domowników, albo osób, pozostających z chorym w bliższej styczności przez czas dłuższy . . . .
17. Umiejscowienie guza u badanego . . . .
18. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby . . . .
19. Czy dotychczasowy przebieg choroby wskazuje charakter złośliwości . . . . Charłactwo . . . .
   Czy są przerzuty . . . .
20. Jakie stosowano leczenie (operacja, Roentgen, rad) . . . .
   Z jakim wynikiem . . . .
21. Nawrót, po jakim czasie . . . .
22. Uwagi lekarza . . . .

Podpis lekarza:

Uwagi: 1) W miejscach kropkowanych prosi się o dawanie krótkich odpowiedzi. Przy wyszczególnieniach należy podkreślić wyrazy właściwe.
2) Kartę wypełnioną zechce WPan (i) Doktór przesłać do właściwego lekarza powiatowego pomiędzy 1 a 10 marca 1925 r.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5 listopada 1924 r.

Przewodniczy Kol Majewski. Obecnych 96 członków i zaproszona rodzina ś p. prof. W. Jaworskiego.

Kol. Majewski zagaja posiedzenie przemówieniem, w którem zaznacza, że ś. p. prof. Jaworski był zbyt wielkim uczonym, by nad Jego zgonem przejść do porządku dziennego, nie wymieniwszy Jego wielkich zasług naukowych. Tą myślą powodując się Tow. lekarskie urządziło obecne posiedzenie, poświęcone uczczeniu zasług zmarłego.

Kol Orłowski wygłasza odczyt p. t.: **»Życie i zasługi naukowe ś. p. Prof. Walerego Jaworskiego«.**

Kol. Szumowski podnosi zasługi śp. Jaworskiego, jako twórcy Muzeum histologji medycyny, i zaznacza, że zmarły ofiarował znaczną część zbiorów, które to Muzeum posiada.

Posiedzenie naukowe w dniu 12 listopada 1924 r.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 147.

Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka Tow. lek. kol. Harajewicza i wygłasza wspomnienie pośmiertne ku uczczeniu jego zasług — przyczem zawiadamia, że wysłał imieniem Krak. Tow. lek. depeszę gratulacyjną do Tow. lek. łódzkiego z powodu jubileuszu kol. Seweryna Sterlinga, członka honorowego Krak. Tow. lekarskiego

Na członka przyjęto kol. Reissa Henryka.

1. Kol. M. Rutkowski przedstawia chorych po **torakoplastyce z powodu gruźlicy płuc.** Omawia rozwój leczenia operacyjnego gruźlicy płuc, opisuje używane sposoby operacyjne, uzasadnia ich działanie na proces gruźlicy i określa wskazania do zabiegów chirurgicznych. Następnie przedstawia 3 chore, u których z powodu gruźlicy płuc, usadowionej przeważnie jednostronnie, wykonał torakoplastykę sposobem Sauerbrucha, dwuczasowo. U wszystkich chorych sprawa była daleko posunięta i trwała szereg lat i była bezskutecznie leczona klimatycznie. Pierwsza z nich, osoba 33-letnia operowana w lutym br. była już przedstawioną w czerwcu br. w Towarzystwie lekarskiem i od tego czasu stan jej niewiele się zmienił. Kaszle mało, ciepłota utrzymuje się koło 37°, na wadze przybyła od czasu zabiegu 2 kg. Druga w wieku 22 l. operowana w lipcu br., zniosła zabieg ciężko, jednak po kilku tygodniach przyszła zupełnie do sił, przestała kaszleć i gorączkować, potem gdy przed zabiegiem ciepłoty utrzymywały się na 38°; na wadze przybrała 5 kg. U ostatniej kobiety 30-letniej, chorej od lat 10-ciu wykonano naprzód w lipcu frenikotomję po której nastąpiła częściowa poprawa, a w październiku torakoplastykę. Po zabiegu zniesionym zupełnie dobrze, mimo słabych sił, chora przestała w ciągu kilku dni gorączkować, ilość plwociny z 300 cm^3 zmalała do 40, a stan ogólny polepszał się szybko. Badania radjologiczne wykazują u wszystkich chorych zatarcie poprzednio wyraźnie zaznaczonych jam gruźliczych płuc.

W dyskusji przemawiał kol. Blasberg i kol. prof. Orłowski który broni internistów przed zarzutem braku zaufania do zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc. Przypomina, że pierwszy Carson 101 lat temu wygłosił, że spadnięcie się

płuc wywiera dodatni wpływ na przebieg schorzeń płuc, w 11 lat później na podstawie swoich spostrzeżeń Ramadge wypowiedział też zdanie, że wszelki zabieg, który prowadzi do zapadnięcia się ścian jamy płucnej, jest zabiegiem leczniczym *par excellence*. Te zapatrywania nie znalazły wtenczas oddźwięku w świecie lekarskim. Spotkały się one z gorącym sprzeciwem i 43 lat temu, gdy Hérard na Zjeździe internistów udowadniał, że w 1 i 2 okresie gruźlicy płuc ich zapadnięcie się może zatrzymać rozwój gruźlicy, a w 3-im sprzyja zabliźnieniu się jam płucnych. Tylko wytrwałości Forlaniniego oraz klasycznym pracom Brauera zawdzięczamy rozpowszechnienie się sztucznej odmy piersiowej, jako metody leczniczej w gruźlicy płuc. Wkrótce jednak przekonaliśmy się, że da się ona zastosować niezawsze, nawet w jednostronnem zajęciu płuc, gdzie święci największe trjumfy. Wtenczas właśnie interniści wpadli na myśl o innych zabiegach operacyjnych, w tej liczbie o *torakoplastica extrapleuralis*. Niestety, stosunkowo rzadko możemy ją polecać, odpowiednie bowiem przypadki, w któ ych po tym zabiegu, nazwałbym go raczej polykostektomją, można się spodziewać dobrego wyniku, przytrafiają się rzadko. Z innej strony i chorzy zachowują się opornie względem leczenia operacyjnego w gruźlicy płuc. To są przyczyny, dla których chirurdzy tak rzadko otrzymują chorych na gruźlicę płuc dla zastosowania leczenia chirurgicznego.

Kol. Rutkowski w odpowiedzi zaznacza, że największą trudnością są wskazania do operacji. Tutaj jest bardzo cenne i pożądane współdziałanie internisty. Najłatwiejsze wskazania są w tych przypadkach, gdzie internista nic już zrobić nie może. Torakoplastykę stosował w czterech przypadkach: u 1-go mężczyzny z wynikiem niepomyślnym i u 3 przedstawionych kobiet z wynikiem b. dobrym.

2. Kol. Kościuszko przedstawia chorą, znajdującą się w V. miesiącu ciąży, u której przed 5 tyg. usunął drogą operacji brzusznej włókniaka, wielkości głowy noworodka. Włókniak ten był usadowiony na przedniej ścianie macicy koło lewego rogu, w okolicy odejścia więzu obłego lewego. Dolny biegun guza poprzerastał całą grubość ściany macicy, tak, że, jeżeli nie sąsiadowało zupełnie bezpośrednio z doczesną, to był od niej oddzielony tak cienką ścianką mięsną, że ta uległa rozerwaniu przy bardzo ostrożnem wyłuszczaniu guza. Po dokładnem podwiązaniu krwawiących naczyń zaszyto ranę w macicy szwem trzypiątrowym katgutowym, pozostawiając ciążę nienaruszoną. Wskazania do zabiegu stanowiły: szybki rozrost guza i silne bóle, występujące u chorej, przy miernem podwyższeniu ciepłoty, które należało uważać za objawy obumierania guza. Na przedstawionym włókniaku na przekroju już gołem okiem widoma jest martwica. Ciąża, mimo przeprowadzonej operacji na macicy utrzymała się i podczas okresu rekonwalescencji nie wystąpiły nigdy oznaki grożącego poronienia. Obecnie chora w 6 tygodni po zabiegu czuje się dobrze i opuszcza szpital z tem, że do porodu ma się zgłosić z powrotem na oddział. Przypadki podobne, w których przy wytwarzaniu guza ze ściany macicy przyszło do zetknięcia z doczesną, a które operowano zachowawczo z pozostawieniem ciąży bez wywołania następowego poronienia są b. rzadkie, Kol. Kościuszko znalazł w dostępnem mu piśmiennictwie dwa takie przypadki, jeden operowany przez Kraemera, opisany przez Friessa w roku 1912, drugi zaś podaje Maekenrodt.

W dyskusji: kol. Wojciechowski. Przypadek jest wyjątkowy, a wynik dotąd nadspodziewanie dobry — ale, uzasadnienie zabiegu natrafi na duże trudności. Przy powikłaniu ciąży włókniakami przywykliśmy do postępowania zachowawczego. Przypuszczam, że w danym przypadku rozpoznano z powodu ruchomości i elastyczności guza torbiel jajnikową, ale skoro laparotomja wykazała szeroko osadzony włókniak, wychodzący z trzonu macicy, to z tą chwilą przypadek nie nadawał się do operacji. Co najwyżej usuwamy włókniak podsurowiczy, gdy jest uszypułowany, gdyż wówczas przebieg ciąży nie jest zagrożony. Wreszcie, skoro się kol. K. zdecydował na zabieg i dotarł do doczesnej, a później sam zaszył, to w każdym razie powinienby zatrzymać chorą w szpitalu pod ścisłą obserwacją, ze względu na to, że wisi nad nią miecz Damoklesa, gdyż zarówno podczas ciąży, jakoteż porodu zachodzi obawa pęknięcia blizny ze wszystkiemi groźnemi następstwami tego zdarzenia. Z przedstawienia przypadku przez kol. K. nie wynika wcale, aby chodziło o zgorzel włókniaka, nie było mowy o wyższej ciepłocie, podrażnieniu otrzewnej i t. d.). Przekrój guza wskazuje jedynie zwyrodnienie torbielowe. Jeżeli zaś chodziło o zgorzel, to postępowanie było znowu zamało radykalne. Kol. Zubrzycki podnosi, że z danych klinicznych, wspomnianych przez kol. Kościuszkę (mam na myśli bóle, zmięknienie i nagłe powiększenie się guza) wywnioskować można było z całą pewnością, iż w guzie toczą się jakieś sprawy nie obojętne dla ustroju. Przypuszczano albo rozpoczynającą się martwicę włókniaka, z czem przy ciąży bardzo często spotkać się można, albo skręt szypuły guza jajnikowego. Tem da się uzasadnić, zdaniem jego, w zupełności wykonanie zabiegu. Zwłaszcza, że w usuniętym guzie stwierdzono ponad wszelką wątpliwość martwicę i to nawet dalej posuniętą niż się spodziewano na podstawie nasilenia objawów klinicznych. Na przekroju guza można zauważyć typowy obraz martwicy, czerwone zabarwienie części środkowych guza od napojenia tkanek rozpuszczonym barwikiem krwi, rozmiękające i rozpadłe ogniska na obwodzie guza, oraz zmiany na powierzchni otrzewnej, zmętnienie, zgrubienie i jakby jej nacieczenie. Wystarczy jeden rzut oka, by martwicę rozpoznać. Kol. Wojciechowski guza widać nie oglądał, bo inaczej nie mógłby twierdzić, że wygląd przekroju nie przemawia za martwicą. Przypadek wbrew temu co twierdzi kol. Wojciechowski bezwzględnie nie tylko się do operacji nadawał, ale zabieg był w danym przypadku konieczny. Nie tylko wystąpienie ciepłoty i podrażnienie otrzewnej jest wskazaniem do zabiegu przy martwicy włókniaków. Wystarczy wogóle stwierdzenie wystąpienia martwicy do usunięcia włókniaka, zwłaszcza w ciąży. Co więcej nie należy dopuścić do jego zakażenia i do wystąpienia wskutek tego ciepłoty i zapalenia otrzewnej, przez wykonanie zabiegu w odpowiedniej chwili. Co do obawy poronienia, to już ono przeminęło, nie ulega wątpliwości, że istniała i liczono się z nią. Co zaś do obawy pęknięcia macicy to nie jest ono tak groźne, jak sądzą przedmówcy, bo ranę zadano w mięsień w tym okresie, w którym on ma największej siły twórczej, o tem nie należy zapominać, i to nie jest dla sprawy bez znaczenia i to również zmniejsza do minimum obawy pęknięcia macicy. Pozatem w dyskusji przemawiali jeszcze kol. Piotrowski i kol. Markowa.

Sekretarz Dr. *Pawlas*.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie doroczne w dniu 25 stycznia 1925.

Posiedzenie zagaił naczelnik Izby dr. Bączkiewicz, witając przybyłych członków Izby i przedstawiając w ogólnych zarysach program posiedzenia. W posiedzeniu wzięli udział następujący delegaci: Ciechanowski, Strzemieński, Wróblewski, (Kraków), Drożdż, Wiśniewski (Lublin), Nowicki, Papeé, Zgórski (Lwów), Tomaszewski (Łódź), Panieński (Poznań), Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Gautz, Garlicka, Kozerski, Przyborowski, Radziłłowicz (Warszawa).

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia rocznego i przyjęcia go, sekretarz Zarządu Izby Naczelnej zdał sprawozdanie roczne z czynności Zarządu. Nad sprawozdaniem rozwinęła się żywa dyskusja, po której jednomyślnie uchwalono wnioski następujące: 1) Przyjęcie do wiadomości sprawozdani rocznego Wydziału wykonawczego. 2) Wyrażenie uznania, podziękowania i zaufania Wydziałowi, w szczególności jego prezydjum i sekretarzowi i wyrażenie życzenia, aby roczne sprawozdania Wydziału wykonawczego były, o ile możności, drukowane i rozsyłane przed dorocznem posiedzeniem Naczelnej Izby lekarskiej wszystkim jej członkom, oraz, aby te sprawozdania, jak również sprawozdania z posiedzeń Wydziału wykonawczego, były ogłaszane w czasopismach lekarskich. 3) Wezwanie Wydziału wykonawczego, aby na zasadzie § 2, ustęp 5 a) Ustawy z dnia 2. XII. 1921. O ustroju Izb lekarskich, poczynił kroki dla przyśpieszenia utworzenia Izby w Wilnie. 4) Wezwanie wszystkich Izb, aby przekładały Wydziałowi Wykonawczemu Naczelnej Izby lekarskiej dokładnie opracowany materjał i należycie umotywowane wnioski, mogące być podstawą do inicjatywy Naczelnej Izby w sprawach zdrowia publicznego. 5) Polecenie Wydziałowi wykonawczemu podjęcia wszelkich kroków, aby została powołana do życia Najwyższa Rada Zdrowia przy Ministerstwie spraw wewn., oraz aby Dyrekcja Służby Zdrowia wydawała perjodycznie (w stałych terminach) sprawozdania (biuletyny) o sprawach zdrowia publicznego i działalności Władz Sanitarnych.

Następnie przyjęto sprawozdanie rachunkowe Naczelnej Izby i protokół Komisji rewizyjnej. Dr. Bogucki przedstawił projekt budżetu na rok 1925 z wnioskiem o możliwości przeniesienia wydatków z jednej pozycji na drugą. Uchwalono budżet w wysokości 17,635 zł. 34 gr. z prawem ewentualnego przekroczenia o 20%. Ze względu na niemożność częstego zbierania się Naczelnej Izby uchwalono dla Wydziału wykonawczego pełnomocnictwa na r. 1925 Sprawozdanie sądu Naczelnej Izby odczytał jego przewodniczący, poczem wybrano zastępców sędziów delegatów od Izby Warszawsko-Białostockiej, mianowicie K. Zielińskiego, M. Rylkę, zastępców sędziów w Warszawie zamieszkałych K. Wisłockiego, S. Zembrzuskiego i T. Podczaskiego. Rada Izby łódzkiej ma przedstawić 2 zastępców delegatów swej Izby.

Na wniosek delegata Izby poznańskiej przeprowadzono dyskusję nad interpretacją § 17 lit. e Ustawy o wykonaniu praktyki lek. Uznano, że w zasadzie nie jest dopuszczalna praktyka równocześnie w kilku miejscach, wykonywana przez specjalistę. Co do Ustawy o ubezpieczeniu społecznem uchwalono: Izba naczelna poleca Zarządowi N. I. L. sprawę nowelizacji Ustawy o ubezpieczeniu społecznem i prosi o poczynienie w dalszym ciągu energicznych starań w kierunku przeprowadzenia postulatów stanu lekarskiego.

W dalszym ciągu omawiana była sprawa obejmowania posad w Kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych. Odnośnie do tego punktu obrad uchwalono: Naczelna Izba lekarska postanawia odpowiedzieć Związkowi lekarzy P. P., że uważa za niepożądane kumulowanie płatnych posad lekar-

skich w jednych rękach, że więc w miejscowościach, w których, prócz lekarzy, mających stałe pobory, są lekarze mało zarabiający a niemający żadnych stałych pensyj, ani związanych z niemi udogodnień, pierwszeństwo przy obsadzaniu posad ryczałtowo płatnych w Kasach chorych powinni mieć lekarze, niepozostający w służbie wojskowej, rządowej lub samorządowej.

Co do poruszonej sprawy przynależności lekarzy dentystów dawnego typu do Izb lekarskich, przyjęto zapatrywanie, że dentyści dawnego typu, nie mający dyplomu lekarskiego, nie mogą być członkami Izb lekarskich.

We wnioskach poruszono sprawę sporządzenia mapy rozmieszczenia lekarzy w całej Polsce: mapa ta miałaby być pomocnym i orjentacyjnym środkiem w udzielaniu porad dla lekarzy co do miejscowości osiedlania się. Po szczegółowej dyskusji uznano potrzebę sporządzenia takiej mapy; zdaniem Izby, sporządzenie jej winno być uskutecznione przez Gen. Dyr. Służby zdrowia: narazie mogłyby się tem zająć poszczególne Izby w zakresie terenów, które obejmują. Również omówiono sprawę nbezpieczeń lekarzy i zakładania przy Izbach odpowiednich instytucyj ubezpieczeniowych na wypadek choroby i niezdolności do pracy. Polecono też Wydziałowi wykonawczemu przygotowanie na najbliższe posiedzenie referatu, obejmującego w ramach ogólnych sprawę instytucyj ubezpieczeniowych przy Izbach lekarskich. Wyrażono przy tem zapatrywanie, że Naczelna Izba nie widzi przeszkody w przyjmowaniu do istniejących już Kas ubezpieczeniowych członków, przynależnych do Izb innych, a nie do Izby, która już wprowadziła instytucje podobne; oczywiście należenie takie mogłoby trwać aż do czasu zaprowadzenia Kas przy Izbach wszystkich. *n.*

Lwowska Izba Lekarska.

P o s i e d z e n i e Z a r z ą d u w dniu 12 listopada 1924.

Na zapytanie Województwa w S. odpowiedziano, że cennik lekarski w obrębie Izby jeszcze nie istnieje, i że Rada Izby wyraziła zapatrywanie, że czynności lekarskie nie dadzą się staryfować. Wskutek prośby Izby handlowej i przemysłowej we Lwowie o wiadomość, czy wystawa higjeniczno-lekarska we Lwowie w r. 1907 była uprawniona do wydawania medali złotych, uchwalono odnieść się o wyjaśnienie do ówczesnego dyrektora wystawy.

Przyjęto do wiadomości wyjaśnienie dr. A. w sprawie opuszczenia posady lekarza okręgowego w N.

W zgromadzeniu członków Związku obrony papierów wartościowych, zwołanem na 18 listopada 1924 we Lwowie, weźmie Zarząd Izby udział przez delegata.

Po przesłuchaniu dr. K. ze Lwowa, wydano zarządzenia w sprawie niewłaściwego ogłaszania się tego lekarza tablicą na ścianie domu, w którym nie mieszka, i ogłoszeniem w restauracji.

Lekarze Kasy chorych w D. proszą o opinję, czy żądane przez nich podwyższenie wynagrodzenia jest odpowiednie. Wyrażono zdanie, że nawet podwyższone honorarja będą zbyt niskie.

Dr. A podnosi sprawę lekarzy, dających pracę partaczom dentystycznym. oraz sprawę tytułu specjalisty-dentysty, to ostatnie z powodu zapytania Starostwa w P. co do dra W. Stwierdzono, że, jakkolwiek sprawa tytułu specjalistów nie jest jeszcze uregulowana, Zarząd jest i będzie zdania, że specjalista powinien wykazać studja specjalne — a więc przekraczające normę dla ogółu lekarzy — w danym zakresie. W tym duchu postanowiono odpowiedzieć co do dra W. i podobnie także w innym wypadku, pana L. w M. Również powzięto uchwały w sprawie 4 firmantów dent.

Sprawę zatargu między dr. H. i S. w J. uchwalono przekazać Sądowi Izby.

Przyjęto do wiadomości wyjaśnienie dr. K. w K. w sprawie przepisania pacjentce alkoholu do okładów.

Rozdzielono zapomogi wdowom w ogólnej sumie 420 zł.

P o s i e d z e n i e Z a r z ą d u w dniu 26 listopada 1924.

Przewodniczący zawiadamia, że Ministerstwo sprawiedliwości wydało polecenie Sądom, aby prawomocne wyroki, dotyczące lekarzy były, komunikowane Izbom lek., zwłaszcza jeżeli chodzi o przewinienia, dotyczące etyki lekarskiej.

Gen. Dyrekcja służby zdrowia zawiadomiła, że wykazy specyfików są ogłaszane w Monitorze polskim. Ta sama Gen. Dyrekcja zarządziła, by w organizacji państwowej pomocy lekarskiej w tych miejscowościach, gdzie niema lekarzy umówionych, był dopuszczalny wolny wybór lekarza. Przewodniczącemu poruczył Zarząd Izby, aby na najbliższem posiedzeniu Naczelnej Izby Lek. wniósł sprawę wprowadzenia w powyższej organizacji wolnego wyboru lekarza, zamiast systemu ryczałtowego.

Zażalenie dr. M. w G. na zbyt niskie wynagrodzenie za czynności sądowo-lekarskie i za czynności lekarza więziennego uchwalono przedłożyć Prezydjum apelacji z umotywowaniem i prośbą o przychylne załatwienie.

Następnie załatwiono sprawę jednego lekarza firmanta zakładu dentystyczno-technicznego i sprawę podatkową jednego lekarza.

Na doniesienie pewnego pacjenta przeciwko drowi R. we Lwowie uchwalono odpowiedzieć, że postępowanie dra R. było bez zarzutu, a forma doniesienia była niewłaściwa.

Na wniosek referenta przyjęto cennik badań pracowniarnych, ułożony przez pracownie lekarskie lwowskie na podstawie porozumienia między sobą nawzajem i z Zarządem Izby Lek. Przyjęto stawki cennika jako minimalne z tem, że członkom Kas chorych przysługuje opust 30%.

Reklamacje dwóch lekarzy powiatowych przeciwko przymusowemu ubezpieczeniu w Izbie przesłano do decyzji Izbie Naczelnej z opinją Zarządu.

Przyznano zapomogi 2 wdowom po lekarzach w ogólnej sumie 120 zł.

Od Redakcji.

Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w innem polskiem piśmie lekarskiem, jak również artykułów, które tylko tytułem lub stylem zmienionym różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.

Od Redakcji. Zwracamy uwagę Szanownych Czytelników, że w zeszłorocznym roczniku Polskiej Gazety Lekarskiej luźną kartkę ze spisem prac, zawartych w numerze jubileuszowym Dra S t e r l i n g a, należy umieścić po spisie prac oryginalnych, jako drugą kartkę spisu ogólnego.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

L w o w s k i e T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e. V. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 20 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) Wykład kol. H. H i l a r o w i c z: »**Z nowszych poglądów na leczenie chirurgiczne wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy**«.
K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Z d z i a ł a l n o ś c i T o w a r z y s t w a W a l k i z G r u ź l i c ą w e L w o w i e. W kwartale IV. roku 1924 udzielono w Przychodni T-wa Walki z Gruźlicą we Lwowie przy ulicy Lindego 5: podczas 68 dni ordynacyjnych 794 porad lekarskich — w tem leczono dawnych chorych 441, nowych 343. Zabiegów lekarskich wykonano ogółem 2.358. Wywiadowczynie odwiedziły w domu 252 chorych. W laboratorjum wykonano 191 badań. W Sanatorjum na Hołosku leczono 39 chorych przez 1.653 dni leczenia. Czynnych lekarzy w T-wie było 9. Obrót kasowy w tymże czasie wynosił 2.845 Zł 18 gr.

Z kraju.

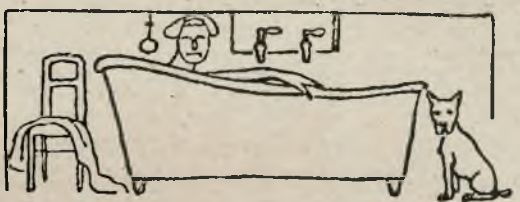
W s p r a w i e p r z y p a d k u z n i e k s z t a ł c e n i a c z a s z k i, p r z e d s t a w i o n e g o p r z e z d r a B e j l i n a w T o w. l e k. ł u c k i e m. (Patrz Posiedzenie naukowe Tow. lek. łuckiego z dnia 18. VII. 1924. Polska Gaz. lek. Nr. 1. 1925. str. 24), otrzymujemy od prof. dr. J. Szymańskiego z Wilna (Antokol 14) następujące pismo: W Tow. łuckiem kol. Bejlin pokazał przypadek zniekształcenia czaszki. Dla okulisty niezmiernie byłoby ciekawem dowiedzieć się, czy w przedstawionym przypadku zniekształcenie odbiło się także na budowie oka, t. j. czy jest niezborność (astygmatyzm) i jaki, zwykły, odwrotny czy skośny.

Ze świata.

W a l k a z r a k i e m w e F r a n c j i ześrodkowana jest w miastach uniwersyteckich, a mianowicie w Paryżu, Strassbourg'u, Bordeaux, Lyon, Montpellier, Toulousse, Rennes i Nancy. W tych miastach powstały specjalne kliniki dla chorych rakowych. w których biedni chorzy otrzymują najrozmaitsze ulgi. W zakładach tych studenci i lekarze mają możność specjalizować się w tej dziedzinie i przeprowadzać badania naukowe.

C z e s k i e T o w a r z y s t w o d o w a l k i z r a k i e m powołuje do życia w Pradze czeski specjalny Instytut do badań nad rakiem.

M i e j s k a p o r a d n i a d l a m a ł ż e ń s t w została utworzona w jednej z miejscowości w pobliżu Berlina. Poradnia ta udziela rad i wskazówek kandydatom i kandydatkom do małżeństwa odnośnie do ich zdrowia, zdolności płciowej i co do ich zdolności i właściwości eugenicznych, jako przyszłych rodziców. Poradnia ta udziela również pouczeń kobietom, które chcą zajść w ciążę lub też chcą jej uniknąć. Celem zakładania pessarjów odsyła poradnia kobiety do lekarzy; biednym zaś kobietom zakłada je sama. Jestto więc do pewnego stopnia ambulatorjum przeciw zapłodnieniu, jak słusznie nazywa je jedno z niemieckich pism lekarskich. Berliński Związek lekarzy ma zamiar wystąpić w odpowiedni stanowczy sposób przeciw tej pod wielu względami nieetycznej instytucji.



Nr. 7. 15. lutego 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

K. ORZECHOWSKI i W. MITKUS. Warszawa.

O postaci parkinsonowskiej guzów okolicy przysadki i lejka obok uwag o symptomatologji guzów wnętrza III. komory.

Z kliniki neurologicznej Uniw. Warsz.

Uwagi, które tutaj zamierzamy poruszyć, nasunęły się nam w ciągu długotrwałej obserwacji jednego charakterystycznego przypadku. Wnioskom, które zresztą nasuwały się same przez się, dostarczyła poważnego oparcia sekcja przypadku. Z zestawienia wreszcie strony klinicznej i anatomiczno-topograficznej z materjałem kazuistycznym nagromadzonym w piśmiennictwie i własnym z dawnych lat, doszliśmy do poglądu, pozwalającego wydzielić pewną szczególną postać nowotworów okolicy przysadkowo-lejkowej. Z drugiej strony roztrząsania nasze powinny, tak się nam zdaje, rzucić pewne światło na właściwości kliniczne i anatomiczno-topograficzne guzów wnętrza III. komory, któremi dotąd neurologja zajmowała się niewiele i bez szczególnych wyników.

Przypadek nasz dotyczył chorej R. około 40-o letniej, wolnej, z zawodu praczki. Wywiady mają ograniczoną wartość z powodu otępienia chorej. Tyle można było ustalić, że początek choroby przypada na pewien czas przed wojną. Wówczas powoli zaniewidziała na prawe oko. W pewien czas potem poczęły się zjawiać czasem bóle głowy, zawroty, niekiedy wymioty i chora przestała miesiączkować. Od lipca 1921 bóle głowy stały się silniejsze i częstsze, w tym też czasie zauważyła osłabienie wzroku na lewem oku. Poważniejszych chorób nie przechodziła, nigdy nie była w ciąży. Do kliniki nenrologicznej przyjęta we wrześniu 1921.

Stan przedmiotowy: Wzrost raczej mały. Twarz robi wrażenie eunuchoidalnej, jest ona o chłopięcym wyrazie, za szeroka z powodu dużej fałdy jarzmowo-podocznej, odrzynającej się wgłębieniem od drugiej fałdy w okolicy przyusznic. Fałdy te wypełnione miękawą tkanką tłuszczową, wytworzone są przez skórę bardzo rozciągliwą (*cutis laxa*). Wybitne podgardle. Nos hakowaty. Oczy lekko skośne są osadzone za szeroko. Powieki: górne brunatnawe, dolne o stalowym kolorycie. Zresztą twarz blada. Uszy nieforemne, przyrośnięte. Obwód czaszki 55, póżniej 56 cm. Podniebienie twarde, wąskie, wysokie. Badanie gardła, nosa i krtani (dr. Tryjarski) stwierdziło stosunki prawidłowe. Zęby zgryzione Gruczoł tarczowy prawidłowy. Ogólne wrażenie osoby otyłej. W rzeczywistości grube fałdy tłuszczowe są tylko na tułowiu i brzuchu i sutki są duże, kończyny natomiast dość smukłe. Waga ciała 59 kg., doszła później do 62 kg. (Okresowo duży apetyt, wprost żarłoczność). Poza pewną nadmierną ilością włosów na kończynach, uwłosienie zresztą wszędzie prawidłowe.

Narządy wewnętrzne bez zmian poza niewielkiem powiększeniem wątroby. Tętno 60. Krew (przeciętny wynik szeregu badań): C. cz 4,500.000. hmg. 90. wsk. 0.9. C. b. 5.000. wieloj. 57%. l. m. i d. 34.50%, przejść. 5%, mon. 0.25%, kwasochł. 3%, tucz. 0.25%. Ilość dobowa i składniki moczu prawidłowe, poza nieznacznem wzmożeniem ilości urobiliny. Po podaniu dextrozy cukier w moczu się nie pojawia. Zastrzyknięcie jadów wegetatywnych nie dało żadnych wyników godnych uwagi. Odczyn Bordeta-Wassermanna z krwi i cieczy m. rdz. stale ujemny. Ciecz mózgowo-rdzeniowa pod wzmożonem ciśnieniem, limfocytów 4—13, białko w prawidłowej ilości, Nonne Appelt to dodatni to ujemny.

Zdjęcia roentgenowskie wykazały z początku ścieńczenie nierównomierne czaszki z wybitnemi odciskami palczastemi, wyrostki klinowate zatarte, skrócone. W późniejszym czasie obserwacji ścieńczenie czaszki i odciski występowały coraz wybitniej, i w coraz donioślejszych rozmiarach uwydatniało się niszczenie siodełka tureckiego.

Z początkiem 1923 wykonano odmę czaszkową przy użyciu 90 cm³ powietrza w okresie znacznego pogorszenia stanu chorej. Zdjęcia poodmowe wykazały znaczne wodogłowie prawej komory, zupełny brak powietrza w trzeciej i lewej komorze i w rowkach mózgowych. Od trzeciego dnia po odmie wybitna poprawa trwająca niespełna 2 tygodnie. W trzy tygodnie po pierwszej wykonano drugą odmę dnia 3 II. Na początku zabiegu ciśnienie cieczy m. rdz. 380 mm. Upuszczono cieczy 110 cm³, wtłoczono powietrza 100 cm³. Ciśnienie cieczy przy wtłaczaniu powietrza podniosło się do 420 mm i na tej wysokości utrzymywało się do końca. Zdjęcia wykazują teraz wodogłowie komory III-ej i obu bocznych. Rowki nigdzie się nie zaznaczają. Dnia 13. IV. wykonano odmę po raz trzeci. Początkowe ciśnienie cieczy m. rdz. 300 mm. tętno 114, upuszczono cieczy 105 cm³, wtłoczono powietrza 98 cm³. Ciśnienie cieczy m. rdz. po każdej porcji wpuszczonego powietrza stale się podnosiło i tak: po pierwszych 10 cm³ powietrza wynosiło 400, po następnych 450, 500, 550 (!), 600 (!), końcowe ciśnienie 550 mm. Tętno przez cały czas zabiegu 90, pełne, parcie krwi bez zmiany. Chora zniosła zabieg równie dobrze jak poprzednie. Zdjęcia wykazują bardzo znaczne wodogłowie obu komór bocznych, natomiast brak wypełnienia powietrzem komory III. i przestrzeni nadkorowych. Wpływu tej odmy i poprzedniej na stan ogólny chorej nie było.

Pod względem psychicznym otępiała w wysokim stopniu chora przedstawia objawy, które czasem nasilają się, czasem występują mniej jaskrawo. Ze stałych objawów obserwuje się bardzo znaczne zaburzenia pamięciowe (zupełnie nic nie wie o wydarzeniach od czasu wojny, ledwie trochę pamięta czasy rosyjskie), prawie zniesioną zdolność do zapamiętywania, dezorjentacje co do czasu i miejsca. W stanach pogorszenia występują zamroczenia z zupełną dezorjentacją także co do otoczenia, połączone ze złudzeniami, sądzi, że jest w pralni, musi coś robić z bielizną i t. p. W nocy czasem stany niepokoju, wtedy kłóci się z chorymi, grozi im pobiciem. Zostawiona samej sobie jest zresztą zwykle pogodna, zadowolona, nie skarży się samoistnie, uśmiecha bez powodu i dowcipkuje często (na pytanie jak się miewa, odpowiada pytaniem: »Jak pan się miewa?«, ona sama »cznje się jak groch przy drodze« i t. p.). Łatwo się irytuje czegokolwiek, a stale przy badaniach, co w części tłumaczy się przeczulicą bolesną chorej przy wszelkiem dotknięciu. Często zmyśla, (była w kościele, biła chore). W stanach polepszeń próbuje pomagać, zająć się czemś, wtedy podaje historję rozwoju swego cierpienia z niewielkiemi tylko sprzecznościami.

Stan nerwowy przedstawiał w ciągu dwuletniej obserwacji również duże wahania. Przytem z obrazu chorobowego wydzielić można pewien nie zmieniający się prawie trzon objawowy obok obrazu powstającego w czasie pogorszeń. Stale spostrzegało się u chorej skłonność do senności, wybitniejszą we dnie niż w nocy. Siła mięśniowa wszędzie dostateczna. Odruchy ścięgnisto-okostnowe prawidłowe. Oppenheim po lewej stronie, tutaj także skrzyżowany, objawu Babińskiego brak. Stały stan hypertonji w stawach barkowych i biodrowych (tutaj zwłaszcza ze strony przywodzicieli), w stawach tych istnieją już skrócenia mięśniowe, bo wszystkie ruchy bierne wykazują pewne zmniejszenie prawidłowej rozpiętości. W stawach nadgarstkowych i skokowych raczej pewna hypotonja. Często samoistne ułożenie grzbietne lewego palucha. Odczyny przeciwnicze patologicznie wygórowane przy stałym braku przez cały czas odruchów zatrzaskowych. Hypertonja ma charakter plastyczny na dolnych kończynach, a zębiasty na górnych. Sporadycznie występują drżenia, zwłaszcza przy zapoczątkowaniu ruchów, ustające przy ustaleniu kończyny. Drżenia te na kończynach górnych przybierają czasem charakter drobnej brachykinezy, wyjątkowo ujawnia kciuk drżenie w rodzaju kręcenia pigułek. Przy chodzie typowa postawa parkinsonowska tułowia i dolnych kończyn, górne kończyny są jednak wolne od »związania« pozapiramidowego. Chód o bardzo drobnych często szybkich krokach, w wyniku więc zawsze powolny. Przewracanie się w łóżku na boki i wstawanie z krzesła utrudnione. Siada na krzesło również z trudnością, wreszcie pada na nie bezwładnie. Co do objawów pozapiramidowych należy podkreślić wyraźną ich przewagę na dolnych kończynach, z drugiej strony większe nieco nasilenie ich na lewych kończynach w porównaniu z prawemi. Pozatem ma chora uderzającą przeczulicę skóry na całem ciele, zwłaszcza na ból, zimno i ciepło, utrudniającą wielce badania lekarskie.

Nerwy czaszkowe: Upośledzenie węchu, szczególnie po prawej stronie. Dno oka prawego: Zanik nerwu wzrokowego, brak poczucia światła. Źrenica prawa nie oddziaływa na światło. Oko lewe: W pierwszym półroczu pobytu na klinice tarcza zastoinowa, która potem ustąpiła bez pozostałości. Bystrość wzroku ośrodkowo — 1. Połowica ślepota skroniowa z zachowaniem przyśrodkowego widzenia w połowie skroniowej od góry. Dopiero w drugim roku obserwacji wytworzył się powoli zanik brodawki l. nerwu wzrokowego z wahaniami bystrości wzroku między $^{5}/_{6}$ a $^{5}/_{10}$. Zaznaczony niedowład spojrzenia w lewą stronę. Nadwrażliwość prawego nerwu przedsionkowego. Nerwy opuszkowe prawidłowe.

Z objawów sporadycznie spotykanych u chorej należy wymienić: Skurcze rytmiczne, drobne m. skroniowego lewego i lewych skrzydlikowych z odpowiednimi ledwie dostrzegalnymi ruchami bocznymi żuchwy. Skurcze m. skroniowego dają przy osłuchiwaniu czaszki złudzenie szmeru tętniącego, zbliżo-

nego częstością do tętna płodowego. Objawy móżdżkowe: padanie w tył, nieraz bezwzględne, mimo parkinsonowskiego przechylenia tułowia ku przodowi i mimo równoczesnej skłonności do propulzji. To padanie w tył góruje również nad odczynami padania przy wykonywaniu prób przedsionkowych. Czasem dysmetrja mierna obustronna w górnych kończynach, częściej w lewej.

W ciągu obserwacji stany polepszenia i pogorszenia przeplatały się wielokrotnie. Naogół czas trwania pogorszeń był dłuższy, wybitne polepszenia zdarzały się jednak do ostatka. Zmiany stanu neurologicznego szły zawsze w parze ze zmianami stanu psychotycznego. W stanach znaczniejszych pogorszeń występowała na pierwszy plan stała senność, wśród której chora zanieczyszczała się moczem i kałem. Także zasypia pozostawiona na chwilę w spokoju podczas badania. Rozbudzona ujawnia kataleptyczne zachowanie się w ruchach kończyn i tułowia. Zresztą leży w niezmienionej pozycji, z kolanami zgiętymi i udami zupełnie przywiedzionymi Nawet wówczas, gdy leżąc z zamkniętymi oczyma daje sprawne odpowiedzi, więc nie śpi, nie próbuje żadnego ruchu. Przy ruchach biernych stwierdza się niemal zewsząd przykurcze pozapiramidowe, także w górnych kończynach, a przykurcze te w karku, kręgosłupie, stawach biodrowych i lewym barkowym nie dają się niemal przewalczyć. Dłonie są przeważnie ułożone w typowy daszek. Posadzona lub przytrzymana w pozycji stojącej pada bezwładnie ku tyłowi. Nawet popychana, nie jest w stanie zrobić kroku. Czasem pogorszenia nie są tak ciężkie. Wówczas przeważnie wprawdzie leży, lecz czasami usiłuje usiąść, a nawet chodzić, opierając się na szczotce lub przytrzymując sprzętów. Chodzi robiąc minimalne kroki, przesuwając stopy po podłodze, od czasu do czasu zastyga nieruchomo. Przykurcze są w tym czasie mniej intenzywne Zanieczyszcza się tylko moczem. Stany polepszeń przedstawiają się w ten sposób, że chodzi nawet bez oparcia, zawsze drobniutkimi krokami, przechylona silnie naprzód, ze zgiętymi kolanami Ruchy czynne i bierne w karku i tułowiu są dość swobodne. Brak wybitniejszego padania w tył i propulzji. Przewracanie się na boki, siadanie i wstawanie odbywa się niedołężnie, wśród przerw i zastygań, jest jednak możliwe. Ruchy kończynami górnymi wogóle nie robią wrażenia nieprawidłowych. Przykurcze i wzmożenia odczynów antagonistycznych wyrażone są tylko w lekkim stopniu. W tych okresach chora zwykle się nie zanieczyszcza.

W ostatniem półroczu życia chorej wszyscy, którzy ją znali, mieli wrażenie, że jej głowa się powiększyła. Pomiar obwodu czaszki, którym zresztą nie zamierzamy popierać tego spostrzeżenia, wykazywał rzeczywiście jakoby przybytek o 1 cm (56 cm).

W danym przypadku rozpoznanie guza wychodzącego z okolicy przysadki nie nasuwało żadnych wątpliwości. Wyjaśnienia wymagał natomiast zespół pozapiramidowy. Nie mógł on być wynikiem przygodnego powikłania z inną sprawą. Jako taką mogliśmy mieć na myśli zapalenie nagminne mózgu. Nie wchodziło ono w rachubę z powodu zbyt zwalniającego przebiegu, a poniekąd także z powodu za słabego wyrażenia objawów pozapiramidowych w kończynach górnych i niemal zupełnego zaoszczędzenia nerwów opuszkowych. Zespół pozapiramidowy musiał więc być wyłącznie zależnym od guza. Przytem trudno było przypuszczać zniszczenie zwojów podstawnych wobec znacznych wahań w przebiegu chorobowym. Pozostawało jedyne przeto przypuszczenie, że guz, wrastając do III. komory, wywiera stąd ucisk sam przez się na zwoje podstawne, albo też działa na nie ujemnie, wskutek wodogłowia, które wywołuje. Ucisk mający swe źródło w wodogłowiu III. komory, tłumaczył wreszcie przeczulicę chorej, jako objaw wzgórkowy. Odma potwierdziła nasze przypuszczenia, wskazując przytem, że objawy należy raczej uzależniać od dużego wodogłowia dotyczącego także III. komory, niż wprost od guza. Przytem stwierdziliśmy raz niedrożność lewego otworu Monroego. Guz więc musiał zmieniać swój kształt lub wielkość, skoro raz zaczopowywał otwór lewy Monroego, a kiedyindziej nie dosięgał tego otworu. Prawdziwy guz III. komory, wychodzący z wyściółki lub ze swoju naczyniówkowego, szypułowaty i z tego powodu przemieszczający się, nie mógł wchodzić w grę z powodu głębokiego zniszczenia siodełka. Wreszcie wodogłowie znacznego stopnia tłumaczyło zespół Korsakowa, jako wyraz znacznego upośledzenia funkcyj kojarzących kory mózgowej, przywartej ściśle w skutek wodogłowia wewnętrznego do opony twardej. Upośledzenie to pierwszy swój zaczątek bierze z chwilą zaburzenia krążenia nadkorowego cieczy i wśródadwenticjalnego, do czego zawsze prowadzić musi wodogłowie, zanim pocznie się działanie jego, niszczące tkankę mózgową. Nawiasem tylko potrącamy tutaj o ten szczegół, powołując się na fakt, że wszystkie sprawy w najlżejszym stopniu zaburzające krążenie cieczy korowej wywołują przedewszystkiem zespół amnestyczny. Na to wskazują doświadczenia kliniczne przy nowotworowatości rozlanej opon, przy zapaleniach opon mózgowych (Z a n d o w a), przy krwotoku pajęczynówkowym (G o l d f l a m), i przy odmie mózgowej (T o ł ł o c z k o - P r z y r a d z k a). Stąd czerpie w pierwszej linji swój początek zespół Korsakowa przy guzach mózgu.

Z powodu otępienia chorej nie mogliśmy obiecywać sobie dużo po doszczętnym zabiegu chirurgicznym, który był zresztą zdaniem naszem, niewykonalny wobec usadowienia guza nietylko w siodełku, lecz i w III. komorze. Samoistne cofnięcie się tarczy zastoinowej u chorej zachęciło nas natomiast w późniejszym okresie pogorszenia do zalecenia zabiegu odbarczającego Cushinga, nakłucie Antona Bramana w danym przypadku wydawało nam się bowiem szczególnie niebezpiecznem. Przy rozpoczęciu innego zabiegu, wybranego bez naszej wiedzy chora umarła.

S e k c j a: W narządach wewnętrznych nic szczególnego. Mózg nie powiększony, chełboczący, zwoje poszerzone, rowki zatarte. W okolicy przysadki, której śladu nie znaleziono, znajduje się guz zrosły z podstawą kostną, od której trzeba go było na tępo oddzielić. Siodełko zupełnie zniszczone, na jego miejscu jama (3 cm × 2 cm). Po lewej stronie dach zatoki klinowej nierówny, po prawej duży ubytek, brak po tej stronie także ściany bocznej zatoki, tak, że ołówek przechodzi z łatwością z jamy czaszkowej do nosa. Stok Blumenbacha ścieńczały. Część guza pozostała przy mózgu odpowiada wielkością dużej śliwce. Powierzchnia nierówna, drobno guzkowata. Na przekroju obok części zbitych, spotyka się miejsca kaszowate i szereg drobnych i większych torbieli. Po stwardnieniu w formolu okazuje się, że powierzchnia dolna guza nawet tam, gdzie on nie wydawał się przyrośnięty, więc w okolicy zasiodełkowej, jest szarpana, zresztą guz pokryty jest przeważnie cienką otoczką tkankołącznową, dającą się oddzielić. Długość na podstawie 5 cm, szerokość od 2 3 cm. Koło tętnicze Wiliza, zachowane w całości, mieści się między podstawą mózgu, a guzem, który rozrasta się pod niem. Przedni skraj guza odpowiada płaszczyźnie biegunów płatów skroniowych, tylny sięga po brzeg mostu; płaty skroniowe są odchylone na boki. Przednia część guza przyrasta powrózkami do tylnej części podstawy płata czołowego, ponadto wypukla się tutaj drobny uchyłek III. komory, tylna część nie jest przyrosła. Po jednej i drugiej stronie guz obrasta i przyprawia o przypłaszczenie tętnice szyjne wewnętrzne i mózgowe przednie. Nerwy gałkoruchowe napięte w łuk po bokach guza, są wszystkie zachowane. Nerw węchowy prawy zniszczony, lewy bardzo ścieńczały. Z nerwu wzrokowego prawego znajduje się w guzie tylko strzęp powrózkowaty, zaróżnięty, lewy obrośnięty lecz wcale dobrze zachowany, skrzyżowanie bardzo ścieńczałe wskutek naporu guza, który w tem miejscu wypukla jedną swą partję ku górze, do wnętrza III. komory.

Po przecięciu czołowem mózgu w okolicy guza, i strzałkowem spoidła dużego, stwierdza się, że całe wnętrze III. komory zajęte jest przez guz chełboczący o powierzchni pod wpływem formolu sfałdowanej. Przegroda przeźroczysta przemieszczona na lewo, strop ścieńczały, zwoje naczyniówkowe zachowane. Długość guza 4 cm, szer.: $1^1/_2$—2 cm. Guz wypukla się na boki, powierzchnia górna płaska, schodzi się ze ścianami bocznemi pod kątem prostym, przyczem tworzy rodzaj listewki, będącej odciskiem kąta między przyczepem przesłony naczyniówkowej, a powierzchnią górną wzgórka wzrokowego. Krawędź ta ku przodowi od strony lewej kończy się wolno guzickiem wielkości grochu, który wtapia się w rozszerzony lewy otwór Monroego, stanowiąc jego odcisk. Po stronie prawej krawędź górna guza kończy się tuż przy prawym otworze Monroego, także rozszerzonym i jest tu zrosła ze stropem. Zresztą guz nigdzie nie przyrasta, od strony lewej oddziela go na całej wysokości rowek od ściany przyśrodkowej wzgórka, od prawej można go z góry oddzielić tylko do połowy wysokości wzgórka wzrokowego. Jeśli dodamy, że tylna część guza popielatego i ciała sutkowate znaleźliśmy zachowane i że na powierzchni guza dokomorowej stwierdziliśmy histologicznie przybłonek wyściółkowy, widzimy, że guz znaleziony na podstawie, rozrastając się ku górze tuż od przodu skrzyżowania nerwów wzrokowych, wynicował ku wnętrzu III. komory okolicę lejkową, pozostawiając w swojem miejscu tylko najprzedniejszą część podstawy komorowej, odpowiadającą mniej więcej uchyłkowi wzrokowemu, a z tyłu część tylną guza popielatego. Przytem powiększanie się guza od lewej strony dokonywało się wśród równoczesnego wydęcia ku górze dna III. komory, natomiast po stronie prawej guz przemieszczał tylko część przyśrodkową wzgórka i podstawy komorowej równomiernie ku górze. Guz rozszerzał na boki komorę III. ze ścianami jej się nie zrastając, zostawiając wolną znaczniejszą przestrzeń po stronie lewej, a prawdopodobnie tylko szczelinę, między swą górną powierzchnią, a uniesionem ku górze sklepieniem. Dosięgał on tylko do otworów Monroego nie wrastając do komór bocznych. Do następstw guza należy znaczne wodogłowie komór bocznych bardzo wybitne rogów tylnych, najmniejsze dolnych. Wodogłowie komory prawej wyraźnie przeważa, w odociąg Sylvjusza do

okolicy wejścia w most jest silnie rozszerzony. Poduszki wzgórka i zwoje podstawne znacznie odchylone na boki. Na przekroju zwojów podstawnych i wzgórków nie można nic szczególnego zauważyć, o zaniku jednak jąder ogoniastych świadczy sfałdowanie ich powierzchni wyściółkowej, która tworzy około 10 brózd i listewek poczynających się w okolicy rogów przednich i gubiących się ku tyłowi pod naczyniówką.

Badanie histologiczne stwierdziło raka wychodzącego z komórek przedniej części przysadki, który nie dawał przerzutów. W szczególności nie było ich nigdzie w ścianie III. komory, ani w splotach naczyniówkowych, ani w oponach.

Z przedstawionych stosunków anatomicznych wynika, że guz naszego przypadku rozwijał się w jednej stronie na podstawie mózgu w siodełku i ku dołowi, niszcząc otoczenie kostne i wdzierając się tu po przez jamę klinową do jam sitowych, z drugiej strony wypierając ku górze dno III. komory rozrósł się w niej aż do stropu i do granicy komór bocznych. Z historji choroby wynika, że niszczący rozrost guza ku kostnej podstawie dokonał się w najpóźniejszym okresie chorobowym. Za tem przemawia brak z początku wyraźniejszych zmian roentgenologicznych, ujemny wówczas wynik badania rinologicznego, wreszcie ustąpienie tarczy zastoinowej w tym okresie choroby wskutek odbarczenia, które guz sobie stworzył samoistnie wybijając otwór w dnie siodełka. Pierwotny rozrost guza szedł dokomorowo. Z tą okolicznością należy też wiązać te wszystkie wczesne objawy, które zwykłemu zespołowi guza przysadki nie odpowiadają, więc objawy pozapiramidowe, wzgórkowe, ponadto może przebieg zwalniający i w pewnej mierze objawy psychiczne i śpiączkowe z tego choćby powodu, że nasilenie ich i poprawy ścisłą wykazywały przynależność z grupą objawów pozapiramidowo-wzgórkową. Objawy te odnosimy jednak nie wprost do guza komorowego, a do wodogłowia wszystkich komór i rogów. Wodogłowie komór bocznych przez ucisk i to, jakby wynikało ze stosunków anatomicznych, przedewszystkiem na jądro ogoniaste, wywołało zespół pozapiramidowy wyrażony najwybitniej na kończynach dolnych. Objawy przeczulicy wzgórkowej zależały głównie od wodogłowia III. komory. Objawy śpiączkowe i psychiczne są wogóle właściwe większym guzom III. komory, o ile dosięgają przesłony naczyniówkowej (odnogi, tela chorioidea) (W e i s e n b u r g), a to właśnie miało miejsce z guzem naszego przypadku.

Z kolei musimy się zastanowić, czy opisany przypadek jest wyjątkowym przykładem niezwykłego rozrostu guza przysadki i stąd kombinacji z objawami zresztą niespotykanemi, czy też należy się w nim dopatrywać pewnego ogólniejszego typu rozrostu anatomicznego i szczególnego typu klinicznego guzów okolicy przysadki względnie lejka Odpowiedzi na to zagadnienie szukać należy z jednej strony w danych anatomicznych, z drugiej strony w kazuistyce klinicznej guzów przysadki.

Przegląd kazuistyki anatomo-patologicznej dowodzi, że większość guzów okolicy przysadki t. j. z przysadki lub z lejka wychodzących, byle nie dających zespołu akromegalicznego, rozwijając się pozasiodełkowo wyrasta ku górze, w kierunku ku III. komorze. Dno trzeciej komory może być przytem tylko nieznacznie uniesione, albo guzy zajmują pewną znaczniejszą część III. komory od dołu, albo wreszcie przerastają ją zupełnie w kierunku pionowym, dosięgają jej dachu t. j. przesłony naczyniówkowej. Na tym właśnie fakcie rozrostu dokomorowego oparł pierwszy E r d h e i m teorję nerwowego, lejkowego, a nie przysadkowego pochodzenia objawów dystrofji tłuszczowo płciowej, tem więcej, że w pewnej grupie przypadków guz mógł wogóle upośledzać tylko lejek, przysadka bowiem była, i makroskopowo i histologicznie, nietknięta. O ile chodzi o wyjaśnienie niezwykłej grupy objawów towarzyszących naszemu zespołowi przysadkowemu, interesuje nas tutaj tylko trzecia grupa guzów przysadki, dorastających do stropu, bo te przedewszystkiem mogą wywołać wodogłowie komór przez ucisk na żyły Galena zawarte w przesłonie naczyniówkowej. Jako guzy duże, mają one tem samem przebieg kliniczny raczej przewlekły. W wywołaniu objawów pozapiramidowo-wzgórkowych decyduje niemal z reguły ucisk i to ucisk pośrednio wywołany, przez wodogłowie wewnętrzne, bo guzy te, nawet gdy mają histologiczne cechy złośliwości, zachowują się jak guzy dobrotliwe, tkanki nerwowej nigdzie niemal do końca nie atakując. Dobrotliwość ich idzie tak daleko, że nawet nie przeżerają one, podobnie jak w naszym przypadku, cienkiej podstawy III. komory, którą, rozciągniętą tylko i zanikłą, stwierdza się zazwyczaj w całości jako zewnętrzną otoczkę guzów. Ponieważ guzy te są nierzadko torbielowato zwyrodniałe, zdarzały się też omyłki tego rodzaju, że część guza przysadkowego, która w postaci dużej torbieli wypełniała III. komorę, brano za znaczne rozszerzenie wodogłowiem tej komory.

Jako przykłady anatomiczne tego typu guzów przytaczam ze starszego piśmiennictwa przypadki Z e n k e r a, S e l k e g o, C o r n i l a - R a n v i e r a, niektóre B o v c e - R a e d l e'a, I l m o n i e g o, S a x e r a, H ö h l a, cztery pierwsze przypadki E r d h e i m a (w tegoż monografji, Über Hypophysenganggeschwülste, Wiedeń 1904 znajdują się dane bibljograficzne co do prac, których źródła tutaj nie podajemy), z nowszej, drugi przypadek B r e g m a n a - S t e i n h a u s a (Journal de Neurologie 1906), C u e l a (Rev. Neur. 1924. T. I. 564) i C u s h i n g a przyp. II., III., V., XVII., (The pituitary body and its disorders), T h o m a s - J ü m e n t i é - C h a u s s e b l a n c h e'a (R. N. 1923. T. 11. str. 67), S i e d l e c k i e j (Prace Zakł. Anat. Pat. U. W. T I.), wreszcie moje przypadki R. i Kab. Wyliczoną została tu zapewne część tylko przypadków, bo uwzględnialiśmy te tylko, w których obok odpowiednio dużego guza komorowego było obecne wedle przedstawienia także wodogłowie komór. W wielu pracach brak, niestety, wzmianki o zachowaniu się komór, a nawet niema podanych w przybliżeniu rozmiarów części komorowej guza, z rysunków jednak można wnosić, że guz wypełniał ku górze całą komorę. Także C u s h i n g pomija w swojej monografji te szczegóły mimo ich doniosłości dla chirurga. Z dużem też prawdopodobieństwem można dodać jeszcze do tej kazuistyki anatomo-patologicznej przypadki: T a l k i (Medycyna 1873), P e c h k r a n z a, F a h r a, W a g n e r a, K. W i l s o n a (przyp. 2., Brain 1906, str 527), G l o b u s a (ref. w Z. f. d. g. N. u. Ps. T. 31., str. 141). S c h ü k r y'e g o (2. przyp., Z. f. d. g. N. u. Ps. T. 86. str. 488), trzy przypadki C u s h i n g a omówione na zebraniu neurologów w Paryżu 1922, L e r e b o u l l e t - M o u z o n - C a t h a l a (R. N. 1921, str. 154), C l a u d e - S c h o e f f e r a (R N. 1921, str. 24).

Wśród tych przypadków z których jedne na pewne, inne prawdopodobnie dopełniały warunków anatomicznych rozrostu z okolicy lejkowo-przysadkowej aż po strop, spotykamy prawie z reguły guzy Erdheimowskie wychodzące z resztek przewodu przysadkowego, przez innych pojmowane jako szkliwiaki (H o r n o w s k i, S i e d l e c k a), przez C u s h i n g a określanych także jako guzy wychodzące z resztek kieszonki Rathego. Do wyjątków od tej reguły należy nasz przypadek zwykłego raka przysadki. Anatomicznie mają guzy przysadkowe charakter brodawczaków, częściej raków płaskokomórkowych, które jednak przez cały czas swego rozwoju, zapoczątkowującego się w okresach życia bardzo wczesnych przebiegają przeważnie dobrotliwie dopiero ku końcowi życia ujawniając klinicznie i anatomicznie cechy złośliwości. Guzy te mają cenną dla klinicysty właściwość, że dzięki dużej zawartości soli wapniowej, w odróżnieniu od innych guzów, dają się często rozpoznać za życia jako takie, więc jako guzy przewodu przysadkowego. Te ich cechy podniósł pierwszy ze stanowiska anatomicznego Erdheim, a jako pierwsi wyzyskali ją roentgenolodzy A l g y o g y i S a b a t. W pokaźnym odsetku tych właśnie guzów przysadki, znajdowano torbiele, wielo i jednokomorowe. Pęknięciem torbieli i wylaniem treści do wnętrza III. komory, tłumaczyć sobie należało nagły skon wśród zresztą znośnego stanu zdrowia w 2-ch przyp. guza przysadki z praktyki prywatnej, z których jeden był poprzednio z pomyślnym wynikiem operowany przez O. L i t w i n o w i c z a drogą klinową w r. 1915, a później w okresie rozrostu donosowego z widocznym wynikiem naświetlany przez W r a b e t z a (1916). (Dok. nast.)

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Na razie pobieżny przegląd liczb zebranych protokołów sekcyjnych upoważnia nas do przychylenia się do zdania Redlicha, według którego liczba sekcyj rakowych nie wykazuje skłonności do znaczniejszego wzrostu lub spadku. Przeciwnikami tego poglądu są niektórzy autorowie francuscy i szwajcarscy, którzy podkreślają wyraźne względne zwiększenie się liczby schorzeń rakowych.

Dla przykładu przytoczę tylko liczbę ze statystyki m. Zurichu, wedle której liczba śmierci z powodu raka przedstawia się w latach 1896—1915, jak następuje:

Rok	Mężczyzn	Kobiet	Razem
1896—1900	360	365	725
1901—1905	367	484	851
1906—1910	433	537	970
1911—1915	539	637	1176
Razem . . .	1639	2023	3722

Według statystyki szwajcarskiej na 10.000 ludności za przeciąg 1881—90 zmarło na raka średnio 10,9,% w 1891 1900—12,3 %; 1900—1905 —12,9% i w latach 1906 1910 12,6.% Ten wzrost śmiertelności rakowej jeszcze bardziej się uwidoczni, jeśli przyjrzymy się tabeli, wykazującej w poprzednich latach przyczynę zgonów wogóle, a ułożonej wedle czterech ugrupowań: Do pierwszej grupy, jako przyczyna śmierci, należy gruźlica, do drugiej — schorzenia serca i naczyń, do trzeciej — zaburzenia przewodu pokarmowego i do czwartej grupy — schorzenia rakowe. W latach ostatnich układ wyżej przytoczonego ugrupowania przyczyny śmierci wyraźnie się zmienił, ilość bowiem schorzeń rakowych tak silnie się wzmogła, że, jako przyczyna śmierci, zajęła 2-gie miejsce w tej tabeli, opieka zaś nad dzieckiem zrobiła tak znaczne postępy, że złagodziła przerażającą liczbę dziecięcych zgonów, przesuwając się tem samem na miejsce czwarte. Boris również zwraca uwagę na wzrost śmiertelności z powodu raka; ułożył on nawet wykaz największych państw kuli ziemskiej, w których zaznacza się stopniowy wzrost ilościowy zgonów z powodu raka.

Krytyczne jednak rozpatrzenie powyższych danych przy uwzględnieniu warunków, w jakich one zostały zebrane mogą przekonać, że o istotnym wzroście schorzeń rakowych trudno mówić, wskazują one więcej na pozorne wzmożenie się śmiertelności z powodu raka. I tak Boris podzielił wszystkie nowotwory złośliwe na dwie główne grupy: nowotwory narządów zewnętrznych i nowotwory narządów wewnętrznych i stwierdził, że w pierwszym dziale nie daje się zauważyć zwiększenie śmiertelności, natomiast w drugiej grupie występuje znaczne wzmożenie się przypadków. W tej grupie do niedawna liczby zachorzeń rakowych były nieznaczne i dopiero ostatnie lata, ukoronowane nowemi zdobyczami djagnostyki różniczkowej, zwiększyły wybitnie liczby powyższe. Na dowód istotnego powiększania się ilości zgonów z powodu raka odnoszą Kolb, Riechelmann, Mäder przedłużającą się długowieczność ludzką, która z postępem rozwoju zarządzeń higjenicznych jest coraz większa.

Problem wzrastania liczby zachorowań na raka szczegółowo rozważany jest przez amerykańskiego badacza Hoffman'a z należytem uwzględnieniem czynników, określających miejscowe różnice w procentach śmiertelności i mniej lub więcej sprzeczne argumenty, oraz pozornych lub faktycznych dowodów wzrostu częstości zachorowań na raka, jako wynikających z różnic w stopniu zachorowania (ciężkości lub lekkości) wskutek poważnych błędów w rozpoznawaniu lub oczywistych omyłek w wykazach rodzajów śmierci. Toteż bez wahania wysnuwa on wniosek, że wzrost liczby zachorowań na raka na całym świecie jest niezaprzeczalnym faktem i absolutnie dowiedzioną rzeczą. Argumenty przeciwne są, zdaniem jego, wynikiem szeregu błędów i sprzeczności statystycznych. W związku z tem autor utrzymuje, że nowoczesne amerykańskie statystyki życiowe można porównać ze statystykami śmiertelności europejskiemi, przyjąwszy, że bezwzględna ścisłość nie jest zasadniczym wymogiem ze względu na cel, ani też nie da się ona osiągnąć wśród zrozumiałych warunków. Przybliżona prawda, jako wykryta przez badanie, w ścisłej zgodzie z prawem »wielkich liczb«, w zupełności usprawiedliwia wniosek, że śmiertelność z powodu raka wzrasta w stosunku mniej lub więcej niepokojącym w całym świecie cywilizowanym i że ten wzrost zawiera w sobie jaknajpoważniejsze następstwa, obecnie i w przyszłości, dla dotyczących ludów. Bez względu na zasadnicze trudności co do dokładnego rozpoznania i ścisłej klasyfikacji, należy przyjąć, że metoda statystyczna jest godna zaufania i nader pożyteczna; wskazuje ona, bodaj w przybliżeniu, na dążność do wzrostu śmiertelności z raka w całym świecie cywilizowanym. Autor dla swoich wniosków wyzyskał sprawozdania urzędowe co do + 26% ludności całego świata. Stwierdza on, że ta znaczna suma ogólnych informacyj co do śmiertelności z powodu raka wystarcza do udowodnienia daleko sięgającego wniosku, że groźba raka w całym świecie cywilizowanym jest daleko poważniejsza, niż to dotąd przypuszczano.

Z niemieckich autorów zastanawiał się nad tą sprawą Redlich, który w monografji swej poświęcił nawet cały ustęp sprawie wzrostu lub zmniejszenia się ilości raka. Autor ten wnioskuje, że, o ile rzeczywiście zachodzi liczebny wzrost zachorzeń rakowych, to jest on znacznie mniejszy i zaznacza się przeważnie przesunięciem liczb w poszczególnych narządach. Podobne wnioski dadzą się wyciągnąć również z naszych zestawień z Zakładu anatomji patol. U. J. K., i tak na ogólną ilość zebranych przypadków stwierdzono raka w poszczególnych narządach:

	U Nowickiego:	U mnie:
w żołądku	4,4	4,45
« jelitach	4,3	9,3
» woreczku żółc.	4,0	4,4

Ogólnie powtarzające się zjawisko wyraźnego wzrostu liczby raka przewodu pokarmowego, zwłaszcza żołądka, daje się potwierdzić także na naszym materjale, chociaż, co prawda, tylko bardzo nieznacznie; wybitniej zwiększa się ilość raków w jelitach. Natomiast wybitnie spada ostatniemi laty liczba raka kobiecego narządu rodnego, zwrócili już na to uwagę Feilchenfeld i Redlich. U Nowickiego 14,2, u mnie 11,8. Różnicę o całe 2,4 należy uważać za rzecz znamienną, a wszelką przypadkowość możnaby wykluczyć.

Co się tyczy płci, to ze spostrzeżeń moich wynika, że częstsze występowanie raka zaznacza się wśród mężczyzn, aniżeli wśród kobiet. Co zgadza się ze spostrzeżeniami wielu autorów. Nowicki wykazał na 366 raków 179 u mężczyzn t. j. 49% i 187 u kobiet t. j. 51%, moje zestawienia wykazują 448 u mężczyzn t. j. 53,9% i 383 u kobiet t. j. 46%. Reichelmann na 711 przypadków raka stwierdził to schorzenie u 362 mężczyzn i 349 kobiet, Feilchenfeld na ogólną ilość raków 507 miał mężczyzn 253 i 254 kobiet, Redlich na ogólną ilość 496 miał mężczyzn 283 i 213 kobiet, Bejach na 692 przypadków miał 315 mężczyzn i 377 kobiet.

Paryska statystyka, podana u Menetrier w podręczniku »Nouveau traité de médicine« (Paris 1908 r. p. 495) podaje, że na 10.000 ludności stwierdzono raka u kobiet w 13,1% i u mężczyzn w 8,2%. Aschoff (idem) na 4.574 przypadków raka stwierdził u mężczyzn 1838 i u kobiet 2.736. Frief (idem) na 5.424 zmarłych z powodu raka spostrzegał 2.003 przypadków u mężczyzn i 3.621 u kobiet. Reichman dla m. Warszawy podaje w okresie czasu od r. 1884 do 1903 statystykę, obejmującą 868 przypadków raka, wśród których było 661 przypadków u mężczyzn i 207 u kobiet. W piśmiennictwie lekarskiem zauważa się szereg statystyk z wręcz odmiennem zestawieniem. I tak H. Nowes podaje w Zeitschr. f. Krebsf. 1909 Bd. VII statystykę Portugalji z r. 1904, z której dowiadujemy się że na 1.188 zmarłych z powodu raka spostrzegano 741 przypadków u ko-

biet i 447 u mężczyzn. W Hiszpanji w r. 1902 zmarło 182 kobiet i 116 mężczyzn. W Niemczech w r. 1900 na ogólną ilość śmiertelności 12.178 z powodu raka stwierdzono schorzenie to u 7.725 kobiet i u 4.453 mężczyzn, a w Hollandji na 882 przypadków raka było 506 kobiet i 376 mężczyzn.

Według statystyki Toiczkina dla m. Petersburga w okresie czasu od r. 1901 do r. 1910 na 100 mężczyzn zmarłych z powodu raka przypada 122 kobiety.

Petrow, w książce swojej podaje dane dra Lipskiego, który zebrał materjał statystyczny m. Petersburga za lata 1886 po 1906 r. i stwierdził na 100 zgonów z najrozmaitszych przyczyn śmierć z powodu raka:

W 1886 – 1890 r.	mężczyzn	2,16%	—	kobiet	4,0 %
» 1891 – 1895 r.	»	2,54%	—	»	4,52%
» 1896 – 1900 r.	»	2,68 %	—	»	4,06%
» 1901 – 1905 r.	»	2,84%	—	»	4,4 %
1906 r.	»	2,5 %	—	»	4,1 %.

A zatem, opierając się głównie na własnych spostrzeżeniach statystycznych, musimy stwierdzić, że schorzenia rakowe w naszym materjale występują częściej, u mężczyzn aniżeli u kobiet.

Co do wieku chorych na raka, to dane nasze niewiele się różnią od badań podanych w piśmiennictwie lekarskiem. Jako przeciętny wiek należy przyjąć rok 45. U Nowickiego w 366 przypadkach było powyżej 50 lat 199 przypadków, poniżej 166; w naszem zestawieniu na 831 przypadków raka było powyżej 50 lat 392 przypadków, a poniżej 439, co mogłoby potwierdzać zdanie niektórych autorów, zwłaszcza chirurgów, że rak coraz więcej posuwa się ku wiekowi młodszemu.

Według statystyki Reichmann'a na 868 schorzeń rakowych 9 przypadków było w wieku od lat 10 do 30, 59 przypadków w latach od 30 do 40, 189 przypadków w latach od 40 do 50 i 611 raków w wieku ponad 50 lat, przyczem najstarszy wiekiem dotyczył chorego 88 lat, najmłodszy — 12 lat. Dane Towarzystwa lekarskiego w Szwecji w sprawie przeprowadzonej ankiety schorzeń rakowych stwierdzają, że ilość zachorowań na raka, poczynając od 20—25 lat, stopniowo się wzmaga, aż do 60-ciu lat, następnie maleje do 65—70 lat dla obydwojga płci, aby znowu od lat 70 w górę wzrosnąć aż do maximum i dalej znowu spada. Według Toiczkina statystyka m. Petersburga, obejmująca materjał od roku 1901 po r. 1910, stwierdza, że najwcześniejsze przypadki raka przypadają na wiek 16—20, w którym spostrzegano 18 przypadków u mężczyzn i 11 u kobiet.

W następnych dziesięcioleciach zauważa się zwiększenie się ilości raków dla obydwojga płci, która dochodzi do najwyższych liczb w wieku od 51—60 lat, dając 1989 przypadków wśród mężczyzn i 1998 wśród kobiet. Powyżej 60 lat ilość schorzeń rakowych zmniejsza się z każdem dziesięcioleciem.

Statystyki Riechelmann'a, Feilchenfeld'a, Redlich'a i Bejach'a wykazują nieznaczne wahania ilościowe w poszczególnych latach, z których nie można wyciągnąć wniosków co do wzrostu lub spadku ilości raków.

Zestawienie naszych przypadków raka co do częstości szczegółowego usadowienia tego schorzenia oraz co do wieku osobników niem dotkniętych przedstawia się najdokładniej w tabeli Nr. I. oraz w tabeli Nr. II.

Podobnie, jak w innych okolicznościach, tak również w umiejscowieniu raka możemy dopatrzeć się pewnej systematyczności, którą Nowicki wyprowadza w swojem zestawieniu w następującym porządku: żołądek, macica, przełyk, odbytnica, woreczek żółciowy, jelito grube, jajnik, drogi żółciowe, oskrzela, trzustka; w mojem zestawieniu porządek ten występowania był następujący: żołądek, kobiece narządy rozrodcze, jelita, oskrzela, przełyk, drogi żółciowe, sutek, krtań, trzustka i t. d. Wszyscy autorowie zgodnie stwierdzają, że rak przewodu pokarmowego jest najczęstszym zarówno w klinice, jak i na stole sekcyjnym, a, według Lubarsch'a, 2 razy częściej pojawia się u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Podobny wniosek możemy wyprowadzić także z naszego materjału, w którym jest mężczyzn 255 czyli 30,8% i 115 kobiet, czyli 13,4%, w stosunku zaś do ogólnej liczby sekcyj 13.976 odsetek dla raków żołądka wynosi 2,6%, u Nowickiego odsetek ten wynosi 2,29%. Różnica raka żołądka u mężczyzn i kobiet u Nowickiego wynosiła przeszło 20% w stosunku do całej liczby raków żołądka i to na korzyść mężczyzn, w mojem zestawieniu wynosi ona 17,4%. P. Frangenheim dla mężczyzn podaje odsetek częstości zachorzenia rakowego żołądka na 60% i dla kobiet 40%. Omawiając raka żołądka godzi się wspomnieć o miejscach jego usadowienia, w których najczęściej się pojawia. W mojem zestawieniu najczęściej stwierdza się raka w części odźwiernikowej i wpustowej, następnie w krzywiźnie małej, w dnie żołądka i w ścianie tylnej. W 370-ciu rakach żołądka zestawienia mojego porządek liczebny, uwzględniający poszczególne przypadki, części żołądka i płeć, przedstawia się:

Część żołądka:	Odźwiernik	Wpust	Krzywizna mała	Dno	Krzywizna duża	Ściana tylna
Mężczyzn:	149	39	22	7	5	4
Kobiet:	75	30	4	2	4	—
Razem:	224	69	26	9	9	4

A w 27-miu przypadkach rak obejmował żołądek w całości, przeważnie w postaci raka włóknistego. Widzimy z tego, że na 370 raków żołądka w części odźwiernikowej wydarzyło się w 26,9%, w wpuście 8,2%, w krzywiźnie mniejszej 3,12%, w dnie oraz w krzywiźnie większej po 1%, na ścianę tylną wypada 0.48%.

Raka żołądka stwierdza się najczęściej u ludzi między 41 a 50 rokiem życia, między 50 a 60-tym r. rak jest mniej częstym, w tym wieku jednak spotyka się go jeszcze dość często. Poniżej lat 30 rak żołądka staje się już rzadkością, chociaż w mojem zestawieniu w wieku 21—30 r zanotowano 15 przpadków, a nawet jeden przypadek, dotyczy mężczyzny poniżej 20 lat.

Co do rodzajów postaci anatomicznych raka żołądka, w materjale zebranym przeze mnie stwierdzono wśród 370 przypadków raka wrzodziejącego 149 czyli w 40,3% raków żołądka; raka włóknistego rozlanego (*carcinoma scirrhosum diffusum*) 27 razy czyli 7,3%, ograniczonego 28 razy czyli 7,4%, raka rdzeniastego (*carcinoma medullare*) 110 razy czyli 29,4%, gruczolakoraka (*adeno carcinoma*) 7 razy czyli 1,8%, raka grzybiastego (*carc noma fungosum*) 5 razy czyli 1,3 i wrzód rakowy (*ulcus carcinoma*) 44 razy czyli 11,8%. W 5 przypadkach obok raka żołądka stwierdzono wrzód żołądka, w 4 przypadkach stwierdzono obok bujania nowotworowego brodawczaki niezależne od tła nowotworowego i w jednym przypadku obok raka żołądka większy naczyniak jamisty wątroby, a w drugim polip tłuszczowy osierdzia.

Mayo, Moynihan i Robson podają, że rak żołądka najczęściej rozwija się na tle wrzodu okrągłego żołądka i określają dla materjału swego klinicznego odsetek 59 71%. Według Konjetzny'ego, który się opiera na badaniach anatomo-patologicznych zdarza się częstość bujania rakowego *ex ulcere* w 10%, włączając w to przypadki wątpliwe. Według Häberlin'a odsetek tych raków wynosi zaledwie 7%, jeszcze mniejsze liczby podaje Kassner, który wśród 429 przypadków raka żołądka stwierdził tylko 14 przypadków istotnego wrzodu raka, czyli 3,3%, w 30 przypadkach związek ten był wątpliwy czyli w 6,9%.

Niemieccy klinicyści, jak Anschütz (*und* Konjetzny *Die geschwülste des Magens. Deutsche Chirurg 1921 r.*) w ostatnich czasach są na stanowisku, że etjologja owrzodzeniowa raka żołądka jest o wiele częstsza niż dawniej przypuszczano, zwłaszcza, gdy wysunięto teorję szkoły Aschoffa, o anatomo-mechanicznem pochodzeniu wrzodów żołądka. Ewald uważa, że liczba ta zbliża się do 25%, a Payer w pracy »*Zur operativen Behandlung des runden Magengeschwucres*« *Wien med. Woch. 1910 r.* wypowiada zdanie, że częstość zwyrodnienia rakowego na tle owrzodzeń, na którą on i inni zwracają uwagę, wydawała się wielu autorom za

przesadną, a przecież widocznie bardziej zbliżona jest do prawdy, aniżeli mały odsetek, podawany przez przeciwników. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego o wrzodzie, przechodzącym w bujanie rakowe, mamy prawo mówić tylko wtedy, gdy w obrazie drobnowidowym albo też gołem okiem stwierdzimy częściowe zniszczenie brzegów oraz bujanie nowotworowe tych miejsc. Jestto najcharakterystyczniejsza oznaka (Hauser — *Zur Frage von der Krebsigen Entartung des chronischen Magengeschwüres. M. med. W. 1910. Nr. 23,*), że rak powstaje na tle owrzodzenia, a obecność bliznowaciejącej tkanki we wszystkich warstwach owrzodzenia przemawia za przewlekłym przebiegiem sprawy.

Niekiedy spostrzega się w żołądku tak znaczny rozpad nowotworu, który może wystąpić w postaci częściowego zniszczenia, nawet w rakach o nieznacznych rozmiarach, co wprost uniemożliwia ścisłe stwierdzenie rozpoznania prawidłowego.

I tak Konjetzny podaje opis przypadku powstania ropnia w nowotworze rakowym żołądka, w następstwie którego przyszło do oddzielenia tkanki rakowej i zupełnego oczyszczenia. Podobna ewentualność może w mniejszym lub większym stopniu spowodować rozpad nowotworu rakowego i przyczynić się do utrudnienia w pierwotnem rozpoznaniu. Również inni autorowie, jak Billroth, Ziegler, Dahmen i inni dowiedli, że rozpad nowotworu sięga niekiedy tak daleko, że nawet badanie mikroskopowe nie jest w stanie wykazać obecności ognisk rakowych. Według Dahmen'a wrzody mogą nawet zabliźnić się, a przerzuty dopiero w wątrobie mogą naprowadzić na pierwotne źródło raka. Konjetzny, Schmidt, Petersen i inni opisują przypadki samoistnego wyleczenia raka żołądka. Jak widzimy z tego, najrozmaitsze wspomniane ewentualności nasuwają niekiedy wprost niemożliwe warunki do przeprowadzenia różniczkowego rozpoznania raka, wybujałego z wrzodu żołądka, a wrzodu powstałego na tle raka.

Nie bez znaczenia wtedy powstaje uwaga autora amerykańskiego Mc. Carty, współpracownika Mayo, (Wilson i Mc. Carty : *Die Patologischen Bezichungen des Magengeschwüres zum Magenkrebs. M med. W. 1910. Nr. 4.)*, którego zdaniem, każdy wrzód o średnicy przeszło $2^1/_2$ cm jest podejrzanym na raka i zaleca stosować metody lecznicze, używane przy raku. Mc. Carty zbadał histogenezę blizko 1400 wrzodów, operowanych na klinice Mayo i wyprowadza wniosek, że każdą sprawę nowotworową, ewentualnie rakową poprzedza zwykle przewlekłe podrażnienie bądź przyrody mechanicznej, bądź też chemicznej. Uogólniając klinika Mayo przypisuje owrzodzeniu najpoważniejsze znaczenie w powstawaniu raków. Zdaniem tychże wrzód żołądka należy odnieść do schorzeń przedrakowych żołądka.

Po omówieniu żołądka, jako części przewodu pokarmowego, najczęściej zajmowanej przez raka, przejdziemy do innych odcinków, najpierw do przełyku.

Reichmann za przeciąg 20-tu lat (Gazeta lekarska 1904 r.) od r. 1884 po r. 1903 na 868 przypadków schorzeń rakowych stwierdził:

raka żołądka	59,68%
raka przełyku	26,84%

Bejach na 692 przypadków wszystkich raków stwierdził raka żołądka w 33,6%, raka przełyku w 8,2%, Redlich stwierdził raka żołądka w 35,5% i przełyku 11,1%; Feilchenfeld widział raka żołądka w 32,5% i przełyku w 11,4%; Riechelmann znalazł raka żołądka w 40,5% i raka przełyku w 10,8%. W mojem zestawieniu rak przełyku na ogólną ilość wszystkich stwierdzonych raków wynosi 5,4%. Wykazy niemieckiego Komitetu poznania raka (*Sammelforschung d. Komitees f. Krebsforschung. Kl. Jahrb, 1909*) obejmujące 42.179 chorych rakowych podają 5% chorych na raka przełyku. U Nowickiego w 34 przypadkach rak wydarzył się u kobiet 6, u mężczyzn 28 razy t. j. u pierwszych w 82,35%, u drugich w 17%. W mojem zestawieniu stosunek ten u mężczyzn wypada w 82,2% i u kobiet w 17,7%. Przewaga częstości występowania raka przełyku u mężczyzn wyraźnie się zaznacza w zbiorowej statystyce, obejmującej 1276 przypadków raka przełyku, w której na mężczyzn przypada 1023 przypadki i na kobiety zaledwie tylko 143.

Co do usadowienia się raka w przełyku, to zgodnem zdaniem większości autorów przyjmuje się, że istniejące trzy cieśnie fizjologiczne w obrębie przełyku są miejscami najchętniejszego wybujania sprawy nowotworowej. Pierwsza część przejścia zakrtania w przełyk t. zw. usta przełyku, druga poniżej rozdziału tchawicy, miejsce najczęstszego występowania raka i wreszcie trzecia przy wpuście do żołądka. Płaskokomórkowy rak jest omal wyłącznym przedstawicielem raków przełyku. Występowanie nowotworów przełyku tłómaczy się teorją, która za główny moment powstawania raka przyjmuje uraz, a raczej częstsze drażnienie tkanki bodźcami, jak spożywanie gorących potraw, wyskoku i wszelkiego rodzaju przewężenia urazowe, bliznowaciejące uchyłki wskutek pociągania, a dalej obarczenie dziedziczne.

Na 45 przypadków z mojego zestawienia, przy uwzględnieniu wyżej wspomnianych 3 odcinków, raki dałyby się rozmieścić w sposób następujący:

Odcinek:	górny	średni	dolny	Razem
M.	1	20	16	37
K.	1	4	3	8
Razem . . .	2	23	19	45

Druga część zatem była przeważnie miejscem usadowienia, najmniej część górna.

Z rakiem przełyku spotykamy się w mojem zestawieniu przedewszystkiem między 41 a 50 rokiem życia.

W jelitach rak pojawia się w różnych odcinkach niejednakowo często i nagabuje najchętniej odcinki odległej leżące. Nothnagel w podręczniku (*Die Erkrankungen des Darmes. Handb. d. spec. Path. u. Ther. Wien. 1898.XVII.)* zebrał 1100 przypadków raka jelit, według którego częstość usadowienia się w jelicie cienkiem wynosi 2,5%, w jelicie grubem 26,5%, w odbytnicy 71%. Najchętniejszemi miejscami wybujania raka w kiszkach jest kątnica i dolny odcinek esicy, najmniej ruchliwy. Według Anschütz'a, (Mitt. a. d. Gr. III. suppl. 1907.) na 128 przypadków raka jelita grubego było 24 przypadków usadowienia się raków w kątnicy i 49 w esicy. Heimann (A. f. Klin. Chir. LVII. H. 4.) na 20.544 przypadków ściśle określonego raka stwierdził go 1024 razy w odbytnicy i 42 razy w esicy. Leichenstein (Ziemss. Handb.) w 770 przypadkach stwierdził usadowienie się raka 616 razy w odbytnicy i 40 razy w esicy. Maydl (Ueber die Darmkrebse) ocenia w monografji swojej odsetek raka odbytnicy na 69,9% i 8,53% na raka esicy. Bejach oblicza dla jelita grubego odsetek 7,1, dla odbytnicy 4,9 i jelita cienkiego 1%. Redlich podaje dla jelita grubego 5%, odbytnicy 6·3%, jelita cienkiego 0,6%. Feilchenfeld: dla jelita grubego 4·3%, odbytnicy 5·3%, jelita cienkiego 1·2%. Riechelmann: dla jelita grubego 3,65%, odbytnicy 3,65%, jelita cienkiego 1%.

W mojem zestawieniu na 78 przypadków raka kiszek było 33 przypadków raka odbytnicy, co obliczając na procent, daje 42,3, u Nowickiego 48,4. Rozmieszczenie w poszczególnych odcinkach jelita grubego było następujące:

Miejsce:	Odbytnica	Zgięcie wątrobowe	Zgięcie śledzionowe	Kątnica	Esica	Część wstępująca	Część zstępująca	Poprzecznica
M.	20	4	2	2	6	1	2	1
K.	13	5	1	5	5	3	1	1
Razem . .	33	9	3	7	11	4	3	2

Jak widzimy z zestawienia naszego, rak odbytnicy częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet. Gruca (Rak prostnicy na podstawie materjału Lwowskiej kliniki chirurgicznej) na 22 chorych, leczonych w ostatnich $2^1/_2$ latach, podaje 14 chorych mężczyzn i 8 kobiet. Stosunek ten nie wiele odbiega od ogłoszonego w piśmiennictwie dla tego cierpienia. Zestawienia Lorenz'a (H. f. Klin. Chir. LXIII.)

wykazują mężczyzn 61 i kobiet 39, W. Küpferle (B. z. Klin. Chir. 1904 XLII.) 63,4 i 36,6, Peterman (A. f. Kl. Chir. 1906. LXXX.) 67 i 33, Gant (*Die Krankheiten des Mastdarmes 1904*) 52 i 48, Mandl (W. Klin. W. 1922.) 67,6 i 33,4%.

Co do wieku, raki kiszek, jak ogólnie jest wiadomem, występują przeważnie w wieku starszym, a zestawienia moje wykazują największą liczbę w wieku pomiędzy 40 a 60 lat. Poniżej lat 40 rak występuje rzadziej, a w zestawieniu mojem zanotowałem 6 przypadków w wieku od 21 do 30 lat. W tem miejscu godzi się wspomnieć, że Gant w zestawieniu swojem podaje opis 14 przypadków raka odbytnicy poniżej lat 20, Philipp (*Ueber Krebsbildungen im Kindesalter.* Zt. f. Krebsf. 1907. V.) 12 przypadków raka odbytnicy i 5 przypadków raka esicy w wieku lat 15. Schöning (*Ueber das Vorkommen des Mastdarmkrebses in den ersten beiden Lebensdezenien. Diss.*) zestawił 15 przypadków raka odbytnicy poniżej lat 20-tu, Gruca wspomina o jednym operowanym przypadku l. 19, poszczególne przypadki opisywali v. Kupferle, Anschütz i inni.

Co do rodzajów anatomicznych raka odbytnicy najczęściej spotyka się miękkiego raka gruczolakowego w części bańkowej, raki włókniste usadawiają się przeważnie w górnych odcinkach odbytu. Raki płaskokomórkowe występują wyłącznie w okolicy zwieracza zewnętrznego odbytu. W innych odcinkach rak rozwija się, według Ganta, w 95% wszystkich przypadków jako rak cylindryczno-komórkowy,

Mondor (Zorg. f. d. ges. Chir. t. XIX.) oblicza częstość usadowienia się w bańce odbytnicy na 66%, w części ponadbańkowej 25%, w odbycie 10%, w całej prostnicy 1%. W mojem zestawieniu na 33 raków odbytnicy stwierdzono 21 razy raka włóknistego, 7 razy raka wrzodziejącego a 5 razy badanie drobnowidowe wykazało utkanie raka gruczolakowego. W esicy 8 razy stwierdzono raka wrzodziejącego, 2 razy raka gruczolakowego i 1 raz raka galaretowatego. W kątnicy był 6 razy rak wrzodziejący i 1 rak galaretowaty. W części wstępującej 3 razy raka włóknistego i 1 raz raka wrzodziejącego, w zgięciu wątrobowem 7 razy wrzodziejącego i 2 razy galaretowego, w pozostałych odcinkach stwierdzono tylko raki wrzodziejące.

Występowanie raków w jelicie cienkiem jest nader rzadką rzeczą, skoro w zestawieniu mojem jest ich zaledwie dwa. Według Aisner'a (D. Zt. f. Chir. 1909 CI.) najchętniej usadawia się on w odcinkach początkowych, zwykle 50 cm poniżej fałdu dwunastniczo-czczego, a w dolnym odcinku jelita cienkiego 50 cm powyżej zastawki Bauhina. W dwunastnicy stwierdzono w okresie statystycznym 4 razy raka, przyczem 3 razy usadowiony on był w brodawce Vatera, 2 razy u kobiet i jeden raz u mężczyzny, czwarty przypadek dotyczył mężczyzny, u którego rak usadowiony był tuż poniżej odźwiernika. Wszystkie wspomniane przypadki dotyczyły osobników między 45 a 50 rokiem życia.

W pewnym związku z pojawianiem się raka w przewodzie pokarmowym pozostaje rak pierwotny wątroby i woreczka żółciowego. Wusatowski (Pierwotny rak wątroby. Nowotwory. Warszawa 1923.) pisze, że dane o pierwotnym raku wątroby w piśmiennictwie anatomo-patologicznem są już bardzo pokaźne, jakkolwiek schorzenie to rzadko stosunkowo spotyka się na stole sekcyjnym. Nowicki w swojem zestawieniu podaje tylko jeden przypadek pierwotnego raka wątroby, w mojem zestawieniu jest 9 przypadków pierwotnego raka, co stanowi 1% wszystkich przypadków.

Zestawienia Hansemann'a podają 0,5%, Goldzieher i v. Bókay podają 6-ciokrotnie wyższe liczby z budapeszteńskiego zakładu anatomji, a więc około 3% ogólnej liczby wykonanych sekcyj (6000) Bejach podaje dla wątroby 1,6%, Redlich 1,0, Feilchenfeld 1,4, Riechelmann 0,4.

W drogach żółciowych i woreczku rak należy do często występujących nowotworów, gdyż schorzenie to występuje w 3—10% wszystkich schorzeń woreczka żółciowego, podlegających leczeniu chirurgicznemu.

Brütt, (*Beiträge f. Ch.* T. 126. H. str. 90), opierając się na zaczerpniętych liczbach z Instytutu anatomo-patologicznego w Hamburgu, w którym za okres czasu 1903—12 wykonano 20.100 sekcyj i stwierdzono 2086 przypadków raka, oblicza odsetek raków dróg żółciowych na 4,55%. Na 96 przypadków raków dróg żółciowych, spostrzeganych 64 razy miał on raka woreczka żółciowego, a 32 razy raka innych odcinków dróg żółciowych. Ten sam autor podaje statystykę operacyjną, w której na 730 chorych z objawami schorzenia dróg żółciowych stwierdzono raka tych dróg w 64 przypadkach, co stanowi 8,7%. Według niego na klinice Kümmel'a do r. 1906 na 229 operacyj dróg żółciowych stwierdzono 20 razy raka woreczka żółciowego (8,7%) a od roku 1901 do 1921 na 501 operacyj stwierdzono raka zaledwie w 23 przypadkach (4,6%). Tak znaczne zmniejszenie się ilości schorzeń rakowych autor tłumaczy coraz częściej stosowanym wczesnym zabiegiem przy kamicy woreczka żółciowego, która niewątpliwie ma wpływ, zdaniem jego na powstawanie nowotworu. Kehr (*N. D. Chirurgie T. VIII.*) oblicza, że jeden przypadek raka woreczka żółciowego przypada na 200 chorych rakowych, a jeden przypadek raka dróg żółciowych przypada na 1000 chorych rakowych. Zdaniem jego, odsetek ten znacznie wzrośnie, jeśli się weźmie w rachubę wszystkich chorych, ubiegających się o operację.

Najczęściej stwierdza się raka woreczka żółciowego. Według Bejacha stanowi on 3,0%, według Redlich'a 4,4, według Feilchenfeld'a 4,1, według Riechelman'a 5,5%, według moich obliczeń wypada 3,85, według Nowickiego 4%. W drogach żółciowych większych rak się rzadziej usadawia, a pierwsze miejsce zajmuje przewód żółciowy wspólny, różnica jednak między nim a przewodem woreczka jest niewielka; w mojem zestawieniu miałem 4 przypadki raka przewodu wspólnego a 3 razy raka przewodu woreczkowego; 5 razy rak rozszerzał się na wszystkie przewody żółciowe. U kobiet rak woreczka i dróg żółciowych pojawia się częściej, niż u mężczyzn, szczególnie odnosi się to do woreczka. Według Kehr'a częstość raka woreczka żółciowego u kobiet waha się od 73—91%. Według Nowickiego rak woreczka żółciowego u kobiet wypadał w 71% i w 28% u mężczyzn. Według obliczeń moich na 32 przypadki raka woreczka żółciowego zdarzył się on u kobiet 27 razy t. j. 61,4%, a 5 razy u mężczyzn t. j. 11,4%. (C. d. n.)

Doc. Dr. M. SEMERAU SIEMIANOWSKI, Warszawa.
Dr. J. TYPOGRAF i Dr. W. RĘCZAJSKI.

W sprawie epidemji w Henrykowie. Angiodermotoxicosis exsudativa infectiosa epidemica.

(Z Oddziału Chorób Wewnętrznych B. Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

Ordynator: Docent dr. M. Semerau-Siemianowski).

W końcu października 1924 roku wybuchła w Henrykowie pod Warszawą bez żadnej dającej się stwierdzić przyczyny epidemja o niezwykłych cechach klinicznych. Mianowicie, szereg osób zapadł wśród objawów ogólnego zakażenia na mniej lub więcej ostrą sprawę, z początku bezbarwną i bez właściwego umiejscowienia, później jednak scharakteryzowaną przez silne zajęcie skóry, a także niektórych błon śluzowych. Wobec tego, że zakażenie to obejmowało stopniowo szersze kręgi i dotknęło ogółem 34 osoby, wieść o niem prędko przedostała się do prasy codziennej i zaniepokoiła władze samorządowe oraz szerokie koła lekarskie. Tembardziej, że z pośród 34 dotkniętych osób 9 — prawie wyłącznie dzieci — uległo ciężkości zachorzenia i mimo udzielonej im pomocy, zmarło.

W ostatnich dniach listopada 18 powyższych chorych po porozumieniu się lekarza powiatowego kol. Orzechowskiego z inspektorem szpitali miejskich drem Paderewskim zostało dla dokładniejszego zbadania oraz umiejscowienia epidemji przeniesionych do oddziałów Szpitala Św. Łazarza. Z tego 4. dostało się na oddział ord. kol. Wernica [1]), a 14 na oddział doc dr. Semerau Siemianow-

[1]) Panu dr. Wernicowi dziękujemy na tem miejscu za pozwolenie obejrzenia jego chorych i zebrania u nich wywiadów.

skiego. Mając zatem możność widzieć wraz z chorymi kol. Wernica przeszło połowę osób zapadłych na wspomnianą epidemję, czujemy się w obowiązku zareferować [2]) w głównych zarysach o całej sprawie, tak ze względu na niecodzienność procesu chorobowego, jak też i na zainteresowanie, jakie obudziła Czynimy to z całą świadomością fragmentaryczności naszych wywodów, licząc na to, że podany materjał zostanie może uzupełniony przez dalszych badaczy, którym niniejsze dane zwrócą uwagę na podobne przypadki. Nam, niestety, otrzymanie chorych już prawie jako ozdrowieńców w czwartym tygodniu zachorzenia uniemożliwiło ustalenie różnych ważnych klinicznie szczegółów, w pierwszej linji natury bakterjologicznej i zmusiło nas do odtworzenia obrazu chorobowego w znacznej części na podstawie wywiadów i obserwacji obcych.

Wywiady zebrane u 18 przez nas oglądanych chorych przedstawiały się mniej więcej następująco: najczęściej (w 12 na 18 przypadków) zachorzenie rozpoczynało się od bólu nóg, kłucia, swędzenia i palenia pod podeszwami. Jeden chory miał wrażenie, jakby stąpał »po gwoździach« i jedynie dlatego musiał położyć się do łóżka. Inny znów »nie czuł, że nogi należały do niego«. W 4 przypadkach chorzy zauważyli obrzęki kończyn dolnych, tak że nie mogli nosić obuwia. Obrzęki te wszakże były nieznaczne i nie sięgały powyżej kostek. Równocześnie z tem chorzy skarżyli się na ogólne osłabienie (w 5 przyp.), na dreszcze (w 8 przyp.), na gorączkę [3]) (w 6 przyp.), na ból głowy (w 5 przyp.) na zupełny brak łaknienia (w 16 przyp.), na rozwolnienie (w 4 przyp.), uczucie palenia w gardle i wrażenie »igieł w gardle«, skłaniające ich do picia zimnej wody, wszakże bez utrudnienia w połykaniu (w 7 przyp.), na chrypkę i suchy kaszel w (6 przyp.), wreszcie na katar i ból w oczach (w 4-ch przyp.).

Przeciętnie po 10—14 dniach trwania takiego ogólnego, nieokreślonego niedomagania, które chorzy przeważnie znosili, nawet nie kładąc się do łóżka, poczęły się pojawiać objawy skórne. Pierwszym ich zwiastunem była wysypka na kończynach, początkowo nieobfita, stopniowo wzrastająca, jednostajnie różowa, koloru jak po ukąszeniu pchły, zlewająca się i zajmująca przestrzeń nieco większą od wielkości dłoni dziecka. Wysypka ta najczęściej zjawiała się początkowo w okolicy stawów skokowych, następnie łokciowych i pod pachami. W zajętych miejscach dawał się przeważnie odczuwać świąd skórny. Stopniowo różowe zabarwienie zmieniało swój kolor i przechodziło w zabarwienie brudno-brunatne. Ciekawem jest, że równocześnie i skóra na plecach, piersiach i brzuchu przyjmowała zabarwienie brunatne, jakgdyby była opalona, mimo, że w tych miejscach chorzy zwykle nie zauważyli żadnej wysypki. Niektórym chorym zdawało się, że są brudni, więc się myli mocno, zabarwienie wszakże nie ustępowało. Twarz pozostawała z reguły niezajętą, jedynie brunatniała niekiedy lekko za uszami.

Skóra była naogół sucha, chorzy nie pocili się wcale. Gdy zabarwienie zajęło prawie cały tułów, skóra rozpoczynała się łuszczyć w mniejszych lub większych płatkach. Przytem skóra na dłoniach i stopach grubiała, jakby nacierzona i przyjmowała zabarwienie żółto woskowe. Zmiany skórne w powyższej postaci i opisanym przebiegu występowały najwyraźniej u dzieci, u których stanowiły objaw stały. U dorosłych zaznaczały się one przeważnie znacznie słabiej, albo nie występowały wcale. W 2 natomiast przypadkach stanowiły one pierwszy i jedyny objaw chorobowy.

Badanie przedmiotowe, jak już wspomnieliśmy poprzednio, rozpoczęte z niezależnych od nas powodów dopiero w 4—5 tygodniu po zachorzeniu, ujawniło zmiany następujące:

Chorzy nasi składali się z 3 kobiet, 6 mężczyzn, 3 chłopców i 6 dziewczynek. Byli oni wszyscy prawidłowej, niekiedy nieco szczupłej budowy i znajdywali się w miernym stanie odżywienia. Ciepłota wahała się u wszystkich prawie około 37° i nie przekraczała 37·5°. Tylko u jednej dziewczynki z objawami krupu i silnym kaszlem napadowym trzymała się między 38° a 39°. Samopoczucie było w okresie, w którym oglądaliśmy chorych, naogół dobre.

U wszystkich 9 dzieci i u 3 dorosłych powłoki skórne wykazywały stałe zmiany charakterystyczne: cała skóra na piersiach, brzuchu i plecach sucha, ciemno zabarwiona, jakby brudna, łuszczy się niewielkiemi płatkami. Takież same zmiany widać miejscami na kończynach dolnych, mniej wybitnie na kończynach górnych. Na wewnętrznej powierzchni ud, ponad spojeniem łonowem, oraz w okolicy pachy i stawów barkowych częściowo skutkiem mniej silnego zabarwienia pierwotnego, częściowo skutkiem silniejszego i wcześniejszego łuszczenia stwierdza się wyspy dość prawidłowej, lekko tylko niekiedy zbrunatniałej skóry, otoczone dużemi partjami skóry łuszczącej się, zabarwionej na ciemno-bronzowo. Na łokciach i częściach wyprostnych stawów skokowych oraz na grzbietowej stronie dłoni znaczna hyperkeratoza. Tylko u 2 osób, dają się zauważyć, zresztą bardzo skąpo, na wyprostnej przedramienia i podudzia zasychające, drobne, lekko zaczerwienione wykwity. Dłonie wykazują skórę bardzo suchą, popękaną, miejscami jeszcze łuszczącą się, lśniącą, o tkance podskórnej bardzo zgrubiałej. Na stopach o barwie jasno-żółtawej bardzo znaczne łuszczenie wielkopłatowe i ciastowate zgrubienie tkanki podskórnej. U 3 chorych nieznaczna ciastowatość w okolicy kostek, jako pozostałość po większych obrzękach.

Powiększenie gruczołów chłonnych w związku z obecną chorobą nie daje się zauważyć.

Narządy głowy nie wykazują żadnych zmian. Błony śluzowe różowe. U chorych z zepsutemi zębami nieznaczne rozpulchnienie dziąseł, nie krwawiących przy uciskaniu. Język wilgotny, nieobłożony. Zbrunatnienia skóry na twarzy nie stwierdzono, jedynie w pięciu przypadkach u dzieci zauważono na obszarze mniej więcej dwuzłotówki lekkie, bronzowe zabarwienie, nie mające nic wspólnego z przygodnem zabrudzeniem.

W gardle i przewodzie oddechowym naogół nie zauważono nic chorobliwego. Tylko w 4 przypadkach stwierdzono chrypkę, w 3 bez żadnych widocznych zmian przedmiotowych. Natomiast u jednego dziesięcioletniego dziecka, które wykazywało wysoką gorączkę (około 39°) i cierpiało na napadowy krztuszący kaszel, jak w kokluszu, wezwany laryngolog, kol. Rogoziński ustalił poza lekkiem zaczerwienieniem krtani obecność nalotów, przypominających w wysokim stopniu błonicę.

Ze strony narządów układu krążenia nie zanotowano nic szczególnego. Tętno wahało się, poza jednym przypadkiem gorączkującym, od 70 do 80 na minutę, było miarowe. Ciśnienie krwi wynosiło przeciętnie 110—120/80 mm. rtęci.

W jamie brzusznej u trojga dzieci stwierdzono powiększenie wątroby, wystającej na 2 palce z pod łuku żebrowego, niebolesnej. Śledziona dawała się wyczuć tylko u jednej 45-letniej osoby. Brzeg śledziony był okrągły i twardawy.

Układ nerwowy nie wykazywał żadnych zmian w odruchach, ani zaburzeń czucia.

Badanie moczu stwierdziło stosunki zupełnie prawidłowe.

Badanie treści żołądkowej, przedsiębrane w kilku przypadkach z zaburzeniami w układzie pokarmowym podczas tego zachorzenia, nie ujawniło większych odchyleń od normy.

Bakterjologiczne badanie krwi i moczu oraz zastrzykiwanie ich zwierzętom wykonane w Państwowym Zakładzie Epidemjologicznym nie dało żadnych wyników dodatnich. Morfologiczne badania krwi ujawniały nieznaczną niedokrwistość: ilość czerwonych krążków około 4 miljonów w mm³, hemoglobiny (według Sahliego) 70%. Liczba i wzór ciałek białych nie wykazywały żadnych odchyleń od stosunków prawidłowych; eozynofilji nie stwierdzono.

Badania nalotów z gardła we wspomnianym przypadku u dziecka nie wykonano, ze względu na podkreśloną przez laryngologa możliwość wywołania ostrego obrzęku głośni.

Badanie drobnowidowe zeskrobanych łusek skórnych ujawniło jedynie hyperkeratozę; żadnych pasorzytów skórnych nie znaleziono.

Przebieg zachorzenia wykazywał najróżniejsze odmiany, od najlżejszego do najcięższego. Niektórzy chorzy przebyli schorzenie, nie kładąc się wcale do łóżka. U tych zmiany skórne, o ile możemy sądzić z wywiadów, są zaznaczone najsłabiej. W naszym materjale stanowili oni bezwzględną mniejszość, bo na 18 chorych 4—5. Większość w okresie pierwszym, prodromalnym, scharakteryzowanym różnemi przejawami ogólnionego zakażenia, przez jakiś czas leżała w łóżku skutkiem gorączki, dokuczliwych bólów w nogach, ogólnego osłabienia i t. p. Powracali oni przeważnie do sił i do zwykłego zajęcia w jakiś czas po pojawieniu się zmian skórnych. Pewna jednak część, mianowicie na 34 osoby dotknięte epidemją 9 — i to wyłącznie dzieci — zmarła poza szpitalem w pierwszych 2—3 tygodniach trwania epidemji. Z opowiadań rodziców i uwag, kol. Bzury odnieśliśmy wrażenie, że ginęły one wśród objawów ostrego krupu krtaniowego. Napadowe występowanie duszności w nocy i z rana, względnie dźwięczny głos przy istniejącej chrypce — obserwowane w naszym przypadku, nasuwały przypuszczenie, że chodziło tutaj, mimo występowania lekkich nalotów na głośni, raczej o krup wrzekomy.

Autoptycznemi danemi nie rozporządzamy zupełnie.

Co się tyczy rozpoznania, to opierając się na zebranych przez nas szczegółach, przyjąć musimy, że mieliśmy tu do czynienia z ostrą sprawą zakaźną, rozpoczynającą się przeważnie objawami ogólnemi (gorączka, ból głowy i tułowia) oraz bardziej umiejscowionemi objawami w gardle, przewodzie oddechowym i przewodzie pokarmowym. W dalszym ciągu sprawa zakaźna przejawiała się już bardziej jako toksykoza, odbijająca się szczególnie na skórze w postaci rumieni, wykwitów, guzków i t. p.

A zatem obraz posocznicy niewiadomego pochodzenia, o niebardzo dużem naogół nasileniu i doprowadzającej do zejść śmiertelnych, zdaje się, tylko skutkiem nagłych proce-

[2]) Krótka relacja w tej sprawie i pokaz chorych nastąpiły dnia 16. grudnia 1924. w Warsz. Tow. lek.

[3]) Podług danych udzielonych nam łaskawie przez kol. Bzurę z Jabłonny, który w tym czasie był wzywany do niektórych chorych, gorączka wahała się w lżejszych przypadkach około 38°, w cięższych dochodziła do 39° i wyżej.

sów zapalnych w gardle i krtani. Ostatnie to przypuszczenie opieramy jedynie na wywiadach i krótkiej obserwacji lekarskiej chorego dziecka, które, zdaniem rodziny, zachowywało się zupełnie identycznie jak i inne, zmarłe w tej epidemji. Zgon poza szpitalem i brak wszelkich danych sekcyjnych uniemożliwiły nam ocenę zjadliwości zakażenia w przypadkach śmiertelnych.

Koncepcję posocznicy wysunął jako wytłómaczenie zjawisk, stwierdzonych w tej epidemji, również prof. Krzyształowicz na zebraniu Warsz. Tow. Dermatologicznego, określając sprawę jako »*Sepsis streptococcica latens cum erythrodermia*«. Wprawdzie w okresie ostrym nie zdołano w warunkach praktyki wiejskiej wykonać badań bakterjologicznych, posiewy zaś krwi i szczepienia zwierząt, przedsięwzięte na naszym oddziale przez Centralny Zakład Epidemjologiczny w pierwszych dniach pobytu naszych chorych, nie dały żadnych wyników, tak że jakość i rozprzestrzenienie zakażenia w ustroju muszą pozostać niewyjaśnione. Za możliwością zakażenia paciorkowcowego przemawia wszakże doświadczenie kliniczne; tak np. epidemja nasza zespołem objawów, początkiem i przebiegiem zachorzenia przypomina obraz podany przez Blaschko, jako charakterystyczny dla tego rodzaju procesów. Histologiczne zaś badania Gans'a świadczą, że zmiany skórne spowodowane przez paciorkowce różnią się od stafylomykoz większem uogólnieniem i brakiem silniejszego zajęcia zapalno-wysiękowego tkanek, doprowadzającego do umiejscowionych ropni.

Morfologicznie, spostrzegana przez nas epidemja zbliża się bardzo do typu chorobowego, określonego przez Hebrę mianem rumienia wysiękowego wielokształtnego (*Erythema exsudativum multiforme*). Rodzaj zmian ogólnych w okresie zwiastunowym, występowanie na początku jesieni, częstsze i cięższe zapadanie dzieci, zwłaszcza płci żeńskiej, potęgują jeszcze bardziej to wrażenie. W każdym razie spotykamy u naszych chorych pewne właściwości niezwykłe, a nawet oryginalne, które odróżniają ich od przeciętnych chorych na rumień wysiękowy wielokształtny. Właściwości te są:

1) Nagminne, względnie okolicowe występowanie zachorzenia; wszystkie bowiem przypadki były obserwowane w ciasnym obrębie 2 domków Henrykowa, leżących blisko siebie i zamieszkałych przez ludność bardzo ubogą. W bliższem lub dalszem sąsiedztwie dalszych zachorzeń nie notowano. Fakty tego rodzaju są znane; wspominają o nich podręczniki Joseph'a, Jesionek'a i inne; z książek polskich podręcznik Bernhardta. Okolicowe takie rozprzestrzenienie się pewnej odmiany rumienia wielokształtnego mianowicie rumienia guzkowatego opisuje w ciekawej rozprawce Polouch (*Arch. des Maladies des Enfants, 1901*). Bądź co bądź endemje takie należą raczej do pewnych rzadkości.

2) Znaczna śmiertelność. Według zebranych przez nas danych liczba zmarłych wynosiła 9 na 34 dotkniętych zachorzeniem osób, t. j. 27%. Jest to cyfra niezwykle wysoka i odbija od przeciętnych opisów podręcznikowych, podług których złośliwości tego rodzaju spraw chorobowych nie ocenia się bardzo poważnie.

3) Groźne powikłania krtaniowe. Stwierdzone one zostały wywiadami we wszystkich przypadkach śmiertelnych, a pozatem w kilku przypadkach ciężkich, lecz wyleczonych. Polegają one, jak zaznaczyliśmy, na objawach ostrego krupu krtaniowego. W jednej obserwacji musieliśmy chorą dziewczynkę z powodu niepokojących objawów duszności przesłać do szpitala dziecięcego Karola i Marji celem wykonania w razie potrzeby intubacji.

4) Zmiany barwikowe. Znaleźliśmy je u przeważającej liczby osób dotkniętych po wygaśnięciu ostrych spraw skórnych. Znikły one przeważnie wraz z łuszczeniem się skóry, wszakże w przypadkach ostrzejszych również i niektóre części skóry odnowionej wykazywały mniejsze lub większe zbrunatnienie. Na stopach i dłoniach duże powierzchnie skóry zrogowaciałej w całym szeregu przypadków przybierały jaskrawą szafranowo-żółtą barwę, wynikłą może z rozpuszczenia barwika w komórkach rogowych (cf. Riehl w podręczniku Riecke'go).

Z powyższych względów, a także celem wyodrębnienia podobnych stanów chorobowych i wyzwolenia ich ze zbyt ciasnych ram oceny czysto morfologicznej, proponujemy dla nich nazwę *Angiodermotoxicosis exsudativa infectiosa epidemica*. Ustalenie dokładniejszych właściwości bakterjologicznych w każdem skupieniu nagminnem umożliwi w obserwacjach późniejszych zastąpienie słowa »*infectiosa*« określeniem: »*streptococcica*«, »*staphylococcica*« i t. d.

Rozpoznanie różniczkowe nastręczało trudności jedynie tym lekarzom, którzy oglądali chorych w okresie zwiastunowym. Ujmowano wtedy sprawę chorobową albo jako płonicę, gdy silniej zaznaczały się zmiany rumieniowe, albo jako błonicę, gdy przeważały zaburzenia gardlane. W tych ostatnich razach zastrzykiwano kilkakrotnie surowicę przeciwbłoniczą, podobno nawet z niezłym, lecz tylko przejściowym wynikiem. Że podejrzeniu błonicy trudno się było czasem oprzeć, o tem mieliśmy sposobność przekonać się sami; kiedy bowiem we wspomnianym już kilkakrotnie przypadku powikłań krtaniowych u 10-letniej dziewczynki konsultowaliśmy doświadczonego laryngologa, ten na widok nalotów na głośniach myślał poważnie o błonicy i radził nie zwlekać długo z zastosowaniem leczenia swoistego.

Później, kiedy objawy skórne zaczęły się wysuwać na plan pierwszy, sprawa wyjaśniała się coraz bardziej, natomiast rozległe zmiany barwikowe, zwłaszcza, kiedy skóra jeszcze się nie łuszczyła, wzbudziły w pewnych kołach lekarskich, zaintrygowanych dziwnem epidemjologicznem zachowaniem się zachorzenia, podejrzenie w kierunku awitaminozy. Myślano tu w pierwszej linji o procesie chorobowym, zbliżonym do rumienia lombardzkiego (Pellagra), spotykanym poza innymi bardziej na południe położonymi krajami, także w sąsiadującej z nami Rumunji i Rosji, a podobno również i w południowych obwodach Małopolski Wschodniej. Pierwotny rumień, zbrunatnienie następcze niektórych części ciała, zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz różne objawy nerwowe zmuszały do sumiennego rozpatrzenia możliwości tego rzadkiego w tych stronach zachorzenia. Przemawiało jednakże bezwzględnie przeciw takiej koncepcji stwierdzenie mniej lub więcej zaznaczonej gorączki, zajęcie zmianami barwikowemi — w przeciwieństwie do pellagry — pokrytych odzieniem części ciała i, naodwrót, niezajęcie twarzy, brak gnilcowatych zmian na dziąsłach, normalny chemizm żołądkowy, a wreszcie brak wyraźniejszej niedokrwistości. Przytem ludzie ci, o ile zdołaliśmy ustalić, mąki kukurudzianej nie używali wcale i karmili się dość wszechstronnie, choć znajdywali się naogół w złych warunkach odżywiania. Większość z nich jadła chleb biały i czarny, kawę z niewielką ilością mleka, jaja, tłuszcze, kartofle, kapustę, jarzyny, rzadziej mięso. Dzieci, które przecież głównie padły ofiarą choroby, odżywiane były nieco lepiej, kosztem zmniejszenia porcji rodziców.

Pod względem epidemjologicznym dochodzenia nasze nie wydobyły na jaw żadnych momentów, któreby były w stanie wytłumaczyć sposób powstawania zachorzenia i jego przenoszenia się z człowieka na człowieka. Właściwem ogniskiem choroby były położone w pobliżu Wisły dwa domki gęsto zamieszkałe przez ubogą ludność wiejską Henrykowa. W poszczególnych izbach, w bardzo złych warunkach higjenicznych, mieszkało przeciętnie 5—6 osób. Wodę czerpano ze zwykłej studni wiejskiej. Produkty spożywcze zakupywano częściowo na miejscu ze źródeł, z których korzystała i pozostała ludność, częściowo w Warszawie. Badanie produktów spożywczych, szczególnie zaś wody, na obecność jakichkolwiek czynników chorobotwórczych, wykonane przez Państwowy Zakład Higjeny, nie dało żadnych wyników dodatnich.

Czemu wobec tego zachorzenie dotknęło prawie wyłącznie ludność tych 2 domków, z wyłączeniem innych, trudno powiedzieć. Być może, że zadecydowało tu bardziej wilgotne pomieszczenie i szczególnie niekorzystne warunki życiowe.

O leczeniu opisanych przez nas stanów chorobowych nic powiedzieć nie możemy, gdyż chorzy dostali się w nasze ręce już po okresie zwiastunowym i po wygaśnięciu ostrych

zmian skórnych. To też ograniczyliśmy się tylko do zastosowania w niektórych przypadkach środków tonizujących, przedewszystkiem zaś do zarządzenia jaknajlepszego w naszych warunkach szpitalnych, pożywienia.

Z praktyki.

Łucjan DOBROWOLSKI, asyst. Zakładu, Otwock.

O znaczeniu wapna w leczeniu gruźlicy płuc.

Z Sanatorjum miejskiego dla chorych płucnych w Otwocku. Kierownik: Dr. H. Cybulski.

Wapno stanowi część składową nietylko kośćca i zębów, lecz także i wszystkich tkanek ustroju ludzkiego i najprawdopodobniej nieodzowny składnik soków tkankowych i komórek. Również i dla życia izolowanych organów wapno jest niezbędne, n. p. izolowane serce żaby dojrzałej wykonywa skurcze, dopóki znajdują się jony Na i Ca (płyny Ringera i Locke'go). W podobny sposób (co do skurczów) zachowują się mięśnie prążkowane, nerwy co do pobudliwości elektrycznej, również i nabłonek migawkowy dłużej zachowuje ruchy w płynach, zawierających wapno, aniżeli w rozczynach fizjologicznych.

Krzepliwość krwi zmniejsza się, gdy sole wapna wypadną pod wpływem n. p. kwasu szczawiowego; powstawaniu pokrzywki po wstrzyknięciu surowic leczniczych zapobiega wapno, również i miejscowe stany zapalne n. p. zapalenie spojówki, zmniejszają się ewentualnie znikają zupełnie po stosowaniu wapna.

To działanie wapna — zmniejszenie stanu zapalnego występuje niezależnie od krzepliwości krwi. M. Meyer wykazał, że sole wapnia wywołują kurczenie się ewentualnie inne zmiany w ścianach naczyń, przez co stają się one bardziej zbite i mniej przepuszczalne.

Wprost do krwi wprowadzone rozpuszczalne sole wapnia, działają podobnie do preparatów naparstnicy; jednak przy zbyt dużych dawkach zjawia się stan podobny do narkozy, połączony z zaburzeniami ze strony serca.

Po tych ogólnych uwagach — przechodzę do stosowania i znaczenia wapna w leczeniu gruźlicy płuc i krwotoków płucnych.

* * *

Ogólnie jest wiadomem, że zwapnienie gruzełka jest procesem, zmierzającym do jego zabliźnienia, do t. zw. unieczynnienia. Wapnienie, przyłącza się do wszystkich procesów regresywnych, niektórzy twierdzą (Wells i inni), że obumarła tkanka, albo obce dla danego ustroju ciało, które nie ulegnie wessaniu, zawsze podlega zwapnieniu. Szczególniej łatwo wypada wapno w miejscach utrudnionego krwiobiegu.

Badania jednak wykazują (Maendl), że wapno znajduje się nietylko w miejscach t. zw. zaleczonych, lecz także i w miejscach ze sprawami czynnemi, co dowodzi, że obecność wapna nie stwarza odporności przeciwko gruźlicy (n. p. gruźlica kości rozwija się pomimo dużej zawartości w kości wapna). W terapji wapnem idzie o to, by ustrój nasycić wapnem, by poziom wapna we krwi został zwiększony; najlepiej osiągnąć to zapomocą wlewań dożylnych 10% chlorku wapnia.

W tej postaci stosuję wapno od roku u chorych (około 100 przypadków) na gruźlicę płuc w różnych okresach. Wyniki jakie otrzymałem są następujące (100 chorych):

U wszystkich prawie chorych (95%) już po pierwszych wlewaniach ilość plwociny zmniejszała się widocznie, po następnych traciła plwocina swój charakter ropny i u niektórych nawet znikała zupełnie. Kaszel staje się więcej suchym i zmniejsza się.

Również dodatnio wpływa wapno na ciepłotę, obniżając ją u niektórych chorych bardzo (do normy). W przypadkach, w których innemi środkami nie mogłem osiągnąć trwałego obniżenia ciepłoty — wlewania wapna okazały się bardzo pomocne; to samo należy powiedzieć o wpływie na pocenie się i wagę chorych. U wszystkich chorych pocenie zmniejszało się, wreszcie znikało zupełnie; u niektórych stwierdzałem spory przyrost wagi, gdzie przedtem pomimo forsownego odżywiania i innych zabiegów chorzy spadali na wadze. Również dodatnio wpływa wapno w krwioplucіach; zwykle po kilku wlewaniach znikały one na czas dłuższy. W krwotokach jednak szczególniej obfitszych nie otrzymałem zbyt zachęcających wyników; w niektórych przypadkach prawie żadnych. Na same zmiany w płucach, szczególniej w sprawach rozległych nie wpływa wapno w sposób wybitniejszy, czasem długotrwałe rzężenia wilgotne zmniejszały się znacznie, jednak przypuszczam, że wapno na sam przebieg gruźlicy w płucach nie wywiera wielkiego wpływu.

Kurację wapnem przeprowadzałem w sposób następujący:

Chory otrzymywał przez 2 tygodnie 2 razy tygodniowo dożylnie 5 cm^3, następnie tą samą ilość co drugi dzień, przeciętnie stosowałem 50 wlewań.

Podczas wlewania przez 10—20 sekund odczuwa chory silne gorąco, zjawiające się początkowo w gardle, języku, następnie w odbytnicy i narządach płciowych, wreszcie w ramionach i palcach obu rąk. Wkrótce te sensacje znikają; po każdem wlewaniu należy choremu zalecić odpoczynek przynajmniej 15 minutowy.

Na podstawie mojego dość szczupłego materjału ośmielam się twierdzić, że wapno w postaci wlewań dożylnych powinno znaleźć u nas szersze zastosowanie, niż to ma miejsce dotychczas, bo chociaż wapno nie wywiera żadnego swoistego działania na przebieg gruźlicy płucnej, to jednak jest:

1. środkiem pobudzającym mięsień sercowy;
2. wzmagającym krzepliwość krwi;
3. pobudzającym fagocytozę;
4. zmniejszającym pobudliwość mięśni i systemu nerwowego.
5. wreszcie działającym przeciwzapalnie

Możemy powiedzieć, że wapno w gruźlicy płucnej ma działanie tylko objawowe, szczególniej ważne w daleko posuniętych sprawach gruźliczych. Reasumując powyższe, możemy powiedzieć, że wapno wpływa dodatnio na krwioplucie, poty, biegunkę, wyczerpanie, bicie serca, ubytek na wadze, wreszcie, co najważniejsze, obniża *tonus* nerwów sympatycznych.

Franciszek RODZIEWICZ, asystent Szp. Warszawa.

Przypadek rtęcicy spowodowanej zastrzykiwaniami podskórnemi soli rtęciowej nierozpuszczalnej

Z oddziału skórno-wenerycznego dla kobiet Szpitala Ś-go Łazarza. (Ordynator Dr. R. Bernhardt).

25-go stycznia r. b. zapisała się do szpitala 28-mio letnia P. S., będąca w 8-mym miesiącu ciąży. Z wywiadów wynika, że zaniepokojona jakiemiś »krostami« na narządach płciowych P. udała się przed kilku tygodniami do jednego z felczerów, który, rozpoznając przymiot, zastosował leczenie swoiste w postaci zastrzykiwań pośladkowych, jakiegoś płynu barwy mlecznej. Płyn ów zastrzykiwano w odstępach tygodniowych. Po 6-ciu zastrzykiwaniach objawy ustąpiły, i P. przerwała leczenie. Zabiegi powyższe chora znosiła b. dobrze i prócz bólu w pośladkach nie odczuwała żadnych innych dolegliwości. Dopiero w tydzień po ostatniem zastrzyknięciu uwagę chorej zwróciły niepokojące objawy w jamie ustnej, które niebawem spotęgowały się do tego stopnia, iż P. zmuszona była zapisać się do szpitala

Podczas badania bardzo wycieńczonej i małokrwistej chorej stwierdzono zjawiska zapalenia wrzodziejącego jamy ust. Błona śluzowa dziąseł, policzków oraz podniebienia była obrzmiała, barwy czerwonosinej, usiana licznemi owrzodzeniami. Język był również obrzmiały i pokryty nalotem ciemnoszarym, na brzegach zaś wyraźnie występowały owrzodzenia odcisku zębów. Ślinotok był obfity, dech smrodliwy. W każdym z pośladków można było wyczuć na wysokości krętarza po trzy guzy śliwki dojrzałej, umiejscowione w powierzchownej warstwie tkanki podskórnej, ruchome, twarde, bolesne. Jeden z guzów prawego pośladka, najbardziej powierzchownie umiejscowiony, przechodził w rozległe owrzodzenie zgorzelinowe skóry. Pozostałe guzy były pokryte skórą prawidłową. Badanie moczu Dr. Wojciechowski) wykazało obecność białka 0,12. W osadzie wykryto do 50-ciu leukocytów w p. w.; b. liczne bakterje, nabłonki nerkowe oraz nieliczne wałeczki ziarniste. Zawartość rtęci w ilości dobowej moczu sięgała 5 ciu mlgr. 5-go lutego waga chorej wynosiła 48.5 kg. Objawów swoistych nie ujawniono. Bordet-Wassermann był ujemny.

Uszkodzenia błony śluzowej jamy ust zwalczano w oddziale środkami miejscowemi (smarowanie dziąseł 5-cio% rozczynem kwasu chromowego, płukania środkami odkażającemi) oraz ogólnemi, a mianowicie wlewaniami dożylnemi novarsenobenzolu, który zadawano chorej trzykrotnie w odstępach tygodniowych w dawkach 0.30, 0.45 i 0.45. Zdaniem autorów francuskich mają arsenobenzole skutecznie przeciwdziałać tworzeniu się uszkodzeń śluzówki, spowodowanych krętkami i wrzecionowcami.

Początkowo, zdawało się, że leczenie powyższe osiąga pożądany skutek i że objawy zapalne jamy ustnej powoli ustępują. Niestety w 3 cim tygodniu pobytu szpitalnego stan chorej zaczął się nagle pogarszać, choć leżała ona na sali, gdzie ani jedna z chorych nie przechodziła leczenia rtęciowego. Obok spotęgowanych objawów miejscowych w jamie ustnej stwierdzono coraz wyraźniejsze zjawiska ogólnego zatrucia rtęciowego; silne bóle głowy, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, białkomocz, niedokrwistość, osłabienie ogólne. W ilości dobowej moczu było około 5 ciu mlg. rtęci obok 0.14 białka. Waga 18-go lutego wynosiła 47.5 kg. Będąc przeświadczony, że za pomocą leczenia paljatywnego nie można w danym przypadku zwalczać skutecznie objawów zatrucia, dopóki nie zostaną usunięte składy rtęci, istniejące w tkance podskórnej pośladków, zdecydowałem się na zabieg chirurgiczny. Pod uśpieniem chloroformem wyciąłem dnia 22-go lutego 3 guzy z pośladka prawego oraz dwa z lewego. Nałożono szwy głębokie, kattgutowe, i powierzchowne z jedwabiu. Dnia 27-go lutego zdjęto szwy powierzchowne. Rany zagoiły się przez rychłozrost.

Badanie chemiczne tkanek, wyciętych z pośladków zostało przeprowadzone w pracowni Szp. S-go Łazarza pod kierunkiem Dra Wojciechowskiego. W 60-ciu gramach tkanki wyciętej wykryto około 15-u centygr. rtęci. Po operacji stan chorej zaczął polepszać się stopniowo. Objawy zapalne jamy ustnej ustępowały b. szybko, tak, że 2-go marca pozostawał jedynie nieznaczny obrzęk śluzówki dziąseł. Bóle głowy i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe ustąpiły prawie bezpośrednio po zabiegu Chora nabrała apetytu i 10-go marca waga jej wzrosła do 51 kg. Badanie moczu w dniu 3-go marca nie wykryło obecności białka. Badanie moczu na zawartość rtęci, przeprowadzane w odstępach tygodniowych wykazały: w 1-ym tygodniu po zabiegu 3 mlgr., w 3-cim zaś tygodniu jedynie ślady rtęci. Dnia 17-go marca chora odbyła połóg, który miał przebieg prawidłowy. Dziecko przyszło na świat bez objawów czynnych swoistych, lecz słabowite i drobne. Chora wypisała się ze szpitala dnia 4-go kwietnia zupełnie zdrowa.

Jak widać z powyższego mieliśmy w danym przypadku do czynienia z rtęcicą, spowodowaną wchłanianiem się nierozpuszczalnych soli rtęciowych, wprowadzonych do ustroju zapomocą zastrzykiwań dopośladkowych. Jest rzeczą możliwą, że w wystąpieniu zatrucia odegrała pewną rolę ciąża, pozatem nieodpowiednie dawkowanie zastrzykiwanego przetworu rtęciowego i poczęści też, wadliwa technika zabiegów. Nie ulega jednak wątpliwości, że głównie i przedewszystkiem zawiniła tu sama metoda lecznicza którą jeszcze F o u r n i e r słusznie nazwał »ślepą«. Wprowadzona do syfilidologji w roku 1864-ym przez S c a r e n z i o, który pierwszy zastrzykiwał podskórnie chlorek rtęci, udoskonalona przez S m i r n o w a i B a l z e r a, wzbogacona coraz to nowemi przetworami rtęciowemi metoda zastrzykiwań soli nierozpuszczalnych rtęciowych przetrwała aż do naszych czasów. Do jej rozwoju przyczynili się niemało syfilidologowie polscy, że tylko wymienię Karwowskiego, Leszczyńskiego, Łukasiewicza, Szadka, Trzcińskiego i Watraszewskiego. Celem tej metody jest utrzymanie ustroju w stanie przewlekłego nasycenia rtęcią. Osiąga się to za pomocą perjodycznych zastrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych które następnie ulegają stopniowemu przyswajaniu i wchłanianiu. Do zalet niezaprzeczalnych metody powyższej należy: energiczne działanie rtęci, wprowadzanej w ten sposób do ustroju, pozatem prostota, czystość i taniość leczenia, co cenić należy zwłaszcza w leczeniu chorych przychodnich, Niestety, obok zalet powyższych, posiada metoda zastrzykiwań soli nierozpuszczalnych cały szereg niedogodności i braków, które wskazywano już w chwili wprowadzenia jej do lecznictwa (F o u r n i e r) a które obecnie, po 60-cio letnim okresie prób i smutnych doświadczeń, uwydatniły się jeszcze bardziej. Zadając podskórnie nierozpuszczalny przetwór rtęciowy nie można nigdy przewidzieć, nawet u jednego i tego samego chorego i to przy powtórnych zabiegach, czy i kiedy nastąpi wchłanianie leku zastrzykniętego. Badania roentgenoskopowe, przeprowadzone ostatnio przez L e v y - B i n g a, B e l g r o d e r, a i A u c l a i r'a stwierdziły, że szybkość wchłaniania się rtęci zależy: 1) od zastrzykiwanego przetworu rtęciowego, 2) od skłonności osobniczych chorego, 3) od techniki leczniczej i 4) od całego szeregu okoliczności mniej lub bardziej przypadkowych (n. prz. czynników termicznych, urazowych). Według badań roentgenograficznych C o l e, L i t t m a n n a i S c o l l m a n n a czas wsysania się poszczególnych przetworów rtęciowych waha się dla każdego z nich w granicach dość szerokich w zależności od usposobienia chorego. Wchłanianie się dawki leczniczej salicylanu rtęciowego trwa od 4-ch do 10 iu dni. Kalomel, zastrzyknięty w głębokie warstwy tkanki poskórnej, ulegał zwykle wessaniu po upływie 15 u dni, czasem jednak dopiero po 39-iu dniach. Przeciwnie w jednym przypadku całkowite wessanie kalomelu nastąpiło już po c z t e r e c h dniach. Olej rtęciowy wsysał się bardzo powoli. Zacienmienie rtęciowe na kliszy spostrzegano nawet w 125-ym dniu po zabiegu. Technika zabiegu również wpływa wybitnie na szybkość wsysania się zastrzykiwanego przetworu. Jeżeli zastrzykiwać rtęć w warstwy głębokie tkanki tłuszczowej podskórnej, wessanie następuje znacznie powolniej, niż w zastrzykiwaniach domięśniowych (Audry, Bory, Pellier, Zieler). Zastrzykiwania domięśniowe narażają jednak chorego na znacznie większe niebezpieczeństwo w razie wystąpienia powikłań w postaci nacieków i ropni. Zawiesina rtęciowa działa na tkankę, jak i inne ciała obce. Skutkiem tego działania tworzą się dość często nacieki i otorbienia. Powstają chwilowo niezużytkowane składy rtęci, które pod wpływem czynników mniej lub bardziej przypadkowych a, w każdym razie od lekarza niezależnych, mogą ulec masowemu wessaniu. Stąd groźne niebezpieczeństwo zatrucia ustroju nadmierną ilością rtęci. We wszystkich innych sposobach leczenia rtęcią (wcierania, zastrzykiwania soli rtęciowych rozpuszczalnych i inn.) możemy w razie wystąpienia rtęcicy. zapobiec dalszemu potęgowaniu się objawów zatrucia przez natychmiastowe zaniechanie dalszego leczenia W przypadkach, leczonych zastrzykiwaniami zawiesin soli rtęciowych nierozpuszczalnych, należy w takich razach uciekać się często do interwencji chirurgicznej i to bardzo poważnej, gdy chodzi o składy, umiejscowione w tkance mięśniowej. Ze względów powyższych wielu syfilidologów (F o u r n i e r, D a r i e r i inn) radzi zastrzykiwać przetwory rtęciowe nierozpuszczalne raczej w warstwy głębokie tkanki tłuszczowej podskórnej Wysiłki syfilidologów w kierunku wytworzenia przetworów i zawiesin soli rtęciowych nierozpuszczalnych, któreby — obok działania ogólnego, leczniczego — nie wywoływały żadnych szkodliwych objawów miejscowych, nie dały, niestety, wyników zbyt pomyślnych. Nie mówiąc już o k a l o m e l u i o l e j u s z a r y m nawet zawiesiny ogólnie uznane za łagodne, jak zawiesiny salicylanu i tlenku żółtego rtęci, mogą powodować powstawanie bolesnych nacieków i otorbień (Z i e l e r) i wywoływać następczo zatrucia. W piśmiennictwie doby przedsalwarsanowej opisano niemało przypadków zatrucia rtęciowego z zejściem śmiertelnem (Fournier, Hallopeau, Levin, Smirnow i inn.). W wielu razach jedynie wycięcie złogów w miejscach zastrzykiwań zdołało uratować życie chorych (L e s e r, Ł u k a s i e w i c z). W przypadku M e n e t r i e r'a i B o u c h a r d'a zatrucie rtęcią wystąpiło u 38-mio letniej kobiety w pięć miesięcy po ostatniem zastrzyknięciu zawiesiny soli rtęciowej nierozpuszczalnej i ustąpiło dopiero po wycięciu złogów pośladkowych. (*Bulletins de la Societe Medic. des Hop.* 1906). W przypadku E. B j ö r l i n g'a zatrucie nastąpiło po ukończeniu drugiej serji zastrzykiwań oleju szarego. Chora zmarła przy ciężkich objawach rtęcicy pomimo wycięcia złogów rtęci w obydwóch pośladkach. (*Acta dermato-venerologica* 1921),

Streszczając powyższe wrażenia możemy dziś tem słuszniej zastosować do tego przestarzałego sposobu leczniczego zdanie, wypowiedziane ongi przez G o u r n i e r'a: metoda ś l e p a, gdyż nigdy nie wiadomo, jaka ilość rtęci zostanie wchłonięta, metoda n i e o p a n o w a n a, ponieważ lekarz nie może nią kierować, metoda n i e b e z p i e c z n a, gdyż zbyt często naraża chorego na ciężkie powikłania. Dzisiaj, gdy do lecznictwa przymiotu wprowadzono arsenobenzole i bizmut, zaleca się podawanie rtęci w postaci zastrzykiwań związków nierozpuszczalnych jedynie w przypadkach wyjątkowych. W praktyce codziennej należy raczej stosować sposoby być

może bardziej uciążliwe dla chorego lecz niemniej skuteczne w działaniu, a daleko bardziej opanowane. Do nich trzeba zaliczyć w pierwszej linji wcierania szarej maści rtęciowej, znakomicie nadające się do przewlekłego leczenia przymiotu (Trzciński, Watraszewski).

Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

Sanocrysina Mollgaarda.

Nowa metoda leczenia gruźlicy podana przez Dr. Mollgaarda, profesora fizjologji przy Akademji medycyny weterynaryjnej w Kopenhadze, wywołała żywe poruszenie w świecie lekarskim. Dotychczasowe wiadomości, jakie do nas dochodzą w tej sprawie są niejasne, wobec czego chciałbym pokrótce zwrócić uwagę na zasadę, technikę i dotychczasowe wyniki danej metody, którą bawiąc przed kilku tygodniami w Kopenhadze miałem sposobność bliżej poznać na miejscu dzięki uprzejmości Dr. Mörcha i Dr. Würtzena.

Na podstawie licznych doświadczeń Mollgaard przekonał się, że tiosiarczan sodowy złota działa silnie bakterjolitycznie na prątki gruźlicze. Sól ta nazwana przez niego *sanocrysiną* jest proszkiem białym, który daje się w stanie suchym przechować przez dłuższy czas bez zmiany, rozpuszcza się łatwo w wodzie a dodany do surowicy nie wywołuje żadnego skłaczkowania ani zmętnienia.

Wobec normalnego organizmu zwierzęcego i ludzkiego *sanocrysina* użyta w wysokich nawet dawkach zachowuje się obojętnie. Po wśródżylnem wstrzyknięciu 0,02—0,06 na 1 kg wagi ciała nie można zauważyć jakiegokolwiek wpływu na akcję serca, ciśnienie krwi, system nerwowy i przewód pokarmowy; ciałka czerwone i hemoglobina pozostają bez zmiany. Jedynie w nielicznych przypadkach pojawia się słaby białkomocz trwający 2—3 dni.

Silne działanie bakterjobójcze na prątki gruźlicze i obojętne zachowanie się wobec organizmu normalnego stworzyło punkt wyjścia do chemoterapeutycznego zastosowania *sanocrysiny* w przypadkach gruźliczych. Pierwsze doświadczenia wykonane w tym kierunku wykazały jednak, że w kilka godzin po wstrzyknięciu 0,01 do 0,02 gr na 1kg wagi występują objawy zatrucia tuberkulinowego z powodu rozpadu prątków gruźliczych. Nasilenie intoksykacji pozostaje w ścisłym związku ze zmianami anatomicznemi, ilością prątków i większą lub mniejszą odpornością organizmu. Zależnie od tego objawy zatrucia ograniczają się tylko do podwyższenia ciepłoty, białkomoczu, wysypki, nudności, wymiotów i biegunki, lub też przybierają formę ostrego wstrząsu tuberkulinowego z silnym białkomoczem i hematurją, obrzękiem płuc, spadkiem ciepłoty i zgonem.

Sanocrysina więc sama jako taka nie mogła być zastosowaną w schorzeniach gruźliczych i należało wynaleźć sposób usunięcia zatrucia tuberkulinowego. W tym celu zaczęto próby równoczesnego zastosowania tiosiarczanu sodowego złota z wysokowartościową surowicą antigruźliczą, otrzymywaną z cieląt i koni szczepionych żywymi prątkami gruźliczymi. Surowica ta zastosowana sama nie działa bakterjolitycznie — prawdopodobnie z powodu osłonki prątka gruźliczego — zawiera zaś wszystkie niweczniki swoiste, które wiążą toksyny wyzwolone z prątków gruźliczych. Kombinacja bakterjolitycznego działania soli złota z równoczesnem zobojętnieniem zwolnionych toksyn zapomocą surowicy antigruźliczej stanowi podstawę sero-chemoterapeutycznej metody Mollgaarda.

Obecnie Kopenhaga żyje pod hasłem metody Mollgaarda. Państwowy Zakład bakterjologiczny Madsena zajmuje się wyrobem surowicy antigruźliczej a szereg tamtejszych klinik i szpitali przeprowadza z niebywałym zapałem ale rozważnie i planowo doświadczenia na chorych, które liczni lekarze zagraniczni śledzą z wielkiem zainteresowaniem. W Oresunds-Hospital mieszczącym 300 chorych gruźliczych zastosowuje się metodę leczniczą Mollgaarda pod kierunkiem Dr. Würtzena w następujący sposób.

Choremu z klinicznie i bakterjologicznie stwierdzoną gruźlicą wstrzykuje się wśródmięśniowo dwa razy dziennie po 20 cm^3 surowicy antigruźliczej. O ile nie wystąpi jakikolwiek odczyn w formie podwyższenia ciepłoty lub wyprysku, w trzecim dniu biernego uodparniania wprowadza się dożylnie 0,5 gr *sanocrysiny* rozpuszczonej w wyjałowionej wodzie destylowanej jako pierwszą dawkę. Następnie stale dwa razy dziennie stosuje się po 20 cm^3 surowicy a co trzeci dzień 1 gr *sanocrysiny*. Po stwierdzeniu znacznego polepszenia stanu zdrowia wstrzykuje się 1,5 gr *sanocrysiny* jako dawkę najwyższą i końcową. W razie pojawienia się wyprysku lub białkomoczu przerywa się bez względu na okres leczenia dalsze wstrzykiwanie *sanocrysiny* aż do ustąpienia odczynu.

W przypadkach ze zmianami gruźliczemi narządów wewnętrznych stosuje się *sanocrysinę* wśródżylnie, natomiast przy zewnętrznie umiejscowionych formach chorobowych (chirurgicznych) wprowadza się ją wprost do ogniska chorobowego.

Chorzy z rozpoczynającem się charłactwem nie nadają się do leczenia *sanocrysiną*.

Próby dotychczasowe, których liczba dochodzi już do znacznej wysokości obejmują wszystkie formy gruźlicy począwszy od nacieków szczytów płucnych do ciężkich form rozpadowych, gruźlicy opon mózgowych i prosówki. W bardzo wielu przypadkach zapomocą tej metody uzyskano wyniki wprost zadziwiające, bo zupełne zniknięcie objawów chorobowych względnie wybitną poprawą, nawet przy starych formach rozpadowych i prosówce.

Nie wolno jednak pominąć milczeniem także pewnych ujemnych cech, na jakie obecnie natrafia się przy metodzie Mollgaarda.

Jak poprzednio już zaznaczyłem, po zastrzykach występuje dość często silniejszy lub słabszy odczyn utrudniający dalszy przebieg leczenia. Niejednokrotnie w kilka godzin po zastosowaniu *sanocrysiny* pojawia się białkomocz (bez wałeczków) trwający nieraz przez dłuższy okres czasu, wyprysk o rozmaitem natężeniu lub podwyższenie ciepłoty a nawet choć rzadko nagły wstrząs tuberkulinowy. W przypadkach tych musi się stanowczo przerwać dalsze leczenie, aż do zupełnego ustąpienia reakcji. Podobnie zauważono, że i surowica antigruźlicza wstrzyknięta w 2 do 3 dni po *sanocrysinie* może wywołać podwyższenie lub nagły spadek ciepłoty. Dałoby się to wytłumaczyć tylko w ten sposób, iż pod wpływem *sanocrysiny* osłonka woskowa nierozpadłych jeszcze prątków gruźliczych ulega pewnemu rozluźnieniu, dzięki czemu wysoko wartościowa surowica sama jako taka sprowadza bakterjolizę a w następstwie zatrucie tuberkulinowe. Do dalszych ujemnych cech należałoby zaliczyć pewne trudności i usterki, na jakie natrafia się obecnie przy samym wyrobie surowicy antigruźliczej. Dotychczas szczepiono żywe prątki Kocha cielętom i koniom, z których nieznaczny tylko procent dało się utrzymać przy życiu i odpowiednio uodpornić. Uzyskanie więc wysoko wartościowej surowicy na razie jest bardzo trudne i kosztowne. Brak również dokładnego sposobu oznaczania wartościowości surowicy antigruźliczej przysparza także trudności, ponieważ efekt działania surowic pochodzących z odmiennych seryj wyrobu nie jest równomiernym.

Obecnie metoda Mollgaarda pozostaje jeszcze w okresie prób i doświadczeń i jakkolwiek bardzo obiecująca wymaga jeszcze dalszej obserwacji i ulepszeń celem usunięcia obecnych niedomagań.

Bliższe szczegóły z dotychczasowych wyników podane są w pracy Mollgaarda »*Chemotherapy of Tuberculosis*« ogłoszonej z końcem poprzedniego roku (nakładca: Arnold Busck Kjobenhavn, Kjobmagergade 49).

Z dziejów nauki polskiej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Działalność naukowa i prace prof. Walerego Jaworskiego*)

Profesor Walery Jaworski urodził się 20 marca 1849 roku we Florynce w powiecie Nowo Sądeckim w Małopolsce Szkoły średnie ukończył w Sanoku i w Przemyślu a w r. 1868 uczęszczał na wydział filozoficzny we Lwowie, który ukończył pracując w naukach przyrodniczych, przeważnie we fizyce i chemji. Po ukończeniu wydziału filozoficznego, jako profesor wyższej szkoły realnej w Krakowie, zapisał się na wydział lekarski na Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie W roku 1880 otrzymał dyplom doktora medycyny. Przez jakiś czas pracował potem na klinice Leubego w Erlangen i na klinice Liebermeistra w Tybindze. W roku 1883 bawił w lecie w Kissingen w Bawarji. W r 1883 otrzymał po wykładzie habilitacyjnym „O rozstrzeni żołądka„ *veniam legendi* w Krakowie. Przez kilka lat wówczas jako docent praktykował w lecie w Karlsbadzie w Czechach. W roku 1887-ym został profesorem nadzwyczajnym Uniw. Jagiell. W listopadzie r. 1889 z powodu choroby dostał prof. J. urlop dla poratowania zdrowia i wyjechał do Arco, potem do Mentony. Był również we Włoszech południowych a potem przebywał w sanatorjum Dra Turbana w Szwajcarji. Pobyt Jego poza krajem trwał dłużej ale mimo choroby pracował niezmordowanie naukowo i z zagranicy przysyłał do polskich pism lekarskich korespondencje i prace naukowe. Powróciwszy do kraju pracuje dalej naukowo bez wypoczynku i wkrótce dostał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. Po śmierci prof. Edwarda Korczyńskiego obejmuje w r. 1905 kierownictwo Kliniki krakowskiej, którą prowadzi aż do ustąpienia z powodu sędziwego wieku t. j. w r. 1919. Śmierć zabrała go społeczeństwu dnia 17 lipca 1924 r.

Wszystkie prace Jaworskiego cechuje ogromna ścisłość sumienność i dokładność oraz znaczna pomysłowość w technice badania i w wyciąganiu wniosków. Przeważnie są one podwalinowe w dziedzinie nauki o chorobach żołądka, stwarzają liczne nowe pojęcia kliniczne, nowe przyrządy, metody i kierunki badania i dziś niema prawie podręcznika z tej dziedziny, czy to polskich, czy niemieckich, francuskich, angielskich lub innych, w którychby nie przytaczano wielokrotnie odkryć i prac tego polskiego uczonego, tak, że bez przesady można po iedzieć, że Jaworski był lekarzem, który aczkolwiek pracował prawie wyłącznie w kraju, to jednak należał do najbardziej znanych za granicą uczonych polskich. Prace jego obejmowały głównie doświadczenia i badania w zakresie patologji i leczenia chorób przewodu pokarmowego, obejmowały metody i sposoby badania, poglądy na patologję tych stanów i ich leczenie. Poza tem pisał o leczeniu sanatorjalnem gruźlicy płuc i o wpływie klimatu wysokogórskiego na przewód pokarmowy. Nadto położył wielkie zasługi około lecznic wa przez wprowadzenie i rozpowszechnienie sztucznych wód leczniczych i przetworów dietetycznych oraz zwalczając zgubny wpływ nadmiernego puszczania w handel bezwartościowych przetworów farmaceutycznych. Nauczanie medycyny wzbogacił wydając oryginalny własny znakomity podręcznik chorób żołądka i zbiorowy podręcznik patologji i terapji chorób wewnętrznych dla studentów. Również zasłużył się Jaworski bardzo w dziedzinie higjeny bądź wprowadzając nowe przetwory wysokiej wartości dietetycznej, bądź też propagując różne nowe myśli i postulaty: jak żądanie sanatorjów krajowych i ludowych, żądanie zamienienia Zakopanego w uzdrowisko zimowe, żądanie obsadzania miast drzewami szpilkowemi, wytykanie braków w dziedzinie higjeny szkolnej, pouczanie lekarzy i publiczności o środkach przeciw epidemji cholery i t.p., w końcu sam zakładając pierwsze dyspenzatorjum przeciwgruźlicze w klinice lekarskiej w Krakowie.

Kultu dla historji, nauki i produkcji polskiej dowiódł on zakładając muzeum historji medycyny w klinice i jak sam się wyraża, naśladując obcych, którzy mają ten chwalebny zwyczaj, że w swoich pracach opierają się na literaturze własnego języka oraz mają zwyczaj polecania swojskich przetworów i wyrobów leczniczych. Ogrom jego prac i poczynań naukowych, wszechstronność ich a równocześnie ścisłość naukowa dają wręcz obraz czegoś niezmiernie potężnego i tytanicznego. Nie było w medycynie wewnętrznej prawie nowości którejby Jaworski nie poznał i nie ocenił na podstawie krytycznych badań własnych. Głęboka myśl, potężna indywidualność, niespożyta pracowitość, ruchliwość i krytyczność umysłu przy bezwzględnej prawości charakteru, cichości i skromności cechowały Jaworskiego. Dla nieznających go bliżej, jego małomowność stanowiła z początku hamulec dla zbliżenia się, który jednak rychło ustępował po wejściu z nim w bliższy kontakt. Toteż zapoczątkował i zogniskował on w Klinice krakowskiej gorączkową i wydatną pracę naukową i zdołał skupić około siebie wielu wybitnych lekarzy i pracowników naukowych o powszechnie znanem nazwisku, jak: Latkowski, Mięsowicz, Mayer, Kostrzewski, Nowaczyński, Tempka, Korolewicz, Łapiński, Maciąg, Szurek, Wilczyński, Paulina Wasserberg, Kluger, Wachtel, Maurycy Landau, Flis, Skórczewski, Bronisław Wejnert, Edelman i inni. Wszystko co się wiązało z postępem nauki i dobrem społeczeństwa w zakresie zdrowotnym znajdowało w Jaworskim orędownika. Towarzystwem lek. krak. zajmował się gorliwie współpracując w Komisji przemysłowo-lekarskiej, zgłaszając liczne wykłady i demonstracje i nakłaniając także skutecznie swoich lekarzy klinicznych w tym kierunku Jak pojmował stosunek kliniki do lekarzy, o tem świadczą najlepiej jego słowa własne: (Przegląd lekarski 1906. Nr. 1. Str. 8) „Kliniki na to istnieją, aby nie tylko kształciły uczniów na lekarzy, ale przyczyniały się także do dalszego ich kształcenia podczas wykonywania pracy zawodowej i przez to utrzymywały łączność z dawnymi swoimi wychowankami, pracującymi praktycznie dla dobra społeczeństwa".

Jaworski o żadne urzędy i godności nie ubiegał się nigdy. Mimo swojej skromności i cichości, i mimo wątłego zdrowia potrafił on swojej Ojczyźnie i światu dać tyle niezmordowanej twórczej i owocnej pracy i energji i tak wsławić w świecie nauki imię własne i Klinikę krakowską, iż zupełnie bez przesady rzec można i należy, że Jaworski był jednym z największych polskich lekarzy i uczonych.

Rozpatrując sposobem chronologicznym prace Jaworskiego znajdujemy w r. 1881-ym w „Przeglądzie lekarskim trzy prace. Pierwsza p. t.: „**Pożywka peptonowa przyrządzana sposobem domowym dla użycia w praktyce lekarskiej**" (Nr. 17) podaje przepis na przyrządzanie pożywki dla chorych która, przez odpowiednie wytrawienie mięsa kwasem solnym i przez dodanie odpowiednich zapraw zawiera przy dobrym smaku największą możliwą ilość łatwo przyswajalnych, do odżywienia potrzebnych, składników, bo całą ilość białka w postaci peptonów. Pożywka ta dozwala większego zużytkowania materjału pożywczego aniżeli przy użyciu buljonu i wyciągu mięsnego Liebiga. Druga praca nosi tytuł; **Wiadomości bieżące z zakładów klinicznych w Erlandze i Tübindze**" (Nr. 35—37). Praca ta jest znakomitym wzorem jak wykorzystać dla siebie i swoich kolegów spostrzeżenia naukowe na zagranicznych klinikach. Przedstawia w niej Jaworski szczegółowo swoje spostrzeżenia naukowe na klinice wewnętrznej Leubego w Erlangen, gdzie głównie kultywowano choroby trzewiów brzusznych i Liebermeistra w Tübingen, gdzie lubowano się w chorobach klatki piersiowej, szczególniej płuc i w chorobach gorączkowych. Także z innych klinik jak chirurgicznej Heineckego w Erlandze i Brunsa w Tübindze, w położniczej Żweifla i okulistycznej Sattlera, gdzie przypadków szczegółowo nie śledził, przytacza tylko w krótkości curiosa. Praca kończy się ogólnemi uwagami o stosunkach uniwersyteckich i metodach nauczania. Trzecią pracę p t: „**Środki lecznicze używane obecnie w Kissingen**" (Przegląd lekarski" z r. 1881 Nr. 39—40) napisał Jaworski przy sposobności pobytu w Kissingen w sierpniu 1881. — Omówiwszy środki lecznicze i zakres wskazań dla Kissingen, porównuje pod koniec własności i skutki lecznicze tamtejsze z Karlsbadzkimi.

Podczas pobytu Jaworskiego w Niemczech ogłosił Rejchman w „Gazecie lekarskiej" 1881. Nr. 33) swoje poszukiwania nad sztucznem trawieniem, w których zarzucił wspomnianej pożywce Jaworskiego, że nie zawiera peptonu a przez to zakwestjonował wartość tego pokarmu. Po powrocie z Niemiec Jaworski przeprowadziwszy jakościowe i ilościowe poszukiwania nad zmianami ciał białkowatych w czasie żołądkowego trawienia mięsa ponowił badania Rejchmana i w pracy p. t.: „**Składniki białkowate, wartość pożywcza i lecznicza pożywki peptonowej oraz odpowiedź na zarzuty Dra Rejchmana**", (Gazeta lek. 1882) wykazał niezbicie że metoda badań Rejchmana była niedostateczną, wnioski były wadliwe a twierdzenia niesłuszne. Co więcej Jaworski wyraża swoje zobowiązanie Drowi R. za zwrócenie swojej uwagi na jego pracę, gdyż dał mu sposobność wykazać że jego pożywka peptonowa jest dobrym środkiem pożywczym i przedstawia kazuistycznie przypadek, w którym objawy chorobowe żołądka przez samo żywienie chorego tą pożywką ustąpiły.

Jest to znamienne dla indywidualności Jaworskiego, że gdy zaraz jedna z pierwszych prac jego naukowych spotkała się z krytyką z poważnej strony, Jaworski nie reagował zniecheceniem, lecz zabrał się do pracowitej i ścisłej kontroli badań własnych i dodatkowych badań faktów, na których opierały się objektywne zarzuty przeciwnika.

W r. 1832 gim czytamy dwie prace ogłoszone na jeden temat. Jedna w „Przeglądzie lekarskim" p. t.: „**Sposób dokładnego oznaczenia ilości treści płynnej w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizjologicznych**". Druga w warszawskiej „Medycynie" pt. „**Kolorymetryczna metoda oznaczania ilości płynu w żołądku**". Prace te wyszły w r. 1983 cim po niem. we „Wiener med. Woch." (Nr 12, 13.). Ponieważ zapomocą aspiratora cała zawartość żołądka nie da się usunąć bez reszty i pewna część płynu pozostaje w żołądku, przeto Jaworski podaje w tych pracach dwa sposoby oznaczenia pozostałej ilości płynu. Jeden, pewniejszy, polega na wlewaniu do żołądka miarowego roztworu pewnej soli rozpuszczalnej np. siarkanu, fosforanu lub połączenia żelaza i na następowem określaniu jej rozcieńczenia przez miareczkowanie po wydobyciu ze żołądka, oraz drugi sposób mniej pewny, ale zato łatwiejszy polega na tem, że wlewa się roztwór barwika, a potem wydobyty z żołądka płyn okazuje zmniejszone natężenie barwy a tem samem stopień jego rozcieńczenia względnie ilość płynu zawartego w żołądku przed rozcieńczeniem. Sposób ten podany w medycynie naprzód przez Jaworskego niesłusznie często bywał przytaczany jako sposób Mathieu i Rémonda co dopiero Mo-

*) Podług wykładu wygłoszonego dnia 15. X. 1924 r. w Krakowskiem Kole Towarzystwa Internistów Polskich.

drakowski w dużym podręczniku chorób wewnętrznych Mohra i Staehelina sprostował.

W r. 1882 ogłasza również w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 39 pracę p. t: **Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim"** I w tej pracy zastosował zasadę podobną do powyższej. Wprowadzał do żołądka rozczyn dwóch soli o znanej treści odsetkowej ich w rozczynie i st sunku mieszaniny. Potem śledził w jakiej ilości każda poszczególna sól została essana W ten sposób wykonał doświadczenia z kilkunastoma róż nemi roz zynami solnemi pojedynczemi i złożonemi i przekonał się, że w żołądku następuje chłonięcie pojedynczych soli w różnym stosunku zależne od ich składu chemicznego. Zestawił on szereg według wessalności danych soli. Węglany kwaśne bywają najszybciej wessane, chlorki najpowolniej a siarkany zajmują m ejsce środkowe. Różnica między chłonięciem dwóch soli staje się wybitniejszą im dłużej płyn pozostaje w żołądku Obecność kwasów w żołądku powoduje tworzenie się soli kwaśnych i przyśpiesza wessanie soli a różnica chłonięcia pojedynczych soli względem siebie staje się wyraźniejszą Z powyższej, bardzo obszernej i skrupulatnie przeprowadzonej pracy wyciąga Jaworski różne praktyczne wnioski dla zastosowania klinicznego, z których przytaczam najważniejsze:

1) Kwasy, a w szczególności kwas węglowy przyczyniają się do wcześniejszego wypróżnienia żołądka, a zastosowanie leków solnych w postaci węglanów kwaśnych jest bardzo korzystne, gdyż wtenczas następuje nietylko szybsze wessanie tychże, lecz i mniejsze zadrażnienie błony śluzowej żołądka i szybsze wypróżnienie żołądka z jego treści. Stąd wskazanem jest użycie kwasów, a szczególniej wody sodowej w nadmiernem przepełnieniu żołądka pokarmami.

2) Przez wprowadzanie cieczy alkalicznych do żołądka zmniejsza się wessanie i opóźnia wypróżnianie jego z treści, a błona śluzowa bywa przez nie mocniej zadrażnioną, niż przez inne rozczyny.

3) Obecność soli kuchennej w żołądku nie wykazuje zwykle dla żołądka korzyści, gdyż ani nie przyczynia się do większości wydzielania kwasu żołądkowego (chyba może pepsyny) ani do rychlejszego wypróżnienia żołądka. Chcąc natomiast aby płyn jakiś dłużej pozostał w żołądku i wywierał działanie na jego błonę śluzową, korzystnie będzie domieszać do niego soli kuchennej albo rozczyn zalkalizować a przez to prawdopodobnie zmniejszy się funkcję mechaniczną żołądka np. w stanach jego zadrażnienia podczas gdy przez kwasy podnieca się czynność mechaniczna żołądka Zmniejszaniu czynności mechanicznej żołądka zawdzięczają prawdopodobnie niektóre leki swoją własność uśmierzającą żołądek jak np. magnesia carbonica, natrium carbonicum, magisterium bismuthi inne węglany i tlenki metaliczne

4) Po wprowadzeniu pół litra płynu należy przypuszczać, że po upływie godziny zaledwie czwarta część płynu może się jeszcze w żołądku znajdować, a jeżeli tym płynem jest czysta lub zakwaszona woda, to jej wcale w niem już niema. Zadając więc leki płynne można w godzinę po wprowadzeniu tychże do żołądka zezwolić na spożywanie pokarmów bez obawy, aby one zostały przez nie rozdrzedzone lub chemicznie zmienione.

Kontynuując powyższe badania ogłasza Jaworski dużą, ścisłą i mozolną pracę nad zachowaniem się wód mineralnych w żołądku w r. 1883 w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (Str. 107) p. t.: **„Porównawcze badania doświadczalne nad zachowaniem się wody karlsbadzkiej, nowej soli karlsbadzkiej, wody kissyngeńskiej i wody przekroplonej w żołądku ludzkim"**, w której dochodzi do następujących praktycznych wyników leczniczych:

1) Mając wzgląd na wypróżnienie wody z żołądka w czasie picia wód mineralnych należy uważać na przestanki 15—20 minutowe między pojedynczemi kubkami za dostateczne.

2) Picie zwyczajnej wody zimnej przed jedzeniem, a szczególnie na czczo pobudza chemicznie i mechanicznie czynność żołądka i w pewnych formach niestrawności może sprawić skutek leczniczy.

3) Woda karlsbadzka działając energiczniej, tak na błonę śluzową jak mięsną żołądka, może być korzystniejszą w zadawnionych nieżytach żołądka aniżeli woda ze zdroju Rakoczego, która natomiast pozostaje dłużej w żołądku i dlatego przez dłuższy czas działa na błonę śluzową żołądka.

4) Ponieważ woda karlsbadzka tylko krótki czas pozostaje w żołądku, przeto swoje działanie musi wywierać przeważnie w kiszkach.

5) Przy chorobach żołądka korzystniejszem byłoby używanie wody karlsbadzkiej oziębionej, niż gorącej, a to z powodu że zimna przebywa dłuższy czas w żołądku, gdy przeciwnie ciepła woda karlsbadzka byłaby wskazaną w chorobach kiszek.

6) Użycie zimnej wody Kissingen jest w chorobach żołądka korzystniejsze niż ciepłej, z powodu silnego pobudzenia błony śluzowej i dłuższego pozostawania w żołądku. Ogrzana zdaje się być korzystniejszą w chorobach kiszek, do których się ciepła prędzej i w znaczniejszej ilości dostaje niż zimna.

7) Przy płukiwanie żołądka ciepłą wodą karlsbadzką będzie korzystniejszem niż wodą zwyczajną a nawet rozczynem węglanu sodu, z powodu energicznego jej działania na błonę ślozową i mięsną żołądka.

8) Co do tak zwanego specyficznego działania wód mineralnych to pod względem wessalności pojedynczych składników wody te zachowują się jak rozczyny soli sztuczne i, potwierdzają zestawiony przez Jaworskiego szereg wessalności soli w żołądku.

9) W porównaniu z wodą przekroploną rozczyny sztuczne dłużej pozostają w żołądku, podczas gdy wody mineralne pozostają w mniejszej ilości w żołądku niż woda przekroplona, czyli pod wpływem wód mineralnych wypróżnienie żołądka jest szybsze.

Przy powyższych żmudnych badaniach chemicznych i doświadczalnych nie miał Jaworski w literaturze lekarskiej utorowanej drogi do takich badań na człowieku i był pozostawiony sam sobie do szukania metod badania i sposobów wykonywania doświadczeń. Prace te Jaworskiego były, zatem nietylko w swych rezultatach ale i w żmudnej a ścisłej metodyce chemiczno-doświadczalnej w całem tego słowa znaczeniu pracami pionierskiemi w medycynie.

W pracy ogłoszonej w r. 1883 w „Przeglądzie lekarskim" p. t: **„O wewnętrznem stosowaniu przetworów i wód żelazistych w praktyce lekarskiej"** dowodzi, że warunkami dla korzystnego podawania leków żelazistych, są:

1) Sok żołądkowy prawidłowy t. j zawierający normalny kwas żołądkowy a nie przechodzący przez fermentację patologiczną treści żołądkowej. j. o czem przez aspirację treści żołądkowej i zbadanie jej chemiczne przekonać się należy.

2) Domieszka wyskoku

3) Obecność kwasu węglowego w lekach żelazistych w celu przyśpieszenia wessania tychże.

4) Znaczniejsze jednorazowe dawki leku, aby utworzyć przez to rozczyn więcej zgęszczony i przez to wynagrodzić krótki czas przebywania leku w żołądku do wydzielania treści żołądkowej.

Powyższym warunkom w praktyce lekarskiej czyni zadość szczawa żelazista zawierająca węglan żelazowy kwaśny w rozpuszczeniu, a używana przy źródle z małym dodatkiem wina białego, co jednak w praktyce pozazdrojowej już nie da się uskutecznić, gdyż woda żelazista we flaszkach, żelaza w rozpuszczeniu wcale nie zawiera. W praktyce pozazdrojowej uważa Jaworski za najracjonalniejsze pigułki Blauda, w których skutecznym właśnie jest węglan żelazowy wytwarzający się w żołądku. Nadto podaje Jaworski w tej pracy przepisy na musujące żelaziste proszki oraz musującą żelazistą wodę, naśladującą zdrojowe szczawy żelaziste, które są bardzo korzystne w połączeniu z winem lub wodą sodową Po niemiecku ogłasza tę pracę w „Terapeutische Monatshefte" (1903).

W tymże roku (1883) wychodzi w „Przeglądzie lek." wykład habilitacyjny Jaworskiego p. t.: **„O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka"**, w którym gruntownie i obszernie opracowana jest etjologja, rozpoznawania, obraz kliniczny i sposoby rozpoznawania, obraz kliniczny i sposoby leczenia tego cierpenia. Jest to zdaniem Biegańskiego doskonały opis kliniczny tej sprawy, oparty przeważnie na własnem doświadczeniu.

W szczególności np. Jaworski zwrócił pierwszy uwagę na to, że w czasowej rozstrzeni żołądka zalegante treści przez zadrażnienie błony śluzowej wywołuje nadmierną kwaśność podczas trawienia. Jego spostrzeżenia kliniczne też wykazały że przy nadmiernie kwaśnej treści żołądkowej miazga pokarmowa zmieszana ze żółcią wraca się z dwunastnicy napowrót do żołądka prawdopodobnie wskutek podrażnienia dwunastnicy do ruchu przeciwrobaczkowego przez zbytecznie kwaśną treść żołądkową. wrócona miazga pokarmowa tem dłużej zalega w żołądku i obciążając go nadmiernie, prowadzi do zniużenia mechanicznego narządu i osłabienia jego kurczliwości Według spostrzeżeń Jaworskiego postać czasowej rozstrzeni żołądka t zw. „*Atonia relativa v. ectasia digestiva cum hyperaciditate digestiva*" rozwija się w ten sposób, że wpierw powstaje niedowład narządu, a następowo zatrzymywanie się treści, gromadzenie się kwasu żołądkowego i drażnienie błony śluzowej do trwałego wydzielania kwasu; gdy niedowład znika, ustępuje i nadmierne wydzielanie kwasu Podczas gdy Riegel i kilku innych autorów byli odmiennego zdania, uważając za pierwotne nadmierne wydzielanie kwasu, to jednak Boas przechylił się do zdania Jaworskiego, że atonja żołądka jest początkowym okresem. Jaworskiemu też zawdzięcza medycyna wprowadzenie nowego pojęcia klinicznego: *Ectasia ventriculi paradoxa*" o którem później będzie mowa.

W r. 1883 ogłasza w „Medycynie" (Nr. 1) i w „Deutsches Archiv für klinische Medizin" pracę p. t.: **"Aspirator żołądkowy służący równocześnie do stosowania ciągłej kąpieli żołądkowej"**. W pracy tej opisuje, swój doskonale obmyślony przyrząd w którym woda wypływająca z wysoko ustawionego naczynia stwarza próżnię i w ten sposób aspiruje treść żołądkową przez sondę żołądkową do butelki, przez co można zebrać do badania całą ilość niezmienionej treści żołądkowej Z drugiego naczynia wysoko ustawionego, również połączonego ze sondą, można doprowadzić systemem lewarowym płyn dla przepłukania żołądka. Ponieważ rury doprowadzające i odprowadzające zaopatrzone są ściskaczami do zamykania przeto można dowoli aspirować lub wpuszczać płyn do żołądka. Przy leczeniu niedowładu mechanicznego lub niedomogi wydzielniczej, naczynie doprowadzające płyn, zastępuje Jaworski syfonem z zimną wodą sodową zwyczajną lub kwaśną, z którego ostrożnie wprowadza kw. węglowy z zimną wodą w celu podrażnienia żołądka, czyli urządza natrysk albo kąpiel gazową żołądkową. Przy tej sposobności zaznaczyć należy, że Jaworski wogóle w medycynie wewnętrznej pierwszy zastosował sondę żołądkową w celach doświadczalnych, podczas gdy Kussmaul (1869) wprowadził ją do kliniki w celach leczniczych, a Leube (1871) w ce-

lach rozpoznawczych. Rozpowszechnienie się doświadczalnego zastosowania sondy żołądkowej, wprowadzone przez J a w o r s k i e g o wyrugowało w znacznej części doświadczenia nad trawieniem żołądkowem, przedtem wykonywane wyłącznie na zwierzętach lub przypadkowych przetokach u ludzi.

Już jako docent ogłasza w tymsamym roku w „Przeglądzie lekarskim“ (1883) i w „Zeitschrift für Biologie“ J a w o r s k i wyniki swoich doświadczeń wykonanych na klinice prof Korczyńskiego w obszernej pracy p t: **„O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych“.** W doświadczeniach tych nad zachowaniem się kwasu węglowego, tlenu i ozonu w żołądku, doszedł on do następujących wyników:

1) Wprowadzone gazy powiększają ilość wydzielonego soku co jednak może pochodzić od mechanicznego zadrażnienia żołądka przez parcie gazów na ściany tegoż Lecz i przyroda gazu zdaje się wpływać na ilość wydzielonej cieczy, gdyż przy r żnych gazęch nie jest ona jednakową; największą ilość płynu w żołądku znaleziono po wprowadzeniu ozonu.

2) Zmiany w składzie chemicznym soku przy poszczególnych gazach okazują się różne. I tak t l e n sprawia wytworzenie się mocno a kalicznego soku nietrawiącego, tylko nieco białka rozpuszczającego, o z o n w mniejszym lub większym stopniu zmniejsza alkaliczność soku a k w a s w ę g l o w y przeważnie podnosi kwasotę soku żołądkowego i dodaje mu własności przeciwgnilne t. j. że wydzielony sok kwaśny nie psuje się.

3) Uczucie podmiotowe korzystne i pewien rodzaj skutku leczniczego sprawił tylko kwas węglowy.

W celu leczniczego wprowadzenia kwasu węglowego do żołądka, stosuje J a w o r s k i w praktyce wspomnianą wyżej t. zw. leczniczą kąpiel gazową żołądka, przyczem ze syfonu z wodą sodową własnego pomysłu sondą podwójną (*a double courant*) doprowadza i wyprowadza kwas węglowy. Użycie kwasu węglowego uważa on za wskazane:

1) Przy atonji błony mięsnej żołądka w celu pobudzenia jej do kurczliwości

2) Przy braku soku kwaśnego w żołądku i wynikającej stąd *dyspepsia putrida*, w której treść żołądka przyjmuje woń białka rozkładającego się.

3) Przy braku łaknienia w ogólności, dla usunięcia nieprzyjemnych senzacyj w żołądku, szczególnie u osób hypochondrycznych, oraz dla uśmierzenia bólów tak kardjalgicznych, jakoteż w przypadkach raka żołądkowego.

W tej samej pracy podaje J a w o r s k i sposób mierzenia pojemności żołądka zapomocą gazów oraz metodę mierzenia odporności, względnie kurczliwości żywotnej, ścian żołądka ludzkiego.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

G a s t o n L y o n. **Précis de Clinique, Sémiologique (Diagnostics, Pronostics et Traitements).** Masson et Cie Paris 1924 str. 700. Index Bibliografique str. 17. Table de Matieres str. 16. Cena opr. 28 fr.

Że Francuzi mają oryginalne pomysły literackie, wiemy od dawna; a także w medycynie zjawiają się nieraz u nich dzieła, których układ, budowa, odbiegając od zwykłego niejako szkolnego szematu, zyskują odrazu nasze uznanie. Książka L y o n'a, wytrawnego klinicysty-autora, nie jest systematycznym podręcznikiem sposobów badania klinicznego, ani patologją i terapją kliniki medycznej, a przecież jest doskonałym przewodnikiem w rozpoznawaniu różniczkowem chorób wewnętrznych.

Całość obejmuje sześć działów: I. wywiady, II. Badanie chorego, III. Badanie laboratoryjne. IV. Badanie poszczególnych narządów, oraz zestawienie objawów (semiotyka). V. Rokowanie. VI. Zabiegi lecznicze.

ad I). Wiemy, że uzyskanie wywiadów jest rzeczą wymagającą wiele doświadczenia, znakomitego wyszkolenia i nieraz zmysłu szczególniejszego — węchu — »*flair*«. Sposób i zakres wywiadów przedstawia autor wprost doskonale. »Pozwolić opowiadać choremu«, jakkolwiek często z stratą drogiego czasu, uważa autor za cenne źródło orjentacji lekarza; wszystkie okoliczności, należące do wywiadów, objaśnia autor na przykładach trafnych, dobrze dobranych. U kobiet oczywiście wywiady objąć muszą szczegóły, dotyczące narządów płciowych, w myśl zasady może przesadnej: *Tota mulier in utero*. Radzi wywiady spisać.

ad II). Rozdział o badaniu chorego (blisko 100 stronic) obejmuje nie zestawienie sposobów, lecz wskazówki drobiazgowe, tłumaczące rozpoznawczą wartość wyników uzyskanych badaniem. Dział ten, oryginalnością swoją góruje nad innemi. I znów mamy przykłady, gdzie badający lekarz nic nie znajduje, a drugi systematyczniej zbadawszy chorego stwierdza, ragadę kiłową między palcami stopy. Omówiwszy znaczenie rozpoznawcze nieprawidłowej ciepłoty ciała, tętna, ciśnienia krwi, sposobu układania się chorego w łóżku, siadania, objawu Kernig'a, objawu Minor'a [1]) zboczenia chodu przechodzi autor do djagnostycznych poszczególnych objawów chorobowych skóry, sinicy (związek tejże z schorzeniami gruczołów dokrewnych n. p. tarczycy) choroby Raynaud'a, Erytromelagji, Polyglobulji (choroba Vaqueza), *acanthosis nigricans* Pollitzer-Janowski [2]), zmiany kiłowe i t. d. słowem, kreśli *in nuce* prawie całą dermatologję wraz z objawami zakaźnych chorób ostrych i przewlocznych, krótko jasno i ściśle. Następuje topograficznie przegląd zmian na kończynach dolnych, schorzeń pachwin, międzykrocza narządu płciowego. Bardzo szczegółowo podane są wyniki badania jamy brzusznej (punkty bolesne lewego i prawego *epigastrium*, punkt dwunastniczy, trzustkowy, pęcherzykowy [3]), Mc. Burney'a, Lanza) punkty »nerwowe«. Przedstawiwszy zmiany chorobowe widoczne na klatce piersiowej, na grzbiecie, możliwości zmian różnorakich kręgosłupa, przechodzi do kończyn górnych (porażenia, zaniki, choroba Dupuytrena, dna, gościec, schorzenia paznogci i t. d.). Nader szczegółowo przedstawione są zboczenia szyji, twarzy, oczu, pola widzenia, źrenic — zawierające istną skarbnicę wskazówek rozpoznawczych, — to samo dotyczy schorzeń czaszki, i jamy ustno-gardzielowej. Osobno omawia autor »objawy wywołane« sztucznie *(signes provoqués)* odruchy, dermografję, objaw Chvostka, Hoffmana, Lasségue'a, uciskowy Weill-Rumpell, ciepłej kąpieli *(signe du bain chaud)* Babiński, pozwalającej odróżnić *angiospasmus* ustępujący pod wpływem ciepła od *arteriitis obliterans*, śródmięśniowe stosowanie adrenaliny, atropiny itd. wszędzie, choć paru słowami wskazuje na ich wartość rozpoznawczą.

ad III). Omówiwszy na przykładach doniosłość badań pracownianych dla uzyskania rozpoznania przy stwierdzeniu równoczesnem, że niekiedy występuje sprzeczność pomiędzy wynikiem badania klinicznego a pracownianego (np. Wasserman wybitnie ujemny przy niewątpliwem podłożu kiłowem: w tym przypadku przemawia za próbnem leczeniem swoistem) przechodzi autor kolejno ocenę wyników badania moczu, próby (»przepuszczalności«) czynnościowe nerek, rozpoznawczą wartość wyników uzyskanych z badania krwi, wstrząsu chemoklasycznego, rodzaje osobniczych odczynów krwi (Moss) w przypadkach przetaczania krwi. Badanie płynów, mózgordzeniowego, wysięków o ile dają wskazówki rozpoznawcze, odczyny skórne (Pirquet, Schick) itd. uzupełniają ten rozdział zakończony szkicem badań treści żołądkowej, dwunastniczej i kału, wreszcie uwagi o radjoskopji

ad IV). Badaniu poszczególnych narządów poświęca L y o n przeszło str. 400. Za zasługę należy poczytać autorowi, że na wstępie przed badaniem poszczególnego narządu omawia dziedziczność, właściwości osobnicze, początek schorzenia, zmiany czynnościowe stanu ogólnego a potem przechodzi do badania szczegółowego. Wzorowo przedstawiony przewód pokarmowy.

Zużytkowanie badań żołądka i jelit stanowi może najpiękniejszą część tego działu — obfitującego w dobrze dobrane przykłady. Drobiazgowo rozbiera autor znaczenie rozpoznawcze bólów, umiejscowienia rodzajów bólów z przedziurawień (»dramaty brzuszne«) itd Przegląd treściwy trudności rozpoznawczych, bardzo cennych uwag różniczkowo-rozpoznawczych, przy *appendicitis* wspomina o objawie Rovsinga, Bastedo (przez wydmuchanie okrężnicy), Jaworskiego i Łapińskiego (uniesienie prawej kończyny dolnej) stanowi znakomite uzupełnienie tego rozdziału. Z tą samą ścisłością obrobione są schorzenia wątroby, trzustki i otrzewnej (nie zapomina o: »*péritonites phantomes*« u histeryczek. Rozdział obejmujący drogi oddechowe zawiera najszczegółowszy

[1]) Chory dotknięty rwą kulszową, siadając zgina przedewszystkiem kolano chorej strony.

[2]) Skóra pomarszczona, ciemna z brodawkowatemi wybujałościami.

[3] Wcisnąć palec pod koniec prawego 9 żebra w chwili oddechu. Autor nie zna jeszcze R. S. (*reactio succusionis*) Chełmońskiego.

przegląd objawów bezpośrednich i pośrednich mogących mieć jakiekolwiek znaczenie rozpoznawcze. W rozdziale o badaniu narządu krążenia cenne są uwagi autora o bólach sercowych podług obecnych poglądów. Badania czynnościowe serca wymagałyby obszerniejszego omówienia — ze względu na doniosłość oceny sprawności serca. Omówiwszy narząd moczowy stosunkowo krótko, poświęca autor obszerny rozdział — bo blisko 120 stronic układowi nerwowemu. Choroby zakaźne, przemiany materji, choroby krwi, objawy anafilaktyczne, krótki rys schorzeń skóry stanowią zakończenie działu IV.

ad V). »W sprawie rokowania«, (któremu jest poświęcony rozdział V.) »często myli się i najdoświadczeńszy lekarz« powiada na wstępie autor. Przedstawiwszy zwięźle rodzaje rokowań, wypowiada w końcu zdanie, że rokowanie zależy nie od choroby lub od chorego, lecz od lekarza [4]). Dołączony krótki przegląd chorób podaje wskazówki prognostyczne — przeważnie trafne.

ad VI) Rozdział poświęcony leczeniu zawiera przegląd środków chemicznych, fizykalnych higjenicznych, opoterapji, szczepionek, surowic, wreszcie psychoterapji i środków chirurgicznych. Rozdział ten — to terapja ogólna w zarysie — oczywiście z uwzględnieniem zdobyczy terapeutycznych najnowszej doby. Może zbyt krótko przedstawiono koloido-proteino-terapję i sprawę wstrząsu koloido klazowego. Ustępy o postępowaniu lekarza podczas leczenia, ustęp o »właściwościach« terapeuty zasługują na wyróżnienie. W całości książka Lyona znamionująca lekarza doświadczonego, łączącego obszerną, gruntowną wiedzę z ogromnem doświadczeniem u łoża chorego będzie nieodstępnym towarzyszem i doradcą młodych praktyków, a i starszemu lekarzowi w niejednej wątpliwości wskaże drogę trafnego rozpoznania i leczenia. Napisana barwnie, żywo — czytając ją ma się wrażenie że do nas przemawia kolega ogromnie doświadczony i logicznie myślący. *Pisek* (Lwów).

Przegląd pismiennictwa.

Therapie der Gegenwart.

Nr. 1. 1925.

F. Klemperer. **W sprawie chemoterapji gruźlicy. Leczenie gruźlicy przetworem prof. Mollgaarda, sanokryzyną.** Chemoterapja gruźlicy najwięcej prób czyni obecnie, stosując związki metali ciężkich, mianowicie złota. Początkowo mówiono o parasito-tropowem, bakterjobójczem działaniu tych związków; odstąpiono jednak od tego poglądu i dziś mówią o nozo-tropowem działaniu, o ich wpływie na wytwory chorobowe tkankowe: związek złota przyśpiesza autolizę czynnika chorobowego, zbyt powolną (działanie katalityczne).

W dziele (o 419 stronach) w r. 1924 wydanem po angielsku przez fizjologa duńskiego prof. Mollgaarda, opisano działanie nowego związku złota, sanokryzyny. Ten przetwór ma posiadać zdolność przenikania otoczki tłuszczowej laseczników Kocha i przez to je niszczy. Powstające przy tem wolne endotoksyny wywołują jednak białkomocz, krwiomocz, objawy ze strony serca (*myocarditis toxica*), obrzęk płuc, spadek ciepłoty, zgon — jako objawy toksynemji i objawy działania tuberkuliny.

W celu zapobieżenia tym objawom wtórnym stosuje M. współcześnie z sanokryzyną swoistą surowicę antitoksyczną; ta surowica zobojętnia ujemne skutki toksynemji, wywoływanej przez nowy środek. Tem niemniej, zarówno zwierzęta, jak i ludzie, leczeni sanokryzyną i surowicą wykazują: podniesienie ciepłoty, objawy skórne, biegunkę, utratę wagi — w stopniu jednak nikłym.

Wyniki dotychczasowych, aż do roku trwających, prób leczenia tym środkiem ludzi chorych są zachęcające. Twórca metody jest bardzo powściągliwy w ocenie otrzymanych wyników.

Jeden z współpracowników profesora M. tak stan obecny wyników otrzymanych formułuje: leczenie sanokryzyną okazało się w wielu przypadkach metodą, dającą wyniki lepsze, aniżeli podobne metody dotąd stosowane.

Jest to metoda, którą wolno stosować wyłącznie w warunkach szpitalnych. *S. Sg.*

Medizinische Klinik.

Nr. 42. 1924.

B. Fischer. **Przymusowe ruchy przy zapaleniu mózgu śpiączkowem.** W ostatnich czasach coraz częściej spotyka się obok myoklonicznych lub tonicznych drgawek, ruchy mimowolne nie należące do żadnej wymienionej kategorji — jako następstwa przebytego zapalenia mózgu śpiączkowego. Autor podaje jeden przypadek, gdzie bezpośrednio po przebytej śpiączce wystąpiły ruchy choreatyczne obu nóg, doprowadzające do skrzyżowania tychże. W 4 lata potem wystąpiły ruchy o charakterze kurczów torsyjnych lewego przedramienia, bez specjalnego rytmu, które powodowały zgjęcie dłoni i palców oraz pronację względnie silną rotację przedramienia w stawie łokciowym do wewnątrz. A w kilka miesięcy potem wystąpiły u tego chorego przymusowe ruchy głową (odchylenie w prawo).

W drugim przypadku wystąpiły w 3 lata po ostrem śpiączkowem zapaleniu mózgu myśli przymusowe: »dlaczego ludzie chodzą na nogach, a nie na głowie«, »dlaczego mężczyźni nie mają długich włosów« i t. p. W kilka miesięcy potem przymusowe skręcanie głowy w lewo. W rok potem przymusowe pisanie słów w odwrotnym porządku (nie pismem zwierciadlanem).

W trzecim przypadku obserwował autor w 4 lata po przebytej *encephalitis epidemica* ciekawe zaburzenie chodu: chód w linji prostej był wogóle niemożliwy. Gdy się chorego spowodowało do chodzenia, wówczas występowało najpierw skręcenie głowy i oczu w prawo, potem chory zaczynał się kręcić około własnej, długiej osi, w koło, na prawo, i to tak długo, aż upadł zmęczony lub przypadkowo oparł się o jakiś przedmiot napotkany i stawał.

We wszystkich przypadkach uderza przymusowe skręcanie głowy i gałek ocznych w jednym kierunku. Czyli w *corpus striat.* musi się przyjąć jądro, które pośrednio lub bezpośrednio wpływa na skojarzone spojrzenia. W odróżnieniu od korowych dewiacji spojrzenia, tutaj te przymusowe ruchy są jednak, poniekąd podporządkowane woli osobnika.

Przymusowe myśli trudno jest odgraniczyć od neuroz psychogennych. *Falkiewicz* (Lwów).

Nr. 44.

Strieck. **Symptomatologja choroby Biermera.** Autor podaje częste występowanie choroby Biermera u osobników starszych, t. j. między 50—70 rokiem życia i to częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Jako pierwsze objawy tej sprawy chorobowej występują w 86% przypadków schorzenia przewodu pokarmowego. Do objawów charakterystycznych zalicza autor bolesność i uczucie pieczenia języka i gardła, żółtaczkowe zabarwienie skóry, wybroczynki na błonach śluzowych. W sercu stwierdza się szmery skurczowe anemiczne natomiast ciśnienie tętnicze nie jest nigdy podwyższone. W płucach rzadko można zauważyć zmiany patologiczne. Wątroba i śledziona również nie wykazuje żadnym zmian.

Charakterystyczny dla choroby Biermera jest ból, występujący przy opukiwaniu kości długich i mostka, oraz osłabienie wzroku z powodu obecności wybroczyn na siatkówce. Chorzy pocą się obficie, natomiast ciepłota ciała jest czasem tylko podwyższona.

Sobolowski. **Próby sprawności serca.** Autor podaje, że wypukiem i wysłuchem czynności serca dokładnie stwierdzić nie można, i często serce bez zmian przysłuchowych jest za słabe, by wytrzymało uśpienie. Podaje metodę bardzo dobrą celem wypróbowania sprawności serca; polega na tem, że uciskamy tętnicę udową do więzadła pachwinowego i liczymy tętno. Potem obustronnie uciskamy silnie naczynia przez dwie minuty, by tętna nie można wyczuć. Jeżeli tętno po dwóch minutach wynosi o dwa do sześć uderzeń więcej, aniżeli przedtem, wtedy sprawność serca jest dość dobra i chory uśpienie wytrzyma Jeżeli natomiast po dwóch minu-

---

[4]) Podobno znakomity klinicysta Schoenlein miał raz powiedzieć: Die Sicherheit der aerztlichen Aussprüche steht manchmal im umgekehrten Verhaeltnisse zu den Erfahrungen des Arztes.

tach można policzyć ośm lub więcej uderzeń, siła serca jest za słaba, mimo że n. p. wysłuchem nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych. Autor poleca stosowanie tej metody.

Nr. 45.

Kretschmer-Bodenheimer. **Odczyn Wassermanna przy gruźlicy.** Podobnie jak przy kile, zastosowano w nowszych czasach odczyn Wassermanna przy gruźlicy. W wielu jednak przypadkach gruźlicy czynnej, wypadł odczyn Wassermanna na gruźlicę ujemnie, wobec czego uznano tą metodę za niedokładną.

Krieger-Noah. **Leczenie siarką przewlekłego gośćca stawowego.** Autorowie zalecają leczenie ostrego i przewlekłego gośćca stawowego preparatami siarkowemi, jak: *sulfur praecipitatum, sulfur colloidale sufrogel* z dobrym wynikiem. W każdym przypadku należy zbadać krew na obecność *streptococcus viridans.*

Ponieważ po wstrzyknięciu *sulfur praecipitatum* chorzy reagują podwyższoną ciepłotą ciała, silnemi bólami głowy i wymiotami, autorowie polecają wstrzykiwania śródmięśniowo *sulfur colloidale* w rozczynie 0,6—1%-owym, w ilości 1/4—4 cm^3, w czterodniowych odstępach czasu. Po takich wstrzykiwaniach reagują chorzy podwyższoną ciepłotą ciała, która objawia się dopiero dnia następnego po wstrzyknięciu.

Sufrogel nie powoduje żadnych bólów, a działanie następuje po wstrzyknięciu 0,1 – 0,5 cm^3 0,3%-owego rozczynu.

Bondi. **Auskultacja intrathorakalna.** Autor podaje, że założywszy choremu zgłębnik do żołądka i wysłuchując tą drogą tony serca, mamy o wiele lepsze wyniki, aniżeli przy zwyczajnem wysłuchiwaniu tonów serca. Aby jednakowoż gruby zgłębnik żołądkowy nie wywołał wymiotów u chorego, można zastosować cienki zgłębnik dwunastnicowy.

Blum. **Wtręty w białych ciałkach krwi przy ciężkiej żółtaczce.** Autor podaje, że ciężką formę żółtaczki można rozpoznać z obrazu krwi, mianowicie zwiększona ilość ciałek białych oraz przesunięcie na lewo wedle Arnetha wskazuje na septyczną sprawę zapalną.

Weigelt zauważył przy ostrym żółtym zaniku wątroby, w wielojądrzastych obojętno chłonnych ciałkach białych, monocytach i trombocytach, wakuole, które histochemicznie składają się z kulek tłuszczu. Te same zmiany w ciałkach białych występowały przy sprawach infekcyjno-toksycznych Autor uważa te wakuole za charakterystyczny objaw przy żółtym zaniku wątroby. Jednakowoż wystąpiły wakuole w jednym przypadku zatkania dróg żółciowych, i przy zapaleniu woreczka żółciowego, co autor tłumaczy zaburzeniem przemiany materji i zaburzeniem przemiany cholesterynowej.

Dr. Arnoldówna (Lwów).

Ernest Lewin. **O zapobieganiu kile dziedzicznej.** Autor opisuje przypadek, w którem urodziło się dziecko kiłowe, mimo że u obojga rodziców klinicznie ani serologicznie kiły nie stwierdzono. Wytłumaczyć to można tylko błędem technicznym w wykonywaniu odczynu. Autor wspomina o doświadczeniach Varó, który przy ujemnym O. W. u matek dzieci kiłowych znajdował dodatni odczyn Sachs-Georgiego. W końcu z wielkim naciskiem zwraca autor uwagę na konieczność leczenia ciężarnych, które są chore na kiłę lub ją przebyły. *Dyboski* (Kraków).

Nr. 46.

Schiff **Rozpoznanie drobnowidowe zatrucia ołowiem.** Jako wczesny objaw zatrucia ołowiem podaje autor zasadochłonną punktację czerwonych ciałek krwi i poleca oglądnąć grubą kroplę, albo jeżeli oglądamy rozciągany preparat krwi to poleca w ciemnem polu widzenia, ponieważ tylko wtedy można odróżnić zasado-chłonną punktację od polychromazji.

Pollak. **Podawanie »resanolu« w miejsce tranu rybiego.** Autor poleca przy krzywicy, skazie krwotocznej i spasmofilji resanol w proszku, zawierający: *Calcium lact., Calc. jod., Calc. phosph., Pepton, Extr. Maltii* i *Sacchari lactis.* Podaje się trzy razy dziennie na koniec noża. Jest smaczny w użyciu.

Schmidt podaje jako dobry środek wykrztuśny »Kresival« przy wnękowej gruźlicy u dzieci, przewlekłej gruźlicy płuc u starszych przy zapaleniu płuc i przy grypie.

Środek ten można zastosować przy kokluszu, ponieważ działa uspokajająco. Podaje się w dużych ilościach (3–4 łyżki dziennie).

Walterhöfer-Schramm. **Leczenie złośliwej niedokrewności zapomocą usuwania szpiku kości długich.** Przy kryptogenetycznej niedokrewności złośliwej stosuje się naświetlania promieniami Röntgena aparatu szpikowego, lub usunięcie śledziony, która ma na celu podrażnienie szpiku kostnego. Autor sądzi, że zamiast drogą okrężną, t. zn. przez usunięcie śledziony podrażnić szpik kostny, lepiej jest podrażnić go wprost, mianowicie przez usunięcie szpiku w jednej kości długiej. Przez taki zabieg następuje regeneracja, podobnie jak przez naświetlanie promieniami Röntgena przy białaczce, lub polycytaemji.

Zabieg ten wykonuje się w znieczuleniu miejscowem; przeciwwskazany jest u osób nerwowo chorych.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Rosner. **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej angiolimfą.** Praca z oddziału Sternberga w szpitalu Franciszka Józefa w Wiedniu. Autor stosował angiolimfę dra Rous w całym szeregu zaniedbanych przypadków gruźlicy chirurgicznej, przeważnie z dobrym skutkiem.

Obserwacja trwała przeszło rok, W szeregu przytoczonych ciężkich przypadków gruźlicy stawu kolanowego, owrzodzeń gruźliczych, obok komplikacyj w płucach i gruczołach chłonnych, u osób dziedzicznie obciążonych autor uzyskał zupełne wyleczenie po zastosowaniu wstrzykiwań względnie okładów z angiolimfy. W przypadkach zaś, w których nie mógł osiągnąć wyleczenia, podnosi korzystny wpływ angiolimfy na stan ogólny, bolesność, wagę ciała i stan gorączkowy. Autor nie podaje, jaki jest sposób działania tego środka, sądzi tylko, że wzmacnia on odporność tkanek.

Ruff (Lwów).

Nr. 47.

Detre. **Ukryta niedokrewność złośliwa i brak kwasu solnego w żołądku.** Autor zauważył, że przy niedokrewności złośliwej bardzo często stwierdza się brak kwasu solnego w soku żołądkowym, co ma wielkie znaczenie patogenetyczne. Wedle zdania niektórych autorów, jak Naegelego, Sahliego prawidłowe wydzielanie kwasu solnego wyklucza rozpoznanie niedokrewności złośliwej. Autor stwierdził z 50-ciu przypadków niedokrewności złosliwej, w 48-miu przypadkach brak kwasu solnego w soku żołądkowym. Autor podkreśla ważność badania soku żołądkowego na obecność kwasu solnego.

Buttenwieser, Biberfeld. **Schorzenie wątroby, przebiegające z gorączką przy lues tarda w wieku dziecięcym.** Autorowie opisują przypadki schorzeń wątroby u dzieci na tle *lues tarda,* które przebiegały z podwyższoną ciepłotą ciała. Podobnie przebiegają schorzenia wątroby przy kile trzeciorzędnej u osobników dorosłych. Często przy kile wrodzonej u dzieci odczyn Wassermanna w surowicy krwi wypada ujemnie. Djagnostycznie ważne jest powiększenie wątroby i śledziony, intermittujący (przepuszczający) przebieg ciepłoty, która dochodzi do 39°—40° C. Dziwne jest, że ogólny stan chorego jest dobry, mimo podwyższonej ciepłoty ciała. Po specyficznem leczeniu (*Cali jodati, Hg. Salwarsan*) objawy ustępują po 2—3 tygodniach.

Roller. **Ostra białaczka szpikowa występująca pod postacią krwotoku wewnętrznego.** Autor opisuje chorego, u którego z powodu krwotoku wewnętrznego i krwawych wymiotów rozpoznano wrzód żołądka. Ciepłota ciała doszła do 40,1° C, gruczoły przyuszne znacznie obrzękły, chory czuł się coraz gorzej, aż nastąpiło zejście śmiertelne.

Badanie krwi wykazało: 2,200.000 ciałek czerwonych, Hemoglobina 36 (Sahli), 12.000 ciałek białych, anizocytozę, polychromazję, dużo makrocytów, 33% myelocytów, 2% jądrzastych normoblastów.

Sekcja zwłok wykazała ciemno-czerwone zabarwienie szpiku kostnego, zawierającego przeważnie myeloblasty, *purpura intestinalis,* zamazaną strukturę śledziony, a więc ty-

powy obraz ostrej białaczki szpikowej, który za życia trudno było rozpoznać. Autor kładzie dlatego wielką wagę na obraz krwi, i podkreśla, że należy w każdym przypadku dokładnie zbadać krew.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie.
T. XCIII. 1924.

Pinéas H. **Kliniczny i anatomiczny obraz jednego przypadku zatrucia CO. (Dodatek do psychomotorycznej apraksji i pokrewnych zaburzeń ruchowych).** U 62-letniej kobiety po zatruciu CO wystąpił obraz skomplikowanych zaburzeń psychomotorycznych, polegających na a-, hiper- i parakinezie; spostrzegano też u chorej opisaną przez Kleista spóźnioną i przedłużoną reakcję motoryczną, pseudonegatywizm i ruchy przymusowe o charakterze ruchów pseudospontanicznych, objawy kataleptyczne, amimję, wzmożone napięcie mięśniowe z przewagą strony lewej, napadowo występujące poty i wysypkę pęcherzykową.

Sekcyjnie znaleziono symetryczne ogniska rozmiękczynowe w *globus pallidus* i *putamen* po obu stronach z rozległemi zmianami naczyniowemi. Zmianom tym przypisuje autor powstanie wszystkich objawów chorobowych, nie wyklucza jednak możliwości istnienia zmian w korze mózgowej, zwłaszcza płatów czołowych, których histologicznie nie badano.

Schmincke A. **W sprawie rozlanych glejaków opon móżdżkowych.** Rozlane sprawy nowotworowe na oponach, tak pierwotne, jak przerzutowe nie są rzadkością. Autor uważa jednak swój przypadek za godny publikacji, ze względu na specjalne stosunki topograficzne, rzucające światło na genezę nowotworu. U 24-letniego osobnika po urazie czaszki wystąpiło powoli się rozwijające upośledzenie wzroku i słuchu, silne zawroty głowy i wymioty. Objektywnie stwierdzono obustronną tarczę zastoinową, niedowład lewego nerwu twarzowego, ataksję móżdżkową i obniżenie napięcia mięśniowego w kończynach.

Sekcyjnie znaleziono nacieki nowotworowe o charakterze włóknistego glejaka, wypełniające całą przestrzeń nad- i podpajęczynówkową. Nacieki nowotworowe zajmowały także częściowo dach czwartej komory i okolicę wyjścia nerwów słuchowych. W przestrzeni pod oponą miękką naciek wchodził w rowki między zwojami nie uszkadzając bezpośrednio kory móżdżkowej. Autor sądzi, że komórki nowotworowe w opisanym przypadku pochodzą z powierzchownej warstwy ziarnistej komórek embrjonalnych, które wskutek wady rozwojowej niezróżnicowane, dały początek rozwojowi glejaka.

Stief A. **Przypadek naczyniaka mózgu.** Autor ogłasza ze względu na rzadkie występowanie przypadek naczyniaka jamistego w okolicy przysadki, niszczącego *fornix, septum pellucidum* i *corpora mamillaria,* a uciskającego jądra podstawowe. Klinicznie prócz lekkich zawrotów głowy, nieco niepewnego chodu i nieznacznego upośledzenia inteligencji nowotwór nie dawał żadnych objawów.

Demianowska (Lwów).

Wraczebnoje Dieło.
Nr. 11—13. 1924.

B. Kedrowski. **W sprawie etjologji cardiospasmu.** Przegląd najrozmaitszych poglądów na powyższą sprawę zajął autorowi sporo miejsca w jego pracy. Opisuje on dalej spostrzegany przypadek, który dotyczył chorej o wątłej budowie, neuropatycznego pochodzenia, z wyraźnem zwolnieniem ruchów serca i cierpiącej od 3-ch lat na przemijające skurcze wpustu, przybierające w ostatnich czasach postać trwałą. Próba rozpoznawcza z atropiną, którą następnie stosowano u chorej w ciągu $2^1/_2$ miesięcy, jako środek leczniczy, potwierdziła funkcjonalny charakter schorzenia. Badanie anatomo-patologiczne wykazało zupełną drożność wpustu żołądka i brak zmian organicznych w ścianach przełyku. Prócz tego badanie to wykazało rozszerzenie i wydłużenie całego przełyku. Badanie drobnowidowe nerwów błędnych nie wykazało żadnych zmian. A zatem sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne schorzenia funkcjonalnego. Wystąpienie kardjospazmu możliwem jest w przypadku przewagi wpływów nerwu błędnego (skurcz) albo nerwu współczulnego (niezdolność do rozszerzania się) wreszcie od wzmożonego napięcia ośrodków autonomicznych ścian samego wpustu. Dodatni wynik zastosowanej atropiny przemawia za wzmożonem napięciem nerwu błędnego, a więc za dysfunkcją układu nerwowego wegetatywnego w zakresie n błędnego. Na wagotonję wskazują: skurcze wpustu, bradykardja i niezupełny odczyn źrenic na atropinę. Śmierć w tym przypadku wystąpiła od przypadkowej przyczyny (nieżytu krwotoczno-dyfterytycznego jelit). Zaprzestanie działania atropiny po 2-miesięcznem używaniu za życia dowodzi, że wzmożone napięcie nerwu błędnego zależało od stałej konstytucjonalnej przyczyny. W przypadku opisanym nie stwierdzono żadnej sprawy nowotworowej uciskowej, urazu lub porażenia samego nerwu błędnego i jego odgałęzień, również nie było czynników toksycznych. Pozostaje więc szukać bezpośredniej przyczyny w jakimś hormonie gruczołu wewnętrznego wydzielania, który powodował nadmierne podrażnienie nerwu błędnego.

H. Smirnow **W sprawie samoregulacji ośrodka nerwu błędnego.** Doświadczenia nad psami i kotami z wprowadzeniem dożylnem $CaCl_2$ i $MgCl_2$ w znieczuleniu morfino-chloroformowem i zapisywaniem ciśnienia krwi (*art. carotis.*) pozwalają stwierdzić, że samoistna pobudliwość ośrodka nerwu błędnego zależy nietylko od hormonów, ale w znacznej mierze także od katjonów (Ca i Mg), które regulują tą pobudliwość. Ujawnienie tej walki katjonów i wpływ ich na ośrodek nerwu błędnego jest możliwym przy wyłączeniu hamujących czynników. Morfina znosi hamujący wpływ na ośrodek nerwu błędnego i pozwala na uwidocznienie działania Ca i Mg. Hamujące wpływy pochodzą z kory półkul mózgowych, a napięcie nerwu błędnego znajduje się pod kontrolą tychże półkul.

E. Tatarinow. **W sprawie płytek krwi.** Autor przystąpił w celu skontrolowania hipotezy Wright'a do badań nad szpikiem kostnym królików, psów i kotów, zabitych bez stosowanego znieczulenia ogólnego dla uniknięcia njemnych wpływów chloroformu. W uzyskanych w ten sposób preparatach autor stwierdził obrazy, częściowo podobne do opisów, podanych przez Wright'a. Dalsze jego badania z otruciem phenil-hydrazyną i badania nad antygennemi właściwościami płytek krwi, wykazały, że płytek tych nie można uznawać za odrębne pierwociny komórkowe. Teorja Wright'a o pochodzeniu płytek krwi z olbrzymich komórek szpiku nie jest wystarczająco udowodnioną. Badania nad antigennemi zdolnościami płytek krwi wskazują na dość blizkie pokrewieństwo z czerwonemi ciałkami krwi. Zdaniem autora tworzenie się płytek najprawdopodobniej łączy się z procesem przeżycia czerwonych ciałek krwi. Mylnem jest zdanie niektórych, którzy przypisują płytkom krwi rolę generatorów substancyj obronnych przeciw zakażeniom.

M. Fabrykant. **W sprawie ropni wątroby.** Autor opisuje 12 przypadków ropni wątroby, wśród których dwa przypadki dotyczyły wieku dziecięcego, jeden — $3^1/_2$ lat, drugi — 5 lat, co zdaniem wielu autorów jest rzeczą nadzwyczaj rzadką dla wczesnego wieku. Ze względu na etjologję zasługuje na wyróżnienie przypadek pierwotnego ropnia wątroby pochodzenia gruźliczego i dwa przypadki zropienia bąblowca wątroby po przebytym durze. Z 12 chorych zmarło zaledwie 2-ch. Jeden z rozległym ropniem wątroby po durze brzusznym i drugi z powodu zapalenia woreczka żółciowego i dróg żółciowych. Śmierć nastąpiła tylko w tych przypadkach, które w bardzo późnym okresie schorzenia trafiły do rąk chirurga, z czego autor wyciąga wniosek, że nie powinno się zwlekać z operacją z powodu ropnia wątroby. Próbne nakłucia, które w przypadkach ropni są bezbolesne i nieszkodliwe ułatwiają pod wielu względami wczesne rozpoznanie, a w wielu razach dopomagają w określeniu umiejscowienia się ropni. W przypadku mnogiego wystąpienia ropni który autor spostrzegał, zaleca on rozrywać miąższ palcami celem wytworzenia jednej wspólnej jamy ropiejącej. Stosowany ten zabieg pomimo znacznego skrwawienia dał zupełne wyleczenie. Szczególnie wskazanem jest wypróbowanie tego sposobu u kobiet, które doskonale znoszą znacze utraty

krwi Wyleczenie w przypadku autora wystąpiło może dla tego, że zabieg ten zastosował on u niewiasty.

B. Dubińska. **W sprawie wybitnej eozynofilji opłucnowej.** Autorka opisuje klinicznie spostrzegany przypadek eozynofilji opłucnowej u młodego żołnierza lat 23, u którego stwierdzono również eozynofilję obwodową. Godnym zanotowania jest fakt, że w miarę wsysania się wysięku równolegle zmniejszała się eozynofilja, ilość zaś limfocytów wzmagała się tak w wysięku, jakoteż we krwi. W przypadku opisanym tła gruźliczego nie było, sprawy nawet przewlekającej swoistej z wielu względów przypuszczać nie było można. Pozostaje więc inne tłumaczenie patogenezy tego schorzenia, opierające się na wywiadach, które wspominają o przebytym urazie. Na tle urazu przyjść mogło do zapalenia krwotocznego opłucnej z wyraźną eozynofilją. Przed wystąpieniem objawów ze strony opłucnej wystąpiło jakieś ogólne schorzenie, może o charakterze grypowym. Krwawy charakter wysięku może również za tem przemawiać Obwodową eozynofilję w przypadku swoim autorka tłumaczy przemijającą leukocytozą zakaźną Pochodzenie tych komórek eozynochłonnych przemawia nie tyle za wywędrowaniem ich ze krwi, ile za tworzeniem się miejscowem w miarę zapotrzebowania drogą metaplazji, albotеż ewolucją leukocytów w płynie wysiękowym na eozynofile.

E. Klioński. **Moment rasowy i przebieg chorób zakaźnych.** Rasa żydowska przedstawia najlepszy materjał do badań wpływu rasy na częstość i przebieg chorobowości, gdyż rozsiani po całej kuli ziemskiej, żydzi żyją w różnych warunkach klimatycznych i społecznych, zachowując przecież jedność antropologiczną. Większość antropologów, a między innemi Talko Hryncewicz, nie uznają żydów za odrębną narodowość lub rasę, ale przyznają tej grupie podstawowe odrębności antropologiczne. Demografja żydów również wykazuje pewne charakterystyczne cechy. Przedewszystkiem uderza niska śmiertelność ogólna, jakoteż niska śmiertelność z powodu gruźlicy, dalej zwraca na siebie uwagę niska śmiertelność osesków w związku z niestosunkiem warunków ekonomicznych i społecznych. śród schorzeń somatycznych spotyka się szereg zasłabnięć, występujących wyłącznie u żydów lub częściej, niż u chrześcijan, jak naprzykład krwawiączka i cukrzyca. Według statystyki Vailach'a, śmiertelność z powodu cukrzycy u żydów jest 6 razy częstsza, niż u chrześcijan. Duży odsetek chorób umysłowych przypada na żydów. Naprzykład choroba Sax'a, w etjologji której alkoholizm, spowinowacenie lub inne momenty nie stanowią podkładu, spotyka się wyłącznie u żydów, a choroba ta jest najlepszym przykładem typowego schorzenia rasowego o charakterze degeneracyjnym. Ostatnie lata wojny dały ciekawe dane statystyczne ruchu chorób zakaźnych, z których wynika, że śmiertelność wśród żydów w przebiegu najrozmaitszych durów jest znacznie mniejsza. To samo potwierdza statystyka czasów pokojowych. Fakt ten usiłują niektórzy tłumaczyć większą chorobliwością u żydów w wieku młodocianym, co zresztą statystyka m. Odessy najdosadniej podnosi. Powyższa statystyka wykazuje, że żydzi zawdzięczają to większej odporności, znacznie rzadziej umierają nawet z powodu schorzeń przewlekłych, a między innemi i z powodu gruźlicy. Borendin, Kolb tłumaczą ten fakt rasową właściwością żydów, nazywając tę cechę wrodzoną żywotnością albo narodowościową odpornością Autor zapatruje się na tę kwestję z punktu widzenia konstytucjonalnego, obejmującego zespół właściwości ustroju, wyrażającego tę lub inną korelację gruczołów wewnętrznego wydzielania. Podstawowe cechy morfologiczne i fukcjonalne ustroju poszczególnego osobnika zależą od ustosunkowania się gruczołów wewnętrznego wydzielania, według schematu wielogruczołowego. A wszystko, co się odnosi do poszczególnego osobnika, doty czy również całych zrzeszeń jednostek. Dlatego też nowoczesna antropologja skierowała uwagę swoją na badanie więzi rasy z punktu widzenia wewnętrznego wydzielania. Już Keys podnosi, że wysoki wzrost europejczyka zależy od czynności przysadki mózgowej, typ rasy mongolskiej łączy on z hipofunkcją gruczołu tarczycznego, gdyż nieznaczny wzrost, wąskie oczy i płaskie nosy przypominają znamienne cechy hipotyreotyków; negrów stawia on pod znakiem niedomogi nadnerczy. Pfahl, Paulsen uważają, że zewnętrzne oznaki rasowe są następstwem kojarzenia się czynności poszczególnych gruczołów wewnętrznego wydzielania. A więc może słusznem byłoby tłumaczyć większy odsetek zasłabnięć u żydów na cukrzycę i krwawiączkę wrodzoną niewydolnością trzustki i ciałek przytarczycznych. Niemniej i większa odporność żydów na dur osutkowy tłumaczyłaby się wzmożoną czynnością nadnerczy, gdyż wielu autorów uważa za przyczynę śmierci w tej chorobie daleko posunięte zwyrodnienie substancji chromochłonnej nadnerczy, w następstwie czego przychodzi do niedostatecznego dopływu adrenaliny do ogólnego krwiobiegu, co pociąga za sobą sercowo-naczyniowe zwiotczenie, przejawiające się w postaci wzmagającego się osłabienia pracy serca i wyraźnym spadkiem ciśnienia krwi. O ważnem znaczeniu gruczołów wewnętrznego wydzielania świadczy również ogólnie znany fakt wczesnej dojrzałości płciowej u żydówek, zupełnie niezależnie od klimatu, warunków społecznych, stopnia wykształcenia i t. d. Wczesna dojrzałość, a w związku z tem szybsza inwolucja grasicy, tłumaczą mniejszy wzrost żydów oraz inne cechy fizyczne i psychiczne. Powyższe rozważania zmuszają do przystąpienia do nowych badań nad konstytucją rasową w nowoczesnem znaczeniu w bezpośrednim związku z gruczołami wewnętrznego wydzielania.

P. Barabaszew. **Hipnoza w okulistyce operacyjnej.** Autor podaje opis dwóch operacyj, wykonanych w znieczuleniu hipnotycznem. W pierwszym przypadku autor wyłuszczył gałkę oczną z powodu gruźlicy tejże. Znieczulenie wywołane było tylko jednostronnie bez zastosowania przetworów kokainy. Operacja trwała 12 minut. Obudzona chora na zwrócone do niej zapytanie, czy odczuwała ból, miała odpowiedzieć, nie, tylko czułam pewien lęk. Drugi przypadek dotyczył jaglicy bliznowaciejącej obustronnej z wykrzywieniem się chrząstek. Operację wykonano w ciągu 20 minut według Snellena. Autor wysuwa 3 zalety tego znieczulenia: 1. idealny stan i zachowanie się chorych w czasie operacji; 2. nadzwyczajny przebieg pooperacyjny, na który nie wpływały ujemne następstwa znieczulenia ogólnego, jak uporczywe wymioty, bóle głowy, ogólna słabość, co zwłaszcza w okulistyce operacyjnej daje się chorym we znaki; 3. znieczulenie hipnotyczne jest tak doskonałe, że nie wymaga uzupełniającego znieczulenia miejscowego. *W. Janusz* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 1 r. 1925: Browicz: O powstaniu mięśniaków macicy. — Michałek: O zawiązkach płci. — H. Ławrynowicz: Swoiste i nieswoiste leczenie chorób zakaźnych.

Nr. 2: B. Kowalski: Histologiczne badania nabłonka pępowinowego. — K. Zieliński: Leczenie tyfusu wysypkowego. — Al. Ławrynowicz: Dokończenie artykułu poprzedniego.

Zdrowie Nr. 12 r. 1924: B. Ostromęcki: Rola samorządów miejskich w dziedzinie sanitarnej ze stanowiska prawodawstwa sanitarnego. - Piotrowski: Zasady zaopatrywania miast w wodę za pomocą wodociągów. — W. Miklaszewski: Ankieta w sprawie raka. — A. Kuhn: Zadanie rządu, samorządu i społeczeństwa w dziedzinie zdrowia publicznego.

Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka Nr. 6. 1925: Sprawozdanie z I-go Wszechpolskiego Zjazdu w sprawie walki z rakiem. — Br. Weinert: Walka z rakiem we Włoszech. Odczyty Austr. Tow. do zwalczania raka. Piśmiennictwo.

Przyroda i Technika, czasopismo poświęcone naukom przyrodniczym i ich zastosowaniu. Lwów, Czarnieckiego 12 (Administracja) — wyszedł nr. 1 rocznika IV-go w zupełnie zmienionej szacie zewnętrznej i o bogatej a dostępnej każdemu średnio wykształconemu czytelnikowi, treści. Zawiera artykuły: »Pierwsze ślady życia na ziemi, według współczesnych badań, Budowa pierwiastków chemicznych«, niezwykle ciekawa a przystępnie napisana rozprawka, uwzględniająca najnowsze wyniki w tej dziedzinie, »Geofon, nowy przyrząd do badań górniczych«, przedstawiający zastosowanie do celów górniczych aparatu używanego do podsłuchów »minierskich podczas wojny światowej, Nowa choroba zakaźna i t. d. Pozatem zawiera Przyroda i Tech-

nika szereg wysoce interesujących wiadomości z zakresu postępu i najnowszych zdobyczy wiedzy przyrodniczej i technicznej, wiadomości o Polsce, ruch naukowy i organizacyjny, przegląd pożytecznych książek i czasopism i t. d. Całość jest ilustrowana ciekawemi zdjęciami fotograficznemi i rysunkami — polecić można jako zajmującą i pouczającą lekturę dla starszej młodzieży szkolnej, sfer nauczycielskich i akademickich oraz dla każdego czytelnika, interesującego się rozwojem nauk przyrodniczych i technicznych.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 19 listopada 1924.

Przewodniczy prof. Majewski.

Obecnych 102 członków.

1. Kol. Lasko przedstawia przypadek **Icterus haemolyticus congenitus** z II. kliniki wewn. prof. Latkowskiego.

Chory, liczący lat 19., z zawodu rolnik — dobrze zbudowany i odżywiony, o prawidłowej ciepłocie ciała, u którego na pierwszy rzut oka wybija się żółtaczkowe zabarwienie skóry, błon śluzowych i spojówek, a obraz patologiczny, jaki w chwili przyjęcia i obecnie u niego jest daje się, streścić w sposób następujący:

W zakresie narządów klatki piersiowej ważniejszych zmian nie stwierdziliśmy — w zakresie zaś jamy brzusznej z łatwością daje się wymacać śledziona, powiększona 3 palce poniżej łuku żebrowego gładka — niebolesna, ruchoma, macalna wątroba gładka i bolesność uciskowa miernego stopnia w okolicy wątroby — pozatem powłoki brzucha prawidłowo napięte i wysklepione, drobne, miękkie macalne gruczołki limfatyczne pachwinowe i pachowe. Z wywiadów od chorego mało można było skorzystać, ponieważ cała jego rodzina, t. j. ojciec, matka, 5 braci i 2 siostry, znajduje się w Ameryce, o których zdrowiu bliższych wiadomości chory nie posiada. Chory w 9. roku życia przechodził odrę — pozatem nigdy nie chorował, chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu i tytoniu używał mało. Ostatnia choroba jego, t. j. owa żółtaczka, zaczęła się przed 13—14 laty — jak chory podaje, nagle, gdy się obudził z rana zobaczył, że jest żółty, innych zaś objawów towarzyszących owemu początkowi choroby nie pamięta. Od tego czasu był zawsze żółty w różnem nasileniu. Leczył się u lekarza, jednak nigdy z całkowitym skutkiem. Zauważył, że przeważnie żółknął, bez widocznej przyczyny. Raz pożółkł silniej po pracy fizycznej, innym razem po przeziębieniu się i wtedy miał mocz podobny do krwi i dosyć silny ból w okolicy wątroby. — Okresów takich, aby był zupełnie wolny od żółtaczki — przez cały przeciąg lat 14. nie miał. Czasami miał szum w uszach, migotanie przed oczami, wtedy czuł się nieco słabszym, zwłaszcza, że i zabarwienie skóry wtedy zwiększało się. Krwawień z nosa, bicia serca i świądu skóry nie miał nigdy. Czuł się zdrowy i silny, do pracy zawsze zdolny. Apetyt miał dobry, sen również — stolce i mocz oddawał prawidłowo. Od pierwszego więc badania, mając na uwadze żółtaczkę tak długotrwałą — bez objawów intoksykacji, t. j. bez zwolnienia tętna i świądu skóry, a z drugiej strony mając powiększoną śledzionę, można było myśleć, że mamy tu do czynienia z żółtaczką haemolityczną.

W tym też celu, poszukując dowodów rozpoznania, wykonaliśmy szereg badań, mianowicie: 1) Stwierdziliśmy brak bilirubiny w moczu i kwasów żółciowych — brak intoksykacji żółtaczkowej. 2) Znaleźliśmy zwiększoną ilość urobilinogenu i urobiliny w stolcu. 3) Znaleźliśmy zwiększoną ilość bilirubiny w surowicy krwi (8 mg %). 4) Objawy lekkiego stopnia anemji, w obrazie krwi anizocytozę o przewadze mikrocytów (20%) ciałka czerwone jądrzaste, granulacje krwinek czerwonych, obniżoną wytrzymałość krwinek czerwonych i aglutynację w obcej surowicy. W krwinkach stwierdzono obecność subst. reticulo-filamentosa. Krew na pożywkach okazała się jałowa, a odczyn Wassermanna ujemny. 5) Badanie funkcji wątroby, dało wynik ujemny. Pozatem, mając splenomegalję — a brak fibroadenji i brak ważniejszych zmian parenchymatycznych lub marskich wątroby — przyszliśmy do przekonania, że powodem tego schorzenia jest *icterus haemolyticus* — i ta postać wrodzona, za czem przemawiają: Równomierny przebieg choroby bez silniejszych zaburzeń we krwi, zbliżających się do zmian, podobnych jak w anemji złośliwej, obecność urobilinogenu od czasu do czasu w moczu, brak krwawień z nosa, brak zaczerwienienia twarzy i końców palców, brak wybitniejszych bólów w okolicy wątroby i śledziony, aglutynacja krwinek z obcą surowicą.

W dyskusji kol. Glassner zapytuje, czy we wspomnianym przypadku było ciśnienie krwi i przypomina ostatnią pracę Ettingera, w której tenże donosi, że w wielu przypadkach *icterus haemolyticus* spostrzegał hipotonję. Kol. Lasko w odpowiedzi oświadcza, że w swoim przypadku wogóle nie spostrzegał żadnych objawów zatrucia żółtaczką, a ciśnienie krwi kilkakrotnie mierzone wykazywało normy prawidłowe.

2. Kol. Dadej wygłasza odczyt p. t. »**Walka z gruźlicą na Zachodzie**«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. doc. Janiszewski w dłuższym wywiadzie wskazywał na dotychczasowe wyniki działalności Tow. Walki z gruźlicą w Polsce, które są znikome, przyczem nie spodziewa się, by przy obecnie istniejących stosunkach społecznych — działalność ta mogła rychło wydać jakiekolwiek rezultaty.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 18 listopada 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Prezes odczytuje pismo rodziny zmarłego Sekretarza Stałego ś. p. prof. Alfreda Sokołowskiego, który zapisał Warszawskiemu Towarzystwu lekarskiemu swoją bibljotekę lekarską oraz portret swój, wykonany przez Lenca. Rodzina prosi o zabranie tych rzeczy. Powyższy legat zebrani przyjęli jednomyślnie.

2. Prezes wspomina o śmierci zmarłego członka czynnego W. Tow. lek. ś. p. Adama Chełmońskiego i wzywa obecnych do uczczenia Jego pamięci przez powstanie.

3. Sekretarz doroczny odczytuje protokół VII. posiedzenia **Komitetu Konkursowego im. Grzegorza Piramowicza**. Po rozpatrzeniu prac konkursowych Komitet przyszedł do wniosku, że żadna z prac nie zasługuje na nagrodę, natomiast na wniosek piśmienny członka Komitetu dra St. Kopczyńskiego i zgodnie z punktem 2-gim warunków konkursowych postanowił nagrodzić następujących lekarzy szkolnych za szczególnie wydatną i gorliwą pracę higjeniczno-szkolną dr. Aleksandra Macieszę, lekarza szkolnego w gimn. państw. im. Władysława Jagiełły w Płocku, Marję Rytlównę, lekarkę szkolną w gimn. państw. im. Królowej Jadwigi w Siedlcach, Jana Karchowskiego lekarza szkolnego w gimn. państw. im. Marji Magdaleny w Poznaniu, Janinę Szepelską, lekarkę szkolną w gimn. prywatnem Zdziemickiej i Popielewskiej w Warszawie.

4. M. Erlichówna. **Pokaz 3 chorych z t. zw. trombopenją** (dawniej chorobą Werlhofa), a według Semerau-Siemianowskiego krwotocznością małopłytkową. 15-letnia Helenka B. poza pewną skłonnością do tworzenia się wybroczyn i krwawienia z dziąseł była dotąd zdrowa. Rok temu wystąpiła pierwsza menstruacja, która trwała 10 dni bez powikłań. Po upływie 3 m. druga menstruacja, trwająca 18 dni, zakończyła się silnem krwawieniem i wtedy w stanie niezmiernie ciężkim z wszystkiemi objawami ostrej niedokrwistości (Hgl. 10 — Czc. miljon) chora została przewieziona do kliniki. Po odratowaniu dziecka przystąpiono do szczegółowego badania krwi, które wykazało: krzepliwość normalną, czas krwawienia wydłużony do 6—10 minut, złą kurczliwość skrzepu, liczbę płytek 0 — 2000 (norma 260—300 tysięcy). Objawy Rumpel-Leede Kocha dodatnie. Niedokrwistość została wyleczona zapomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej nieodwłóknionej śródmięśniowo. Po upływie 2-ch mies. powtórzył się krwotok z takiemi samemi objawami i podobnym wynikiem leczenia. Wtedy pozostała na klinice aż do następnej menstruacji, którą udało się ograniczyć do 5 dni przez codzienne zastrzykiwanie hypofyzyny. Obecnie stan jest dobry, a zmiany typowe we krwi trwają, jedynie czas krwawienia jest nieco krótszy, brak też arytmji w krwawieniu. Dziewczynka ta wymaga ciągłej obserwacji lekarskiej, rokowanie jest niepewne.

15. letni Staś G. po wycięciu przerośniętej muszli nosowej dostał wielkiego krwotoku z nosa, wskutek czego został oddany do kliniki w stanie prawie beznadziejnym. Wywiady zebrane o wiele później wykazały, że chłopiec, który żył w bardzo ciężkich warunkach w Bolszewji, miewał często wybroczyny i krwawienie ze śluzowek. Po wyleczeniu z krwotoku stwierdzono we krwi: krzepliwość normalną, płytki olbrzymie (0—6000), czas krwawienia wydłużony od 6—20 minut, złą kurczliwość skrzepu. Rumpell-Leede, Koch — dodatni. Zmiany te oraz skłonność do krwawień utrzymują się stale, objawy te nasilają się pod wpływem czynników, działających na naczynia włosowate (słońce, zimna kąpiel).

Przyp. 3-i dotyczy dziewczynki 9-iej, której władze szkolne oskarżyły rodziców o bicie dziecka na podstawie obecności sińców na ciele dziecka, często powtarzających się. I tu stwierdzono wybitną łamliwość naczyń, krzepliwość znacznie wydłużoną, arytmiczne krwawienie (do 18 minut) i złą kurczliwość skrzepu. Liczba płytek waha się od 1—8000. Pokaz skrzepu i objawu Duke'a z 3 przypadków.

Misiewiczówna omawia technikę badań krwi, którą posługiwała się wraz z Semerau-Siemianowskim przy badaniu typów klinicznych skaz krwotocznych.

W dyskusji M. Erlichówna podkreśla, że wyniki jej badań nie są zgodne z wynikami badań mówców, a mianowicie wahania ilości płytek nie były proporcjonalne do stanu zdrowia, pomimo poprawy ilość płytek trzymała się stale na nizkim poziomie. W przypadkach trombopenji płytki nie sklejają się; tam, gdzie ilość płytek dochodziła do kilku tysięcy płytek, płytki nie sklejały się, a wobec tego metoda rozklejania płytek staje się zbyteczną.

W trombopenji Erlichówna stwierdzała zmienione własności płytek: brak własności sklejania się płytek; zmianę wielkości płytek — wielkość ich dochodziła do wielkości czerwonego ciałka, a nawet E. spotykała i większe płytki; płytki barwią się gorzej i są mniej zróżniczkowane — przeważa różowe zabarwienie.

Popowski omawia sprawę metod badania skrzepliwości krwi. Metodę Czubalskiego P. uważa za mniej dokładną, najdogodniejszą metodą, zdaniem P., jest metoda z olejem parafinowym. Przy krzepliwości krwi skóra rzeczywiście odgrywa rolę, daje się to stwierdzić w krwawiączce. Łatwiejszą aglutynację krwinek w krwawiączce P. uzależnia od przypadku; w obserwowanych na klinice przypadkach zjawiska tego nie stwierdzono.

Misiewiczówna daje wyjaśnienia przedmówcom w poruszonych przez nich sprawach.

Wł. Janowski jest przekonany. że podane przez mówcę mianownictwo i podział na 3 grupy zostaną bez najmniejszej wątpliwości przyjęte. J. uważa, ze każdy z 3 typów może być ukryty i może występować dopiero w stanach chorobowych, lub fizjologicznych, a zatem to nie jest objawowa krwawiączka, lecz ukryta. J. przypuszcza, że mówca nie domówił tego, że objawy wszystkich trzech grup mogą występować i w innych cierpieniach, jak n. p w żółtaczkach przy kamicy, raku w obecności znacznej ilości bilirubiny we krwi sp. strzegał choroby skrzepu.

Semerau-Siemianowski w odpowiedzi wspomina o ukrytych stanach krwawiączki, rozróżnianych przez francuskich autorów. Jest on jednak tego zdania, że w nabytych toksycznych krwawiączkach niema tych charakterystycznych dla krwawiączek cech, jak wybroczyny do stawów i inne.

5. St. Kramsztyk wygłosił rzecz p. t.: **O stanach astenicznych u dzieci.**

W dyskusji J. Wiśniewski zwraca uwagę na uzębienie u dzieci i zapytuje, jak często były badane dzieci obciążone kiłą.

St. Kopczyński spostrzegał dzieci leniwe i inne, łatwo męczące się fizycznie i psychicznie. Mówca badał dzieci od lat 11 do 14 w okresie dojrzewania. Łatwość wyczerpania można wiązać z tym właśuie okresem. Wtenczas dzieci wstępują w okres całego szeregu zaburzeń fizycznych i psychicznych. Wyodrębnienie stanu przedstawionego przez mówcę nie da się obronić. Podczas wojny występowały objawy tężyczki wskutek złego odżywiania.

Zabierali głos również Cytronberg i Higier.

W odpowiedzi St. Kramsztyk wyjaśnia, że badał dzieci od 7—8 lat. Objawy osobliwe w ostatnich czasach występują częściej, okres powojenny wpłynął na to. Różni lekarze zwracali uwagę na te stany. Charakterystyczne jest to, że w tych stanach wapno działa dodatnio.

Posiedzenie kliniczne w dniu 25 listopada 1925 r.

Przewodniczący Sekretarz Stały A. Gluziński.

1. Skórczewski wygłosił rzecz p. t.: »**O działaniu leczniczem wody ze zdroju Zubera**«.

W dyskusji Tuchendler mówi, że od kilku lat bywa na zjazdach lekarskich w Karlsbadzie, na których każdy z mówców stale ma coś do powiedzenia o wodzie karlsbadzkiej, o leczeniu tą metodą. Na ostatnim zjeździe farmakolog Strauch dowodził, że rezważania teoretyczne nie wyjaśniają zupełnie działania wody karlsbadzkiej, a już skład chemiczny zupełnie nie daje wyjaśnień. Sztuczne wody, według Straucha, nie mają znaczenia. Sztuczna woda nigdy nie będzie podobna do naturalnej.

Mówca podkreślał, że woda ze źródła Zubera jest niesmaczna. Otóż ten sam Strauch podniósł, że instynkt samoleczenia jest tego rodzaju, że to, co najgorzej czuć i najgorzej smakuje, najwięcej pomaga. Badania zapomocą kriaskopji rzuciły ciekawe światło, lecz nie wyjaśniły istoty działania wód mineralnych. Rozgłos wód mineralnych opiera się na tem, co chorzy odczuwają. Tuchendler uważa, że należałoby zająć się przesyłką wody Zubera.

Gluziński zwraca uwagę, że największą zasługę w badaniu wód i szczególniej wody karlsbadzkiej ma zmarły prof. Jaworski z Krakowa. Wykonał on taką pracę, jakiej nikt nie wykonał. Wykład mówcy powinien pobudzić lekarzy do podjęcia badań wód mineralnych.

Kopaczewski wykonał badania wód francuskich nad działaniem ich anafilaktycznem. Obowiązkiem naszym jest zbadać nasze wody. Dobrze byłoby, gdyby koledzy, którzy pracują w uzdrowiskach, pracowali zimową porą tam, gdzie są pracownie. Właściciele zdrojowisk winni wspierać badania. Zarząd Krynicy powinien wyasygnować pewien fundusz na odczynniki przyrządy. W końcu swego przemówienia G. dziękuje mówcy za podjęcie ciekawego tematu.

Rudzki Przemysław jest zdania, że Rada Balneologiczna powinna zająć się tem, aby były przeprowadzone w klinikach badania wód Ciechocinka, Krynicy. Towarzystwo Balneologiczne powino wywrzeć nacisk na Zarządy zdrojowisk, aby mogła rozporządzać funduszami, które pozwoliłyby przesyłać wodę do klinik.

Kol. Górski z Krakowa potwierdza wyniki, jakie podał mówca, i wyjaśnia, że skład chemiczny wody Zubera jest określony; dokonał tego prof. Marchlewski. Badania wszystkich wód co pewien okres czasu, ostatnio co rok wykonywane są w Zakładzie Chemji lekarskiej w Krakowie. Zarząd Krynicy wywalcza dotacje i, o ile znajdzie się pracownik, wspiera prace. Od zeszłego roku badania nad działaniem wody Zubera naprzemianę materji prowadzi doc. Tempka. Wyników swych prac jeszcze nie ogłosił, gdyż praca żmudna i kosztowna.

Surawski stwierdza, że w budżecie Krynicy już są wstawione pewne sumy na badanie działania wód. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia stara się przyznać dotacje, aby wspierać prace. Praca w kierunku badania wód jest rozpoczęta i będzie prowadzona dalej.

Simon podkreśla, że nie zna wód, któreby tak dobrze działały, jak ze źródła Zubera. Kliniczne badania na miejscu w Krynicy nie dadzą się przeprowadzić z powodu braku pracowni, a także braku czasu podczas sezonu. W Nauheim istnieją zakłady naukowe z wszelką pomocą. Simon uważa, że obowiązkiem kliniki i ordynatorów szpitalnych jest zajęcie się badaniami nad działaniem wód mineralnych. W naszych uzdrowiskach są braki natury higjenicznej, co powstrzymuje od wyjazdu. Największy wysiłek winien pójść w kierunku podniesienia uzdrowisk pod względem higjenicznym.

W odpowiedzi Skórczewski dziękuje za podjętą dyskusję, co dowodzi zainteresowania się sprawą uzdrowisk. Ruszenie z miejsca podawania wody ze źródła Zubera było zasługą mówcy. On pierwszy zaczął ją podawać. Samo podawanie nie łatwo było uzasadnić, szczególniej wobec twierdzenia prof. Marchlewskiego, że woda ze źródła Zubera nie nadaje się do podawania chorym. W praktyce okazało się, że nietylko woda rozcieńczona, ale i skoncentrowana wprost ze źródła Zubera nie szkodzi, lecz pomaga.

Posiedzenie kliniczne w dniu 2. grudnia 1924.

Przewodniczy: prezes A. Leśniowski.

1. Landau A. **Pokaz przypadku zapalenia lewej kości udowej** (*panostitis femoris sinistra*) na tle przypuszczalnie utajonego zakażenia durowego.

2. Landau i Feigin wygłosili rzecz p. t.: **O odrębnych postaciach zakażeń prątkiem durowym** (przeznaczone do druku w P. G. L.).

W dyskusji Sekretarz Stały A. Gluziński uważa za niesłuszny podział schorzeń, wywołanych przez prątki durowe, na dwie grupy: 1) na dur brzuszny i 2) na »infekcję durową«, jak to przeprowadza mówca. Zmiany w przewodzie pokarmowym uważane są za obowiązkowe, ponieważ stale znajdujemy je na stole sekcyjnym. Umiejscowienie zmian może być nie jedynie w jelitach, może być dur brzuszny bez umiejscowienia w jelitach. Wszystko jedno, czy są zmiany w jelitach, czy też nie, o ile stwierdzono dur, uważamy dane cierpienie za dur. Wielojądrzasta leukocytoza w przeciwstawieniu do duru nie przekonywa. Przypadki z żółtaczką są rzadkie występują w III. tygodniu duru. Mówca przypomina, że w jednym zakładzie dla umysłowo chorych operowali jedną chorą z żółtaczką, jako siewcę duru brzusznego, który przebyła przed kilkunastu laty. Wbrew twierdzeniu mówcy każda sprawa zakaźna może zająć 3 narządy, a nie jedynie dur. W przypadku mówcy z zapaleniem miedniczek dopiero wtedy można byłoby twierdzić, że zajęcie miedniczek było durowem zakażeniem, gdyby w moczu stwierdzono laseczniki durowe. W przebiegu duru laseczniki durowe znajdują się w moczu całemi masami. Co do przypadku kostnego, to można byłoby twierdzić, że stan zapalny kości jest pochodzenia durowego, gdyby się udało stwierdzić prątek durowy.

M. Erlichówna prostuje przypuszczenie mówcy, że u dzieci leukopenja występuje w $^1/_3$ przypadków. Zastrzykiwanie prątków durowych zwierzętom wywołuje u nich leukopenję.

Otto badał przypadki duru brzusznego mikroskopowo w tych razach, kiedy przebieg kliniczny dawał obraz duru brzusznego, a na sekcji makroskopowo zmian durowych nie stwierdzano. W tych przypadkach w jelitach zawsze stwierdzał pod mikroskopem nacieczenie grudek chłonnych w jelitach.

W. Kowalski z pośród 200 chorych na dur brzuszny w 3-ch przypadkach widział powikłania duru brzusznego przez zapalenie pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. Obraz kliniczny chorych był charakterystyczny, jak widzi się w durze brzusznym. Samo cierpienie durowe trwało dłużej, wahania ciepłoty trwały przez dłuższy okres czasu, następnie ciepłota obniżała się, przebiegała na nizkich stopniach, wracało podniecone łaknienie, tak charakterystyczne dla duru brzusznego. Nakoniec następowało wyzdrowienie. Codzienne badania moczu i kału bakterjologiczne chorych na dur, wykonywane przez kol. Michalca w pracowni prof. Nitscha, wykazały, że prątki durowe w moczu są wydalane całemi masami, czasami następuje jednodniowa przerwa. W ciężkich przypadkach duru brzusznego ze stanu jamy ustnej wyhodowano paciorkowce i gronkowce. Te właśnie domieszki często wpływają na obraz kliniczny duru brzusznego. W przedstawionych przez mówcę przypadkach nie można twierdzić, że schorzenia te zostały wywołane przez zakażenie durowe.

Osiński E. Rozpoznawanie duru brzusznego opiera się na całokształcie obrazu chorobowego, przyczem różyczka, jako objaw patognomoniczny, z jej znamiennym wyglądem i umiejscowieniem w rozpoznaniu ma decydujące znaczenie. W ostatnich paru dziesiątkach lat klinika pozyskała nowe środki rozpoznawcze w zlepnym odczynie Widala i w badaniach na prątki Ebertha krwi i wydzielin chorych. Serologiczne jednak badania krwi należy uważać jedynie jako cenny środek rozpoznawczo-

pomocniczy, uzupełniający obraz kliniczny choroby. Brak odczynu zlepnego nie wyłącza duru brzusznego. Wrazie zaś odczynu dodatniego, uwzględniamy skalę odczynu, t. j. wysokość miana zlepnego i jego wahania t. j. wzrastanie i zmniejszanie się miana w przebiegu choroby. Nadto należy pamiętać, że po przebytym durze brzusznym po szczepieniach zapobiegawczych przeciwdurowych, wreszcie u t. zw. zdrowych nosicieli prątków, jako wskaźnik istniejącego w ustroju nodpornienia może wykazać surowica krwi dodatnie miano zlepne, które zwiększa się w razie zapadnięcia na każdą inną chorobę zakaźną. Stąd oczywistą jest rzeczą, że wartość odczynu Widala musi być oceniana współrzędnie z obrazu choroby. Posiewy krwi wypadają dodatnio (100%) w 1-ym tyg. duru brzusznego, gdy dane kliniczne nie dają jeszcze pewnej podstawy do rozpoznania ścisłego, w dalszym przebiegu choroby odsetek posiewów dodatnich zmniejsza się. Wogóle krew nie jest dobrem podłożem dla prątków duru brzusznego; we krwi prątki durowe giną szybko wskutek bakterjologicznego działania surowicy krwi. Badania bakterjologiczne kału i moczu wykonywamy rzadziej w celach rozpoznawczych, gdyż na początku choroby badania te zawodzą, w późniejszych zaś okresach aczkolwiek wypadają dodatnio, ale wówczas wystarcza do rozpoznania obraz kliniczny. Za to niezbędne są badania kału i moczu na nosicielstwo. Zachowanie się białych ciałek krwi w durze brzusznym jest bardzo znamienne: poza nieznacznem wzmożeniem się białych ciałek krwi w pierwszych dniach choroby, w dalszym przebiegu występuje wyraźnie zmniejszenie się ilości białych ciałek krwi (leukopenja) kosztem spadku wielojądrzastych białych ciałek krwi (neutropenja) przy znacznym wzroście limfocytów (lymphaemia) eozynochłonne białe ciałka krwi znikają. W okresie zdrowienia ustalają się zarówno prawidłowe liczby białych ciałek krwi, jak i wzór leukocytów, aczkolwiek limfocytoza utrzymuje się przez długi czas w okresie zdrowienia. W sprawie patogenezy duru brzusznego najlepiej trzymać się poglądu (Schotmüller), że dur brzuszny jest schorzeniem układu chłonnego jamy brzusznej, co potwierdzają badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne. Pęcherzyk żółciowy jest częstem siedliskiem prątków durowych, ale schorzenia pęcherzyka żółciowego w durze brzusznym należą do rzadkości. Na 1000 z górą przypadków duru brzusznego, mówca spostrzegał zaledwie parę razy zapalenie pęcherzyka żółciowego; raz zapalenie to poprzedziło dur brzuszny o lekkim zresztą przebiegu, parę razy wystąpiło dopiero w okresie zdrowienia. Żółtaczka nieznacznego natężenia jest również w durze brzusznym zjawiskiem rzadkiem i występuje w okresie zdrowienia.

W odpowiedzi Landau wyjaśnia, że na odróżnienie tych postaci skierował go przypadek. Z głosów, które się odezwały, padła krytyka, ale uważa, że nowa myśl stopniowo może zdobyć się sobie przyjęcie.

Prof. Gluziński uważa, że mówca mógłby twierdzić, że dany przypadek jest postacią durową, gdyby n. p. w przypadku sekcyjnym z ropy w wątrobie wyhodował prątki duru brzusznego. Zmiany w obrazie białych ciałek krwi zależne są nie od prątka duru brzusznego w przedstawionych przypadkach, lecz, być może, od gronkowców, paciorkowców. Nie można przypuszczać, aby zarazek durowy w postaciach przedstawionych przez mówcę mógł inaczej wpływać na obraz krwi, niż w innych postaciach.

3. Z. Michalaki wygłosił rzecz p t. **»Wnioski z porównań Warszawskiej szkoły lekarskiej z obcokrajowemi«.**

W dyskusji zabierali głos Pręgowski, Czyżewicz, Bączkiewicz, Składkowski, Szpak, Otto.

W odpowiedzi dawał wyjaśnienia Michalski.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie

Sekcja oto- ryno- laryngologiczna.

Przewodniczący Sekcji Oto- ryno- laryngologicznej XII. Zjazdu przyrodników i lekarzy podaje do wiadomości Szanownych Kolegów, że dotąd ogłoszone zostały następujące odczyty i referaty:

1. Badania uszu, nosa i gardła w szkołach powszechnych.
2. Djagnostyczne znaczenie badań narządów ucha wewnętrznego dla neurologji.
3. O znieczulaniu w Oto-laryngologji.
4. O zboczeniach mowy dzieci ze stanowiska oto-laryngologji i neurologji.
5. O ropniach mózgu pochodzenia usznego.
6. O złamaniach i zwichnięciach chrząstek krtaniowych z uwzględnieniem leczenia.
7. Histopatologiczny obraz przewlekłego zapalenia migdałów podniebiennych i gardzielowego, w szczególności o zachowaniu się tkanki łącznej w tych postaciach chorobowych z pokazem preparatów.
8. Rozbieżność objawów błędnikowych.
9. Błędnik i wyobraźnia.

Prócz powyższych zaproponowano następujące:

1. Intubacja i tracheotomja w dławcu ze względu na powikłania następcze.
2. Wydobywanie ciał obcych z przełyku.
3. Leczenie nowotworów górnego odcinka dróg oddechowych.

Chirurgja i radjoterapja.

O dalsze zgłaszanie tematów przewodniczący Sekcji Otoryno- laryngologicznej najuprzejmiej prosi z uwzględnieniem ogólnej zasady, aby tematy, o ile możności, obejmowały dziedziny pokrewne, oraz, aby krótkie streszczenia zostały nadesłane do dnia 1 maja r. b. Przewodniczący Sekcji: *Dr. Jan Pieniążek*, Warszawa, ul. Moniuszki 6. Zastępca: *Dr. Jan Czarnecki*, Zgoda 8. Sekretarz: *Dr. Grzybowski.*

Zjazd lekarski francusko-polski.

Zarząd Towarzystwa lekarskiego francusko-polskiego podaje do wiadomości, że II. Kongres lekarski francusko-polski odbędzie się nieodwołalnie w drugiej połowie kwietnia r. b. w Paryżu. Zapisywać się można u sekretarza dr. Józefa Zielińskiego, Wspólna 51 m. 6. tel. 225-26 od 6-ej do 8-ej godz. wiecz. do dnia 1 marca. Składkę wynoszącą 25 Zł od osoby wpłacać należy do P. K. O. na rachunek Towarzystwa lek. francusko-polskiego Nr. 3090.

Informacje tymczasowe, dotyczące II. Kongresu lekarskiego francusko-polskiego w Paryżu.

1) Lekarze, pragnący wziąć udział w Kongresie, zechcą złożyć ustnie lub piśmiennie odnośną deklarację z podaniem adresu na ręce Sekretarza Towarzystwa lek. franc.-pol. dr. Józefa Zielińskiego, Wspólna 51. m. 6. tel. 225-26, najpóźniej do 1 marca r. b.

Na koszta organizacyjne wpłacić należy od osoby 25 złotych do P. K. O. na rachunek Towarzystwa lek. fran.-polsk. Nr. 3090 w Warszawie.

3) W pierwszej połowie marca każdy członek Kongresu otrzyma kartę, stwierdzającą, że zapisał się na członka Kongresu naukowego. Posłuży ona do otrzymania paszportu ulgowego.

4) Paszporty będą indywidualne; dla lekarzy zamieszkałych w Warszawie Zarząd Towarzystwa podejmie się ich dostarczenia, lekarze na prowincji będą czynili starania u swych władz miejscowych.

5) Podróż okrętem będzie zniżoną o 25% minimum.

6) Podróż koleją we Francji zniżoną będzie o 25% minimum w Polsce o 30%. Marszruta dowolna: przez Niemcy lub Austrję i Szwajcarję. Ponieważ ilość uczestników nie jest jeszcze znaną, nie wiadomo przeto, czy pojadą wszyscy jednym pociągiem, czy też w ciągu dni kilku.

7) Komitet paryski zajmie się zapewnieniem mieszkań w hotelach i pensjonatach. Ceny obecne są następujące: pokój w hotelu od 20 fr. na dobę, obiad od 12 fr., w pensjonatach pokój z całodziennem utrzymaniem od 50 fr. na dobę.

8) Ze względu na oficjalny niejako charakter Kongresu, pożądanem jest zabranie stroju frakowego.

9) Szczegółowy program Kongresu ułożony będzie przez Komitet paryski i rozesłany członkom w końcu marca.

Wszelkich informacyj udzielają Sekretarze Towarzystwa lekarskiego francusko-polskiego: *dr. Józef Zieliński*, Wspólna 51 m. 6 tel. 225-25, *dr. Melanowski*, Żórawia 31. tel. 502-50.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 3 i 4 grudnia 1924.

Wobec dwóch delegatów Rady Izby wybranych dla sprawy lokaty kapitałów Izby w dniu 2. XI. 1924 (trzeci z powodu przeszkody służb. nie przybył) przeprowadzono ożywioną dyskusję co do kupna upatrzonego domu we Lwowie i co do sposobu sfinansowania interesu. Uzyskano zupełną zgodę obu delegatów Rady Izby i wybrano 4 pełnomocników Zarządu i Rady Izby, upoważnionych do sfinalizowania sprawy.

Wdowie po lekarzu, udzielono zasiłek w kwocie 100 zł.

W obu powyższych dniach dyskutowano nad poszczególnemi paragrafami regulaminu Kasy emerytalnej przy Lwowskiej Izbie lek. i postawiono projekt w brzmieniu obecnie przyjętem omówić z technikiem asekuracyjnym, poczem będzie przedmiotem ponownej debaty na posiedzeniu Zarządu Izby.

Posiedzenie Zarządu w dniu 10 grudnia 1924.

Do przesłuchania w sprawie zatargu między dr. W. z L. a dr. B z C. zjawił się tylko dr. W.; po przesłuchaniu postanowiono, że pretensja dr. W. podpada pod kompetencję Sądów państwowych.

Następnie przesłuchano dr. H. i dr. F. z T. w sprawie zatargu między lekarzami, poczem powzięto i ogłoszono uchwałę, że dr. F., przyjmując posadę stałą w Kasie chorych wbrew uchwale zrzeszenia lekarzy tamtejszych, postąpiła niewłaściwie i że winna posadę tą wypowiedzieć w terminie ustanowionym w umowie; uznano postępowanie dr. H. względem dr. F. za niem

właściwe; wreszcie postanowiono zalecić wszystkim lekarzom w T., aby przeprowadzili solidarną akcję celem wprowadzenia w Kasie chorych zasady wolnego wyboru lekarza.

Posiedzenie Zarządu w dniu 17. grudnia 1924.

Prezydjum Sądu Izby Naczelnej uprasza o nadesłanie projektu Prawideł co do sumienności (etyki) lekarskiej. Uchwalono opracować projekt po przestudjowaniu kodeksu dentologji lekarskiej, uchwalonego przez Izbę Wschodnio-Galicyjską w r. 1907 i przepisów poznańskich, istniejących w tym przedmiocie.

Prezydjum Sądu Izby Naczelnej nadsyła opinję co do żądania lekarzy sanockich, aby w zatargu ich z Zarządem Izby lwowskiej o rzekomo niewłaściwe postępowanie Zarządu w przedmiocie stosunku lekarzy sanockich do Kasy chorych wyłączono Sąd Izby lwowskiej. Sąd I. N. przytacza postanowienia ustawowe, z których wynika, że kompetentnym do orzekania w tej sprawie jest Sąd Izby lwowskiej. Uchwalono zażądać zwrotu aktów ze Sądu I. N. i przekazać sprawę Sądowi Izby lwowskiej.

Związek lekarzy drohobyckich prosi o udzielenie odpisu umowy, zawartej przez lekarzy sanockich z Kasą chorych przy Interwencji Izby. Żądanie to spełniono, dodając, że Zarząd Izby skłonny jest interwenjować także w Drohobyczu.

Zarząd Izby Krakowskiej nadesłał odpis reskryptu Gen. Dyrekcji Służby zdrowia, orzekającego, że Izba krakowska uchwałą z 7. X. 1924. w sprawie wynagrodzenia lekarzy więziennych przekroczyła zakres działania, i zarazem Zarząd Izby krakowskiej prosi o wyrażenie opinji. Tekst odpowiedzi ustalono.

Izba lekarska Poznańska prosi o opinję w sprawie następującej: W zatargu między prof. S., a dr. B. w Poznaniu Izba poznańska wezwała prof S. do jawienia się w Zarządzie; na to dziekan Wydziału lek. zawiadomił Zarząd Izby, że prof. S. nie złoży zeznań w Izbie i że żaden członek Wydziału lekarskiego nie będzie brał udziału w posiedzeniach Izby. Uchwalono odpowiedzieć, że stanowisko Wydziału lekarskiego wobec zarządzeń Izby było sprzeczne z postanowieniami ustawy.

Przewodniczący komunikuje, że w dniu 16. XII. 1924. r. wziął udział w posiedzeniu w Towarzystwie Farmaceutycznem w sprawie specyfików. Uchwalono wnieść stosowny memorjał do Ministerstwa, który Zarząd Izby lek. poprze.

Na ponowne żądanie Urzędu Wojewódzkiego we Lwowie o opinji w sprawie projektu cennika lekarskiego uchwalono zakomunikować Władzy, jakie stanowisko w tej sprawie zajęła Rada Izby, która w dniu 2. XI. 1924 wyraziła zdanie, że ustanawianie taryfy lekarskiej nie jest wskazane; postanowiono dołączyć kopję pisma wystosowanego przez Zarząd do wszystkich Izb, gdyż zawiera ono uzasadnienie powyższej opinji Rady Izby.

Na zapytanie Urzędu Wojewódzkiego w S., jakie honorarja należy przyznawać w organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych lekarzom nieumówionym, uchwalono odpowiedzieć, że honorarjum przyjęte zwyczajem w danej miejscowości z odpowiednim opustem.

Następnie uchwalono, że Kasę emerytalną przy Lwowskiej Izbie lekarskiej wprowadzi się w życie z dniem 1 stycznia 1925. i powzięto decyzję co do szczegółów rozpoczęcia działalności Kasy.

Wreszcie powzięto decyzję w sprawie wysokości honorarjum w pewnym przypadku, w sprawie uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarza nieposiadającego obywatelstwa polskiego i w sprawie zatargu dr. O. i dr. D. we Lwowie.

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

L. 68.

Dr. Joachim Meisels lekarz, zamieszkały we Lwowie ul. Bernsteina 11 a, winny jest, że udzielał swej firmy lekarskiej nieuprawnionemu technikowi dentystycznemu p. Jakóbowi Hütowi, zamieszkałemu we Lwowie pl. Gołuchowskich l. 5. i nie zaniechał tego pomimo wezwania Izby lekarskiej z dnia 10 czerwca 1924 do L. 468/24. Czynem tym dopuścił się Dr. Joachim Meisels ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej, a szczególnie z § 18 lit. T. VII,. i zasądza się go za to po myśli art. 38 lit. C. ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 na karę trzeciego stopnia t. j. nagany, zaostrzoną ogłoszeniem tego wyroku w Polskiej Gazecie lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska, i na grzywnę w wysokości 250 zł.

Sąd Izby lekarskiej we Lwowie.
Dnia 23 stycznia 1925.

Sekretarz generalny:	Przewodniczący Sądu:
Dr. Zion.	*Dr. Ignacy Zieliński.*

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

L 69.

Dr. Matylda Agidówna, zamieszkała we Lwowie ul. Sobieskiego 24, winna jest, że udzielała swej firmy lekarskiej nieuprawnionemu technikowi dentystycznemu p. Edmundowi Spinnerowi, zamieszkałemu we Lwowie, ul. Gródecka 85, i nie zaniechała tego pomimo wezwania Izby lekarskiej z dnia 10 czerwca 1924 do L. 452/24. Czynem tym dopuściła się Dr. Matylda Agidówna ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej, a w szczególności § 18, 1. i VII., i zasądza się ją za to, po myśli art. 33 lit C. ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 na karę trzeciego stopnia tj. nagany, zaostrzoną ogłoszeniem tego wyroku w Polskiej Gazecie lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska, i na grzywnę w wysokości 250 zł.

Sąd Izby lekarskiej
Dnia 23 stycznia 1925.

Sekretarz generalny:	Przewodniczący Sądu:
Dr. Zion.	*Dr. Ignacy Zieliński.*

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

L. 85.

Dr. Eugeniusz Konstantin, lekarz zamieszkały obecnie w Bukaczowcach ad Rohatyn, winny jest, że udzielał swej firmy lekarskiej nieuprawnionemu technikowi-dentystycznemu p. Maksymiljanowi Mohrowi, zamieszkałemu we Lwowie przy ul. Podlewskiego l. 9, i nie zaniechał tego pomimo wezwania Izby lekarskiej z dnia 10 czerwca 1924 do L. 456/24. Czynem tym dopuścił się Dr. Eugeniusz Konstantin ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej, a szczególnie z § 18 lit. I. i VII. i zasądza się go za to po myśli art. 38 lit. C. ust. o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 na karę trzeciego stopnia t. j. nagany, zaostrzoną ogłoszeniem tego wyroku w Polskiej Gazecie lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska, i na grzywnę w wysokości 100 zł.

Sąd Izby lekarskiej we Lwowie.
Dnia 23 stycznia 1925.

Sekretarz generalny:	Przewodniczący Sądu:
Dr. Zion.	*Dr. Ignacy Zieliński.*

Korespondencje.

Częstochowa, w styczniu 1925 r.

Celem ożywienia zanadto teoretycznej, oderwanej od życia działalności Towarzystwa lekarskiego i większego zainteresowania członków, Zarząd Towarzystwa jeszcze w połowie roku ubiegłego wystąpił z inicjatywą urządzania posiedzeń klinicznych w szpitalach miejscowych. Myśl ta została życzliwie przyjęta przez ordynatorów szpitalnych i ogół kolegów. Uwzględniając warunki pracy lekarzy kasowych, uchwalono odbywać posiedzenia kliniczne w niedziele w godzinach popołudniowych i wieczornych. W ciągu 2 miesięcy odbyły się cztery posiedzenia w 3 szpitalach, na oddziale pedjatrycznym, chirurgicznym, wewnętrznym i ginekologicznym. Treścią posiedzeń są wyłącznie pokazy chorych i krótka dyskusja. O zainteresowaniu się niemi świadczy coraz liczniejsze grono uczęszczających. Ostatnio zebrało się przeszło 30 kolegów — fakt bardzo rzadki na posiedzeniach ściśle naukowych. Krótkie sprawozdania będą drukowane w Polskiej Gazecie lekarskiej.

Na skutek okólnika Departamentu Sanitarnego, z pośród członków Towarzystwa lekarskiego wybrano Zarząd Komitetu Sanitarno-lotniczego. Na przewodniczącego został powołany dr. L. Wasilewski. Zarząd zamierza powołać do swego grona przedstawicieli różnych warstw społeczeństwa miejscowego i rozwinąć jak najszerszą akcję celem zebrania funduszu na zakup samolotu sanitarnego.

Wszyscy członkowie Towarzystwa lekarskiego zobowiązali się wpłacać na ten cel 5 zł. miesięcznie.

Bibljoteka publiczna im. dr. Władysława Biegańskiego, założona w 1917 r. z inicjatywy Towarzystwa Lekarskiego w celu uczczenia pamięci wielkiego lekarza, myśliciela i obywatela, w dniu 1 stycznia b. r. przeszła na własność miasta. Towarzystwo Bibljoteki Publicznej im. Biegańskiego przez lat 7 borykało się stale z brakiem funduszów, jednakże, dzięki niezmordowanym wysiłkom zarządu oraz ofiarności poszczególnych instytucyj i osób, udało się zgromadzić przeszło 3000 tomów. Z chwilą przekazania Bibljoteki miastu, zarządzać nią będzie kuratorjum, w skład którego, na mocy uchwały Rady Miejskiej, wchodzi również Prezes Tow. Lekarskiego.

Z pośród różnych instytucyj społecznych bardzo ożywioną działalność rozwinął w ostatnim czasie Częstochowski Oddział Polskiego Czerwonego Krzyża dzięki energji i sprężystości swego prezesa dr. Purskiego. Oddział wydzierżawił od rządu gmachy po byłej komorze celnej w Herbach (17 wiorst do Częstochowy) i otworzył schronisko, urządzone wzorowo, dla chłopców bezdomnych, sierót oraz dzieci, których rodzice zginęli podczas wojny bez wieści. Schronisko posiada również oddział dla dzieci nieślubnych i podrzutków. Przestrzeń wraz z budynkami, zajętemi pod Dom Wychowawczy, wynosi z górą 20.000 m², w tem $^{3}/_{5}$ przestrzeni zajmuje las szpilkowy Budynki, posiadające 87 sal i pokojów, zniszczone podczas wojny, zostały doprowadzone do porządku, wyposażone w pralnię, kąpiel natryskową, piekarnię i warsztaty rzemieślnicze. Dom wychowawczy posiada 15 miejsc etatowych. Schronisko ma własny szpitalik na 15 łóżek i kaplicę. Prelimi

narz budżetowy na 1925 r. przewiduje w dziale wydatków — 65.000 zł.

Pozatem Częst. Oddz Polsk. Czerw. Krzyża zajęty jest pracą przygotowawczą, związaną z działem mobilizacyjnym.

K. R.

Bł. p. dr. Leon KRZEMICKI.

I znowu przed kilku dniami oddaliśmy Ziemi, Matce jednego z najdzielniejszych wśród nas, Człowieka, który, wpatrzony w dobro społeczeństwa, nie szczędził mu ni czasu, ni trudu znojnego, Obywatela-Polaka, który w mundurze oficera bronił żołnierskiego zdrowia, a w najcięższych chwilach Ojczyzny niósł tam na froncie pomoc żołnierzowi, w chwilach zaś walki o jej granice oddawał Ojczyźnie skromnie i bez rozgłosu grosz zapracowany, by pomóc tej Ojczyźnie w odzyskaniu ziemi dawno utraconej, straciliśmy serdecznego Kolegę, który zawsze pogodny i życzliwy, wyrozumiały i dobry, niósł innym radę i podawał dłoń przyjazną.

Urodzony w roku 1872 w byłem Królestwie Polskiem ukończył tamże szkoły średnie, poczem udał się do Krakowa, by w Szkole Jagiellońskiej oddać się studjom lekarskim. Niedługo jednakże tam przebywał. Z powodu podejrzeń ze strony władz policyjnych o utrzymywanie stosunków rewolucyjnych z młodzieżą zakordonową zmuszony był do przeniesienia się na Uniwersytet w Gracu, gdzie też otrzymał dyplom doktorski. Czynna natura Krzemickiego brała współudział żywy w tamtejszych organizacjach studenckich. W r. 1898 przybywa Krzemicki do Lwowa i osiada w nim już na stałe. Jako młody lekarz zostaje asystentem w Zakładzie fizjologji, a następnie pracuje w Klinice dermatologicznej i specjalizuje się w chorobach skórnych i wenerycznych, którym już całkowicie się poświęca. Joko wierny syn Ojczyzny staje jeden z pierwszych w szeregach jej armji w r. 1918 i oddaje na usługi jej swą wiedzę, doświadczenie, zapał i jak najlepszą wolę. Widzimy Go też w szefostwie sanitarnym VI. armji, jako kierownika komisji zdrowotności, w której zorganizował i rozwinął żywą działalność na polu zwalczania chorób wenerycznych i zakaźnych. Nie szczędził ni pracy, ni zdrowia, docierając do najwięcej na front wysuniętych placówek, by nieść żołnierzowi polskiemu pomoc i pociechę. A kiedy strzały umilkły, propagował dalej zasady higjeny i walkę z wenerją jako podpułkownik-lekarz, objąwszy oddział w Szpitalu wojskowym. Idei walki z chorobami wenerycznemi nie zaniechał i dalej; po zdjęciu munduru zostaje inspektorem sanitarnym Województwa lwowskiego do r. 1922, po opuszczeniu zaś służby państwowej, terenem Jego działalności społecznej staje się Lwowskie Towarzystwo Higjeniczne. Jest jednym z pierwszych i głównych jego filarów. Jako referent Komisji odczytowej organizuje odczyty popularne, cieszące się uznaniem ogólnem, sam zaś, jako znakomity mówca, popularyzuje znakomicie żywem słowem hasło walki z chorobami wenerycznemi wśród tłumów słuchaczy. Jest jednym z inicjatorów popularyzowania higjeny zapomocą pióra; organizuje też »Bibljoteczkę higjeniczną« którą wydaje Książnica-Atlas. Wydaje też w niej znaną broszurę »O chorobach wenerycznych i Higjenie życia płciowego«.

Bł. p. Leon Krzemicki nie zaniedbał także pracy naukowej, z szeregu prac wymienić należy pracę »O chylurji«, a nie tak dawno ukazał się Lipschütza i Krzemickiego »Atlas bakterjologiczny chorób wenerycznych«. Niedokończył też pracy, prowadzonej od szeregu lat nad laseczników twardzieli i laseczników jemu pokrewnemi, pracy, której bogaty materjał pozosta' w rękopisie. Jeszcze niedługo przed śmiercią mówił, że chętnieby oddał materjały te do zużytkowania temu, kto zająłby się tematem powyższym.

Prawo natury zabrało Go przedwcześnie, bo w pełni pracy wytrwałej i ofiarnej, brak Jego — to naprawdę ubytek niełatwy do zapełnienia - zwłaszcza w czasach, gdy do wytrwałej a cichej pracy nie wielu się znajdzie. Odczuje też ten brak szczególnie Tow. Higjeniczne, którego Krzemicki był wiceprezesem.

Niechże tych kilka słów wspomnienia, poświęconych człowiekowi o charakterze czystym, o kulturze ducha niecodziennej, obywatelowi i szczeremu polakowi, koledze i niestrudzonemu współtowarzyszowi w pracy, będzie uznaniem i pożegnaniem ostatniem.

Witold Nowicki.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VI. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 27 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) Wykład kol. prof. Wł. Dzieżyński: »Mechanizm czynności ośrodków ruchowych na podstawie ich rozwoju filogenetycznego i ze stanowiska klinicznego«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka,* sekretarz doroczny.

Wilno.

Walne Zebranie Towarzystwa lekarskiego Wileńskiego odbyło się dnia 12 grudnia 1924 roku. Po złożeniu sprawozdania z czynności za rok ubiegły przez ustępujący Zarząd, dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1925, w skład którego weszli: Prezes prof. dr. K. Opoczyński; wiceprezesi: dr. M. Minkiewicz i dr. O. Załkindson; sekretarze: prof. dr. St. Trzebiński i dr. E. Czarnecki; skarbnik: dr. W. Bujalski; bibljotekarz: dr A. Safarewicz; komisja rewizyjna: dr. B. Hłasko, dr. Z. Zawadzki i dr. A. Wirszubski.

Francuski Zjazd Okulistyczny, urządzony przez Francuskie Towarzystwo Okulistyczne, odbędzie się w roku 1925 w Brukseli. Francuskie Towarzystwo Oftalmologiczne zwraca się do polskich okulistów z wezwaniem o przybycie jak najliczniejsze na Zjazd celem zaznaczenia wspólności dążeń obu narodów w pracy na polu naukowem. Francuscy i belgijscy okuliści z całą serdecznością zapraszają kolegów polskich na ten zjazd naukowy. Temat główny — leczenie jaskry dziecięcej. Zjazd odbędzie się od 9 do 14 maja. Wpisowe: 15 fr. francuskich. Po szczegóły uprasza się zgłaszać do prof. Szymańskiego w Wilnie, delegata Fr. Tow. Oftalm. na Polskę, lub wprost do sekretarzy zjazdu dr. René Onfray 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris — VIII, albo dr. M. Danis, 7, rue Montoyer, Bruxelles.

Warszawa.

O akcję budowlaną. Na posiedzeniu Wydziału Higjeny miast i wsi Tow. Higjenicznego uchwalono powołać Komitet, któryby opracował memorjał w sprawie ruchu budowlanego, przedłożył go władzom, wydrukował i rozpowszechnił jak najszerzej.

Zmarli:

Dr. Leon Krzemicki ppułk. W. P. w rezerwie, wiceprezes Lwow. Tow. Higjenicznego, członek polikliniki zmarł w 52 r. życia we Lwowie.

Sprostowanie.

W pracy dr. Hilarowicza w Nr. 4. 1925 »W sprawie pochodzenia przepuklin jajnikowych« nie zostało umieszczone następujące objaśnienie załączonej tamże ryciny.

Schematyczne przedstawienie różnicy stosunków w przypadku pierwszym z opisanych (A) oraz w przypadku przepukliny przydatków nabytej (B). Os otrzewna ścienna, Wp worek przepuklinowy, M macica, I jajnik, T trąbka, Wj więzadło jajnikowe, K krezka jajnikowa.

Nr. 8. 22. lutego 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Eugenjusz KRAJEWSKI, lekarz - asystent. Bielszowice. (G. Śl).

Myoklonja i związek jej z zaburzeniami dokrewnemi

(na podstawie przypadku własnego).

Z lecznicy Brackiej w Bielszowicach. Lekarz naczelny: r. s. dr. Uloth.

Wyświetlenie etjologji opisanej przez Friedreich-a w r. 1881 myoklonji (*paramyoklonus multiplex*) do dziś dnia pozostaje kwestją otwartą. Przyczyny tego stanu rzeczy doszukiwać się należy w trudnościach z jakiemi połączone jest nieraz odgraniczenie tej nerwicy ruchowej od szeregu podobnych obrazów klinicznych. Stąd w ramach tego, w sposób zresztą klasyczny przez pierwszego badacza tej sprawy, opisanego cierpienia w toku lat znalazły się niewątpliwie przypadki *chorea minor, chorea imitatoria, chorea electrica, tic convoulsif,* hysterji, choroby Dubina lub Henocha i t. p. — słowem zespoły chorobowe, choć często łudząco podobne to jednak nie dość ściśle zdefinjowane, a już stanowczo tłem od myoklonji zupełnie różne. Nie wchodząc w szczegóły różniczkowo-rozpoznawcze to jednak podkreślić należy, że istotną cechą tej jednostki klinicznej stanowią symetryczne kurcze oddzielnych mięśni szkieletowych lub nawet tylko ich części o charakterze klonicznym, a więc nie obejmujące synergistycznie zespolonych grup mięśniowych.

Sam Friedreich wiązał powstanie myoklonji z działaniem urazów psychicznych i w tem przeświadczeniu etjologicznem nazwał ją »*Schreckneurose*«. Podług innych badaczy etjologiczne podłoże myoklonji stanowić mają neuropatja, nadmierne wysiłki fizyczne, choroby zakaźne (błonica, zimnica, gościec stawowy) i ołowica, a więc sprawy tak od siebie odległe i różne.

Korzystne wyniki jakie w szeregu przypadków myoklonji uzyskano drogą opoterapji (podawanie thyreoidyny) nasuwają myśl, czy zaburzeniom wielogruczołowego układu dokrewnego nie należy przypisywać jakiegoś znaczenia w etjologji tej sprawy, szczególnie obecnie, kiedy to spostrzeżono i opisano szereg zaburzeń w czynności mięśni prążkowanych niewątpliwie, choć bynajmniej nie zawsze, skojarzonych z zaburzeniami wewnętrzno-wydzielniczemi. Wspomnę tu tylko o przypadkach myastenji, tężyczki, myatonji lub myotonji wrodzonych, w których znaleziono równocześnie zboczenia tego zakresu czynności narządów.

Opisany poniżej przypadek własny przedstawia skojarzenie myoklonji z chorobą Basedowa.

Chory F. D. lat 49, ślusarz, żon. Pochodzi z rodziny zdrowej, w szczególności obciążenia dziedzicznego chorobami nerwowemi, gruczołów dokrewnych lub przemiany materji brak. Jako dziecko rozwijał się fizycznie i psychicznie prawidłowo, drgawek ani we wczesnem dzieciństwie ani w okresie pokwitania nie miewał i aż do zjawienia się obecnej choroby był wogóle zawsze zdrów. Chorób zakaźnych ani zakażenia kiłowego nie przechodził. Alkoholu nie nadużywał.

Obecna choroba rozpoczęła się w czasie wojny światowej w r. 1915 grubieniem szyji, dolegliwościami sercowemi i niepokojem nerwowym. Z tego powodu został chory skierowany do lecznicy wojskowej, gdzie rozpoznano u niego chorobę Basedowa i w r. 1916 z tegoż powodu zwolniono ze służby wojskowej. W początkach 1916 roku chory zauważył u siebie krótkotrwałe (1—2 sekund) kurcze mięśni twarzy (żuchwy), tułowia i kończyn, które zjawiały się napadowo 1—2 razy na dzień, utrzymywały się od 2—3 dni, by na okres paru tygodni zupełnie zniknąć. W r. 1922 nastąpiło pogorszenie stanu nerwowego: Kurcze zjawiały się codziennie, nieprzerwanie przez przeciąg $1/2$ roku, poczem znikły zupełnie aż do chwili obecnej, w której chory zgłasza się do lecznicy z powodu nawrotu objawów. Kurcze występują obecnie napadowo, kilka razy dziennie, a każda ich serja trwa po kilka minut. Równocześnie z kurczami mięśniowemi doznaje chory uczucia zaparcia oddechu i uderzania krwi do głowy, przytomności jednak nie traci, tylko zmuszony jest przerwać na czas krótki pracę. Kurczom mięśniowym towarzyszą ponadto nieraz dolegliwości sercowe w postaci uczucia ściskania w okolicy serca, kołatania i przyśpieszonej akcji. Objawy te występują samoistnie. Ze strony innych narządów skarg chory nie podaje.

Badanie przedmiotowe wykazuje osobnika wzrostu wysokiego, silnej budowy ciała i dostatecznego odżywienia. Waga ciała 65 kg. Mięśnie dobrze rozwinięte, jędrne; siła ich przy uciśnięciu ręki badającego znaczna. Skóra wilgotności prawidłowej, elastyczna. Na wargach lekka sinica. Skóra całej twarzy również nieznacznie zasiniona, dolne powieki jakby obrzękłe. Żyły powierzchowne szyji i okolicy górnej części mostka porozszerzane. Gruczoły chłonne żuchwowe, pachowe i łokciowe macalne. Ciepłota ciała mierzona w kiszce stolcowej 37,0° C. Tarczyca, szczególnie w płatach bocznych, powiększona, zbitości dość miękkiej, jednostajnej, nie tętni ani też szmerów naczyniowych nie wykazuje. — Czaszka bez zmian szczególnych. Gałki oczne nieznacznie wysadzone, szpary powiekowe rozszerzone. Objawów Stellwaga, Gräfego i Dalrympla brak. Źrenice obie kształtu regularnie kolistego, równej wielkości, na światło wprost i pośrednio oddziaływują dobrze. Śluzówka podniebienia i gardzieli barwy sinawo-czerwonej. Język obłożony. Ropociek zębodołowy. Chrząstka nagłośniowa zniekształcona (zwinięta), tchawica nieznacznie bocznie ścieśniona. Klatka piersiowa szeroka. Dołki nadobojczykowe wypuklone. Dolne granice płuc opuszczone, cieśń szczytów rozszerzona. Granice serca 3 żebro, lewa linja mostkowa — lewa linja sutkowa. Uderzenie wierzchołka serca w V-ym przestworze międzyżebr. na wewnątrz lew. linji sut. rozlane, podnoszące, niemiarowe. Nieznaczne unoszenie się skurczowe całej okolicy serca. Nad końcem serca podmuch skurczowy, drugi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Akcja serca przy osłuchiwaniu niezupełnie miarowa wskutek obecności skurczów dodatkowych. Tętno 76 fal na minutę, dobrze napięte i wypełnione, od czasu do czasu niemiarowe wskutek zjawiania się skurczów dodatkowych, równocześnie z sercem i przerwy wyrównawczej. Parcie krwi R. R. 125/110. Tętnienie tętnic dogłowowych. Ściana tętnicy promieniowej nieznacznie stwardniała. Powłoki brzuszne wiotkie. Nieprawidłowych oporów, bolesności oraz powiększenia dużych gruczołów brak.

Narząd nerwowy: Czucie bez zmian. Objaw Romberga dodatni. Ruchy czynne i bierne, napięcie mięśni oraz zborność ruchów w zakresie normy. Odruchy skórne i ścięgniste bardzo żywe. Drżenie drobne palców. W zakresie mięśni żuchwy, kończyn i tułowia zauważa się błyskawiczne kurcze symetrycznych mięśni (dwugłowy, czworgłowy uda i t. p.), niewspółczesne po obu stronach, bezplanowo zjawiające się, przy braku jakiegokolwiek rytmu. Kurcze te nie wywołują poza przelotnem wstrząśnieniem żadnego efektu ruchowego. W czasie kurczów chory przerywa często w półsłowa rozmowę, nieraz chwyta z trudnością powietrze, poczem po chwili jest znów zupełnie swobodny.

W moczu składników nieprawidłowych brak. Krew: Hgb. (Sahli) 70%. Erytrocytów 3,200.000. Ciałek białych 7.500. Neutrof. 64 . Lymfoc. małych i dużych 30%. Eozyn. 2 . Bazof. 2%. Przejściow. 1%. Jednojądrz. 1%. Płytek Bizzozera 325 000.

W przedstawionym wyżej obrazie chorobowym skupić można znalezione objawy w dwie grupy. Jedna grupa objawów — to objawy dyshormonalne jak wole, objawy sercowe, wytrzeszcz gałek ocznych, zaburzenia nerwowe (drżenie rąk) i obraz krwi, które należą do całości obrazu Basedowa. Drugi szereg objawów — to dane ze strony układu nerwowo-mięśniowego, charakterystyczne dla myoklonji. Właściwości kliniczne kurczów myoklonicznych, różne w odniesieniu do podobnych schorzeń nerwowych, podkreślę dla naszego przypadku, by tem lepiej uwypuklić słuszność rozpoznania. Kurcze więc mięśniowe zaobserwowane u wyżej wspomnianego chorego mają charakter błyskawiczny i nie obejmują grup mięśniowych czynnościowo sprzężonych, lecz poszczególne tylko mięśnie w sposób zupełnie dowolny i bezplanowy, stąd w przeciwieństwie do pląsawicy, hysterji lub ticków, a nawet stanów encefalitycznych, gdzie rodzaj kurczów mięśniowych odpowiada typowi kurczów pochodzenia centralnego — ruchowy ich efekt jest znikomym. Dalej natężenie kurczów nie jest jednomierne, tak odnośnie do poszczególnych mięśni, jak i co do czasu wystąpienia. Nie można też dostrzec w tej grze kurczów żadnego określonego rytmu. Co do usadowienia kurczów to obejmują one symetryczne mięśnie kończyn i tułowia. Kurcze mięśniowe, jak podaje

chory, zjawiają się głównie przy szczególnem napięciu woli (chęć wykonania jakiegoś rękoczynu ślusarskiego). Pewnego wpływu na częstość kurczów nie można też odmówić wrażeniom psychicznym (badanie chorego). W kurczach biorą też udział i mięśnie języka (zaburzenia mowy), a prawdopodobnie i krtani (napadowa duszność).

To co jest znamiennem i uderzającem w opisanym przypadku — to współistnienie myoklonji i zaburzeń dokrewnych które naturalnie jeszcze nie dowodzi, że obie sprawy muszą pozostawać ze sobą w przyczynowym związku ale czyni etjologiczny ich związek bardzo prawdopodobnym. Rzuca się w oczy w każdym razie to, że oba szeregi objawów wystąpiły ze sobą w pewnym związku czasowym i że na zabiegi organoterapeutyczne odpowiadały równolegle postępującą poprawą. Powstaje to w zgodzie z doświadczeniami Vollmera, że wpływ na przemianę materji, wywarty przez przetwory hormonalne wiąże się ze swoistemi zmianami pobudliwości mięśniowo-nerwowych aparatów. Nie mamy też żadnego powodu kwestjonować pod tym względem wpływu produktów dysfunkcji tarczycy na zakres nerwowo-mięśniowy, tak dobrze zresztą w chorobie Basedowa i z innej strony znany. Drogą doświadczalną udowodniono już działanie na stan pobudliwości włókien mięsnych podskórnie podawanego thymopituglandolu, a w szczególnie silnym stopniu insuliny, której kurczotwórczego działania użyto nawet bez głębszego zresztą uzasadnienia jako probierza hypoglykamizującego działania tego preparatu. Jakiego zaś rodzaju jest mechanizm kurczotwórczego działania produktów nieprawidłowej czynności tarczycy, a wraz z nią zapewnie i reszty gruczołów dokrewnych w przebiegu choroby Basedowa — trudno bez bardzo ścisłych badań określić. Ścisły związek układu gruczołów dokrewnych z unerwieniem wegetatywnem jest niewątpliwym, a wpływ układu wegetatywnego na stan napięcia i kurczliwości mięśni w świetle badań nowych nabiera coraz więcej siły przekonywującej. Nie wchodząc więc we wzajemny stosunek nadrzędności względnie podrzędności układu dokrewnego i wegetatywnego — można sobie wyobrazić, że zaburzenia dokrewne i mięśniowe wywołane są przez zmiany w zakresie wyższych ośrodków układu wegetatywnego, prawdopodobnie podwzgórza, które tą drogą sprowadziły stan dyshormonji z jednej, a patologiczne objawy nerwowo-mięśniowe z drugiej strony. Przytem nieprawidłowe pobudzenia dla włókien mięsnych mogłyby przenosić się wzdłuż całego systemu włókien wegetatywnych aż do unerwienia wegetatywnego sarkoplazmy włókien prążkowanych. Druga możliwość obejmowałaby oddziaływanie układu dokrewnego i wegetatywnego na kierunek przemiany materji i związany z nim stan pobudliwości nerwowo-mięśniowej. Jak wiadomo bowiem układ wegetatywny ma doniosły wpływ na gospodarkę soków ustrojowych szczególnie zaś na specyficzną równowagę jonową tkanek, od której zależy stan receptywnej substancji mięśniowej, a tem samem i stopień jej pobudliwości. Wszelkie przesunięcia w ustosunkowaniu jonowem w kierunku alkalozy prowadzą do zwiększenia pobudliwości nerwowo-mięśniowej i występowania kurczów (n. p. tężyczkowych), w kierunku zaś acidozy do obniżenia jej.

Jakkolwiek więc przyszłość rozwiąże te zagadnienia — to jednak istotną pozostanie zdobycz, że zaburzenia dokrewne w szeregu nerwic ruchowych, a w rzędzie ich i w myoklonji stanowić mogą podstawowy czynnik etjologiczny, a pogląd taki zbliżyć nas musi do płaszczyzny współczesnych poszukiwań naukowych nad pokrewnemi, choć nie identycznemi zaburzeniami układu nerwowo-mięśniowego, których wyświetlenie drogą endokrinologji tak istotny postęp badawczy przyniosło.

Piśmiennictwo.

1) S. E. Jeliffe i W. A. White. A text-book of neurology and psychjatry, Philadelfia 1923. — 2) Lewy. Wesen des Tonus und der Bewegungshandlung, Kraus u. Brugsch. Path. u. Therap. inn. Krankh. 1924. — 3) Heilig. Zur Kasnistik des Paramyoklonus multiplex. Arch. f. Psych. 1911. Band 48. — 4) Loeb. Param. mult., D. m. W. 1913. 5. B. S. 143. — 5) Marus Fall v. Friedreichschen. Param. mult., Wien. med W. 1903, S. 1065. — 6) Pässler. Fall von Param. mult. Münch. med. Woch. 1909. S. 420. 7) — Hess. Die Myoklonie. Neur. Zentralbl. 1908. S. 747.

K. ORZECHOWSKI i W. MITKUS. Warszawa.

O postaci parkinsonowskiej guzów okolicy przysadki i lejka obok uwag o symptomatologji guzów wnętrza III. komory.

Z kliniki neurologicznej Uniw. Warsz.

Dokończenie.

Co do częstości naszego typu guzów trudno sobie wyrobić pojęcie z powodu luk w opisach sekcyjnych. Według największej dotąd statystyki Cushinga (209 przypadków) guzy Erdheimowskie zdarzają się w 16.7%. Z nich pewna tylko część dosięga tej wielkości, by móc wywołać znaczniejsze wodogłowie, prawdopodobnie nie więcej, niż jedna trzecia lub czwarta część, co dawałoby 4 do 5% guzów przysadki wogóle. Jeśli jednak zważymy, że w grupach Cushinga »gruczolaków chromophobnych« i »torbielowatych« w pewnym odsetku guzy wykazują wzrost dokomorowy, liczba procentowa guzów nas tu interesujących znacznie się podniesie. Na to wskazuje okoliczność, że we własnym materjale, bardzo zresztą skromnym ilościowo w porównaniu ze statystyką Cushinga na 22 przypadków, aż w 5, więc w ponad 20% stwierdziliśmy zespoły pozapiramidowe, więc najprawdopodobniej we wszystkich przypadkach chodziło o guzy komorowe. W dwóch z nich w każdym razie sekcje stwierdziły guzy komorowe i wodogłowie (R. i Kab.). Prawdopodobnie więc nie bardzo odbiegniemy od rzeczywistości, obliczając częstość dużych, komorowych guzów przysadkowo-lejkowych na około 10% ogólnej liczby guzów tej okolicy.

Przeglądając kazuistykę klinicznych guzów przysadki opisanych w piśmiennictwie, uwzględniamy te przypadki, których historja choroby notuje objawy pozapiramidowe. Prócz własnych dwóch przypadków i przyp. Nyssena i van Bogaerta są to przypadki sekcyjne, więc pod względem anatomo-topograficznym zupełnie pewne. Ze skąpego plonu objawów pozapiramidowo-wzgórkowych, jaki znajdujemy w tej kazuistyce, nie należy wnosić, że są one zbyt rzadkie. Historje chorób guzów przysadki dawniej opisywanych wypełnione są niemal wyłącznie objawami, które wówczas były przedmiotem szczególnego zainteresowania, więc objawami ze sfery troficznej. Objawów, tu nas zajmujących, z zakresu pozapiramidowego w przypadkach guzów większych nie dostrzegano może, bo się nimi wówczas nie zajmowano, albo odnoszono je prawdopodobnie do ciężkiego stanu ogólnego, psychicznego i cielesnego, do otępienia i otyłości, w każdym razie nie opisywano ich bliżej, jako mało godnych uwagi. Jednak już w przypadkach nastarszej daty znajdujemy czasem wzmiankę o trudności lub niemożności chodu, dopiero w późniejszych historjach chorób napotyka się objawy, które według stanu obecnego naszych wiadomości mamy prawo z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem pojmować jako zespoły pozapiramidowe, ze względu zaś na sąsiedztwo bliskie okolicy przysadkowo-lejkowej, odnosić je do upośledzenia funkcji właśnie zwojów podstawnych, a nie innych dalej położonych części mózgowia, które w pewnych warunkach podobne mogłyby dawać objawy. W przypadku Bergera-Erdheima był okres zamroczenia ze zesztywnieniem kończyn i tułowia. W przypadku Thomas, Jumentié i Chausseblanche (R. N. 1923. T. 11.) bywały okresowo napady letargiczne przez dwa lata. W napadzie obserwowanym klinicznie stwierdzono hypertonję karku i górnych kończyn, a po ustąpieniu napadu ruchy mimowolne, prawie rytmiczne barków, którym towarzyszą ruchy prostujące łokci i współczesny głęboki wdech. Mamy więc tu zespół kurczowy przypominający pewne konstelacje myokloniczne. W ostatnim napadzie przed śmiercią pojawiły się bóle gwałtowne w barkach i bardzo znaczna hypertonja. W obserwowanych napadach był obecny obustronny Babiński. Ponieważ przed 1. napadem wystąpiła nagle amnezja z dyzartrją, podejrzywano zrazu paralizę. Zespół odżywczo-wydzielniczy wystąpił dopiero w 3. r. choroby. U chorego Claude-Schoeffera uderza notatka: »chory znużony, bardzo senny, wszystkie ruchy są bardzo powolne«. W niezupełnie pewnym przypadku Bussel-Risien'a (proc. of. the r. s. of. med 1921, Nr. 14.) zanotowane jest grube drżenie obu rąk. Chora Cuela miała

powolną mowę i utrudnienie chodu. W 2. przypadku Bregmana i Steinhausa chód był dobry, lecz zwroty niezgrabne, było drżenie wahadłowe rąk i dolnych kończyn, silniejsze po stronie prawej, przy Babińskim lewostronnym — wreszcie ogólne toniczne kurcze. Silne drżenie rąk i nóg spostrzegała Siedlecka. W przypadku Sainton-Pérona (L'Encephale 1923, str. 358), chory miał silne spowolnienie mowy, nieruchomą twarz, szeroko rozwarte oczy, stale zmarszczone czoło, połowiczy niedowład bez Babińskiego i zły chód. Jedyny dotąd przypadek pełnego zespołu parkinsonowskiego z wybitnemi objawami wzgórkowemi (bóle i przeczulica) przedstawili klinicznie Nyssen i van Bogaert na ostatnim Zjeździe franc. psychjatrów i neurologów. Poza wymienionemi przypadkami możliwe bardzo, że część przypadków z objawami pozapiramidowemi gubi się w kazuistyce guzów przysadki z objawami psychotycznemi. Cięższe zaburzenia psychiczne nie odpowiadają bowiem większości guzów śród- i pozasiodełkowatych, a prawdopodobnie właśnie guzom naszego typu, t. j. guzom dużym, komorowym, boć te guzy wywołują wodogłowie. Snadniej wyobrazić sobie możemy związek otępienia i psychozy Korsakowa z dużym guzem okolicy przysadkowej i z wodogłowiem mu towarzyszącem, niż zależność tych stanów od humoralnych wpływów guzów mniejszych rozmiarów Duże zaś guzy wprost wyjątkowo rozwijają się w płask na dnie jamy czaszkowej, z reguły prawie ku wnętrzu III. komory. W symtomatologji przypadków psychjatrycznych piśmiennictwa zapewne nieraz ciężkie zaburzenia psychiczne przesłaniały lub utrudniały interpretację objawów pozapiramidowych, z których część, jak akinezę, powolność ruchów, kataleptyczność, nawet utrudnienie chodu sprowadzano do stanu psychicznego. Z bardziej znanych przypadków wymienię tu przypadki Strausslera, Frankl-Hochwarta, Parhona-Goldsteina, Schuppiusa (»typowa katatonia«), wreszcie Kankeleita, Oppenheim (Z. f. d. g. N. u. Ps. T. 25., str. 527) i Kahlmeter (D. Z. f. Nhk. 1916. str. 173) w pracach o *pseudoparalysis pituitaria*, nie wyszczególniają w historjach chorób żadnego objawu o pokroju pozapiramidowym, co nie musi zupełnie wynikać z przeoczenia. Należy bowiem stwierdzić, że w pewnych rzadkich przypadkach piśmiennictwa duże guzy komorowe przysadki nie dawały wodogłowia wewn., a w innych także bardzo rzadkich, sądząc z dokładnych opisów klinicznych, nie było objawów pozapiramidowych, chociaż wodogłowie komór było obecne. Do takich wyjątków należy przypadek przedstawiony przez Stef. Leśniewskiego w Towarzystwie lek. Szp. Dz. Jezus, w którym guz, wypełniający wysoko III. komorę (stwierdzono to na podstawie konturu wapniowego, nie dawał objawów pozapiramidowych. W tym przypadku także odma nie wykazała wodogłowia.

Przytoczony powyżej kliniczny materjał uzupełniamy własnemi spostrzeżeniami. W historjach chorób guzów przysadki, obserwowanych dłuższy czas przez jednego z nas (18 przypadków we Lwowie i 4 w Warszawie), znaleźliśmy cztery przypadki z zespołami pozapiramidowemi. Z natury rzeczy wynika, że dotyczące notatki mogliśmy wyszukać w historjach chorób tylko przypadków z zaburzeniami pozapiramidowemi bardzo wybitnemi.

1. Kaban 30. l. Szpital lwowski. Obserwowana przez dwa miesiące w 1909 r. U chorej tej sekcja wykazała szkliwiak wychodzący z lejka, wielkości jaja gołębiego ponad makroskopowo nie zmienioną przysadką. Guz wgłębiał się wysoko w III komorę. Znaczne wodogłowie wewn. W płacie czołowym prawym torbiel wielkości orzecha włoskiego, której ściana wykazywała utkanie szkliwiaka. Obok zespołu przysadkowego (niezwykła otyłość, moczówka prosta, brak miesiączkowania) psychozy Korsakowa z maniakalnem podnieceniem i omamami wzrokowemi i słuchowemi, znajdujemy w historji choroby następujące notatki: Przykurcz w zakresie całego nerwu twarzowego prawego. Brak porażeń, brak Babińskiego, Mendla-Bechterewa i Rossolima, z początku przelotnie Oppenheim po lewej, zaznaczony po prawej. Chodzi niedołężnie, stopy stawia bardzo powoli, zwłaszcza utrudnione jest obracanie się podczas chodzenia. Leży z przygiętemi kolanami, nogi trzęsą się stale, często prawa noga więcej. Przeczulica bolesna całego ciała. W miarę trwaniu stanu chorobowego chód się coraz pogarszał, odruchów patologicznych przykurczowych stale brakowało. Objawów oponowych nie było.

2. Żur A. lat 52. Szpital powszechny lwowski, 1910—1911. Jest to ten sam chory, na którym Mikulski przeprowadzał »Badanie nad tętnieniem mózgu człowieka«, (Lw. Tyg. lek. 1914). Od roku bole i zawroty głowy bez wymiotów, osłabienie wzroku i czasem podwójne widzenie. W tym czasie dwa napady drgawek. Brak popędu od 2 lat. Przedmiotowo: Chudy. Z początku połowicze prawostronne niedowidzenie, potem przez krótki czas ślepota połowicza, z czasem powrót pola widzenia do prawidłowego kształtu, tylko pewne zaciśnienie ze wszystkich stron. Bystrość wzroku 6/12, z czasem podupadła do: palce na ½ m. na l., a 1½ m. na prawem oku i równocześnie wytworzył się biały zanik brodawek nerwów wzrokowych. W okolicy siodełka tureckiego duży, okrągławy cień, silnie wysycony solami wapniowemi, zarysów siodełka się nie rozróżnia, zresztą objawów wzmożonego ciśnienia na roentgenogramie brak. Przysłuch czaszki ujemny. Wassermann z krwi i płynu m. rdzen. ujemny. Zaznaczony wytrzeszcz gałek, z czasem lekkie opadnięcie lewej powieki i niedowład 1. mięśnia prostego górnego. Nieznaczne otępienie umysłowe. Brak zamroczenia. Bóle głowy niewielkie. Po nocach nie sypia. Leży stale w łóżku, samoistnie nie mówi, odpowiada monosylabami. Zmuszony do chodzenia, chodzi drobnemi krokami, za powolnie, zwroty wykonuje nadzwyczaj powoli i »ostrożnie«. Przy próbie Romberga z czasem słania się w tył. Często drżenie rąk i palców, zwłaszcza prawej ręki, stale grube drżenie całej masy języka. Ruchy prawych palców jakby niedołężne. Odruchy ścięgnisto-okostnowe nie wzmożone, równe, po napadach czasem wygórowane nieco po prawej stronie, brzuszne i podeszwowe równe, brak Babińskiego przez cały czas, Przy końcu obserwacji zaznaczony niedowład prawych kończyn, i wzmożenie napięć mięśniowych w prawej kończynie górnej bez wygórowania odruchów. Brak zaburzeń afatycznych. Mowa często niewyraźna, z zacinaniem się, jednak nie o typie dyzartrji porażeńców. Brak apraksji. Bardzo częste napady, nieraz kilka na dzień, o różnym charakterze, to ogólne z utratą przytomności, to Jacksonowskie prawostronne, te najrzadziej, najczęściej napady bez utraty przytomności z tonicznem wyprostowaniem wszystkich kończyn i podaniem głowy w tył. Wreszcie miewa chory tego rodzaju napady: mówi, że ma napad, zachowuje się jednak przytomnie; dopiero przy uważniejszej obserwacji spostrzega się drobne bardzo szybkie drżenie wszystkich kończyn w całości i dolnej szczęki. Gdy dostaje takiego napadu chodząc, nie pada, lecz się tylko przechyla na prawy bok Brak objawów móżdżkowych, ze strony czucia i oponowych. Stale skłonność do przyśpieszenia tętna. W moczu 1,2% cukru. W ciągu przebiegu sprawy chorobowej poprawy i pogorszenia. W okresach poprawy chodzi wcale dużo i dobrze, rozmawia z chorymi, nie robi wrażenia »tępego«. Po zabiegu odbarczającym Cushinga stan motoryczny poprawił się znacznie, napady występowały raz na kilka dni. Chorego przeniesiono do Zakładu w Kulparkowie, gdzie stan taki sam utrzymywał się przez kilka lat.

Przypadek ten nastręczał swego czasu duże trudności rozpoznawcze. Obok objawów guza przysadki (cień siodełkowy, okresowa ślepota połowicza prawostronna, zanik popędu płciowego, cukier w moczu, brak tarczy zastoinowej, przewlekły przebieg, mało nasilone ogólne objawy guza mózgu), istniały bowiem zaburzenia ruchowe, których stanem psychicznym chorego niepodobna było tłumaczyć: akineza, zaburzenia nietypowe mowy, powolność chodu, trudność zwrotów, wreszcie drżenia. Nie można było odnosić tych zaburzeń do zmian piramidowych, bo różnicę odruchów czasami się tylko wykazywało i to zawsze dyskretną, a objawu Babińskiego przez cały czas obserwacji nie było. Ponieważ takiego zespołu przy guzach przysadki dotąd nie opisywano, sam zaś guz przysadki mógł być uważany za niezupełnie typowy, wydawało się swego czasu że najlepiej ominie trudności rozpoznawcze wynikłe z niepra widłowości obrazu chorobowego rozpoznanie guza rosnącego obok przysadki, po jej stronie lewej, uciskającego może na płat czołowy lewy. Obecnie, zdaje się nam, że objawy ruchowe, mimo ich przedstawienia w historji choroby, jak na obecne nasze wymagania, nie zupełnie dostatecznego, odpowiadały zespołowi pozapiramidowemu, przeważającemu po stronie prawej. Guz był najprawdopodobniej szkliwiakiem, wychodzącym z przysadki lub lejka i stąd dawał cień ciała wysyconego solami wapnioweml. Przytem wrastał on prawdopodobnie w III. komorę wywołując wodogłowie, znaczniejsze lewej komory. Wodogłowie wewn. tłumaczyło przeważną część napadów, inne musiały być zależne od przywarcia okolicy ruchowej kory do opony twardej.

3. Sok. lat 48, obserwowana w 1915 i 1917 w Szpit. Powsz. lwowskim, potem w Kulparkowie od 1917 do śmierci, dnia 20. IV. 1918 Sekcja (Hornowski) wykazała torbiel przysadki. Dokładniejszego protokołu sekcyjnego brak.

Chora raz była w ciąży, która skończyła się poronieniem. Od 25. roku życia nie miesiączkuje i odtąd niepomiernie tyje. Od bardzo wielu lat datują się silne zawroty i bóle głowy, bóle nóg, utrata pamięci i senność taka, że zasypiała w trakcie zajęć. Od roku nie chodzi. Od trzech lat nie utrzymuje moczu. Przy pierwszem badaniu przypuszczenie porażenia postępującego wydawało się pewnem z powodu objawów psychicznych nierówności, zniekształcenia i braku odruchów źrenicznych

i silnego drżenia rąk. Jednak odczyn Wassermanna we krwi był stale ujemny. Uwzględnienie reszty objawów i obserwacja dostarczyły dowodów, że chodziło o niezwykły przypadek guza przysadki. Badania były bardzo utrudnione z powodu zachowania się psychicznego chorej, nieuwagi i jakby rysu negatywistycznego (?), wielkiej wyczerpalności i wreszcie przeczulicy skóry całego ciała najznaczniejszej w dolnych kończynach.

Kolosalna otyłość. Twarz akromegaliczna. Mocz bez zmian, po adrenalinie wydzieliła nieco cukru. Zniszczenie siodełka tureckiego. Dno oka prawidłowe niedowidzenia połowiczego brak, jednak bystrość wzroku upośledzona dość znacznie. Kończyny górne prawidłowe, tak samo dolne, o ile chodzi o ruchy w łóżku. Postawiona, trzyma się przygarbiona, stąpa drobnemi, wcale szybkiemi krokami, nie odrywając stóp od podłogi, mimo przebierania stopami, często prawie nie posuwa się naprzód. Robi to niechętnie. Usprawiedliwia się, że »nie może więcej« i domaga się przeprowadzenia z powrotem do łóżka. Czasem Babiński po lewej stronie. Grube masowe drżenie języka, silne, stałe drżenie rąk i palców, jak w paraliżie. Na dolnych kończynach stała hypertonja, mięśnie silnie napięte, pod grubą podściółką tłuszczową wyczuwa się ich jędrne i ostre kontury. Daleko idące otępienie umysłowe, zespół Korsakowa z euforycznem, to zgryźliwem podnieceniem. Przy badaniu dziwne zachowanie się, chora poleceń często nie spełnia n. p. nie podaje ręki, nie zamyka oczu, tłumacząc się »jakoś nie mogę, zaraz zrobię, jakoś się tak przestraszyłam«, po pewnym czasie na ponowne wezwanie dane polecenie wykonywa zupełnie poprawnie. W czasie pobytu w Kulparkowie, wedle odpisu historji choroby łaskawie mi użyczonego przez kol. Neufeldówną wystąpiło z czasem usposobienie płaczliwe, jeszcze większa »oporność« przy badaniach lekarskich, ataksja górnych i dolnych kończyn, wreszcie połowicze niedowidzenie.

Abazję i astazję chorej i jej pozorny negatywizm należy widocznie odnosić do zespołu pozapiramidowego, jak również nadmierne napięcie mięśni w dolnych kończynach i drżenia, zaś przeczulicę obok samoistnych bólów, do poronnego zespołu wzgórkowego.

4. A. S. lat 33. Klinika Neurologiczna U. W. 1922. Żadnego cierpienia gorączkowego nie przechodził. Od 4 lat bóle głowy z wymiotami. Od ½ roku zaniewidział, przytył i stracił zupełnie siłę męską. Od kilku miesięcy nie może zatrzymać moczu. Przedmiotowo: Wysoki, dość otyły, grube policzki, części płciowe i owłosienie słabo rozwinięte. Zniszczenie zupełne siodełka tureckiego. Zanik prosty obu nerwów wzrokowych. Niedowład mierny spojrzenia w obie strony. Zresztą brak zmian w nerwach czaszkowych. Stać może, chodzić nie chce. Pada często na prawo. Kończyny górne, zwłaszcza ręce, przybierają często typowe ułożenie parkinsonowskie. Przykurcz stały zginaczy kolan, w niewielkim stopniu. Brak objawów piramidowych, silnie wygórowane odczyny antagonistów, zwłaszcza po stronie prawej. Wydelikacony i ścieńczały naskórek na palcach rąk. Przeczulica na całem ciele. Brak objawów móżdżkowych i oponowych. Badanie w kierunku kiły ujemne. Płyn m. rdz. prawidłowy, pod miernem ciśnieniem. Zazwyczaj śpi, zwolnienie procesów psychicznych, inteligencja mało upośledzona. Przeważnie wykonuje ruchy polecone dopiero po naleganiach powoli, z przerwami. Rozpoznanie: Guz przysadki z objawami parkinsonoidu.

Uzasadnienie pozapiramidowego pochodzenia zaburzeń ruchowych w przytoczonych przypadkach wydaje się zbędne, tak są one charakterystyczne. Uderza przytem, że niedowłady pozapiramidowe stale i w najwyższym stopniu dotyczą dolnych kończyn. W trzech przypadkach spotykamy przeczulicę ogólną, którą w danych okolicznościach musimy uważać za objaw wzgórkowy.

Przytoczona wyżej kazuistyka kliniczna obca i własna jest przykładem wikłania się guzów przysadkowo-lejkowych objawami pozapiramidowymi. Znajdujemy tu już to poszczególne tylko objawy pozapiramidowe, to luźne ich ugrupowania, wreszcie objawy usystemizowane w zespoły parkinsonowskie, od poronnych do pełnych — obok napadowo występujących objawów zesztywnienia odmóżdżeniowego (*rigidité decerebrée).* W czterech własnych przypadkach i przypadku v. Nissen-Bogaerta ponadto był obecny szczątkowy zespół wzgórkowy *).

*) Tutaj musimy wtrącić, że przeczulica bólowa i samoistne bóle chorych z guzami przysadki muszą poważnie zachwiać przypuszczeniem o pochodzeniu przysadkowo-lejkowem choroby Dercuma, jako zespołu dokrewnego na tej podstawie, że w dwóch przypadkach stwierdzono sekcyjnie guzy przysadki. Przypadek samego Dercuma nie nadaje się do analizy z powodu braku dokładniejszych szczegółów. W przypadku Burra (Journ. of. n. s. m. dis. 1900) guz przysadki wdzierał się do komór. Naszem zdaniem, guz w tym przypadku odpowiadał dużemu guzowi komorowemu z objawami wzgórkowemi zależnemi od wodogłowia III. komory.

Zespoły pozapiramidowe tych przypadków, a także objawy wzgórkowe należy wiązać z wodogłowiem wewnętrznem, do którego doprowadzają duże guzy komorowe. Wykazaliśmy poprzednio, że pewna część guzów przysadkowo-lejkowych rozrasta się w duże guzy komorowe, wspominaliśmy też z drugiej strony, że we wszystkich sekcjonowanych przypadkach z klinicznie stwierdzonemi objawami pozapiramidowemi, w których protokóły sekcyjne są na tyle dokładne, rzeczywiście istniały takie duże komorowe guzy z wodogłowiem następowem.

Guzy przysadki typu tutaj przedstawionego są z natury rzeczy zarazem guzami III. komory do objawów; więc pozapiramidowych i wzgórkowych dołączają się w przypadkach tych guzów objawy, po części już skądinąd znane, guzów III. komory. Pozostaje nam więc poświęcić jeszcze kilka słów symptomatologji tych guzów Pierwszy i jedyny dotąd starał się ją nakreślić Weisenburg (Brain, 1910, str. 236) na podstawie 30 przypadków zebranych z piśmiennictwa. Miał on na myśli guzy III. komory w ściślejszem słowa znaczeniu, więc wychodzące ze splotu naczyniowego, przesłony i wyściółki, które nie naruszając głębiej tworów mieszczących się w ścianach komory III. rozwijają się ku wolnej przestrzeni komorowej. Materjał kazuistyczny W. można obecnie pomnożyć o przypadki Sjövalla (Zieglers Beitr. T. 47), Beutlera (Virch. Arch. T. 232) i Sundberga (Acta med. scand. 1923) torbieli wyściółkowych, Parkera (J. of. n. a. m. dis. 1923). Beiley'a i Reifensteina (tamże), wreszcie Claude'a i Lhermitte'a (R. N. 1918. I. str. 39, ref.) Nawiasem tylko wspominamy, że w wyborze swego materjału kazuistycznego W. niedopełnia warunków, które sam sobie zakreślił, włączając do kazuistyki przypadki, które właściwemi guzami III. komory w przyjętem przezeń znaczeniu nie były. Należą tu przypadki guzów przysadki pewnych, Calonziego, Cornila-Ranviera, Falksona, Saxera, Selkego, Wallmana, Wilsona i prawdopodobnie z przysadki wychodzących: Birch-Hirschfelda, 2 przypadki Motta, Russela, ostatni wreszcie przypadek własny Weisenburga. Jeśli dodamy, że w tak umniejszonym zbiorze przypadków znaczna część historji chorób jest zgoła niekompletną, zrozumiemy, że na tym szczupłym i kruchym materjale obserwacyjnym trudno było rozbudować zwarty obraz klinicznego zachowania się właściwych guzów III. komory, Mimo to wiele szczegółów pracy W. zasługuje na podniesienie. Oddziela on guzy małe siedzące na dnie III. komory, tu należeć będą guzy ściśle lejkowe, od guzów dużych, wreszcie potrąca o możliwość odrębnej postaci guzów ruchomych, szypułowanych, mogących okresowo zatykać otwory Monroego, a dodajmy od siebie, także wyjście wodociągu Sylwjusza (przypadki Sundberga i Beutlera). Zatrzymajmy się na guzach większych. Te mają często skłonność rozrastania się z kierunkiem prądu płynu m. rdzen. ku wodociągowi, który rozpychają nieraz tak dalece, że może dokonać się rozdział obu jąder czerwonych. W ten sposób znalazłyby wytłumaczenie objawy gałkoruchowe, móżdżkowe i w pewnej mierze pozapiramidowe. Zawsze guzy te wywołują wodogłowie wewn. wszystkich komór, które W. tłumaczy wedle Motta uciskiem na żyły Galena przebiegające w przesłonie naczyniówkowej i wzmożonem przesiąkaniem cieczy m. rdz. ze splotów. Obok tego naszem zdaniem, czynnik mechanicznego podrażnienia splotów przez sąsiedztwo guza mógłby mieć także pewne znaczenie. Z objawów neurologicznych obok natężonych objawów ogólnych guza mózgu (z wyjątkiem tarczy zastoinowej) wymienia W. częstość niedowładów kończyn i to w 7 przypadkach jednej strony, w 5 obu stron, podkreślając, że niedowłady te, podobnie jak w wodogłowiu wewn., nie odpowiadają właściwym porażeniom (*a paresis without a well-defined paralysis*), Dodajmy, że i w przypadkach Baileya-Reifensteina i Parkera było osłabienie dolnych kończyn i górnej lewej, w niej grube drżenie i brak objawu paluchowego. Wreszcie podnosi W. częstość ciężkich zmian psychotycznych: 3 razy obraz porażenia postępującego, raz Korsakow, szesnaście razy otępienie ze skłonnością do śpiączki. W 1. przypadku Motta-Barrata z obrazem porażenia

postępującego zmieniały się objawy: odrętwienia, otępienia i senności ze zwolnieniem mowy, ruchów, drżeniem języka i twarzy tak, że chory sprawiał okresami wrażenie epileptyka, to porażeńca, to zupełnie zdrowego. Nie ulega dla nas wątpliwości, że jak wynika z obrazu chorobowego tego ostatniego przypadku i z niektórych rysów zaobserwowanych przez Weisenburga, a nadto z symptomatologji dużych guzów przysadki, będących zarazem guzami III. komory kazuistyka guzów III komory sensu strictiori zaznajomi nas w przyszłości o wiele częściej z objawami pozapiramidowemi i że tak uzupełniona stanowić będzie odpowiednią podstawę dla ich rozpoznania różniczkowego. Wobec rzadkości »czystych« guzów III komory, symptomatologja ich czerpać może z kazuistyki klinicznej guzów przysadki naszego typu, ponadto z kazuistyki wodogłowia wewn. i guzów wrastających do III. komory z innych ścian, a mamy tu na myśli w pierwszym rzędzie guzy spoidła wielkiego tak często zbliżone klinicznie do guzów III. komory i wreszcie guzy przegrody przeźroczystej. Na zasadzie własnych spostrzeżeń i uwzględniając doświadczenia Weisenburga możemy ustalić już teraz, że zrąb objawowy właściwych guzów III. komory stanowią obok otępienia i śpiączki zespoły pozapiramidowe, mniej lub lub więcej pełne, i szczątkowe objawy wzgórkowe w postaci ogólnej przeczulicy.

O stronie chirurgicznej guzów naszego typu nie pozostaje nam wiele do powiedzenia. Doszczętne ich usunięcie zapomocą którejkolwiek ze stosowanych metod wydaje się niemożliwe. Cushing zaleca dla szkliwiaków drogę klinową przyczem w pewnych przypadkach jest zmuszony operować drugi raz drogą czołową. C. z wyników swoich jest zadowolony, a przypuścić należy, że wśród olbrzymiego materjału musiał natrafić także na guzy duże, komorowe. Rzecz jasna, że możliwe jest tylko wyłuszczenie części pozakomorowej części guza. Wyniki Cushinga należy przypisać odbarczeniu przez wybicie otworu klinowego, a i temu, że guz komory ma potem możność wysunąć się z III. komory na zewnątrz, ku dołowi, bo z jej ścianami przeważnie nie bywa zrośnięty. Wówczas przestaje uciskać na żyły Galena. Iść za propozycją Dandye'go (Johns Hopkins Hospital Bull. 1922., str. 188) poprzez duże spoidło, znaczyłoby przedsiębrać zabieg niesłychanie niebezpieczny, a nie dający żadnej nadziei wyjęcia guza dużego i niepodatnego z powodu zwapnień. O ile guzy przy stosowaniu zabiegu przez zatokę klinową rzeczywiście wysuwają się częściowo z komory III., droga klinowa nadawałaby się do operacji paljatywnej. Drugim sposobem postępowania, mniej ryzykownym i tam godnym zalecenia, gdzie nie ma dowodów zajęcia okolicy siodełkowo klinowej, byłby zwykły zabieg odbarczający podskroniowy z następowem naświetlaniem roentgenowskiem guza. Wobec samoistnej skłonności guzów do rozpadu rokuje to leczenie nadzieję częściowego wyniku.

Streszczenie wyników:

Pewna część guzów okolicy przysadki wrasta głęboko do III. komory, aż po strop, co wywołuje niemal zawsze znaczne wodogłowie wszystkich komór. Są to przeważnie guzy powstające z resztek przewodu przysadkowego, dość często torbielowate, zawierające złogi wapniowe. Z powodu przeważającego rozrostu komorowego guzy te bywały dość często określane w piśmiennictwie jako guzy III. komory lub lejka.

Klinicznie stwierdza się w przypadkach guzów tego typu zespół przysadkowo-lejkowy, nasilone objawy ogólne guza mózgu w przeciwieństwie do innych guzów przysadki, a ponadto: 1) objawy pozapiramidowe, to w luźnych ugrupowaniach, to zagęszczające się w zespoły parkinsonowskie, przyczem najczęściej są dotknięte dolne kończyny; 2) poronne objawy wzgórkowe w postaci ogólnej bolesnej przeczulicy, a czasem samoistnych bólów; 3) skłonność do śpiączki bardziej uderzająca niż przy innych guzach przysadki; 4) często otępienie, czasem z zespołem Korsakowa; 5) objawy móżdżkowe (na dalszym planie); 6) roentgenologicznie często cienie wapniowe, a po wykonaniu odmy duże wodogłowie komór (czasem także trzeciej).

Należy oczekiwać, że rozpoznanie właściwych guzów III. komory opierać się będzie obok objawów już podniesionych przez Weisenburga (objawy ogólne guza, śpiączkowe, dementywne). na stwierdzeniu wodogłowia sposobem odmowym i zespołów 1. i 2. Te same grupy objawów muszą również dopełniać często obrazy kliniczne guzów wrastających do III. komory od góry, więc guzów spoidła i przegrody przeźroczystej.

Guzy komorowe opisanego typu nie nadają się do wyłuszczenia żadną metodą chirurgiczną.

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Według powszechnie przyjętego zdania, nowotwory woreczka żółciowego są ściśle uzależnione od kamicy. Hotz (*Z. f. d. g. Chir. T. XVI. H.8.*), opierając się na danych z kliniki w Bazylei uważa, że rak dróg żółciowych powstaje zwykle na tle przewlekłej kamicy żółciowej a wspomniany fakt służyć powinien za pewne wskazanie do operacji radykalnej. Marchand (*Z. f. d. g. Chir. T. XVI. H. 7.*), powołując się na osobiste doświadczenie, twierdzi, że rak woreczka żółciowego, z małym wyjątkiem, rozwija się zawsze w woreczku, w którym są, albo były złogi. Autor ten sądzi, że rak woreczka żółciowego może służyć za najlepszy przykład powstawania nowotworu złośliwego w następstwie przewlocznego zapalenia i podrażnienia. Brütt, spostrzegając 82 przypadki raka woreczka żółciowego, stwierdził 31 razy jego kamicę; upoważnia go to do wniosku, że kamienie w wysokim stopniu sprzyjają bujaniu rakowemu. Wilms (*Med. Klinik 1918. Nr. 23.*) operował 1000 przypadków schorzeń przewodów żółciowych, wśród których 43 razy zauważył raka woreczka żółciowego, zawierającego kamienie. Autor ten sądzi, że jednym z najważniejszych wskazań do operacji przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego jest zwrócenie uwagi na wywiady w kierunku usposobienia chorego lub rodziny jego do schorzeń rakowych. Mayo (*Lancet* 1923 z dn. 30 czerwca) oblicza dla raków woreczka żółciowego 3% wszystkich przypadków kamicy. Z innych autorów, którzy przeczą temu i podzielają zdanie, że nie rak jest następstwem kamieni, lecz przeciwnie, zasługuje na uwagę przedewszystkiem znany i doświadczony w tej sprawie profesor Kehr. Zdaniem jego, w piśmiennictwie nagromadziło się już sporo opisów przypadków raka woreczka żółciowego u jednostek, które nigdy się nie uskarżały na napady kolki żółciowej. Zdaniem jego, rak woreczka żółciowego jest wogóle rzadkiem schorzeniem, a jeśli się weźmie pod uwagę nawet postacie utajone, występuje on nie częściej, niż w 1% wszystkich przypadków kamicy żółciowej. W większości przypadków pojawia się równoczesne (koegzystencja) współistnienie raka i kamicy żółciowej, a niekiedy tworzenie kamieni jest zjawiskiem wtórnem. Rakowo zmieniony woreczek żółciowy może służyć za doskonałe podłoże dla rozwoju najrozmaitszych drobnoustrojów, które w obfitości mogą zachodzić w żółć, boć powszechnie znaną jest już rzeczą, że żółć zupełnie zdrowych ludzi może zawierać liczne drobnoustroje, to też podobną bakterjocholję uważa się często za przyczynę powstawania zakażeń dróg żółciowych (Umbe). Wobec tego stany zapalne w obecności raka łatwo prowadzić mogą do wypadania kamieni. Rzecz naturalna, że Kehr nie zaprzecza w zupełności ewentualnego podrażnienia kamieniem, co również może mieć pewne znaczenie w etjologji nowotworów rakowych. Aldor (*Z. f. d. g. Chir. T. XVIII. H. 5.*) kategorycznie stwierdza, że nie posiadamy jeszcze dostatecznych dowodów, przemawiających za ścisłym związkiem między schorzeniem rakowem a woreczkiem żółciowym i obecnością kamicy. Według niego wywiady chorych, cierpiących na raka woreczka żółciowego, nie wskazują zwykle na przebycie kamicy.

Z polskich autorów Eust. Siedlecki (Warszawskie

TABELA II.

Śmiertelność kobiet na raka według lat i narządów.

Lata	Odsetek	Suma	Krtań	Tchawica	Oskrzela	Warga	Przełyk	Żołądek	Jelita	Drogi żółciowe	Wątroba	Trzustka	Otrzewna	Nerki	Pęcherz moczowy	Narząd rozrodczy	Sutek	Skóra	Tarczyca	Nadnercza
10 — 20	0,7	3														2		1		
21 — 30	6,5	25		1	1			4	4	1	1					11	2			
31 — 40	20,4	79			3		1	30	6	7			3		5	22	2			
41 — 50	33,1	127	1		3		4	27	15	10	1	1			3	50	11		2	
51 — 60	18,9	69			3			23	5	3		2				33	1			
61 — 70	12,7	49	1		1		3	17	2	8		1	1	1		9	3			
71 — 80	7,2	27			2	1		12	5	3	2					2				
81 — 90	1,0	4						2		1			1							
Razem . .		383	2	1	13	1	8	115	37	33	4	4	5	1	8	129	19	1	2	

TABELA I.

Śmiertelność mężczyzn na raka według lat i narządów.

Lata	Odsetek	Suma	Podniebienie	Migdałek	Krtań	Tchawica	Oskrzela	Śródpiersie przednie	Warga	Język	Przełyk	Żołądek	Jelita	Drogi żółciowe	Wątroba	Trzustka	Nerki	Pęcherz moczowy	Stercz	Sutek	Skóra	Tarczyca	Nadnercza
10 — 20	0,22	1										1											
21 — 30	3,35	15					1	1				11	2										
31 — 40	12,2	55	1				2				3	37	4	3		3			1				1
41 — 50	29,9	134			3		10			1	13	80	11	3	3	3	1	2	1			2	1
51 — 60	33,4	150	1		6	1	17		2		9	78	21	4	2	3		3	1		1		1
61 — 70	15,8	71		1	7		5	1			11	34	3	1		1	1	3	1			1	1
71 — 80	4,2	19					2				1	11				1		2	2				
81 — 90	0,7	3										3											
Razem . .		448	2	1	16	1	37	2	2	1	37	255	41	11	5	11	2	10	6		1	3	4

Czas. lek. Nr. 9 r. 1924) podaje tabelkę, z której wnioskować można, że liczba stwierdzonych nowotworów woreczka żółciowego wzrasta z wiekiem, równolegle do wzrastania częstości kamicy. Zwłaszcza wyraźnie zaznacza się to u kobiet, u których nowotwory te pojawiają się przeszło 8-krotnie częściej, niż u mężczyzn. W zestawieniu jego nowotwory pęcherzyka żółciowego były przyczyną śmierci osobników z kamicą w 32 przypadkach na 97 przypadków kamicy, stwierdzonej na 1822 sekcyj. Biorąc pod uwagę zestawienia Siedleckiego, które stwierdzają, że kamica u kobiet 4,3 razy częściej pojawia się, niż u mężczyzn, a według Hornowskiego (Lwowski Tygodnik lekarski r. 1911) 3,6 razy częściej, niż u mężczyzn, a dalej powszechnie uznane zdanie wszystkich autorów co do przeważającej częstości występowania raka woreczka żółciowego u kobiet, można przychylić się do zdania, że istnieje zapewne pewien pochodny związek między temi dwiema rzeczami.

W mojem zestawieniu na 32 przypadki raka woreczka żółciowego w 18 przypadkach stwierdzono obecność kamicy. Co do wieku, to podobnie jak na kamicę, tak i na raka największy procent przypada na lata 41 a 70.

Rak woreczka żółciowego występuje bądź w postaci ograniczonego nowotworu, zajmującego ściśle określony odcinek ściany, bądź w postaci rozlanej, obejmującej pęcherzyk żółciowy w całości. W ostatnim razie pęcherzyk się kurczy, ściany jego są wybitnie zgrubiałe, niekiedy dopiero badanie drobnowidowe jest w stanie rozstrzygnąć o przyrodzie schorzenia. Budowa nowotworu rakowego bywa nadzwyczaj urozmaicona.

Według Kehr'a w 72% stwierdza się raka włóknistego, w 20% raka rdzeniastego i w 8% raka galaretowatego. Baylac *(Z. f. d. g. Ch. T. IV. str. 637)* wyróżnia dwie postaci raka woreczka żółciowego, w pierwszej nowotwór ogranicza się tylko do pęcherzyka żółciowego i nie daje przerzutów, w drugiej szybko są przerzuty w wątrobie. zazwyczaj najczęściej pojawia się w woreczku żółciowym rak cylindryczno-komórkowy albo okrągłokomórkowy, niekiedy pod postacią raka włóknistego albo galaretowatego. W jednym z przypadków zestawienia mojego badanie drobnowidowe wykazało utkanie raka płaskokomórkowego z obecnością pereł rakowych, który jak Firket tłumaczy *(Bull. de l'Acad. royale de med. de Belgique 26 mars 1904)* powstaje na drodze metaplastycznej z nabłonka pokrywkowego albo też z nabłonka gruczołowego.

Weetz (*Virch. Arch. 1901 t. 164* opisuje przypadki, w których pojawiają się w tym samym woreczku równocześnie dwa rodzaje raków: płaskokomórkowy i gruczolakowy. Rzadziej zachodzą raki grzybiaste. Wieting i Hamdi *(Beitr. z path. Anat. u. allg. Path. t. 42 r. 1907)* podają przypadek raka czerniaczkowego.

W mojem zestawieniu na 32 raka woreczka żółciowego w 26 przypadkach stwierdzono raka włóknistego, bądź ograniczonego, bądź rozlanego, w 5 przypadkach raka wrzodziejącego i jeden raz płaskokomórkowego. W przewodach żółciowych rak najczęściej zamykał światło przewodów, usadawiając się najchętniej w miejscu połączenia wszystkich przewodów razem, dając najczęściej postać nacieczeniową.

Na drugiem miejscu, co do ilości stwierdzonych raków, po żołądku, jest macica, i to przedewszystkiem jej część pochwowa.

Pod tym względem wszystkie zestawienia anatomiczne w zupełności się zgadzają, służąc za jeden z głównych powodów do mniemania, że liczba raków wogóle jest większa u kobiet, niż u mężczyzn. Słusznie więc zauważa Opitz, że ogół ludzi ma żołądek, połowa zaś tylko rodu ludzkiego ma macicę, z czego wynika, że procentowo macica zapada częściej na raka, niż żołądek. J. Jaworski (Materjały do statystyki i etjologji raka. Pol. Gaz. Lek. 1912 r.) podaje dla raka macicy 37,5 , , Bejach 12,3%, Redlich 7,4%, Feilchenfeld 10,3% i Riechelmann 12,1%, Nowicki 13,5%, według obliczeń moich wypada 11,91%.

Rosner w podręczniku »*Ginekologja*« podaje zresztą bardzo niskie liczby, oparte na materjale jego, pochodzącym z jego materjału prywatnego i z materjału klinicznego. Z 10.000 prywatnych chorych ginekologicznych tylko 101 miało raka szyjki macicznej (1%). Natomiast na 6.260 chorych kliniki stałej było kobiet z rakiem 187, a więc około 3%. Ten wyższy odsetek w klinice w porównaniu z praktyką prywatną jest naturalny i zrozumiały. Co do wieku, autor stwierdza, że rak szyjki zachodzi przeważnie u kobiet i to w latach okresu przejściowego, a pojawia się najczęściej u kobiet, odznaczających się w wywiadach dużą płodnością. Godną podkreślenia jest uwaga Rosnera, że rak szyjki bardzo rzadko występuje u dziewic i bardzo rzadko łączy się z niepłodnością. Według tego samego autora na 10 przypadków raka szyjki przypada, co najwyżej, jeden przypadek raka trzonu, a czynniki, które sprzyjają rozwojowi raka szyjki, nie odgrywają w przypadkach raka trzonu żadnej roli.

Na 99 naszych przypadków raka macicy nowotwór usadawiał się w trzonie macicy 27 razy, w szyjce 12 razy, w szyjce i w części pochwowej 9 razy i w części pochwowej 51 razy.

Widzimy z tego, że najczęstszem umiejscowieniem raka w zestawieniu mojem jest część pochwowa macicy i jej trzon. Co do rodzajów raka, stwierdzamy w rozpoznaniu anatomicznem w materjale naszym wyłącznie raka wrzodziejącego, niekiedy przechodzącego w rozpad niszczący. Wrzodzeniu ulegać mogą tak raki płaskokomórkowe, wychodzące z części pochwowej, jakoteż gruczolako-raki, bujające bądź z głębszych warstw nadżerek, bądź z samych gruczołów błony śluzowej macicy.

Co do wieku, największa ilość wypadała tak samo, jak u Nowickiego między 40 a 50 rokiem życia, najmłodszemi były 2 przypadki poniżej lat 20, a najstarszemi dwa przypadki w 80 roku życia.

Uświadamiając sobie znaczenie rozszerzania się raka na przymacicze ze względów praktycznych dla klinicysty-operatora, zwróciłem baczną uwagę na zachowanie się przymacicza w zebranym materjale. Zazwyczaj przymacicza zostają wciągnięte w sprawę nowotworową *per continuitatem*, sięgając niekiedy głęboko w *stratum paracervicale*.

Jak wiemy, przymacicza zajęte być mogą również sprawą nowotworową na drodze naczyń chłonnych. A. Wojciechowski w rozprawie »*Rak macicy, a układ chłonny*« (Rozpr. Akad. Nauk Lek. T. II.) stwierdza, że naczynia chłonne macicy tworzą sploty, mianowicie splot podśluzowy, splot mięśniowy i splot podsurowiczy; zdążają one do grupy gruczołów, znajdującej się w rozwidleniu tętnicy biodrowej zewnętrznej i tętnicy brzusznej. Lecz nie jest to bezwzględnie pierwszy etap gruczołowy.

Niezawsze, ale i niezbyt rzadko, znajduje się niewielki gruczoł, znajdujący się w samem przymaciczu w pobliżu szyjki. Gruczoł ten niezawsze znajduje się w tem samem miejscu i nazywa się obecnie ogólnie gruczołem chłonnym przyszyjkowym *(gl. parauterina)*, to też gruczoł ten często bywa wciągnięty w sprawę nowotworową przy zupełnie niezajętych przymaciczach. Klinicznie niejednokrotnie ujść może uwadze przy wymacywaniu, naśladując zrosty lub zlepy pozapalne, na stole sekcyjnym zaś wobec różnorakiego usadowienia się niezawsze trafiając w linję przekroju, bywa przeoczany.

Dlatego też nasuwa się wniosek koniecznego badania drobnowidowego przymacicza w przypadkach raka macicy, która to sprawa po dziś dzień jest niejasną wobec licznych sprzecznych danych, panujących w piśmiennictwie.

Kermanner i Lameris (*Hegars Beitr. Bd 5*) podają zajęcie przymacicza w przebiegu raków macicy na 72,7%, przy odrzuceniu przypadków nienadających się do operacji w 57,5%, Liequer podaje tylko 30% (*Hegars Beitr. B. 18, H. 3)*. Nowicki, opierając się na protokołach sekcyjnych, wykazuje zajęcie w 15 razach, co wynosi w stosunku do 51 stwierdzonych raków macicy 29%.

W mojem zestawieniu przymacicza zajęte były w 28 przypadkach co stanowi 28,2%.

Raki jajników w szeregu nowotworów, jak wiadomo, wyróżniają się nadzwyczajną złośliwością. Budowa histologiczna ich bywa nadzwyczaj różnoraka, to też słusznym

wymaganiem byłaby, odnośnie do ich rozpoznania anatomicznego, ścisła kontrola drobnowidowa w każdym poszczególnym przypadku. Niestety ten moment w zbiorowych statystykach nie zawsze bywa ściśle przestrzegany. Nasze protokoły, opiewające rozpoznania nowotworów jajników w przeważającej ilości są zaopatrzone w podobne badania. Na 30 przypadków raka jajników (3,6%), stwierdzono 11 razy zajęcie obu jajników, 13 razy usadowienie się nowotworu w prawym jajniku i 6 razy w lewym. W przeważającej ilości drobnowidowo stwierdzano torbielako-gruczolako-raka *(kystadeno-carcinoma)*.

Samoistne raki, pod postacią zbitych raków rdzeniastych, zajmowały zwykle tylko jeden jajnik z następowem objęciem jajowodu po tej samej stronie.

Bejach stwierdził raka jajników w 1,2%, Redlich 2,2%, Feilchenfeld 2,4%, Riechelmann 1,9%.

Z dalszych narządów zestawienia mojego, który ilościowo wzbudza większe zainteresowanie, jest rak oskrzeli. W tym okresie czasu stwierdzono 50 przypadków raka oskrzeli, co stanowi 6%. L. Skubiszewski (Prace z Zakł. anat. pat. Uniw. Warsz. zeszyt nowotworowy 1921), opierając się na zestawieniach statystycznych z piśmiennictwa, stwierdza, że pierwotny rak płuca nie należy do spraw zbyt częstych, jakkolwiek z biegiem czasu piśmiennictwo lekarskie wzbogaca się pracami statystycznemi, wykazującemi wzrost ilości pierwotnych raka płuca. Według Bejacha rak płuca zachodzi w 4,8%, u Redlicha w 6,3%, u Feilchenfelda w 4,3%, u Riechelmanna w 3,8%. Według Brossa (Nowiny Lekarskie zesz. 9. r. 1922) na 715 sekcyj rakowych, wykonanych w Charité (1904—1908), w 20 przypadkach stwierdzono raka płuc czyli 2,79% i w latach 1909—1912 na 586 sekcyj rakowych w 29 przypadkach raka płuc czyli 4,95%.

Wszyscy autorowie jednozgodnie stwierdzają, że rak płuc o wiele częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet. Berencsy i Wolff *(Zeit. f. Krebsforschung 1924 T. 21, str. 109)* stwierdzili raka oskrzeli 22 razy u mężczyzn i 5 razy u kobiet, oraz 18 razy raka płuc u mężczyzn i 6 razy u kobiet. W mojem zestawieniu stwierdzono raka oskrzeli i płuc 87 razy u mężczyzn, co procentowo obliczając do stwierdzonych przypadków raka oskrzeli wynosi 74%, a u kobiet 13 razy, czyli 26%.

A. Ławrynowicz (*O pierwicznom rakie legkawo, Russki wracz Nr. 33, r. 1915)* podaje, że na 16.047 sekcyj, wykonanych w szpitalu Obuchowskim za przeciąg 10 lat (1905—1914) stwierdzono pierwotnego raka 61 razy, czyli 3,7% odnośnie do ogólnej liczby raków. W tem rozpoznano raka u 42 mężczyzn i u 19 kobiet.

Briese *(Zur Kentniss des primären Lungenkarcinoms mit statistischen Angaben. Frankf. Zert. f. Path. 1920, 23)*, opierając się na zebranem piśmiennictwie, stwierdza, że pierwotny rak płuca częściej usadawia się w płucu prawem, aniżeli lewem.

W mojem zestawieniu płuco prawe było zajęte 28 razy, 3 razy stwierdzono rozlane rozszerzenie się raka w obu płucach i 19 razy w płucu lewem.

Co do wieku rak najczęściej zachodzi w zestawieniu mojem pomiędzy 40 a 60 rokiem życia; 27 razy u mężczyzn i 6 razy u kobiet. W późniejszym i wcześniejszym wieku rak występuje zaledwie w kilku przypadkach. Najmłodszy przypadek dotyczy kobiety lat 26 a drugi podobny przypadek odnosi się do mężczyzny 29-letniego.

Nieuwzględnienie we wszystkich protokołach sekcyjnych badania drobnowidowego zmusiło mię rozpatrywać raki płuc i oskrzela w jednej rubryce, wychodząc z założenia, że dominującem miejscem wybujania raka przewodu oddechowego jest, jak Langhaus (*Virch. Arch. t. 53*) stwierdza, nabłonek gruczołów oskrzelowych.

Co do rodzajów raka w zestawieniu mojem podkreślić należy przypadek raka płaskokomórkowego z licznemi perłami rogowaciejącemi, a usadowionego w większym lewym pniu oskrzelowym. Przypadek ten dotyczył mężczyzny l. 34 z roku 1905 Nr. prot. sekcyjnego 919, u którego rozpoznano: *Cancroid bronchi pulm. sin. Metastases glandularum peribronchialium et peritrachealium. Tracheobronchitis putrida. Caverna magna tbc. gangraenescens lobi inf. et recens apicis pulm. d. Eruptio tbc. nodosa dispersa et confluens loborum omnium pulmonum.* W przypadku tym rak rozwinąć się mógł na drodze metaplastycznej, o czem wspomina Ernst (*Beitr. z path. Anat. u. allg. Path. t. 20, r. 1896)* a podobny przypadek opisuje Watsuji (*Hornkrebs, vom Bronchialepithel ausgehend. Z. f. Krebsf. Z. 1. — 1904)*.

Również wyróżniającym się przypadkiem jest raz zanotowany rak galaretowaty, który dotyczył mężczyzny l. 45 (prot. sekcyjny 654 z roku 1909) u którego stwierdzono: *Adeno-carcinoma gelatinosum primar. gl. mucosar. bronchum. Metastases multiplices loborum omnium pulmonis dextri et unius pulmonis sin. Metastases carcin. gelatin. in reg. lobi occipitalis et parietalis hemispherae sin. et in lobo frontal. sin. et ex latere dextr. circa pontem. Intumescentia carcinomatosa glandulaum peribronchialium.*

Boecker *(Zur Kentnis der primären Lungencarcinome. Virch. Arch. 1910, t. 202*) sądzi że zmiany śluzowe w komórkach nowotworowych wystąpić mogą nietylko z nabłonka gruczołów śluzowych oskrzelowych, ale również prawidłowy nabłonek oskrzela zdolny jest do przemian śluzowatych, co udowodnić dałoby się faktem, iż rozwój gruczołów oskrzelowych powstaje przez wgłobianie się niezróżniczkowanego jeszcze nabłonka oskrzelowego. Briese opisuje przypadek gruczolako-raka galaretowatego obu płuc, w których oskrzela i zrąb łączno-tkankowy były zupełnie wolne od zmian nowotworowych, a całość przemawiała za pochodzeniem raka z nabłonka pęcherzyków płucnych.

Autor sądzi, że walcowata postać komórek, dalej zdolność wytwarzania śluzu i gruczołowata budowa nowotworu przemawiają za wspólnem pochodzeniem nabłonka oskrzelowego i nabłonka pęcherzyków płucnych. Skubiszewski podaje opis przypadku, w którym stwierdził raka gruczołów śluzowych oskrzelowych i wykazał wszelkiego rodzaju przejściowe postaci od komórki prawidłowej do komórki nowotworowej.

Z dalszego rozbioru zestawienia mojego wynika, że płaty górne płuca częściej bywają zajęte, aniżeli dolne, a mianowicie 28 razy zanotowano zmiany w płacie górnym, 18 razy w płacie dolnym, 2 razy zmiany były usadowione w płacie średnim, w 2-ch pozostałych przypadkach płuca były zajęte w całości.

Z pozostałych narządów rakowo zmienionych godzi się zatrzymać nad rakiem sutka, w którym to narządzie stwierdzono go 19 razy, czyli 2,4%. Niemieccy autorowie podają znacznie większy odsetek. I tak Bejach stwierdził raka sutka w 6,8%, Redlich w 5,4%, Feilchenfeld 6,3% i Riechelmann w 4,2%. Przy zestawieniu ogólnej ilości spostrzeganych przypadków raka sutka u obojga płci daje się stwierdzić, że cierpienie wspomniane występuje nadzwyczaj rzadko u mężczyzn. Schultess (*Statistische Untersuchungen über die Aetiologie des Mammacarcinoms. Bruns Beiträge T. 54*) zebrał z wszechświatowego piśmiennictwa 3.329 przypadków raka sutka i tylko 47 razy zanotował wspomniane cierpienie u mężczyzn, co wynosi 1,39% ogólnej ilości. T. Ostrowski (Lwowski Tygodnik Lek. Nr. 49 — 1907 r,) na 60 przypadków, operowanych w klinice lwowskiej stwierdził zaledwie 1 przypadek raka sutka u mężczyzny. W mojem zestawieniu nie mieliśmy ani jednego przypadku u mężczyzny a wszystkie 19 przypadków dotyczyły kobiet. Największa ilość przypadków raka sutka w zestawieniu mojem przypada na wiek 31—40.

Według Ostrowskiego najczęściej rak rozwijał się od lat 40 do 60; ogółem ilość chorych w tym wieku wynosi 68,33% z pośród wszystkich chorych na raka sutka.

Schwarz (*Zur Statistik der Mammacarcinome, Bruns Beiträge 46. 48)* określa przeciętny wiek chorych na raka sutka cyfrą 51,12. Cyfry te dotyczą wieku chorych uciekających się pod opiekę lekarską, to też na stole sekcyjnym spotykamy się z wiekiem młodszym z powodu może większej zjadliwości samej sprawy nowotworowej.

Ze względu na ciekawe zagadnienie stosunku do cukrzycy, wciąż jeszcze często omawianego w piśmiennictwie chciałbym jeszcze pokrótce omówić 15 przypadków raka trzustki, zanotowanego w mojem zestawieniu. Już Nowicki zwrócił uwagę, że w żadnym z jego przypadków, w których zajęta była rakowo trzustka, nie była klinicznie rozpoznawana cukrzyca.

Hansemann (*Zeitschr. f. Klin. Med. B. 26 — 894 r.*) w kilku przypadkach stwierdził rozlane bujanie rakowe wzdłuż całej trzustki, a badanie mikroskopowe wykazało, że w badanym narządzie nie pozostało nic ze zdrowego miąższu gruczołowego trzustki, a pomimo tego w żadnym przypadku cukrzycy nie stwierdzono.

Autor ten tłumaczy, że komórki rakowe, usadawiając się w trzustce, posiadają zdolność zastępowania pierwocin składowych tychże w ich czynnościach. Nowoczesny pogląd zapatruje się na tą sprawę ze strony więcej biochemicznej. Badania Blumenthala (*Die chemischen Vorgänge bei der Krebskrankheit 1910*) dowiodły, że tkanka rakowa zawiera o wiele więcej zaczynów autolitycznych (zesp.) heterolitycznych i peptolitycznych niż tkanka prawidłowa. Prócz tego w nowotworach złośliwych stwierdzono, niekiedy dość często występujące zaczyny diastatyczne i tłuszcz rozkładające.

Wreszcie w ostatnich czasach szereg autorów potwierdza istnienie swoistej substancji czynnej w trzustce — zaczynu glikolitycznego, wykazanego po raz pierwszy przez Lepine. Szereg wprawdzie teoryj, tłumaczy cukrzycę wzmożoną produkcją cukru, ale nie bez znaczenia jest dowiedziony fakt glikolizy.

Cohnheim sądzi, że glikoliza odbywa się w mięśniach, w których cukier się spala przy współudziale pewnego hormonu, dostarczanego przez trzustkę. Braunschtein (*Zeitschr. f. Klin. Med, B. 51, 1904*) przedsięwziął doświadczenia, polegające na tem, że nowotwory rakowe (*cancer pancreas*) poddawane były w termostacie autolizie przy 37° w obecności 1% rozczynu cukru gronowego. Ilość cukru ściśle określana była przed i po odbytej autolizie. Okazało się, że w doświadczeniach jego po upływie 24 lub 48 godzinach autolizy ilość cukru zmniejszyła się na 35 do 40%. W ten sposób przeszło jedna trzecia cukru, znajdującego się w autolizacie (w mieszance tkanki rakowej i rozczynu cukru) została rozłożona tkanką rakową. Badania kontrolne z narządami zdrowemi zwierząt oraz z nowotworami dobrotliwemi (włókniako-mięśniaki macicy) dały wynik ujemny.

Opierając się na własnych badaniach, Braunschtein tłumaczy niewystąpienie cukromoczu przy rozległym raku trzustki obecnością zaczynów glikolitycznych w komórkach rakowych. W podobny sposób tłumaczy on znikanie, względnie zmniejszenie się cukru u djabetyków, u których wtórnie rozwija się rak. W związku z tem pozostaje ciekawa sprawa równoczesnego wystąpienia cukrzycy w ustroju, w którym rozwija się nowotwór rakowy, co przez dłuższy czas było uważane za rzecz niemożliwą albo bardzo wątpliwą. Spostrzeżenia kliniczne lat ostatnich dowiodły, że podobna kombinacja nie przedstawia rzadkości i w przebiegu swoim oba schorzenia mogą wywierać pewien wpływ na siebie. To wzajemne oddziaływanie wyraża się znikaniem cukromoczu u chorych z chwilą powstania raka. Boas zwraca uwagę, że u chorych na cukrzycę z chwilą wystąpienia nowotworu rakowego wzmaga się jego zdolność oswajania się (tolerancja) w stosunku do węglowodanów.

Oestereicher (*Prag. Med. Woch. 1903, Nr. 24)* stwierdził u chorych na cukrzycę w okresie bujnego rozrostu nowotworów złośliwych zmniejszenie się wydzielania cukru. Nadzwyczaj ciekawym jest fakt, że u chorych cukrzycowych, z t. zw. przebiegiem utajonym z obecnością nowotworów złośliwych mocz nie zawierał cukru i dopiero usunięcie nowotworu na drodze operacyjnej powodowało wystąpienie cukromoczu. Z tego wnioskować możemy, że rak widocznie działa w niektórych przypadkach antagonistycznie na sprawę cukrzycową.

W mojem zestawieniu rak trzustki stanowi 1,8% wszystkich stwierdzonych raków.

Częściej zapadali na raka trzustki mężczyzni — w 11 przypadkach i tylko 4 kobiety. Bejach podaje dla trzustki 3,3%, Redlich 1,8%, Feilchenfeld 2,6%, Riechelmann — 2,6%.

Pierwotny rak jamy ustnej przeważnie występuje w zestawieniu mojem u mężczyzn: 2 razy na podniebieniu, jeden raz w migdałku, 16 razy w krtani i tylko 2 razy stwierdzono tego raka u kobiet. Najczęstszym wiekiem dla tych raków, jak wynika z zestawienia mojego, jest wiek od 50 do 70 lat. Według Bejacha gardziel bywa zajęta w 1,2%, według Redlicha 2,2%, Feilchenfelda 0,8%, Riechelmanna 0,6%.

Co się tyczy innych narządów, to dla małych liczb, uzyskanych w tej statystyce, nie chcę ich bliżej omawiać, ani stąd jakichś wniosków wysnuwać.

(C. d. n.).

Z praktyki.

Dr. Laura FÜLLENBAUMÓWNA. Lwów.

Przypadek pierwotnej błonicy sromu u dorosłej kobiety.

Z oddziału skórno-wenerycznego kobiecego Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Prymarjusz: Dr. Leszczyński.

Dnia 22. czerwca 1924 zgłosiła się na oddział chora K. S. licząca 35 lat z ostrym obrzękiem i zmianami zapalnemi w okolicy narządów płciowych.

Podała ona, że choroba obecna rozpoczęła się dość nagle przed kilku dniami dreszczami, gorączką, obrzękiem i silną bolesnością części płciowych. Żadnej choroby ostrej, zakaźnej obecnie, ani ona, ani nikt z jej otoczenia nie przechodził. Nie doznała urazu ani nie stosowała żadnych leków na miejsce zmian chorobowych. Dolegliwości ze strony gardła nie miała.

Przedmiotowo stwierdziliśmy obrzęk dużych warg sromnych, przechodzący na uda, częściowo na pośladki. Wargi duże, małe, wejście do pochwy, okolica łechtaczki, jakoteż kiszki stolcowej wykazywały rozległe zmiany, na które składały się:

a) tu i ówdzie widoczne małe ropne pęcherzyki (które należało uważać za wykwity pierwotne) i większe powstałe ze zlania drobnych;

b) naciek o brzegach ostro odgraniczonych, wykazujący na swej powierzchni ubytki i sączenie;

c) owrzodzenia niezbyt głęboko drążące.

Wszystko było pokryte brudną, cuchnącą wydzieliną a w miejscach wrzodów i części pozbawionych naskórka brudno szaremi nalotami, silnie do podstawy przylegającemi. Takie same zmiany widoczne były na udach (na wewnętrznej powierzchni tychże) i sięgały do fałdu płciowo-udowego.

Na błonie śluzowej gardła, nosa i gardzieli zmian nie było. Ciepłota wynosiła 38°. Mimo stosunkowo nie wysokiej ciepłoty stan ogólny chorej robił wrażenie ciężkiego.

Już przy pierwszem badaniu chorej nasunęło się nam podejrzenie na pierwotną błonicę części płciowych. Badanie drobnowidowe natychmiast wykonane a następnie i hodowla potwierdziły w zupełności to rozpoznanie.

Po stwierdzeniu rozpoznania klinicznego przez dodatnią czystą hodowlę lasecznika Löflera wstrzyknęliśmy chorej 3.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej. Ciepłota, która do owej chwili wahała się między 37,8°-38 spadła nazajutrz po zastrzyku do 37° i już nazajutrz widoczne było oczyszczenie się nalotów i zmniejszenie wydzieliny. Ciepłota nie podniosła się już więcej powyżej 37°, zmiany ustępywały w szybkim tempie. Po rychłem oddzieleniu się nalotów ukazała się żywo czerwona ziarnina — nacieki spłaszczały się a owrzodzenia pokrywały się naskórkiem.

W 13 dni po przyjęciu chorej na oddział t. j. 5. VII. 1924 zmiany ustąpiły prawie zupełnie. Po wyleczeniu u chorej nie znaleźliśmy już więcej lasecznika Löflera.

Przypadek opisany zaliczyć należy do przypadków pierwotnej błonicy części sromnych kobiety, ponieważ odpowiada wszystkim warunkom tego schorzenia.

1. Zmian błoniczych nie było na miejscach zwyczajnej lokalizacji tychże, t. j. w gardle lub nosie. Co więcej w miejscach tych nie wykazano również laseczników błoniczych, które czasami mimo braku zmian chorobowych tam napotkać można.

2. Stwierdzenie lasecznika Löflera w drobnowidzie i czystej hodowli.

3. Zupełne ustąpienie zmian po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.

Co do pierwszego punktu: Jeśli przypadki

ze zmianami błoniczemi na częściach płciowych, a wykazujące lasecznika Löflera w nosie lub gardle, bez zmian chorobowych tamże zaliczone bywają do przypadków pierwotnej błonicy, tembardziej nasz przypadek za pierwotną błonicę uważać należy.

Co do punktu drugiego: Lasecznik rzekomej błonicy przedstawia się, jak wiadomo, mikroskopowo zupełnie podobnie, jak lasecznik Löflera, z czego wynika, że rozstrzygającem jest tylko wykazanie takowego, w hodowli zwłaszcza w czystej hodowli, co w naszym przypadku się udało. (Kulturę sporządzono w Zakładzie Higjeny prof. Steusinga). Tu mógłby nas spotkać zarzut, że tożsamość lasecznika błonicy nie została w dalszym ciągu stwierdzoną przez próbę jadowitości na zwierzęciu. Próby tej z powodów zewnętrznych nie mogliśmy dokonać. Zarzut ten byłby istotnie słuszny, gdyby nie fakt, że wyhodowaliśmy lasecznika Löflera w czystej kulturze i najważniejszy dowód wymieniony pod 3) ustąpienie zmian błoniczych pod wpływem leczenia surowicą przeciwbłoniczą i 4. ciężki stan ogólny, co przy rzekomej błonicy nie zdarza się.

U chorej naszej, (która po wyleczeniu zgłaszała się przez pewien czas do kontroli) nie było następowych powikłań ze strony serca, lub objawów porażennych, co odnieść należy do radykalnego działania surowicy.

Pierwotną błonicę skóry opisał pierwszy Chomel w r. 1759 i Bard w r. 1771.

Pierwszy przypadek tejże poparty badaniem mikroskopowem i kulturą pochodzi od Ernesta Neisera w r. 1891.

Dokładniejsze badania nad tą sprawą pochodzą od Trousslan'a i Bretonne'a a ostatnio najlepiej i najdokładniej opisali błonicę skóry Schucht i Bagiński.

Bagiński znajdywał błonicę nietylko na sromie, lecz też na pępku u osesków, w okolicy ucha i na twarzy. Bagiński jest tego zdania, że nigdy błonica nie występuje na skórze zdrowej, że musi istnieć choćby najmniejszy ubytek.

Schucht również sądzi, że na skórze łatwo ulegającej maceracji w miejscu maceracji i zmian wypryskowych najłatwiej występuje błonica. Dlatego też tak częstem miejscem lokalizacji są części płciowe kobiet, zwłaszcza u dzieci i położnic.

Adler, który robił też doświadczalne badania nad błonicą skóry w wieku dziecięcym ogłosił swoje spostrzeżenia w r. 1904. Starał się on dowieść, że zakażenie lasecznikami Löflera może nastąpić i na skórze niezranionej. Wcierał on kultury błonicze w skórę świnek morskich, którym przedtem krótko obciął włosy i otrzymywał zmiany błonicze podobne do zmian błonicy u ludzi. Według tych badań zatem niekonieczny jest ubytek naskórka na skórze, dla wywołania błonicy. Dla powstania błonicy skórnej musi istnieć usposobienie osobnicze, czyli że mimo obecności lasecznika niezawsze musi powstawać zakażenie. W przypadkach, gdzie do powstania zakażenia było potrzebne i usunięcie powierzchownego naskórka, można mówić też o usposobieniu miejscowem. Błonica skóry powstaje przez zaszczepienie; tu odróżniamy, autoinokulację lub zaszczepienie przez przedmioty martwe lub wreszcie z jednego osobnika na drugiego.

Należy odróżnić błonicę skóry powstałą na miejscach znajdujących się zdala od błon śluzowych jako rzeczywistą, pierwotną od błonicy skóry wtórnej, powstałej albo przez przejście błonicy z otaczających sąsiednich błon śluzowych lub przez przeniesienie z błonicy gardła lub nosa.

Ciekawem jest to, że bardzo często zmiany, na skórze wyglądające zupełnie niecharakterystycznie są wywołane lasecznikiem Löflera. Z tego też powodu obserwuje się nagłe przypadki śmierci u dzieci z rzekomemi wypryskami t. zw. »*Herztod*«, stąd objawy porażenne ze strony serca, mięśni oka, serca i t. p. u osobników, u których nie podejrzywano błonicy.

Dlatego też źle gojące się wypryski powinny zawsze skierować uwagę lekarza w stronę lasecznika błonicy, podobnie źle gojące się rany.

Przykładowo wspomnę o przypadku ostrego tocznia rumieniowego, spostrzeganego ostatnio na naszym oddziale, w którym z wypryskowo-ropnych niecharakterystycznych zmian na uchu wyhodowano w czystej kulturze lasecznika Löflera. Próba na zwierzęciu (na śwince morskiej) dała w miejscu zastrzyku naciek, podczas gdy próba na zwierzęciu kontrolnem z surowicą przeciwbłoniczą nie dała żadnego odczynu miejsowego. Lasecznik Löflera wykazany w tym przypadku, musi wobec wyrośnięcia w czystej hodowli i wobec odczynu na zwierzęciu być uważanym za chorobotwórczego, jemu też przypisujemy pogorszenie stanu nerek u naszej chorej (*nephrosis diphtherica*), jakoteż nagłe osłabienie mięśnia sercowego, które u niej wystąpiło.

Mnożą się w ostatnich czasach opisy t. zw. błonicy przyusznej, t. j. błonicy, która jako wtórne zakażenie przyłączyła się do już istniejącej często głębokiej rany chirurgicznej nawet pooperacyjnej.

Co do leczenia błonicy skóry, należy zawsze stosować surowicę przeciwbłoniczą, która jednak nie zawsze ma pożądany skutek. Byłoby to zastanawiającem, gdybyśmy nie wiedzieli, że często też przy typowej błonicy gardła, nosa i krtani surowica ta zawodzi.

W przypadkach tych zarówno jak i w przypadkach błonicy skóry, gdzie surowicą nie osiągamy zwyczajnego skutku chodzi o mieszane zakażenie z ropnemi drobnoustrojami. Jeżeli zatem możliwe są mieszane zakażenia na błonach śluzowych, tam, gdzie lasecznik błonicy ma swe idealne podłoże o ileż bardziej wytłumaczonem (zrozumiałem) jest to na skórze, gdzie, jak wykazano, (głównie Frankental) lasecznik błonicy tylko krótki czas da się czysty utrzymać, wkrótce zostaje przerośnięty przez kokki. O ile zatem ujemny efekt leczenia surowicą nie przemawia przeciw charakterowi błoniczemu danego schorzenia, o tyle efekt natychmiastowy i zupełny będzie rozstrzygającym dowodem, tak, jak właśnie w naszym przypadku. Jako miejscowe leczenie, w przypadkach, w których nie osiągnęliśmy zupełnego skutku stosowaniem surowicy, używamy pędzlowania eukupiną, trypaflawiną, nalewką jodową i t. p.

Z dziejów nauki polskiej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Działalność naukowa i prace prof. Walerego Jaworskiego.

Ciąg dalszy.

W r. 1884-tym pojawiła się w „Przeglądzie lekarskim" praca Jaworskiego p. t.: **„O stosowaniu leczniczem nowej soli karlsbadzkiej i zachowaniu się tejże w przewodzie pokarmowym"**. W pracy tej ogłasza Jaworski wynik badań nad zachowaniem się soli karlsbadzkiej t. zw. „Karlsbader Quellsalz" wykonawszy stokilkadziesiąt doświadczeń osobno co do jelit, uskutecznionych na 25-ciu osobach, a osobno 78 doświadczeń na 16 tu osobach co do żołądka. Rozpatruje on działanie soli karlsbadzkiej w dawkach małych, średnich i dużych na przewód pokarmowy, podaje wskazania oraz przeciwwskazania, sposoby jej podawania i ostrożności konieczne w stosowaniu soli karlsbadzkiej Małe dawki soli po początkowej neutralizacji kwasu solnego zwiększają wydzielanie, przy większych dawkach 5—20 gramowych działanie to się opóźnia. Przy długiem stosowaniu jednak występuje obniżenie się wydzielania kwasu i działania pepsyny i spadek poniżej normy. Wydzielanie żółci równocześnie się potęguje. Skuteczność soli karlsbadzkiej naturalnej we wrzodzie żołądka polega według Jaworskiego na zmniejszaniu wydzielania soku żołądkowego i regulowaniu wypróżnienia. Porusza on też pytanie, czy można zastąpić sól karlsbadzką, wyrabianą z wody karlsbadzkiej przez sztuczną mieszaninę i daje na to pytanie twierdzącą odpowiedź. Jak wiadomo jest bowiem przewodnią myślą Jaworskiego zawartą w wielu produktach sztucznych podanych przez niego to, że natura stwarza wiele surogatów, które dopiero myśl ludzka powinna przetworzyć w celowe produkty pożyteczne, uwolnione od zbytecznych balastów.

W r. 1884 ym Jaworski poraz pierwszy wprowadził do literatury lekarskiej obraz chorobowy przez niego obserwowany i opisany jako t. zw. „**nieżyt czyli katar kwaśny żołądka**«. (*Catarrhus acidus ventriculi*). Klinicyści zrazu zaprzeczali istnieniu takiej choroby, ale później przyznali rację jej istnieniu pomimo, że niektórzy np. Boas przedstawiali ją jako wrzekomo nowy obraz chorobowy pod nazwą „*Gastritis acida*".

W r. 1884-ym Jaworski szczegółowo podał bardzo prosty **zabieg celem oznaczenia dolnej granicy rozszerzonego żołądka** przez wstrząsanie powłok brzusznych średnim palcem, jak przy

uderzaniu klawiszów fortepianu, od łuku żebrowego lewego na dół, aż do najniższego miejsca gdzie ustaje chełbotanie. Sposób ten bardzo prosty wprawdzie, ale już według samego J a w o r s k i e g o wykazuje dolną granicę żołądka za wysoko i wymaga ostrożności, aby chełbotania jelitowego nie wziąć za żołądkowe. Tym sposobem udaje się jednak oznaczyć dolną granicę lepiej niż wypukiem zapomocą plesimetru. Jeżeli pluskanie przypada na czczo poniżej pępka, wtenczas możemy przyjmować trwałą rozszerzeń żołądka.

W r. 1884 w Deutsches Archiv. f. Klin. Med. 35 ogłosił swoje **badania nad wypełnianiem żołądka wodą w celu oznaczenia pojemności żołądka**. Wykazał on wówczas, że właściwie prawie nigdy nie można nabyć pewności, czy żołądek jest zupełnie wypełniony, albowiem ciężar wody działa tylko na dolną ścianę żołądka i wywołuje wydęcie się tejże, a na górne ściany nie wywiera ona albo żadnego wpływu wogóle, albo tylko nieznaczny. Bardzo jest także, według tych badań, rzeczą wątpliwą czy możemy u żywego człowieka wywołać całkowite wypełnienie wodą aż do wpustu. Albowiem zostaje to uniemożliwione przez uczucie gniecenia, ból i skłonność do wymiotów. Z tego powodu J a w o r s k i wyżej stawia wypełnianie żołądka powietrzem aniżeli wodą.

W r. 1884-ym J a w o r s k i wspólnie z G l u z i ń s k i m zaobserwował, że przy nadmiernej wydzielinie kwasu solnego w żołądku, może nastąpić zmniejszenie się, a nawet zupełne zniknięcie chlorków w moczu, odpowiednio do wzmagającego się stopnia kwasoty zawartości żołądkowej. Zatem wydzielanie soku żołądkowego, obfitego w kwas solny pochłania na jego wytworzenie znaczną ilość chloru i wskutek tej przewagi przyswajania sobie chlorków przez gruczoły trawienne żołądka nad kłębkami Malpighiego ustrój może więcej chlorków tracić przez sok żołądkowy niż przez mocz. Zjawisko to potwierdziły później w r. 1887 obserwacje R o s e n t h a l a i S t r i c k e r a a w r. 1889-ym badania J a w o r s k i e g o zrobione wspólnie z K o r c z y ń s k i m.

W r. 1884-ym ogłosił w „Przeglądzie lekarskim“ pracę dokonaną wspólnie z G l u z i ń s k i m p. t.: **„Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka“** w której sprawdzili pierwotny sposób otrzymywania i badania soku żołądkowego, podany przez L e u b e g o i uzupełnili go, oraz sprostowali niektóre błędne wnioski L e u b e g o. L e u b e bowiem przypuszczał, że pepsyna wydziela się równolegle do kwasu solnego i że w pewnych stanach chorobowych razem z brakiem kwasu solnego występuje i brak pepsyny. Otóż J a w o r s k i wraz z G l u z i ń s k i m dowiódł, że tak nie jest, że mimo braku kwasu solnego pepsyna wydziela się często w dostatecznej ilości.

W r. 1885-tym również wspólnie z G l u z i ń s k i m ogłosił w „Przeglądzie lekarskim“ bardzo ważną pracę p. t.: **„Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizjologicznych i chorobowo zmienionych.** Tu zastosowano nowy sposób trawienia z białkiem jaja kurzego i wykazano szereg nowych i ciekawych faktów, a mianowicie, że nadmiar kwasu solnego podczas trawienia jest zjawiskiem chorobowem oraz że za zjawisko patologiczne należy również uważać znaczną ilość peptonów w treści badanej, świadczy to bowiem o utrudnionem wydalaniu zawartości żołądka. Stwierdzono też, że w przypadkach raka żołądka występuje brak kwasu solnego przy dostatecznej ilości pepsyny.

W r. 1886-ym ogłasza w „Przeglądzie lekarskim“ Nr. 49—50 i Zeit. f. Klin. Med. Bd. 11. Heft 2 u. 3 także razem z G l u z i ń s k i m, trzecią pracę p. t.: **„Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernej jego kwaśności“**, w której ogłoszono wyniki badania 27 przypadków choroby R e j c h m a n a czyli sokotoku żołądkowego. W pracy tej poraz pierwszy stwierdzono, że przy chorobie R e j c h m a n a występuje bardzo często mechaniczna niedomoga żołądka i że dość często spotykamy w tej sprawie obfite wydzielanie śluzu czyli t zw. nieżyt kwaśny żołądka, a w osadzie dość często spotyka się czworniaki (Sarcina) i drożdże.

Badania J a w o r s k i e g o i G l u z i ń s k i e g o wpłynęły na ogólną przemianę poglądów klinicznych w tym kierunku, że o ile przedtem panował pogląd, że w przebiegu zaburzeń żołądkowych przeważnie zachodzi obniżenie i osłabienie wydzielania żołądkowego, to odtąd zaczyna się utrwalać pogląd w tym kierunku, że prawie w połowie przypadków a nawet w większości przypadków zaburzeniom żołądkowym towarzyszyć zwykło nadmierne wydzielanie się kwasu solnego.

W r. 1885-tym docent J a w o r s k i jako lekarz praktykujący w lecie w Karlsbadzie, ogłosił w „Gazecie lekarskiej“ (Nr. 15—17) pracę p. t.: **„Studja kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiej na przewód pokarmowy i nad sposobami stosowania tejże przy źródle i w domu“.**

W r. 1887-ym drukuje w „Przeglądzie lekarskim“ pracę p. t: **„Na czem polega skutek leczniczy wody karlsbadzkiej“** a w rok później ogłasza w „Wiener med. Presse“ (1888 r. Nr. 3 i 4) pracę p. t.: **„Worin besteht der therapeutische Effect des Karlsbader Thermalwassers bei Magenaffectionen“**. Również ogłosił na temat ten pracę w „Deutsches Archiv. f. Klin. Med“ (Rocznik 37). — Te prace kliniczno-eksperymentalne J a w o r s k i e g o nad działaniem termalnej wody karlsbadzkiej, jakoteż dawniejsze powyżej przytoczone są pracami pierwszorzędnej doniosłości. Jemu też przypisują wszyscy klinicyści, także zagraniczni, bezsprzeczną i niewątpliwą zasługę, położenia pierwszych, ściśle naukowych podwalin, pod farmakodynamikę karlsbadzkich źródeł termalnych, która aż do czasu prac J a w o r s k i e g o była zupełnie ciemną. Aczkolwiek późniejsze badania cokolwiek zmodyfikowały jego rezultaty, to jednak bez przesady rzec można, że w tej dziedzinie niepodzielnie J a w o r s k i stworzył dzisiejszą naszą wiedzę o działaniu i stosowaniu wód karlsbadzkich. Wykazał on, że woda karlsbadzka stanowi silnie podniecający bodziec dla wydzielania soku żołądkowego i że małe dawki powtarzane działają silniej niż jednokrotne większe. Natomiast większe dawki termalnej wody karlsbadzkiej i dłużej stosowane, jako kuracja karlsbadzka, wybitnie obniżają kwasotę żołądka i wydzielanie się fermentów. Woda karlsbadzka potęguje wydzielanie żółci i zwiększa ruch robaczkowy dwunastnicy. Śluz nagromadzony w żołądku i żółć, która się dostała do żołądka, woda karlsbadzka przeprowadza do kiszek. Również i nie podrzędną rolę odgrywa woda karlsbadzka, zastosowana w odpowiedniej ciepłocie, przy obniżeniu pobudliwości żołądka. J a w o r s k i też jako jeden z pierwszych, postawił ścisłe wskazania, które stany chorobowe nadają się do karlsbadzkiego leczenia.

W r. 1885-tym ogłasza w „Medycynie“ (Nr. 12—13) pracę p. t.: **„O nowoczesnem leczeniu zboczeń czynnościowych żołądka“.** W pracy tej podkreśla on, że funkcja mechaniczna żołądka ma ważniejsze znaczenie niż funkcja chemiczna i że dopiero upośledzenie mechanizmu żołądka wywołuje znaczne gastryczne przypady. Wpływ środków leczniczych należy kontrolować wyciągając treść żołądkową sondą i poddając ją badaniu chemicznemu i mikroskopowemu. Potem szczegółowo omawia stosowanie poszczególnych leków jak: kwasu solnego, pepsyny, peptonów, narkotyków, antyseptyków, goryczek i stomachików, soli i alkaliów, leczenia mechaniczne żołądka w postaci płukań oraz leczenie metodami dietetycznemi.

W r. 1886-ym w warszawskiej „Medycynie“ (Nr. 52) ogłasza on **„Przyczynek doświadczalny do działania i stosowania leczniczego goryczek i żółci“**, który prowadzi go do wniosku, że goryczek i ziółek gorzkich nie należy jako takich uważać za środki lecznicze o trwałym skutku, lecz są to leki zmniejszające czasowo dolegliwości, pochodzące z wygórowanego chemizmu trawienia, czyli działające kojąco na błonę śluzową żołądka. Przy doborze odpowiedniej diety przez dłuższy czas stosowane mogą one wywoływać dobry skutek leczniczy. Natomiast żółć podnieca w żołądku wydzielanie soku żołądkowego, względnie kwasu solnego i stanowczo upośledza peptonizację i wobec tego nie ma wskazania leczniczego.

W r. 1886 tym ogłasza razem z prof. Edwardem K o r c z y ń s k i m (w „Deutsche med. Woch“ Nr. 47—49) pracę p. t.: **„Vergleichend Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi sowie bei Magenblutungen“** opartą na 24 obserwacjach. Podczas gdy wszyscy inni autorowie badając żołądek tylko podczas trawienia utrzymywali, że w przypadkach wrzodu okrągłego zachodzi tylko nadmierna kwaśność podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva*) to J a w o r s k i i K o r c z y ń s k i badając żołądek w różnych porach dnia, stwierdzili w przypadkach wrzodu okrągłego w żołądku czczym znaczniejszą ilość soku żołądkowego o wysokiej kwasocie czyli sokotok R e j c h m a n a t. j. zwiększone trwałe wydzielanie soku żołądkowego. Nadto stwierdzili oni, że przy wrzodach wydzielanie kwasu solnego jest bardzo często zwiększone i że nasilenie nadmiernego wydzielania kwasu żołądkowego zwiększa się równocześnie ze zwiększaniem się przypadłości podmiotowych i przedmiotowych, że zwiększanie to jest trwałe. Uważali oni wygórowaną kwasotę i sokotok za moment przyczynowy dla wrzodu i sądzili że przy braku HCl nie może przyjść do wytworzenia się krwawiącego wrzodu. Nadto stwierdzili oni, że na krótki czas przed krwawemi wymiotami i wkrótce po wymiotach krwawych kwasota żołądka jest znacznie wygórowana. Tem tłumaczy się szybką przemianę oxyhemoglobiny w hematynę kwaśną, kawowe zabarwienie wymiocin i częściowe krzepnięcie krwi już w żołądku.

Na tych badaniach często przytaczanych w literaturze niemieckiej, francuskiej i angielskiej oparła się w nauce teorja, że nadmierna kwasota przyczynia się do długiego trwania a nawet powiększania się wrzodów w żołądku. Nowsze badania rozmaitych autorów, jakkolwiek przyznały, że nadmierna kwasota stale towarzyszy wrzodom, utrudnia leczenie wrzodów żołądka i ułatwia powstawanie nawrotów, to jednak wykazały, że wygórowana kwasota żołądkowa nie jest tak częstem zjawiskiem przy wrzodzie żołądka, jak to J a w o r s k i przyjmował i nie może być uważaną za objaw bezwzględnie konieczny dla rozpoznania wrzodu żołądka. W pracy ogłoszonej przez J a w o r s k i e g o w r. 1886-tym we „Wiener med. Wochenschr.“ (Nr. 49—52.) **„Uber den Zusammenhang zwischen den subjectiven Magensymptonen und den objectiven Befudnen bei Magenfunctionsstörungen“** twierdzi on, że należy odróżniać trwałe wydzielanie kwasu solnego na tle anatomicznem. jako nieżytu kwaśnego żołądka, od tego samego zboczenia na tle nerwowem, ale bez głębszych zmian anatomicznych, jako sokotoku żołądkowego. Twierdzenie to napotkało na opozycję H o n i g m a n a i E w a l d a, późniejsze badania anatomiczne J a w o r s k i e g o i K o r c z y ń s k i e g o dowodzą jednak istnienia nieżytu kwaśnego. Również i w pracy swej ogłoszonej później w r. 1888 w „Gazecie lekarskiej“ (Nr. 24—25) p. t.: **„Sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód żołądka“** dowodzi J a w o r s k i na podstawie przytoczonych spotrzeżeń i badań klinicznych, że istnieją nie tylko postacie trwałego wydzielania kwasu solnego bez zmian, a więc funkcjonalne, jak to chcą mieć wyłącznie R i e g e l, N o o r d e n, R o s e n t h a l, G l a z i inni, ale także i takie, które biorą swój początek w zmianach anatomicznych, względnie w stanie zapalnym błony śluzowej.

W r. 1886-tym w pracy p. t.: „**Przyczynek do klinicznej mikroskopji zawartości żołądka**“ („Gazeta lekarska“ r. 1886 grudzień) opisuje wykryte przez siebie w treści żołądka rozpadłe jądra ciałek wypocinowych. Są to bardzo liczne gromadki od 2 do 7 przeświecających jąderek rozpuszczalnych w ługu potasowym, które znachodzą się przeważnie w sokotoku i powstają przez rozpad jąder neutrochłonnych leukocytów po strawieniu ziarniny przez mocno kwaśny sok żołądkowy. Aż do czasu Jaworskiego uchodziły one w literaturze lekarskiej pod nazwą „ziarn pepsynowych“. Praca ta jest jedną z dróg po których konsekwentnie dążył Jaworski dla wyszukania podstawy anatomicznej dla zboczeń trawienia żołądkowego.

W r. 1887-ym w „München. med. Wochenschrift“ (13) oraz w r. 1888 w „Verhandlungen d. VII. Kongresses f. innere Medizin in Wiesbaden“ w pracy p. t.: „**Über die Verschiedenheit in der Beschaffenheit des nüchternen Magensaftes bei Magensaftfluss**“ opisuje Jaworski pierwszy znane **ślimacznice** t. zw. po niemiecku „Jaworskis Schnecken oder Spiralzellen“, które stanowią często składnik treści żołądkowej naczczo, przy nadmiernem wydzielaniu kw. solnego. Podczas gdy Jaworski sam, uważa obecność tworów tych za zjawisko dość rzadkie to Boas i Einhorn twierdzą, że znachodzą się one stale, aczkolwiek mniej lub więcej ostro zaznaczone w każdej treści żołądka zawierającej HCl na czczo, a nawet nietylko przy hyperchlorhydrji. Według tłumaczenia Boasa mają to być smugi śluzu zmienione pod wpływem kwasu żołądkowego. Według późniejszych badań Schmidta i Telleringa należy ślimacznice Jaworskiego uważać za komórki myelinowe zmienione pod wpływem kwasu.

Główne prace Jaworskiego z tej dziedziny ogłoszone zostały w „Zentralblatt f. inn. Med.“ 1886 (49) „Wiener med. Wochenschr.“ 1887 (13), „Verhandlungen des VII. Kongresses f. inn. Medizin“ (1888) i „Wiener med. Presse (1888 Nr. 48 i 49). Wykazał on doniosłość badania śluzu żołądkowego w przewlekłym nieżycie żołądka oraz przedstawił mikroskopowy obraz treści żołądkowej. Odpowiednio do tego, czy żołądek wydziela kwas czy też nie — znachodzimy pod mikroskopem różne twory.

a) Przy **wydzielaniu się kwasu** znajdujemy pod mikroskopem przeważnie jądra komórkowe, leżące w grupach po 2, 3 i 4 razem, barwiące się intenzywnie barwikami anilinowemi i rozpuszczające w ługu potasowym, wykryte przez Jaworskiego. Oprócz nich znachodzą się twory kuliste wielkości leukocytów, barwiące się fjoletem metylowym na kolor ciemno-fjoletowy, które Jaworski uważa za jądra komórkowe komórek śluzowych. W końcu znachodzą się w kwaśnej treści żołądkowej, wolnej od resztek pokarmowych t. zw. ślimacznice spiralne Jaworskiego.

b) Natomiast w **śluzie wolnym od kwasu**, czy to na czczo, czy też w izolowanym od treści żołądkowej jest obraz mikroskopowy odmienny. Tam znachodzimy liczne leukocyty, niekiedy w gęstych masach, pozatem większe jądra komórkowe, pochodzące od komórek śluzowych lub przybłonkowych, dalej przybłonki, a mianowicie przybłonki cylindryczne z wyraźnemi jądrami, przybłonki kubkowe, po części wypełnione śluzem, w końcu także przybłonki płaskie.

Doniosłość tych prac dla nauki wybitnie charakteryzuje fakt, że Boas w swym najnowszym dużym podręczniku niemieckim chorób żołądka wyraźnie i na pierwszem naczelnem miejscu wylicza Jaworskiego między tymi, którym nauka w pierwszej linji zawdzięcza znajomość śluzu żołądkowego.

W r. 1886-tym wygłosił 1 grudnia w Towarzystwie lekarskim odczyt: „**O symptomatologji i kolejnym rozwoju objawów klinicznych w przebiegu nieżytu żołądka**“ („Przegląd lekarski“). Na materjale złożonym z dwustukilkudziesięciu chorych zwracał przez dłuższy czas uwagę na to, jaką wartość djagnostyczną i kliniczną mają podmiotowe przypadły chorych wraz z zewnętrznem badaniem chorego w porównaniu z badaniem wewnętrznem funkcjonalnem żołądka. Dochodzi on do wniosku, że prawie wszystkie obrazy kliniczne, po wykluczeniu nerwic, stanowią tylko różne okresy choroby, mającej za podstawę błonę śluzową żołądka, a przebiegającej kolejno w następujący sposób: Wskutek pewnego momentu przyczynowego występuje większa drażliwość, wskutek której zwyczajne bodźce, jakiemi są pokarmy, sprawiają w czasie trawienia za silne wydzielanie kwasu, przez co powstaje obraz „*hyperaciditas digestiva*“. W dalszym ciągu powstaje trwały i ciągły stan samowolnego podrażnienia narządu wydzielniczego czyli „*secretio hyperacida continua simplex*“. Ten stan wzmaga się i przechodzi w obraz chorobowy opisany jako „*Catarrhus acidus vel Hypersecretio hyperacida continua, Gastrorrhoe acida*“. Potem chorobowo do najwyższego stopnia pedniecona czynność słabnie i wygórowany chemizm trawienia maleje, dzielność wydzielonego kwasu żołądkowego coraz to mniejsza, podczas gdy mechanizm nieco się poprawia. Powstaje obraz niedowładu wydzielniczego „*Insufficientia secretionis*“, któryto stan określa się pojęciem żołądka słabego. W końcu ostatni okres „*Catarrhus mucosus*“ jest wynikiem dalszego postępowania sprawy gdy cały chemizm trawienia został całkowicie niepowrotnie zniszczony, mechanizm jest miernie upośledzony a przypady gastryczne trwają ciągle, ale tylko w niskim stopniu.

W r. 1887-ym (Przegląd lek. Nr. 1—2) w pracy p. t.: „**Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym**“ zwraca Jaworski pierwszy uwagę na zjawisko przedtem przez nikogo nie obserwowane t. j. na stopniowe obniżanie a następne zniknięcie kwasu solnego z żołądka silnie wydzielającego kwas żołądkowy — które odbywało się bądź samowolnie bądź pod wpływem czynników terapeutycznych n. p. wody karlsbadzkiej. Zwraca też uwagę na przechodzenie nieżytu kwaśnego żołądka — w śluzowy, oraz na różne fazy tej przemiany. Spostrzeżenia te ogłosił też po niemiecku w „Münch. med. Woch. 1888 Nr. 8“ p. t.: **Beobachtungen über das Schwinden der Salzsäuresekretion und den Verlauf der katarrhalischen Magenerkrankungen**“. Spostrzeżenia te potwierdzone zostały później przez Klemperera.

W r. 1887-ym ogłasza w „Medycynie“ (Nr. 1—2) pracę p. t.: „**Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki**“ w której przedstawia na podstawie doświadczeń że nadmierne wydzielanie kwasu solnego wywołuje równocześnie silne wydzielanie pepsyny. Nawet w przypadkach niezdolności wydzielniczej błony śluzowej do wydzielania kwasu solnego, treść od kwasów organicznych kwaśna, ługuje pepsynę z błony śluzowej. Stąd to pochodzi że ta treść sama dla siebie z powodu braku kwasu solnego nie trawi, jednak to się dzieje po zakwaszeniu jej kwasem solnym. Jeżeli więc treść kwaśna żołądka, nawet po zakwaszeniu kw. solnym, nie trawi, to żołądek stracił zupełnie zdolność wydzielania pepsyny, a wtedy należy się spodziewać znacznych zmian anatomicznych w błonie śluzowej, a bardzo często raka żołądka. Żołądek chroni się przed silnem działaniem kwaśnej treści, że wprowadza do niej alkaliczną żółć i alkaliczne składniki krwi, przez co następuje chwilowe obniżenie kwasoty i zmniejszanie działania kwaśnej treści na błonę śluzową. Odbijania gorzkie pochodzą od obecności żółci w żołądku. Doświadczenia Jaworskiego wyjaśniają też zjawiska przez niego przedtem opisane, że pod mikroskopem treść żołądkowa kwaśna zupełnie inny obraz przedstawia pod mikroskopem niż alkaliczna. Lecznicze stosowanie kwasów przy braku jego w żołądku np. w nieżycie śluzowym jest racjonalne. Natomiast podawanie kw. solnego przy nadmiernem wydzielaniu może być wręcz szkodliwe na co już przedtem Jaworski wraz z Gluzińskim jako pierwsi na IV. Zjeździe w Poznaniu w r. 1884 zwrócili uwagę.

Niejako dalszym ciągiem tych badań jest praca ogłoszona w r. 1887 w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 4) p. t.: „**Metoda mierzenia zdolności wydzielniczej pepsyny jakoteż sposób otrzymywania naturalnego soku żołądkowego ze żołądka ludzkiego**“ która wyszła również w „Münchener med. Wochenschrift“ (1887 Nr. 33) jako tymczasowe doniesienie. Stwierdziwszy że kwasy stanowią swoisty bodziec do wydzielania pepsyny nietylko w żołądku martwym ale i żywym podaje dla celów doświadczalnych i klinicznych dwa sposoby mierzenia zdolności wydzielniczej pepsyny. Jeden sposób polega na wlewaniu na czczo do żołądka $^1/_{10}$ normalnego kwasu solnego a drugi na wlewaniu $^1/_{10}$ normalnego kwasu mlekowego. Po upływie pół godziny, w którym to czasie kwas ługuje pepsynę, aspiruje się treść ze żołądka i sączy. Poczem bada się osad pod mikroskopem a przesącz na pepsynę. Obie te metody są odmiennemi od metod dotychczasowych, albowiem podczas gdy metody dotychczasowe albo oznaczały ilość pepsyny w płynach poza ustrojem albo tylko szukano jej w treści żołądka czczego czy jest w niej zawartą czy też nie — te obie metody Jaworskiego mają na celu zbadanie zdolności wydzielniczej pepsyny żołądka żywego. Nadto Jaworski wykazał doświadczalnie, że wlewając 200—400 cm³ kwasu solnego rozmaitego zgęszczenia, do żołądka czczego człowieka można w ten sposób bez szkody dla badanej osoby po upływie jednego lub więcej kwadransów uzyskać sok żołądkowy o dowolnej sile trawiącej, przydatniejszy do doświadczeń lekarskich, niż sztuczny sok ze żołądków pośmiertnych zwierząt.

Uzupełnieniem tych prac jest artykuł ogłoszony w „Zeitschrift für Therapie“ 1887 (Nr. 7) p. t.: „**Vorläufige Mittheilung über die Wirkung der Säuren auf die Magenfunktion des Menschen**“ w którem rozpatruje Jaworski działanie kwasu solnego, mlekowego, octowego i węglowego na żołądek. Kwas solny mlekowy i octowy wzmagały wydzielanie pepsyny, resorpcja ich była mniejsza niż przekroplonej wody, przy większej ilości i koncentracji wywoływały napływ żółci do żołądka, w śluzie pokazywały się pod mikroskopem rozpadłe jądra ciałek wypocinowych. Własności trawiące białko nadawał sokowi żołądkowemu tylko kwas solny a nie mlekowy ani octowy. Natomiast kwas węglowy działał silnie podniecająco tak na wydzielanie kwasu solnego jak i pepsyny w żołądku i resorbował się szybciej aniżeli woda przekroplona. Kwas węglowy jest zatem środkiem pobudzającym silnie zarówno chemizm, jak i resorbcję w żołądku.

Dodać należy, że przyjęła się w klinice i ogólnie znaną jest **Jaworskiego jakościowa próba na pepsynę**, polegająca na badaniu trawienia kurzego białka: Płytka białka o 5—6 cgm wagi zostaje przez 25 cm³ przesączu żołądkowego przy 40° C. strawioną w 3 godzinach. Ta sama ilość włóknika w tychsamych warunkach rozpuszcza się w 1½ godziny a 5—6 cg suchego białka surowiczego rozpuszcza się już w ciągu 1 godziny przy pozostawieniu minimalnych resztek. Również znaną jest w świecie naukowym **próba Korczyńskiego i Jaworskiego na zawartość krwi w treści żołądkowej**. Odrobinę pozostałości ze sączka po przefiltrowaniu kładzie się na miseczkę porcelanową, dodaje się odrobinę chloranu potasowego i kroplę stężonego kwasu solnego i mieszaninę powoli się ogrzewa. Kiedy cały chlor uszedł dodaje się jeszcze jedną do dwóch kropel rozcieńczonego roztworu żelazosinku potasowego; przy obecności krwi występuje zblękitnienie od błękitu berlińskiego.

W pracach Jaworskiego ogłoszonych wspólnie z Glu-

ziński m nad niedawno wykrytą chorobą Reichmanna (Wiener med. Presse 1886., Wiener med. Wochenschr. 1887, Nr. 7 i 8 oraz 49 i Zeitschr. f. Klin Medizin. Bd. 11.) przyczynili się oni znacznie do bliższego zbadania tego cierpienia. Podają oni że wzmożone przewlekłe wydzielanie soku żołądkowego bywa zjawiskiem częstem, bo wykazują cyfry 48 chorych na sokotok na 222 chorych. W szczególności dowodzą, że jest ono objawem nieżytu żołądka i że przytem zboczeniu wydzielniczem mają ważny udział zaburzenia czynności ruchowej żołądka. Prace te napotkały na opozycję, zarzucającą, bądź, że nie zawsze przekonywali się o obecności soku żołądkowego w treści na czczo wydobytej, bądź też że kładą zbyt wielki nacisk na pojawianie się soku żołądkowego na czczo jako cechy znamiennej dla choroby Reichmanna, oraz podnoszącą że sam Reichmann przez szereg lat mógł zaobserwować tylko 6 przypadków typowego sokotoku żołądkowego.

W pracach ogłoszonych przez Jaworskiego we „Wiener med. Woch." 1886, w „Münchener med. Wochenschrift" 1887 (Nr. 7 i 8) i we „Wiener med. Woch." 1888 (Nr. 48 i 49) zawarte są dane kliniczne, które przyczyniły się do wyjaśnienia obrazu t. zw. apepsji czyli Achylia gastrica (brak soku żołądkowego) bo wykazały że podstawą tej choroby jest zanik błony śluzowej żołądka. Prace te są bardzo często przytaczane w literaturze wszechświatowej. C. d. n.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Wzajemna zależność pomiędzy sprawnością przewodu pokarmowego i pozajelitowej przemiany materji a stanem uzębienia.

Z Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. dr. Gluziński.

Od wieków datują się prace lekarzy, wskazujące wielkie znaczenie stanu uzębienia dla ustroju. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, prace licznych autorów, oparte na ścisłych danych klinicznych i doświadczalnych, jeszcze bardziej podkreśliły łączność zachodzącą pomiędzy uzębieniem a ustrojem, jako całością. Prace te są w gronie fachowców znane i uznane. Jednakowoż, jeszcze dotychczas odontologja wydaje się nietylko laikom, lecz również niektórym lekarzom, nauką stojącą w luźnym tylko stosunku z medycyną ogólną.

Mniemanie podobne udaje się obecnie z łatwością obalić.

Nie ulega wątpliwości, że prawa życiowe wpływają na stan uzębienia, zarówno w czasie ich rozwoju, czynności jak i schorzeń w sposób zupełnie ten sam, co i na najważniejsze narządy. Wiemy, że niektóre procesy, toczące się w chorych zębach, wywołać mogą ciężkie uszkodzenia całego ustroju, a nawet zagrażać życiu. Jest to zrozumiałe, gdyż większość spraw chorobowych zębów i ich najbliższego otoczenia odbywa się w gąbczastej tkance kostnej szczęk, a zatem w tkance, która dzięki swemu obfitemu zaopatrzeniu w naczynia krwionośne i chłonne nadzwyczaj dobrze nadaje się do dalszego przenoszenia drobnoustrojów i ich jadów, szkodliwych produktów rozkładu tkanki uszkodzonej i t. d. *A priori* jest również zrozumiałe, że uszkodzenie czynności zębów, mechanicznego rozdrabniania pokarmów, winno wywołać utrudnioną pracę żołądka, a w dalszym swem następstwie nieraz niedostateczną sprawność całego narządu trawienia. Niemniej oczywistem jest, że produkty rozkładu resztek pokarmowych zatrzymanych w ubytkach zębów spróchniałych, pomiędzy zębami, w kieszonkach ropocieku zębodołowego i t. d. są przeładowane drobnoustrojami i ich jadami, wskutek czego, dostając się do żołądka, mogą wywołać z biegiem czasu następstwa niepożądane.

I *vice versa:* również dobrze jest znany wpływ wad konstytucjonalnych ustroju, niektórych schorzeń ogólnych, wycieńczenia, zatruć, nieodpowiedniego i niedostatecznego odżywiania i t. d. na stan uzębienia.

Przedmiotem pracy niniejszej jest przytoczenie pewnych własnych doświadczeń w tej dziedzinie oraz wyłuszczenie nowszych poglądów panujących w dziedzinie korelacji uzębienia i ustroju, jako całości.

W ciągu $2\frac{1}{2}$ lat ostatnich obserwowałem przeszło 300 (ściśle 305) przypadków w wieku od 10—70 lat, z rozmaitemi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego. Język, dziąsła, zęby i migdałki swych chorych, oczywiście, oglądałem jak najdokładniej. Pośród swoich przypadków stwierdziłem w blisko 90% przypadków, uszkodzenie zębów. Dokładnem rozpoznawaniem schorzeń zębowych nie zajmowałem się, rzecz jasna. Nie będę też przytaczał liczb ścisłych, opartych na nieścisłych danych. Zaznaczę tylko, że w olbrzymiej większości przypadków przeważały: brak jednego lub więcej zębów, próchnica, zanik starczy wyrostka zębodołowego, zapalenia dziąseł, okostnej i ozębnej oraz ropociek zębodołowy. Stwierdziłem wyłącznie zmiany pewne i dobrze widoczne i przekonany jestem, że fachowiec odontolog stwierdziłby uszkodzenie zębów, prawie we wszystkich moich przypadkach. Materjał mój składał się z przypadków nieżytu żołądka i jelit, wrzodów żołądka i dwunastnicy, zapalenia pęcherzyka i dróg żółciowych, kamicy żółciowej, zapalenia wyrostka robaczkowego, nowotworów, narządów trawienia oraz różnych innych schorzeń organicznych i czynnościowych w dziedzinie trawienia. W miarę tego, jak mnożyła się liczba badanych przeze mnie przypadków, coraz mniej wydawały się przesadzonemi słowa Williama Oslera, że »zęby schorzałe powodują więcej szkód dla ustroju, niż wyskok« oraz napozór paradoksalne słowa Mayo, że »chirurgję wrzodów żołądka i dwunastnicy należy rozpoczynać od zębów«.

Jest godnem zastanowienia, jak często schorzenia ogólne ustroju dadzą się rozpoznać z uszkodzeń uzębienia, n. p. z jednego lub dwu luźno osadzonych zębów. W cukrzycy, skazie moczanowej, schorzeniach nerek, serca i naczyń, w kile i znacznej niedokrwistości najczęściej to widzimy.

Nie dziw też, że Paul uważał swoistą próchnicę zębodołów (*caries alveolaris specifica*) za objaw początkowy pewnych chorób zakaźnych przewlekłych oraz zaburzeń w dziedzinie przemiany materji. Liczne drobne naczynia okostnej, ozębnej i miazgi doskonale się ku temu nadają, by czule oddziaływać na sprawy chorobowe, znajdujące swe odzwierciedlenie we krwi. Niedostateczne odżywianie szczęk i zębów wystarcza, by zmniejszyć ich wartość czynnościową względnie by wywołać ich zwyrodnienie. Zmiany w stanie chemicznym, koloidowym i t. d. otaczających tkanek, soku tkankowego i śliny wywołują wypadanie krystaloidów i koloidów dookoła korzeni i koronek; inkrustacje te ze swojej strony przyśpieszają sprawy zniszczenia tkanki zębowej i kostnej. Do tego dołączają się drobnoustroje i ich jady, produkty rozpadu zatrzymanych w jamie ustnej resztek pokarmowych, by dokończyć dzieła zniszczenia.

Umiejącemu spostrzegać, stan jamy ustnej i uzębienia daje dużo wskazówek wartościowych. Wybitna niedokrwistość śluzówki wzbudza podejrzenie schorzenia krwi, względnie innych wycieńczających schorzeń. Wady w ukształtowaniu i rozwoju zębów, ich ustawienia i t. d. świadczą o przebytej krzywicy i o innych hamujących rozwój kośćca schorzeniach. Silne krwawienia nasuwają rozpoznanie hemofilji, gnilca i innych skaz krwotocznych. Ciemne zabarwienia śluzówki warg i policzków, jako objaw choroby Addisona i tak zwanego *diabète bronzé*, liczne swoiste wysypki i owrzodzenia dziąseł i śluzówki, swoiste rąbki metaliczne po zatruciach pewnemi metalami, ślinotok rozmaitego pochodzenia — wszystkie te objawy (i wiele innych) często wskazują, jak szybko schorzenia ogólne ustroju pociągają za sobą zmiany patologiczne jamy ustnej i uzębienia.

Pragnąc pozostać ściśle w ramach pracy niniejszej, ograniczam się do rozpatrzenia wpływu, jaki wywierają na stan uzębienia pewne schorzenia narządów trawienia oraz zaburzenia w dziedzinie przemiany materji i złączone z niemi często schorzenia gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Spotykamy się tu między innemi z krzywicą, gnilcem, chorobą Barlowa, t. j. ze schorzeniami polegającemi, jak obecnie przypuszczamy, w głównej mierze na zaburzeniach w ogólnej przemianie materji, wywołanych brakiem życianów (witamin).

Prace Percy Howe'a w dużej mierze przyczyniły się do wyjaśnienia znaczenia życianów dla stanu uzębienia. Autor ten był przeciwnikiem starego poglądu Millera, że próchnicę wywołują kwasy organiczne, pochodzące z rozkładu i fermentacji węglowodanów, zwłaszcza cukrów w jamie ustnej. Powtarzając doświadczenia Millera, Howe

karmił 30 świnek morskich przez rok wielkiemi ilościami węglowodanów, przyczem stwierdził, że resztki węglowodanów przylegały do zębów i odczyn śliny był kwaśny. Mimo to, nie udało się wywołać ani śladu próchnicy. Natomiast gdy zwierzętom podawano pokarm pozbawiony trzech rodzajów witamin (*A*, *B* i *C*), w ciągu trzech miesięcy występował zanik zębodołów, podobny do zaniku starczego, ropociek zębodołowy, obrzęk dziąseł. Zęby wykazywały znaczny stopień odwapnienia i próchnicy, pochylały się, ruszały i wiele zębów wypadało. Zmieniał się nawet zgryz. Podawanie zwierzętom soku cytrynowego w szybkim czasie wpływało dodatnio na stan uzębienia: powyższe objawy znikały; zęby, dziąsła i szczęki wracały do stanu normalnego.

Dobroczynny skutek soku cytrynowego Howe przypisywał zawartym w nim witaminom grupy *C*. Przeciwnie, Mellanby i Hess są zdania, że próchnicę zębów wywołuje głównie brak witamin grupy *A*. Szczepy ludzi, odżywiających się produktami przeważnie surowemi (n. p. Eskimosi) a także rolnicy, których odżywianie jest dostateczne i składa się z produktów świeżych, mało zmienionych, wykazują mało próchnicy. Zmiana ich odżywiania w kierunku kuchni wielkomiejskiej szybko wywołuje i u nich objawy próchnicy.

Obok obecności witamin w pożywieniu znaczną rolę odgrywa także zawartość wapnia w pokarmach i płynach.

Przy małej jego zawartości w pożywieniu względnie jego ubytku, powstającego w ciąży, osteomalacji, tężyczce, i t, d. cierpi czynność i odporność zębów, jak również innych kości. Ważną jest nietylko bezwzględna zawartość wapnia w pokarmach, ale także jego ilościowy stosunek do potasu i magnezu, których działanie jest antagonistycznem do działania wapnia. Rozwój chemji fizykalnej wykazał także *in vitro* wielkie swoiste znaczenie oddzielnych jonów dla stanu koloidowego rozproszenia białka względnie pierwoszcza a tem samem i dla czynności tkanek.

Izojonja, t. j. ściśle określony wzajemny stosunek ilościowy i równowaga pomiędzy różnemi jonami zawartemi w sokach tkankowych, komórkach, krwi i t. d. jest jednym z głównych warunków istnienia ustroju. Nadmiar wapnia wpływa kojąco i uśmierzająco na stany zapalne i nieżytowe. w przeciwieństwie do sodu, potasu, i po części magnezu. Brak wapnia lub niedostateczna jego zawartość w sokach ustroju wpływa ujemnie na krzepliwość krwi i na odporność wobec zakażeń.

Rose stwierdził wpływ ujemny wody miękkiej t. j. zawierającej mało soli wapniowych, na stan uzębienia. Według Meyera próchnica w cukrzycy jest skutkiem małowapniowej djety. Kranz wskazuje zaburzenia przemiany wapniowej, jako przyczynę niedokształceń szkliwa i zębiny oraz anomalji szczęk i ustawień. Według Kranza zaburzenia przemiany wapniowej są wywołane przez schorzenia czynnościowe tarczycy i grasicy, o których to gruczołach mowa będzie później.

W skazie moczanowej, t. zw. artretyzmie, dnie, spotykamy cały szereg zmian chorobowych w uzębieniu. Są one tak częste i wielorakie, że niektórzy autorowie n. p. Pierce uważali, że ropociek zębodołowy, jedno z najczęściej spotykanych schorzeń uzębienia jest bezpośrednio wywołany przez złogi soli moczanowych w ozębnej i kostniwie.

W moczówce cukrowej spotyka się cały szereg zmian chorobowych uzębienia, jako to zapalenie dziąseł ze skłonnością do martwicy dookoła zębów, próchnicę i ropociek zębodołowy. Śmiało można powiedzieć, że nietylko każdy prawie chory na cukrzycę z biegiem czasu cierpi na ropociek zębodołowy, lecz że w wielu przypadkach ropotok zębodołowy jest pierwszym objawem cukrzycy. Według Körnera może on czasowo wyprzedzić nadmierne wydzielanie cukru z moczem, nadmierne pragnienie i łaknienie, schudzenie, osłabienie ogólne i inne zasadnicze objawy cukrzycy. Już nieraz odontolodzy rozpoznawali cukrzycę u ludzi, którzy bynajmniej o niej nie myśleli, jedynie na podstawie objawów zębowych. Próchnica i inne schorzenia zanikowe oraz zakaźne zębów także nawiedzają często cukrzycowych. Że wszystkie one stoją w związku bezpośrednim z głównym objawem przedmiotowym cukrzycy t. j. z przecukrzeniem krwi, dowodzi dobitnie fakt, że przy odpowiedniem leczeniu djetetycznem, a ostatnio przy leczeniu swoistem zapomocą insuliny, równolegle ze stanem ogólnym, poprawiał się także stan uzębienia (spostrzeżenie własne).

W daleko posuniętych schorzeniach nerek, a zwłaszcza w mocznicy stwierdza się często obrzęk dziąseł, przechodzący nieraz w owrzodzenia. W przypadkach cięższych owrzodzenia sięgają do zębodołu i ozębnej, wywołując ciężkie zmiany kości i zęba, dochodzące do martwicy tkanek i wypadania zębów. Lżejsze schorzenia nerek także wywierają swój wpływ na stan uzębienia; zmiany w uzębieniu są przytem tak częste, że Michel uważał, iż białkomocz jest główną przyczyną ropotoku zębodołowego.

W żółtaczce spotykano zmiany zabarwienia w zębach, zwłaszcza u oseskow (Thursfield).

W zołzach (skrofulozie), zęby są nader kruche i skłonne do próchnicy.

Ściśle związane z pozajelitową przemianą materji są zaburzenia w czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego. Poprzednio wykazałem związek pomiędzy tarczycą i grasicą, a stanem uzębienia.

Tarczyca, gruczołki przytarczycowe i przysadka mózgowa stanowią pewien dobrze zgrany zespół. Wydzielina tych gruczołów wywiera wielki wpływ na budowę zębów. Znaczenie tarczycy dla uzębienia jest znane już dawno. W razie zmniejszonego ilościowo względnie zmienionego jakościowo wydzielania tarczycy, n. p. u kretynów i u chorych na obrzęk śluzowaty (*myxoedema*), (Kranz); interesujący nas stan uzębienia przedstawia liczne nieprawidłowości: zboczenia w ustawieniu zębów, błędy w ich rozwoju, nader często próchnicę i wielkie złogi kamienia zębnego. U dzieci często następuje wstrzymanie ząbkowania i opóźnienie wypadania zębów mlecznych.

Czynność gruczołów przytarczycowych jest ściśle związaną z przemianą wapnia w ustroju. Erdheim wykazał, że po doświadczalnem usunięciu gruczołów przytarczycowych u szczurów występują ciężkie zmiany w siekaczach. Zarówno szkliwo, jak zębina wykazują liczne braki w uwapnieniu; zęby są kruche i nietrwałe. To samo spostrzegano u dzieci w tężyczce, chorobie wywołanej przez zaburzenia czynności gruczołków przytarczycowych; u dzieci tych zęby nie rozwijają się prawidłowo, ubytek wapnia wywołuje nierówności i brózdy na szkliwie siekaczy i kłów, w mniejszym stopniu i innych zębów.

Zarówno przy doświadczalnem usunięciu przysadki u zwierząt jakoteż w samoistnych jej schorzeniach u ludzi, widzi się liczne zmiany chorobowe w uzębieniu. Cierpi rozwój i odżywianie zębów, które wykazują liczne nieprawidłowości w swej budowie: siekacze są rozstawione, ukośnie ustawione i t. d. Nadmiar wydzieliny przysadki, zwłaszcza jej przedniego zrazika wywołuje przeciwnie nadmierny wzrost zębów (i innych kości), nienormalny ich kształt i ustawienie.

Według obecnie panujących poglądów zmniejszenie się wydzielania wewnętrznego grasicy powoduje zatrucie ustroju nadmiarem kwasu, przez co kości doznają zahamowania w swoim rozwoju i przyśpieszenia rozkładu. Kranz stwierdził u psów po wycięciu grasicy wyraźne zahamowanie ząbkowania; ponadto zęby były o wiele słabsze niż u innych zwierząt.

W schorzeniach jajników stwierdzano u kobiet częste bóle w napozór zdrowych zupełnie zębach; można tłumaczyć to sobie tem, że pod wpływem porażenia nerwów naczynioruchowych następuje rozszerzenie naczyń miazgi, co znów powoduje ucisk na nerwy czuciowe.

U kobiet tych zęby są bardzo wrażliwe, zwłaszcza w okolicy szyjki, na dotknięcie i zmiany ciepłoty pokarmu; objaw ten również znajduje swe objaśnienie w odruchowem porażeniu nerwów naczynioruchowych, względnie podrażnienia nerwów czuciowych, wreszcie w miejscowych zastoinach żylnych, względnie przekrwieniu tętniczem.

Kranz i Robinson wykazali także doświadczalnie

na zwierzętach ujemny wpływ usunięcia gruczołów rozrodczych na stan uzębienia.

Często spotykane podczas ciąży zmiany chorobowe uzębienia polegają, jak dowiódł L e w y na utracie wapnia. Zamiast 1,35% do 1,57% zęby zawierały ± 0,58% wapnia, co było niezawodnie powodem ich skłonności do próchnicy i innych schorzeń. Teleologicznie musimy uznać utratę wapnia za celową: następuje bowiem powiększenie zawartości wapnia we krwi, a tem samem zwiększenie jej krzepliwości na wypadek krwotoków; pozatem wapno jest potrzebne do budowy kośćca i innych narządów płodu.

O licznie spotykanych przezemnie zmianach chorobowych uzębienia w schorzeniach przewodu pokarmowego trudno powiedzieć, czy są one jedną z przyczyn, czy też skutków względnie współrzędnych objawów tych schorzeń. Znajdująca obecnie coraz większe poparcie teorja H u n t e r a o ustnem ogniskowem zakażeniu widzi pierwotną przyczynę raczej w schorzeniu uzębienia. Jednakże nie ulega dla mnie wątpliwości, że przynajmniej w niektórych moich przypadkach, szczególnie cięższych, zmiany uzębienia były skutkiem schorzeń narządów trawienia. Już dawniej spostrzegano następową skłonność zębów do próchnicy, zakażeń, schorzeń dziąseł a także do ropotoku zębodołowego w przypadkach długotrwających nieżytów żołądka lub jelit, długotrwałych niestrawności, a zwłaszcza w zaparciu stolca. Niedostateczne wykorzystanie pokarmu powoduje ogólne osłabienie ustroju, a tem samem i zmniejszoną odporność zębów, wystawionych na tak liczne uszkodzenia. Liczne jady wessane z jelit w uporczywych zaparciach także mogą podziałać szkodliwie na stan tkanki zębnej i jej otoczenia. Również nie ulega wątpliwości, że pierwotne ogniska zakaźne w pęcherzyku żółciowym, wyrostku robaczkowym i t. d., przy dłuższem ich oddziaływaniu na ustrój szkodzić mogą także i zębom (przerzuty, jady)

Dwa nader częste i z punktu widzenia pracy niniejszej bardzo ważne schorzenia uzębienia wymagają szczegółowego omówienia: jest to ropociek zębodołowy i próchnica. O etjologji tych schorzeń istnieje w piśmiennictwie odontologicznem wielka ilość prac i prawie tyleż poglądów.

Maurice Roy, Grewe, Gottlieb i Fleischmann i niektórzy inni autorowie widzą pierwotną przyczynę ropotoku zębodołowego w jakiemś ogólnem schorzeniu ustroju, które to schorzenie czyni uzębienie z biegiem czasu mniej odpornem na działanie szkodliwych czynników miejscowych. Do tych schorzeń ogólnych należą: dna, cukrzyca, długotrwałe zaburzenia trawienia, zwłaszcza zaparcie, różne zatrucia, wycieńczenie ustroju i t. d. W następstwie tych schorzeń powstaje pierwotny zanik blaszki kostnej zębodołów, wytwarza się kieszonka pomiędzy korzeniem zęba, a zębodołem i przyłącza się następnie zakażenie miejscowe. Inne teorje, wskazujące schorzenia miejscowe, jako pierwotną przyczynę ropotoku n. p. teorja K o l l e - B a y e r a o swoistem zakażeniu krętkowem, K a r o l y'e g o o nadmiernem mechanicznem obciążeniu zębów, B o d o o zbyt wielkim ucisku bocznym na zęby — na potkały na liczne umotywowane sprzeciwy.

Próchnica zębów również wywoływała i wywołuje dotychczas niezgodność w zapatrywaniach autorów na jej etjologję. Pogląd M i l l e r a i innych, że próchnica jest spowodowana działaniem kwasów organicznych, powstających z fermentujących węglowodanów, a zwłaszcza cukrów (K u n e r t), teorję B a u m g a r t n e r a o pasorzytniczej etjologji próchnicy oraz inne mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia — pozostawiam na uboczu. Zastanowić się jednak należy nad teorją K o n e f f k e'g o, opartą na licznych doświadczeniach i na nowoczesnych poglądach fizykalno chemicznych. K o n e f f k e stwierdził, że odporność zwierząt przeciw próchnicy zależała od stężenia jonów wodorowych i od ciśnienia osmotycznego śliny. Przy prawidłowej kwasocie czynnej i prawidłowem ciśnieniu osmotycznem śliny, połączonem z normalną ogólną ilością dobową wydzielonej śliny odporność zębów przeciw próchnicy była największa. Im większa zachodziła zmiana w wartości wykładnika jonów wodorowych (Pk) w stronę kwaśną, lub zasadową i im większe było ciśnienie osmotyczne śliny oraz ślinotok, tem bardziej zęby skłonne były do próchnicy. Wyniki doświadczeń K o n e f f k e'go (w razie ich potwierdzenia) byłyby doskonałem objaśnieniem, znanego klinicznie już oddawna ujemnego wpływu na stan uzębienia schorzeń ogólnych, połączonych z kwasicą względnie alkalozą, jak n. p. pewne przewlekłe niestrawności, cukrzyca, mocznica, tężyczka i t. d.

Wspomnę jeszcze o nerwobólach zębowych, często występujących pod wpływem zaburzeń w przemianie materji (cukrzyca, choroba Basedowa, dna, artretyzm, charłactwo) oraz w przewlekłych zaparciach (jady jelitowe, G u s s e n b a u e r).

Przechodzę do drugiej części pracy niniejszej, mianowicie do rozpatrzenia znaczenia stanu uzębienia dla sprawności przewodu pokarmowego i pozajelitowej przemiany materji.

Łączność istniejąca pomiędzy sprawami toczącemi się w zębach a schorzeniami wewnętrznemi znana już była oddawna. Szczególnie w ciągu ostatniego półstulecia Chasaignac w roku 1859, Richet w roku 1865, Leube w roku 1878, Lenharz, Kaczorowski [1]) w roku 1884 wskazywali wielką rolę zębów, jako punktu wyjścia różnych schorzeń odległych nieraz narządów. Jednakże dopiero gruntowne prace Wiliama Huntera, Rosenowa, Pässlera, Billingsa [2]), Duke'a [3]), Harzella, Petit'a, Tellier'a, Ziembowskiego [4]), Kuczyńskiego [5]), Goadbe'go, Fischer'a [6]) i wielu innych autorów przyczyniły się do obecnie panujących bardziej naukowych, opartych na trwałych podstawach bakterjologicznych, histologicznych, anatomo-patologicznych i klinicznych poglądów na te sprawy. W swojej ciekawej pracy H u n t e r wskazuje wielkie znaczenie zakażenia uzębienia, jako przyczyny, wskutek której powstają stany chorobowe. W pierwszym rzędzie H u n t e r wymienia nieżyt żołądka, jako schorzenie, najczęściej ze wszystkich innych schorzeń wewnętrznych wywoływane przez zakażenie ustne. Nieżyt żołądka jest według niego pochodzenia zakaźnego i powstaje z powodu niedostatecznego żucia pokarmów oraz wskutek długo, nieraz lata całe, trwającego połykania ropy. Z biegiem czasu może dojść do wielce przewlekłych postaci chorobowych, jak zanik gruczołów żołądkowych i połączona z nim achylja, a nawet do zapalenia ropnego śluzówki żołądka. Jako dalsze schorzenia ogólne, które mogą być wywołane przez stany zakaźne uzębienia i jamy ustnej, Hunter wymienia zapalenie miąższu kostnego, wsierdzia, ropienie, zapalenie nerek, opon mózgowych, zapalenie stawów i t. d. Ze schorzeń miejscowych H u n t e r wskazuje zapalenie migdałków, obrzmienie gruczołów, zapalenie środkowego ucha, ropnie szczękowe i t. d. Jeżeli do powyższego spisu ciężkich schorzeń ogólnych dodamy posocznicę kryptogenetyczną, którą Leube, a także Lenharz oraz Antonius i Czepa [7]) często stawiają w związku z ogniskami zakaźnemi w zębach, to przekonamy się jak wielka jest szkodliwość i doniosłość tychże dla ustroju. B i l l i n g s (l. c.) w swoich badaniach klinicznych przyszedł do wniosków takich samych. Według niego ogniska zakaźne uzębienia przy obniżeniu sił odpornych danego ustroju z powodu wycieńczenia po przebytych chorobach ogólnych, zatruciach, przepracowaniu i t. d. mogą wywoływać także cały szereg innych schorzeń, że wymienię wrzody żołądka, zapalenie woreczka żółciowego, trzustki, przerost i nadmiar czynności tarczycy i t. d. Stosownie do spostrzeżeń wielu autorów, i jak się przekonałem w moich przypadkach, najczęściej spotykane schorzenia uzębienia, które wywołać mogą ogólne zmiany chorobowe są następujące: ropotok zębodołowy, ropień zębodołowy, zapalenie dziąseł, zapalenie ozębnej, ziarniniak zębodołowy. Tworzą one ustne ogniska zakaźne *(oral focal infection)*, które należą do najczęstszych ognisk za-

[1]) Cytow. według Allerhanda, Polska Gazeta Lekarska 1923, Nr. 4, 5, 6.
[2]) l. c.
[3]) l. c.
[4]) Cytow. według Helda, Przegląd dentystyczny 1923, Nr. 6.
[5]) Cytow. według Allerhanda, l. c.
[6]) Cytow. według Terkowskiego, Przegląd dentystyczny 1922, Nr. 5.
[7]) Cytow. według Allerhanda, l. c.

kaźnych ustroju; stany przez nie wywoływane Hunter nazwał *»oral sepsis«*, zakażeniem ustnem, Francuzi nazywają ją *»septicémies bucco-dentaires«*.

Jak wiadomo, jama ustna jest stałem siedliskiem drobnoustrojów, zarówno chorobotwórczych, jak i nieszkodliwych. Wymienię jako najważniejsze: różne gatunki paciorkowców (zwłaszcza paciorkowiec zieleniejący i mlekowy Kantorowicz), gronkowce, dwoinki płucne, wrzecionowce, rozmaite krętki i włosiowce, a czasami także meningokokki, prątki błonicy i t. d. Stałe ciepło, wilgoć, ciemność, nadmiar pożywienia, liczne punkty przyczepne tworzą z jamy ustnej prawdziwy termostat do hodowli drobnoutrojów. Osiedlenie się ich w sprzyjających warunkach w miejscach zmniejszonej odporności w zębach, następowe wzmożenie się ich jadowitości, nie może zadziwić. Niedostateczne leczenie mechaniczne i antiseptyczne zębów, a zwłaszcza izolowanie od tlenu beztlenowców zawartych w tych ogniskach zapomocą plomb koron i t. d. wytwarza, rzecz jasna, ukryte, stałe źródła zakaźne, których zarazki w chwilach zmniejszonej odporności ustroju przenoszą się do innych narządów. Badania Rosenowa (l. c.), Kuczyńskiego (l. c.), Mendel'a i innych wykazały, że jadowitość drobnoustrojów z ognisk zębowych zazwyczaj nie jest zbyt wielka. Jednakże zwiększa się ona pod wpływem różnych czynników, jako to doprowadzenia tlenu, ulepszenia pożywki i t. d., a nawet, jak dowodzą Rosenow i Kuczyński, udało się wykazać zmienność bakterji i przeprowadzić poszczególne ich gatunki, jedne w drugie, jako to: paciorkowe w dwoinki płucne i przeciwnie. Wynika z tego, że pod wpływem różnych czynników, jadowitość drobnoustrojów, usadowionych w pozornie spokojnych ogniskach zakaźnych jamy ustnej może znacznie spotęgować się i wywołać ogniska chorobowe w innych narządach.

Wielce ciekawe jest przytem prawo wyborowego powinowactwa bakterji do poszczególnych tkanek (histotropja) i z niego wypływająca zdolność wyborowego usadawiania się bakterji (*elective localisation power*). Prawo to zostało odkryte i doświadczalnie dowiedzione przez Rosenowa (l. c.). Już dawno było wiadome, że poszczególne rodzaje drobnoustrojów odznaczają się swojem powinowactwem do niektórych tkanek: a więc meningokokki do opon mózgowych, prątek tężca, zarazek wścieklizny, po części krętek blady — do tkanki nerwowej i t. d.

Doświadczenia Rosenowa wykazały jednak ponadto, że podobne swoiste powinowactwo jest także cechą poszczególnych szczepów jednego i tego samego rodzaju paciorkowców. Rosenow stwierdził, że poszczególne szczepy paciorkowców, wyhodowane z ognisk zębowych, lub migdałków ludzi cierpiących na zapalenie poszczególnych narządów n. p. wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, a nawet wrzodu żołądka, zaszczepione królikom, wywoływały u nich zapalne schorzenia tego samego narządu, na które cierpiał odnośny chory. Natomiast ogólnego zakażenia zwierzęta nie wykazywały. Wyniki te Rosenow objaśnia:

1. ogólną niewielką jadowitością zarazków wyhodowanych z ognisk zębowych, która nie była wystarczającą by wywołać ogólne zakażenie;

2. zdolnością tych zarazków do doborowego usadawiania się w poszczególnych tkankach. Rosenow przypuszcza że u jego chorych zarazek ich schorzenia miejscowego (zapalenia pęcherzyka żółciowego, czy też wyrostka robaczkowego i t. d.) pochodził właśnie z ognisk zębowych wzgl. migdałków.

Przebieg zakażenia narządów wewnętrznych przez drobnoustroje, pochodzące z ognisk zakaźnych zębowych, Rosenow i inni przedstawiają sobie jak następuje: w spokojnem napozór ognisku zębowem istnieją liczne gatunki drobnoustrojów chorobotwórczych. Przez *foramen appicale* drobnoustroje i ich toksyny dostają się do krwiobiegu ogólnego. Wobec ich niewielkiej jadowitości zostają one zapomocą fagocytozy i wielorakich środków ochronnych ustroju (przeciwciał) zniszczone. Jednakże w chwilach zmniejszonej odporności ustroju dostają się one drogą naczyń krwionośnych, nie powodując posocznicy ogólnej, do narządów wyborowego umiejscowienia i wywołują w nich zapalenia następowe.

W swojej skądinąd nader znamiennej pracy fizjolog amerykański Fischer [8]) wywodził, że »odontolog nie może ograniczyć się do rozpoznania choroby zębów i osądzenia, czy ząb da się zachować, czy nie, lecz że winien przede wszystkiem wziąć pod uwagę czy i o ile zachowanie zęba zagraża ogólnemu stanowi zdrowia«. Fischer radził usuwać wszystkie zęby, w których dotknięty jest nerw, lub korzeń. Pod wpływem teorji o zakażeniu ustnem w krajach anglo-saksońskich, zwłaszcza w Ameryce zaczęto usuwać zęby przy najmniejszych nieraz objawach zakażenia; w końcu jednak sam Rosenow i inni wystąpili przeciw radykalnemu poglądowi Fischera i praktykom odontologów amerykańskich — jako zbyt krańcowym.

We Francji Petit (l. c.) wystąpił również przeciw zbyt gorącym zwolennikom usuwania zębów, za wszelką cenę, dowodząc, że w olbrzymiej większości przypadków ustrój daje sobie sam radę, zarówno z małemi dawkami bakterji i ich jadów, które zazwyczaj powoli tylko przedostają się poza obręb zębów, jakoteż z produktami rozkładu miazgi zębowej, powstającemi pod wpływem działania drobnoustrojów.

Produkty rozkładu białka trupiego (ptomainy), jako to neuryna ($C_5 H_{13} No$), cholina ($C_5 H_{15} No_2$), muskaryna, betaina, kadaweryna, putrescyna i inne substancje o oddziaływaniu zasadowem, są to trucizny działające nader gwałtownie; jeżeli zaś zazwyczaj nie odczuwa się ich działania, to należy uważać za dowiedzione, że środki obronne ustroju, jako to fagocytoza i przeciwciała, rozmaite zaczyny i katalizatory wystarczają do ich unieszkodliwienia. Tem bardziej zatem wystarczy mechaniczne (usuwanie miazgi) i chemiczne (antiseptyczne) leczenie, by usunąć tlenowce i unieszkodliwić beztlenowce.

Jak widzimy z powyższego, znaczenie stanu uzębienia dla narządów trawienia, między innemi, jest nader wielkie. Cały szereg schorzeń przewodu pokarmowego, jako to nieżyty żołądka i jelit, zapalenia wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, trzustki, wrzody żołądka i dwunastnicy i t. d., t. j. najczęstsze ze spotykanych schorzeń jamy brzusznej, powstać mogą wskutek przerzutów z ognisk zębowych.

Profilaktyka schorzeń zębowych zapomocą odpowiedniej higjeny jamy ustnej, racjonalne leczenie powstałych już ognisk, w razie potrzeby radykalne ich usuwanie, bez wątpienia mogą przyczynić się do unikania pewnej części wyżej wymienionych schorzeń.

Jak wielkie jest znaczenie ognisk zębowych dowodzą między innemi także wyniki chirurgów Mayo i innych którzy stwierdzili polepszenie się stanu już istniejących w jamie brzusznej wtórnych ognisk zapalnych, z chwilą, gdy energicznie zabrano się do gruntownego leczenia zakażonych zębów, dziąseł, szczęk i t. d.

W ramach osobistego doświadczenia muszę zaznaczyć, że nieraz sprawiało mi wielką trudność orzec w każdym danym przypadku, co było pierwotnem zjawiskiem i czy schorzenie uzębienia było jedną z przyczyn, które spowodowały powstawanie zaburzeń w obrębie przewodu pokarmowego, czy też przeciwnie, schorzenie przewodu pokarmowego wywołało w dalszych swych następstwach zmiany chorobowe, między innemi także w uzębieniu. Nieraz należało przyjść do wniosku, że w danym przypadku wytworzył się pewien *circulus vitiosus*.

Przegląd piśmiennictwa.

Münch. mediz. Wochenschr.

Nr. 42. 17. października 1924 r.

B. Ostertag. **Próba szybkiego rozpoznania paraliżu postępującego za pomocą reakcji żelaza i obecność hemosideryny przy innych kiłowych schorzeniach mózgu.** Autor zajmuje się metodą Spatza i Petera różniczkowego szybkiego rozpo-

[8]) Cytow. według Serkowskiego, l. c.

znania anatomicznego między paraliżem postępującym a kiłowem zajęciem opon. Spatz poddaje kawałki kory mózgowej świeżo sekcjonowanego, nieutrwalonego mózgu działaniu siarczanu amonowego i z miejsc zabarwionych, makroskopowo widocznych wykrawuje drobne kawałeczki, które przyciska pod szkiełkiem nakrywkowem. Peter natomiast wykazuje reakcję żelaza w tkance mózgowej wydobytej za pomocą punkcji mózgu, przyczem pozytywny wynik reakcji ma świadczyć za paraliżem post. Autor dochodzi do przekonania, że obie próby nie są dostateczne przy szybkiem rozpoznaniu różniczkowem między paraliżem post. a kiłowem zajęciem opon, ponieważ złogi hemosideryny występujące przy kiłowem zajęciu opon na oponie miękkiej, mogą przejść do badanych części i dać mylne rozpoznanie paraliżu post. Radzi zatem do badania na reakcję żelaza brać kawałki mózgu zamrożone, w godzinę po sekcji.

Nr. 43. 24. października 1924 r.

S c h a c h. **Sero lub chemoterapja w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.** Autor zajmuje się działaniem optochiny w nagminnem zapaleniu opon mózgo rdzeniowych. Do injekcji śródlędźwiowych używa on roztworu: *Optochin. hydrochloric.* 0.02 : 15.0 *Aqu. dest.* Przed injekcją upuszcza 30—40 cm^3 płynu mózgo-rdzeniowego celem zmniejszenia ciśnienia śródczaszkowego. Wstrzykuje tylko wtedy, kiedy ciśnienie jest wzmożone. Częstość nakłuć lędźwiowych z następowemi wstrzykiwaniami zależy od ogólnego stanu chorego. Na podstawie świeżych 7 przypadków, w których stosował leczenie optochiną z pomyślnym wynikiem, dochodzi autor do przekonania, że rokowanie pneumokokowego i meningokokowego zapalenia opon mózgowych przy leczeniu optochiną jest o wiele pomyślniejsze.

Nr. 45. 7 listopada 1924 r.

R. H ö s s l i n. **O leczeniu morfinicy.** Leczenie morfinicy radzi autor przeprowadzać w zakładach zamkniętych pod ścisłym dozorem. Od leczenia wyklucza on morfinistów cierpiących na przewlekłe schorzenia nerek, serca, dusznicę bolesną i t. p.

W pierwszym dniu stosuje autor taką dawkę, jaką chory zażywał, lecz dawkę tę rozdziela na 3 równe części w dniu: rano, w południe i wieczór. Na drugi dzień zmniejsza każdą dawkę do połowy, w następnych dniach zmniejsza stopniowo każdą dawkę wpierw południową, potem ranną a nakoniec wieczorną i w tym też porządku odpadają poszczególne dawki.

W razie objawów abstynencji wprowadza chorego w głęboki sen za pomocą podskórnych wstrzykiwań »*Natr. Luminali*« 5% w śmiałych dawkach po 10 gr. Dawkę tę stosuje parę razy w dniu tak, że w ciągu doby można podać 1·0 do 1·5 *Luminalnatr.* Po odciągnięciu dawek chory powinien jeszcze przez 3—4 tygodnie przebywać w zakładzie, a po opuszczeniu tegoż zgłaszać się co 3 – 4 miesiące na parę dni dla kontroli.

L i s s m a n n. **Zezwolenie na związek małżeński a czynnościowe zaburzenia płciowe«.** Autor dzieli zaburzenia płciowe na organiczne i nerwowe. Do pierwszych zalicza rozwojowe, pozostałości po rzeżączce, schorzenia dróg nerwowych płciowych i toksyczne n. p. alkoholowe, morfinowe i t. p., do drugich natomiast zalicza postacie czysto czynnościowe i psychiczne.

Zezwalanie na związki małżeńskie przy zaburzeniach płciowych uzależnia autor od rodzaju danej wady od stopnia tejże i od rokowania przy leczeniu.

L ü t z e n k i r c h e n. **Dystrophia adiposo-genitalis po psychicznym afekcie.** Autorka przytacza przyp., w którym po ciężkim psychicznym afekcie, a może także na tle konstytucjonalnej dyspozycji rozwinęła się w czasie ciąży otyłość, zanik narządów płciowych z amenorrheą i moczówką prostą, bez zmian w przysadce mózgowej. Z biegiem czasu po opanowaniu psychicznego afektu cofnęła się nie tylko otyłość i moczówka prosta, lecz wróciła czynność jajników, a następowo ciąża i poród.

Gruczoły krwi mają podlegać wegetatywnym ośrodkom międzymózgowia. Nie da się jednak wytłumaczyć, czy affekty wpierw opanowują gruczoły krwi a stąd ośrodki, czy też psychiczne afekty przechodzą od kory mózgowej na odżywczą sferę *hypothalamus* i następowo wyrównują zmiany.

Limanowski (Lwów).

Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie.

Bd. 57.

C. P e t e r. **O nakłuciu mózgu jako środku pomocniczym klinicznej diagnostyki w neurologji i psychjatrji.** Prócz wskazań czysto leczniczych (wodogłowie, krwiak) wylicza P. wskazania diagnostyczne: guzy mózgowe, gdzie nakłucia z wynikiem dodatnim może rozstrzygać o miejscu ewent. zabiegu chirurgicznego.

Nadto uważa P., że i przy różniczkowem rozpoznaniu pomiędzy paraliżem post. — psychozą w przebiegu wiądu rdzenia lub kiły mózgu oraz pomiędzy nagminnem zapaleniem mózgu a kiłą mózgu, punkcja ta może dać wyjaśnienia. Technika nakłucia łatwa, sam zabieg dla chorego mało niebezpieczny. Opisuje sposób badania histologicznego wydobytego »Recordem« z mózgu materjału.

Ilustruje korzyści zabiegu na 6 przypadkach guzów i 10, gdzie chodziło o rozpoznanie różniczkowe.

Falkiewicz (Lwów).

Acta oto- laryngologica.

Tom 6. zeszyt 3—4.

V o n F i e a n d t. **Leczenie operacyjne zakrzepu żyły szyjnej wewnętrznej.** Autor zebrał 97 przypadków zakrzepu żyły szyjnej wewnętrznej pochodzenia usznego. Leczonych bądź przez podwiązanie żyły z częściowem opróżnieniem zakrzepu lub bez, bądź też przez całkowite odsłonięcie zatoki poprzecznej i żyły — po podwiązaniu jej — i otwarciu ich. Na podstawie wyników swoich badań przychodzi do wniosku, że odsłonięcie i otwarcie zatoki poprzecznej i żyły wewnętrznej daje najlepsze wyniki.

R e i d a r - G o r d i n g. **Kliniczne i doświadczalne badania nad etjologją reumatyzmu stawowego i mięśniowego.** Na 260 przypadków reumatyzmu stawowego i mięśniowego w 93 przypadkach (36%) przyjmuje zakażenie przez migdałki; w 167 przypadkach (64%) migdałki zmian nie okazywały. W pierwszej kategorji w 73% przypadków było do roku 35, w drugiej 67% po 40 r. życia.

Wyłuszczenie migdałków uważa za wskazane w przypadkach niewątpliwych. Na 93 przypadki, gdzie migdałki okazywały zmiany, w 34 zrobił wyłuszczenie, przytem w 22 przypadkach (66%) otrzymał polepszenie. We wszystkich przypadkach operowanych w migdałkach znaleziono gronkowce, prawie bez domieszki innych mianowicie: *Streptococcus haemolyticus* czasem z domieszką *Streptococcus viridans i staphylococcus.*

Autor zwraca uwagę, że i inni znajdowali w migdałkach bardzo często *streptococcus haemolyticus.* Gronkowce, wyhodowane z migdałków, wstrzyknięte do krwi u królików, wywoływały zmiany zapalne w stawach, przyczem w stawach znajdowano zawsze tylko *streptococcus haemolyticus* i w tych przypadkach, w których do krwi wprowadzono obydwa rodzaje gronkowców.

Zalewski (Lwów).

Archives Internat. de Laryngologie, Otologie etc.

T. III. 1924.

B e r n a r d. **Drogi oddechowe górne i gruźlica płuc.** W obszernych wywodach wykazuje autor jak łatwo mogą zmiany w górnych drogach oddechowych dać powód do mylnego rozpoznania zmian płucnych. Trudności rozpoznawcze gruźlicy płuc spowodowane są często przez fakt, że objawy *par excellence* płucne pochodzą od zmian w górnych drogach oddechowych; i tak kaszel, zmiany szmerów pęcherzykowych, stany podgorączkowe, nawet krwioplucie mogą być wywołane przez zapalenie nosa, gardła lub zatok bocznych, zatrzymanie ropy w jamach bocznych nosa, przez ciała obce, lub wreszcie żylaki w górnych drogach oddechowych i mogą nasunąć podejrzenie gruźlicy płuc. O tem powinien internista pamiętać i w przypadkach wątpliwych zasięgnąć rady specjalisty.

Revue de Laryngologie, d' Otologie etc.
Nr. 16 1924.

Escat et Laval. **Łatwość i korzyści operacji bezpośrednio oczodołowej w wielkiej ilości schorzeń odosobnionych lub powikłanych w zatokach bocznych nosa.** Z metod operacyjnych służących do otwierania zatok bocznych nosa uważają autorowie za najlepszą metodę podaną przez Jacques'a i stosują ją z pewnemi odmianami. Znieczulenie miejscowe lub ogólne, cięcie krzywe wzdłuż wewnętrznego brzegu oczodołu, odsunięcie okostnej, odpreparowanie palcem części miękkich gałki ocznej od ściany oczodołowej, przyczem powinien być paznokieć zwrócony na wewnątrz, strona miękka palca ku ścianie kostnej; resekcja kości sitowej; stąd bliski dostęp do wszystkich zatok, zarówno do zatoki czołowej (poprzez dach oczodołu) jakoteż do zatoki klinowej i szczękowej. Autorowie uważają tę metodę za najkrótszą, najprostszą, najpewniejszą i dającą najpewniejsze wyniki kosmetyczne. Również przy operacjach przysadki mózgowej nie ustępuje ta metoda w niczem metodzie Segura-Hirscha.

Nr. 17. 1924.

Liébault. **Sinusites postérieures et Névrites rétrobulbaires.** W przypadkach pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego należy zawsze pamiętać o zatokach tylnych nosa, zwłaszcza, jeżeli badanie ogólne, swoiste (kiła) i neurologiczne (stwardnienie rozsiane) dały wynik ujemny. Schorzenia zatok nosowych w tych przypadkach polegają zazwyczaj na zmianach nieżytowych lub zaburzeniach naczyniowo ruchowych a rzadko tylko mają charakter zakażenia ropnego. Najprawdopodobniej istnieje związek tych schorzeń z zaburzeniami czynności układu współczulnego a przedewszystkiem zwoju klinowo-podniebiennego. Po zabiegu operacyjnym następuje szybko wyleczenie.

Nr. 19. 1924.

Moure. **Wskazania do całkowitego lub częściowego wycięcia krtani.** Autor omawia wskazania do wycięcia częściowego lub całkowitego krtani, a więc zabiegów które dzięki postępom techniki operacyjnej — stały się dziś zabiegami prostemi i nie przedstawiającemi szczególniejszych trudności. W wyjątkowo pomyślnych przypadkach wystarczy same usunięcie nagłośni (*epiglottotomia*). Jeżeli guz jest ograniczony na jednej stronie krtani i nie towarzyszy mu naciek od przodu lub tyłu, wystarcza połowiczne wycięcie krtani (*hemilaryngectomia*); jednak zabieg ten nie nadaje się w przypadkach, w których guz powstał na jednej z chrząstek nalewkowych. Wycięcie zupełne krtani wskazane jest w przypadkach guzów, które powstały we wnętrzu krtani i przekroczyły linję środkową lub też mają punkt wyjścia w okolicy środkowej krtani (n. p. na powierzchni krtaniowej podstawy nagłośni) jednakowoż nie przekroczyły jeszcze granic krtani ani ku górze (wejście do przełyku) ani ku bokom (poprzez chrząstkę). Przypadki raków usadowionych u wejścia do krtani i powstających z zewnątrz krtani należy oddać do leczenia Roentgenem i radem.

Nr. 20.

Canuyt et Labarre. **W sprawie czynności przeciwkrwotocznej promieni X. Studjum kliniczne i lecznicze.** Na podstawie obszernych badań klinicznych i doświadczalnych wykazują autorowie korzystny wpływ promieni X na przyśpieszenie krzepliwości krwi. Autorowie radzą używać promieni X w klinice otolaryngologicznej w przypadkach ciężkich krwawień, których nie można zatamować innemi środkami.

Nr. 21.

Perez. **Zakaźność ozeny.** Na szeregu przykładów stara się autor wykazać, że ozena jest chorobą zakaźną, i że przenosi się z człowieka na człowieka albo z psa na człowieka. Stąd odpowiednie wskazówki: 1) Należy przeszkadzać współżyciu ludzi, zwłaszcza dzieci z psami, 2) należy unikać zażyłego stykania się osób zdrowych z cierpiącemi na ozenę, 3) wskazane jest dokładne badanie mamek i dzieci szkolnych przez specjalistów, ponieważ w początkowych okresach choroba ta daje objawy mało charakterystyczne. Ozena jest wywołana przez *Coccobacillus foetidus ozenae* i da się wyleczyć przez stosowanie szczepionek.

(Jakkolwiek poglądy na etjologię ozeny są jeszcze sporne a nawet większość autorów przeciwną jest teorji zakaźności to jednak wnioski autora co do odosobnienia chorych muszą się spotkać z ogólnem uznaniem).

Spira, jun. (Kraków).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.
r. 1924. z. 2.

Puppe. **Młodociani w więzieniu.** W lipcu b. r. wprowadzono w Niemczech nowe przepisy dotyczące odbywania kar we więzieniach. Pierwsze artykuły nowego rozporządzenia dotyczą młodocianych przestępców i organizacji Zakładów karnych dla nich. W ogólności oddzielanie młodocianych od dorosłych ma być surowo przestrzegane. W odróżnieniu od amerykańskich Reformatory Prisons i angielskiego Borstal-System, zakłady niemieckie mają typ domów kary, kierunek jednak ma być jak i w tamtych wychowawczy, stąd kierownictwo spoczywa w ręku nauczycieli. Celem nadzoru Zakładom przydane są rady złożone najmniej z 3 członków, z których jednego mianuje urząd opieki nad młodzieżą, najmniej zaś jedno miejsce ma być obsadzone przez kobietę. Więźniowie odbywają karę klasami, po 4 miesięcznem dobrem zachowaniu się w najostrzejszej klasie 3, przechodzi więzień do klasy 2, wreszcie po dalszych 4 mies. do kl. 1, korzystając stopniowo z coraz większych udogodnień, a w razie wykroczenia wraca z 1 lub 2 kl. niżej. W zakładach udziela się nauki czytania, pisania i t. d., prócz tego muzyki i gimnastyki, dalej rzemiosła, by wskazać więźniom cel, któryby ich wolę opanował i zachęcił. Władza mianuje w każdym zakładzie jednego urzędnika opiekunem, który opiekuje się więźniami po opuszczeniu przez nich więzienia. Autor spodziewa się jak najlepszych wyników systemu wychowawczego, zwłaszcza u skazanych na dłuższe kary.

Strassmann G. **Zamknięcie dróg oddechowych przy powieszeniu i zadzierżgnięciu.** Przekroje sagittalne przez zwłoki dzieci normalnych, powieszonych, (po śmierci) wzgl. zadzierżgniętych, po uprzedniem zaformalinowaniu wykazały: Przy typowem powieszeniu podstawa języka jest przyciśnięta ku górze i tyłowi do podniebienia i tylnej ściany gardła, podniebienie zaś do tylnej i górnej ściany przestrzeni noso-gardzielowej. Między podstawę języka a tylną ścianę gardła jest wklinowana nagłośnia. Krtań jest przesunięta ku górze i tyłowi, zbliżona do kręgosłupa. Analogiczny jest mechanizm zamknięcia dróg oddechowych przy powieszeniu atypowem, gdy pętla znajduje się przy uchu, a głowa skręcona jest ku stronie. Krtań jednak w tym przypadku jest nieco w bok przesunięta i wyciągnięta z powodu zgięcia głowy. Przy powieszeniu atypowem, gdy pętla znajduje się na brodzie, części miękkie szyji, kręgosłup szyjny i gardło są skutkiem przegięcia głowy przyciśnięte do krtani i języka, utrudniając przez to dostęp powietrza. Przy zadzierżgnięciu, gdy pętla przechodzi przez górną część tchawicy, utrudnienie dostępu powietrza jest wynikiem bezpośredniego zacisku.

Goroncy C. **Zdolność działania przy postrzałach w głowę.** Zasadniczem pytaniem przy każdym postrzale w głowę, jest kwestja, czy utrata przytomności nastąpiła natychmiastowo, czy też nie. Utrata przytomności jest następstwem: 1) bezpośredniego uderzenia pocisku, skutkiem wstrząśnienia czaszki i jej zawartości w całości, 2) działania ubocznego pocisku i 3) nagłego wzmożenia ucisku śródczaszkowego. Bezprzytomność może być w szeregu przypadków objawem ogniskowym rdzenia przedłużonego lub szarego spoidła dna III. komory, przy najdrobniejszych nawet obrażeniach tych miejsc. Przy utracie przytomności lub bardzo znacznem zamąceniu tejże mogą być wykonane tylko krótkie automatyczne ruchy. O ile zniszczone są konieczne dla życia części mózgu, dalej ośrodki ruchu i ich drogi, to zdolność ruchu jest natychmiast zniesioną w całości, względnie w zaopatrywanym obszarze. Mimo, że utrata przytomności nastąpiła natychmiastowo, obraz anatomiczny może być negatywny, w większości jednak przypadków wskazują na to złamania czaszki, różnie umiejscowione ogniska urazowe, krwotoki, wybroczynki na dnie komory 4 i 3. Poza sekcją zwłok należy uwzględnić zawsze okoliczności, zwłaszcza kwestje techniczne rodzaju i jakości broni i pocisku.

W ü r z P. **Zatrucia preparatami baru przy badaniach Roentgenologicznych.** Skutkiem omyłki droguisty wydano 53-letniemu M. zamiast siarkanu »*Barium sulfuricum*« do irygacji barowej, rozpuszczalny siarczek »*Barium sulfuratum*«. Nastąpiło to skutkiem mylnej interpretacji kartki (nie recepty) wystawionej przez lekarza z napisem »*Bariumsulfat f. med. Zwecke*«. Po irygacji 125 gr. siarczku baru w $1^1/_2$ l. wody, zachorował M. wśród typowych objawów zatrucia barem) bóle brzucha, biegunki, nudności, objawy porażenia typu wstępnjącego, pod koniec arytmia, przytomność zachowana). Po $2^1/_2$ godz. śmierć. Sekcja wykazała silne przekrwienie narządów wewnętrznych, wybroczyny w żołądku, pęcherzu moczowym i jelitach. W jelicie grubem a zwłaszcza w *Colon descendens* i esicy, gdzie wśród treści leżały grudki użytego środka, stan zapalny jako wynik działania żrącego siarczku baru. Chemicznie wykazano bar w jelitach, nerkach, wątrobie i płucach. W obrazie mikroskopowym: Struktura wątroby nieco zatarta, poszczególne ogniska nekrotyczne, komórki wątroby nacieczone kulkami tłuszczu, wyjaśnienie plasmy oraz zmiany w jądrach, podobne do infiltracji glikogenowej. W nerkach stwierdzono zmiany wsteczne przybłonków w postaci pęcznienia, złuszczania i nekrotyzacji, dalej zakrzepy w naczyniach, z charakterystycznemi, czarnemi ziarenkami. U zwierząt doświadczalnie zatruwanych, zmiany były podobne, lecz mniej nasilone, gdyż padały one w bardzo krótkim czasie (do 59 min.).

r. 1924. z. 3.

K l i e n e b e r g e r O. **Proces o obrazę czci na tle orzeczenia lekarskiego** Z powodu orzeczenia lekarskiego wydanego w procesie pewnego żołnierza o przyznanie mu renty inwalidzkiej, adwokat N. ponieważ orzeczenie to było dla jego klijenta niepomyślne, starał się obalić je pseudonaukową repliką. Mimo przegrania procesu, wnosił żołnierz ów wciąż nowe podania o ponowną rozprawę, czerpiąc motywy z wywodu adwokata, aż sąd polecił autorowi wydać dodatkowe orzeczenie W tem nowem orzeczeniu autor oświadczył, iż żołnierz ów jest w pożądaniu renty na najlepszej drodze do psychozy pieniaczej, a źródłem tego jest otoczenie a nawet doradca prawny, którego pseudonaukowy wywód jest również z tego względu niebezpieczny, iż umacnia żołnierza w przekonaniu słuszności jego żądań. Adwokat N. uczuł się posądzeniem o podniecanie żądzy renty u swego klijenta i określeniem »niebezpieczny« dotknięty, i wniósł skargę o obrazę czci. Autor bronił się sam, przeprowadził dowód prawdy, podnosząc przytem, iż jako lekarz obowiązany był usunąć przyczynę choroby, a jako świadek wyjawić swe przekonanie (§ 193 U. K. niem.), został uwolnionym we wszystkich instancjach, mimo rekursów adwokata, korzystając głównie z ochrony § 193 U. K. n. a w ostatniej rozprawie i z § 199 z powodu użycia przez oskarżyciela słów obraźliwych.

B r a n d s t ä t t e r J. i K i s s e r F. **Przyczynek do kwestji samobójstw.** Dalsze potwierdzenie na podstawie statystyki szpitala im. ces. Elżbiety (Wiedeń), znanych spostrzeżeń co do związku zboczeń konstytucyjnych ustroju z samobójstwami oraz wpływów atmosferycznych, Co do wieku, na 2 i 3 dziesiątek lat u obu płci przypada największa ilość samobójstw. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzano hyperplasję narządu limfatycznego, w większości wyraźne cechy niedorozwoju, grasicę zachowaną, dalej dość często wielki ciężar mózgu, zrosty opony twardej z kością oraz wyciski palczaste, co tłumaczy spostrzeżenie Gatschera, odnośnie do skłonności samobójców do reakcji mózgowych. Co do wpływów atmosferycznych, największa ilość samobójstw przypada na dnie o silnych wahaniach barometrycznych i wysokiem ciśnieniu, oraz na dnie słoneczne i suche, a więc we Wiedniu w miesiącach najpogodniejszych, w maju jako najsuchszym i październiku, jako miesiącu o średniem najwyższem ciśnieniu.

H e l l s t e r n E. **Przyczynek do kwestji samouszkodzeń ze szczególnem uwzględnieniem tychże u więźniów.** Częste nagół we więzieniach samouszkodzenia przybierają niekiedy charakter epidemji. Najczęstsze są obrażenia chirurgiczne, rzadziej lecz dość często są sztucznie wywoływane zmiany skórne, dalej chorby wewnętrzne, które często są tylko naśladowane, podobnie jak choroby umysłowe, wreszcie zapalenia spojówek i choroby weneryczne. Postępować winno się w tych wypadkach bezwzględnie i energicznie, a nawet wdrożyć postępowanie sądowe o rozmyślne uchylanie się od kary. Więźniowie dopuszczający się samouszkodzeń są psychicznie normalni, może o pewnej duchowej chwiejności, niepowściągliwi, jednak za czyny swe odpowiedzialni. Podniętą jest zawsze osiągnięcie pewnych korzyści: uchylenie się od pracy, wygodne życie w szpitalu, a głównie łatwiejsza sposobność ucieczki stamtąd.

O l b r y c h t J. **Z kazuistyki rzadkich otruć.**

I. Sześć przypadków zbrodniczego zatrucia solami baru.

Praca drukowana w ogólnym zarysie w »Polskiej Gazecie lekarskiej« Nr. 8 z r. 1923, wzbogacona 2-ma nowemi przypadkami śmiertelnego zatrucia: w jednym 28-letnia Marja W. dosypała swemu mężowi do powidlanki trutki na szczury »Kaps« ($BaCO_3$), w drugim córka zatruła swą 76-letnią matkę również trutką na szczury. W obu przypadkach stwierdzono chemicznie obecność baru. Obraz kliniczny i sekcyjny analogiczny do szczegółowo opisanych zatruć w Nr. 8.

II. Zbrodnicze zatrucie ziarnkami lulka.

Gumienny W. w celu zemsty na rodzinie K. zajętej w tem gospodarstwie, dosypał do gotującego się mleka z krupami $^1/_8$ l ziarn lulka. Przed obiadem 3 osoby z rodziny K. zjadły nieco tych krup z mlekiem, i w krótkim czasie zachorowały wśród objawów ogólnego osłabienia; rozszerzenia źrenic, zaczerwienienia twarzy, suchości i drapania w gardle, sztywności języka, obrzmienia rąk. U najmłodszej zatrutej 2-letniej dziewczynki wystąpiły prócz tego nieprzytomność, wytrzeszcz oczu i drgawki. Przywołany felczer podał środki wymiotne i czyszczące, następnego dnia nastąpiło wyzdrowienie. Najmłodsza dziewczynka popadła po wymiotach w głęboki 2-godzinny sen, 2 starsze osoby nie były senne. Jest to piąty przypadek zbrodniczego zatrucia lulkiem opisany w piśmiennictwie.

III. Rzadki przypadek otrucia kwaśnym szczawianem potasu.

Drukowane w oryginale w numerze 24 z r. 1923 »Polskiej Gazety lekarskiej«.

F o g J. **Porody w ustępach jadących pociągów.** Z zestawionych 4 przypadków (2 własne, 2 z piśmiennictwa) wynika, iż poród w ustępie jadącego pociągu wyjątkowo tylko bywa wykorzystany w celu zatajenia, i tylko wówczas, gdy odbywa się szybko jako poród uliczny. W jednym z tych przypadków miało miejsce dzieciobójstwo, w dwu matki zachowały się biernie, tak że dziecko samo wypadło przez rurę ustępu, w jednym zaś matka zamężna wieloródka, nie wiedziała wogóle o odbytym porodzie, który się odbył bez bólów. Los noworodków ukształtował się bardzo pomyślnie: dwoje mimo upadku ze znacznej wysokości na twarde podłoże, wśród chyżości pociągu 45 km. na godzinę, wyszło wogóle bez szwanku, jeden zmarł po 6 godzinach, jeden zaś okazywał przy sekcji ślady gwałtu zadanego mu przez matkę za życia. Jako ślad ślizgania się po torze, stwierdzono u wszystkich 4 noworodków poprzeczne zdrapania na plecach i pośladkach. Siłę upadku nieco powstrzymywało tarcie o ściany leja ustępu, opór pępowiny i zahaczanie się ciała dziecka o hamulec i oś wozu; kierunek upadku daje wypadkowa ruchu pociągu i wysokości, przyczem gładkość miejsca i ruch pociągu poprawiają prognozę, siła upadku rozkłada się i dziecko ślizga się lub toczy ku przodowi. Autor eksperymentował na nieżywych noworodkach, opuszczając je z wysokości $1^1/_2$ m. prostopadle na ziemię — przyczem czaszka okazała się niezwykle wytrzymałą na upadek z wysokości. Również zimno noworodki znoszą dobrze, w jednym z przytoczonych przypadków leżało dziecko przez $^1/_2$ godz. w ciepłocie 9° C. zupełnie bez szkody dla zdrowia.

Tobiczyk (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 26. listopada 1924.

Przewodniczy prof. Majewski.

Obecnych 140 członków.

Przewodniczący zawiadamia o serdecznem podziękowaniu, jakie nadesłał kol. Sterling w odpowiedzi na przesłane mu z powodu jubileuszu życzenia.

1. Kol. Przeworski z kliniki laryngologicznej U. J. prof. Baurowicza: przedstawia chorego z **ropniem mózgu** płatu skroniowego lewego, prawdopodobnie podwójnym, pochodzenia usznego. Chorego przywieziono 13. IX. 1924. wśród ciężkich objawów mózgowych, przyczem nakłucie lędźwiowe rozstrzygło o rozpoznaniu w kierunku ropnia mózgowego. Przy operacji radykalnej stwierdzono masy perlakowate; dla pewności odsłonięto zatokę, jednak zmian nie okazywała; opona twarda zaś odsłonięta na przestrzeni 2 złotówki była tylko nastrzykaną. Przy punkcji natrafiono na ropień, po którego nacięciu wylało się około 150 cm^3 ropy rzadkiej, brudnej, cuchnącej. W 5 dni po zabiegu nagłe pogorszenie, przy dokładnej rewizji rany ropy nie znaleziono, za to na 2-gi dzień wylało się około 2 łyżek stołowych ropy. Ze względu na dokładną rewizję rany i obfitość ropy przypuszcza Przeworski istnienie drugiego ropnia, który się otworzył do jamy ropnia poprzednio otwartego, nie będąc jednak w możliwości wykluczenia ropnia retencyjnego. Od tego czasu chory ma się coraz lepiej. W dniu pokazu rana operacyjna jest zupełnie zagojona. Z objawów centralnych pozostała lekka hemipareza prawostronna.

W dyskusji kol. Spira pyta, na podstawie jakich objawów rozpoznał mówca przed operacją ropnia mózgu, następnie dlaczego przyjął mało prawdopodobne rozpoznanie drugiego ropnia mózgu, któryby miał przebić do pierwszego — zamiast uznać, że chodziło o zatrzymanie się ropy w ropniu. Zaznacza również, że jasny płyn mózgowo-rdzeniowy nie jest dowodem istnienia ropnia mózgu i że przytoczony zespół objawów mógłby być wywołany także przez inne sprawy, n. p. przez ropień pozaoponowy. Dlatego postawienie rozpoznania ropnia przed operacją nie było usprawiedliwione. Co zaś do sprawy drugiego ropnia, to trudno jest pogodzić się z mówcą, bo fakt, że przy rewizji rany ropy nie znaleziono, niczego nie dowodzi. Znanem jest bowiem, że ściany ropnia mózgowego tworzą masę miękką, często galaretowatą i że ściany te bardzo łatwo się zapadają, a nawet częściowo sklejają się ze sobą i wywołują w ten sposób zatrzymanie się ropy. — Cały przebieg choroby, doskonałe samopoczucie chorego po zabiegu, brak senności, z drugiej zaś strony nagłe wystąpienie ciężkich objawów meningealnych — wszystko to przemawia za tem, że chodzi tu o zupełnie typowe zatrzymanie się ropy w ropniu.

W dyskusji przemawiał ponadto kol. Borkowski.

2. Kol. Rose wygłasza odczyt p. t. »**O obecnej epidemji czkawki w Krakowie i jej stosunku do ciała prążkowanego**«. Od dnia 6. XI. spostrzegał mówca 18 przypadków czkawki. Cierpienie rozpoczyna się stale ciepłotą 37·2—38°. Wszyscy chorzy bez wyjątku dostali czkawki w przebiegu lub też po przebyciu ostrego nieżytu górnych dróg oddechowych. Czkawka trwa przeważnie w dzień i w nocy, chorzy nie mogą wskutek niej zasnąć, lub też budzą się często ze snu. Po kilku godzinach występują wskutek przemęczenia bóle głowy i klatki piersiowej. W przeważnej ilości przypadków czkawka była prawie jedynym objawem chorobowym. W 2 przypadkach po ustaniu czkawki pozostała u chorych senność, tak, że usypiają nawet w ciągu dnia, gdy tylko wygodniej usiędą. W 1 przypadku po 3 dniowem trwaniu czkawki, wystąpiła ciepłota do 38.5°, bezsenność, zwidywania, podrzucanie prawą ręką. Pozatem obserwował też mówca w ostatnich dniach jeden przypadek typowego nagminnego zapalenia mózgu bez czkawki. Czkawka dotyczy dotychczas w krakowskiej epidemji wyłącznie mężczyzn, podobnie zresztą, jakto było w czasie epidemji czkawki w Petersburgu w zimie 1922/23. Wśród wszystkich przypadków nie można było wykryć zakażenia jednej osoby od drugiej. Mówca przedstawia przyczyny czkawki w ogólności i dochodzi do wniosku, że w krakowskiej epidemji czkawka powstała na tle stanu zapalnego odnośnych ośrodków w jądrach podstawowych mózgu. Świadczą za tem powstawanie czkawki tuż po przebyciu lub w przebiegu nieżytu górnych dróg oddechowych, podniesienie ciepłoty ciała, wystąpienie w 2 przypadkach śpiączki już po ustaniu czkawki, dołączenie się w jednym przypadku do czkawki innych typowych objawów nagminnego zapalenia mózgu, równoczesne wystąpienie typowego nagminnego zapalenia mózgu bez czkawki (w jednym przypadku), brak usposobienia neuropatycznego u danych chorych i wszelkich innych objawów histerji, brak wreszcie podstaw dla przyjęcia infekcji psychicznej. Mówca powołuje się na fakt, że znane są już obrazy sekcyjne przy czkawce, gdzie wykazano między innemi zmiany zapalne w obrębie substantia nigra (Ducamp, Pierre, Kahn, Clerc). Nie bez znaczenia jest fakt, że czkawka znana jest już jako objaw ogniskowy przy schorzeniach mózgu i rdzenia (*syryngomyelia, tabes dorsalis*); Lehman opisał przypadek czkawki, jako pozostałości po nagminnem zapaleniu mózgu, trwającem przez 2 lata, przyczem resekcja obu nerwów przeponowych nie odniosła żadnego skutku. Czkawka powstaje wskuwskutek klonicznego skurczu przepony. Ponieważ głośnia równocześnie się nierozwiera, powstaje typowy głośny wdech wskutek wpadania powietrza przez wązką głośnię. Przepona zaopatrywana jest ruchowo podwójnie: 1) piramidowo i 2) pozapiramidowo. Unerwienie piramidowe wiedzie przez nerw przeponowy, który, biorąc swój początek przeważnie w IV, a częściowo w III. i IV. odcinku rdzenia szyjnego, uchodzi w przeponę. Unerwienie pozapiramidowe nie jest narazie dokładnie opisane. Znamy jednak szereg szczegółów anatomicznych, które na takie unerwienie niewątpliwie wskazują: 1) nerw przeponowy odbiera w swym przebiegu gałązki z współczulnych zwojów szyjnych; 2) w obrębie przepony napotykamy liczne małe zwoje współczulne; 3) gałązki nerwu przeponowego biorą wspólnie z gałązkami *plexus coeliacus* udział w tworzeniu *ganglion phrenicum*, znajdującego się pod przeponą. Jeżeli dodamy do powyższych faktów zupełnie pewny szczegół kliniczny, że obustronne przecięcie nerwu przeponowego nie usuwa czkawki, powstałej po przebyciu nagminnego zapalenia mózgu (Lehman), to musimy we wspomnianych ośrodkach i drogach współczulnych upatrywać mechanizm ruchowy pozapiramidowy, który, niezależnie od mechanizmu piramidowego, wywoływać może skurcze przepony. Tą też drogą dochodzi prawdopodobnie do klonicznych ruchów przepony w przebiegu czkawki epidemicznej.

Czy ośrodka wspomnianych ruchów przepony szukać należy w *substantia nigra*, czy też w innej części jąder podstawowych narazie określić nie można. Obecną epidemję czkawki uważa mówca za lekką (poronną) postać *encephalitis epidemica*. Nie brak jest jednak przypadków, w których obok czkawki występują i inne objawy nagminnego zapalenia mózgu. Leczenie czkawki powinno być takie same, jak przy nagminnem zapaleniu mózgu. Chorym wymęczonym czkawką można przynieść nawet kilka godzin trwającą ulgę w ten sposób, że wzywa się ich do dowolnego wywołania czkawki. Gdy chory stara się usilnie dowolnie czkawkę wywołać, czkawka ustaje przeważnie na krótszy lub dłuższy czas, nawet w ciężkich przypadkach. Objaw ten tłumaczyć sobie należy w ten sposób, że wprawienie w stan czynnościowy układu piramidowego odnoszącego się do danego mięśnia, tamuje chwilowo ruchy, powstałe w tym mięśniu drogą układu pozapiramidowego. Dzieje się to także przy drżeniu parkinsonowskiem, które przeważnie ustaje na chwilę, gdy chory wykonuje danemi mięśniami ruch dowolny (piramidowy). Mówca omawia wreszcie anatomję porównawczą ciała prążkowanego i opisuje jego przypuszczalną funkcję.

W dyskusji: kol. Hirsch zauważa, że spostrzegał kilka podobnych przypadków. Nie spostrzegał śpiączki po czkawce, gorączki, ani zadrażnień górnych dróg oddechowych. Pyta, czy niema związku między śpiączką — a nadmiernem spożywaniem przez niektórych osobników orzeszków amerykańskich. Kol. Biernacki ma w obserwacji przypadek czkawki u młodej kobiety, wystąpiło u niej podwyższenie ciepłoty do 37.7, bóle głowy, wymioty, wzmożenie odruchów. W 3 dni wystąpiła czkawka, która szybko ustąpiła. Bóle głowy się utrzymują. Przez cały czas bezsenność. W tej samej rodzinie zachorował niemal równocześnie mężczyzna. Pojawiła się u niego czkawka bez żadnych innych objawów.

W dalszej **dyskusji** przemawiali również kol. Schwarzbart, Blassberg i mówca, który zaznaczył, że orzeszki amerykańskie mogły wywołać czkawkę, ale na innem tle. Przypadek kol. Biernackiego uważa za bardzo rzadki. Ze środków leczniczych najlepsza morfina. Pomaga też bardzo często psychoterapja.

3. Kol. Latkowski i kol. Siedlecki wygłaszają odczyt p. t. »**Przemiana gazowa i jej znaczenie kliniczne** (Obie rzeczy przeznaczone do druku).

W **ożywionej dyskusji** przemawiali kol.: doc. Glatzl, Schwarzbart, Kanlbersz i Latkowski.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 24 października 1924.

Przewodniczy kol. Wrześniowski.

Załatwiono szereg spraw bieżących. Uchwalono:

1) wziąć udział w obchodzie 35-lecia pracy lekarskiej i społecznej S, Sterlinga, nadając mu godność członka honorowego Towarzystwa; jako przedstawiciele Towarzystwa delegowani zostali kol. Edw. Kohn, Rożkowski, Bram i Szaniawski;

2) obchodzić uroczyście w maju 1926 r. 25-lecie Tow. lekarskiego, zbierać na ten cel składki miesięczne; do Komitetu Jubileuszowego powołano kolegów: Wasilewskiego, Boguckiego, Brama, Szaniawskiego i Szwedowskiego;

3) odbywać posiedzenia kliniczne w Szpitalach 1—2 razy w każdym miesiącu;

4) nabyć dla bibljoteki Towarzystwa wszystkie książki lekarskie, wydane od czasu wojny.

5) Kol. Konar pokazał 2 chorych z rozpoznanym **wrzodem dwunastnicy**; założył im odpowiedni zgłębnik i wyjaśnił technikę zabiegu.

6) Kol. Bram pokazał szereg **rentgenogramów gruźlicy kostnej**, podając wskazówki rozpoznawcze w tej sprawie. Odwapnienie kości pozwala, zdaniem mówcy, rozpoznawać gruźlicę w okresie początkowym.

W dyskusji kol. Wrześniowski zaznacza, że odwapnienie kości następuje zwykle jako skutek bezczynności danej kończyny. Mówca wyjaśnia, że odwapnienie kości wskutek bezczynności jest rozlane, tymczasem odwapnienie gruźlicze jest wyraźnie odgraniczone od prawidłowej kości.

Uroczyste posiedzenie w dniu 31 października 1924 ku uczczeniu Henryka Sienkiewicza.

Posiedzenie zagaił przemówieniem kol. Rożkowski, następnie prof. gimnazjum Pazurkiewicz wygłosił odczyt: **„O twórczości Sienkiewicza“.**

Posiedzenie naukowe w dniu 22 listopada 1924.
Przewodniczy kol. Rożkowski.

Po załatwieniu spraw bieżących odczytano list Jubilata S. Sterlinga z powodu mianowania go członkiem honorowym Towarzystwa.

1. Kol. Bram pokazał dwie chore **ze znacznie powiększonemi gruczołami na szyi**, skutecznie leczone naświetlaniem rentgenem.

2. Kol. Konar wygłosił odczyt: **„O zgłębnikowaniu dwunastnicy“.** Mówca omówił szczegółowo metodykę badania, uwzględniającą własności ogólne treści dwunastnicowej, własności chemiczne, biologiczne, cyto- i bakterjologiczne. W djagnostyce lekarskiej metoda ta odegrać może poważną rolę w patologji wątroby, trzustki i przedewszystkiem, dwunastnicy następnie w chorobach ogólnych i w pedjatrji. W patologji wątroby ważną pomocniczą rolę odgrywa próba Meltzer-Ziona z 25% rozczynem siarczanu magnezu i próba Stepa z 5% rozczynem peptonu. Próby te pozwalają zorjentować się łatwiej w poszczególnych schorzeniach dróg żółciowych; zasługuje również na uwagę próba Hatrieganu z wstrzykiwaniem domięśniowem indigo-karminu i określeniem czasu wydalania tego barwika przez wątrobę. W schorzeniach trzustki zgłębnikowanie dwunastnicy może mieć znaczenie tylko w sprawach, dotyczących główki trzustki. Oto 4 możliwości rozpoznawcze, podane przez Cachot'ea i Gaehlingera: 1) brak żółci w treści dwunastnicy z równoczesnym brakiem zaczynów trzustkowych bez domieszki krwi wskazywać może na schorzenie wspólne przewodu żółciowego i Wirsunga, nieprzechodzące na błonę śluzową kiszki, jestto najczęściej złośliwy guz główki trzustki; 2) zatrzymanie żółci i zaczynów trzustkowych z domieszką krwi przemawia za schorzeniem przewodów żółciowo-trzustkowych i dwunastnicy (guz w okolicy brodawki Vatera; 3) zatrzymanie żółci bez zatrzymania zaczynów trzustkowych przemawia za uciskiem przewodu żółciowego (kamień, nowotwór, zrosty); 4) zatrzymanie zaczynów trzustkowych bez zatrzymania żółci przemawia za guzem główki trzustki, nieobejmującym jeszcze przewodu żółciowego. W leczeniu zgłębnikowanie dwunastnicy odgrywa już poważną rolę w leczeniu wrzodu peptycznego żołądka (odżywianie przez zgłębnik); schorzenia przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i dwunastnicy dają się leczyć przez przepłukiwania, wkraplania środków antyseptycznych lub metodą Meltzer-Ziona (drenowanie), w zakończeniu na podstawie własnych; 5) spostrzeżeń klinicznych zaleca mówca ogłędność w wnioskowaniu z wyników badania treści dwunastnicowej (streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy: Bram, Rożkowski i Szaniawski. Kol. Bram podnosi wartość nowej metody, jako pomocniczej przy rentgenodjagnostyce chorób dwunastnicy. Kol. Rożkowski przypomina prace polskie Landau'a, Rząśnickiego, Robina, opisuje zwięźle wyniki badań Szoura nad zawartością w treści dwunastnicy urobilinogenu i białka, podkreśla ważne znaczenie nowych badań w tak zw. żółtaczce nieżytowej, która w większości przypadków powstaje wskutek zapalenia przewodów żółciowych, a nie wskutek zatkania, jak dotąd sądzono (Klejn). Kol. Rożkowski podziela zdanie mówcy i zaleca również ostrożność w wysnuwaniu wniosków na podstawie badania chemiczno-morfologicznego o zawartości dwunastnicy, w zakończeniu nadmienia, że autorzy francuscy stwierdzili w tej zawartości obecność laseczników Kocha przy gruźlicy zamkniętej i braku plwociny. Kol. Szaniawski przypomina badania Mikułowskiego, który zaleca badania kału u dzieci na laseczniki gruźlicze.

K. Łokczewski, sekretarz.

XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich (12—16 lipca 1925).

Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji.

VI. Zjazd internistów polskich odbędzie się w Warszawie jednocześnie z XII. Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich jako sekcja tego zjazdu.

Tematy główne: I. Choroba Brighta. Referenci: M. Franke (Lwów) i A. Landau (Warszawa).

2. Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną). Referenci: Wł. Janowski i A. Leśniowski (Warszawa).

Zgłaszający wykłady i referaty winni wraz ze zgłoszeniami nadsyłać krótkie wyraźnie napisane ich streszczenia bez których referaty nie będą przyjmowane. Referat może trwać najdłużej 15 minut, przemówienie w dyskusji 5 minut. Ostatni termin zgłoszeń do 15 maja. Adres: Żelazna 4. Szpital Dzieciątka Jezus, lekarz naczelny A. Puławski.

Sekcja rakowa.

Na XII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie czynną będzie sekcja rakowa. Zgłoszenia referatów należy przesyłać pod adresem: dr. Bronisław Wejnert, Warszawa, Marszałkowska 55.

IV. Ogólnokrajowy Zjazd lekarzy i działaczów sanitarnych miejskich.

Zjazd w sprawie gruźlicy.

Czwarty ogólno-krajowy Zjazd lekarzy i działaczów sanitarnych miejskich odbyć się ma w tym roku w Krakowie (pierwszy odbył się w Warszawie, drugi w Poznaniu, trzeci w Łucku). W tym roku ma być również zwołany wszechpolski Zjazd w sprawie walki z gruźlicą. Organizatorzy obydwóch zjazdów zdecydowali, aby zjazdy te odbyły się w jednem mieście, bezpośrednio jeden po drugim. W tym celu jeneralny dyrektor służby zdrowia Dr. Wroczyński, prezes Związku przeciwgruźliczego, oraz prezes komitetu wykonawczego Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich dr. Bogucki, udali się do Krakowa, gdzie odbyła się konferencja z udziałem b. prezesa ministrów prof. Nowaka, b. ministra zdrowia prof. Janiszewskiego, prof. Witolda Orłowskiego i innych. Po omówieniu spraw technicznych, powołano wspólny komitet wykonawczy obydwóch zjazdów z prezesem prof. Orłowskim na czele.

Na drugim zjeździe wygłoszone będą dwa referaty o charakterze naukowym i dwa o charakterze społecznym. Głównym przedmiotem obrad pierwszego będzie walka ze śmiertelnością wśród niemowląt i dzieci, oraz higjena szkolna.

I. Zjazd przeciwgruźliczy i IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Krakowie.

Wspólny Komitet organizacyjny obu Zjazdów zawiadamia:

1) I. Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925 r.

2) IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich odbędzie się w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925 r.

3) Terminy obu Zjazdów obrano, jak wyżej, ażeby uczestnikom dać możność wzięcia udziału w obu zjazdach, mających zasadniczo pokrewne cele.

4) Dla Zjazdu przeciwgruźliczego ustalono następujące tematy główne: a) Klasyfikacja gruźlicy. b) Leczenie gruźlicy swoiste i chirurgiczne. c) Zasady społecznej walki z gruźlicą w Polsce. d) Znaczenie społeczne przychodni w walce z gruźlicą.

5) Dla Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich tematy główne: a) Krótki zarys przebiegu ważniejszych spraw na ubiegłych zjazdach. b) Organizacja pomocy lekarskiej i organizacja służby zdrowia danej dzielnicy. c) Sprawa organizacyj sanitarnych w oświetleniu budżetów miast i sejmików w r. 1924 i 1925. d) Opieka nad dzieckiem i matką oraz walka ze śmiertelnością niemowląt i dzieci z uwzględnieniem potrzeb higjeny szkolnej.

6) Nazwiska referentów głównych będą niebawem podane do wiadomości.

Komitet zjazdów zaprasza wszystkie Instytucje i Stowarzyszenia lekarskie, Instytucje, zajmujące się stosunkami zdrowotnemi, oraz wszystkich lekarzy do wzięcia jak najliczniejszego udziału w obu zjazdach, mających za cel omówienie tak piekących spraw natury ogólno-społecznej, oraz do licznego zgłaszania referatów. Treść referatów musi się ściśle stosować do wyżej podanych tematów głównych. Czas wyznaczony dla wygłoszenia referatu głównego nie może przekroczyć 45 minut, dla referatu uzupełniającego 15 minut.

Uprasza się o zgłaszanie referatów i nadsyłanie ich streszczeń wraz z wnioskami pod adresem Sekretarjatu komitetu: Kraków, Magistrat, Miejski Urząd zdrowia, najpóźniej do dnia 1. kwietnia 1925.

Wkładka uczestnika wynosi dla każdego zjazdu po 10 zł. Nadsyłać wkładkę należy pod adresem skarbnika komitetu Dra Józefa Owsińskiego, Kraków, Magistrat. Miejski Urząd zdrowia.

Do dnia 15 kwietnia 1925 r. przyjmuje skarbnik komitetu Dr. Józef Owsiński zgłoszenia o zapewnienie mieszkań na czas zjazdów.

Dalsze szczegóły, tyczące się obydwu zjazdów, będą wkrótce ogłoszone.

Komitet Organizacyjny ścisły:

Prezes: Prof. Dr. Witold Orłowski, — Wiceprezes: Doc. Dr Tomasz Janiszewski — sekretarze: Doc. Dr. Tadeusz Tempka,

Dr. Jakób Weinsberg — skarbnik: Dr. Józef Owsiński. — Członkowie: Inż. Andrzej Kłeczek, Dr Walery Momidłowski, Dr. Stanisław Zamorski, Dr. Henryk Zawistowski.

Międzynarodowy Zjazd Medycyny i farmacji wojskowej w Paryżu.

Na międzynarodowym Zjeździe Medycyny i farmacji Wojskowej w Paryżu po raz pierwszy powierzono Polsce programowy referat na temat: »Dobór rekruta«. Referat został opracowany w zasadniczej części przez Naczelnika Wydz. 3. Dep. san. pułk. lek. dra Marcjana Zienkiewicza i dopełniony przeglądem literatury zagranicznej przedmiotu przez prof. Rabczewskiego. Uzupełnieniem pracy będzie drugi referat, wygłoszony przez komendanta szpitala okręgowego pułk. Rudzkiego na temat »Gruźlica w wojsku«. Delegacja polska w składzie 3 osób wyjedzie na Kongres pod przewodnictwem jen. Sławoja Składkowskiego.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska warszawsko-białostocka.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, wybrany na posiedzeniu Rady w dniu 14. XII. 1924 r., ukonstytuował się w następujący sposób:

Dr. Przyborowski — przewodniczący, dr. Jakowicki, dr. Osiński wiceprzewodniczący, dr. Sochacki pisarz, dr. Kasperowiczowa — skarbnik, dr. Zelisławski — referent do spraw sądowych, rozstrzyganych przez Zarząd Izby, członkowie Zarządu: dr. Kwaśniewski, dr. Lewin, dr. Mutermilch, zastępcy drzy: Durczyński, Filipowicz, Kowalczewski, Mossakowski, Offenberg, Podkóliński, Śmiechowski, Wojnówna i Zamenhof.

Izba lekarska Lubelska

Posiedzenie Rady Izby w dniu 6. stycznia 1925.

Obrady otworzył Naczelnik Izby Dr. J. Modrzewski przy obecności 22 członków Rady. Zaproponowany przez Wydział Wykonawczy porządek dzienny obrad został przyjęty przez Radę bez nagłych wniosków. Pamięć 5-ciu zmarłych członków Izby Rada uczciła przez powstanie.

1. Pisarz Dr. K. Jaworski odczytał protokół poprzedniego posiedzenia Rady, który został przyjęty z poprawką dra Wąsowskiego.

2. Pisarz odczytał szczegółowe sprawozdanie z działalności Zarządu Izby za rok 1934, które Rada przyjęła bez dyskusji i interpelacji.

3. Zostało odczytane sprawozdanie z działalności Sądu I. L. L., nadesłane przez prezesa tego Sądu dra Krysińskiego.

4. Skarbnik dr. Płaczkiewicz złożył sprawozdanie kasowe, podkreślając w niem zaleganie wielu członków z składkami.

5. Dr. Domański Czesław, członek Komisji rewizyjnej, odczytał protokół tej Komisji oraz wnioski, tyczące się drobnych zmian w prowadzeniu ksiąg kasowych. Wpływy w roku 1924 wynosiły 4.245 Zł 92 gr. Wydatki 1.747 Zł 7 gr, saldo 2.498 Zł 85 gr.

Rada przyjęła do wiadomości protokół Komisji rewizyjnej oraz aprobowała wnioski tejże; zalegające składki poleciła Zarządowi ściągać, zgodnie z art. 44 Ustawy o Izbach, tj. drogą administracyjną.

Ze sprawozdania Pisarza i Skarbnika wyłoniła się sprawa nieprzestrzegania przepisów zgłaszania się przez lekarzy, opuszczających teren Izby, skutkiem czego w spisie członków powstają nazwiska nierealne.

Rada poleciła Zarządowi opracować wnioski i przesłać je do Naczelnej Izby Lekarskiej zmierzające do zabezpieczenia Izb przed niedbalstwem zgłaszania się drogą ustawową. Wnioski te streszczają się w dwóch punktach:

a) lekarz, opuszczający teren jednej Izby i zgłaszający się w drugiej, winien posiadać kartę wymeldowania tej Izby, którą opuszcza;

b) niezależnie od tego Wojewódzkie Urzędy Zdrowia winny zawiadamiać Izby o opuszczeniu terenu Izby przez lekarza.

6. Skarbnik przedłożył Radzie projekt budżetu na rok 1925. W celu wyjaśnienia w budżecie Izby Lubelskiej pozycji, przeznaczonej dla Naczelnej Izby Lekarskiej, Dr. Drożdż odczytał projekt budżetu tejże Izby. Po wyczerpującej dyskusji Rada uchwaliła projektowany budżet przez Skarbnika przyjąć ze zmianami, uwzględniającemi w przychodzie saldo z roku 1924 w rozchodzie uwzględnienie djet dla przyjezdnych członków Rady na posiedzenia tejże w wysokości 15 Zł dziennie oraz zwrot kosztów podróży na przejazd kolejowy II. klasą uwzględnienie większej ilości Zjazdów Rady, powiększenie wydatków kancelaryjnych wobec nadchodzących wyborów.

Rada ustaliła roczną składkę za rok 1925 na 15 złotych od każdego członka Izby, płatnych w pierwszym kwartale b. r.

7) Naczelnik Izby przedłożył Radzie do dyskusji żądania Sądu I. L. L., zawarte w piśmie do Rady.

Rada poleciła Zarządowi wdrożyć akcję, zmierzającą do zmiany § 44 Regulaminu Izby Lekarskiej i powiększyć ilość członków Sądu z 20 na 24 i tyluż zastępców, dzieląc ich proporcjonalnie na poszczególne Województwa.

Rada w zupełności uznała zasadę uwzględnienia przy wyborach do Sądu sposobu wybierania lekarzy z większych środowisk dla łatwiejszego zbierania kompletów sądzących.

Uznając również potrzebę współpracy Sedu Izby z Radą, poleciła Zarządowi zapraszać Prezesa Sądu na posiedzenia Rady z głosem doradczym, zgodnie z § 29 Regulaminu Izby, o ile na posiedzeniach tych będą poruszane jakiekolwiek kwestje związane z działalnością Sądu.

8. Rada wybrała do Zarządu Izby ponownie dra Drożdże W. i dra Kowalińskiego K., którzy w r. b. zgodnie z art. 22 Ustawy o Izbach ustąpili z Zarządu.

9. Rada wybrała 10-ciu członków Sądu w miejsce 10-ciu ustępujących oraz 4-ch zastępców członków Sądu dla skompletowania przewidzianego § 44 Regulaminu Izby kompletu Sądu. Skład Sądu na rok 1925 przedstawia się personalnie, jak następuje: Dr. Królewski, Miłaszewski, Ziembiński, Krysiński, Kuropatwiński, Bąkowski, Arnsztein M., Kujawski, Wąsowski, Leśkiewicz, Zieliński, Kubaszewski, Nepomucki, Gajsler, Skibiński, Sitkowski Br., Brzeziński, Garbaczewski, Lipiński, Brykner. Na zastępców dodatkowo do poprzedniej listy wybrani zostali drzy: Sołłohib, Bejlin, Krechowiecki, Serdakowski.

10. W sprawie Kasy Pomocy Koleżeńskiej Naczelnik Izby udzielił głosu referentowi drowi Jaworskiemu, który skreślił rozwój tej kwestji, prace Zarządu w tym kierunku oraz przyczyny, które skłoniły Zarząd do opracowania projektu tego rodzaju pomocy koleżeńskiej, z którą członkowie Rady mieli możność zaznajomienia się w rozesłanym jeszcze w październiku 1924 roku statucie Kasy. Po bardzo ożywionej dyskusji na temat pomocy koleżeńskiej wogóle oraz przedłożonego projektu Rada uchwaliła następujące wnioski:

a) przyjąć projekt statutu Kasy, opracowany przez Zarząd Izby w tych punktach, które tyczą się pomocy materjalnej rodzinie lekarza na wypadek śmierci członka Kasy;

b) wprowadzić nowy paragraf do statutu, uwzględniający wypłacenie zasiłków lekarzowi w razie utraty przez niego całkowitej zdolności do pracy;

c) skreślić tę część projektu, która odnosi się do pomocy materjalnej w razie choroby, jako nie opartej na zasadach rentowej pomocy;

d) opracować w ciągu roku bieżącego projekt Kasy Koleżeńskiej na tych zasadach, na jakich jest ona oparta w Izbie lwowskiej;

e) zmieniony w ten sposób projekt Kasy Koleżeńskiej przekazać do zatwierdzenia Naczelnej Izbie, uwzględniając proponowane przez Radę drobne zmiany;

f) wysokość składki, w razie śmierci członka Kasy lub utraty przez niego całkowitej niezdolności do pracy, wynosić ma 10 Zł od każdego uczestnika Kasy;

11) Rada odrzuciła prośbę dwóch lekarzy wenerologów o zezwolenie specjalistom wenerologom na stałe ogłaszanie się w pismach codziennych.

12. Dr Modrzewski przedłożył Radzie motywy, wskazujące na potrzebę realizacji art. 2 punktu c Ustawy z dnia 2. XII 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej, wymagającego do uzyskania prawa praktyki lekarskiej odbycia jednorocznego stażu szpitalnego Rada w zupełności podzieliła przytoczone motywy i upoważniła Wydział Wykonawczy do opracowania opinji w celu poruszenia tej kwestji w innych Izbach i w N. I. L.

13. Rada postanowiła wyasygnować z funduszów Izby 500 Zł w razie realizacji projektu N. I. L. ufundowania samolotu dla obrony Państwa, niezależnie od dobrowolnych ofiar, zbieranych na ten cel przez Izbę.

14. Wniosek Związku Lekarzy P. P. Obw. Siedleckiego w sprawie zwolnienia starszych wiekiem lekarzy od obowiązku niesienia pomocy lekarzy tych w nocy w miejscowościach, posiadających większą ilość lekarzy, Rada odrzuciła, gdyż załatwienie tej sprawy musiałoby wkroczyć w zmianę Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, natomiast poleciła Zarządowi Izby zwrócić się do Władz Wojewódzkich o zarządzenie postępowania zgodnego z prawem Organów Policyjnych w razie odmówienia przez lekarza pomocy choremu. Nie wydaje się bowiem Radzie, aby Organa Policyjne upoważnione były wkraczać do sypialni lekarza, natomiast winny sporządzić protokół i skierować go na drogę zgodną z prawem.

15. Skargę dra Jarosińskiego, zawartą w piśmie do Rady z dnia 26. X. 1924 r. F. 578, Rada uchwaliła uzupełnić danemi, jakie podjęło się dostarczyć Siedleckie Towarzystwo Lekarskie.

Dr. Jaworski, pisarz. *Dr. Modrzewski*, naczelnik Izby.

Izba lekarska Lwowska.

W sprawie ogłoszenia taryfy lekarskiej przez Wojewódzki Urząd Zdrowia we Lwowie

Z treści komunikatu należałoby wnioskować, że cennik poborów ogłoszony został zgodnie z opinją Izby lekarskiej, coby oznaczało, że Zarząd Izby postąpił niezgodnie z uchwałą Rady Izby z d. 2. listopada 1924, uznającą wprowadzenie cen-

nika lekarskiego za niewłaściwe, ponieważ praca lekarska nie da się staryfować a podstawą do oznaczenia honorarjum lekarskiego może być jedynie ciężkość przypadku chorobowego i stan zamożności chorego.

Dla sprostowania takich mylnych mniemań wyjaśnia się, że Lwowski Urząd Wojewódzki zasięgał wprawdzie opinji Zarządu Izby Lekarskiej w sprawie cennika, Zarząd jednak, zgodnie z uchwałą Rady Izby, oświadczył się zasadniczo przeciwko ustanowieniu cennika, tak, że cennik ogłoszono wbrew opinji Izby Lekarskiej.

Kasa Ubezpieczeniowa Lwowskiej Izby Lekarskiej.

I. Protokół posiedzenia Komitetu Wykonawczego w dniu 11. czerwca 1924.

Przyjęto prośby dwudziestu pięciu lekarzy o przyjęcie do wyższego ubezpieczenia, niż obowiązkowe. Należytość za druki i portorja podzielono na równi pomiędzy Izbę i Kasę, tak, że na każdą przypada do zapłacenia po 38 Zł. Stan funduszów: Trzystu dziesięciu członków wpłaciło i gotówka wynosi 2.068·44 Zł. Postanowiono wysłać do tych lekarzy, którzy dotychczas nie wpłacili, urgensy, tudzież regulamin, który został wydrukowany w ilości 2.000 egzemplarzy za zwrotem kosztów w wysokości 0·50 Zł za egzemplarz. Zgłoszenia chorób na razie nie wpłynęły żadne.

II. Protokół posiedzenia w dniu 8. lipca 1924.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Przyjęto do wyższego ubezpieczenia, niż obowiązkowe, 17 lekarzy. Uchwalono zasadniczo przyjmować członków byłej Kasy Chorych Lekarzy bez zastrzeżeń co do wielokrotności. Stan funduszów: 2.817·30 Zł.

III. Protokół posiedzenia w dniu 10. września 1924.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Uchwalono zasiłki drom B., ST., P., W., Gr., St Do wyższego ubezpieczenia przyjęto dziewięciu lekarzy. Uchwalono zwrócić się do Banku Unji w Polsce z życzeniem obniżenia kosztów manipulacyjnych. Uchwalono przedłożyć Radzie Izby wniosek na obniżenie odsetek zwłoki. Stan funduszów: 4.194·17 Zł. Dotychczas wpłaciło 522 lekarzy, drugie tyle zalega z wkładkami.

IV. Protokół posiedzenia w dniu 26. września 1924.

Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Osobistej interwencji przewodniczącego należy przypisać fakt, że Bank Unji w Polsce pisemnie uwiadomił Kasę, że bonifikuje Kasie własne wydatki, zaliczone w zamknięciu rachunkowem do 30. VI. 1924. Przyjęto dra Gr. do czterokrotnego ubezpieczenia. Wypłacono zasiłki drom: B., P., Gr., W., St. Stan funduszów: 5.003 Zł. Uchwalono liczyć $\frac{1}{2}$% dziennie, jako odsetki zwłoki i przedstawić Radzie wniosek członka Komitetu dra M. obniżenia odsetek zwłoki na 5% miesięcznie.

V. Protokół posiedzenia w dniu 7. listopada 1924.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Przewodniczący donosi, że liczba lekarzy, którzy się dotychczas wpisali wynosi 750. Są jednak i protesty, tudzież prośby o zwolnienie od opłat. Przyznano zasiłki drowi St. i lek K. Do wyższego ubezpieczenia przyjęto drów T., L., H.-L., K. Stan funduszów: 6.869·24 Zł. Uchwalono zwrócić się do Województwa z prośbą o podanie dokładnego wykazu adresów celem ponownej ekspedycji urgensów tym lekarzom, od których pisma wróciły jako niedoręczone. Wdowie po drze B. wypłacono kwotę pośmiertną. Przyznano zasiłki drom W. i St.

VI. Protokół posiedzenia w dniu 12. grudnia 1924.

Przyjęto do wyższego ubezpieczenia dra K., przyznano zasiłki drom: St., F.-Th., W., wdowa po drze B. pokwitowała odbiór kwoty pośmiertnej. Stan funduszów: 7.411·15 Zł.

VII. Protokół posiedzenia w dniu 9. stycznia 1925.

Przewodniczący zawiadamia, że biuro Kasy rozesłało do zalegających z wkładkami t. zw. mandaty pocztowe. Na 320 wysłanych mandatów pocztowych wróciło 124. Część ich postanowiono wręczyć Dyrekcji Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie z prośbą o doręczenie lekarzom szpitalnym, a z resztą kolegów, którzy nie przyjęli mandatów, przeprowadzić korespondencję indywidualną. Uchwalono ogłosić w krótkim komunikacie w P. Gazecie lekarskiej uchwałę Rady Izby, podwyższającą od 1. stycznia 1925 zasadnicze świadczenia na 2 Zł dziennie i zasadniczą wkładkę kwartalną na 8 Zł przy utrzymaniu dotychczasowej wielokrotności, której największą wysokość zasiłku stanowi kwota 10 Zł dziennie przy wkładce kwartalnej 40 Zł. Przyjęto jako zasadę, że członkom pozostawia się swobodę pozostania przy poprzednio zdeklarowanej wielokrotności (3, 4, 5 Zł dziennie) lub podwyższenia jej na 6—10 Zł dziennie; odpowiadające wielokrotnościom opłaty wynoszą 12, 16, 20, 24, 28, 32 36 i 40 Zł kwartalnie. Postanowiono, że przewodniczący będzie udzielał ustnych informacyj w sprawie obowiązku ubezpieczeniowego, by zaś ułatwić sytuację zalegającym z wkładkami, będzie ewentualnie od nich przyjmował tytułem zapłaty kwotę 10 Zł. Stan funduszów: 8.374·40 Zł. Uchwalono wypłacić drowi St. zasiłek 150 Zł do wyższego ubezpieczenia przyjęto drów: Z., A., L., M.

VIII. Protokół posiedzenia w dniu 30. stycznia 1925.

Powzięto uchwałę zasadniczą: Przy podwyższeniu ubezpieczenia obowiązuje wyższe świadczenie dopiero po upływie miesiąca. Zasiłków udzielono: drowi K., Z., Dr., B., V., K., St., P. Przyjęto do wyższego ubezpieczenia drów: W., Dr., F., D., M., L., G., L., M., D., W., H., R., H., W., Z., Z., L. Celem zabezpieczenia funduszów Kasy, w myśl uchwały Rady i Zarządu, zakupiono dom przy ul. Zyblikiewicza. Po ulokowaniu kwoty 8 300 Zł w kupnie domu stan funduszów wynosi 1.911 Zł. Oferty Towarzystwa asekuracyjnego Riunione Adriatica di Sicurtà nie przyjęto, jako bezprzedmiotowej z powodu zorganizowania ubezpieczenia w łonie samej Izby. Suma zasiłków chorobowych w ostatnim czasie 2.062 Zł.

Allerhand, sekretarz. *Papée*, przewodniczący.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 7. stycznia 1925.

Przewodniczący komunikuje, że wprowadzenie w życie Kasy emerytalnej Izby jest w toku, i podnosi, że Komitet Kasy nie jest wybrany, co ma uskutecznić Rada Izby. Uchwalono dokonać wyboru prowizorycznego z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez Radę Izby. Wybrano członkami Komitetu: dr. Dolińskiego, Liliena i Moszkowicza, zastępcami: dr. Stanisława Lewickiego i Świtalskiego.

Następnie Przewodniczący przedstawia stan sprawy kupna domu przez Izbę.

Opłatę członkowską do Izby na rok 1925 przyjęto w wysokości dotychczasowej t. j. 10 zł. rocznie, z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez Radę Izby.

Potem przeprowadzono dyskusję w sprawie pisma Przewodniczącego Sądu Izby, w którem wyrażono życzenie, aby Zarząd Izby, przekazując jakąś sprawę Sądowi, precyzował oskarżenie w uchwale przekazującej.

W dyskusji dano wyraz zapatrywaniu, że formułowanie oskarżenia na zasadzie postanowień ustawy należy do rzecznika dyscyplinarnego, który po przeprowadzeniu śledztwa ma wszelkie do tego podstawy. Zarząd Izby niema możności zbadania danej sprawy tak ściśle, aby mógł sprecyzować oskarżenie, mógłby jedynie na podstawie doniesienia oskarżyciela prywatnego streścić podniesione zarzuty, co często okazałoby się oskarżeniem mylnem. Postanowiono w tym duchu odpowiedzieć Prezydjum Sądu Izby.

Następuje drugie czytanie Regulaminu Kasy emerytalnej Izby, które doprowadzono do § 9. włącznie.

Prof. N. referuje skargę pani Zeneidy Stachowskiej, która czuje się dotkniętą notatką umieszczoną w Nr. 34. Polskiej Gazety lekarskiej, a tyczącą się posiedzenia Zarządu Izby, na którem podano w wątpliwość prawo pani St. do wykonywania praktyki lekarskiej.

Po przeprowadzeniu dyskusji postanowiono odpowiedzieć, że uchwała Zarządu Izby z 2. lipca 1924. zapadła na podstawie dokumentów, które podówczas były w rękach Zarządu, a z których nie wynikało, że pani St. jest lekarką. Wobec tego prośba pani St. o unieważnienie sprostowania nie jest uzasadniona. Obecnie przez przedłożenie w dniu 22. grudnia 1924 kopji dyplomu Medycznego Instytutu w Kijowie z daty 26. września 1924., pani St. udowodniła, że jest lekarką.

W końcu przekazano sprawę zatargu dr. K. z dr. L. Sądowi Izby.

Ostrzeżeni !

Stowarzyszenie Lekarzy miasta i uzdrowiska Otwocka ostrzega Sz. Kolegów przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad lekarskich w Otwocku.

W tych sprawach, jak zarówno w sprawach osiedlenia się, prosimy zwracać się do tutejszego Związku Lekarzy w celu porozumienia się.

Dr *W. Wajdenfeld*, sekretarz. *Dr. A. Michałowski*, prezes.

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego T-wa lek. składa serdeczne podziękowanie J. Wielm. Pani prof. dr. Nowotnowej w Krakowie za cenną i obszerną bibljotekę, pozostałą po św. p. prof. dr. Franciszku Nowotnym, a ofiarowaną w całości Towarzystwu.

Po piętnastu latach niezwykle owocnej pracy, jako bibljotekarz T-wa lek. krakowskiego, ustępuje ze zajmowanego stanowiska kol. dr. Maksymiljan Blassberg. Wśród ciężkich warunków, z prawdziwem zaparciem siebie, doprowadził kol. Blassberg bibljotekę do zupełnego porządku i oddał ją do użytku członków Towarzystwa. Za gorliwą, pełną poświęcenia, bezinteresowną pracę Wydział Twa składa tą drogą kol. Blassbergowi serdeczne podziękowanie.

Lwów.

Nagrodę Wytwórni surowic i szczepionek »Serovac« za rok 1924 w kwocie 100 zlp. otrzymał Dr. Ciepielowski z Oddziału wewnętrznego I. Szpitala Państwowego we Lwowie za pracę p. t.: „O żółtaczce hemolitycznej", wygłoszoną na posiedzeniu Lwowskiego Koła Lekarzy Szpitalnych.

Przy katedrze medycyny sądowej na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza wolnem będzie od 1 marca 1925 stanowisko asystenta starszego. Kandydaci na to stanowisko zechcą wnieść podanie z dokładnym życiorysem do Kancelarji Dziekana Wydziału lekarskiego w czasie do 27 lutego 1925.

Łódź.

Walne zebranie Tow. lekarskiego wybrało ponownie Zarząd dotychczasowy na rok 1925: Prezesem dra S. Sterlinga, zastępcą prezesa dra Manteufla, sekretarzem I. dra Ruegera, sekretarzem II. dra Tenenbauma, bibljotekarzem dra Grechnera, skarbnikiem dra Mogilnickiego.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie. Wybory władz Towarzystwa na rok 1925 dały wynik następujący: na prezesa został powołany prof. Bronisław Sawicki, na wiceprezesa kol. Kazimierz Zieliński, na sekretarza dorocznego kol. Byszewski, na wakujące stanowisko członka zarządu kol. W. Kowalski.

Ustawa o powszechnym obowiązku wychowania fizycznego i o przysposobieniu wojskowem. Dowiadujemy się z miarodajnego źródła, że Min. Spraw Wojsk. opracowało już w ostatecznem brzmieniu ustawę o powszechnym obowiązku wychowania fizycznego i o przysposobieniu wojskowem; i w najbliższych tygodniach wejdzie ona pod obrady Rady Ministrów. W związku z rzeczoną ustawą, pod przewodnictwem ministra oświaty, utworzona zostanie naczelna Rada wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, której zadaniem będzie powołanie rad okręgowych i powiatowych, oraz koordynacja pracy różnych czynników w kierunku wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego. Skład i działalność tych rad będzie nosiła charakter państwowo-społeczny.

Opieka lekarska nad dziećmi w schroniskach. Przeprowadzone ostatnio badania lekarskie w licznych zakładach opiekuńczych wykazały znaczny odsetek dzieci chorych na choroby zakaźne, jak n. p. jaglicę, gruźlicę i inne. Do walki z temi epidemjami przystąpiło energicznie Min. Pracy i O. S. wespół z Generalną Dyrekcją służby zdrowia przy udziale sił społecznych. W woj. kieleckiem miejscowy Patronat Schroniska dla dzieci repatrjowanych dokonał reorganizacji zakładu normalnego na zakład wychowawczo-leczniczy dla 120 dzieci jaglicznych. W Warszawie Polski Komitet pomocy dzieciom kończy prace nad uruchomieniem zakładu jaglicznego na 150 dzieci. W Sremie (woj. poznańskie) tenże Komitet, dzięki poparciu Starostwa, organizuje nowy zakład na 150 dzieci dotkniętych tą chorobą oczu. Kolonja lecznicza Tow. Czerwonego Krzyża w Puszczykowie (woj. poznańskie) zostanie rozszerzona i służyć będzie jako zakład stały dla 60 dzieci gruźliczych. Żywo również posuwa się budowa kolonji leczniczej na 200 dzieci w Busku oraz sanatorjum w Zakopanem na 300 dzieci, dzięki inicjatywie sen. prof. Godlewskiego oraz dr. Stankiewicza, przy wydatnej pomocy materjalnej.

Zwalczanie gruźlicy. W wyniku narady, odbytej w departamencie opieki społecznej Minist. pracy i opieki społecznej z przedstawicielami jeneralnej Dyrekcji służby zdrowia, Minist. oświecenia, polskiego Czerw. Krzyża, Tow. przeciwgruźliczego i Ligi przeciwgruźliczej, zdecydowano zacząć planową organizację zwalczania gruźlicy u dzieci od utworzenia przychodni przeciwgruźliczych na całym terenie Rzeczypospolitej. Wskutek porozumienia się z polsko-amerykańskim komitetem pomocy dzieciom, przystępuje tenże do organizowania przychodni przeciwgruźliczych dla dzieci i młodzieży w lokalach Stacji opieki nad matką i dzieckiem, posiadających odpowiedni personal pielęgniarski i odpowiednie lokale. Na początek będzie utworzonych 17 stacyj w różnych miejscowościach, 17 następnych będzie utworzonych z chwilą dobrania odpowiednio wyszkolonego personalu pielęgniarskiego.

Do walki z jaglicą. Wobec rozszerzającej się na krańcach miasta niebezpiecznej epidemji egipskiego zapalenia oczu czyli t. zw. jaglicy, Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom postanowił wziąć udział w walce z groźną chorobą, udostępniając leczenie w specjalnym szpitalu jaglicznym przy ul. Czerniakowskiej 131. Szpital ten będzie uruchomiony w ciągu najbliższych tygodni — a ponieważ jaglica jest chorobą, którą usuwać można tylko przy pomocy systematycznego i racjonalnego leczenia, przystąpienie P. A. K. P. D. do akcji przeciwepidemicznej ma niesłychanie ważne znaczenie.

Koło medyków S. U. W. wydawać będzie pismo p. t.: »Życie medyczne«. Będzie to miesięcznik, obejmujący całokształt spraw i zainteresowań studenta-medyka. Na treść »Życia medycznego« składać się będą następujące działy: 1) urzędowy, 2) naukowy, 3) społeczno-akademicki, 4) życie Koła, 5) literacko-satyryczny, 6) kronika, drobne rencenzje i t. p. Całość ma być traktowana w sposób żywy, charakterem swym jaknajbardziej zbliżona do barwnego życia studenckiego. W skład komitetu redakcyjnego wchodzą; p. Czesław Hoppe, redaktor i kierownik działów literackiego i „życie Koła", dr. Jan Kochanowski, kierownik działu naukowego, p. Zygmunt Obrębski, kierownik działu urzędowego, p. Zygmunt Kuligowski, kier. działu społeczno-akademickiego oraz p. Jerzy Morzycki, sekretarz redakcji.

Ratownictwo. Pokazy ratownictwa lekarskiego, organizowane przez Pogotowie ratunkowe odbędą się w czasie od 28 lutego do 6 marca r. b. w siedzibie kasyna urzędników państwowych, Nowy Świat 69. W pokazach wezmą udział: Polski Czerwony Krzyż, Instytut obrony gazowej, Instytut radowy i wszystkie Pogotowia prowincjonalne. Codziennie wygłaszane będą odczyty o ratownictwie, ilustrowane zdjęciami kinematograficznemi, specjalnie do tego celu przygotowanemi. Organizatorzy projektują, ażeby wszystkie szkoły miejscowe zwiedziły pokazy, co będzie dla młodzieży dużym pożytkiem. Podczas pokazów sprzedawne będą w cenie 3 złotych apteczki podręczne wykonane przez Pogotowie ratunkowe.

Kąpielisko przy elektrowni warszawskiej ma być urządzone ptzez miejski Wydział Zdrowia Publicznego. Komitet budowy pozostaje pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta dra S. Rottermunda.

Ze świata.

Przyczyna choroby zatokowej, która pojawiła się u rybaków w portach Prus Wschodnich, a także w Gdańsku, została wyjaśniona po przeprowadzeniu odpowiednich badań naukowych m. i. w »Instytucie Roberta Kocha« w Berlinie i w Zakładzie badania środków żywności w Królewcu. Wyniki badań są następujące: 1) Zastrzyknięcie 1 cm^3 przesączonej, jałowej wody zatoki człowiekowi, który co dopiero przebył atak choroby zatokowej, wywołuje atak tejże choroby; 2) w krwi, moczu i w narządach ludzi chorych na tę chorobę lub z powodu niej zmarłych, podobnie u zwierząt stwierdzono obecność arsenu; natomiast w rybach zatoki stwierdzono arsen w bardzo nieznacznej ilości; 3) w wodzie zatoki stwierdzono wcale pokaźną ilość arsenu i to w postaci rozpuszczonej lub postaci lotnego gazu, który nie jest arsenowodorem, lecz dość wysoko drobinowem połączeniem organicznem arsenowem; 4) w błocie zatoki stwierdzono »pleśnie arsenowe«, które są w stanie rozkładać substancje, zawierające arsen, jakie są również w wodnych algach arsen gromadzących; 5) w odpadkach z fabryk cellulozy stwierdzono znaczne ilości arsenu. W ten sposób stwierdzono niemal niezbicie, że z wyługowywanemi substancjami fabryk cellulozy dostaje się do wody zatokowej także arsen; dzięki biologicznym procesom, odbywającym się w błocie zatoki, zamienia się arsen w połączenia lotne, wysokodrobinowe, które następnie wywołują u rybaków objawy chorobowe.

Pasteurowski Instytut został założony przed 5 laty w Moskwie celem rozciągnięcia pieczy nad zdrowiem ludności. Początkowo powołano do życia instytut serologiczny, następnie dla chorób podzwrotnikowych, dla higjeny i fizjologji odżywiania, doświadczalnej biologji i chemji biologicznej, mikrobiologji, gruźlicy. Personal 6 obecnie istniejących instytutów składa się ze 120 osób.

W następstwie wprowadzenia zakazu alkoholowego w Stanach Zjednoczonych potroiło się tamże spożycie kawy, mianowicie wzrosło ono z 2 na 6 miljonów worków. W Niemczech, jak donoszą pisma, spadła ilość spożycia kawy niemal o połowę; pisma niemieckie tłumaczą to ogólnem zubożeniem Niemiec. W roku 1913 wynosiło ono w Niemczech 3 kg na głowę, w r. 1924 najwyżej tylko 1 kg.

Przedmuchiwanie jajników. Engelmann (Z. f. Gyn. 1923 Nr. 46) i Schallehn (Z. f. Gyn. 1924 Nr. 51) spostrzegali przypadki zatoru (embolus) powietrznego z objawami bardzo ciężkiemi po zastosowania jajowodów (pertubatio). Obydwa przypadki zakończyły się pomyślnie.

Nr. 9. 1. marca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

K. MICHEJDA. Wilno.

Uwagi w sprawie leczenia przedziurawionych wrzodów żołądka.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Dyrektor: Prof. dr. K. Michejda.

Postępowanie przy zapaleniu otrzewnej, wynikłem z przedziurawienia wrzodu żołądka i dwunastnicy, jest przedmiotem, w chwili obecnej bardzo żywo dyskutowanym w piśmiennictwie. Spór toczy się o metodę operacji, w szczególności o to, czy resekcja żołądka w tym stanie jest wskazana, czy też nie. Nie chcąc bynajmniej przesądzać tej sprawy, chcę dorzucić do powyższego tematu kilka luźnych uwag.

Przed dwoma laty operowałem w klinice chirurgicznej U. J. w Krakowie chorego, który przyjęty został z objawami zapalenia otrzewnej, wynikłego z przedziurawienia wrzodu żołądka. Przy operacji stwierdziłem duże modzelowate owrzodzenie na krzywiźnie małej z przedziurawieniem w samym środku; otwór w ścianie żołądka miał około $^1/_2$ cm średnicy. Zapalenie otrzewnej było dość ograniczone z powodu licznych sklein naokoło głównego ogniska chorobowego. Zaszyłem z wielką trudnością otwór w żołądku szwami jedwabnemi, pokryłem go siecią i zaszyłem brzuch. Rana zagoiła się doraźnie. Mniej więcej w 8 dni po operacji chory zmarł wskutek zapalenia płuc. W ciągu tych 8 dni objawy zapalenia otrzewnej ustąpiły. Sekcja, wykonana w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. wykazała zapalenie płuc, jako przyczynę śmierci.

Na otrzewnej zmian zapalnych nie było; co jednak najwięcej uderzało to to, że na żołądku tylko z trudnością odszukano ślady po wrzodzie. Wrzód był — powiedzieć można — idealnie zagojony.

Przypadek ten utkwił mi żywo w pamięci, jednak nie ogłaszałem go dlatego, że był pojedynczy. W roku bieżącym jednakże na oddziale chirurgicznym szpitala wojskowego w Wilnie, który to oddział pracuje równolegle z kliniką chirurgiczną Uniw S. B., operowano przypadek podobny (Tymiński). Chodziło również o przedziurawienie wrzodu, usadowionego około odźwiernika na małej krzywiźnie, wrzodu który zaszyto, a którego na sekcji w 7 dni po operacji nie było można odnaleźć; dopiero nitki jedwabne wskazały miejsce przedziurawienia i szwu żołądka.

O podobnych, względnie takich samych przypadkach wspomina bardzo pobieżnie Nast-Kolb w numerze 34 rocznika 1924 *Zentralblatt für Chirurgie*. W numerze 43 tego samego rocznika Rupp opisuje nieco obszerniej jeden przypadek do naszych bardzo podobny, a o drugim tylko wspomina.

Nasuwa się przypuszczenie, że to znakomite gojenie się wrzodu żołądka po przedziurawieniu nie jest zjawiskiem przypadkowem, ale ma cechy prawidłowości; że — być może — jeśli zdołamy opanować zapalenie otrzewnej, to sam wrzód zagoić się może po przedziurawieniu w czasie stosunkowo bardzo szybkim i w sposób prawie że idealny bez pomocniczych zabiegów.

Nie mając możności sprawdzenia powyższego przypuszczenia na skromnym materjale wileńskiej kliniki, która dopiero od stycznia b. r. jest czynna i której organizacja jest daleką od ukończenia, podaję je do wiadomości.

Analogiczne zjawiska w patologji są znane. I tak z okulistyki wiadomo, że wrzód rogówki, przedziurawiwszy ją, goi się znakomicie i szybko; abstrahować oczywiście trzeba od powikłań, jakie fakt przedziurawienia może wywołać. Wiadomo, że okuliści korzystają z tego nawet w celach leczniczych (operacja Saemischa). Aż nadto znane jest znakomite gojenie się przedziurawienia wyrostka robaczkowego w przypadkach, w których doprowadziło ono do ograniczonego nacieku lub ropnia. Wszyscy wiemy, że w tych przypadkach wystarczy najzupełniej nacięcie samego ropnia i że nawet stwierdzenie kamyków kałowych w ropniu nie stwarza potrzeby zaopatrywania wyrostka robaczkowego, w którym otwór goi się zupełnie dobrze. W tych przypadkach, jak również wiadomo, rzadko występują nawroty zapalenia wyrostka robaczkowego.

Stwierdzenie na większym materjale prawdziwości mego przypuszczenia t. j. pewnej prawidłowości w szybkiem i dobrem gojeniu się wrzodów żołądka po przebiciu, miałoby niewątpliwie duże znaczenie dla sprawy leczenia wrzodów przedziurawionych ale może nawet i dla wrzodów nieprzedziurawionych, względnie pewnych ich postaci.

Czy w takim razie resekcja, albo nawet i gastroenterostomja byłaby wskazana przy przedziurawieniu wrzodu? Czy w leczeniu pewnych wrzodów nieprzedziurawionych, może tylko modzelowatych nie należałoby pójść innemi niż dotychczas drogami?

Na pytania te odpowiedzieć będzie można na podstawie materjału większego, starannie i wszechstronnie opracowanego. Z naszej strony sprawie tej poświęcimy baczną uwagę. Choć bowiem wnioski nie byłyby zgodne z panującym dziś kierunkiem w piśmiennictwie, kierunkiem radykalnym, to jeszcze to samo nie obniża ich wartości. Dość przypomnieć koleje, jakiemi kroczyły nasze poglądy n. p. na sprawę leczenia urazowych spraw zapalnych kończyn, te przeskoki od skrajnego radykalizmu do skrajnego konserwatyzmu, równie jak tamten nieuzasadnionego. Dzisiejszy pęd do resekcji żołądka, resekcji jak najrozleglejszej i to nawet w tych przypadkach, gdzie wycięta część żołądka nie może objąć samego wrzodu, usadowionego n. p. w dwunastnicy (Finsterer), przypomina okres amputacji kończyn ze wskazań, których dziś nie uważamy za dostateczne.

Oto powód, dla którego uważam za wskazane podkreślić znaczenie spostrzeganych przypadków, choćby one stawały w poprzek, dziś propagowanym tendencjom.

M. FEJGIN i J. CYGELSTREICH. Warszawa.

O zawartości cholesteryny i cukru we krwi.

(Z I. Oddziału szpitala Wolskiego w Warszawie). Ordynator: Dr. Anastazy Landau.

Doniesienie drugie.

W poprzedniej serji doświadczeń (p. doniesienie I.) wykazaliśmy wpływ obarczenia ustroju pokarmem, obfitującym w cholesterynę, a nie zawierającym węglowodanów, oraz wpływ zastrzyku adrenaliny na zachowanie się cukru i cholesteryny we krwi. Okazało się, że taki bodziec pokarmowy (żółtka) wyraźnie podnosi krzywą glikemji (o 25%) przeciętnie), nie tak znacznie — krzywą cholesterynemji (o 11%); zastrzyk dożylny 0,25 mlgr. adrenaliny, jednoczesny z podaniem żółtek, powoduje znaczne wzniesienie zawartości cukru we krwi (o 64%), natomiast obniża zawartość cholesteryny (o 7%). Ten ostatni wynik zgadza się z wynikami, otrzymanemi przez Alpern'a i Collazo'a (16) na psach. Idąc dalej w kierunku wyjaśnienia, czy istnieje jakiś związek bezpośredni pomiędzy przemianą węglowodanów i cholesteryny, nasuwała się logiczna konieczność zbadania wpływu innych jeszcze czynników, regulujących przemianę, wzgl. rozmieszczenie tych dwóch substancji w ustroju. Wśród czynników tych dwa niewątpliwie decydującą odgrywają rolę, a mia-

Nr.	Rozpoznanie przypadku	Cukier we krwi						Cholesteryna we krwi				
		Naczczo	Po 24 godz. głodu	Po spożyciu cukru				Naczczo	Po 24 godz. głodu	Po podaniu cukru		
				15'	60'	120'	180'			60'	120'	180'
1	Nephrosis	1,2‰	0,6‰	1,02‰	1,32‰	1,9‰		1,8‰	2,4‰		2,1‰	
2	Stenosis mitralis	0,9‰	0,6‰	1,2‰	1,3‰	1,5‰		1,7‰	1,01‰		1,42‰	
3	Icterus parenchymatosus	1,24‰	0,72‰	1,5‰	1,74‰	2,4‰		2,1‰	2,5‰		2,2‰	
4	Podejrzenie kamicy żółciowej	1,12‰	1,02‰		1,5‰		1,4‰	1,8‰	1,79‰	1,4‰		1,3‰
5	Podejrzenie kamicy żółciowej	1,04‰	0,9‰		1,06‰		1,0‰	0,96‰	1,14‰	0,87‰		0,93‰
6	Podejrzenie kamicy żółciowej	1,17‰	0,89‰		1,28‰		1,2‰	1,29‰	1,6‰	1,5‰		1,6‰
7	Podejrzenie kamicy żółciowej	0,96‰	0,89‰		1,04‰		1,02‰	1,6‰	1,66‰	1,74‰		1,56‰

nowicie — głód, jako czynnik ujemny, zmuszający ustrój do mobilizacji i zużywania swoich środków rezerwowych glikogenu i tłuszczu, oraz obarczenie pokarmem węglowodanowym, działające w kierunku wprost przeciwnym — powiększania zapasu glikogenu, a zapewne i tłuszczu. Sprawa ta wydawała się ciekawą jeszcze i z tego względu, że nasuwała się tu możność porównania wpływu przecukrzenia krwi poadrenalinowego (czynnego) na cholesterynemję z przecukrzeniem biernem — po spożyciu nadmiaru węglowodanów. Zauważyć tu musimy, że wszyscy autorzy zgodnie potwierdzają, iż zawartość cholesteryny we krwi ulega zawsze zupełnie równoległym wahaniom z zawartością wszystkich tłuszczów wogóle (Arnoldi (18), Alpern i Collazo (16), Arnoldi i Collazo (17), tak, że zmiany krzywej cholesterynemji z dużem prawdopodobieństwem uważać możemy za zupełnie ścisły wykładnik zmian krzywej lipemji — i przeciwnie.

Otóż na szeregu osobników bez specjalnych zaburzeń ze strony przemiany materji wykonaliśmy następujące badania. Rano, naczczo określaliśmy we krwi badanego zawartość cukru i cholesteryny. W ciągu dalszych 24 godzin chory nie otrzymywał żadnego pokarmu, oprócz herbaty bez cukru; następnego ranka (t. j. po 36-cio godzinnym głodzie) znów oznaczaliśmy ilość cukru i cholesteryny we krwi. Teraz podawaliśmy choremu 100 gr. cukru w herbacie i w ciągu następnych 2-ch względnie 3-ch godzin badaliśmy 2 do 3 razy cukier i cholesterynę.

Wszystkiego poddano takiemu badaniu 12 chorych, ale tylko na 7-iu można było przeprowadzić to dość uciążliwe doświadczenie całkowicie i ściśle — i te tylko 7 przypadków przytaczamy tutaj (p. tablicę). Przytem w pierwszych 3-ch przypadkach zawartość cukru określana była w 15', 60' i 90' po spożyciu 100 gr. cukru, a cholesteryna tylko w 90' po spożyciu. W pozostałych zaś 4-ch i cukier i cholesterynę określaliśmy w 60' i w 180' po spożyciu (naczczo i po 36 godzinnym głodzie. Oczywiście we wszystkich badanych przypadkach określane były te wartości niezależnie). Otóż, jak widać z załączonej tablicy, zawartość cukru naczczo u wszystkich badanych osób wahała się od 0,9‰ do 1,24‰, czyli była w granicach normy. Po dalszych 24-ch godzinach głodu zawartość ta obniżała się dość znacznie: z 1,2‰ na 0,6‰ w przypadku Nr. 1 (*nephrosis*); z 0,9‰ na 0,6‰ w przyp. Nr. 2 (*stenosis mitralis*), z 1,24‰ na 0,72‰ w przyp. Nr. 3 (*icterus parenchymatosus*), mniej wybitnie, ale zawsze wyraźnie — w pozostałych (z 1,12‰ na 1,02‰ w przyp. Nr. 4; z 1,04‰ na 0,9‰ w Nr. 5; z 1,17‰ na 0,89‰ w Nr. 6; z 0,96‰ na 0,89‰ w Nr. 7). Spożycie 100 gr. cukru powoduje we wszystkich przypadkach wzniesienie krzywej glikemji. Jednak tu zaznaczają się znaczne różnice indywidualne w sposobie reagowania różnych osobników na ten sam bodziec. W przyp. Nr. 1, 2 i 3 mamy bardzo znaczne, późno się nasilające i długotrwałe wzmożenie zawartości cukru: po 2-ch godzinach w tych przypadkach otrzymujemy najwyższe wartości — i to bardzo znacznie różniące się nie tylko od wartości po 36 godzinnym głodzie, ale i od normalnej wartości na czczo; (z przyp. Nr. 1 po 2-ch godzinach 1,9‰ zamiast 0,6‰ przed spożyciem; w przyp. Nr. 2 1,5‰ zamiast 0,6‰, w przyp. Nr. 3 aż 2,4‰ zam. 0,72‰).

W przypadkach tych już po 15' zresztą następuje b. wybitna reakcja. W dalszych 4-ch przypadkach natomiast, które dotyczą osobników bez wyraźnych zmian chorobowych (podejrzenie kamicy żółciowej), widzimy reakcję daleko słabiej zaznaczoną i bardziej krótkotrwałą; po 2-ch godzinach zawartość cukru zmniejsza się już (przyp. Nr. 4) lub powraca do normy (przyp. Nr. 5, 6 i 7). Najwyższą zawartość cukru z tej grupy widzimy w przyp. Nr. 4 w godzinę po spożyciu cukru (1,5‰ zam. 1,02‰ przedtem), a w ciągu następnych 2-ch godzin ilość zaczyna opadać (1,4‰ po 3 godz.) W przyp. Nr. 6 zawartość cukru podniosła się z 0,89‰ na 1,28‰, ażeby w ciągu następnych 2-ch godzin obniżyć się już nieco (do 1,2‰). W przypadkach Nr. 5 i 7 wahania wogóle były nieznaczne.

Co się tyczy zawartości cholesteryny, to naczczo otrzymywaliśmy u badanych ilości, odpowiadające normie, wzgl. nieznacznie odchylające się od przyjętych za normę wartości. W przyp. Nr. 3 2,1‰ nieznaczna hypercholesterynemja, w przyp. Nr. 5 0,96‰ hypercholesterynemja niezbyt wybitna, w przyp. Nr. 1, 2 i 4 1,8‰ i 1,7‰ górna granica normy, w pozostałych 2-ch 1,29‰ i 1,6‰ norma.

Po dalszym 24 godzinnym głodzie tylko w przyp. Nr. 2 zawartość cholesteryny obniżyła się z 1,7‰ na 1,01‰, w przyp. Nr. 4 i Nr. 7 pozostała bez zmiany, we wszystkich zaś innych wyraźnie się wzniosła: z 1,8‰ na 2,4‰ (N. 1), z 2,1‰ na 2,5‰ (Nr. 3), z 0.96‰ na 1,14‰ (Nr. 5), z 1,29‰ na 1,6‰ (Nr. 6).

Spożycie 100 gr cukru trzcinowego natomiast spowodowało wyraźną tendencję do obniżenia cholesterynemji i to nawet poniżej zawartości naczczo w przypadku Nr. 2 (1,4‰ zamiast 1,7‰ naczczo), Nr. 4 (1,3‰ zamiast 1,8‰ na czczo) i Nr. 5 (0,87‰ zamiast 0,96‰ naczczo), poniżej zaś poprzedniej zawartości po głodówce w przyp. Nr. 1 2,1‰ zamiast 2,4‰ po głodówce) i Nr. 3 (2,2‰ zamiast 2,5‰ po głodówce). Przyp. Nr. 6 na spożycie cukru nie reagował właściwie zupełnie, przynajmniej w przeciągu 3-ch godzin, które obejmowało nasze badanie; przyp. Nr. 7. po

chwilowem nieznacznem wzniesieniu cholesterynemji (1,74‰ w 60' po spożyciu cukru zamiast 1,6‰ poprzednio) w ciągu następnych 2 ch godzin wykazał wyraźny, w porównaniu z poprzednią zawartością spadek (do 1,56‰ zamiast 1,74‰.

Przyglądając się dalej tablicy, stwierdzić możemy, że nietylko kierunek wahań krzywej cholesterynemji pozostaje w ścisłej i odwrotnej zależności z wahaniami glikemji, ale nawet rozmiar-amplituda tych wahań u tych samych osobników jest identyczna. A więc w przyp. Nr. 1, 2, 3 i 6 stosunkowo znacznym wahaniom krzywej glikemji pod wpływem głodu, odpowiadają również znaczniejsze zmiany zawartości cholesteryny. W przyp. Nr. 5 i 7 bardzo nieznacznym zmianom glikemji (1,04‰—0,96‰ i 0,96‰—0,89‰) odpowiadają minimalne wahania krzywej cholesterynemji (0,96‰—1,14‰ i 1,6‰—1,66‰) po okresie głodu. W przyp. Nr. 4, w którym krzywa glikemji mało się zmieniła pod wpływem głodu (1,12‰—1,02‰), a który dość wybitnie reagował na spożycie 100 gr. cukru przez wzniesienie zawartości cukru we krwi z 1,02‰ na 1,5‰ z 60', stwierdzamy zupełnie analogiczną kolejność zmian w zawartości cholesteryny, żadnego wpływu głodu (1,8‰—1,79‰), wybitne obniżenie po spożyciu cukru do 1,4‰ w 60' a 1,3‰ w 180' po spożyciu. Zadziwiająca zgodność — tem bardziej, że oznaczanie cukru i cholesteryny dokonywane było niezależnie od siebie — przez różne osoby i dopiero potem zestawiano wyniki.

Reasumując tedy wyniki nasze zarówno obecnej, jak i poprzedniej serji badań, możemy ogólnie powiedzieć, że 1°) pokarmy, obfitujące w cholesterynę. a nie zawierające węglowodanów, zwiększają wyraźnie zawartość cukru i cholesteryny we krwi; 2°) czynniki, które, jak zastrzyk adrenaliny lub spożycie większej ilości cukru, podnoszą krzywą glikemji, wpływają obniżająco na cholesterynemję; 3°) głód, zmniejszając wyraźnie zawartość cukru we krwi, powoduje wzmożenie cholesterynemji (przynajmniej w ciągu pierwszych 36-ciu godzin).

Piśmiennictwo.

1) C. Artom. Archives internationales de Physiologie v. XX. fasc. 2. 1922. — 2) Tenże. Ibid. u. XXII. fasc. 1. 1923. — 3) J. Parnas. Chemja fizjologiczna. — 4) Pr. O. Grosz. Klin. Wochenschr. N. 5. 1923. — 5) Pr. Eppinger. Berlin. Klin. Woch. N. 33. 1913. — 6) G. Luden. Collected Papers of the Mayo Clinic. v. XIII. 1921. — 7) Z. Michalski. Zbiór prac z zakresu ludzkiej patologji wewn. wydał pr. Rzętkowski 1923. 8) Tenże i J. Dąbrowska. Ibid. — 9) Pr. Orłowski. Polskie Archiwum Medycyny wewnętrznej T. I. zeszyt I. 1923. — 10) M. Richter-Quittner. Wiener Archiv f. innere Med. Band I. 1920. — 11) J. Heitz. Annales de Médecine. — 12) T. H. Oliver and A. Havorth. Lancet. July 1923. — 13) A. Chauffard. La lithiase biliaire. — 14) Czarnota-Bojarski. P. Archiwum Med. Wewn. T. I. Zeszyt II. 1924. — 15) A. Falcixtore. Giornal. d. clin. med. Parma. (Podług Berichte über die Physiol. und exper. Pharmakol. 1923. — 16) D. Alpern und J. A. Collazo. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. B. XXXV. Heft 4-6. (Über den Einfluss des Adrenalins auf den Blutchemismus im der Norm, in Hungerzustande und bei der Avitaminose). — 17) W. Arnoldi und J. A. Collazo. Zeitschrift. f. d. ges. exp. Med. B. XL v. 1924. — 18) W. Arnoldi. Ergeb. d. ges. Med. B. 5. r. 1925 (Stoffbewegung, Stoffverteilung und Stoffumsatz).

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

Dokończenie.

Przerzuty.

Złośliwość nowotworu cechuje się między innemi wzrostem niszczącym i tworzeniem się przerzutów. Cohnheim uważa, że złośliwość zależy nie tyle od samego nowotworu, ile od fizjologicznych właściwości odpornych poszczególnych narządów ustroju. Zapatrywanie to znajduje potwierdzenie w codziennych spostrzeżeniach oraz statystyce, wykazującej, że nie wszystkie narządy ustroju naszego są jednakowo chętnie nagabywane przez przerzuty.

Za przerzuty uważałem guzki wtórne, które powstały na drodze zawleczenia komórek ogniska pierwotnego w miejsca oddalone. Nacieczenia, szerzące się *per continuitatem* nie były przeze mnie uwzględniane w zestawieniu niniejszem. Przytoczona tabela przedstawia siedzibę raka pierwotnego i rozmieszczenie się ilościowe przerzutów, powstałych z ogniska pierwotnego. Nasze liczby przerzutów są może nieco mniejsze od podanych przez autorów niemieckich, którzy wyprowadzają dane swoje nie tylko na podstawie obrazu makroskopowego sekcji lecz na podstawie szczegółowych rozbiorów drobnowidowych. W zestawieniu mojem nie zawsze obraz mikroskopowy przerzutów był stwierdzany drobnowidem, toteż dla tego cyfry nasze są mniejsze od liczb innych autorów.

W zestawieniu mojem na 831 przypadków najrozmaitszych raków w 262 przypadkach nie stwierdzono wogóle przerzutów. W pozostałych 569 pierwotnych raków najrozmaitszych narządów stwierdzono 1263 przerzutów w poszczególnych częściach ciała. Jak z przytoczonej tabeli wynika przerzuty rakowe najchętniej rozprzestrzeniały się w gruczołach miejscowych i oddalonych, dalej w wątrobie i na błonach surowiczych. W dalszym kolejnym porządku występują w płucach, jajnikach, trzustce, tarczycy i t. d. Z narządów, które oszczędzane były przez przerzuty, a w których w żadnym przypadku zestawienia naszego nie zanotowano przerzutów są, stercz, migdałki i tchawica.

Z rakowo zmienionych narządów, które najczęściej dawały przerzuty w gruczołach, na pierwszem miejscu postawić należy raka żołądka, który również chętnie nagabywał przerzutowo błony surowicze i wątrobę. Z gruczołów oddalonych uderzająco często zajęte były gruczoły pachwinowe, okołoodbytnicze i szyjne. W 2-ch przypadkach raka żołądka stwierdzono *lymphangitis carcinomatosa* obu płuc. Zasługuje na pokreślenie, że w zestawieniu mojem tylko raz jeden stwierdzono przerzuty do opony twardej, pod postacią *pachymeningitis carcinomatosa* w przypadku raka żołądka. Mózgowie również w innym przypadku raka żołądka wykazywało obecność przerzutów. Usadowienie się przerzutów w mózgowiu, według tabeli naszej jest rzeczą dość rzadką, a najczęściej występującą przy raku oskrzeli. Według Dosquet'a (*Über die Metastasenbildung bei primären Lungen und Bronchialkrebsen. Virch. Ar. B. 234. Heft 2,3 r. 1921*) pierwotny rak oskrzeli i płuc daje przerzuty do układu ośrodkowego nerwowego w 31,4% a do nadnerczy — tkanki niejako spokrewnionej rozwojowo z substancją mózgową w 21,8%.

Pokrewieństwo to zaznacza się nietylko jednakową rozbudową z tkanki nerwowej ale i właściwościami chemicznemi co do zawartości w znacznych ilościach ciał lipoidowych, a także faktem, znanym w patologji, że u płodów bezmózgich (*Anencephalon*) występuje znaczny zanik nadnerczy. Raki innych narządów przerzucają się na układ ośrodkowy nerwowy w 0,9% i nadnerczy w 1,9%. Sprzyjającemi warunkami usadowienia przerzutów w układzie nerwowym i nadnerczy przy pierwotnych rakach płuca są według Lubarsch'a architektoniczne urządzenia krążenia naczyń włosowatych mózgowia i fizyko-chemiczne oraz może rozwojowe pokrewieństwa tych narządów między sobą. Już Virchow w r. 1853 zwrócił uwagę, że przy sprawach ropno-martwiejących w płucach mózg bywa ulubionem miejscem powstania przerzutów, zapewne z powodu jednakowych warunków chemicznych, ułatwiających zatrzymanie się przerzutów. Lubarsch sądzi, że przerzuty nowotworowe w mózgowiu powstają dopiero przy powtórnem zawleczeniu komórek. Pierwotny transport zawleczonych komórek zwykle ginie. Rozpad ich niszczy odpornościowe właściwości gleby macierzystej, użyźniając ją dla nowoprzybyłych po raz drugi komórek przerzutowych. Wspomniany przeze mnie w innem miejscu Blumenthal potwierdził powyżej podane przypuszczenie na drodze chemicznej. Według niego zaczyny autolityczne komórek rakowych posiadają nadzwyczaj silnie zaznaczające się właściwości, wykazujące zdolność rozpuszczania białka nie tylko na miejscu ale też na przestrzeni oddalonej (*Fernwirkung*). Zaczyny proteolityczne, obiegając w układzie naczyniowym, powodują *locus minoris resistentiae* i ułatwiają przyczepianie się komórek rakowych.

TABELA III.
Statystyka przerzutów rakowych.

Pierwotna siedziba raka	Liczba przypadków	Liczba przypadków bez przerzutów	Gruczoły				Błony surowicze					Opona twarda	Mózg	Migdałek	Tchawica	Płuco	Przełyk	Żołądek	Dwunastnica	Jelita
			miejscowe	miejscowe i oddalone	oddalone	Razem	otrzewna	opłucna	sieć	osierdzie	Razem									
Warga	3	3 100,0																		
Język	1	1 100.0																		
Podniebienie	2	2 100,0																		
Migdałek	1	1 100,0																		
Krtań	18	13 72,2	5 27,7			5 27,7														
Tchawica	2	1 50,0	1 50,0			1 50,0	1 50,0				1 50,0									
Oskrzela	50	1 0,2	25 50,0	12 24,0	3 6,0	40 80,0	1 2,0	12 24,0	1 2,0	2 4,0	16 32,0		3 6,0			10 20,0		2 4,0		2 4,0
Przełyk	45	23 51,0	14 31,0	3 6,6		17 37,0		2 4,4	1 2,2	3 6,6	6 13,0					5 11,1				
Żołądek	370	96 25,9	108 29,2	93 25,1	41 11,0	242 65.4	92 25,0	18 4,8	81 20,8	2 0,5	193 52,1	1 0,26	1 0,26			12 3,2	1 0,26	1 0,26	1 0,26	3 0,3
Jelita	78	43 55,0	16 20,5	8 10,2	3 3,8	27 34,0	5 6,1	4 5,1	3 3,8		12 14,0					3 3,8				6 7,6
Wątroba	9	1 11,1	2 22,2	3 33,3	2 22,2	7 77,7	4 44,4	3 33,3	1 11,1		8 88,8					4 44,4	1 11,1	1 11,1		
Drogi żółciowe	44	10 22,7	8 18,2	13 29,0	1 2,2	22 50,0	9 2,4	2 4,5	6 13,6		17 38,6					3 6,8				
Trzustka	5	2 13,3	3 20,0	5 33,3	2 13,2	10 66,6	3 20,0	1 6,6	1 6,5		5 33,3					2 13,3		2 13,3		
Otrzewna	5	2 40,0	1 20,0	1 20,0		2 40,0		1 20,0	3 40,0		4 80,0					1 20,0				
Nerki	3	1 33,3		2 66.6		2 66,6										2 66,6				
Pęcherz moczowy	18	8 44,4	2 11,1	2 11,1		4 22,2	3 16,6	3 16,6		1 5,5	7 38,8					3 16,6		2 11,1		1 5,5
Stercz	6	3 50,0	2 33,3	1 16,6		3 50,0														
Macica	99	40 40,4	6 6,0	18 17,0	5 5,0	29 29,0	9 9,0	1 1,0	3 3,0		13 13,0					5 5,0				5 5,0
Jajnik	30	4 13,0	1 3,3	14 46,6		15 50,1	9 30,0	5 16,6	3 10,6		17 56,6					2 6,6	2 6,6	2 6,6		
Sutek	19	8 42,0	3 15,6	2 10.5	3 15,6	8 42,1		2 10,5			2 10,5					1 5,2				
Tarczyca	5	1 20,2	1 20,0	3 60,0		4 80,0		1 20,0		1 20,0	2 40,0					4 80,0				
Nadnercza	4		1 25,0	3 75,0		4 100			1 25,0		1 25,0									
Skóra	2	1 50,0		1 50,0		1 50,0				1 50,0	1 50,0					1 50,0				
Razem	831	262	199	184	60	443	146	55	104	10	205	1	4			58	4	10	1	17

Pierwotna siedziba raka	Przepona	Wątroba	Woreczek żółciowy	Trzustka	Serce	Śledziona	Nerki	Moczowody	Pęcherz moczowy	Stercz	Pochwa	Macica	Jajowody	Jajnik	Sutek	Tarczyca	Nadnercza	Kości	Mięśnie	Skóra
Warga																				
Język																				
Podniebienie																				
Migdałek																				
Krtań																				
Tchawica																				
Oskrzela	2 4,0	22 44,0		2 4,0		1 2,0	13 26,0							1 2,0		2 4,0	11 22,0	3 6,0	1 2,0	1 2,0
Przełyk		6 13,0		1 2,2		1 2,2	2 4,4										1 2,2	2 4,4		
Żołądek	4 1,0	113 30,5	7 1,9	38 10,2		3 0,3	11 3,2							34 9,2		1 0,26	12 3,2	5 1,3	2 0,5	1 0,26
Jelita		25 32,0	4 5,1	4 5,1		1 1,2	3 3,8					1 1,2		3 3,8			3 3,8			
Wątroba	2 22,2	3 33,3					3 33,3										2 22,2			
Drogi żółciowe		20 45,4															1 2,2			
Trzustka	1 6,6	9 60,0	1 6,6				1 6,6										1 6,6			
Otrzewna		2 40,0					2 40,0													
Nerki		1 33,3					1 33,3										1 33,3			
Pęcherz moczowy		3 16,6			1 5,5	1 5,5	2 11.1	1 5,5			1 5,5								1 5,5	1 5,5
Stercz		1 16,6						1 16,6	2 33,3											
Macica		15 15,0		2 2,0			2 2,0		19 19,1		13 13,1		2 2,0	10 11,0			1 1,0	1 1,0	1 1,0	
Jajnik		7 23,0		1 3,3		2 6,6	1 3,3										2 6,6	1 9,3		
Sutek		6 31,5					1 5,2							1 5,2	1 5,2		1 5,2	5 26,2	1 5,2	1 5,2
Tarczyca					1 20,0		2 40,0													
Nadnercza	1 25,0	3 75,0																		
Skóra		1 50,0				1 50,0	1 50,0													
Razem	10	237	12	48	2	10	45	2	21		14	1	2	49	1	3	36	17	6	4

Nadzwyczaj ciekawy jest fakt, że raki specjalnie pewnych narządów wykazują pewną wybiórczą skłonność do propagacji przerzutów np. do układu kostnego. Takiemi rakami, według zestawienia naszego, jest rak sutka i żołądka, a według wielu autorów także rak stercza i tarczycy. W mojem zestawieniu przy raku sutka 5 razy stwierdzono przerzuty w układzie kostnym. Fuchs (*Zur Frage der Metastasenbildung bei Carcinoma mammae.* (*Dyss. Basel 1916 r*) wykazał, że u 50% na 100 sekcjonowanych przypadków raka sutka przerzuty przedewszystkiem występują w układzie kostnym. Według Limacher'a (*Virch. Arch, t. 151. Suppl. 1898 r. str. 113*) rak żołądka daje przerzuty do układu kostnego w 0,9% przypadków, rak przełyku w 2,2%, rak macicy w 5,7% i rak tarczycy w 36,9% przypadków. W mojem zestawieniu przerzuty w kościach przy raku żołądka występowały w 1,3%, przy raku przełyku 4,4%, przy raku macicy 1%, przy raku jajnika 9,3% i przy raku sutka 26,2%. Według Limacher'a rozmieszczenie przerzutów w układzie kostnym co do częstości występuje w następującym porządku: w kręgosłupie, kościach miednicy, kości udowej, żebrach i mostku, kości ramieniowej, w płaskich kościach czaszki i podudzia. Niemieccy autorowie nazywają raki zdolne do wytwarzania przerzutów do układu kostnego »*osteoplastische Carcinome*«.

Z rakowo zmienionych narządów macica co do ilości przypadków w zestawieniu mojem zajmuje, jak wiemy, 2-gie miejsce. Ważnem jest, że w 40 przypadkach, t. j. w 40,4% rak ograniczył się do samej macicy, nie dając przerzutów. W pozostałych 59 przypadkach rozsyła przerzuty do gruczołów w 29%, do błon surowicowych w 13%, do wątroby w 15%, do pęcherza moczowogo w 19,1%, pochwy w 13,1% i jajników w 11%. Niektórzy autorowie uważają macicę za stację nadawczą a jajnik za stację odbiorczą. Częstość występowania przerzutów w jajnikach spowodowała, że dział ten może najdokładniej opracowany jest w piśmiennictwie lekarskiem. Budowa jajnika, obfitująca w naczynia tętnicze i chłonne oraz częste przemiany fizjologiczne powoduje, że jajnik jest chętnem, wprost predysponowanem, miejscem osiadania i rozwoju przerzutów. Kohlman twierdzi, że jajnik jedynie w stanie czynnościowym jest zdolnym do wytwarzania licznych przerzutów.

Przerzuty w jajnikach dałyby się podzielić na trzy rodzaje: 1) takie, które powstają z narządów oddalonych, nie znajdujących się w żadnym stosunku, co do umiejscowienia, z jajnikiem. W tym przypadku Kaufman tłumaczy powstanie przerzutów na drodze krwionośnej. Komórki rakowe prześlizgiwałyby się przez przestrzenie chłonne dookoła naczyń a po przebiciu błony wewnętrznej do światła naczyń. 2) Takie przerzuty, które powstają z narządów ułożonych w jamie brzusznej, jak n. p. przewód pokarmowy, woreczek żółciowy, wątroba i sieć a pozostające w pewnym stosunku topicznym z jajnikiem. W tych przypadkach komórki rakowe wszczepiać się mogą bezpośrednio na powierzchnię jajników. Na poparcie tego przypuszczenia, Kraus przytacza doświadczenia swoje, wykonane z drobinami tuszu, które przenikały w krótkim czasie wgłąb miąższu jajnika. Autor ten uważa, że ruch robaczkowy jelit sprzyja przesuwaniu się komórek rakowych, które w miejscach fizjologicznie pękniętych pęcherzyków jajkonośnych, znajdowałyby doskonałe podłoże do dalszego rozwoju. Sitzenfrey stwierdza badaniami histologicznemi częstość występowania przerzutów na powierzchni jajników, które powstały zdaniem jego ze strony przewodu pokarmowego (*enterogennie).* Nie bez znaczenia w tych przypadkach jest również możliwość wystąpienia przerzutów drogą naczyń chłonnych w kierunku wstecznym. Wreszcie 3) takie przerzuty, które powstają z narządów sąsiadujących z jajnikiem, a więc macica, jajowody i drugi jajnik. Offergeld oblicza, że 7% wszystkich raków macicy daje zwykle przerzuty do jajników. W mojem zestawieniu macica promieniowała przerzuty do jajników w 10-ciu przypadkach, co stanowi 11%. Żołądek posyła przerzuty w 9,2%, jelita w 3,8%. Rak sutka i rak oskrzeli dawały przerzuty do jajników po jednym razie.

Śledziona, zdaniem większości autorów, jest troskliwie oszczędzana przez przerzuty rakowe, co tłumaczą oni jej właściwościami — zdolnością wytwarzania niweczników komórek rakowych. Braunstein stara się ten pogląd uzasadnić doświadczalnie. Podskórne podawanie miąższu śledzionowego chroni zwierzęta laboratoryjne od wszczepianych raków. Pozbawienie zwierząt śledziony prowadzi zwierzęta, którym wszczepiono następnie tkankę rakową szybko do śmierci. Dla tego też sądzi on, że śledziona widocznie zdolna jest wytwarzać niweczniki i jest główną stacją produkującą przeciwciała rakowe. W mojem zestawieniu w śledzionie stwierdzono 10 razy przerzuty, 3 razy ze strony żołądka, 2 razy ze strony macicy i po jednym razie ze strony oskrzeli, przełyku, jelita, pęcherza moczowego i skóry. Przerzuty w śledzionie powstają zazwyczaj na drodze naczyń tętniczych zatorowo. Drogą żył i naczyń chłonnych przychodzą przerzuty dowozem wstecznym.

W sercu, według zestawienia naszego, stwierdzono przerzuty tylko dwa razy ze strony raka pęcherza moczowego, a w drugim przypadku ze strony raka tarczycy.

Ze względu na ograniczone miejsce nie mogę się rozwodzić nad rozmieszczeniem przerzutów, dlatego zmuszony jestem odesłać ciekawych do szczegółowej tabeli, w której podane są wszystkie dane, dotyczące poszczególnych narządów.

Przystępując do zestawienia statystyki raków uświadamiałem sobie znaczenie praktyczne uwzględnienia rozmieszczenia przerzutów dla medycyny praktycznej. W wielu razach bowiem pierwotne ognisko rakowe bywa tak małe, że przerzuty, zwłaszcza w narządach powierzchownych jak n. p. w kośćcu są w stanie przy szczegółowem badaniu ustalić punkt wyjścia nowotworów. W innych razach wystąpienie przerzutów w mózgu sygnalizuje sprawę nowotworową nie przejawiającą się klinicznie, jak to bywa przy małych rakach w oskrzelach.

Zbierając wyniki mego zestawienia pozwolę je streścić w kilku wnioskach.

1) Różnica procentowa w częstości raka za ostatnie dwa lata w materjale sekcyjnym zestawienia powyższego t. j. w r. 1922 i 1923 — (6.6 i 8,3%) wykazuje w r. 1923-cim niemal 1/3 więcej, niż w roku poprzednim.

2) Mężczyźni, według zestawienia powyższego częściej zapadają na raka, niż kobiety.

3) U kobiet rak najczęściej zachodzi w macicy.

4) Z rakowo zmienionych narządów największy odsetek przypada na raka żołądka, jelit i przełyku i przedewszystkiem u mężczyzn.

5) Rak dróg żółciowych i sutka w przeważającej ilości występuje u kobiet.

6) Największa ilość raków przypada w zestawieniu powyższem na wiek od 40 do 50 roku życia, poniżej lat 20-tu było 4 przypadki raka.

Piśmiennictwo*).

1) K. Karaffa-Korbut: Zarys higjeny. (Zasady statystyki sanitarnej). Wilno 1924. — 2) Bartkiewicz: Rak wargi dolnej. Warszawa. 1923 r. — 3) St. Ciechanowski: Stan sanitarny Galicji w świetle sprawozdania c. k. Krajowej Rady zdrowia z lata 1906 i 1907. Osobne odbicie ze »Słowa lekarskiego« 1911 r. — 4) T. Browicz: Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie. Dyskusja w Tow. lek. krakowskiem. Przegląd lekarski XLIX. — 5) A. Krokiewicz: Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka na podstawie materjału w prosektorjum szpitala głównego we Lwowie w ciągu roku 1894, 5 i 6 Nowiny lekarskie V. IX. — 6) Centarowski: Statystyka raków z ostatnich lat dziesięciu. Przegląd Lekarski 1906 r. — 7) H. Kuhn: Statystyka śmiertelności z raka w Galicji w latach 1873—1912. Polska Gazeta Lekarska r. 1922 str. 394. — 8) B. Wejnert: Stosunek szpitalnictwa do chorych na raka wobec rozpowszechnienia się tej choroby. Idem str. 459. — 9) J. Sędziak: Rak pierwotny migdałka. — 10) A. Wilanowski: Dwa przypadki pierwotnego raka główki trzustki oraz cukromocz. Przegląd Lekarski 1906 r. — 11) A. Wrzosek: Badania, dotyczące powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd Lekarski XXV. — 12) S. Serkowski i J. Maybaum: Materjały do etjologji i statystyki raka. Czasopismo Lekarskie 1906 r.

---

*) Ze względu na szczupłość miejsca redakcja nie może podać zestawionego przez autora piśmiennictwa zagranicznego, ograniczając się do wydrukowania piśmiennictwa polskiego.

Z praktyki.

Dr. Henryka SAWICKA. st. asyst. kliniki. Lwów.

Przypadek łożyska przodującego szyjnego.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Kierownik: doc. dr. K. Bocheński.

A. J. lat 39 zamężna. Przyjęta dnia 15. IV. 1924. L. prot. 337,924. Rodziła 3 razy na czasie, prawidłowo, ostatni raz przed 16-tu laty. Ciąże, porody i połogi przebiegały normalnie. Roniła 4 razy, ostatni raz przed rokiem. Regularności miewała nieprawidłowo co 3—4 tygodnie, trwały 7—8 dni, zawsze były obfite i bolesne. Ostatnia 4. X. 1923.

Pierwsze ruchy poczuła w styczniu. W czasie dotychczasowej ciąży czuła się dobrze. Dopiero przed tygodniem wystąpiło krwawienie z części rodnych. Kilka razy badana była w domu przez położną, a skoro krwawienie nie ustępowało, lecz przeciwnie było coraz obfitsze, zgłosiła się do kliniki.

Badanie w chwili przyjęcia okazało stan następujący: Osoba wzrostu średniego, o budowie kośćca prawidłowej, odżywienia miernego. Skóra i widoczne błony śluzowe wyraźnie blade.

Macica kulista, sięga dnem 3 palce powyżej pępka, od czasu do czasu wyraźnie się kurczy. Położenie płodu czaszkowe, drugie. Główka ruchoma, nad wchodem, płód żywy, miednica o wymiarach prawidłowych.

Krwawienia z części rodnych nie było, a badanie wewnętrzne dało obraz następujący: Część pochwowa krótka, gruba. Zgrubienie obejmuje przeważnie prawą stronę części pochwowej, jak również przednią i tylną, podczas gdy lewa ściana szyji była wyraźnie znacznie cieńsza. W ten sposób zgrubiała strona części pochwowej robiła wrażenie jakby guza, a w porównaniu do niej część lewa, była wybitnie ścieńczała. Ujście zewnętrzne rozwarte na palec.

Umiejscowienie ujścia zewnętrznego w stosunku do części pochwowej było wyraźnie ekscentryczne. Szyja drożna dla palca. W całej szyji czuć wyraźnie nierówności odpowiadające utkaniu łożyskowemu.

Dość energiczne skurcze macicy ustały i w ciągu następnych 2 dni nie było żadnych bólów, jak również i krwawienia. Dopiero dnia 18. IV. wystąpiły znów energiczne skurcze macicy, a równocześnie krwawienie z części rodnych i to dość obfite.

Badanie wewnętrzne wykazało: Ujście rozwarte na dwa palce, szyja rozdęta balonowato, a w niej utkanie łożyskowe, głównie po stronie prawej. Jedynie od lewej strony na nieznacznej przestrzeni ściana szyji wolna była od utkania łożyskowego. Ponadto stwierdzono, że utkanie łożyskowe rozpoczynało się tuż ponad ujściem zewnętrznem, tak, że tylko nieznaczny pasek ściany szyji ponad ujściem zewnętrznem był wolny i niezajęty łożyskiem.

Równocześnie wystąpiły silne dreszcze, ciepłota podniosła się nagle do 41°, tętno do 124'. Ponieważ zaś i krwawienie nie ustawało, wykonano przeto obrót na nóżkę sposobem Braxtona-Hiksa. W czasie zabiegu można było stwierdzić jeszcze raz niezbicie, że łożysko, umiejscowione było całkowicie w szyji i to głównie po stronie prawej i od przodu tak, że brzeg jego sięgał ku dołowi bardzo nisko, bo niedaleko od ujścia zewnętrznego. Po dokonanym obrocie obciążono nóżkę. Krwawienie wprawdzie ustało, lecz mimo to tętno rodzącej było bardzo nikłe. Wstrzyknięto podskórnie 5 gr. ol. camphorat. Równocześnie zaczęła rodząca bardzo obficie się pocić. Po obrocie macica kurczyła się dobrze i zaczęła rodzić płód coraz dalej i w 2 godziny przy pomocy ręcznej wydobyto płód nieżyjący wagi 1600 gr.

Wobec ogólnego stanu rodzącej i wobec tego, że łożysko było w całości usadowione w szyji przystąpiono zaraz po urodzeniu się płodu do ręcznego wyjęcia łożyska. W czasie wydobywania łożyska przekonano się jeszcze raz, że usadowione ono było w całości w rozdętej szyji, a oddzielenie go od ściany szyji napotykało na znaczne trudności z powodu ścisłego połączenia łożyska ze ścianą szyji. Przy oddzielaniu łożyska miało się chwilami wrażenie, że ściana szyji zajęta była przez tkankę łożyskową w całej swej grubości, a z utkania szyji pozostała tylko bardzo cienka blaszkowata warstwa. Górna część łożyska na nieznacznej przestrzeni umiejscowiona była w samej jamie macicy t. j. ponad szyją. Ta część łożyska była oddzielona i sterczała jako płat do jamy macicy.

Ponadto stwierdzono, że ciało macicy było twarde i dobrze skurczone, podczas gdy cały dolny odcinek i szyja były wiotkie, co oddzielenie łożyska niezmiernie utrudniało. Z wielką trudnością udało się wreszcie oddzielić łożysko i wydobyć na zewnątrz.

W czasie wyjmowania łożyska, a jeszcze więcej po wydobyciu go, krwawienie było bardzo obfite, pomimo, że macica znajdowała się w słabym skurczu.

Wobec tego wytamponowano ściśle macicę, a właściwie szyję i pochwę. Już w czasie wydobywania łożyska stan rodzącej był bardzo groźny, tętno ledwie wyczuwalne, nikłe, obfite zimne poty. Mimo zastosowania licznych środków, jak podskórne wstrzyknięcie soli fizjologicznej, olejku kamforowego, strychniny i t. d. stan rodzącej się nie poprawiał i wnet zmarła wśród objawów ostrej niedokrwistości.

Sekcja zwłok wykonana tego samego dnia wykazała: »*Status post partum. Uterus puerperalis. Anaemia universalis gravis. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa hepatis, myocardii, renum. Dilatatio cordis dextri. Anasarca laevis*«.

Preparat narządu rodnego w całości wydobyty przedstawia się następująco: (vide rycina).



1. Górna granica dolnego odcinka (Isthmus).
2. Dolna granica dolnego odcinka.
3. Ujście zewnętrzne.
4. Pochwa.

Przydatki macicy, przymacicza i pochwa bez zmian. Macica odpowiedniej wielkości, dolny odcinek i szyja w stosunku do ciała macicy wyraźnie pojemniejsze. Po przecięciu wzdłuż całej przedniej ściany macicy i rozłożeniu jej na boki stwierdza się stan następujący:

W ciele mięsień macicy odpowiedniej grubości, blady. Po stronie prawej widać na nieznacznej przestrzeni w jamie macicy w jej dolnej części miejsce przyczepu łożyska pod postacią płata owalnego. Na niezajętej przez łożysko przestrzeni od strony lewej, widać już makroskopowo wyraźnie oddzielającą się górną granicę dolnego odcinka, czyli cieśni (isthmus), a poniżej dolną granicę tego odcinka, czyli górną granicę szyji. Poza wspomnianym płatem przeważna część łożyska umiejscowioną było okrężnie w dolnym odcinku i w szyji i to głównie po stronie prawej i od przodu. Dolna granica łożyska w szyji sięga mniej więcej ½ cm, a miejscami 1½ cm powyżej ujścia zewnętrznego. Cały dolny odcinek i szyja wyraźnie są ścieńczałe, a miejscami stwierdza się niemal zupełny brak warstwy mięsnej, tak, że w tych miejscach prześwieca zaledwie cienka blaszka szyji względnie dolnego odcinka.

Badanie drobnowidowe z poszczególnych części macicy dało wynik następujący:

Kawałek ze środka dolnego odcinka:

Błona śluzowa zamieniona na błonę doczesną. Obok tego na powierzchni pasmo typowych kosmków kosmówki. Mięśniówka zmian nie wykazuje. W rozszerzonych naczyniach liczne skrzepy.

Górna granica dolnego odcinka.

Naczynia rozszerzone i zawierają liczne skrzepy krwi. Obfite skrzepy i poza naczyniami. Błona śluzowa zamieniona na doczesną, pokryta na powierzchni włóknikiem. Komórki decidualne głęboko wchodzą pomiędzy mięśnie mięśniówki.

Przejścia części pochwowej do pochwy.

Obfite ovula Nabothi wypełnione śluzem. Nabłonek płaski dobrze widoczny, miejscami się łuszczy. Pod nabłonkiem niewątpliwe nacieki drobnokomórkowe; obrzęk.

Dno macicy.

Przekrwienie. Nieco zgrubiałe ściany naczyń. Zupełny brak błony śluzowej. Większych zmian zresztą nie widać.

Jak z powyższego przedstawienia wynika mieliśmy w naszym przypadku do czynienia z łożyskiem przodującem usadowionem prawie w całości w cieśni (isthmus) i w szyji macicy.

Co do przyczyny tej nieprawidłowości w usadowieniu się łożyska do dzisiaj zapatrywania autorów nie są ujednostajnione, podobnie jak w ogólności co do łożyska przodującego. Liczne teorje łożyska przodującego, jak nieżyt macicy, silne skurcze mięśnia macicznego, zmniejszona przyczepność, a przez to upośledzona zdolność usadowienia się jaja płodowego w jamie macicy, uważane są za przypuszczenia mniej lub więcej prawdopodobne. Jak długo stosunki topograficzne wyobrażano sobie w ten sposób, że ujście wewnętrzne stanowi otwór, trudno było przyjąć, aby tak mały twór, jakim jest jajko w chwili usadowienia się w macicy mógł się usadowić ponad ujściem wewnętrznem. Otwór ten bowiem w stosunku do jaja jest tak wielki, że jajo musiałoby przez niego wypaść na zewnątrz i że nie prawdopodobna przyjąć, aby w tem miejscu łożysko pierwotnie mogło się wytworzyć. Zwłaszcza trudno możnaby sobie wytłumaczyć tę ewentualność przy łożysku całkowicie przodującem.

Natomiast przy bocznem przodowaniu łożyska możnaby przyjąć, że takowe w przypadkach usadowienia się jaja w okolicy ujścia wewnętrznego, brzegiem swym rozrosło się poza ujście wewnętrzne.

Tę trudność w wytłumaczeniu powstawania łożyska przodującego stara się Hofmeier rozwikłać i wyjaśnić przez powstawanie i wytwarzanie się t. zw. łożyska zagiętego (*Reflexplacenta*). Dowodzi on mianowicie, że w normalnych warunkach mniej więcej na początku trzeciego miesiąca ciąży zanikają kosmki w obrębie błony doczesnej zagiętej (*decidua reflexa)*, a to wskutek ucisku na naczynia przez rosnące jajo i upośledzonych przez to warunków odżywczych. Natomiast w obrębie doczesnej późnej (*decidua serotina s. basalis*) wobec korzystnych warunków odżywczych kosmki rozwijają się znacznie i w tym miejscu wytwarza się łożysko. Otóż zdaniem Hofmeiera i Kaltenbacha w niektórych przypadkach łożyska przodującego dzieje się tak, że na pewnej przestrzeni doczesnej zagiętej mimo rozrostu jaja płodowego warunki krążenia pozostają nadal korzystne i wskutek tego nie przychodzi do zaniku naczyń, a tem samem i kosmków. Skoro następnie wskutek powiększania się jaja płodowego nastąpi połączenie się doczesnej zagiętej z doczesną właściwą, a przebiegający ponad ujściem wewnętrznem odcinek łożyska przylgnie do ściany macicy, powstaje stan, który pod względem anatomicznym niczem się nie różni od stanu przy łożysku przodującem.

Ahlfeld nie godzi się na to tłumaczenie i sądzi, że stanu tego nie można uważać za łożysko przodujące. Dowodzi on mianowicie, że płat łożyska, który w ten sposób znajdzie się ponad ujściem wewnętrznem, będzie tylko sklejony luźnie ze ścianą macicy, a nie połączony z nią zapomocą naczyń maciczno-łożyskowych, jak to ma miejsce przy łożysku przodującem rzeczywiście.

Przy oddzielaniu się takiego łożyska zdaniem Ahlfelda musiałoby wcale nie być krwawienia lub mogłoby ono być tylko bardzo nieznaczne. Natomiast doświadczenie stwierdza coś wprost przeciwnego, a mianowicie obfite krwawienie początkowe przy łożysku przodującem, co przemawia za tem, że właśnie przodująca część łożyska połączona jest z macicą silnemi naczyniami.

To tłumaczenie Ahlfelda sprzeciwia się więc teorji Hofmeiera. Zresztą możemy w etjologji łożyska przodującego i bez tej teorji stosunki powstające dostatecznie sobie wytłumaczyć, przyjmując możliwość usadowienia się jaja płodowego nawet tuż ponad ujściem wewnętrznem. Możliwość taka nie jest wykluczona, a mechaniczne stosunki ujścia wewnętrznego na nie pozwalają.

Wiemy bowiem, że ujście, wewnętrzne w warunkach normalnych nie przedstawia właściwego otworu jak chce Hofmeier, ale że stanowi ono jakby włosowatą szczelinę, która właściwie jest zupełnie zamknięta, a to pod wpływem napięcia mięśnia macicy, zbliżonych do siebie fałdów błony śluzowej i wreszcie pod wpływem wydzieliny błony śluzowej.

Jakkolwiek bądź rzecz się ma, to na podstawie doświadczenia i analogji usadowienia się jaja płodowego pomiędzy fałdami błony śluzowej trąbki, przyjąć należy, że podobnie i w okolicy ujścia wewnętrznego może jajo płodowe usadowić się między fałdami pod nabłonkiem błony śluzowej. Koniecznem tylko jest aby jajo dostało się do tej warstwy błony śluzowej, która jest unaczyniona, bo tylko wówczas rozwój jego jest możliwy. W ten sposób przyjąć należy, że okolica ujścia wewnętrznego już od chwili usadowienia się jaja płodowego w jego obrębie leży w przestrzeni doczesnej późnej i że pierwotnie łożysko tam się wytwarza.

Teoretycznie atoli rzecz biorąc nie można wykluczyć, że i teorja Hofmeiera w niektórych przypadkach może znaleźć zastosowanie.

Dokładne badania drobnowidowe dowodzą, że pierwotne usadowienie się jaja płodowego możliwe jest i w tej części macicy, którą nazywamy cieśnią (isthmus). Błona śluzowa tego odcinka macicy pod wpływem ciąży ulega tym samym przemianom, co i błona śluzowa macicy. Jeżeli jajo usadowi się w tym odcinku i całe łożysko usadowione w nim będzie, powstaje t. zw. *placenta praevia isthmica totalis*, jeżeli zaś tylko część łożyska usadowiona jest w tym odcinku, będziemy mieli t. zw. *placenta praevia isthmica partialis* (Panków). W tym ostatnim przypadku usadawia się jajo wprawdzie w jamie macicy ale tak nisko, że łożysko rozrasta się częściowo poniżej jamy macicy t. j. cieśni.

W przypadkach, gdzie usadowione w okolicy ujścia wewnętrznego jajko w rozwoju swojem napotyka na warunki niekorzystne, mogą bujać kosmki w kierunku ku dołowi t. j. do szyji i w ten sposób powstaje łożysko t. zw. szyjne (*plac. praevia cervicalis*).

Jeżeli warunki odżywcze i w szyji dla rozwoju kosmków są niekorzystne, mogą one bujać nawet w głąb mięśnia szyji macicy, tak wzdłuż w kierunku ujścia zewnętrznego jak i wszerz ku zewnątrz i w ten sposób zająć ścianę szyji na większej lub mniejszej przestrzeni. Znane są przypadki (n. p. Schweitzera), że cała ściana szyji może w ten sposób ulec zniszczeniu i kosmki mogą nawet dalej bujać w przymacicze. Są to tak zwane przypadki *placenta cervicalis accreta*, do których i nasz przypadek należy zaliczyć, gdyż mieliśmy w nim do czynienia ze znacznem bujaniem utkania łożyskowego niemal przez całą grubość mięśnia szyji macicy.

Ze stanowiska praktycznego najważniejszą rzeczą jest postępowanie lecznicze. Głównem zadaniem jego jest, jak wiadomo opanowanie krwotoku. Ponieważ krwawienie to pochodzi od naczyń nie zacieśnionych w wiotkiej i niekurczącej się części macicy łatwo zrozumieć, że będzie ono tem większe im większa część łożyska usadowiona będzie w dolnym odcinku względnie w szyji. Ta więc okoliczność decyduje o nasileniu krwotoku, a nie to jak wielka część łożyska znajduje się ponad ujściem wewnętrznem. Wiemy z doświadczenia, że mimo tego, iż znaczną część łożyska przykrywa ujście wewnętrzne, krwotok może być nieznaczny. Teorja Hofmeiera powstawania łożyska przodującego zapomocą t. zw. łożyska zagiętego (*Reflexplacenta*), bardzo dobrze tłumaczyłaby ten brak wielkiego krwotoku w podobnych przypadkach. O ile zaś łożysko umiejscowione jest w cieśni, a zwłaszcza w szyji, a więc w miejscu niezdolnem do należytego kurczenia się — krwawienie musi być znaczne.

Ze względów zaś praktycznych ważną jest rzeczą, że krwawienie to, zwłaszcza po porodzie, a nawet po odejściu łożyska będzie bardzo silne.

Miało to miejsce i w naszym przypadku. Zrozumiałą nadto jest rzeczą, że w miarę rozszerzania się dolnego odcinka i szyji, o ile w miejscach tych łożysko jest usadowione, krwawienie musi być coraz silniejsze. Im więcej bowiem ta część macicy w czasie porodu zostanie rozszerzona, tem mniej zdolna będzie do kurczenia się po porodzie, zwłaszcza, że już w warunkach normalnych zdolność ta jest daleko słabsza, aniżeli w ciele macicy.

Stąd logiczny wniosek, że leczniczo możemy w tych przypadkach działać skutecznie jedynie wówczas, jeżeli nie dopuścimy do rozszerzania się szyji i dolnego odcinka. Możemy zaś to uskutecznić tylko przy pomocy cięcia cesarskiego.

To też zabieg ten w podobnych przypadkach zyskuje

coraz więcej zwolenników, a przypadek nasz dowodzi, że nawet we wcześniejszych miesiącach ciąży zabieg ten jest jedynie racjonalny.

W przypadku naszym ulegliśmy złudzeniu przez to, że krwawienie na pewien czas zupełnie ustało. Po porodzie atoli było ono tak gwałtowne, że mimo natychmiastowej pomocy nie dało się opanować, ogólny zaś stan rodzącej tak nagle się pogorszył, że powzięta decyzja całkowitego wycięcia macicy już nie mogła być wykonaną.

Dr. F. OBARSKI. Warszawa.

Zwężenie przełyku w następstwie wrzodu trawiennego, usadowionego w dolnej jego części i powstałego na tle długotrwałego zwężenia odźwiernika.

Z 8-go oddziału wewnętrznego Szpitala Dzieciątka Jezus. Ordynator dr. med. J. Bełkowski.

Wrzody przełyku należą do rzadkich spostrzeżeń klinicznych. Badania Quinkego, Debov'a i Chiari'ego, wykazały, że dzięki działaniu soku żołądkowego powstają wrzody trawienne przełyku (według Quincke'go ex digestione). Tak, jak wrzody żołądka i wrzody przełyku mają kształt okrągły, drążą wgłąb już to w postaci lejka, już to w postaci schodków, nie dając ropienia i rozleglejszej martwicy śluzówki. Wrzody przełyku nie mają jakiegoś ulubionego miejsca, jak wrzody żołądka (odźwiernik). Wielkość wrzodów przełyku bywa różna, od ziarna soczewicy i grochu do wielu centymetrów w obwodzie; występują pojedynczo lub po kilka w tym ostatnim przypadku w różnych okresach swego rozwoju; często z kilku małych przez łączenie się powstaje jeden duży. Wrzody przełyku, idące okrężnie w postaci pasa lub pierścienia, należą do rzadkości. Przebieg wrzodu przełyku podobny jest do przebiegu wrzodu żołądka. W każdym okresie rozwoju możliwe jest wyleczenie z następczem wytworzeniem się blizny, wielkości od zaledwie dostrzegalnego braku na błonie śluzowej przełyku do wielkich rozmiarów. Jak tam, tak i tu zdarzają się przedziurawienia do otaczających tkanek lub do sąsiednich narządów, krwotoki bardzo obfite, lub też niewielkie i częste krwawienia. Wrzód przełyku atakuje częściej mężczyzn i to w starszym wieku niż kobiety i młodych mężczyzn. Dużą rolę w powstawaniu wrzodu trawiennego przełyku gra blizna, umiejscowiona w odźwierniku po przebytym wrzodzie. Blizna taka, dając większe lub mniejsze zwężenie odźwiernika, przyczynia się do rozszerzenia żołądka, niekiedy bardzo znacznego, dzięki czemu powstaje niedomoga wpustu, która ułatwia stykanie się kwaśnej treści żołądka z błoną śluzową przełyku. Prawdopodobnie jeszcze inne, bliżej nieznane, czynniki, wpływać mogą na powstawanie wrzodu trawiennego przełyku, bo spotykamy się z niemi i wtedy, kiedy stosunki anatomiczne w żołądku nie uległy żadnym zmianom. Rozpoznanie wrzodu trawiennego przełyku za życia należy do rzeczy bardzo trudnych. Bóle w nadbrzuszu, rozchodzące się między łopatki, w brodawki piersiowe, w podbrzusze, wzmagające się podczas ucisku nadbrzusza i zaraz po przejściu pokarmów, niedokrwistość, wyniszczenie i krwawienia, są to najważniejsze cechy tego rodzaju wrzodów. Jeden z najpierwszych objawów wrzodu przełyku — krwotok, niekiedy bardzo obfity, nie może być poczytany za charakterystyczny. Rodzaj krwawienia może być różny, chory wymiotuje czystą krwią lub z domieszką pokarmów; krew może być płynna i czerwona, lub skrzepła i barwy fusów kawy, jeżeli z przełyku dostała się do żołądka. W miarę tego, jak wrzód zaczyna się goić i wytwarzać się blizna, chory odczuwa przeszkodę podczas łykania pokarmów najpierw stałych, a później płynnych, przytem zwraca je w stanie niezmienionym. Badanie wrzodu przełyku zapomocą promieni Roentgena często zawodzi; niewiele więcej można się spodziewać od oesophagoskopji, która w pewnych przypadkach może być nawet niebezpieczną. W różniczkowaniu wrzodu przełyku trzeba brać pod uwagę wrzody żołądka, dwunastnicy, sprawy nowotworowe, rozszerzenie żył przełyku, a po wytworzeniu się blizny i kurcze przełyku na tle nerwowem, stany zapalne przełyku, ucisk z zewnątrz. Rokowanie we wrzodzie przełyku zależy od jego wielkości, duże wrzody trwają dłuższy przeciąg czasu i dają w następstwie blizny; małe wrzody goją się prędzej, nie zostawiając prawie żadnego śladu, krwotoki i przedziurawienia znacznie pogarszają rokowanie. Leczenie wrzodu przełyku polega na stosowaniu djety według Lenharza lub Leubego, odżywiania per rectum zwłaszcza wtedy, kiedy jeszcze mamy do czynienia i z wrzodem żołądka. Rozenheim podaje *anaesthesinum* po 0·3 lub dodając do niej Bi. po 0.5—1.0 przed jedzeniem. W razie jeżeli wrzód przełyku prowadzi do wyniszczenia, lub istnieje obawa przedziurawienia, albo też krwotoki powtarzają się, wskazaną jest rzeczą wykonanie gastrostomji. Kiedy zaś wrzód da w następstwie bliznę, należy ostrożnie rozpocząć systematyczne rozszerzanie przełyku i jak niektórzy robią przy jednoczesnem stosowaniu fibrolizyny. Jeżeli zgłębnikowanie zawiedzie, pozostaje jeszcze w rezerwie gastrostomja. Co do częstości wrzodu przełyku: Gruber podaje, że wśród 4208 przypadków sekcyjnych wrzód przełyku stanowił 0.19%, podług Bertholda w 9633 — 0.12%, Hirscha w 3417 0,03%. Kliniczne obserwacje Wilder-Tilestona mówią o 44 przypadkach, Kapisa o 15.

Przechodząc teraz do opisu obserwowanego na oddziale przypadku zwężenia przełyku na tle wrzodu trawiennego, umiejscowionego w dolnej jego części, chcę podkreślić te trudności, które uniemożliwiły nam rozpoznanie wrzodu, aż do wystąpienia objawów zwężenia przełyku, jak również zaznaczyć doskonałe wyniki leczenia zwężenia zapomocą rozszerzania przełyku.

Marja S. lat 19, hafciarka, przyjęta na oddział 18. VI. 1923 roku.

Choroba datuje się od 2 lat, kiedy to po raz pierwszy wystąpiły odbijania gorzkie, mdłości i dosyć często powtarzające się rozwolnienie. Dolegliwości te występowały prawie codziennie, zwłaszcza bardzo dokuczały w 1—2 godziny po przyjęciu pokarmów. Leczyła się, doznawała pewnej ulgi, ale po pewnym dłuższym lub krótszym okresie czasu, wolnym od wyżej wymienionych dolegliwości, następował okres, kiedy choroba bardziej dawała się we znaki. Od stycznia 1922 roku aż do kwietnia tegoż roku stale miewa mdłości i odbijania. Przeprowadzona ponownie kuracja zapewnia chorej zupełny spokój do listopada tegoż roku. Od tego czasu stan chorej ulega znacznemu pogorszeniu, do mdłości i odbijań przyłączają się wymioty w kilka godzin po jedzeniu, wymioty bardzo obfite, gorzkiemi masami. Od kwietnia 1923 mdłości, odbijania i wymioty dokuczają prawie bez przerwy, po każdem jedzeniu wymiotuje, wreszcie na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala dostaje bardzo mocnych bólów w dołku, zwłaszcza podczas i zaraz po jedzeniu; bóle te rozchodzą się pod prawe podżebrze, w prawe ramię i pod prawą łopatkę. Na czczo bólów nigdy nie miewała. Prawie nieustające wymioty i bardzo mocne bóle sprowadziły chorą do szpitala. W przeszłości chorej notuje się płonicę w 5 roku życia, w 11-ym znacznego stopnia powiększenie gruczołów chłonnych na szyji i ponad lewym obojczykiem; była wtedy operowana z powodu zropienia niektórych z nich. W 15 roku — dur wysypkowy. Ojciec choruje na astmę, matka i rodzeństwo zdrowi. Chora, panna, do czasu przybycia na oddział perjodu jeszcze nie miała.

Stan obecny: Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiona bardzo źle. Prawie zupełny brak tkanki tłuszczowej, spojówki i widoczne błony śluzowe bardzo blade. Na szyji z lewej strony powiększone gruczoły chłonne, przesuwalne, wielkości orzecha laskowego i nieco większe. Na szyji z prawej strony i nad obojczykiem z lewej strony kilka blizn nie zrośniętych z otoczeniem. Z powodu znacznego osłabienia nie może chodzić o własnej sile. C, 37°2'. Tętno 80. Waga 40 kg. W narządach klatki piersiowej zmian nie stwierdza się. Brzuch dobrze wysklepiony; podczas opukiwania jego stwierdza się tępość, idącą od pępka do spojenia łonowego. W pozycji stojącej tępość się nie zmienia, w pozycji na boku, tępość ustępuje odgłosowi bębnistemu. Wątroba i śledziona nie wymacują się, opukiwanie nie wykazuje ich powiększenia. W nadbrzuszu bardzo żywa bolesność, która jednak ściśle nie daje się umiejscowić. Mocz kwaśny, przeźroczysty, o ciężarze gat. 1020, patologicznych składników ani makro- ani mikroskopowych nie zawiera.

W dalszym przebiegu choroby stwierdza się zmniejszenie bólów i częstość wymiotów. 30. VI. Badanie treści wymiotnej na krew dało wynik dodatni. 7. VII. Obfite wymioty barwy fusów kawy. Tętno 120, małe, miękkie, wielka bladość powłok i śluzówek. W nadbrzuszu bardzo znaczna bolesność. W 2 dni później znowu wymioty bardzo obfitemi masami barwy fusów. W ciągu następnych dni wymioty się powtarzały; wymiociny już nie były podobne do fusów. Bóle stale się wzmagają, zwłaszcza po przyjęciu pokarmów; skarży się na palenie w przełyku. 25. VII. Badanie żołądka na czczo wykazało bardzo

duże zaległości treści gęstej, barwy brunatnej (350 cm^3) o ogólnej kwasocie 50 i że śladami wolnego kwasu solnego. Próba na krew z wynikiem dodatnim. Pod drobnowidem liczne czworniaki i czerwone ciałka krwi, dosyć dobrze zachowane. Żołądek przepłukano. Podano próbne śniadanie Ewalda. Po upływie 3 kwadransów wyciągnięto z żołądka 300 cm treści dość wodnistej, w skład której wchodzą masy brunatne i resztki pokarmowe, ogólna kwasota 37, wolnego kwasu solnego ślady. W osadzie czworniaki, czerwone krwinki już to dobrze zachowane, już to jako cienie. Za każdym razem na zgłębniku żołądkowym widać było świeżą krew. Badanie żołądka promieniami wykazało, co następuje: żołądek wybitnie rozszerzony i opuszczony, dolna granica sięga do spojenia łonowego, wypełniony tylko w dolnych częściach; perystaltyka bardzo słaba. Czynność motoryczna bardzo upośledzona; sporo zaległości nawet po 24 godzinach. Najprawdopodobniej zwężenie odźwiernika na tle wrzodu. Zaproszony na naradę chirurg (dr. Szteyner), mimo ogólnego ciężkiego stanu, zgodził się na wykonanie zabiegu. 8. VIII. w znieczuleniu morfinowo-chloroformowo-eterowem otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono, że żołądek jest znacznie powiększony, okolica odźwiernika twarda, zgrubiała. Dokonano zespolenia żołądkowo-jelitowego. Zabieg trwał niespełna 25 minut. 20. VIII. chora wraca na nasz oddział, wykazując wagę 38.5 kg. (przed zabiegiem było 38 kg). W kilka dni po powrocie z oddziału chirurgicznego, zaczęła chora uskarżać się na utrudnione połykanie pokarmów stałych, które zatrzymują się w przełyku, musi po kilka razy wykonywać ruchy połykowe, lub popijać, żeby połknięty kęs przeszedł do żołądka. Pokarmy płynne przechodzą swobodnie. Odbijań, mdłości i wymiotów niema. Zgłębnikowanie przełyku wykazało, że w odległości 37—38 cm od siekaczy, oliwka zgłębnika natrafia na przeszkodę, której nie można przebyć. 28. VIII. próbując połknąć sucharek, niedokładnie rozmoczony, zwraca go z powrotem; na sucharku widać świeżą krew. W ciągu następnych dni coraz większe utrudnienie podczas połykania pokarmów płynnych, których większą część w stanie niezmienionym zwraca. 3. IX. Badanie przełyku promieniami wykazało, co następuje: papka barytowa po połknięciu przez górną i środkową część przełyku przechodzi dobrze, zatrzymuje się nad wpustem w odległości około 5 cm od niego, tworząc kształt stożka, pomimo popijania wodą papka do żołądka nie przechodzi. Wygląda na bliznę przełyku powyżej wpustu. Z powodu wzmagającego się wychudzenia (waga 36.8 kg), przepisuje się na oddział chirurgiczny (dr. Szteynera) w celu rozszerzania przełyku, ewentualnie do wykonania gastrostomji. 12. IX. Rozpoczęto ostrożne rozszerzanie zgłębnikiem przełykowym, skali francuskiej N. 7. (dr. Lipski). W ciągu pierwszych 3 dni próby przejścia zwężenia okazały się próżne. Dopiero czwartego dnia zgłębnik przeszedł. Podczas prób przeprowadzenia zgłębnika na końcu jego były widoczne ślady krwi. Od chwili, kiedy zgłębnik pokonał zwężenie, codzienne zgłębnikowanie zapomocą coraz większych numerów, wykazuje zwiększającą się drożność przełyku. Chora swobodnie łyka płynne pokarmy. 27. X. wraca na nasz oddział z wagą 39.5 kg.

Przez pierwsze 2 miesiące, od chwili rozpoczęcia rozszerzania przełyku, zgłębnikuje się go codziennie. W 3 miesiącu co drugi dzień. 7. XII. ukończono zgłębnikowanie. Nr. 35 zgłębnika przechodzi zupełnie swobodnie. Chora łyka coraz lepiej pokarmy pół płynne, wreszcie stałe. Odbija się to na wadze — która podnosi się w sposób następujący: 5. X. 40 kg; 12. X. 42.5; 19 X. 45; 5. XI. 49.5; 20. XI. 52.5 i t. d. Z powodu powiększających się gruczołów na szyji zastosowano naświetlania lampą kwarcową. Przeprowadzone leczenie dało w wyniku znaczne zmniejszenie się gruczołów. 25. XI. 1924 r. waga chorej wynosi 67 kg. Badanie przełyku promieniami Roentgena wykazało w nim stosunki prawidłowe. Jako szczegół, świadczący o powrocie do normy czynności organizmu, podnieść należy, że chora dostała perjodu. 9. X. wypisała się zdrowa, mając wagę 68.5 kg.

Przytoczona historja choroby wykazuje, że mieliśmy do czynienia z 2 sprawami, jedną dawną, bo od 2 z górą lat toczącą się w żołądku i drugą znacznie świeższą, bo powstałą jeżeli nie podczas bytności chorej na oddziale szpitalnym, to w każdym razie na krótko przed przebyciem. Dawna sprawa, to wrzód żołądka usadowiony w jego części odźwiernikowej. Wrzód ten po zagojeniu się wytworzył bliznę, a w następstwie zwężenie odźwiernika. Świeża sprawa, to wrzód przełyku z umiejscowieniem w dolnej jego części; w następstwie zagojenia się jego i wytworzenia się tkanki bliznowatej powstało zwężenie przełyku. Że rzeczywiście mieliśmy wrzód żołądka świadczą zarówno dane z wywiadów, jak i badanie kliniczne (to ostatnie odnosi się już do następstw wrzodu). Od lat kilku chora miewa odbijania, mdłości zależne od przyjęcia pokarmów, wymioty, miewa okresy dłużej lub krócej trwające, wolne częściowo lub całkowicie od dolegliwości. Badanie promieniami Roentgena przemawia za blizną umiejscowioną w odźwierniku po wrzodzie. Zwężenie to musiało być bardzo znaczne skoro rozszerzony żołądek sięgał do spojenia łonowego. Badanie treści żołądkowej naczczo i po próbnem śniadaniu wykazało, że w danym przypadku nie było wzmożonej kwasoty i nadmiaru wolnego kwasu solnego, przeciwnie w obu razach wolny kwas solny znajdował się w ilościach bardzo małych (ślady). Zmniejszona kwasota, zwłaszcza treści wyciągniętej po próbnem śniadaniu bynajmniej nie przeczy naszemu rozpoznaniu, bo wiadomą jest rzeczą, że w przypadkach wrzodu żołądka, tak ogólna kwasota, jak i zależna od wolnego kwasu solnego, bywa różna. Dalej stwierdziliśmy, że chora kilkakrotnie miała wymioty krwawe i do tego stopnia obfite, że wywołały w następstwie ostrą niedokrwistość. Przez cały przeciąg czasu, kiedy chora leczyła się w domu, kiedy sprawa chorobowa dopiero się rozwijała, nigdy nie zauważyła krwi w masach wymiotnych, dopiero na oddziale zaczęła wymiotować krwią, świadczyło by to o tem, że krwawienie musiało mieć za punkt wyjścia jeszcze stosunkowo świeżą sprawę, niezagojoną. A taką nie mógł być wrzód odźwiernika, który przeszedł już w zbliznowacenie, a tylko wrzód przełyku. Spływająca krew do żołądka mieszała się z treścią żołądka, stąd i barwa wymiocin, przypominająca fusy kawowe. Bóle, jakich chora doznawała, zwłaszcza przed przybyciem na oddział, prawie stale wzmagające się podczas łykania i zaraz po przyjęciu pokarmów, również świadczą o obecności owrzodzenia w przełyku. Przyczynę powstania wrzodu trawiennego przełyku upatrujemy w znacznego stopnia rozszerzeniu i upośledzeniu czynności motorycznej, które to okoliczności sprzyjały wytworzeniu się niedomogi wpustu żołądka. Dzięki tej niedomodze zawartość żołądka, będąca, jeżeli nie w stałem, to w każdym razie w bardzo częstem zetknięciu się z błoną śluzową przełyku, była powodem powstawania wrzodu. Obraz kliniczny odpowiadający sprawie, toczącej się w żołądku zasłonił nam tę drugą sprawę w przełyku. A kiedy zabieg operacyjny ułatwił przesuwanie się treści pokarmowej do kiszek i dzięki temu szkodliwe oddziaływanie zalegającej treści żołądkowej na dolny odcinek przełyku zostało usunięte, powstały warunki do gojenia się owrzodzenia przełyku. I skutki tego nie długo każą na siebie czekać, bo już 12 dnia od chwili wykonania zabiegu, zaczyna chora uskarżać się na utrudnione połykanie pokarmów stałych (sucharki), a później i płynnych. W dolnej części przełyku wytwarza się przeszkoda — blizna. Blizna ta daje coraz większe zwężenie przełyku. Przeprowadzone badania potwierdzają obecność blizny po przebytej sprawie. Taką sprawą mógł być tylko wrzód przełyku. Z przytoczonej historji choroby wiadomo, że, chora, dla której, zdawało się, że już niema ratunku, wypisała się zdrowa, dzięki rozszerzeniu przełyku do tego stopnia, że bez przeszkody mogła się odżywiać. W opisanym przypadku zwężenia przełyku mieliśmy do czynienia z blizną, która, widocznie, będąc usadowioną na ścianie przełyku, nie zajmowała jej całkowicie, tylko pewną część, w przeciwieństwie do blizn po oparzeniach przełyku ciałami żrącemi (ługi, kwasy), dającemi blizny, idące promienisto i zajmujące całe światło przełyku. Doskonały wynik leczenia zwężenia przełyku zapomocą systematycznego i przez dłuższy przeciąg czasu prowadzonego rozszerzania, które doprowadziło do *restitutio ad integrum* w znaczeniu klinicznem, pozwala mi wnioskować, że w podobnych przypadkach nie należy zaniechać tego sposobu leczenia i cierpliwie prowadzić sprawę rozszerzania. Ale nietylko, jak w opisanym przypadku, i w podobnych, wskazaną jest rzeczą rozszerzanie nawet tam, gdzie zwężenie przełyku powstało na tle oparzeń ciałami żrącemi, jak o tem świadczy przypadek Smużyńskiego. Dotyczył on mężczyzny, który, po oparzeniu przełyku kwasem i w następstwie wytworzonego się zwężenia, miał dokonaną gastrostomję przed 2 laty. Posługując się ostrożnie wykonywanem rozszerzaniem i zastrzykując fibrolizynę, doprowadził przełyk do takiego stanu drożności że chory mógł się dostatecznie odżywiać na drodze naturalnej, a dzięki temu otwór w żołądku można było zamknąć. Sprawę leczenia bliznowych zwężeń przełyku poruszali w naszem piśmiennictwie A. Ciechomski, St. Gębarski i inni.

Piśmiennictwo

1. Quincke. A. f. kl. med. XXIV. S. 72. u. XXXI. S. 408. 2. Debove. Soc. med. des hop. 13. Apr. 1883. 5. Aug. 1887. —

W r. 1896-ym w pracy p. t.: „**Dyspepsia sexualis artificialis u kobiet**“ (Przegl. lek. Nr. 1) dochodzi J a w o r s k i na podstawie przytoczonej kazuistyki do wniosku, że wie'o przypadków żołądkowo-kiszkowych u kobiet o charakterze odruchowych nerwic należy niewątpliwie odnieść do coitus interruptus a względnie do coitus praecipitatus i niezaspokajania podnieconego organizmu.

W r. 1896-ym (Przegląd lekarski Nr. 47) w pracy p. t.: „**Oznaczanie dużej krzywizny żołądka**“ ogłosił J a w o r s k i swoje doświadczenia nad t. zw. wymacywaniem zgłębnikowem żołądka (Sondenpalpation), sposobem podanym przez B o a s a, a polegającym na wymacywaniu przez powłoki brzuszne miękkiego zgłębnika żołądkowego wprowadzonego do żołądka, celem określenia położenia żołądka, względnie jego wielkiej krzywizny. J a w o r s k i stwierdził, że metoda ta na 15 osób udała się u 11 tu badanych i uważa ją za ważny postęp we fizykalnem badaniu żołądka, względnie kontrolę przy oznaczaniu dolnej jego granicy. Używał on też djafanoskopu do cznaczania dolnej granicy żołądka i zauważył, że dolna granica żołądka, oznaczona w postawie stojącej zapomocą diafanoskopu leży niżej jak to inne metody wykazują, gdyż zwykle pod pępkiem.

Nadto publikacją niemiecką w r. 1897 (Wiener med. Presse Nr. 51.) p. t.: „**Über die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Combination der neuesten Untersuchungsmethoden**“ wykazał, że rozpoznawanie t. zw. żołądka klepsydrowatego (Sanduhrmagen) jest wprawdzie trudnem, ale bezwarunkowo możliwem, przyczem J a w o r s k i jako pierwszy z korzyścią zastosował prześwietlenia żołądka (gastrodiafanji) do tego rozpoznania.

W r. 1896 tym w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 51 i 52) ogłasza swe doświadczenia „**O użyteczności fonendoskopu Bazzi-Bauchiego**“, które doprowadziły go do wniosku, że przyrząd ten nie może w diagnostyce zastąpić słuchawki ani plesymetru, gdyż nie wszystkie wrażenia akustyczne narządu oddechowego i krążenia wzmacnia on w równej mierze a nadto u wielu z nich zmienia ich cechę akustyczną, będąc resonatorem niektórych tylko dźwięków. Natomiast może on oddać dobre usługi do ujawnienia słabo słyszalnych rzężeń drobno-bańkowych w szczytach płucnych oraz do ujawnienia tonów chropawych i lekkich podmuchów zwłaszcza nad mostkiem. Dalej do osłuchiwania serca przez suknie, do wykazania małych ilości płynu w żołądku i do oznaczania dolnej jego granicy, jeżeli nie można uskutecznić ani wydymania, ani sondowania żołądka. W końcu dla osób osłuchujących z przytępionym słuchem. Ponieważ fonendoskop stwarza możność słuchania równoczesnego, przez 2 osoby, przeto uczący profesor, równocześnie osłuchując, może mieć pewność, że uczeń słyszy tosamo co on.

W tym czasie przygotowuje do druku wspólnie z żoną swą E m m ą M a t h e s J a w o r s k ą, książkę p. t.: „**Kuchnia higjeniczna i dietetyka szczegółowa dla chorych**“. Poszczególne ustępy z tej książki n. p.: „**Kalorje i wartość cieplikowa pokarmów**“ ogłasza już przedtem w „Przeglądzie lek.“ (189[illegible]). Znakomita ta książka, która pojawiła się w tłumaczeniu niemieckiem we Wiedniu i Lipsku w r. 1899 cieszyła się w kraju i zagranicą wielkiem uznaniem a B o a s w swoim podręczniku chorób żołądka w rozdziale o dietetyce na pierwszem miejscu wymienia cenne przepisy zawarte w tej książce kucharskiej. Nie jest to zwyczajny zbiór recept kucharskich lecz równocześnie wskazówka dla racjonalnego odżywiania w wypadkach chorób, przyczem uwzględniona jest kuchnia polska, niemiecka, szwajcarska, francuska i angielska: Sam J a w o r s k i szczegółowo opracował dodatek podnoszący szczególnie dotychczas mało uwzględniane lecznicze działanie potraw i napojów.

W r. 1897-ym ogłasza w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 34—35) pracę p. t.: „**Znaczenie rozpoznania X prześwietlania**“, która jest treścią wykładu z demonstracjami w Tow. lek. krak. wygłoszonego w Zakładzie chemji prof. Olszewskiego w dniu 16 czerwca 1897. Treścią jest nowe wówczas odkrycie Roentgena (1895) i wyjaśnienie dotyczące X promieni oraz szczegółowe przedstawienie praktycznej wartości rozpoznawczej klinicznej w poszczególnych narządach na podstawie własnej obserwacji.

W tym samym czasie we „Wiener klinische Wochenschrift“ (1897 Nr. 30) ogłasza: „**Beitrag zur diagnostischen X Durchstrahlung der Respirationsorgane**“. W pracy tej kazuistycznie wykazuje, że w wątpliwych przypadkach, gdzie objawy fizykalne odmy piersiowej nie są wyraźne, badanie roentgenologiczne ułatwia pewność rozpoznania, przyczem umożliwiona jest kontrola ubytku i przybytku ewentualnych wysięków i przesunięcia serca. Roentgen umożliwia też odróżnianie abscesu podprzeponowego (abscessus subphrenicus) od wysięku opłucnowego przez to, że w obrazie roentgenologicznym zaznacza się wypuklenie przepony ku górze.

W r. 1897-ym ogłasza w „Przeglądzie lek.“ (Nr. 14 i 15) pracę: „**O żywieniu chorych krakowskiem mlekiem wielokrotnem**“ którą w tym samym roku ogłosił w „Therapeutische Monatshefte“. Aby usunąć niedogodności wynikłe z bardzo zmiennego składu mleka, co powoduje, że lekarz nie wie jaką ilość pokarmu doprowadza choremu i aby umożliwić podawanie chorym mleka w ilości mniejszej a o pożywności jak największej, stosuje on dwa gatunki mleka wielokrotnego. Jedno tłuściejsze zawierające 10% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru mlecznego i około 0·3% soli nieorganicznych. Ponieważ to mleko zawiera trzy razy tyle tłuszczu, co zwyczajne, nazwał je mlekiem potrójnem (lac triplex). Ze względu na potrzebę mleka mniej tłustego jako przejściowego do potrójnego, podał on mleko podwójne (duplex) o składzie: 6·6% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru mlecznego i około 0·3% soli nieorganicznych. Sporządza się to mleko w ten sposób, że wprzód rozcieńcza się mleko świeże wodą, wycentryfugowuje się z niego śmietanę o zawartości 10% tłuszczu i uzupełnia cukrem mlecznym do 6%; poczem poddaje się mieszaninę wyjałowieniu.

Mleko wielokrotne, wydobyte z żołądka po upływie ½ — 1 godziny okazuje się nieskrzepnięte, lecz w postaci zawiesiny śmietankowej. Doświadczenia porównawcze mleka wielokrotnego z mlekiem zwyczajnem wykazały, że ono nieco wcześniej opuszcza żołądek, niż zwyczajne.

Mleko to jako t. zw. „Kraftmilch nach Jaworski“ znalazło uznanie wielu klinik zagranicznych, a zwłaszcza B o a s a w Berlinie.

(Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

W. Władysław H o j n a c k i. „**Higjena kobiety i kosmetyka**“ (Lwów i Warszawa 1925. Stron 382).

Jeden z ekonomistów i polityków francuskich wypowiedział na początku ubiegłej wojny światowej zdanie, że wojna ta potrwa długo, ale następna trwać będzie nieporównanie dłużej, a ostateczny pomyślny jej wynik będzie udziałem tego społeczeństwa, które stosunki swe higjeniczne i sanitarne tak potrafi uregulować, że przeciętny wiek życia jednostki trwać będzie około 60 lat. Zapatrywanie to wydać się może dziwnem. Ale, czy nie paradoksalnie wygląda również twierdzenie tych, zdaniem których o losach ubiegłej wojny w znacznej mierze więcej może zadecydował spokojny i cichy pracownik laboratorjum chemicznego, aniżeli niejeden dowódzca armji?

Jeżeli zaś zapatrywanie ekonomisty francuskiego jest prawdziwe, to słuszną jest rzeczą, aby społeczeństwo w dobrze zrozumiałym interesie dbało o przedłużenie życia jednostki, co możliwem jest, przez doprowadzenie stosunków higjenicznych i sanitarnych do tej wyżyny, którą nauka uważa za ideał. Nauka zaś hołduje dzisiaj ogólnej zasadzie, że głównym celem w tym kierunku winno być zapobieganie chorobom i że tylko ono może wpłynąć na poprawę stosunków sanitarnych i higjenicznych a temsamem wywrzeć korzystny wpływ na przedłużenie życia ludzkiego.

Jeżeli gdzie, to w naszem społeczeństwie zasada ta winna być jak najgoręcej propagowana, nie ulega bowiem wątpliwości, że pod tym względem pozostaliśmy bardzo w tyle w stosunku do innych społeczeństw. To też dobrze przysłużył się społeczeństwu autor »*Higjeny kobiety*« przez jej wydanie a to tem więcej, że ukazała się ona bardzo na czasie.

Wszelkie rozporządzenia władz i czynników rządowych choćby najracjonalsze, nie potrafią wpłynąć na poprawę stosunków higjenicznych, jeżeli społeczeństwo samo nie zrozumie doniosłości tej sprawy, jeżeli każda jednostka nie będzie dbać o to, aby pracę w tym kierunku rozpocząć od siebie i prowadzić ją systematycznie i wytrwale przez życie całe. Jak ta praca winna wyglądać, jakie główne wytyczne winny nią kierować, znajdzie czytelnik w podręczniku autora, podane w sposób nie pozostawiający nic do życzenia. Z zadania, które sobie autor za cel postawił, wywiązał się on znakomicie pod każdym względem.

W rozdziale o wychowaniu i życiu codziennem daje autor kobiecie w obszernych ramach wskazówki, nieraz dotyczące bardzo drobnych, ale ważnych szczegółów, jakiemi winna się kierować. Uzgodnienie tych wskazówek z zasadami nauki podnosi niepomiernie ich wartość.

Również i w rozdziale, zatytułowanym »*Piękność*«, a dotyczącym kultury całego ciała i właściwej kosmetyki, wypowiada autor niemal w każdem zdaniu zasady higjeny życia kobiecego i daje cenne wskazówki, jak winna ona pielęgnować swe ciało, aby ono w całem tego słowa znaczeniu było piękne, a więc przedewszystkiem zdrowe.

Rozdział, omawiający bardzo obszernie sprawę macierzyństwa według zasad nauki lekarskiej, zasługuje na szczególne uwzględnienie. Wszak przeciętna kobieta o sprawie tej, ją tak bardzo obchodzącej, zazwyczaj wie bardzo nie wiele a i to, co wie, nie jest ściśle a bardzo często fałszywe i przepojone błędnemi zapatrywaniami a nieraz nawet szkodliwemi przesądami. Przesądom tym hołdują nieraz nawet kobiety inteligentne i żyjące w warunkach, które im umożliwiają zasięgnięcie porady i pomocy lekarskiej nawet za darmo. Jest

w interesie dobra publicznego, aby kobiety ze sprawą tą były jak najlepiej obznajomione. Zwłaszcza kobiety, przebywające ciążę i poród zdala od wszelkiej pomocy fachowej, zdołają niejednokrotnie uniknąć najrozmaitszych, nieraz bardzo poważnych powikłań swego stanu, jeśli, pouczone należycie, będą musiały odpowiednio się zachowywać. Wszystkiego tego dowiedzą się bardzo dobrze we wspomnianym rozdziale o macierzyństwie.

»*Higjena kobiety*« daje więc każdej kobiecie w rękę broń przeciwko chorobom i wielu niebezpieczeństwom, na jakie ona w życiu swem jest narażona. Oby z broni tej zechciały i umiały kobiety polskie korzystać jak najwięcej!

W interesie dobra ogólnego życzyćby sobie należało, aby podręcznik ten znalazł się w ręku każdej kobiety a wychowawcy naszych kobiet i przyszłych matek winni nań zwrócić szczególniejszą uwagę, tem więcej, że brak wiadomości higjeny, zwłaszcza higjeny życia płciowego i macierzyństwa, stanowi dotąd poważną lukę w wychowaniu kobiety polskiej.

J. Fiolle. **Le curettage utérin.** (Paris 1925. str. 130). Jako wskazania do skrobania macicy uważa autor:

1. Zapalenie macicy krwotoczne (*Metritis haemorrhagica*); 2. Zatrzymanie resztek jaja płodowego po poronieniu lub po porodzie; 3 Zapalenie macicy bez krwawień; 4. Przy włókniakach macicy; 5. Przy niepłodności na tle przerostu błony śluzowej macicy; 6. Przy podejrzeniu na raka macicy w celach rozpoznawczych i 7. przed zastosowaniem leczenia radem.

Każde z tych wskazań omawia autor szczegółowo i podaje przy niem równocześnie przeciwskazanie, za które uważa przedewszystkiem ostrą sprawę zapalną, zajęcie przydatków, ogólne choroby zakaźne i t. p. Bardzo obszernie F. omawia technikę zabiegu, który uważa za operację w pełnem tego słowa znaczeniu bardzo poważną i radzi wykonywać ją starannie, podobnie jak każdy większy zabieg chirurgiczny. Sposób wykonywania zabiegu opisuje bardzo dokładnie i objaśnia licznemi rycinami. Praca cała nie podaje wprawdzie nic nowego, wydana jest atoli bardzo starannie i lekarz praktyczny przeczytać ją może nie bez korzyści, gdyż przypomni mu ona zebrane w całości wszystkie szczegóły, dotyczące tego zabiegu. *K. Bocheński* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Nr. 1. 1925.

Léon Bernard, Baron i Valtis. **Statystyka sztucznej odmy piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc.** Autorzy ogłaszają statystykę 201 przypadków gruźlicy płuc, leczonej sztuczną odmą piersiową. Otrzymali wyleczenie w 40 przypadkach (20%), z których w 24 przypadkach po wyleczeniu odmę stosować zaprzestano, u 16 zaś stosuje się ją nadal.

U 73 chorych (62 pozostaje w toku leczenia, u 11 leczenia odmą zaprzestano) otrzymano znaczne polepszenie (36%); ponieważ większość z tej kategorji pozostaje jeszcze w leczeniu, więc część ich przejdzie z czasem do kategorji zupełnie wyleczonych. W taki sposób na 201 przypadków otrzymano 113 przypadków wyleczonych lub znacznie podleczonych, co stanowi 56% osobników, zawdzięczających odmie poprawę widoczną, czem nie może się poszczycić żadna inna metoda w terapji przeciwgruźliczej.

Złe rezultaty otrzymano: 44 (22%) zmarło, w 24 przypadkach (12%) pogorszenie, w (20%) stan przewlekły, bez zmiany; razem zmarło względnie polepszenia nie otrzymano w 44%.

W większości przypadków można ustalić prognozę skuteczności leczenia odmą już w pierwszym roku. Przypadki szybko poprawiające się, dają ostatecznie wyleczenie lub polepszenie i odwrotnie. Komplikacje: 1° schorzenie drugiego płuca dotąd zdrowego wystąpiło w 31%;

2° śmierć nagła po pierwszej insuflacji nastąpiła w dwóch przypadkach (1%);

3° zapalenia opłucnej wystąpiły w 61%.

Prof. Coutière. **Handel narkotykami i konferencja międzynarodowa dla zwalczania opiumizmu w Genewie.** Autor omawia sprawę zwalczania opiumizmu, podnosi konieczność ustalenia nadzoru nad importem i eksportem, dopuszczając jedynie zużycie 450 miligramów opium i 7 miligr. chlorku kokainy na mieszkańca w ciągu roku, jak to ustaliła konferencja genewska w roku zeszłym.

Kèmal Djenab i Mouchet. **Działanie wyciągu z wiązki Hisa na ciśnienie krwi.** Autorzy — profesorowie wydziału lekarskiego w Konstantynopolu — otrzymywali po injekcji powyższego wyciągu spadek ciśnienia krwi ze zmianami rytmu serca. Krzywa ciśnienia jest tutaj prawie identyczna z krzywą, otrzymaną przez prof. Roger'a przez drażnienie nerwu błędnego, jak również po injekcji krwi z *art. carotis*, pobranej po podrażnieniu tego nerwu. Autorzy sądzą więc, że podrażnienie nerwu błędnego działa za pośrednictwem wydzieliny wiązki Hisa.

Nr. 2., 1925.

Calot. **Częstość podwichnięć wrodzonych stawu biodrowego jest dziesięć razy częstsza od zwichnięć.** Autor przeprowadził szereg badań klinicznych, radjologicznych i autopsję na 700 zwłokach. Na podstawie tych badań autor wskazuje na rolę małych anomalji wrodzonych stawu biodrowego, podwichnięć i prostej diastazy stawu, nie przekraczających 2-20 mm, a ilość których jest 10 razy częstsza od zwichnięć.

Według autora znajduje się 3% osobników mających tę anomalję, a odgrywających w patologji każdego wieku wielką rolę.

Podwichnięcia te są prawie zawsze nie rozpoznawane. Pierwszym objawem nie jest przeważnie chromanie, lecz często ból bardzo żywy, dzięki któremu popełnia się stale omyłki rozpoznawcze. O schorzeniu tem trzeba myśleć przedewszystkiem w obecności wszystkich cierpień bolesnych biodra. Podług autora więcej niż trzy czwarte schorzeń, oznaczanych jako gruźlica szyji są nierozpoznanemi anomaljami wrodzonemi stawu biodrowego; podobnież należy zaliczyć tutaj połowę przypadków coxalgji (są to tylko arthralgje stawów biodrowych zniekształconych), większość przypadków zlokalizowanego *rheumatismus deformans i morbus coxae senilis* (co stwierdził u 96% sekcjonowanych — na 80 jednostkach).

Merklen, Wolf i Oberling. **Schorzenia współczesne narządów homologicznych matki i dziecka. Nephritis desquamativa. Diabetes congenit.** Autorzy podają ciekawe obserwacje współczesnych schorzeń tych samych narządów u matki i u dziecka. Pierwszy przypadek tyczy się kobiety w 8-ym miesiącu ciąży, dotkniętej ciężką cukrzycą (cukru 3,4%, acetonu 0.62‰) W przeciągu 3 dni zastrzyknięto chorej 540 jednostek insuliny, stan jednak chorej był niepokojący i postanowiono przyśpieszyć poród. Dziecko urodziło się żywe, w moczu dziecka cukru 1,2%. Po 22 godzinach dziecko zmarło, matka dwie godziny przed niem. Autopsja wykazała w obu przypadkach zapalenie nerek złuszczające. Wyspy Langerhansa trzustki u matki były bardzo zmienione (zwyrodnienie wodniczkowe i ziarniste), u dziecka dobrze zachowane, a objętościowo nawet zwiększone.

Przypadek drugi tyczy się kobiety z ostrem zapaleniem nerek, z wysoką azotemją. Poród samoistny. Dziecko martwo urodzone. Bezpośrednio potem matka wyleczona z *nephritis acuta*. Nerki dziecka, badane 10 godzin po śmierci, przedstawiały pod mikroskopem typowy obraz ostrego zapalenia nerek.

Następnie autorzy rozpatrują fizjologię patologiczną i patogenezę cukrzycy wrodzonej.

K. Tyszka (Lwów).

Miesięczne sprawozdania epidemjologiczne sekcji hygjeny Ligi Narodów.

Rapport épidémiologique mens. de la Section d'hygiène de la Société d. Nations.

Wybuch w Japonji epidemji, wywołanej schorzeniem centralnego systemu nerwowego. W Japonji wybuchła ciężka epidemja, którą początkowo brano za *meningitis cerebro-spinalis*, potem za *encephalitis lethargica*, a którą ostatecznie

uznano za schorzenie epidemiczne centralnego systemu nerwowego, dotychczas nieznane.

Pierwsze przypadki pojawiły się w lipcu, poczem choroba przyjęła szybko charakter poważnej epidemji, osiągając swój punkt kulminacyjny w sierpniu. Ciekawem jest, że początkowo choroba wybuchła w prowincjach, ciągnących się wzdłuż morza wewnętrznego, a dopiero we wrześniu rozprzestrzeniła się prawie na cały obszar Japonji.

Centralna służba sanitarna w Japonji otrzymała do 29 września włącznie 6551 zgłoszeń tej choroby. Śmiertelność jest b. wysoka, gdyż wynosi 54.85% wszystkich przypadków zgłoszonych do powyższego terminu.

Śmiertelność ta jest znacznie wyższa od śmiertelności w najcięższych epidemjach *encephalitis lethargica*, a zbliża się do poziomu zwykłej śmiertelności przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Japońskie centralne władze sanitarne bezzwłocznie wysłały specjalistów do zagrożonych prowincyj, którzy przeprowadzili badania łącznie z wydziałami lekarskiemi i instytutami bakterjologicznemi całego kraju.

Profilaktycznie zaczęto używać środków stosowanych przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Chociaż pochód choroby był bardzo szybki, rzadkością było znaleźć więcej niż jeden przypadek w tym samym domu co można było często obserwować w epidemji ostrej *poliomyelitis*.

Do powyższych uwag trzeba dodać, że lato bieżące było wyjątkowo suche i epidemja zaczęła zmniejszać się z nastaniem deszczów.

Sekcja Higjeny Ligi Narodów zwróciła się do władz sanitarnych Japonji i otrzymała od niej następujące zestawienie (18. X. 24 r.):

1. Objawy chorobowe są podobne do tychże w *encephalitis lethargica*, brak jednak zaburzeń ocznych. 2. Zapadają przeważnie osoby starsze ponad 50 lat. 3. Początek choroby nagły z wzniesieniem temperatury; po 1 lub 2 dniach utrata świadomości z lekkimi objawami obłędu. 4. Śmierć po 5 do 10 dniach lub wyleczenie ze spadkiem temperatury i powrotem świadomości. 5. Okres inkubacji u ludzi nieznany, u zwierząt doświadczalnych 3 dni. 6. Rzadko kiedy zdarzają się 2 zachorowania w jednej rodzinie. 7. Śmiertelność około 60%. 8. Mężczyźni zapadają częściej od kobiet.

Dr. G o s h i o K u s a m a, profesor wydziału lekarskiego z Tokio, nadesłał o przebiegu choroby następujące dane:

Schorzenie zaczyna się nagłem podniesieniem temperatury bez objawów prodromalnych; niekiedy jednak poprzedza go lekki ból głowy, bezsenność i niedomaganie ogólne. W ciągu 1—2 dni temp. osiąga 40 do 41° C., chory przytem cierpi niekiedy na nudności, wymioty, bezsenność. W przypadkach I. typu temperatura będąc wzniesiona przez kilka dni bardzo wysoko (39—41°), spada następnie jako *lysis* i wraca do normy po 10—15 dniach; liczni jednak chorzy giną przed spadkiem temperatury.

W przypadkach II. typu (bądź bardzo lekkich bądź bardzo ciężkich) spadek temperatury jest gwałtowny w końcu pierwszego tygodnia. Tętno zwykle powolne w porównaniu z podniesioną temperaturą, jednak nie jest tak silnie zwolnione jak w durze brzusznym. Oddech przyśpieszony. Brak Cheyne-Stokes'a. S y s t e m n e r w o w y. Objawy spastyczne w kończynach. Obj. Kerniga silnie dodatni, Babińskiego i Oppenheima — brak. Źrenice prawidłowe, oddziaływanie na światło prawidłowe. Brak *nystagmus*. Brak porażeń mięśni ocznych.

Utrata przytomności jest jednym z objawów przeważających w chorobie.

W przypadkach ciężkich chory ginie w stanie sennym, który mu towarzyszy wraz z wysoką temperaturą, majaczeniami.

W innych przypadkach utrata przytomności następuje dopiero II. lub III-ciego dnia choroby. Utrata świadomości nie jest zupełna, jest to raczej stan głębokiej senności, podczas której chory jest zdolny reagować na proste zapytania i może sam połykać pożywienie.

W ciężkich przypadkach śmierć następuje przed powrotem świadomości. S k ó r a. Niekiedy obserwuje się wybroczyny krwawe na grzbiecie. J ę z y k suchy. Gardło, migdałki bez zmian. P ł u c a. Objawy pneumoniczne u podstawy z tyłu płuc. B r z u c h. Brak tkliwości na ucisk. Przeważnie zaparcie stolca. W ą t r o b a i ś l e d z i o n a nie macalne. Częste zatrzymanie moczu.

Jeżeli nie następuje śmierć, wyleczenie jest zupełne niebawem po spadku temp. (między 10—15 dniem).

B a d a n i a l a b o r a t o r y j n e.

Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny. Elementy komórkowe: 10—40 limfocytów.

Reakcja Nonne-Appelt'a niekiedy na początku choroby lekko dodatnia.

R. Wassermanna — ujemna.

Posiew ujemny.

K r e w. Hb 70 do 92%; białych ciałek 10000—20000; zwiększenie leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych (do 93%); zmniejszenie limfocytów (do 4%).

Odcz. Wassermanna i Widala ujemne; posiew ujemny.

W moczu stale ślad białka.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Makroskopowo: przekrwienie i obrzęk opon mózgowych. Na podstawie mózgu niekiedy plamy mleczne. Brak zmian kory, z wyjątkiem przekrwienia. Niekiedy 1—2 wybroczynki krwawe na powierzchni IV-tej komory.

M i k r o s k o p o w o. Kora przekrwiona, przedstawia naciek komórek okrągłych naokoło naczyń krwionośnych.

P ł u c a: obrzęk i przekrwienie.

N e r k i. Zwyrodnienie miąższu rozlane b. wybitne, rozciągnięcie miedniczek nerkowych.

W ą t r o b a. Zwyrodnienie miąższowe wybitne.

Badanie bakterjologiczne płynów i tkanek ustrojowych pozostało bez rezultatu.

Zdołano przeszczepić chorobę na królika, zastrzykując mu pod twardą oponę płyn, otrzymany przez przefiltrowanie przez świecę Chamberlanda. Po okresie wylęgania 2—3 dniowym, zwierzę dostawało gorączki, traciło apetyt i pozostawało nieruchome. Po 3—5 dniach następuje porażenie tylnych kończyn. Śmiertelność między zwierzętami b. wysoka.

Wobec wybuchu powyższej epidemji w Japonji należałoby zwrócić obecnie szczególniejszą uwagę na schorzenia infekcyjne centralnego systemu nerwowego i grypy, zwłaszcza w krajach, pozostających w stałych stosunkach z Japonją.

Kazimierz Tyszka (Lwów).

Surgery Gynecology and Obstetrics.

XXXIX/6 1924.

S t e v e n s. **Gruźlica nerkowa podczas ciąży.** Gruźlica nerkowa jest rzadką komplikacją ciąży, co wydaje się zależeć od większej odporności nerek podczas ciąży na zakażenie gruźlicze. Dobre rozpoznanie należy szybko postawić i jeżeli się stwierdzi gruźlicę jednej nerki, należy ją usunąć nie zważając na ciążę; gdy zostanie usunięte ognisko gruźlicze, pozostała nerka zostaje uwolniona od źródła drażnienia, coby mogło później podczas dalszej ciąży i połogu, powodować ciężkie objawy. Ważnem jest również prawdopodobieństwo, że natężenie objawów pęcherz., charakterystycznych dla gruźlicy zdolne jest powodować przedwczesne skurcze macicy.

Autor przytacza dalej 18 przypadków gruźlicy nerki jako komplikacje ciąży (16 przyp. z piśmiennictwa i 2 swoje), i dodaje, że w 12 przypadkach w których usunięto nerkę, wszystkie wyzdrowiały; normalnie urodziły się dzieci w 6 przypadkach, poronienie nastąpiło w 3 przypadkach. Zabieg stosowano: raz w 2-gim miesiącu ciąży, dwa razy w 3-cim, dwa w 4-tym, dwa w 5-tym i trzy razy w 6-tym miesiącu ciąży.

Korzyści więc po usunięciu nerki w jednostr. gruźlicy są widoczne tak dla matki jak i dla dziecka. Po zabiegu należy stosować »tuberculinę«, mocz badać w częstych odstępach, chorego mieć w obserwacji; ciąża jest dozwolona, gdy pozostała nerka pracuje normalnie 2—3 lat po zabiegu.

D a n d y. **Zapalenie opon mózgowych na tle gronkowca i paciorkowca.** D. przytacza różne dotychczasowe sposoby le-

czenia zapalenia opon, jak nakłucie lędźwiowe — przepłukiwanie przestrzeni podpajęcz., *cisternae magnae* — wstrzykiwanie płynów przeciwgnilnych; bliżej zastanawia się nad drenowaniem stałem. Dwa są miejsca dogodne dla drenowania mózgowo-rdzeniowego: kanał rdzeniowy i *cisternae magnae*. Sprawą tą zajmują się badacze już od roku 1890 (Wynter, Horsley, Palkin i t. d.). stosując drenowanie *cisternae magnae* bez dobrych jednak wyników. Dodać należy, że śmiertelność w septycznem zapaleniu opon jest wysoka, bo 90—95%. Autor sam wykonuje drenowanie następującym sposobem: wykonuje cięcie środkowe przez potylicę, usuwa mięśnie karkowe z kości potylicznej i wycina w niej otwór średnicy około $2^1/_2$ cm. następnie otwiera oponę twardą, której nacięte brzegi przymocowuje do rany kilkoma szwami, i wprowadza cienki dren, który przymocowuje do opony twardej, przytem dren posiada z boku również otwór mający na celu przepuszczanie płynu, ewentualnie nagromadzonego pod mięśniami, szew na skórę zakłada się luźno, aby można odprowadzać wyżej wymieniony płyn, w razie niemożności odprowadzenia go przez boczny otwór w drenie. Autor wykonał drenowanie takie *cisternae magnae* w 4-ch przypadkach: 1, *streptococcus viridans,* 2. *str. haemolyticus,* 1. *staphylococcus aureus*, z tego w 3 przypadkach nastąpiło wyzdrowienie, w jednym śmierć *(strept. haemolytic.)* Autor stwierdza dalej, że stałe drenowanie *cisternae magnae* jako leczenie należy stosować w zapaleniu opon na tle gronkowca i paciorkowca, w innych zaś postaciach nie, ponieważ charakter wysięku zapalnego (gęstość) nie pozwala na drenowanie.

R o y l e. **Leczenie porażenia kurczowego przez przecięcie gałązek sympatycznych.** Autor postanawia zbadać: 1) funkcję nerwów sympatycznych w stosunku do mięśni prążkowanych, 2) możliwe powinowactwo między funkcją nerwów sympatycznych a objawami porażenia kurczowego.

Badania przeprowadza najpierw na zwierzętach, przyczem obserwuje po przecięciu pewne charakterystyczne ułożenie kończyn. Następnie przeprowadza je na ludziach, mianowicie:

a) przy zabiegu w zakresie pnia sympatycznego brzusznego, układa chorego na bok przeciwny, cięciem skośnem między ostatniem żebrem a grzebieniem biodrowym dochodzi do miejsca przebiegu pnia symp. brzuszn., mianowicie po lewej stronie obok przyśrodkowego brzegu m. lędźwiowo-udowego, po prawej pod bocznym brzegiem żyły próżnej dolnej, uważając, by żyły lędźwiowej i naczyń limfatyczn. nie wziąść za gałązki pnia sympat., odpreparowuje pień wraz z gałązkami bocznemi i przecina gałązki II, III, IV nerwu lędźwiowego;

b) przy zabiegu w zakresie pnia karkowego: cięciem biegnącem od przyczepu obojczykowego mięśnia mostk.-obojczyk.-sutkowego ku tyłowi na kilka cm., i ewentualnie dodatkowem wzdłuż tegoż mięśnia, odsłania pień i przecina gałązki części karkowej.

Zmiany jakie otrzymywał po przecięciu gałązek sympatycznych były następujące: a) zmiany naczynioruchowe; porażona prawa kończyna dolna stawała się po zabiegu cieplejsza niż lewa bez zabiegu i z rozszerzeniem naczyń włosowatych, bardziej różowa. Zmiany te do 17—20 dni wyrównywały się, b) zmiany w napięciu; przed zabiegiem bierne grzbietowe zgięcie stopy powodowało drgawki w tem położeniu, po zabiegu zaś powyższe objawy zmniejszyły się wybitnie. Różnica była widoczna, gdy zabieg wykonano najpierw po jednej stronie, wówczas noga po stronie operowanej nie miała tendencji do drgawek, druga zaś (bez zabiegu) pozostawała jakiś czas w drgawkowem ustawieniu zgięcia grzbietowego, c) polepszenie we władaniu mięśniami z dnia na dzień wzrastało tak, że chory w kilkanaście dni po zabiegu mógł sam chodzić, nawet w tył, czego od chwili uszkodzenia t. j. od 7 lat nie był w stanie wykonać, d) polepszenie równowagi; przed zabiegiem chory nie może stać, po zabiegu zaś zwykle do 9 dni jest w stanie stać, bo zmniejszenie sztywności a zwiększenie zdolności kierowania mięśniami umożliwia choremu szybko zmienić ułożenie i przenieść tem samem środek ciężkości, e) drżenie, które zwykle przed zabiegiem u chorych było widoczne, po zabiegu powoli znikało, f) objętość mięśni i siła po zabiegu zwiększały się, g) większego wpływu na narządy brzuszne nie obserwował.

Lędźwiowe przecięcie wykonał autor w 42 przypadkach mianowicie:

w 7 przypadkach rany postrzałowej kory mózgowej,
» 5 » zmian naczyń kory,
» 4 » uszkodzenia rdzeniowego,
» 9 » zmian rdzenia (scleroza),
» 4 » wrodzonego porażenia połowiczego,
» 13 » wrodzonego, poprzecznego, kurczowego porażenia.

Śmiertelności nie było. Najlepsze wyniki otrzymywał przy zmianach w zakresie kory mózgowej, w zakresie rdzenia wyniki były różne, np. w ranie postrzałowej w 5-tym segmencie wynik dobry, w złamaniu stosu piers. w dolnej części polepszenie, nie takie jednak jak w urazowych uszkodzeniach części wyższej rdzenia. Zabieg w kurczowem porażeniu, w następstwie zmian postępujących (stwardnienie boczne, jamistość rdzenna) dobrych wyników nie dawał.

Karkowe przecięcie wykonał w 33 przypadkach, mianowicie:

w 8 przypadkach rany postrzałowej kory mózgowej,
» 12 » zmian naczyń,
» 13 » porażenia połowiczego kurczowego kończyny górnej.

Wyniki podobne jak dla kończyny dolnej. Zdolność działania mięśniami polepszała się, n. p. chory mający przez 25 lat górną kończynę w zgięciu — w 14 dni po zabiegu był w stanie wyprostować nadgarstek, zgiąć łokieć i t. d. — Przytem poprawiało się także władanie mięśniami twarzy (chory mógł zamykać powieki i t. d.). Często przez przecięcie nerw. sympatycz. po jednej stronie stwierdzał autor polepszenie po stronie drugiej, jakoteż poprawa po jednej stronie jeszcze bardziej się uwidaczniała, po przecięciu nerwu sympatyczn. po drugiej stronie; odnieść to należy do czynności odruchowej.

U osobników młodych zniekształcenia powstałe przez porażenie dadzą się w znacznej części wyrównać po przecięciu nerw. sympatycz., u starszych natomiast, gdzie porażenie trwa 20 - 30 lat, z powodu zmian w strukturze poprawa jest mała.

Co do leczenia pooperacyjnego, to należy stosować ćwiczenia, masaż, elektryzację.

A n d r e w s. **Uzupełnienie dużych ubytków udowych i udowo-pachwinowych.** Autor powtarza szereg metod zaopatrywania bram przepuklin udowych i udowo-pachwinowych i dochodzi do następujących wniosków:

1) w zwykłej przepuklinie udowej konieczne jest usunięcie worka i zeszycie,

2) w dużej przepuklinie udowo-pachwinowej sposoby plastyczne nie wystarczają i powinne być używane jako ostateczna konieczność,

3) gdy więzadło Pouparta jest dobrze rozwinięte, najlepiej jest przyszyć je do kości łonowej,

4) w braku silnego więzadła zaleca autor zamknąć kanał jego metodą t. j. po zaopatrzeniu worka przepuklinowego, z dolnej części rozścięgna mięśnia skośnego zewn. wycina płat, który odwraca i przyszywa do więzadła Coopera lub okostnej kości łonowej, zamykając w ten sposób kanał przepuklinowy, mięsień zaś skośny zewnętrzny i wewnętrzny przyszywa do więzadła Pouparta nawskróś przez dolny odwrócony odcinek powyższego płatu.

N o b l e. **Myositis ossificans.** N. przytacza podział tego schorzenia: 1) *myositis ossificans progressiva,* powstająca w wieku młodym, kiedy to powo wszystkie mięśnie zmieniają się w tkankę kostną; etjologja nieznana, 2) *myositis ossificans circumscripta,* na tle częstego, powtarzanego drażnienia n. p. »kości jeźdźców«, 3) forma rozwijająca się po jednorazowym ciężkim urazie.

Następnie omawia autor różne teorje powstawania tej sprawy mianowicie: na tle specjalnej skazy kostnienia, wskutek zniknięcia płynu stawowego ze stawu, na tle urazu, wskutek oderwania cząstek okostnej, które usadowione w nowem

miejscu produkują kość, wskutek przemiany tkanki łącznej międzymięśniowej w kość, na tle zorganizowanego skrzepu krwi, który powoli przemienia się w chrząstkę a potem w kość i t. d. Najczęstszem miejscem powstawania jest mięsień czworogłowy i ramieniowy przedni, które, jak autor stwierdził, mają swój przyczep do kości na dużej przestrzeni, przyczem okostna, nietrzymająca się tu silnie kości, daje się łatwo oderwać i przenieść w mięsień. Mikroskopowo widzi się przy *myositis ossificans*: komórki *osteoblast.*, w różnych formach i przejściach od dojrzałego *osteoblastu* do niezróżnicowanych komórek tkanki łącznej, dalej komórki chrząstkowe. Porządek częstości tej sprawy w poszczególnych mięśniach jest: *m. brachialis, serratus anticus quadriceps,* rzadziej w innych, nawet w powłokach brzusznych w następstwie zabiegów, w m. pośladkowych w następstwie ropnia przerzutowego i t. d.

Sprawa ta w największym procencie występuje między 15 a 28 rokiem życia. Klinicznie należy odróżnić 3 okresy: I. tkanki są nacieczone krwią, II. obrzmienie traci swą elastyczność i staje się twardsze, III. otrzymuje spoistość kości. W 3—4 tygodni daje się wykazać promieniami Roentgena cień, oddzielonej od trzonu kości jaśniejszym pasem, cień ten nie jest jednolity, bo posiada pola jaśniejsze, odpowiadające cystom i chrząstce, później dopiero staje się coraz bardziej jednolity, jak normalna kość.

Przy różnicowaniu należy w pierwszym rzędzie myśleć o mięsaku, od którego trudno nieraz *myositis ossificans* odróżnić, zwłaszcza, jeżeli ta jest we wcześniejszym okresie w *m. quadriceps,* ale spoistość wtedy nie wszędzie twarda, usadawia się częściej blisko nasady kości, szybko rośnie, wcześnie powstaje ból, roentgenologicznie stwierdza się kość zajętą.

Leczenie da się przeprowadzić następująco: podczas okresu rozwoju sprawy, żadne, — gdy zaczyna się konsolidować, masaże i ćwiczenia — w końcu, gdy proces jest ukończony i stwierdza się wskutek tego zaburzenie funkcji lub ucisk na naczynia i nerwy, wskazane jest leczenie doszczętne przez usunięcie.

Na koniec przytacza autor 5 swoich przypadków, mianowicie: *myositis ossificans* w zginaczach przedramienia, *quadriceps femoris, (mm.) sterno-cleido-mast., brachial. ant.* a piąty w dolnej części uda, ściślej nie oznaczony.

G r a h a m. **Złośliwe nabłonkowe nowotwory gruczołu tarczykowego.** Gr. ma między 1915 a 1922 rokiem 108 przypadków guzów gruczołu tarczykowego z rozpoznaniem klinicznem: nowotwór nabłonkowy złośliwy lub podejrzany. Badanie mikroskopowe wykazało: w 43 przypadkach gruczolaki dobrotliwe, w 65 raki, mianowicie: w 55 gruczolaki złośliwe, w 8 raki gruczołowate, brodawkowate i w 2 raki twarde.

Autor przytacza własne badania i dochodzi do następujących wyników:

1) 90% nowotworów złośliwych, wychodzących z nabłonka gruczoł. tarczyk., powstaje z poprzednio rozwijającego się gruczolaka,

2) morfolog. charakter komórek i tkanek jest niezawodnie podstawą do określenia złośliwości nowotworu nabłonk. tarcz.

3) złośliwość ich polega na skłonności do przechodzenia na torebkę, otaczającą tkankę gruczołu. Najbardziej stałym znakiem złośliwości jest skłonność do przechodzenia na naczynia krwionośne. (Autor podaje ładne preparaty naczyń, zajętych tkanką nowotworową),

4) rak twardy i gruczołowaty nie zajmuje naczyń krwionośnych, tylko naczynia limfatyczne,

5) nowotwory nabłonkowe są otorbione i nie wykazują zajęcia naczyń krwionośnych, są dobrotliwe,

6) wyrażenie »rak« tyczy się nowot. nabł. tarczycy złośliwych, nazwa zaś »gruczolak złośliwy« jest używana dla oznaczenia podgrupy raka, ale nie jest to nazwa poprawna. Natomiast nazwy, jak *»wuchernde Struma«*, »gruczolak bujający, przerzutowy«, „wól kolloid. przerzutowy", »norm. gruczoł tarcz. przerzutowy«, powinny być usunięte i nie używane.

Janik (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 39. 1924 r.

H e s s e. **Leczenie kiły u osesków merlusanem.** Autor stosował merlusan tak u niemowląt jak i u starszych do 6-ciu lat i osiągnął bardzo dobre wyniki. Jest to połączenie tyrozyny z rtęcią, działa skutecznie, a nie wywołuje ubocznych objawów, spotykanych podczas leczenia rtęcią. Stosuje się w postaci tabletek rozpuszczanych w mleku lub herbacie, dla niemowląt od $^{1}/_{2}$—1 tabletki, u dzieci starszych do 3-ch tabletek dziennie.

Nr. 42., 1924.

N e l k e n. **Przyczynek do kliniki wrodzonej kiły.** Autor zwraca uwagę na częste występowanie kiły wrodzonej, bez widocznych objawów przy urodzeniu, które mogą wystąpić dopiero w 4—6 tygodniu życia. Odczyn Wassermanna może być ujemny, nawet przy zupełnie jasnym obrazie kiły. Kładzie nacisk na ważność jak najwcześniejszego i dokładnego leczenia.

K a u p e. **Podawanie dicodidu we wieku dziecięcym.** Przy silnych atakach kaszlu, szczególnie podczas krztuśca, podaje autor dicodid w ilości 0,005 w tabletkach. Dzieci, nawet niemowlęta, znoszą ten preparat dobrze, bez działań ubocznych.

Nr. 43., 1924.

O c k s e n i u s. **O wczesnem leczeniu stulejki (Phimosis) u dziecka.** Autor przestrzega przed operacyjnem leczeniem stulejki w pierwszych miesiącach życia dziecka, gdyż i samoistnie może przyjść do polepszenia. Jeśli poprawa nie następuje, należy próbować najpierw drogą niekrwawą, a o ile ta jest bezskuteczną, dopiero w 2 gim roku życia operować.

Nr. 45., 1924.

L e v i n. **Zapobieganie kile wrodzonej.** Przypadek kiły wrodzonej u dziecka, u którego matki podczas ciąży odczyn Wassermanna był ujemny. Autor kładzie nacisk na ważność intenzywnego leczenia każdej ciężarnej, która przeszła kiłową infekcję, aby zapobiedz schorzeniu dziecka.

Münchener mediz. Wochenschrift.

Nr. 47., 1924 r.

B u n n e m a n. **Krótkie zestawienie doświadczeń zebranych podczas podawania skoncentrowanego pożywienia: Dubo.** Autor poleca podawanie mleka z cukrem 17% (Dubo) dzieciom przedwcześnie urodzonym, nie mogącym należycie ssać, następnie dzieciom nerwowym, w okresie ozdrowienia, jakoteż takim, które muszą być forsownie odżywiane. Pożywienie to daje bardzo dobre wyniki, dzieci przybywają na wadze, chętnie je piją, stąd obawa, że nie będą chciały więcej przyjmować pokarmu z piersi matki. Odżywianie powinno się odbywać pod kontrolą lekarza, w przeciwnym razie dzieci mogą być przekarmiane, nie należy też przez zbyt długi czas podawania »Dubo« przeciągać, by nie przyzwyczajać żołądka do przyjmowania zbyt małych ilości pokarmów.

Nr. 49., 1924.

C z i c k e l i. **Przyczynek do podawania tuberkuliny per os.** Autor podawał starą tuberkuline Kocha *per os,* w postaci kropli i to z początku w rozcieńczeniu 1:100, 1:10, wreszcie nierozcieńczoną. Na 12-cioro dzieci wystąpił dodatni odczyn wedle Meyer-Bischa u jednego, u reszty dzieci żadnej reakcji nie można było stwierdzić. Autor powątpiewa w skuteczność działania tuberkuliny *per os,* co nadto wymaga ogromnej ilości preparatu.

Czobanówna (Lwów).

Wiener Archiv für Innere Medicin.

T. IX. Zesz. 1. — 1924.

F. K i s c h. **Pierwotne wysokie ciśnienie krwi a czynność nerek.** Stan zwany *»hypertonia essentialis«*, rozmaicie bywa tłumaczony. Volhard uważa go za częściowe zwężenie naczyń bez udziału naczyń skórnych. Kahler uważa ten stan bądź za czynnościowy, wywołany przez obwodowe toksyczne podrażnienie nerwów naczyniowych jako zmianę napięcia, bądź też za anatomiczny wyraz stwardnienia tętnic, wywołanego przez czynnościową hyperfunkcję. Falta, Depisch i Högler

twierdzą, że w okresach początkowych można wprawdzie mówić o pierwotnej hypertonji, ale przy stanach trwałych zachodzi niedomoga nerek. Kylin uważa ten stan za częściowy objaw choroby funkcjonalnej, którą cechnje zmienność ciśnienia krwi, obniżona tolerancja węglowodanów, tendencja obniżania się ciśnienia krwi i ilości cukru we krwi pod wpływem podskórnych zastrzykiwań adrenaliny oraz ogólne objawy nerwowe. Na podstawie swoich ścisłych i szczegółowo opisanych badań, wykonanych w klinice prof Wenckebacha dochodzi autor do wniosku że w pewnych podłożach konstytucjonalnych mogą się pod wpływem bodźców wydzielniczo-dokrewnych lub innych szkodliwości pojawić wybitne wahania w stanie napięcia naczyń, przebiegające bez zmian w nerkach i naczyniach nerkowych. Prototypem takiego chwiejnego lub paroksyzmalnego wzmożonego ciśnienia są kobiety w okresie ustawania miesiączki, oraz osoby o nerwowej wygórowanej pobudliwości, a po części odgrywa tu rolę sympatykotonja w sensie Eppingera i Hessa tj. stan podrażnienia nerwów trzewnych z nadmiernem nagromadzeniem gazów w przewodzie pokarmowym, z wysokim stanem przepony i poprzecznem ułożeniem serca. Ze spostrzeżeń autora wynika, że z takich stanów chwiejnego, wzmożonego, paroksyzmalnego ciśnienia mogą się już rozwinąć zjawiska chorobowe nerek, zanim wysokie ciśnienie krwi się ustali. Obniżenie czynności nerek może być zrazu bardzo nieznaczne. Ale częste, pierwotnie chwiejne i napadowo wygórowane ciśnienie ustala się na znacznej wyżynie, a przy dalszem potęgowaniu się występują objawy upośledzenia czynności nerek. Atoli przy trwałem wysokiem ciśnieniu krwi bywa czynność nerek prawie bez wyjątku upośledzoną. Upośledzenie to, aczkolwiek nie koniecznie wybitne, przy dokładnem badaniu czynności nerek daje się jednak niewątpliwie wykazać. Autor, zgodnie z twierdzeniami Falty i badaniami Herxheimera, przypuszcza, że trwałe, pierwotne, wygórowane ciśnienie krwi należy odnieść do uszkodzenia tętniczek nerkowych.

Blassberg (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czaspismo Lekarskie Nr. 1 1925: Ś. p. prof. Kazimierz Rzętkowski. — H. Strauss: Zagadnienia z dziedziny rozpoznawania i leczenia owrzodzeń żołądka. — I. Mackiewicz: Z kazuistyki nowotworów przysadki i ich leczenia. — D. Redel: W spra ie etjologji i leczenia dychawicy oskrzelowej. — K. Teodorowicz: Dwa przypadki zapalenia płuc, wywołanego przez prątki duru rzekomego C. — L. Anigstein: Malaria tropica w Warszawie pochodzenia miejscowego. — B. Chorążycki: Problemat migdałkowy. — H. Markowa: Rozwój, potrzeby i cele Państwowej Szkoły położnych w Krakowie.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny. Zesz. III i IV. r. 1924. Poznań. Aleje Marcinkowskiego 15. Cena I tomu r. 1924 — 18 Zł. — J. Fritz: Z dziejów pedjatrji XXI. wieku. Jan Hieronim Chróściejowski. — Wł. Szumowski: Pomysły aeronautyczne we Lwowie w roku 1784 oraz lekarskie nad niemi uwagi. — J. Lachs: Polscy uczniowie Padewskiej Szkoły Lekarskiej (C. d.). — Fr. Giedroyć: Na marginesie rozprawy prof. W. Szumowskiego p. n. Collegium Medicum Stanislao-Augusteum. — J. Talko-Hryncewicz: Kartka z historji Lazaretu Burjackiego Nr. 245 w Petersburgu (1915—1917). — R. Wierzbicki: Bibljografja słownictwa lekarskiego polskiego. — Zdz. Skibiński: Rafał Józef Czerniakowski, profesor Anatomji w Uniwersytecie Jagielońskim od r. 1779 do r. 1782. — St. Szuman: Definicje pojęć »choroba« i »zdrowie«. — St. Trzebiński: Jak obradowała Sekcja lekarska Kongresu uczonych w Pizie w r. 1839. — Ad. Wrzosek: Listy Ludwika Gąsiorowskiego do Frederyka Skobla. — Tenże. Uczczenie pamięci Heljodora Święcickiego przez Uniwersytet Poznański, Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk oraz lekarzy wielkopolskich, pomorskich i warszawskich. — Ludw. Zembrzuski: Przyczynek do historji słownictwa lekarskiego polskiego. Sprawozdania i oceny. Spis prenumeratorów »Archiwum«.

Przegląd Dentystyczny: Wł. Hertz: Prasowawie, jako środek sterylizacyjny. — H. Wilga: W sprawie »ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych«. — A. Gruszczyński: Centralna Rada związków lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem przeciwko interesom zawodu dentystycznego.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1924. Grudzień. (Nr. 12). — Cena 2 M. niem. Treść: 1. Prof. Payr: Wskazania i leczenie w guzach mózgu. — 2. Radca dr. Müller: Nowe badania w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego. — 3. Prof. Zeller: Przegląd prac chirurgicznych. — 4. Prof. Hohmann: Przegląd literatury ortopedycznej.

1925. Styczeń (Nr. 1). — Cena 2 M. niem. Treść: 1. Prof. Lubarsch i A. Wolff: Obecny stan hodowli tkanek, w szczególności znaczenie jej dla patologji. Zwyrodnienie w świetle nowoczesnych badań. 2. Prof. Weichardt: Teoretyczne podstawy leczenia proteinowego. — 3. Gerlach: Przegląd literatury patologicznej.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 23. stycznia 1924.

Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 110 członków.

1. Przewodniczący a) odczytuje odezwę polskiego Komitetu do zwalczania raka i zachęca zebranych do jak najwydatniejszego współdziałania w ankiecie w sprawie raka. Odpowiednie kwestjonarjusze otrzymali wszyscy koledzy, idzie jedynie o to, ażeby je wypełnili i nadesłali lekarzom urzędowym;

2. b) następnie mówi o założeniu od 1 stycznia r. b. Kasy emerytalnej dla lekarzy, przynależnych do Lwowskiej Izby lekarskiej i podnosi wielkie jej znaczenie społeczne dla lekarzy, dla wdów i sierót, jeżeli nie mają zapewnionej emerytury z tytułu stałej posady;

c) zawiadamia, że 1 i 2 lutego odbędzie się we Lwowie Zjazd Zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich;

d) zawiadamia, że do Towarzystwa zostali przyjęci jako członkowie: kol. Stefan Kuryłowicz, Stanisław Liebhart, Juljusz Schneider i Roman Reichert.

2. Kol. Herschendorfer (jako gość) z oddziału ocznego Szpitala Powszechnego przedstawia przypadek wyleczenia zrostu powiek z gałką oczną (*Symblepharon totale*) u chorego, który przed 5 laty oparzył sobie oko wapnem. Powieki były zupełnie zrośnięte z zanikłą gałką oczną. Operację wykonano dwuczasowo. Oddzielono najpierw dolną powiekę, zostawiając bliznę na gałce, poczem ranę po wewnętrznej stronie powieki pokryto uszypułowanym płatem skóry metodą Rogmana: płat prostokątny z okolicy poniżej dolnej powieki z szypułą u góry, na wysokość mającego utworzyć się załamka, przeciągnięto przez szparę, utworzoną przez przecięcie tkanek, poczem dolny brzeg płata zeszyto z brzegiem dolnej powieki. Po 8 dniach wykonano drugi zabieg. Po oddzieleniu górnej powieki od gałki, podobnie jak dolnej, użyto do pokrycia ubytku na powiece uszypułowanego płata skóry z okolicy nad kością jarzmową, przyczem szypułę tworzyło przedłużenie górnej powieki ku stronie skroniowej. Powiekę zostawiono *in situ*, nieodwracając jej, szwy zaś (nitki na podwójnych igłach), służące do przytwierdzenia płata, założono w ten sposób, że po przekłuciu igieł przez płatek zmieniono igły na większe (skórne) i wzdłuż zgłębnika rowkowego wprowadzono je pod powiekę, wykłuwając je następnie około 2 cm powyżej brzegu powiekowego. Przecięcie szypuły dolnego płata. Po 12 dniach przecięcie szypuły górnego płata. Przecięto ją poziomo 2 mm powyżej brzegu powiekowego i odpreparowano od podstawy w ten sposób, że powstał płatek prostokątny długości 5 mm, który użyto do rozszerzenia worka »spojówkowego« (spojówka w właściwem znaczeniu nie istniała) także w kierunku poziomym za kącikiem zewnętrznym. Osiem tygodni po operacji wynik jest zadowalający. W razie późniejszego zmniejszenia się worka »spojówkowego« skutkiem ewentualnego kurczenia się tkanki bliznowatej wskazanem będzie usunięcie gałki wraz z bliznami.

W dyskusji kol. Machek uważa kombinację metody Rogmana z plastyką, wykonaną w górnym załamku, za bardzo dobry sposób usunięcia zrośnięcia i przysposobienia do protezy. Dotąd zrośnięcie całkowite uważano za nieuleczalne.

3. Kol. Ciepielowski omawia przypadek żółtaczki hemolitycznej, leczonej z korzystnym wynikiem wycięciem śledziony. Po operacji żółtaczka ustąpiła, stan chorego znacznie się poprawił. Zwraca uwagę na zachowanie się odporności krwinek czerwonych, które przed operacją ulegały hemolizie częściowej przy 0.6% NaCl, zupełnej przy 0.4% NaCl, po operacji natomiast częściowej przy 0.58%, a zupełnej przy 0.36% NaCl. Krew, pobrana w czasie operacji z żyły śledzionowej, ulegała hemolizie częściowej przy 0.65%, zupełnej przy 0.42% NaCl. Aczkolwiek różnica jest bardzo mała, sądzi że w śledzionie tkwi jakiś czynnik, osłabiający czerwone krwinki. Przychyla się do teorji Widala, że szpik kostny przy żółtaczce hemolitycznej wysyła do obiegu mniej odporne ciałka czerwone, bo, gdyśmy przyjęli jedynie nadtrawiające, czy hemolizujące działanie śledziony, to po usunięciu tejże, należałoby spodziewać się odporności czerwonych krwinek normalnej, czego w omawianym przypadku nie wykazano.

4. Kol. Bühn zdaje sprawę z przypadku niedokrwistości aplastycznej z zejściem śmiertelnem, spostrzeganego na oddziale wewn. I szpitala powszechnego, z objawami wybitnej skazy krwotocznej. W obrazie krwi uderza stale postępujący spadek ilości ciałek czerwonych, białych i płytek przy równoczesnym braku zupełnym objawów odnowy ciałek czerwonych, jak również braku objawów rozpadu tychże (zabarwienie skóry podżółtaczkowe, bilirubinemja, urobilinurja i t. d.).

Badanie anatomo-patologiczne potwierdziło rozpoznanie. Stwierdzono żółty szpik kostny i brak wszelkich objawów odnowy w preparatach histologicznych szpiku. Omawiając następnie różne poglądy na niedokrwistość aplastyczną, podnosi zapatrywanie Eppingera, który stwierdza, obok niewydolności szpiku kostnego, niedomogę tarczycy i zahamowanie pobudzającej czynności śledziony na wytwarzanie się ciałek czerwonych w szpiku kostnym.

5. Kol. Kuhl wygłasza wykład: **Przyczynek do skazy krwotocznej ze zmniejszoną ilością płytek we krwi.** Mówca omawia przypadek spostrzegany na oddz. wewn. I. szpitala powszechnego. Wyklucza krwawienia objawowe, krwawiączkę, niedokrwistość aplastyczną, a rozpoznanie swe *purpura thrombolytica* typu Katznelsona opiera na wywiadach i wynikach badań, a mianowicie: u młodego osobnika napadowo występujące krwawienia, trudne do tamowania (brak skaz krwotocznych w rodzinie chorego); zmniejszenie ilości, a w czasie krwawień, zupełny brak płytek we krwi przy prawidłowem zachowaniu się ilości ciałek czerwonych i białych; przedłużony okres krwawienia przy prawidłowej krzepliwości krwi; opóźnienie kurczliwości skrzepu; dodatni objaw opaskowy; twarda powiększona śledziona. Mówca omawia powyższe objawy i istotę samego schorzenia, przytacza zapatrywania Franka i Katznelsona; sądzi, że istnieją dwie postacie trombocytopenji essentialis aplastyczna i hemolityczna. Omawiając leczenie tych przypadków podkreśla korzystny wpływ podawania przez dłuższy czas wapna, a tylko objawowe działanie autohemoterapji i adrenaliny. Po adrenalinie otrzymał znaczne zwiększenie się odporności krwinek na hipotoniczne roztwory soli kuchennej, czego nie uzyskał w swych badaniach Czernecki, z czego wnioskuje, że w tym przypadku układ siateczkowo-śródbłonkowy, prócz płytek, atakuje także i ciałka czerwone we krwi. Jako ostateczny i najskuteczniejszy środek leczniczy dla *pur ura thrombolytica* uważa wycięcie śledziony, co też ma być zrobione u omówionego chorego.

W dyskusji kol. Czernecki: Trzy przedstawione przypadki tworzą z przypadkiem niedokrewności Biermera, przedstawionym w zeszłym roku, pewną całość. Są one typowe i pierwotne (»*essentialis*«) W tym przypadku niedokrewności Biermera uderza alkoholizm u ojca chorego i napady padaczki u chorego. Łatwiej też przyjąć można i mniejszą wartościowość szpiku kostnego. Wyrazem tej »astenji« szpiku ma być »achylia gastrica« i limfocytoza. Objawy erytrofagji w śledzionie w żółtaczce hemolitycznej wysuwa śledzionę na pierwszy plan w tej postaci chorobowej. Zakres erytrofagji wydawał się Eppinger wi zbyt małym wobec ogromnej hemolizy, stworzył on też swą pomocniczą hipotezę »nadtrawiania« ciałek czerwonych w śledzionie. Przeciwnicy czynnej roli śledziony twierdzą, że to szpik kostny wytwarza mniej wartościowe krwinki, ulegające łatwiej rozpadowi. Szpik silnie czerwony w żółtaczce hemolitycznej dotrzymuje zwykle (poza napadami) kroku ogromnej hemolizie; w niedokrewności Biermera mimo hemolizy, mniejszej niż w żółtaczce hemolitycznej, mniej wartościowy szpik nie dorasta do wymogów większej wytwórczości. Objawy »myelopatji« występują dopiero na pierwszy plan w niedokrewności »aplastycznej«, w której mimo braku wzmożonej hemolizy, szpik nie może pokryć fizjologicznego rozpadu krwinek. Zmniejszonej odporności osmotycznej krwinek tego patognomonicznego objawu żółtaczki hemolitycznej nie można identyfikować z hemolizą. Hemoliza w niedokrewności Biermera nie łączy się ze zmniejszoną odpornością krwinek. Wycięcie śledziony w żółtaczce hemolitycznej wstrzymuje hemolizę, powodując równocześnie jedynie poprawę odporności ciałek czerwonych, coby raczej przemawiało przeciw hipotezie Eppingera. W przypadku *thrombopenia essentialis*« uderza fakt, że odporność w przedstawionym przypadku była zmniejszona.

Stojąc więc na stanowisku czynnej roli śledziony możnaby przypuścić, że niszczy ona nietylko płytki, ale »nadtrawia« krwinki, że więc mamy pewne przyjście między »thrombopenia« a »anaemia gravis haemolytica« (Biermer). Ze stanowiska przeciwników zaś możnaby sądzić, że może szpik kostny wytwarza nietylko krwinki mniej wartościowe, ale i mniej odporne płytki.

Zwiększenie odporności krwinek nastąpiło po wstrzyknięciu adrenaliny. Mówcy nie udało się to w doświadczeniach na królikach, mimo, że adrenalinę stosował dożylnie, a krew do badania pobierał wprost z żyły śledzionowej. Mówca zauważa wątpliwość, czy zjawisko to można tłumaczyć jedynie mechanicznie (skurcz śledziony, zmniejszenie się przepływu krwi przez miąższ śledziony i mniejsze »nadtrawianie« krwinek). Dalej rozwija mówca rozmaite zachowanie się płytek w skazach krwotocznych: wstrzymanie krwawień po wycięciu śledziony bez wzmożenia się ilości płytek, teorję uszkadzania naczyń Coriego, przypadek Naegeli'ego: wyleczenie skazy krwotocznej przez wycięcie śledziony, wzmożenie się ilości płytek, a brak »*thrombolysis*« w śledzionie. Wycięcie śledziony leczy żółtaczkę hemolityczną, w niedokrewności Biermera zaś daje wyniki słabe, późne, a co ważniejsze: nietrwałe.

Operacja usuwa tu bowiem narząd hemolityczny, usuwa »hormonalne« hamowanie czynności szpiku, ten jednak jest niewydolny i wyczerpuje się, a przytem hemoliza ponownie zwiększa się, zapewne przez zastępcze działanie reszty układu śródbłonkowo-siateczkowego, w czem grają rolę t. zw. »krwiste gruczoły chłonne«, twory zbliżone budową do śledziony i wtrącone w obieg krwi. Twory te znajdywano u zwierząt po wycięciu śledziony. Widywano je powiększone u chorych na niedokrewność Biermera, przyczem po wycięciu śledziony powiększały się jeszcze bardziej, co razem z wyczerpywaniem się szpiku tłumaczy nam nawrót hemolizy i nietrwałe wyniki lecznicze splenektomji w niedokrewności Biermera.

Sekretarz doroczny *K. Tyszka.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 17 grudnia 1924.

1. Kol. Kummant przedstawia chorego i preparat po wycięciu grubej kiszki z powodu guza wielkości mandarynki. Wycięto całą kątnicę, kiszkę wstępującą i połowę kiszki poprzecznej. Zespolenie kiszek *Ileo-transversostomia*. Przebieg pooperacyjny był dobry. Badanie mikroskopowe guza wykazało raka śluzowego.

2. Kol. Grosglik przedstawia 35 letnią kobietę ze szczątkami nacieków kilowych w nosie, które przed dwoma miesiącami robiły wrażenie twardzieli nosa; nacieki zajmowały oba nozdrza i znacznie wychylały się nazewnątrz. Chora z rozpoznaniem tocznia skierowaną była do naświetlań Roentgenem i otrzymała $^3/_5$ dawki maksymalnej przez 2 mm. Badanie jednak nie wykryło gruzełków toczniowych. Wobec stwierdzenia u chorej braku języczka i licznych blizn gardzieli rozpoznano kiłę, pomimo ujemnego Wassermanna, nawet po prowokacji. Zastosowano jodek potasu i wkrótce otrzymano wybitną poprawę.

3. Kol. Goldman opisuje operowany przypadek: relaxatio diaphragmatica sinistra. którego roentgenogram był pokazany przez kol. Bemera na ostatniem posiedzeniu. W górnej części jamy brzusznej stwierdzono maleńki kawałek dwunastnicy; pozostała część dwunastnicy wraz z żołądkiem była schowana poza przeponę. Serce przemieszczone w prawo, płuca nie udało się wykryć, natomiast znaleziono poza przeponą cały żołądek i część colon. Postanowiono leczenie objawowe. Zeszyto naderwaną dwunastnicę i przeponę, pozostawiając duży otwór dla żołądka. Przebieg pooperacyjny normalny.

4. Uczczono przez powstanie z miejsc pamięć zmarłego kolegi: ś. p. Henryka Sadkowskiego.

5. Kol. Venulet wygłosił odczyt: **Zagadnienie konstytucji ustroju.** Patogeneza większości spraw chorobowych jest złożona. Dużą rolę w powstawaniu i przebiegu chorób odgrywają własności osobnicze ustroju. Sumę własności odziedziczonych nazywamy konstytucją ustroju, własności nabyte zaliczamy do kondycji. Konstytucja ustroju składa się z konstytucji poszczególnych narządów z gruczołami krewnemi na czele. Wyrazem konstytucji są, tak cechy zewnętrzne jakoteż i stan czynnościowy ustroju, zwłaszcza zaś odporność jego i zdolność do reagowania na różne bodźce. Substancja chromatynowa komórek płciowych stanowi materjalne podłoże konstytucji. Dziedziczność konstytucji podlega prawom Mendla, aczkolwiek bezpośrednich dowodów na to nie posiadamy ze względu na złożone warunki życia ludzkiego. Biochemiczna struktura surowicy stanowi dorobek konstytucyjny ustroju; wobec korelacji, jaka istnieje pomiędzy grupami serologicznemi, a wrażliwością ustroju ludzkiego na błonicę, wrażliwość ta jest również czynnikiem konstytucyjnym. Wrażliwość na błonicę może też być przejściowa. Konstytucja jest niezmienna, lecz uwydatnia się w różnych okresach życia. Stan ogólny czyli *habitus* jest zależny od konstytucji ustroju i warunków jego bytowania, czyli kondycji. Zależność kondycji od czynników socjalnych i fizykalnych: zmiany ustroju, spowodowane kondycją, w przeciwieństwie do cech konstytucyjnych — nie dziedziczą się. Typy konstytucji prawidłowej według klasyfikacji Sigand, Bauera, Tandlera. Formuły budowy ciała według Brugscha. Wskaźnik budowy Piquet. Anomalje konstytucji morfologiczne, czynnościowe i rozwojowe. Charakterystyka konstytucji patologicznych: Stan grasiczno-chłonny, *status arthreticus, asthenicus, degenerativus*, skaza wysiękowa. Badanie konstytucji posiada nietylko znaczenie naukowe, lecz i praktyczne, aczkolwiek nasze zabiegi lecznicze nie przekraczają granic konstytucji. Względem konstytucji upośledzonych możemy natomiast stosować środki zapobiegawcze.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 stycznia 1925.

1. Kol. Itelson przedstawia przypadek subleukemji. Chory l. 27. zgłosił się ze skargami na bóle w brzuchu; przy badaniu poza znacznem powiększeniem śledziony zmian chorobowych nie stwierdzono. Badanie krwi wykazało: ze strony krwinek czerwonych - dość znaczną pikilocytozę, miejscami cienie krwinek, a gdzieniegdzie normoblasty przy ogólnej ilości 5,700.000; wyraźnie zmniejszona oporność krwinek (hemoliza przy 0,52 NaCl. urobilinogen w moczu; ze strony białych krwi-

nek uderzała duża ilość zasadochłonnych (4%), przy ogólnej ilości białych ciałek 19.000; następnie obecność 2% myelocytów i 1% postaci młodych. Zestawiając te zmiany ze znacznem zwiększeniem ilości płytek, które miejscami występowały jako gigantotrombocyty, ustalono patologiczną nadczynność układu krwiotwórczego, charakterystyczną dla subleukemji. Ojciec chorego również miał dużą śledzionę.

2. Kol. Sterling w głosił dłuższe przemówienie, poświęcone pamięci zmarłego prof. K. Rzętkowskiego. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

3. Kol. Sterling w dłuższem przemówieniu żegna opuszczającego Łódź b. wiceprezesa Towarzystwa prof. Franciszka Venuletę; w uznaniu zasług, położonych dla podniesienia poziomu naukowego posiedzeń Towarzystwa, wręcza mu dyplom na członka honorowego. Następnie żegnali prof. Venuleta, jako kierownika Miejskiej pracowni bakterjologicznej, koledzy: Skalski w imieniu władz sanitarnych i lekarzy powiatowych; kol. Mittelstadt w imieniu lekarzy szpitalnych i kol. Starzyński w imieniu Magistratu miasta Łodzi.

4. Odczytano i przyjęto sprawozdanie roczne sekretarza, bibljotekarza, skarbnika i komisji rewizyjnej.

5. Uczczono przez powstanie z miejsc pamięć zmarłego członka Towarzystwa, kol. Stanisława Kona.

Przyjęto przez balotowanie dwunastu członków nowych na członków Towarzystwa.

Wybrano komisję dla zmodernizowania ustawy i regulaminu Towarzystwa.

Uchwalono szereg zmian, dotyczących regulaminu wewnętrznego posiedzeń Towarzystwa.

Wybrano ponownie dotychczasowy Zarząd w osobach: Prezes S. Sterling, wice-prezes — kol. Mauteuffel, sekretarz I — kol. Aneger, sekretarz II — kol. Tenenbaum, Bibljotekarz I — kol. Prechner, bibljotekarz II — kol. Golc, skarbnik — kol. Mogilnicki.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 stycznia 1925 r.

1. Kol. Goldblatt przedstawia chłopca z pęcherzycą spojówki.

Kol. Leyberg wygłasza odczyt p. t. Współczesna uretroskopja cewki tylnej. Mówca omawia topografję cewki tylnej, której schorzenia mogą wywoływać zaburzenia bądź to moczowe, bądź płciowe. Rozpoznać umiejscowienie i istotę schorzenia (nacieki miękie i twarde, brodawczaki, polipy, wybujałą tkankę ziarnistą) można tylko przy pomocy uretroskopji, stosując równocześnie uretroskopję suchą *a vision directe* oraz uretroskopję irygacyjną, ponieważ obydwie te metody, mając swoje zalety i wady, uzupełniają się wzajemnie. Nowoczesne wziernikowanie cewki przekonało nas, że najróżniejsze skargi chorych, dla których nie mieliśmy dotychczas dostatecznego wyjaśnienia znalazły swoje wytłumaczenia w pewnych organicznych schorzeniach cewki tylnej, po usunięciu których następuje wybitna poprawa, lub zupełne wyleczenie. Następnie mówca omawia własne odnośne spostrzeżenia, pokazuje tablice barwne, ilustrujące zmiany, widziane przy jednej i drugiej metodzie uretroskopji, oraz demonstruje liczne brodawczaki, rozpoznane i usunięte przy pomocy uretroskopji irygacyjnej.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Banasz, Klozenberg i Lubicz.

Sekretarz *N. Rueger*.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 30 listopada 1924. na oddziale chorób dziecięcych Dra Szaniawskiego.

Kol. Szaniawski pokazał i omówił:

1. Cztery przypadki zapalenia wsierdzia u dzieci w wieku od lat 7 do 12. W tem przypadek trzeci dotyczy dziewczynki 12-letniej z objawami zwężenia ujścia żylnego lewego, powiększoną wątrobą i bardzo dużą śledzioną, sięgającą poniżej pępka; w wywiadach — kilkakrotna żółtaczka, stolce zabarwione prawidłowo, mocz prawidłowy, Wassermann ujemny, Hg — 75, ciałek czerwonych 2,930.000, białych 6.300. Rozpoznanie jeszcze niewiadome. Można myśleć o żółtaczce hemolitycznej. W czwartym przypadku u chłopca 11-letniego — objawy niedomogi serca (obrzęki kończyny, powiększona wątroba, puchlina brzuszna) oraz wysięk w worku sercowym (*perica-ditis*); stan ogólny ciężki;

2. chłopca 13-letniego z rozpoznaniem krwawiączki: ilość Hg początkowo około 30, obecnie 70, ciałek czerwonych około 3 miljony, białych — 6000, płytek Bizzorero około 130 tysięcy, krzepnięcie krwi po 30 minutach, Wassermann ujemny;

3. chłopca 10-letniego z dużą wątrobą i przesiękiem jamy brzusznej (wyciągnięto około 4 litrów) — Wassermann słabo dodatni, później ujemny;

4. chłopca 4-letniego bez objawów zwyrodnienia, niedostatecznie rozwiniętego umysłowo z oczopląsem, zaburzeniem głowy przy chodzeniu i drżeniem głowy; w wywiadach — upadek dziecka w czwartym roku życia i potłuczenie czaszki.

Posiedzenie naukowe w dniu 20. grudnia 1924.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

1. Kol. Stawnicki pokazał dziewczynkę $7^1/_2$-letnią z olbrzymiem powiększeniem w zystkich gruczołów chłonnych. W wywiadach rodzinnych i osobistych nic szczególnego, od 2 miesięcy — kaszel. Na szyji gruczoły w postaci dużych guzów. W pachwinach i pod pachami gruczoły b. powiększone, obrzęk powiek, T° 37,1°—37,2° — do 37,8°, słuch nieco przytępiony, w moczu ślad białka, śledziona powiększona; stan krwi: Hg 42°, wskaźnik Hg 0,75, ciałek czerwonych — 3.600.000, białych 7.375, dużo mikro- i podkilocytów. Kol. Stawnicki wyłącza w tym przypadku anaemję złośliwą i białaczkę, przypuszcza sprawę gruczołową złośliwą.

2. Kol. Batawia pokazał chorą z wybitnemi zmianami kilowemi w jamie noso-gardzielowej i w krtani. Wywiady: chorowała nieraz na gardło, przechodziła zapalenie płuc, rodziła, poronień nie miała. Stan obecny: duszność, połyka z wielką trudnością, tętno 128, wątroba macalna, mocz prawidłowy. Stan miejscowy: brak języczka, brak nagłośni, w gardle rozległe blizny, zwężające się lejkowato w stronę krtani. Kol. Batawia podkreśla w tym przypadku możliwość oddychania i połykania wobec wąskiej szpary, nie przewyższającej 2 mm; rozpoznaje prawdopodobnie przymiot.

3. Kol. Braut pokazał chorą z tocznem policzka, wyleczonym naświetlaniem Röntgenem.

4. Kol. Batawia odczytał pracę: „Szczepionki w chorobach nosa, gardła i uszu" (drukowaną w »Przeglądzie oto-laryngologicznym«).

Posiedzenie kliniczne w dniu 21. grudnia 1924 roku w Szpitalu N. Marji Panny (lekarz naczelny dr. Wrześniowski).

1. Kol. Goldman pokazał:

a) preparat pooperacyjny ciąży jajowodowej, pękniętej do luźnej tkanki więzu szerokiego; jajo płodowe pozostało przyczepione do jajowodu i rozwijało się w dalszym ciągu. Rozpoznanie kliniczne nie było pewne. Kol. Goldman omówił różne umocowania jaja w jajowodzie i wynikające stąd różne zejścia;

b) torbiel części jajnika lewego, którą można było wyłuszczyć w ten sposób, że zdrową część jajnika pozostawiono, a jamę po wyłuszczonej torbieli obszyto otrzewną.

2. Kol. Franke pokazał:

a) chorego po operacji doszczętnej prawostronnej przepukliny mosznowej; w worku znajdowała się kątnica z wyrostkiem robaczkowym oraz podstawa krezki kątnicy;

b) pokazał 6 chorych w różnych okresach gruźliczego zapalenia stawu biodrowego, omawiając odpowiednie do okresu sposoby leczenia oraz ogólne zasady heljoterapji.

3. Kol. Wrześniowski pokazał:

chorego po wyleczeniu złamania otwartego kości prawego odudzia, leczonego, jak złamanie zwyczajne: sterczący na zewnątrz odłamek wprowadzono pod skórę, mocno wyjodynowano odłamek i ranę skórną, i nałożono opatrunek ustalający z fornieru stolarskiego. Po 4 tygodniach zrośnięcie kości i zagojenie rany;

b) chorego po operacji wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego; wynicowany pęcherz odpreparowano wraz z kawałkami moczowodów odpowiedniej długości; zbyteczne brzegi pęcherza obcięto, otworzono otrzewną, przecięto otwór podłużny w esicy i dwupiętrowym szwem wszyto odwrócony pęcherz do esicy. Ranę wyłożono gazą. Chory, 10-letni chłopiec jest na wygojeniu, mocz oddaje przez odbytnicę;

c) 5 chorych po przebytem ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, w pierwszych dniach pod postacią ogólnego zapalenia otrzewnej, leczonych wstrzykiwaniami propidonu i lodem na brzuch — obecnie oczekujących na wessanie małego nacieku i wycięcia wyrostka na zimno;

d) 3 chore z ostrem, wysiękowem zapaleniem przymacicza, leczone propidonem; wysięki znacznie i szybko zmniejszyły się;

e) 2 chore po operacji kamieni żółciowych: jedna po *cholecystotomia idealis*, gdzie wyjęto 2 duże kamienie, zaszyto pęcherzyk i powłoki; druga, gdzie wycięto pęcherzyk sposobem Doyen'a, otrzewnową otoczkę pęcherzyka zeszyto w kształcie rurki i wolny koniec tej rurki wszyto w powłoki brzuszne — sączek z paska gazy. W tym drugim przypadku pęcherzyk był znacznie rozciągnięty przez płyn surowiczo-galaretowaty i zawierał 56 kamieni średniej wielkości. Obie chore operowano w znieczuleniu lędźwiowem *allo caïne Lumière;* znieczulenie było dobre, bez objawów ubocznych.

K. Łokczewski, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo ginekologiczne.

Pod przewodnictwem dr. Zwejgbauma odbyło się dn. 8. stycznia r. b. Walne Zgromadzenie Warszawskiego Towarzystwa ginekologicznego.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego zebrania i sprawozdania z działalności Towarzystwa w r. 1924, nastąpiły wybory do Zarządu Towarzystwa na rok 1925. Wybrani zostali: Prof. Czyżewicz — jako przewodniczący, dr. Grzankowski — jako

wiceprzewodniczący, dr. Beck — sekretarz, dr. Zborowski — zastępca sekretarza, dr. Janczewski Wład. — skarbnik, dr. Jakowicki — bibljotekarz, dr. Lorentowicz — redaktorem »Ginekologji Polskiej«.

Do komisji konkursowej: drzy Jankowski, Lorentowicz, Cykowski, Monszorski, Zwejgbaum.

Do komisji rewizyjnej: drzy Staniszewski, Janczewski Stefan, Tyrchowski.

Komisję kwalifikacyjną stanowią: drzy Bełżyński, Jasielewicz, Bryndza-Nacki, Cykowski, Łuniewski, oraz zastępcy drzy Altkaufer i Gromadzki Henryk.

W końcu uchwalono wniosek Zarządu, żeby podnieść składkę członkowską do 20 złotych rocznie oraz przekazać remanent Twa Ginek. w sumie 150 zł wydawnictwu »Ginekologji Polskiej«.

Ponadto upoważniono dr. Gromadzkiego do zbierania składek na wydawnictwo »Ginekologji Polskiej«.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 stycznia 1925.

Przew. kol. K. Opoczyński, sekr. kol. E. Czarnecki.

Obecnych 105 osób, w tej liczbie członków T-wa 65.

1. Odczytanie protokołu z dnia 3. grudnia 1924 r.

2. Kol. Cz. Czarnowski — pokaz chorej operowanej z powodu perlaka ucha środkowego; perlak, niezwykle dużych rozmiarów, zniszczył kość skroniową dokoła ucha środkowego, tak, że oponę twardą środkowego dołka czaszki trzeba było odsłonić na przestrzeni przeszło 30 cm². Guz powyższy niczem się nie zdradzał w ciągu szeregu poprzednich lat. W okresie pooperacyjnym napady drgawek o charakterze padaczki (*epilepsia*) zazwyczaj wraz z sinicą i słabym tętnem przeważnie po stronie prawej. Stan chorej jest obecnie o tyle dobry, że wypisuje się ona ze szpitala.

Dyskusja. Kol. K. Opoczyński: Czy nowotwór był usadowiony tak głęboko, że mógł uciskać na mózg? Kol. Cz. Czarnowski odpowiada, że nowotwór miał postać płaską i przytykał na całej powierzchni do płatu skroniowego, nazewnątrz zaś zniszczył przylegającą część. Kol. Opoczyński zapytuje dalej, czy nie można przypuścić, że drgawki zostały spowodowane zmianami w krążeniu naczyń mózgu, wywołanemi usunięciem guza.

Kol. A. Mikulski podnosi, że drgawki występują po trepanacji nierzadko. Pytanie, dlaczego drgawki występują tylko po stronie prawej; co do tego istnieje przypuszczenie, że ośrodki korowe nie wchodziły tu w grę, nie były to drgawki ogniskowe, a raczej spowodowane ogólnym szokiem.

3. Kol. W. Jasiński przedstawił preparaty makro- i mikroskopowe z przypadku wrodzonego zwężenia odźwiernika (*stenosis pylori congenita*) u oseska zmarłego w wieku 2 mies. Chłopiec, pierworodny syn zdrowych, nieobarczonych dziedzicznie i dość zrównoważonych rodziców. Poród normalny, waga przy urodzeniu 2800. Objawy chorobowe zaczęły się 10-go dnia życia, odrazu gwałtowne wymioty, występujące jednak nie częściej, niż 2—3 razy na dobę. Wymioty nie ustępowały pod wpływem różnorodnych środków leczniczych. Waga w ciągu pierwszych tygodni choroby trzymała się na jednym poziomie, w drugim miesiącu życia zaczęła spadać. Dziecko przybyło do kliniki w stanie zupełnego wyniszczenia, z wciągniętym brzuchem, pomarszczonym czołem, wagą 2000. Wymioty wybuchowe w postaci łuku (fontanny), stołeczki 2 razy na dobę. Po stosowaniu karmienia ściągniętym pokarmem z dodatkiem 17% cukru (Duhu) waga na razie podniosła się, lecz po 3 dniach wymioty stały się coraz częstsze (do 12 na dobę), nie poddając się kilkudniowemu leczeniu wewnętrznemu (Papaverinum, atropinum) 4-krotne płukanie żołądka z przemywaniem rozczynem soli karlsbadzkiej wykazało zastój treści o znacznej kwasocie Zauważono wzmożony ruch robaczkowy i guz w okolicy odźwiernika twardy wielkości orzecha laskowego. 9-go dnia pobytu w klinice dokonano (prof. Michejda) u dziecka operacji: nacięto podłużnie zgrubiały odźwiernik do warstwy podśluzowej, poczem zeszyto tylko błonę surowiczą. Zabieg trwał 17 minut. Pierwszy posiłek podano w 1½ godz. po operacji, następnie w odstępach zwykłych. Dziecko nie wymiotowało w ciągu 12 godz. W 5 godz. po pierwszych wystąpiły drugie nader obfite wymioty i w 15 min. później dziecko zmarło. Badanie pośmiertne: nieznaczne rozszerzenie żołądka, odźwiernik w kształcie twardego wałka, spoistości — chrząstkowatej. Na przecięciu makroskopowo tuż odróżnić można grubą warstwę mięśniową, śluzówka pofałdowana, światło odźwiernika znacznie zwężone. Na preparatach mikroskopowych, dokonanych w Zakładzie Anat. Pat. U. S. B., te same objawy wystąpiły nader wybitnie. Mówca kreśli następnie zwykły obraz kliniczny zwężeń odźwiernika i przytacza poglądy na tę postać chorobową, zaznaczając, że w ostatnich czasach większość wypowiada się za pierwotnym przerostem mięśniówki odźwiernika, wbrew tym, którzy uważają przerost tylko za następstwo skurczu odźwiernika. Wreszcie dłużej zatrzymuje się kol. Jas. na wynikach leczenia zachowawczego i operacyjnego. Stwierdzając na zasadzie ostatnich statystyk amerykańskich, że obydwa sposoby leczenia dają mniej więcej jednakowe wyniki. Śmiertelność w przypadkach poddawanych wcześnie obserwacji klinicznej spadła bardzo nisko (1,8%), nie mniej jednak we wszystkich statystykach pewien odsetek nie poddaje się leczeniu. W przedstawionym przypadku stawiał kol. J. niepomyślne rokowanie wobec wczesnego początku choroby (10 dnia życia), burzliwego przebiegu, oraz znacznego wyniszczenia dziecka w chwili rozpoczęcia systematycznego leczenia (streszczenie wł.).

Dyskusja. Kol. M. Obiezierski mówi o przypadku obserwowanym w Mińsku Litewskim; dziecko z niepowściągliwemi wymiotami; operacja wykazała *tumor hypohysis*. Po wycięciu guza dziecko żyło 3 tygodnie; wymioty ustąpiły, rozwinęła się natomiast cukrzyca, która spowodowała śmierć. Schorzenie przysadki mogło stać w związku z porażeniem perystaltyki. Kol. Ch. Zarcyn: Choroba Marfana interesuje zarówno chirurgów, jak i internistów; niestety operacji często dokonywa się zapóźno, co dyskredytuje chirurgję; jeden z objawów ciężkiego stanu, brak ruchów robaczkowych, co może zależeć od bezwładu lub niedowładu mięśniówki żołądka. Operację można dokonywać jeszcze w ten sposób, że po wycięciu otrzewnej i mięśniówki szwów nie nakłada się zupełnie.

4. Kol. J. Szmurło pokazał chorego, 70 letniego urzędnika, u którego przed 11 miesiącami dokonał wycięcia krtani z powodu raka lewej połowy krtani, ograniczonego do lewej struny głosowej i okolicy podgłośniowej. Operacja, dokonana metodą Glucka, odbyła się pomyślnie, przyczem zastosowano mieszaną metodę znieczulenia (miejscową z odbytnicowem uśpieniem eterowem). Na czwarty dzień po operacji — gwałtowny krwotok z tętnicy krtaniowej górnej, wskutek czego szwy rozpuszczono i ranę zatamponowano, co znacznie przedłużyło przebieg pooperacyjny, ale okazało się zbawczem dla chorego. Mianowicie, w miesiąc po operacji, w dolnej wardze rany, którą stanowiła śluzówka gardła, ukazało się nacieczenie, ktore stopniowo zaczęło się powiększać. Badanie drobnowidowe wykazało, że się ma do czynienia z nawrotem raka; z tego powodu cały kawał śluzówki aż do części zdrowych wycięto. Po 2 miesiącach nowy nawrót w dolnej przedniej części gardła i początku przełyku. Wycięto po raz drugi części zrakowaciałe i wypalono galwanokauterem. Dalszy przebieg pomyślny. Ażeby uchronić chorego od nawrotów dokonano 4 głębokich naświetlań roentgenowskich. W początkach dziesiątego miesiąca od pierwszej operacji, wobec zupełnie dobrego wyglądu tylnej ściany przełyku i doskonałego stanu chorego, mówca dokonał operacji plastycznej utworzenia przedniej ściany gardła i przełyku metodą Glucka. Oddzieliwszy od skóry zrosłą z nią śluzówkę bocznych ścian gardła i przełyku i odpreperowawszy płat skóry z pobliża istniejącego na miejscu wyciętej krtani braku, odwinął go tak, że skóra została zwrócona wewnątrz i zeszył z brzegami oddzielonej śluzówki z lewej strony i w dole. Na ten płat przesunął inny wzięty z okolic szczęki dolnej i skóry bocznej części szyji po stronie prawej i zeszył go z brzegami skóry oddzielonej od śluzówki w rowku braku pozostałego po wycięciu krtani, miejsca zaś na szyji ze skóry obnażone częściowo zakrył ściągnąwszy szwami brzegi poblizkie skóry. Płaty przyjęły się dobrze, tylko w dolnym lewym kącie powstała mała przetoka, która wszakże stopniowo się zmniejszała, niesprawiając zresztą choremu żadnej przykrości. Jest wszelka nadzieja, że wkrótce zamknie się zupełnie. Jedynem powikłaniem była róża w 10 dni po plastycznej operacji, którą jednak chory zniósł dobrze. Obecnie chory połyka bardzo dobrze i już od paru tygodni oddaje się zwykłej pracy zawodowej. Przypadek ten nasuwa kilka uwag: I (nawet w przypadkach raków krtani, zdawałoby się, zupełnie ograniczonych) nie można być pewnym, czy nie będzie nawrotów; 2) nie zawsze należy dążyć do zagojenia rany per primam. Wtedy bowiem trudniej spostrzec tworzący się nawrót, trudniej go operować i wskutek tego wynik operacji, mimo rychłego zagojenia rany, może być niepomyślny (streszczenie własne).

Dyskusja. Kol. K. Opoczyński zapytuje, czy nawrót w tym przypadku nie mógł być spowodowany zabiegiem operacyjnym (zaszczepieniem). W odpowiedzi kol. Szmurło zaznacza, że proces nowotworowy przy nawrocie nie był umiejscowiony w skórze, lecz w ścianie przełyku, zwiększonych gruczołów nie było.

Kol. Januszkiewicz wzmiankuje o pracach Mołotkowa przy leczeniu nowotworów krtani, a polegających na przecinaniu nerwów odnośnej okolicy. Kol. Szmurło uzupełnia powyższą wiadomość wskazówką, że rzekomo na Zjeździe laryngologów rosyjskich Greków miał pokazywać chorych wyleczonych w sposób powyższy.

5. Kol. L. Łukowski. — **Przyczynek do dziedziczności krwawiączki z podaniem tablicy rodowej.**

Dyskusja. Kol. A. Wirszubski. W Talmudzie są wskazówki, że starożytni żydzi znali i fakt dziedziczenia krwawiączki i warunki, w jakich to dziedziczenie się odbywa. Świadczą o tem następujące przepisy: jeżeli dwaj synowie jednej matki, choćby pochodzili od różnych mężów, zmarli na krwotok wskutek obrzezania, następni synowie zwalniają się od tego obrządku; ulga ta nie stosuje się do synów tego samego ojca z dwóch matek. Natomiast zwalniają się od aktu obrzezania synowie dwóch sióstr, jeżeli każda z nich poprzednio straciła chociażby tylko jednego chłopca wskutek krwotoku przy obrze-

zaniu. Dalszą dyskusję odłożono do czasu wygłoszenia następnego wykładu.

6. Kol. T. Wąsowski. — **Wpływ promieni Roentgena na krzepliwość krwi i formułę leukocytowej w świetle własnych spostrzeżeń** (przeznaczone do druku).

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 17. grudnia 1924.

Przewodniczy kol. Dehnel.

Obecnych 18 członków i 3 gości. Towarzystwo gości kol. Blassberga z Krakowa.

1. Kol. Gosiewski referuje sprawę **walki z gruźlicą na terenie Sejmiku powiatu Będzińskiego.** Zwraca się z prośbą do Zarządu Towarzystwa, aby zaagitował wśród członków Towarzystwa w kierunku wygłoszenia odczytów na temat gruźlicy. Listę ewentualnych prelegentów prosi przesłać do Wydziału Zdrowia Sejmiku powiatowego.

2. Kol. Blassberg odczytał referat **O pracach naukowych ś. p. profesora Walerego Jaworskiego.** (Ukazuje się w P. Gazecie lek.)

3. W dyskusji nad odczytem kol. Ingstera p. t. **»Nowsze poglądy na histerję«** kol. Czarski krytykuje metodę psychoanalityczną, uważając, że doszukuje się ona podłoża psychicznego tam, gdzie tło może być czysto organicznej natury. Jeżeli przy miażdżycy tętnicy wieńcowej serca jest często uczucie strachu, to niewiadomo, czy w nerwicy lękowej, o której rozpisuje się Freud, a którą wywodzi z pewnych przeżyć na tle seksualnem, nie zachodzi również jakieś nieznane nam tło organiczne. Wogóle niektóre przykłady psychoanalizy wyglądają mocno na naciąganie faktów i nieuzasadnione i komiczne fantazje przez odnoszenie wszystkiego do przeżyć seksualnych. Kol. Nasiłowski zapytuje, czy epidemja pląsawicy w wiekach średnich, o których wspominał kol. Ingster, nie były natury organicznej. Kol. Dehnel krytykuje poglądy Kretschemera; uważa, że autor ten do problemu histerji nie wniósł nic nowego, a cała jego teorja, to tylko błyskotliwa gra słów. Histeryków należy traktować jako ogólną nerwicę z za burzeniami psychicznemi, wobec których jesteśmy bezsilni i z tym faktem musimy się pogodzić. Kol. Blassberg z Krakowa uważa, że szkoła psychoanalityczna nie powinna być lekceważoną, bo utorowała drogę do wyjaśnień niektórych problematów w psychiatrji i psychologji. Uderza jednak jednostronność psychoanalityków. Zna osobiście ucznia Freuda, Adlera, który wszelkie nerwice wywodzi z t. zw. poczucia mniejszej wartości (*Minderwertigkeitsgefühl*), a w żaden sposób nie chce dopuścić istnienia innych możliwości i nie uznaje innych tłumaczeń. W przypadkach, w których psychoanalitycy nieraz napróżno łamią sobie głowy, wystarcza dobre odżywianie i odpoczynek. Nie jedna nerwica w ten sposób szybko przechodzi. Kol. Witkowski uważa, że zjawiska histeryczne spostrzegamy tylko u osobników już do tego usposobionych przez swoje zwyrodnienie. Kol. Ingster (referent) odpowiada kol. Czarskiemu, że pierwszym warunkiem przeprowadzenia psychoanalizy jest wykluczenie schorzenia organicznego. Tam, gdzie tylko w przybliżeniu możnaby podejrzewać chorobę organiczną, nie wolno uciekać się do psychoanalizy. Fakt, że większą część nerwic odnosi Freud do przeżyć seksualnych i wieku dziecięcego wzbudzał zawsze wesołość u jego przeciwników i był niejako piętą Achillesową teorji Freuda, w którą godziły wszystkie ostrza jego krytyków. Freud jednak twierdzi, że »doszedł do swoich wyników nie drogą spekulacji, lecz drogą empirji, a chcąc być bezstronnym, musi bronić swych zapatrywań«, do których doszedł po długich eksperymentach. Referent nie jest bynajmniej bezwzględnym zwolennikiem Freuda. Ceni jednak jego naukę o znaczeniu snów i musi przyznać, że psychoanalizy dają jednak dobre wyniki tam, gdzie zawodzą inne środki. Kol. Nasiłowskiemu odpowiada referent, że pląsawice, o których wspomniał, były prawdopodobnie histeryczne. Ze istnieje coprawda pląsawica, należąca do grupy schorzeń ciała prążkowanego mózgu t. zw. *striatoz*, ale te mają inny charakter. Kol. Dehnelowi odpowiada referent, że zapatrywania jego są zbyt nihilistyczne. Gdybyśmy stanęli na jego stanowisku i zadowolnili się twierdzeniem, że histerycy, to warjaci, nie posunęlibyśmy nauki naprzód i nie doszli do praktycznych, całkiem dobrze stwierdzalnych wyników w leczeniu histerji. Co się tyczy teorji Kretschmera, wygląda ona przy powierzchownem przyjżeniu się jej na bigos utworzony ze ze wszystkich starych zapatrywań na histerję. W rzeczywistości jednak zasłużył się Kretschmer tem, że pewne sposoby reagowania histerycznego, jak drżenie, porażenia i t. d., opisał jako reakcje biologiczne niższego rzędu, mogące występować w odpowiednich warunkach u każdego osobnika. Dopiero kombinacja tych odruchów z wolą celową, wolą wyższego rzędu, filo- i ortogenetycznie młodszą, może dawać postaci chorobowe, zwane jako histerją. Wyjaśnił, że leczenie histerycznych objawów winno być uzależnione od okresu objawów histerycznych, bo inaczej musi być prowadzone leczenie u osobników, u których nastąpiło »wpętlenie« pierwotnych objawów odruchowych, a inaczej u takich, u których są one jeszcze luźno związane z funkcjami mózgowemi. Kol. Blassbergowi odpowiada prelegent, że stany, w których zwyczajne wskazówki higjeniczne pomagają, nie muszą być wcale nerwicami. Mogą to być jakieś schorzenia niedostępne dla badania fizykalnego, gdyż często stawia się djagnozę »histerja« tam, gdzie zachodzi widoczna entoroptoza, gruźlica lub inne schorzenia organiczne. W nerwicach psychicznego pochodzenia napewne ani powietrze ani mleko nie pomogą. Kol. Witkowskiemu odpowiada referent, że zapatrywanie jego kryje się z poglądami Charcot.

Dr. Budzyński, sekretarz. *Dr. Kozłowski, prezes.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Komisja przemysłowo-lekarska.

Komisja przemysłowo-lekarska Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, mająca zadanie popierania przemysłu krajowego w zakresie lecznictwa i higjeny, a zatem zdążająca do wzmożenia wytwórczości krajowej w tej dziedzinie, postanowiła założyć spis polskich wytwórni materjałów aptecznych, specyfików farmaceutycznych, środków djetetycznych i kosmetycznych, sztucznych wód mineralnych, przyrządów lekarskich i do opieki chorych przeznaczonych, urządzeń i przyrządów higjenicznych, opatrunków chirurgicznych i t. p.

Wobec tego Komisja zwraca się do W. P. Wytwórców, aby udzielili Komisji spisu swoich wytworów i uprasza również Zarządy szpitali i sanatorjów, Kolegów Lekarzy i P. P. Aptekarzy, aby nadsyłali Komisji dokładne adresy tych firm polskich, które dostarczają wymienionych wyżej przedmiotów, a zarazem wymienili te przedmioty swojego zapotrzebowania, które, wobec braku odpowiednich wytwórni polskich, muszą sprowadzać z zagranicy.

W interesie przemysłu polskiego musimy żądać, aby produkty polskie dorównywały w zupełności produktom zagranicznym. Upraszamy także pod tym względem o dostarczanie informacyj, które będą dla Komisji stanowiły cenne wskazówki. Komisja gwarantuje bezwarunkowo zachowanie tajemnicy co do osoby informatorów.

Wyroby uznane przez Komisję za godne do poparcia mogą być puszczane w obrót z napisem „Polecone i pozostające pod stałą kontrolą Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego".

Wszelkie pisma należy wysyłać pod adresem Dra A. Kuhna, przewodniczącego Komisji przem. lek. Tow. Lekarskiego, we Lwowie, Województwo.

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

O normie płacy za godzinę pracy lekarskiej w ambulatorjach i innych zakładach leczniczych.

Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 14 grudnia 1924 r. uchwaliła normę płacy za godzinę pracy lekarskiej: **w wysokości 10 złotych.** Zgodnie z art. 22 Ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie Polskiem — »jeżeli warunki płacy odbiegają od norm ogłoszonych przez Izbę Lekarską, lekarz winien zawiadomić o nich na piśmie Izbę«.

Naczelnik Izby: *Przyborowski.*

Pisarz Izby: *J. Sochacki.*

Lwowska Izba Lekarska.

Doszło do wiadomości Izby, że na zebraniu lekarzy Kas chorych we Lwowie w dniu 1 lutego, podniesiono, że Izba lekarska dąży do narzucenia lekarzom wolnego wyboru w Kasach chorych z krzywdą dotychczasowych lekarzy kasowych, którzy na mocy długoletniej pracy w Kasach nabyli już pewne prawa.

Zarząd Izby uważa wobec tego za wskazane sprostować informacje niezgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Zdaniem szerokich kół lekarskich, wyrażanem na rozmaitych Zjazdach, w uchwałach Stowarzyszeń i Związków, sprawa leczenia w Kasach chorych może być pomyślnie rozwiązana jedynie przez wprowadzenie wolnego wyboru lekarza. Zapatrywaniu temu dawano niejednokrotnie wyraz, motywując je, między innymi i tem, że jest to jeden ze środków zapobiegających sproletaryzowaniu naszego stanu, a jako przykład pomyślnego załatwienia sprawy podawano stosunki w Poznańskiem, gdzie od szeregu lat istnieje wolny wybór lekarzy ku zadowoleniu obu stron t. j. lekarzy i chorych. Izby lekarskie zatem, a wśród nich i Izba lwowska, stawiając zasadę wolnego wyboru, jako postulat stanu, spełniały tylko życzenie tych szerokich kół. Nie jest zatem zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy, aby to był tylko postulat Izby lwowskiej.

Pod względem formalnym nie jest zgodne z prawdą, jakoby Izby chciały powyższą zasadę wprowadzić wbrew woli lekarzy kasowych i bez uwzględnienia ich dobrze nabytych praw. Izba zdaje sobie sprawę i liczy się z tem, że systemu leczenia nie można zmienić z krzywdą dotychczasowych lekarzy i że ich prawa nabyte muszą być przy zmianie systemu należycie zabezpieczone. W jaki sposób, jest to rzecz szczegółowego obmyślenia sprawy. Powtóre Izba zdaje sobie z tego sprawę, że wpro-

wadzenia wolnego wyboru nie można dokonać bez porozumienia się, zgody i obmyślenia tego postulatu, przedewszystkiem wspólnie z dotychczasowymi lekarzami. W końcu należy stwierdzić, że Izba nie ma zamiaru systemu wolnego wyboru narzucać po szczególnym kołom lekarzy, ale jedynie jest gotową udzielić swego poparcia inicjatywie, wyszłej z łona lekarzy.

Dnia 14 lutego 1925. Izba lekarska we Lwowie.
Prezydjum Izby.

Okrąg Małopolski Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Krakowie.

Protokół 282-go posiedzenia Wydziału w dniu 10. stycznia 1925 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, uchwalono nie pośredniczyć w sprawie Dra E. A. z P., dopóki kolega ten nie wypełni swych pieniężnych zobowiązań względem Okręgu.

Przyjęto do wiadomości okólnik Wydziału Wykonawczego Związku Lekarzy P. P. w Warszawie w sprawie umów o posady dla lekarzy urzędniczych w Łodzi.

W sprawie Dra H. z Ch. o leczenie członków Kasy chorych w czasie stanu bezkontraktowego uchwalono zaprosić Dra H. na następne posiedzenie Wydziału w dniu 17. I. b. r. celem udzielenia wyjaśnień.

Odczytano i przyjęto do wiadomości pismo Administracji »Nowin Lekarskich«, donoszące o przemianie tego pisma z miesięcznika na dwutygodnik.

Na życzenie Sekcji lekarzy kasowych w Łodzi uchwalono przesłać regulamin służbowy dla lekarzy kasowych, który zgadza się niemal z regulaminem służbowym dla lekarzy Kasy chorych w Krakowie.

Przyjęto do wiadomości pismo Dra A. Karasia z Suchej w sprawie leczenia urzędników państwowych i w sprawie techników dentystycznych.

Przyjęto do wiadomości pismo Dr. J. Engelberga z Pomorzan.

Udzielono zasiłku w kwocie 100 Zł wdowie ś. p. Drze Józefie Pacynie, oraz Domowi Polskiemu im. Króla Jana III. Sobieskiego w Jaworowie w kwocie 25 Zł.

Protokół 283-go posiedzenia Wydziału w dniu 17. stycznia 1925 r.

Stowarzyszenie lekarzy Bielska, Białej i okolicy przesyła do oceny projekt umowy, mającej służyć za podstawę do rokowań z Pow. Kasą chorych w Białej. Uchwalono wprowadzić poprawki co do płacy w czasie choroby i urlopu, jakoteż odpowiednie zmiany innych punktów; ponadto uchwalono przesłać projekt regulaminu służbowego, opracowanego przez Związek, i zaprosić przedstawiciela lekarzy Pow. Kasy chorych w Białej na posiedzenie Wydziału celem ustnego omówienia sprawy.

Odczytano pismo Obwodu Drohobyckiego w sprawie wyborów do Zarządu Obwodu Drohobyckiego. Uchwalono odpowiedzieć, że należało wcześniej uwiadomić o terminie Walnego Zgromadzenia Wydział Okręgu, który byłby wysłał na nie swego delegata.

Odczytano pismo Dra Spannbauera w Suchej w sprawie leczenia urzędników państwowych. Uchwalono odpowiedzieć, by lekarze leczyli, nielicznych zresztą, biednych urzędników w Suchej bezpłatnie, a nie łakomili się na ochłapy, przynoszące ujmę godności stanu lekarskiego. Uchwalono przypomnieć zakaz leczenia urzędników państwowych bądź to za ryczałtem, bądź też za jednostkową opłatą, ofiarowaną przez rząd.

Protokół 284-go posiedzenia Wydziału w dniu 31. stycznia 1925 r.

Odczytano pismo Dra J. Porajewskiego z Sanoka w sprawie referatu Dra Fonferki odnośnie do taryf sądowych dla lekarzy. Uchwalono pismo to odesłać Drowi Fonferce celem przestudjowania i zdania sprawy na najbliższem posiedzeniu.

Wydział Wykonawczy Zw. Lek. P. P. prosi o przesłanie sprawozdania za rok 1924 do dnia 1 marca 1925. Przyjęto do wiadomości i uchwalono załatwić.

Dr. H. z Ch. donosi, że nie mógł przybyć na posiedzenie Wydziału w dn. 17 stycznia z powodu braku czasu. Uchwalono wezwać Dra H. na najbliższe posiedzenie Wydziału, a równocześnie zaprosić warunkowo Dra B. jako prezesa Obwodu. O ile Dr. H. nie zechce przybyć, sprawę przekaże się Izbie Lekarskiej w Krakowie.

Obwód Sanocki zapytuje się, czy lekarze dentyści, wychowankowie Instytutu dentystycznego w Warszawie, mają prawo należenia do Związku Lekarzy P. P.

Wydział Okręgu, uwzględniając statut Związku, sądzi, że lekarze dentyści, wychowankowie powyższego Instytutu, nie mają prawa należenia do organizacji lekarskiej, jednakowoż zasięgnie wiadomości u Wydziału Wykonawczego w Warszawie i wtenczas dopiero ostatecznie odpowie.

W sprawie taryfy dla leczenia urzędników państwowych uchwalono odpowiedzieć Zarządowi Głównemu w Warszawie, że Wydział Okręgu ze swej strony bezwarunkowo nie może przyjąć do wiadomości ofiarowanej taryfy, a natomiast proponuje 50% opust od zwyczajowych, miejscowych honorarjów lekarskich.

Omawiano sprawę Zakładu roentgenologicznego w Okręgowym Związku Kas chorych w Krakowie, gdzie leczy się prywatnie chorych za zniżoną zapłatą, przez co obniża się, a raczej zabiera bezprawnie dochody prywatnym roentgenologom. Uchwalono zwrócić się jeszcze raz do Województwa w Krakowie po zebraniu odpowiedniego materjału dowodowgo.

Odczytano list Dra Oskara Hoffnera z Drohobycza w sprawie rozciągniętego nad nim bojkotu koleżeńskiego. W swoim czasie Walne Zebranie Okręgu wykluczyło Dra Hoffnera z organizacji za przyjęcie posady kontraktowego lekarza dla leczenia funkcjonarjuszów państwowych w Drohobyczu. Ponieważ wskutek tego Dr. O. Hoffner nie jest członkiem Związku, Wydział Okręgu nie załatwi jego prośby. Uchwalono o tem zawiadomić Zarząd Obwodu Drohobyckiego.

Sekretarz: *Dr. Wł. Żydłowicz.* Prezes: *M. Cercha*

Wezwanie do wszystkich lekarzy m. Łodzi!

Zarząd Związku wzywa wszystkich lekarzy m. Łodzi do skrupulatnego zbierania wszystkich szczegółów, dotyczących:

1) odmawiania udzielania pomocy lekarskiej przez urzędników Kasy chorych;

2) odradzania wzywania lekarzy do domu chorych, obłożnie chorych, a skierowania ich do gabinetów lekarskich;

3) skierowywania, miast żądanego lekarza, do domu chorego felczerów pod pozorem lekarzy, którzy przepisują najróżniejsze środki lekarskie;

4) skierowywania chorego nie do żądanego imiennie lekarza, lecz do lekarzy częstokroć bez dostatecznych kwalifikacyj, którzy nigdy w Kasie chorych nie pracowali;

5) odmawiania prawa zgłaszania się do lekarzy celem dokonywania w przepisowym terminie zastrzyknięć (n. p. salvarsanu); odmawiania nawet wydania leków do zastrzyknięć, gdy ubezpieczony wyraża chęć opłacenia lekarza z własnej kieszeni;

6) udzielania pomocy »lekarskiej« przez pielęgniarki, akuszerki etc.;

7) powtarzanie recept lekarskich przez felczerów, urzędników (!!) Kasy chorych; przepisywania recept lekarskich ze zwykłego papieru na blankiety kasowe z fałszowaniem nazwiska.

We wszystkich tych i t. p. przypadkach należy dokładnie zbierać imię, nazwisko i adres poszkodowanego; nazwisko i siedzibę odnośnego urzędnika, aptekarza, felczera, akuszerki lub sanitarjuszki; zbierać materjał rzeczowy w postaci świstków z wymienionemi nazwiskami lekarzy, felczerów etc.; zbierać dokładny wywiad od wszystkich zainteresowanych.

Wszystkie te dane natychmiast komunikować lekarzowi dyżurującemu w Związku Lekarzy, Ewangielicka 9 tel. 33-50 w godz. od 9. do 1. i od 4. do 7. w.

Zarząd Związku Lekarzy P. P. O. Ł.

Wybuch bezrobocia lekarskiego w instytucjach Kasy Chorych w Łodzi.

W dniu 15 października 1924 Zarząd Związku Lekarzy P. P. O. Ł. wypowiedział z dniem 1 listopada 1924 umowę cennikową, obowiązującą od marca. Motywem wymówienia były niskie honoraria lekarskie w Łódzkich Kasach Chorych, niewytrzymujące krytyki nawet w porównaniu z innemi prowincjonalnemi Kasami Chorych, a różniące się o 75-100% in minus od honorarjow Warszawskiej Kasy Chorych. Oto przykłady liczbowe: opłata lekarza rejonowego za wizytę na mieście u obłożnie chorego wynosiła dla lekarza najmłodszej kategorji zł. 2, najstarszej zł. 2.80; wizyta dla lekarza specjalisty zł. 2.77. Dwunasto-godzinny dyżur nocny, podczas którego lekarz zobowiązany jest do załatwienia wszystkich zgłoszonych wizyt zł. 27. Dwunasto-godzinny dyżur świąteczny dzienny, z nieograniczoną ilością wizyt na miasto zł. 21, miesięczne wynagrodzenie za 1 godz. dziennie pracy ambulatoryjnej od 100-140 zł. Takie obniżenie stawek w Łódzkich Kasach Chorych w stosunku do innych Kas spowodowane zostało przez ustępliwe stanowisko lekarzy, którzy stale uwzględniali rzekomo krytyczny finansowy stan Kas chorych według oświetlania przez przedstawicieli Zarządu Kasy Chorych.

Wskutek świadomego przewlekania sprawy przez Zarząd Kasy Chorych i biurokratycznego załatwienia, polegającego na przesyłaniu spraw z jednej Komisji do drugiej, pierwsza konferencja w tej sprawie odbyła się dopiero w końcu listopada. Zaproponowana przez Zarząd Kasy Chorych 10% podwyżka zasadnicza i inne drobne ustępstwa, z których część, jak n. p. dotycząca lekarzy rejonowych, po zreorganizowaniu pomocy dla obłożnie chorych, w myśl projektu Kasy Chorych, doprowadziłaby faktycznie do obniżenia honorarjum, były dla lekarzy nie do przyjęcia. W bec nieprzejednanego stanowiska Zarządu Kasy Chorych Zarząd Związku, dążąc do pokojowego załatwienia zatargu, zwrócił się o pośrednictwo do Izby lekarskiej. Zainicjo-

wana przez Izbę lekarską wspólna konferencja nie dała żadnych faktycznych wyników, aczkolwiek Izba Lekarska na swoją odpowiedzialność, uznając w zasadzie słuszność żądań lekarzy, ale, chcąc znaleźć wyjście z wytworzonej sytuacji, zredukowała o 1/3 żądania lekarzy. (Lekarze żądali 175 zł. za ryczałtową godz. ambulatoryjną i 7 zł. za wizytę na mieście; propozycje Izby Lekarskiej sprowadzały się do 150 zł. za godzinę ambulatoryjną i do 5 zł. w przybliżeniu za wizytę do obłożnie chorego). Zarząd Kasy Chorych bez przeprowadzenia merytorycznej dyskusji, przeszedł nad tą propozycją do porządku dziennego. Wtedy Zarząd Związku za pośrednictwem Zarządu Głównego w Warszawie, który zaaprobował stanowisko Związku Łódzkiego, zwrócił się do p. Ministra racy i Opieki Społecznej. Na zwołaną przez Ministra wspólną konferencję, przedstawiciele Zarządu Kasy Chorych nie przybyli. Minister po zapoznaniu się z istotą sprawy, uznał za najodpowiedniejsze wyjście z sytuacji arbitrażowe załatwienie zatargu, na co delegacja lekarska wyraziła bezzwłocznie zgodę. Na odbytej w kilka dni później konferencji z przedstawicielami Zarządu Kasy Chorych p. Minister zaproponował arbitraż, wobec uzyskanej już poprzednio na to zgody lekarzy, Delegacja Zarządu Kasy Chorych przyjęła propozycję tę do wiadomości, zaś Zarząd Kasy Chorych na posiedzeniu, odbytem tego samego dnia, swym zwyczajem przeszedł i nad tą propozycją p. Ministra do porządku dziennego. W ten sposób wszystkie drogi pokojowego załatwienia zatargu zostały wyczerpane.

Całe postępowanie Zarządu Kasy Chorych w ciągu tego zatargu, a które sprowadzało się jedynie do »przechodzenia do porządku dziennego« nad wszystkiemi propozycjami lekarzy, uwieńczone odrzuceniem propozycji p. Ministra — arbitrażu, świadczyło o świadomem dążeniu do zignorowania Związku Lekarzy i do dyktowania mu warunków pracy i płacy. Jedyną reakcją ze strony lekarzy po uprzedniem wyczerpaniu wszystkich środków pokojowych, mogło być tylko konsekwentnie przerwanie pracy w instytucjach Kasy Chorych Zarząd Związku stanął przed alternatywą: albo przyjęcia pod dyktando warunków płacy, a poniekąd i pracy (reorganizacja lecznictwa w myśl projektu umowy głownej Kasy Chorych, albo obrony powagi i godności Związku Lekarzy. Oczywiście wybrał to drugie. W dniu 8 b. m. Walne Zgromadzenie lekarzy kasowych uchwaliło przerwać pracę we wszystkich instytucjach Kasy Chorych, z dniem 16 lutego o godz. 7 rano, jeśli w ciągu tego czasu Zarząd Kasy nie cofnie swej poprzedniej uchwały i nie przyjmie propozycji arbitrażu.

Zainicjowana w międzyczasie przez Województwo wspólna konferencja nie doprowadziła do porozumienia, albowiem propozycja p. wice-wojewody Łyszkowskiego załatwienia zatargu drogą arbitrażu została przez radę Kasy Chorych odrzucona. To też w myśl zapowiedzi, w dniu 16 b. m. od samego rana ustała wszelka praca lekarska w Instytucjach Kasy Chorych. Jak wynika z powyższego, cennikowa geneza zatargu z biegiem czasu nabrała charakteru zasadniczego i tocząca się obecnie walka jest nietyle walką o polepszenie bytu materjalnego lekarza, ile walką o godność i powadę Związku Lekarskiego.

Koło lekarzy oficerów rezerwy.

W Stow. lekarzy polskich odbyło się zebranie organizacyjne Ko a lekarzy-oficerów rezerwy w obecności władz wojskowych oraz licznych przedstawicieli świata lekarskiego. W zebraniu uczestniczyli m. i. pp. wiceminister spraw wojskowych gen. Majewski, szef depart. sanitarnego gen. Składkowski komendant wojsk. szkoły sanitarnej pułk. Hubicki i inni.

W przemówieniu wstępnem prezes Stow. lekarzy, dr. Jan Bączkiewicz, scharakteryzował doniosłe znaczenie przygotowywania kadr lekarzy wojskowych w czasie pokoju oraz rozwój służby sanitarnej w armji. Jest to niezmiernie ważna dziedzina w zakresie należytej obrony kraju. Mówca podkreślił z radością szerokie zrozumienie myśli przewodniej zebrania, o czem świadczył liczny udział zarówno przedstawicieli władz wojskowych, jak i lekarzy. Co do strony organizacyjnej, dr. Bączkiewicz pozostawił do uznania przyszłego zarządu Koła, czy ma to być sekcja przy Stow. lekarzy, czy też nowa samodzielna organizacja. W obu razach prezes Stow. lekarzy zapewnił koleżeńską pomoc.

Na przewodniczącego zebrania jednomyślnie powołano przez aklamację dr. J. Bączkiewicza, sekretarzem był dr. Wagner. Obrano tymczasowy Zarząd Koła, do którego weszli: kol. gen. Gurbski, maj. Szulc, maj. Szczodrowski, Metelski, Gruszczyński, Kapuściński, Bałaban, Borkowski, Biron, Gromadzki i Zaorski. Zarząd powyższy opracowuje statut i regulamin Koła.

Po wyborach pułk. dr. Zembrzuski wygłosił ciekawy referat »O wojskowej szkole sanitarnej i jej zadaniach«. Szkoła ta powstała dla uzupełni nia personalu lekarskiego służby zdrowia w wojsku oraz dla uzupełnienia wykształcenia zawodowego lekarzy. Szkoła sanitarna przeznaczona jest dla lekarzy, dentystów i farmaceutów i mieści się w dawnym zamku Ujazdowskim przy szpitalu wojskowym. Szkoła liczy obecnie 140 słuchaczów skoszarowanych, studjujących na trzech pierwszych kursach Uniwersytetu. Na czele szkoły stoi komendant pułk. Hubicki, dyrektorem nauk jest pułk. L. Zembrzuski, wychowawcą, czyli dowódcą bataljonu, ppułk. Osmólski. Szkoła podlega wojskowemu Instytutowi sanitarnemu, którego szefem jest gen. dr. Jakesch.

W zakończeniu obrad p. wiceminister gen. Majewski podniósł gorąco podjętą ideę, poczem, zamykając zebranie, dr. Bączkiewicz wyraził nadzieję, iż podobne szkoły sanitarne powstaną we wszystkich większych ośrodkach wojskowości w Polsce.

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Tomaszowskiego ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w Powiatowej Kasie chorych w Tomaszowie Mazowieckim, powiat Brzeziński (woj. Łódzkiego), bez poprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

Czy gruźlica jest chorobą uprzywilejowaną ze względu na prawo emerytalne?

Sprawę tę omówił Dr. Mikołajski na Zjeździe lekarzy rządowych we Lwowie w dniu 4. stycznia b. r. a streszczenie jego referatu podano w Nr. 3 »Polskiej Gazety Lekarskiej z roku bieżącego. Dr. Mikołajski zwrócił się też przez Wojewodę lwowskiego do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o interpretację ustawy emerytalnej co do gruźlicy.

W odpowiedzi Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydała następujący okólnik:

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia.

Nr. Z. O. 8079/24. Warszawa, dnia 30 grudnia 1924 r.
Gruźlica w Komisji lekarskiej
dla spraw emerytalnych.

Do Panów Wojewodów, Pana Delegata Rządu w Wilnie, Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Okólnik.

Jeden z Panów Wojewodów wystosował do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) zapytanie, czy przy wykonywaniu postanowień ustawy z dnia 11. grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonarjuszy państwowych (Dz. Ust. Nr. 6 ex 1924., poz. 46) gruźlica podpada pod pojęcie »chorób zakaźnych, panujących epidemicznie« i czy należy również stosować art. 9., ustęp 2., lit. c., tudzież art. art. 11 i 12 ustawy, albowiem ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w zwalczaniu chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie (Dz. Ust. Nr. 67., poz. 402) w art. 3 wymienia gruźlice w szeregu chorób, podlegających obowiązkowi zgłaszania, a dawniejsza polska ustawa emerytalna z dnia 28 lipca 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 70 poz. 446) w art 4. postanawiała w razie gruźlicy doliczanie 10 lat służby do emerytury, a w art. 3., zabezpieczała funkcjonarjuszowi, choremu na gruźlicę — pobory emerytalne już po wysłużeniu 5 lat. W ustawodawstwie innych Państw wydano postanowienia, chroniące nauczycieli chorych na gruźlicę od zupełnej nędzy w razie usunięcia ich z posady.

Sprawa powyższa, mająca znaczenie zasadnicze, wymaga, aby Komisje lekarskie w całem Państwie postępowały jednolicie przy wydawaniu orzeczeń w powyższych wypadkach.

Ministerstwo Spraw wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby zdrowia) stoi na stanowisku następującem:

Jakkolwiek gruźlica płuc jest chorobą zakaźną, jakkolwiek przenosi się także bezpośrednio z jednego osobnika na drugiego, a także może się rozszerzać w danej miejscowości, czy okolicy, z większem lub mniejszem nasileniem (pandemia), to jed ak tylko w niektórych wypadkach może podpadać pod pojęcie art. 9. ustęp 2. lit. c ustawy emerytalnej.

Jeżeli nauczyciel, u którego przed przyjęciem do służby nie stwierdzono żadnych najmniejszych objawów gruźlicy, po wstąpieniu do służby bez własnej winy nabył gruźlicy płuc, która się szerzyła w miejscu jego służbowego pobytu i li tylko dlatego zostaje przeniesiony w stały stan spoczynku, że zachodzi obawa, aby choroba nie przeniosła się na młodzież, powierzoną jego pieczy, w takim wypadku będzie miał zastosowanie pkt. 2., lit. c. art. 9., względnie art. 11 i 12 ustawy emerytalnej.

Badanie winna przeprowadzić Komisja lekarska w myśl §. 2. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9. IV. 1924 r. (Dz. Ust. Nr. 34., poz. 355).

Za Ministra: *Wroczyński w. r.*
Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

Wspomnienie o Janie Bergonié.

Janowi Bergonié poświęcamy słowa wspomnienia nietylko dlatego, że należał w swem pracowitem życiu do rzędu uczonych, których dorobek naukowy pozostanie nazawsze w skarbcu wiedzy lekarskiej i biologicznej, lecz przedewszystkiem dla rzadko spotykanego bohaterstwa, którego dał dowody w swej działalności lekarskiej.

Jan Bergonié urodził się w r. 1857 w małej mieścinie francuskiej Casseneuil. Na Uniwersytet uczęszczał w Bordeaux, gdzie ukończył studja lekarskie. Bardzo młodo, bo w r. 1883, zostaje docentem tegoż Uniwersytetu. Jako młody uczony poświęcił się studjom nad zastosowaniem zjawisk elektryczności w biologji i w medycynie. Elektrodjagnostyka i elektroterapja, które dziś należą do arsenału codziennych metod lekarskich, były wówczas dopiero w zaczątkach. Ich dzisiejszy wspaniały rozwój zawdzięczamy, między innemi, Bergonié'mu. Szereg przyrządów skonstruowanych przez Bergonié'go stanowi dziś składową część inwentarza każdego elektroterapeuty.

W r. 1891 został Bergonié mianowany profesorem fizyki biologicznej i kliniki elektromedycznej w Bordeaux. Byłato jedna z pierwszych tego rodzaju katedr na świecie, a pierwsza we Francji.

Po odkryciu promieni Röntgena zajmuje się Bergonié również i tym działem. Działalność jego i tutaj jest bardzo owocna. Wspomnę tylko o prawie Bergonié-Tribondeau, które ujęło całokształt naszych wiadomości o działaniu promieni Röntgena na komórki żywe. Po odkryciu pierwiastków radjoaktywnych, zajmuje się Bergonié także ich stosowaniem technicznem.

Podczas wojny światowej Bergonié, już jako wiekiem starszy, pracuje w szpitalach wojskowych i tu oddaje znaczne usługji armji, udoskonalając sposoby znajdowania i usuwania ciał obcych uwięzgłych. Kiedy po wojnie zostaje ministrem zdrowia we Francji przyjaciel jego Strauss, Bergonié organizuje przy pomocy państwowej po raz pierwszy racjonalną instytucję dla walki z rakiem i tworzy w Bordeaux ośrodek przeciwrakowy, który staje się wzorem dla całego świata.

Praca Bergonié'go znalazła ogólne uznanie. Wyrazem tego był wybór jego na członka francuskiej Akademji umiejętności i Akademji lekarskiej Kiedy na Kongresie przeciwrakowym w Brukseli w roku 1922 utworzono Komitet organizacyjny Międzynarodowego Towarzystwa walki z rakiem, przewodniczącym tego Komitetu obrali przedstawiciele wszystkich państw jednogłośnie Bergonié'go.

Jak i inne państwa, tak i Polska korzystała z jego rad w sprawach, dotyczących walki z rakiem, i Bergonié interesował się żywo akcją wszczętą w tym kierunku przez b. ministra zdrowia, Chodźkę.

Skutkiem wieloletniej pracy z ciałami promieniotwórczemi wytworzyła się na rękach Bergonié'go przewlekła dystrofja skóry. Wiadomo, że w przypadku takim jedynym sposobem uniknięcia fatalnych następstw zrakowacenia zmian dystroficznych, jest zaprzestanie zupełne pracy radjologicznej. Bergonié tego nie uczynił. Następstwa nie dały na siebie długo czekać. Przed dwoma laty musiał poddać się odjęciu prawego ramieuia; nie odebrało mu to jednak zapału ani żywości w pracy. Nieubłagana choroba pojawiła się wkrótce i na lewej ręcę, a ponowna amputacja nie powstrzymała fatalnego końca. W testamencie zapisał Bergonié ciało swoje Instytutowi Anatomji patologicznej dla badania zmian, wywołanych w niem działaniem ciał promieniotwórczych.

Przed dwoma laty fundacja Carnegie'go przyznała Bergonié'mu złoty medal za bohaterstwo dla nauki. Na kilka dni przed zgonem rząd francuski udekorował Bergonié'go orderem Legji honorowej wysokiego stopnia. Dekoracji dokonał w imieniu Rządu marszałek Pétain, czem zadokumentowano, że bohaterstwo Bergonié'go oceniono na równi z bohaterstwem tych, którzy ginęli na polu chwały za Ojczyznę.

Powyższych kilka słów niech stanowi dowód, że, jak na całym świecie, tak i w Polsce zrozumiano wysokie bohaterstwo Bergonié'go.

Pamięć jego przechowywana będzie zawsze ze czcią należną.

Ś. P. Dr. JULJUSZ DOŁNER.

Dnia 28. grudnia r. ub. zmarł w Łucku na dusznicę bolesną Dr. Juljusz Dołner, lekarz światły i człowiek zacny. Pomimo utraty wzroku był czynnym członkiem Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego, gdzie często zabierał głos w dyskusjach i wygłaszał odczyty wartości prawdziwie naukowej, jak n. p. »Rośliny lecznicze, trujące i pożyteczne, dziko rosnące na Wołyniu« (Polska Gazeta Lekarska 1922 r. str. 874 i 890) i »Nieżyt tchawicy, jako jednostka kliniczna« (Polska Gazeta Lekarska r. str. 487).

Dr. J. Dołner urodził się w 1875 roku w m. Dubnie na Wołyniu; w Żytomierzu ukończył gimnazjum, w Kijowie zaś Wydział lekarski Uniwersytetu. Ś. p. Juljusz pochodził z rodziny prawdziwie lekarskiej: dziad jego Franciszek był znanym lekarzem w Krzemieńcu, ojciec — Józef również cenionym — w Żytomierzu, dziad ze strony matki Dr. Józef Dropsy w Paryżu otrzymał nagrodę za pracę o zastosowaniu elektryczności do celów leczniczych.

Ś. p. Juljusz, jako specjalista chorób wewnętrzych i nerwowych, był ordynatorem Szpitala Gubernjalnego w Żytomierzu i jednocześnie profesorem szkoły felczerskiej. Wojna światowa przyprawiła go o ruinę materjalną i utratę wzroku; w Łucku osiadł, jako wychodźca, zajmując stanowisko lekarza przy rzymsko-katolickiem Seminarjum Duchownem i tutaj w sile wieku zakończył życie. Cześć Jego zacnej pamięci!

A Wojnicz, sekretarz stały Ł. T. L.

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Od Redakcji.

Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w ***innem polskiem piśmie lekarskiem,*** *jak również artykułów, które tylko* ***tytułem lub stylem zmienionym*** *różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. V. posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 6-go marca r. b. o godz. 9-ej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) wykład: dr. W. Janusz: **Trichomikoza układu nerwowego«.**

Przew. *K. Zgórski.* Sekretarz doroczny *K. Tyszka.*

Ze świata.

Radjo na usługach higjeny. Public Healthy Reporte donosi, iż dnia 21 lipca 1921 wysłana zostało drogą radjologiczną w świat pierwsza prelekcja higjeniczna w sprawie zachowania zdrowia. Wkrótce powstało biuro Health-by-Radio, które miało za zadanie wysyłać tą drogą w świat najciekawsze odczyty. Od stycznia 1924 r. odbywają się systematycznie raz tygodniowo wykłady skierowane do wszystkich stacyj radjologicznych ze stacji nadawczej w Washingtonie.

Pierwszeństwo w zastosowaniu środków zapobiegawczych przeciw gnilcowi należy się, według angielskiego pisma Medic. Officer., Kapitanowi Cook'owi, słynnemu odkrywcy Australji. Z pamiętnika jego z dnia 13 kwietnia 1769 r. wynika, że zalecał on załodze swej spożywać większe ilości kapusty kiszonej, jarzyny zielonej, zupy jarzynowej, pomarańcz i cytryn oraz musztardy, octu i cukru w celu uniknięcia przykrej choroby obrzmienia gnilnego dziąseł.

Komisja dla nagrody rakowej. Doktor Sofia A. Nordhoff-Jung zawiadamia, że, stosownie do życzenia fundatorki, nagroda będzie udzielano co 2 lata w podwójnej wysokości, a więc w wysokości 1000 dolarów. Najbliższa nagroda zostanie udzielona w r. 1926.

Zmarli.

Dr. Józef Kołaczkowski, właściciel znanego zakładu leczniczego, zmarł w Szczawnicy, dożywszy sędziwego wieku.

Nr. 10. 8. marca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Władysław JABŁOŃSKI. Kraków.

O krwawieniach z pękniętych guzów jajnikowych.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. dr. J. Zubrzycki.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że najczęstszym powodem krwotoków z przydatków macicy do jamy brzusznej bywa ciąża zewnątrzmaciczna.

Dowodzą tego niezbicie dane statystyczne oraz codzienne doświadczenie kliniczne. Z tychże to względów nie należy się dziwić, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach takich krwawień myślimy w pierwszym rzędzie, jako o ich przyczynie, o zewnątrzmacicznem zaszczepieniu się jaja.

Nie możemy jednak zapominać o tem, że również i z powodu innych spraw mogą powstawać krwotoki z przydatków macicy do jamy brzusznej. Punktem wyjścia tych krwotoków mogą być tak jajowody, jak jajniki. Pierwsze, poza już wspomnianą ciążą, rozwijającą się w nich, tylko bardzo wyjątkowo stać się mogą źródłem krwawienia. Przypadek taki opisuje Stark, gdzie u chorej z powodu trzykrotnego skręcenia jajowodu z przyczyny nieznanej, utworzył się krwiak jajowodu oraz wylało się sporo krwi do jamy brzusznej. Z jajników natomiast, jak piśmiennictwo poucza, o wiele częściej mogą powstawać krwawienia.

Wszystkie ich rodzaje dzieli Zubrzycki w swojej pracy »*O niektórych rodzajach krwawień z jajników*« na cztery grupy. Jako jedną z nich wymienia krwawienia, mające swoje źródło w nowotworach jajnika, i nad tą właśnie grupą, korzystając z materjału oddziału naszego, pragnę tutaj pokrótce się zastanowić, uwzględniając przedewszystkiem czynnik przyczynowy w ich powstawaniu.

Teoretycznie rzecz biorąc, krwawienie takie może nastąpić do wnętrza guza jajnikowego lub poza jego ściany, t. j. do jamy otrzewnowej.

Doświadczenie kliniczne i anatomo-patologiczne potwierdza to i poucza równocześnie, że o ile pierwszy rodzaj krwawień wydarza się dość często, o tyle z drugim spotykamy się stosunkowo rzadko. Również nadmienić należy, co z odnośnych prac łatwo wywnioskować można, że wszystkie rodzaje guzów jajnikowych mogą się stać punktem wyjścia krwawień. Bezpośrednią przyczyną krwawienia bywa najczęściej wzmożone ciśnienie wewnątrz guza, wywołane utrudnieniem lub brakiem odpływu krwi z guza. To zaś może mieć swoje źródło w zaburzeniu krążenia krwi ogólnej natury n p. wady serca (Winckel) lub choroby nerek lub też w przyczynach czysto miejscowych, dotyczących tylko samych naczyń guza, jak ich zaciśnięcie lub zamknięcie z powodu zmiany położenia lub, co najczęściej się zdarza, a na co chciałbym zwrócić szczególną uwagę, z powodu skręcenia szypuły guza (Brossin) Mniejszy lub większy uraz (Wertheim, Hoffmeier) jest zwykle czynnikiem dodatkowym, lub co rzadziej, samoistnym, wywołującym pęknięcie ścian nowotworu lub jego naczyń krwionośnych, zazwyczaj już poprzednio zmienionych chorobowo. Wspomnieć również należy, że w niektórych przypadkach usposabiać mogą do powstawania takich krwotoków przyczyny, wywołujące zmiany w naczyniach krwionośnych, nietylko miejscowe, ale i ogólne, jak n. p.: miażdżyca, dalej inne choroby ustroju n. p. sprawy zakaźne (tyfus, błonica i t. p.), następnie niektóre zatrucia i oparzenie. Wreszcie i upośledzenie krzepliwości krwi, n. p. w krwawiączce, może odegrać niemałą rolę przy powstawaniu krwotoków z guzów jajnikowych (Asch).

Poniżej opisuję 3 przypadki krwawień, które spostrzegano na naszym oddziale w niedługich odstępach czasu. Jako przyczyna pęknięcia naczyń i krwawienia do jamy brzusznej wybija się w nich na pierwszy plan, skręt szypuły nowotworu jajnikowego.

Przypadek I.

L. h. chor. 411|1924. K. K. lat 49 zauważyła od kilku miesięcy powiększanie się brzucha bez żadnych dolegliwości; miesiączkuje prawidłowo.

Badaniem wewnętrznem stwierdza się w miejscu prawego jajnika guz wielkości jaja gęsiego, dość twardy, nierówny. W jamie brzusznej wolny płyn.

Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono rzeczywiście w jamie brzusznej znaczną ilość płynu silnie krwawo zabarwionego, po stronie zaś prawej — guz wielkości gęsiego jaja, skręcony na szypule o 180°, składający się z 3 różnych części, a mianowicie:

1. z torbieli jednokomorowej o ścianie gładkiej, cienkiej, przez którą przeświecał płyn jasno-żółty;
2. z części o spoistości galaretowatej, miękkiej, barwy świeżego mięsa, o powierzchni niezbyt równej, pokrytej tylko miejscami białawą otoczką;
3. z resztki pomarszczonego i nierównego utkania jajnika. Na granicy między I a II, oraz II a III częścią miejsca mocno krwawiące.

Nie ulega w tym przypadku żadnej wątpliwości, że obrzmiały wskutek skrętu szypuły guz pękł w kilku miejscach i że wylana z niego krew podbarwiła jednostajnie i dość silnie płyn przesiękowy, znajdujący się w jamie brzusznej.

Badanie mikroskopowe, przeprowadzone w Zakładzie anat. patolog. U. J., stwierdziło, że część lita nadesłanego guza ma charakter nowotworu nabłonkowego o typie gruczolakowym«.

Po usunięciu obu jajników chora opuściła w 2 tygodnie oddział w stanie dobrym.

Nie tak szczęśliwie zakończył się drugi przypadek.

Przypadek II.

L. h. chor. 106/1924. K. O. lat 57 przywieziona na oddział bez tętna z objawami ostrej niedokrwistości. Badaniem stwierdzono w jamie brzusznej guz wielkości głowy dziecka.

W 10 minut po przybyciu chora zmarła. Sekcja w Zakładzie Anatomji patolog. U. J. wykazała ostrą niedokrwistość narządów jamy brzusznej, dużą ilość wolnej krwi w jamie otrzewnowej oraz guz, wychodzący z lewego jajnika na szypule skręconej o 360°. Guz był pęknięty na przestrzeni 1 cm w okolicy przejścia w szypułę, pokryty świeżemi skrzepami; po usunięciu skrzepów krew wydostawała się jeszcze z guza na zewnątrz.

Badanie mikroskopowe guza, przeprowadzone w Zakładzie anat. patolog. U. J., wykazało, że jest to mięsak o komórkach przeważnie wrzecionowatych.

I w tym przypadku znowu skręt szypuły doprowadził, jak z powyższego widać, do przekrwienia biernego w guzie, do silnego wzmożenia ciśnienia w nim, a to pociągnęło za sobą pęknięcie ściany guza i naczyń oraz następowy krwotok śmiertelny.

W obu powyższych przypadkach spotkaliśmy się z litemi guzami jajnika. Nie inaczej jednak dzieje się także i z torbielami, wychodzącemi z jajników. Przyczyny, wywołujące pęknięcie ściany torbieli z następowym z niej krwotokiem do jamy otrzewnowej, bywają takie same, jak przy guzach jajnikowych litych. Również i mechanizm powstawania krwotoków jest jednakowy. W piśmiennictwie znajdujemy na to liczne dowody. I tak, przy krwawiączce spostrzegał taki przypadek Asch, a przy urazach już nawet tak nieznacznych jak obracanie się w łóżku lub zadziałanie tłoczni brzusznej podczas porodu — Schmied, Voron, Frarier. Najczęściej jednak przyczyną krwawienia do wnętrza torbieli jakoteż poza jej ściany bywa skręt szypuły, niejednokrotnie w połączeniu z urazem (Wertheim, Hoffmeier, Zäupr) Pęknięcie torbieli jajnikowej, pominąwszy już nawet ewentualny krwotok, nie jest i z innych względów obojętne dla ustroju, treść bowiem torbieli wylewa się w takich razach do jamy otrzewnej, a to jest niemałem powikłaniem o tyle, że, jak wiadomo, zależnie od charakteru treści torbieli może w pewnych przypadkach powstać n. p. rzekomy śluzak otrzewnej, w innych ostre zapalenie otrzewnej, gdy treść jest drażniąca (skórzaki) i t. p. Nie są to wydarzenia odosobnione i dlatego nierzadko spotykamy się z opisami

pęknięć torbieli, powikłanych wspomnianemi sprawami (Albertin i inni).

W przypadkach takich może przytem powstać większe lub mniejsze krwawienie, zależnie od wielkości i ilości pękniętych naczyń.

Na naszym oddziale spostrzegaliśmy również przypadek pęknięcia torbieli wielokomorowej jajnikowej, a mechanizm pęknięcia możemy sobie też wytłumaczyć podobnie, jak w obu powyżej opisanych przypadkach, a więc skrętem szypuły, krwawienie u tej chorej nie było jednak tak znaczne, jak w obu pierwszych.

Przypadek III.

L. h. chor. 69/1924. A. P. lat 39, od kilku miesięcy zauważyła powiększanie się brzucha bez żadnych dolegliwości.

Dopiero przed dwoma miesiącami wystąpiły silne objawy podrażnienia otrzewnej, które wkrótce minęły, a tylko przy przewracaniu się na bok odczuwała chora przesuwanie się jakiegoś guza w brzuchu.

Po pewnym czasie dostała chora nanowo silnych bólów w brzuchu, które przed kilku dniami ustały. Mimo to chora udała się na oddział. Tu podczas badania stwierdzono guz wielkości głowy dziecka, owalny, elastyczny, gładki, sięgający do pępka.

W czasie badania chora uczuła nagły ból w brzuchu i żaliła się na to, że robi jej się słabo. Podczas zabiegu operacyjnego, wykonanego natychmiast, znaleziono torbiel, wychodzącą z lewego jajnika, pękniętą podłużnie na przestrzeni 10 cm w górnej części i skręconą na szypule o 360°. Treść torbieli galaretowata; takaż treść znajdowała się w zatoce Douglasa oraz między jelitami. Treść ta była krwawo podbarwiona, w otoczeniu zaś guza widoczna mierna ilość częściowo świeżo skrzepłej, częściowo płynnej krwi.

Z całego obrazu, znalezionego podczas zabiegu, odnosi się wrażenie, że pęknięcie guza powstało tuż przed naszym zabiegiem, za czem przemawiał brak wszelkiego miejscowego oraz ogólnego odczynu na otrzewnej i obecność zupełnie świeżej krwi w jamie brzusznej. Opierając się na wywiadach, można z zupełną prawie pewnością twierdzić, że guz pękł podczas badania, dokonanego tuż przed zabiegiem: na to wskazuje odczuty przez chorą w tej chwili nagły ból w jamie brzusznej oraz osłabienie.

Zbierając te spostrzeżenia, dojść musimy do wniosku, że w tym przypadku skutkiem skrętu szypuły, gorzej odżywiona i zmieniona ściana torbieli oraz wzmożone ciśnienie we wnętrzu guza były czynnikami usposabiającemi do pęknięcia ściany torbieli. Bezpośrednio zaś powstało ono przez nieznaczny uraz (ostrożne badanie). Uraz ten bez tych wspomnianych warunków nie byłby napewno do tego doprowadził.

Tych kilka uwag przytoczyłem ze względu na to, że omawiane powikłanie guzów jajnikowych nie należy do zbyt częstych. Jak już z powyższego widać i jak piśmiennictwo poucza, najczęstszą przyczyną krwawień z pękniętych nowotworów jajnikowych jest skręt szypuły. Stopień tych krwawień bywa bardzo różny, począwszy zaledwie od nieznacznego pokrwawiania z pękniętego guza, które nie może mieć wpływu na rokowanie w danym przypadku, skończywszy na śmiertelnym krwotoku do jamy brzusznej skutkiem zbyt późnego wkroczenia lekarza. Pamiętać o tem należy w praktyce, że takie przypadki, jak opisane powyżej, zdarzyć się mogą i że niejednokrotnie tylko rychła pomoc lekarska może uratować życie chorej.

Pomoc ta polega na możliwie szybkiem zapanowaniu nad krwotokiem przez usunięcie guza po otwarciu jamy brzusznej.

Piśmiennictwo.

1) Albertin. Lyon. med. 1909. — 2) Asch. Centralbl. f. Gyn. 1912. — 3) Th. Molmes. Brit. med. Journ. 1910. — 4) Stark. Journ. of obstetr. and gynaecol. 1911. — 5) Voron et Frarier. Centralbl. f. Gyn. 1911. — 6) Wertheim. Centralbl. f. Gyn. 1894. — 7). Zubrzycki. Polskie Czas. lek. Nr. 11. 1921.

Dr. Teresa HELLERÓWNA. Lwów.

O zastosowaniu próby chyżości opadania krwinek w ginekologji.

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. J. K. we Lwowie. Kier. Doc. Dr. Bocheński.

Chyżość opadania krwinek okazała się ważnym czynnikiem rozpoznawczym w szeregu schorzeń i posługujemy się nią z korzyścią w przypadkach, w których inne metody kliniczne są niewystarczające. Z prac, jakie się pojawiły w ostatnich dwu latach, wynika bezsprzecznie wartość tej próby w przypadkach różnych cierpień narządu rodnego kobiecego. Wystarczy wspomnieć o rozpoznawaniu różniczkowem między ciążą a mięśniakiem macicy (Linzenmeier) między guzami przydatków a ciążą trąbkową (Linzenmeier) wreszcie o rokowaniu w przypadkach raków części pochwowej (Löhr)

Istota opadania krwinek znalazła w znacznej części wytłumaczenie w pracach wykonanych w instytucie Höbera. Wzajemne odpychanie się krwinek, naładowanych ujemnie, gwarantuje stałość ich zawiesiny jako roztworu koloidalnego. Czynniki zmniejszające lub znoszące to naładowanie ujemne odgrywają zasadniczą rolę w procesie wytrącania krwinek. Z drugiej strony stwierdzono, że chyżość opadania krwinek zależy w pierwszym rzędzie od zawartości fibrynogenu i globuliny w danym roztworze. Substancje te jako kolloidy o dodatnim ładunku elektrycznym znoszą naładowanie ujemne krwinek, wytrącają je ułatwiając im następnie zlepianie się.

Jako wskazane do badania opadania krwinek służą dwojakie metody.

1) Sposób Plauta, Westergreena i Fahraeusa, którzy oznaczają w milimetrach (Plauta) lub centymetrach sześciennych (Noeltze) drogę przebytą w pewnym określonym czasie, lub

2) sposób Linzenmeiera polegający na określaniu czasu potrzebnego do przebycia pewnych oznaczonych odległości. W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się metodą najprostszą i najłatwiejszą t. j. metodą Linzenmeiera, którą tak gorąco poleca Horwath w swoich uwagach nad metodyką opadania krwinek. Metoda ta jest o tyle nieskomplikowaną, że pozwala nam z łatwością odczytać wynik już w kilku minutach, co ma swoje specjalne znaczenie w przypadkach szybkiego opadania, o ile zaś krew opada powoli, nie jesteśmy zniewoleni czekać godzinę celem odczytania wyniku. Używaliśmy rurek szklanych wedle Linzenmeiera — o średnicy światła 0·5 cm, na których najwyższa kreska oznacza 1 cm. objętości, następne zaś odpowiadają 6, 12, 18, 24 mm odległości od pierwszej. Po możliwie krótkotrwałym ucisku ramienia pobieraliśmy krew z żyły łokciowej do strzykawki napełnionej 0·2 cm 5% rozczynu cytrynianu sodowego w ilości 0·8 cm Po kilkakrotnem zamieszaniu krwi w strzykawce, wlewaliśmy ją powoli (by uniknąć baniek powietrza) do rurki ustalonej w plastelinie. Rurkę obracaliśmy dwukrotnie celem dokładniejszego zmieszania — poczem wstawialiśmy ją napowrót do plasteliny. Próby nasze wykonywaliśmy przeważnie rano na czczo (z wyjątkiem materjału ambulatoryjnego) w temperaturze pokojowej, poczem przenosiliśmy rurki do sali, w której stale już pozostawały. Odczytanie odbywało się w ten sposób, żeśmy zapisywali czas, w którym krwinki opadały kolejno do poszczególnych 4 kresek oznaczonych na rurce, poczem obliczaliśmy średnią arytmetyczną t. zw. S. M. (Senkung-Mittelwert). Badania nasze miały na celu wypróbowanie:

a) w jak daleko idących granicach da się zastosować w ginekologji próba opadania krwinek i przedewszystkiem

b) czy będziemy mogli w przyszłości korzystać z próby tej celem rokowania w przebiegu najrozmaitszych przewlekłych cierpień narządu rodnego kobiecego.

By znaleźć przeciętną granicę między stanem fizjologicznym a już chorobowo zmienionym badaliśmy bez wyjątku wszystkie przypadki znajdujące się podówczas w klinice, względnie ambulatorjum. Badania nasze obejmują materjał 115 stu przypadków.

Zgodnie z wynikami ogłoszonemi niedawno przez Pewnego przekonaliśmy się, że średnie czasy opadania poniżej 100 minut możemy uważać za nieprawidłowe. Wyjątek pod tym względem stanowią przypadki ciąży względnie miesiączki. W krwi osób ciężarnych dało się zauważyć stałe przyśpieszenie opadania krwinek. Przyśpieszenie to stwierdziliśmy tak w przypadkach wczesnych jak i późniejszych miesięcy ciąży,

z tą jednak różnicą, że we wczesnych miesiącach przyśpieszenie to było słabsze, a nawet przekraczało wartość 100' i nie zawsze dawało się stwierdzić, w drugiej zaś połowie ciąży dochodziło nawet do 30'.

W 2 przypadkach włókniako-mięśniaków podsurowiczych wynosiło opadanie raz 82' drugi raz 36' — wartości bardzo zbliżone do tych, jakie wypadają podczas ciąży. Na podstawie tych 2 przypadków trudno wysnuwać wnioski. Okoliczność ta jednak dowodzi, że na podstawie tej próby nie zawsze łatwem jest rozpoznanie różniczkowe między ciążą zwłaszcza wczesną a mięśniakiem macicy i że próba ta w podobnych przypadkach zawodzić może.

Dalsze dwa przypadki, to włókniaki podśluzowe. Przypadki te należy wciągnąć do osobnej rubryki wskutek krwotoków, które jako takie dają przyśpieszenie czasu opadania dochodzące do 20' i poniżej. Podobne przyśpieszenie około 18' dał nam przypadek pękniętej ciąży pozamacicznej z ogromnem skrwawieniem się do jamy brzusznej. Niestety nie było nam danem przekonać się o wartości rozpoznawczej próby opadania między guzem zapalnym przydatków a ciążą trąbkową. Odkładamy to sobie do czasu, gdzie na większej ilości przypadków będziemy mogli dokonać dalszych doświadczeń.

Torbiele jajnikowe z treścią surowiczą wykazały średnią opadania około 120'. Jednakże i w tych przypadkach zupełnie niepowikłanych zdarzały się przyśpieszenia dochodzące 50' mimo, że klinicznie brak było wytłumaczenia tego zjawiska, zaś podczas operacji wykazały torbiele t eść surowiczą. Pewny znajdywał w przypadkach torbieli okazujących przyśpieszenie opadania — treść krwawą w torbieli albo bujanie złośliwe. W jednym z naszych przypadków o czasie opadanie 41' — okazała się we wnętrzu torbieli treść kaszowata. Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z torbielą skórzastą.

Najbardziej może charakterystyczne czasy opadania dawały zmiany zapalne w przydatkach.

Przewlekłe schorzenia przydatków niejednokrotnie przekraczały średnią 100' do 140' zbliżając się powoli do średnich normalnych opadania. W pierwszych swych doświadczeniach podkreśla Linzenmeier wartość próby opadania przy zmianach zapalnych przydatków, przy pomocy której z łatwością odróżnia procesy zapalne przewlekłe od nawrotów względnie ostrych nawałów szybko naprzód postępujących. Uważał on próbę opadania za doskonalszy i czulszy wskaźnik czynnych procesów w ustroju aniżeli krzywą ciepłoty. W przypadkach, gdzie brakło podniesienia ciepłoty rozpoznawał nasilenie procesów zapalnych jedynie zapomocą szybkości opadania. Tym sposobem można było przy późniejszych operacjach łatwo uniknąć przykrych rozczarowań w postaci następowych zropień kikutów pooperacyjnych. Według Linzenmeiera można pole operacyjne uważać za jałowe w przypadkach, gdzie szybkość opadania krwinek wynosi 1 do 2 godzin. Przy czasach opadania poniżej 1 godziny należy przyjąć obecność drobnoustrojów i wstrzymać się z operacją aż do uzyskania zupełnej jałowości pola operacyjnego. Niezależnie od Linzenmeiera podnosi równocześnie i Geppert znaczenie szybkości opadania w rozpoznawaniu procesów ropnych w ustroju i uważa powolne opadanie krwinek za decydujące przy wskazaniach do operacji. Löhr na podstawie własnych spostrzeżeń na obszernym materjale z kliniki chirurg. w Kilonji rozpisuje się szeroko nad przyśpieszeniem opadania przy procesach zapalnych, twierdząc, że dają one takie przyśpieszenie opadania bez względu na ich umiejscowienie w ustroju, odróżniając w ten sposób procesy zapalne w kościach i stawach od schorzeń tychże tkanek powstałych na innem tle.

Wedle Haselhorsta jest przyśpieszenie opadania krwinek znacznie lepszym miernikiem niżli ciepłota, tętno i leukocytoza.

O prawdziwości spostrzeżeń przytoczonych autorów mogliśmy się i my przekonać na naszym materjale. Guzy przydatków o przebiegu krzywej ciepłoty normalnym, wykazujące czas opadania ponad 150', dawały dobre rokowanie podczas leczenia czy to zachowawczego, czy operacyjnego. Ropne guzy trąbek, zropiałe krwisteki dawały przyśpieszenie poniżej 20', dochodzące nawet do cyfr tak niskich jak 3'. Podobne czasy opadania okazywały procesy zapalne w tkance przymacicznej o przebiegu tak przewlekłym jak też i ostrym. W tych przypadkach służyła nam próba opadania jako wskaźnik leczniczy przy stosowaniu proteinoterapji względnie leczenia swoistego szczepionkami. Tam gdzie szybkość opadania w ciągu leczenia wzrastała — przyjmowaliśmy zaostrzenie względnie pogorszenie się procesów zapalnych i zmienialiśmy leczenie co niejednokrotnie okazało się zbawiennem w dalszym przebiegu choroby. Jako przykład niech posłużą następujące przypadki:

1) Chora Q. L. lat 24, zamężna od roku — chora od 2 miesięcy. Badanie wykazuje guzy przydatków wielkości pomarańczy, ruchome, chełboczące, niebolesne. Odczyn Bordet-Gengou dodatni, w wydzielinie szyjki obecne dwoinki Neisserowskie. Czas opadania 38' pozwolił nam rozpoznać obustronnie ropnie trąbek (*pyosalpinx).* Stan podgorączkowy. Po zastosowaniu wielowartościowej szczepionki rzeżączkowej zaczęły ciepłoty wieczorne dochodzić do 38°. Stan chorej zaczął się pogarszać. Po 14 dniach stosowania szczepionki powtórzono próby z opadaniem krwinek. Tym razem otrzymaliśmy przyśpieszenie 4'. Równocześnie badanie wewnętrzne wykazało, że proces zapalny objął przymacicza boczne, unieruchomiając guzy przydatków. Wobec tego przerwaliśmy leczenie.

2) Chora D lat 40. Przed 4 miesiącami przeszła skrobankę wskutek ciągłych uporczywych krwawień. Odtąd bóle dołem brzucha i lekkie krwawienie. Badaniem stwierdzić można obok macicy po stronie lewej guz wielkości dużej pięści, zbity, dochodzący do kości, nieruchomy. Ciepłota normalna. Rozpoznanie waha się między nowotworem złośliwym jajnika a przewlekłem zapaleniem tkanki przymacicza lewego. Szybkość opadania 3'. Na tej podstawie rozpoznaliśmy zmianę zapalną przymacicza i zastosowaliśmy odpowiednie leczenie pod postacią aparatu Polana, maści i czopków. W dwa tygodnie później wynosiła szybkość opadania 4'. Klinicznie stan ten sam Wobec tego celem energiczniejszego i szybszego wchłonienia zastosowano śródmięśniowe wstrzykiwanie krwi własnej. Opadanie dokonane w 2 tygodnie później wykazuje szybkość opadania 25'. Klinicznie — przy badaniu wewnętrznem guz zmalał znacznie — chora czuje się znacznie zdrowsza i opuszcza klinikę.

Również posługiwaliśmy się próbą opadania przy leczeniu w przypadkach zakażeń połogowych substancjami nieswoistemi, dla celów rokowania. Nowotwory złośliwe okazały przyśpieszenie opadania znaczne, zwłaszcza raki części pochwowej, gdzie często wskutek rozpadu i bezpośredniej komunikacji ze światem zewnętrznym przychodzi do wtórnego zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczemi. Nie chodzi nam tu jednak o zjawisko przyśpieszenia jako takie, bo jak widzieliśmy zdarza się przyśpieszenie opadania dość często w przebiegu najrozmaitszych schorzeń narządu rodnego kobiecego. W przypadkach raka szybkość opadania może nam posłużyć za wskaźnik siły odpornej ustroju w walce z nowotworem złośliwym. Szereg przypadków raków zaniedbanych nienadających się już do operacji poddaje się u nas naświetlaniu promieniami Roentgena. Chodziłoby teraz o wykazanie przy pomocy próby opadania krwinek, które to raki pod wpływem naświetlania poprawią się w rokowaniu, a które pozostaną oporne na działanie promieni. Badania nasze są dopiero zapoczątkowane. Na razie zgodnie z wynikami Vidy przekonaliśmy się, że bezpośrednio po naświetlaniu występuje wybitne przyśpieszenie opadania. Tłumaczymy to sobie wzmożonym rozpadem tkanki nowotworowej i wzbogaceniem osocza w produkty rozpadowe białka względnie w fibrynogen i globulinę na niekorzyść albumin (w myśl teorji Hoebera). Najbardziej zajmującym będzie dla nas wynik opadania krwinek — w 6 tygodni po naświetlaniu, gdyż na podstawie dotychczasowych naszych doświadczeń w sprawie naświetlania raka macicy przekonaliśmy się, że jeżeli naświetlanie w danym przypadku jest skuteczne to klinicznie stwierdzić to można stanowczo w czasie najpóźniej w 6 tygodni po naświetlaniu. Dotychczas mamy

tylko jeden przypadek u osoby 26-letniej raka płasko-komórkowego części pochwowej, który nie nadawał się do operacji gdzie szybkość opadania wynosiła 18'. W trzy tygodnie po pierwszem naświetlaniu chora zgłosiła się ponownie. Szybkość opadania wynosiła wtedy 181'. Chora czuje się doskonale. Klinicznie uderzająca wprost poprawa — kalafior nowotworowy znikł, część pochwowa sformowana.

Drugi również ciekawy przypadek dotyczy chorej, która zgłosiła się do nas w 4 miesiące po radykalnej operacji raka części pochwowej. Badanie wewnętrzne wykazuje na szczycie lejka pochwowego wybujałości ziarninowe — obficie krwawiące, podejrzane na wybujałość nowotworową, którą uszczknięto celem zbadania histologicznego. Równoczesne badanie opadania wykazało średnią 111'. Już na podstawie wyniku próby z opadaniem krwinek wykluczyliśmy sprawę nowotworową — co w parę dni później potwierdził wynik badania drobnowidowego. Podobny przypadek opisuje P e w n y.

Streszczając wyniki badań powyższych doszliśmy do wniosków następujących :

1) Próba szybkości opadania krwinek dość stała zresztą dla procesów fizjologicznych i chorobowych zawodzi często w przypadkach klinicznych.

2) Próba ta może się okazać pomocną w rozpoznawaniu różniczkowem między guzami przydatków na tle zapalnem a nowotworami dobrotliwemi, względnie złośliwemi narządu rodnego kobiecego.

3) Próba szybkości opadania krwinek wykonana kilkakrotnie okresowo u tych samych chorych ma znaczenie dla rokowania niepoślednie

a) w leczeniu przewlekłych zmian zapalnych przydadków,

b) jako wskaźnik do operacji guzów przydatków i

c) jako doskonały miernik biologiczny w przypadkach raków operowanych lub naświetlanych promieniami Roentgena.

Z praktyki.

Jakób WĘGIERKO, asyst. kliniki. Warszawa

Przyczynek do przebiegu trzeciorzędnej kiły wątroby

Z I. kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. dr. A. G l u z i ń s k i.

Na jednem z posiedzeń Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w wykładzie p. t. »*Kilka uwag o kile wątroby ze stanowiska klinicznego*« prof. Gluziński zwrócił uwagę na fakt, że »u ludzi z nabytą kiłą, nie postać *hepatitis gummosa, hepar lobatum*, lecz postać *hepatitis interstitialis diffusa* zwykle, jakkolwiek nie bezwzględnie, z równoczesną hiperplazją śledziony, jak to widzimy u noworodków z dziedziczną kiłą, należy do częstych względnie następstw kiły nabytej«. Prof. Gluziński podkreślał wówczas, że »obok dużej, twardej wątroby, obok dużej, twardej śledziony — jako zmian charakterystycznych — należą jeszcze bóle w okolicy wątroby i śledziony (*perihepatitis et perisplenitis*), niekiedy zaburzenia ze strony żyły bramnej (*periphlebitis*), czasami żółtaczka, często równoczesna zmiana składu krwi pod postacią niedokrewności o typie bledniczym, leukopenji i limfemji, a towarzyszy temu nieraz stan gorączkowy, od podgorączkowego począwszy, aż do wysokiej ciepłoty z torem nieregularnym, przerywanym«.

Według statystyki prof. Gluzińskiego w narządach wewnętrznych — po układzie nerwowym, po narządzie krążenia — wątroba zajmuje trzecie miejsce co do częstości zmian kiłowych. W klinice naszej rozpoznawanie trzeciorzędnych zmian kiłowych w wątrobie, jak to wykazał na Zjeździe Internistów w Wilnie roku ubiegłego prof. Gluziński, nie należy już do rzadkości, a jeżeli naogół podobne rozpoznania spotyka się nie często, to jedynie dlatego, że na kiłę wątroby nie zwracano dotąd należytej uwagi. Zamiast zmian kiłowych wątroby rozpoznawano między innemi kamicę żółciową, ropień podprzeponowy i t. d., chorzy dostawali się w ręce chirurga i dopiero na stole operacyjnym przekonywano się, że nie było właściwie wskazań do zabiegu chirurgicznego.

Denéchau, Fruchand-Brin i Agoulon, opisują 4 przypadki rzekomo-chirurgicznej kiły trzeciorzędnej wątroby — czyli, jak się sami wyrażają — »*Quatre cas de syphilis tertiaire du foie à forme pseudo-chirurgicale*«. Wszyscy 4-ej byli skierowani do chirurga z mylnem rozpoznaniem.

Do przypadków rzekomo-chirurgicznych należy odnieść również przypadek spostrzegany u nas w klinice, który ze względu na przebieg nadaje się do szczegółowszego omówienia.

H i s t o r j a c h o r o b y : Stanisława Z., służąca, lat 20, niezamężna, pochodząca z rodziny zdrowej, przybyła dnia 24/X 1923 roku do kliniki.

W dzieciństwie przechodziła odrę, ospę, płonicę. Przed 6-ciu laty zapalenie płuc, które następnie kilkakrotnie się powtarzało. Przed 4-oma laty »hiszpanka«, dur brzuszny. Nie rodziła, nie roniła. Od 2 ch miesięcy brak perjodów.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 7-miu miesiącami, t. j. w marcu 1923 roku. Nagle wystąpił silny ból w podżebrzu prawem, który promieniował ku górze i tyłowi pomiędzy łopatki. Bólowi towarzyszyły wymioty, dreszcze, gorączka, dochodząca do 39 C i ogólne osłabienie. Celem złagodzenia bólów zastrzykiwano kilkakrotnie morfinę. Po trzech dniach objawy powyższe ustąpiły, zjawiła się natomiast wybitna żółtaczka. Chora udała się wówczas na jeden z oddziałów wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie przebyła 3 tygodnie. Poprawy jednak nie doznała, gdyż bóle w podżebrzu prawem powtarzały się często i miewała od czasu do czasu podwyższoną ciepłotę. Wobec tego dnia 4-go marca 1923 roku przepisano chorą na I-szą Klinikę chirurgiczną z rozpoznaniem kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono zupełnie prawidłowy pęcherzyk żółciowy (bez najmniejszych cech zapalnych), nie zawierający kamieni. Wobec tego jamę brzuszną napowrót zaszyto.

Po opuszczeniu Kliniki chirurgicznej, chora czuła się kilka miesięcy względnie dobrze. Dopiero z początkiem października 1923 roku wystąpił znowu nagle silny ból w podżebrzu prawem zupełnie takiego samego charakteru, jak przed operacją, dreszcze, gorączka do 39° C, wymioty. Żółtaczki tym razem nie było. W powyższym stanie chora przybyła do naszej kliniki.

S t a n o b e c n y : Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Odżywienie upośledzone, skóra i śluzówki dość blade Tętno przyśpieszone (110 na minutę), wypełnione dobrze, miarowe, równe. Oddechy prawidłowe, nie przyśpieszone. Źrenice miernie szerokie, równe, oddziaływują na światło dość leniwie, na odległość prawidłowo. W zakresie nerwów czaszkowych żadnych zmian nie stwierdzono. Język nieco obłożony szarawobiałym nalotem, wilgotny, przy wysuwaniu nie drży i nie zbacza. Gardło bez zmian. Na szyji nic nieprawidłowego nie stwierdzono, gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone. Klatka piersiowa bez zmian.

W p ł u c a c h : wypuk krótszy nad szczytami, szczególnie prawym. Oddech wszędzie pęcherzykowy, dość szorstki z wydechem wydłużonym, szczególnie pod obojczykiem prawym i nad wnękami płucnemi. Rzężeń nigdzie nie słychać. Dolna granica płuca prawego sięga od przodu i w linji pachowej do V-go żebra, w linji środkowej ciała do kręgu X-go (przepona zatem po stronie prawej jest wzniesiona ku górze z powodu powiększonej wątroby).

S e r c e : bez zmian.

B r z u c h : wysklepiony prawidłowo, miękki, niebolesny. Blizna pooperacyjna, przebiega równolegle do łuku żebrowego prawego, długości 20 cm.

W ą t r o b a : duża (wysuwa się na 3 palce poniżej łuku żebrowego) dość twarda, gładka, o brzegu ostrym, na ucisk dość tkliwa.

Ś l e d z i o n a : niemacalna, wypukiem nieco większa.

Odruchy kolanowe prawidłowe, wogóle układ nerwowy zmian nie wykazuje.

M o c z oddaje w ilości prawidłowej, kwaśny, przeźroczysty o ciężarze gatunkowym 1020. Zawiera wyraźne ślady białka, nieco większą ilość urobiliny. Barwików żółciowych i innych nieprawidłowych składników nie wykazuje. W osadzie nic szczególnego.

Krew: HB (Sahli) 68. Ciałek czerwonych 4,100.000. Wskaźnik 0,85. Ciałek białych 4.2 0, z czego limfocytów 35%, monocytów 7 , obojętno-chłonnych 56%, kwaso-chłonnych 1%, zasadochłonnych 1%.

Krzepliwość krwi prawidłowa (13 min.) Czas krwawienia 2 min. Ilość płytek nie zwiększona.

Mocznika we krwi 0,3%.

Ogólna ilość białka w osoczu 8,07%, fibrynogenu 0,176%, euglobulinów 0,81%, globulinów 3,06%, albuminów 5,01% Wskaźnik $\frac{\text{glob.}}{\text{alb.}}$ 0,61%.

Odczyn skłaczania: ujemny.

W t r e ś c i ż o ł ą d k o w e j stale brak kwasu solnego wolnego, ogólna kwasota na czczo 4, po próbnem śniadaniu 6, po obiedzie 18.

Badaniem roentgenologicznem, przeprowadzonem w naszej klinice przez kol. Elektorowicza, oznak wrzodu żołądka lub dwunastnicy stwierdzić się nie udało. Natomiast wykazano zrosty pomiędzy częścią odźwiernikową a środkiem żołądka. Przepona po stronie prawej ustawiona wyżej, słabo ruchoma przy oddechu,

W przeciągu pierwszego tygodnia pobytu w klinice, chora skarżyła się na nieznaczne tylko bóle o charakterze stałym w podżebrzu prawem, wzmagające się przy poruszaniu, silne osłabienie, brak łaknienia, zaparcie stolca.

W tym czasie ciepłota ciała wykazywała 37°—38° C.

Na 8-my dzień pobytu w Klinice ciepłota ciała podniosła się nagle do 39,4° C, towarzyszyły temu silne dreszcze (przypominały zupełnie atak zimnicy), odczuwała przy tem silny ból w podżebrzu prawem, który promieniował między łopatki.

Badanie krwi wykonane podczas najwyższej ciepłoty wykazało: leukocytów 4.200, limfocytów 36 %, monocytów 8 %, obojętno-chłonnych 54%, zasado-chłonnych 2%. Pasorzytów zimniczych nie znaleziono. Odczyn skłaczania ujemny.

Ból ustąpił dopiero po zastrzyknięciu morfiny. Po upływie 6-ciu godzin zaczęła się obficie pocić, ciepłota ciała wykazywała 37,6 C. Następnego dnia powtórzył się zupełnie taki sam napad bólu z dreszczami i wysoką ciepłotą (39,1°). Po 4-ch dniach względnego spokoju (niewielkie bóle o charakterze stałym w podżebrzu prawem, ciepłota 37,2° i 37,8°), znowu nagle pojawiły się dreszcze, gorączka 39,8° C, niepokój, gwałtowny ból w podżebrzu prawem. Po 8—9 godzinach obfite poty, spadek ciepłoty do 36,4° C. Podobne wahania ciepłoty ciała, którym towarzyszyły dreszcze, poty i wspomniane bóle, powtarzały się dość często (co 4, 6, 8 i więcej dni).

Krew badana kilkakrotnie, zarówno na wysokości ciepłoty, jak i podczas pocenia, wykazywała stale leukopenję z limfemją i brak pasorzytów zimniczych. Odczyn skłaczania był zawsze ujemny. Wykonany trzykrotnie w różnych odstępach czasu posiew krwi na buljonie i agarze wypadał zawsze ujemnie (pożywki pozostawały jałowe).

Wobec powyższych danych klinicznych można było sądzić, że mamy do czynienia z zimnicą lub z jakiemś zakażeniem septycznem. Przeciwko zimnicy przemawiał jednak stale wykazywany brak pasorzytów zimniczych, a także morfologiczny skład krwi. Zakażenie septyczne należało wyłączyć, skoro mieliśmy do czynienia z leukopenją i limfemją, zresztą posiew krwi wypadał zawsze ujemnie.

O ropniu podprzeponowym myśleć nie mogliśmy, mimo ciepłoty z torem przerywanym, wobec braku leukocytozy obojętno chłonnej, a obecności leukopenji z limfemją. Wyniosłość zaś przepony po stronie prawej i jej małą ruchomość należało odnieść do dużych rozmiarów wątroby wraz z jej przyrostem do przepony (*perihepatitis*).

Zespół danych klinicznych: *duża, gładka wątroba, powiększona śledziona, leukopenja z limfemją, gorączka o typie przerywanym, nieregularnym,* wszystko to wprost zmuszało nas do myślenia o kile wątroby, a mianowicie o postaci *hepatitis insterstitialis diffusa.* Mimo zapewnień chorej, że nie uległa zakażeniu kiłowemu, wykonany w surowicy krwi odczyn Bordet-Wassermanna dał wynik ++++. Niezwłocznie więc przystąpiono do leczenia swoistego, stosując wcierania *ung. ciner.* po 3 gr. dziennie.

Po 6-ciu wcieraniach chora prawie zupełnie przestała gorączkować (ciepłota wieczorna 37,1°—37,3° C). Po dalszych 6 ciu wcieraniach gorączka ustąpiła zupełnie, samopoczucie znacznie się poprawiło, bóle w podżebrzu prawem ustąpiły, wątroba z dniem każdym się zmniejszała, pojawiło się łaknienie, zaczęła przybierać na wadze.

Ogółem otrzymała w przeciągu 5-ciu tygodni 30 wcierań. Podczas prowadzenia leczenia niekiedy podnosiła się jeszcze ciepłota ciała do 38° C na jeden lub dwa dni, pozatem chora nie gorączkowała i czuła się dobrze.

Na 20-sty dzień po ukończeniu leczenia rtęciowego stan chorej zaczął się znowu pogarszać, co kilka dni pojawiały się dreszcze, ciepłota ciała dochodziła do 39° C. Równocześnie z podwyższeniem ciepłoty występował silny ból na mostku. W podżebrzu prawem bóle nie pojawiały się już więcej. Chora zaczęła się znowu skarżyć na uporczywe bóle głowy, brak łaknienia, zaparcie stolca. Wykonany w tym czasie odczyn Bordet Wassermanna wykazał jeszcze +.

Cierpienie zatem nie zostało jeszcze w zupełności opanowane, wprawdzie wątroba zmniejszyła się znacznie, gdyż teraz zaledwie tylko występowała z pod łuku żebrowego, a granice płuc po stronie prawej były zupełnie prawidłowe i przepona prawie że po obu stronach jednakowo ruchoma, to jednak wystąpiło zapalenie okostnej mostka (*periostitis luetica*). Wówczas zastrzyknięto chorej dożylnie 0,3 salwarsanu »Grodzisk«, a na mostek przyklejono plaster rtęciowy. Po zastrzyknięciu salwarsanu gorączka ustąpiła zupełnie, bolesność mostka znikła i chora czuła się bardzo dobrze. Nie bacząc na zupełnie dobre samopoczucie chorej i brak gorączki zastrzyknięto jej jeszcze dwa razy po 0,3 salwarsanu w odstępach dwutygodniowych.

Dnia 19-go marca 1924 roku t. j. po 5-cio miesięcznym prawie pobycie w klinice chora wypisała się jako zupełnie zdrowa. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny, wątroba ledwo wyczuwalna, niebolesna, śledziona nie powiększona, łaknienie dobre, stolec prawidłowy. Zjawiło się pierwsze od roku miesiączkowanie. Przez czas pobytu w klinice chorej przybyło na wadze 8,5 kg. Badanie krwi w dniu opuszczenia kliniki wykazało: ciałek czerwonych 5,100.000, HB. (Sahli) 80. Wskaźnik hemoglobiny 0,8, ciałek białych 8.200: obojętnochłonnych 75%, limfocytów 18%, monocytów 5%, kwasochłonnych 1%, zasado-chłonnych 1% — czyli ustąpiła leukopenja i limfemja.

Jak wynika z przebiegu cierpienia, mieliśmy niewątpliwie do czynienia z zakażeniem kiłowem, umiejscowionem również w wątrobie (*hepatitis interstitialis diffusa et perihepatitis*) i z równoczesnem zajęciem okostnej mostka (*periostitis luetica*), które przyłączyło się później.

W piśmiennictwie polskiem i cudzoziemskiem opisywano nieraz stany gorączkowe, występujące w przebiegu kiły okresu trzeciego (Białokur, Maliniak, Imhof-Bion, Kirchheim, Klemperer, Schlegimann i inni). Autorzy ci albo nie zwracali szczególniejszej uwagi na wątrobę, albo też opisywali kiłę wątroby, przebiegającą jako *hepatitis gummosa.*

W końcu podniosę raz jeszcze, że *duża, gładka wątroba równoczesną mniej lub więcej zaznaczoną hyperplazją śledziony przy leukopenji z limfemją,* jak to podkreśla prof. Gluziński, zwracać powinna uwagę — czy tłem tych zmian nie jest zakażenie kiłowe, a myśl ta może uchronić od błędów rozpoznawczych, które się jednak zdarzają o czem świadczy przytoczony przypadek i przypadki autorów francuskich, w których chorzy bez potrzeby byli poddawani zabiegom chirurgicznym.

Piśmiennictwo.

1) Gluziński. Lwowski Tyg. Lek. 1912. Nr. 22. — 2) Tenże. Nowiny lek. 1924. Nr. 4. — 3) Tenże Polskie Arch. dla Med. Wewn. Tom I-szy, zeszyt I-szy. — 4) Denechau, Fruchand-Brin i Agoulon. Bulletins et Memoires de la Societé Medical des hopitaux Nr. 13. 1923. — 5) Białokur. Allgem. Wiener Mediz. Zeit. 1911. Nr. 5. — 6) Tenże. Wiener klin. Wochenschr. 1912. — 7) Maliniak. Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1912. — 8) Imhof-Bion. Mediz. Klin. 1909. Nr. 21. — 9) Kirchheim. Deutsche med. Wochen. 1911. — 10) Klemperer. Zeit. für klin. Mediz. 1904. — 11) Schleglmann. Deutsche med. Wochen. 1911. Nr. 28.

Z dziejów nauki polskiej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Działalność naukowa i prace prof. Walerego Jaworskiego

(Dokończenie).

Również w roku 1887-ym w pracy p. t.: „**O nowym dyetetycznym przetworze żelazistym**" (Przegl. lek. Nr 22) zaleca jako bardzo racjonalny pomysł skombinowanie piwa z żelazem, jako t. zw. piwo żelaziste, w którem żelazo jest w dobrych warunkach resorbcyjnych, korzystniejszych niż w szczawach żelazistych. Jest ono w rozpuszczeniu wobec nadmiaru kwasu węglowego i ciał wyciągowych, które je chronią od utlenienia. Następnie znajduje się żelazo wobec dwóch czynników t. j. kw. węglowego i wyskoku, które w wysokim stopniu przyśpieszają wessanie ciał rozpuszczalnych w przewodzie pokarmowym. Wreszcie jest żelazo w piwie w połączeniu z ciałami organicznemi jak kw. jabłkowym, mlekowym, maltozą i t. d. które już w żołądku doznają łatwo wessania. Nadto piwo to przedstawia następujące zalety:

1) Gorzkawy smak piwa osłania ściągający smak żelaza.

2) Ilość połączeń żelaza wynosi w jednorazowej dawce t. j. w 1/4 litra 0·08 względnie 0·8 gr. t. j. przeciętnie tyle ile zapisuje się węglanu lub mleczanu żelaza.

3) Piwo żelaziste jest nietylko środkiem leczniczym lecz i odżywczym.

Wówczas piwo to było wyrabiane w browarze Kwiatkowskiego w Serecie na Bukowinie jako słabsze, zawierające 0·31 i mocniejsze zawierające 0·64 przetworów żelaza w litrze.

Ulubionym tematem Jaworskiego do którego wielokrotnie chętnie powracał i który opracował tak gruntownie jak nikt przed nim — było leczenie sztucznemi wodami leczniczemi. Tematowi temu poświęcone były liczne prace polskie i niemieckie jak:

1) **Die Übersaüerung des Magens und deren Behandlung mit Aqua alcalina effervescens fortior et mitior** (Therap. Monatshefte 1897 H. 7).

2) **Über die Behandlung der catarrhalischen Diarrhoea mit Aqua e lcinata effervescens fortior et mitior** (Therap. Monatshefte 1898. H. 2).

3) **Aquae minerales — Aquae medicinales effervescentes** (Pamiętnik Jubileuszowy wydany ku uczczeniu 25-letniej działalności Prof. Edwarda Korczyńskiego. 1900).

4) **Mineralwässer und Heilwässer** (Wiener. med. Wochens. 1901. Nr. 1.).

5) **Über den Gebrauch der aqua magnesiae effervescens** (Therapeutische Monatshefte 1901. Heft 1)

6) **Heilwässer und Heilwassertrinkstätten** (Wiener med. Presse. 1902. Nr. 1—2).

7) **O racjonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli** (Przegląd lekarski 1902. Nr- 16—18).

8) To samo po niemiecku (Klinisch therapeutische-Wochenschrift. 1902. Nr. 16 17)

9) **Über ein ex tempore bereitetes Eisenwasser** (Terapeutische Monatshefte 190 . H. 6.).

10) **O leczeniu wodami normalnemi** (Zbiorowy podręcznik o chorobach wewnętrznych Tom III. Kraków 1905)

11) **Über Behandlung mit Normalwässern** (Berlin 1905).

12) **O stosowaniu wód normalnych w lecznictwie.** (Broszura. Kraków 1912.)

W pracach tych Jaworski zastanawiając się nad działaniem leczenia zdrojowego, dochodzi do przekonania, że wyniki lecznicze zależą nie od picia wody zdrojowej, lecz głównie od innych czynników leczniczych takich jak: korzystne napięcie psychiczne ugruntowane wiarą w zdrojowisko, oderwanie się od codziennego trybu życia, i przeciążenia pracą a wprowadzeniu czynników higjenicznych przy układaniu się do snu i wstawaniu, spokoju lub ruchu na powietrzu, zabaw i gimnastyki, dalej wpływ korzystnych stosunków klimatycznych, diety, którą chory w zdrojowisku stosuje, a w domu stosować nie chce, nie może lub nie umie, oraz kąpiele lecznicze. Działają tu metody lecznicze jakie się specjalnie dla każdego zdrojowiska wyrobiły z biegiem jego rozwoju. Natomiast picie wody mineralnej naturalnej w zdrojowisku a tem bardziej w domu stało się czynnikiem podrzędnym. Słuszną przyczyną tego jest to, że naturalne wody mineralne zawierają oprócz składników odpowiadających wskazaniom także ciała albo obojętne, albo niekiedy nawet wręcz szkodliwe tak że gdyby tak zanieczyszczoną wodę wyrabiano sztucznie zostałby jej fabrykant pociągnięty do odp wiedzialności za niedbalstwo. Nie n leży sobie wyobrażać, że źródła mineralne wypływają w tym celu na powierzchnię aby leczyć choroby i że każda woda mineralna stanowi jedność terapeutyczną, której składu naturalnego zmieniać nie wolno. Przeciwnie. Naturalne wody mineralne są to medicamenta cruda a stosowanie ich jak leku domowego jest taką samą tradycją jak stosowanie kory chinowej, wilczej jagody, makówki folia jaborandi, kory dębowej. — które dziś zastąpione są przez chininę, atropinę morfinę, pilokarpinę i tanninę. Należy wyrzucić z naturalnych wód mineralnych zbyteczne, obciążające i szkodliwe czynniki, nie naśladując ich pełnego składu należy stosować lecznicze sztuczne roztwory solne, pojedyncze i złożone, oparte na właściwościach farmakodynamicznych i doświadczeniu klinicznem. W ten sposób powstały z jego inicjatywy sztuczne wody lecznicze i wody normalne fabrykowane pod kontrolą Jaworskiego w Krakowie przez znaną fabrykę wód mineralnych Ryącyi Chmurskiego, oraz przez Towarzystwo Akcyjne „Motor" w Warszawie, które wyrabia je według wskazówek Jaworskiego pod nazwą „Wody prof. W. Jaworskiego". — Doniosłość tych prac Jaworskiego najlepiej ocenili w praktyce lekarze, którzy w najrozmaitszych cierpieniach stosując różne wody Jaworskiego na każdym kroku mają w rękach bardzo dzielny i skuteczny czynnik leczniczy, zbudowany racjonalnie na nowoczesnych poglądach chemiczno-farmakologicznych. Także zagraniczne zwłaszcza niemieckie podręczniki uważają wody, robione według wskazówek Jaworskiego, za bardzo dobre, a t. zw „Normalwässer nach Prof. Jaworski" wyrabiane są w całych Niemczech.

W r. 1905-tym w dniach 6 i 7 maja odbył się w Krakowie I-szy Zjazd balneologiczny polski w którym Jaworski osobiście uczestniczył. Na posiedzeniu sekcji lekarskiej 7 maja odczytaną była praca wspólnie wykonana z Flisem dla I. Zjazdu Balneologów polskich, która pojawiła się w „Przeglądzie lek" (1905 r. Nr. 21—23) i I-szym tomie „Pamiętnika Polskiego Towarzystwa Balneologicznego za rok 1905. Praca ta nosi tytuł: „**Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich**". Są to wyniki badań wykonanych w czerwcu lipcu i sierpniu roku 1904 w Klinice wewnętrznej Korczyńskiego. Badania te obejmowały rozbiór chemiczny, punkt marznięcia, warunki osmotyczne i przewodnictwo elektryczne w 58 wodach polskich. Autorowie są przeciwnikami podawania składu wód w ugrupowaniu jonowem i uważają na podstawie faktów, że sposób pisania składu wód w jonach jest tylko modną fantazją nie popartą dowodami.

W r. 1905-ym umarł prof. Edward Korczyński a Jaworski w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 39) pisze w gorących słowach obszerny nekrolog profesora i swego przyjaciela — dla którego osoby, pracy i zasług żywił Jaworski zawsze kult gorący.

W r. 1905-ym wydaje Jaworski pierwszy polski całkowity podręcznik zbiorowy chorób wewnętrznych w 3 ch tomach, zakrojony na miarę zachodnio-europejską. Współpracownikami jego byli: Domański, Gluziński, Korczyński, Latkowski, Marischler, Oltuszewski, Pieniążek, Pisek, Prus, Pruszyński, Szurek, Wiczkowski i Wilczyński. W podręczniku tym sam Jaworski opracował:

1) Choroby przewodu pokarmowego i otrzewnej oraz

2) O leczeniu wodami mineralnemi, normalnemi i wodami leczniczemi.

Urywek z pracy Jaworkiego, zawartej w tem dziele wyszedł w „Przeglądzie lekarskim" (1905. Nr. 1) p. t.: „**Uwagi wstępne o chorobach kątnicy**". Biegański w pracy swej p. t.: „**Co i jak lekarz czytać powinien**" („Czasopismo lekarskie 1908.) radzi lekarzowi jako rzecz niezbędną zaopatrzenie swej bibljoteki podręcznej w ten podręcznik.

W tymsamym czasie ruchliwy Jaworski podejmuje, i odrazu urzeczywistnia myśl założenia przy krakowskiej Klinice lekarskiej Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Bardzo rychło nagromadził w Klinice liczne zbiory; tak że w roku 1905 było już w inwentarzu 2500 przedmiotów. Nadto miały być prowadzone zapiski ważniejszych wydarzeń, dotyczących rozwoju Wydziału lekarskiego. Według programu nakreślonego wówczas przez J. „celem powyższego zbioru jest wierne przedstawienie historycznego rozwoju, działalności i wpływu Wydziału Lekarskiego U. J na naukę i społeczeństwo polskie; zabezpieczenie czynności naukowej Wydziału Lek. przed nienależytem uwzględnieniem go w literaturze lekarskiej, jakoteż przed rychłem zapomnieniem zasług dawniejszych pokoleń. Przyszły pracownik na niwie lekarskiej polskiej, jakoteż historjograf, znajdą tu bez trudu materjał w jednem miejscu skupiony". Program powyższy Jaworskiego wraz z zaproszeniem do ofiarowania przedmiotów wydrukowano też na końcu podręcznika zbiorowego chorób wewnętrznych. Później rozszerzył jego zakres na „Muzeum medycyny i farmacji polskiej".

W r 1906-ym zapoczątkował on w „Przeglądzie lekarskim" perjodyczną publikację przez asystentów klinicznych „**Zapisków leczniczych z Kliniki lekarskiej Uniw. Jag.**" Celem ich było ułatwienie lekarzowi praktykowi orjentowania się w powodzi nowych środków leczniczych puszczanych codziennie w świat przez przemysł chemiczny i aptekarski z wielką reklamą. Były to treściwe bezstronne doniesienia o wynikach ze stosowania w Klinice rozmaitych nowych leków.

W r. 1906-ym w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 26 i we „Wiener Klinische Wochenschrift" (Nr. 28) wspólnie z Korolewiczem ogłasza Jaworski badania: „**O krwotokach utajonych przewodu pokarmowego**", które wykazały ważność rozpoznawczą tego objawu i przyczyniły się do oparcia rozpoznania wrzodu żołądka na znacznie pewniejszych podstawach aniżeli dotychczas. W szczególności wykazali, że prócz wrzodu żołądka, także inne schorzenia, innych części przewodu pokarmowego n. p. rak przełyku bywa źródłem krwawień utajonych.

W tymże roku (1906 — „Przegląd lekarski" Nr. 31 (ogłasza Jaworski: „**O łoju baranim jako masie pigułkowej**". W pracy tej zaznacza że przy podawaniu niektórych drażniących leków jak arsenu, rtęci, jodu, fosforu i t. p należy ochraniać chory żołądek od ich działania Do tego celu zaleca stosować takie leki w pigułkach łojowych (sebum ovile), gdyż one pływając w wodzie i w treści żołądkowej na powierzchni, szybko z płynną treścią przechodzą ze żołądka do jelit, nie topią się i nie rozpuszczają w żołądku. nat miast rozpuszczają się w całości w jelitach.

W październiku 1907 otworzył Jaworski w Klinice lekarskiej osobne dyspensatorjum dla ubogich chorych piersiowych, na wzór dyspenzorjów francuskich, które pod kierownictwem Jaworskiego prowadził ówczesny asystent Kliniki Korolewicz. Do dyspenzatorjum tego przez pierwsze $1/2$ roku zgłosiło się 331 osób ze zmianami gruźliczemi na ogólną liczbę 2077 chorych ambulatoryjnych. Chorych pouczano o etjologji gruźlicy, o jej zaraźliwości, rozdawano im osobne drukowane przepisy zachowania się w domu, wydawano w miarę możności leki i kontrolowano przebieg choroby przynajmniej raz na miesiąc. W lżejszych przypadkach stosowano leczniczo wstrzykiwania tuberkuliny

W lipcu r. 1907-ym odbył się we Lwowie X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w którym Jaworski brał udział. Zgłosił on jeden wykład własny p. t. „**Działanie radu na bakterje**" z demonstracjami, a drugi wspólnie z Łapińskim: „**O badaniu fizycznem wyrostka robaczkowego**" Oba wykłady opublikowane w r 1908 a mianowicie: W roku 1908-ym ogłasza w „Medycynie" (Str 1121) pracę p t: „**Przyczynek działania promieni radu na bakterje**". Badania te uskutecznił za pomocą 10 mgr bromku radu zawartego w rurze szklannej około 1 mm średnicy. Użył gatunków następujących: *b typhi, b coli b. anthracis, b. kiliense, sarc. erythromyxa* a także wypróżnień osób zdrowych i chorych. Działały w danym przypadku promienie z odległości 2—3 mm przenikając szkło. Bakterjobójczość ich była prawie jednakowa we wszyst

kich przypadkach po 48-miu godzinach bakterie prawie bez wyjątku ginęły; po roku działanie promieni na bakterje było słabsze; na samą pożywkę działanie promieni jest zmienne.

W r. 1903-ym w „Przeglądzie lek." (Nr. 3 i 4) i we „Wiener Kl. Woch." ogłasza Jaworski wspólnie z Łapińskim: **„O wyczuwalności wyrostka robaczkowego i kątnicy oraz o przynależnych punktach bolesnych"**. Badania te dowodzą ważności planowego postępowania, które doprowadza do odkrywania nowych zjawisk przy pomocy prostych rękoczynów po nabyciu pewnej wprawy przez ćwiczenie. Z badań tych robionych u 800 mężczyzn u 51·5 precent można było wyczuć wyrostek robaczkowy bez przypadów schorzenia tego narządu. Oprócz tego u 60-ciu wyczuwano w prawej zatoce biodrowej sznurki pochodzące bądź ze zmienionej otrzewny kątniczej, bądź z wyrostka. Bolesność punktu Mac Burneya stwierdzono u 26·5% i zauważono, że bolesność tego punktu nie idzie w parze z bolesnością wyrostka. U 17·6% stwierdzono bolesność symetrycznego punktu po stronie lewej, a u 12·1% bolesność obydwóch tych punktów. Ponadto przeprowadzono wiele badań nad wyczuwalnością i bolesnością dotykową kątnicy i poprzecznicy esowatej. Badania te potwierdził również prof. Witołd Orłowski („Przegląd lekarski" z r. 1908), który wśród 10 mężczyzn wyczuł wyrostek sposobem Jaworskiego i Łapińskiego u 49%.

W r. 1909-ym zmarł Teodor Dunin jeden z najwybitniejszych i najzasłużeńszych internistów polskich. Pisząc jego nekrolog („Przegląd lekarski" 1909. Nr 13.) z głębokim żalem wspomina Jaworski o nieumiejętności u nas właściwego oceniania popędu do pracy naukowej. „W innych warunkach — pisze Jaworski — gdzieś za granicą, stworzonoby człowiekowi tej wartości, co ś p. Dunin, byt wolny od trosk, pozwalający poświęcić się wyłącznie umiłowanej pracy; w warunkach naszych musiał ś. p. Dunin ciężką pracą zwyczajnego praktyka zarabiać, a czas wolny od praktyki, mający mu służyć za wypoczynek wraz z zapracowanym groszem wkładał w pracę naukową i społeczną".

Podobnego losu i braku opieki ze strony społeczeństwa niestety doznał i sam ś. p. Jaworski, który złożywszy ze swego pracowitego życia ofiarę Nauce i Ojczyźnie, musiał pod koniec życia, będąc już ciężko chorym, praktykować, borykając się z materjalnemi troskami.

W r. 1909-ym odbył się w kwietniu w Krakowie II-gi Zjazd Balneologów polskich, w którym prof. Jaworski osobiście brał udział.

W tymsamym roku (1909) odbył się w Krakowie od 19—21 lipca I-szy Zjazd Internistów polskich, a ówczesne zeszyty „Przeglądu lekarskiego" poświęcone temu Zjazdowi są wypełnione w całości pracami Jaworskiego i lekarzy kliniki krakowskiej, prowadzonej przez niego, a mianowicie: Klugera, Korolewicza, Kostrzewskiego, Łapińskiego, Maciąga, Mięsowicza i Szurka. Zjazd ten, który zagaił prof. Jaworski jako prezes Komitetu urządzającego, połączony był między innemi ze zwiedzaniem Muzeum założonego przez niego. Na Zjeździe tym rozdawano odezwę specjalnie wydrukowaną (1911) przez Jaworskiego, propagującą Muzeum historyczne z rozszerzonym zakresem jako: „Muzeum historyczne medycyny i farmacji polskiej", zachęcającą do ofiar dla Muzeum. Trzecim referatem głównym Zjazdu był wspomniany już referat Jaworskiego i Mięsowicza: **„O deprawacji wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach"**. Referat ten wywołał ożywioną dyskusję, w której brali udział: Mikołajski, Pisek (Podgórze), Gluziński, Dłuski, Fidler i Birkenfeld, poczem jednogłośnie uchwalono wszystkie wnioski referentów z dodatkiem wniosku Mikołajskiego, polecającego Izbom lekarskim i świeżo zawiązanemu „Związkowi Prasy Lekarskiej Polskiej", aby się również tą sprawą zajęły.

Zjazd ten, zainicjowany przez Jaworskiego, powiódł się pod każdym względem znakomicie, zgromadzając nadspodziewanie liczne grono uczestników i zostawiając po sobie niepośledni plon naukowy. Toteż po zakończeniu wykładów prof. Gluziński wśród hucznych oklasków podkreślił zasługi Jaworskiego, któremu zawdzięczać należało, że Zjazd ten udał się i że położył podwaliny pod dalsze Zjazdy.

W tym roku („Przegląd lek." 1909. Nr. 29—32) razem z Korolewiczem ogłasza Jaworski pracę p. t: **„Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych"**. W pracy tej omówiwszy wprzód teorję komórkową Miecznikowa i humoralną Buchnera, względnie neohumoralną Ehrlicha, przedstawia szczegółowo rzecz objętą tytułem i opinje autorów o tej metodzie. Badania własne nad wskaźnikiem opsoninowym w schorzeniach gruźliczych rozmaitych narządów oraz nad zachowaniem się jego przy leczniczem wstrzykiwaniu tuberkuliny przeprowadzono ogółem u 23 chorych razem w ilości 98 badań. Na podstawie tych spostrzeżeń doszli do wniosku, że przy wstrzykiwaniach tuberkuliny oddają opsoniny wielką usługę tak dla leczonego jak i dla leczącego.

W tymsamym roku (1909) również z Korolewiczem ogłasza on w „Przeglądzie lekarskim" (Nr 30) pracę: **„O powietrzu w pokoju a na werandzie"** w której streszcza spostrzeżenia nad czystością powietrza, względnie zawartością ozonu, poczynione przygodnie w czasie wakacyj w r. 1908 w Krakowie, Krynicy i Zakopanem. W Krakowie badano powietrze w gmachu klinicznym i w ogrodzie klinicznym, nadto w mieszkaniu prywatnem w śródmieściu i na plantacjach, a również w kilku miejscach w Krynicy i Zakopanem. Ze spostrzeżeń tych okazało się, że w Krakowie nie było ozonu, a w Krynicy i Zakopanem znajdował się obficie i to w większej ilości w Zakopanem niż w Krynicy. Postulaty postawione w tej pracy aby miasta, zamiast drzew liściastych wszędzie gdzie to tylko możliwe obsadzały place i najbliższe okolice drzewami szpilkowemi — przeszły niestety dotychczas bez echa z powodu zupełnego niedorozwoju znajomości higjeny w naszem społeczeństwie.

W tymsamym roku (1909) w „Przeglądzie lekarskim Nr. 29—31) razem z Łapińskim ogłasza: **„Wyniki rozpoznawcze i lecznicze otrzymane w schorzeniach kiłowych, przy kierowaniu się odczynem Wassermann-Neisser-Bruck'a"**. Omówiwszy wprzód wartość rozmaitych innych odczynów na kiłę i technikę odczynu opisanego w tytule, przedstawia badania przedsięwzięte w Klinice krakowskiej, których liczba wynosiła 231 badań u 184 chorych. Były to surowice ze zmian świeżych, surowice z pewną przebytą kiłą, ze zmian trzeciorzędnych oraz badania nad zachowaniem się odczynu pod wpływem leczenia i badania nad stwierdzeniem swoistości samego odczynu. Dochodzą do wniosku, że odczyn ten jest swoisty i rozpoznawczo doniosły a tylko u nas w zimnicy okazujący pewną nieswoistość. W leczeniu dłuższem używać należy odczynu jako wskaźnika dla podjęcia lub przerwania leczenia.

W r 1911 ogłasza w „Przeglądzie lekarskim" (Nr 23) pracę p. t.: **„Oklepywanie wątroby i żołądka i ucisk wibracyjny"**, w której podaje swoje spostrzeżenia nad oklepywaniem wątroby i żołądka u chorych t. j. wykonując szybko po sobie następujące uderzenia. Wstrząśnienia te wywołują w schorzałych narządach uczucie bólu. W wielu niejasnych przypadkach oklepywanie wątroby naprowadziło na rozpoznanie kolki żółciowej. Natomiast bolesność, która się okazuje po lewej stronie grzbietu a której niema po prawej stronie przemawia za wrzodem okrągłym na tylnej ścianie żołądka. Jaworski uważa oklepywanie także przy kolce żółciowej i wrzodzie żołądka we wielu wątpliwych przypadkach za cenny i pomocniczy sposób rozpoznawczy. Nadto stosował on dla odróżnienia nerwobólu żołądkowego od wrzodu okrągłego i kamicy wątrobowej t. zw. ucisk wibracyjny. Jeżeli wtłacza się opuszką palca bolesne powłoki brzuszne ku wewnątrz i równocześnie wykonywa przez ¼—1 minuty ruch wibracyjny nie odejmując końca palca od powierzchni ciała — to bóle nerwowe znikają a przy ponownem badaniu chory nie umie nieraz podać w którem miejscu go bolało. Natomiast jeżeli punkty bolesne są na tle anatomicznem (ulcus, cholelithiasis) to bolesność przy ucisku wibracyjnym nie znika a często potęguje się, tak, że chory broni się przed powtórzeniem próby. Praca ta wyszła po niemiecku we „Wiener Klin. Woch. 1911. Nr. 25.

W r 1911-ym w „Przeglądzie lek." (Nr. 28) ogłasza w pracy p. t.: **„Hypodynamja cordis diarrhoica"** swoje spostrzeżenia, dowodzące, że w praktyce u osób zazwyczaj starszych z przewlekłem skurczowem zaparciem stolca może się pojawić pod wpływem środków czyszczących biegunkowa niedomoga serca. Zwykle dotyczy to osób u których energja zapasowa serca jest zmniejszoną i niewystarczającą czy to z powodu miażdżycy ogólnej, czy z powodu przewlekłych spraw zapalnych, zwyrodnienia, otłuszczenia lub złego odżywiania serca, lub wad zastawkowych. Ponieważ zmiany te mogą być nieznaczne lub znajdować się w miejscach dla czynności narządu mniej ważnych, że są utajone i klinicznie się jeszcze nie ujawniają a dopiero stan biegunkowy je ujawnia, przeto można stan biegunkowy względnie silny środek przeczyszczający spożytkować jako próbę dla wykazania utajonej niedomogi serca. W takich przypadkach leczenie zaparcia jest bardzo utrudnione i ograniczone, i należy baczną zwrócić uwagę na objawy niedomogi serca. Praca ta wyszła też po niemiecku we „Wiener Klinische Wochen" 1911. Nr 34.

W sierpniu 1911 r. podczas leczniczego pobytu J. w Jachymowie (St. Joachimsthal) w Czechach przesyła do „Przeglądu lekarskiego" (Nr 38—39) korespondencję z dokładnym opisem Joachimsthalu, jego źródeł radjoczynnych, urządzeń kąpielowych oraz skutków działania kąpieli radowych na ustrój.

W r. 1912 ym ogłosił Jaworski w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 16) wykład wygłoszony 31 I. 1912. w Krakowskiem Tow. lekarskiem: **„Ostatnie modyfikacje w sposobach badania fizycznego chorych"**, w którym po krótkim historycznym wstępie omawia ze stanowiska ostatnich zdobyczy naukowych nowe ulepszenia w sposobach opukiwania wogóle, a zwłaszcza płuc i serca, dalej nowości w dziedzinie osłuchiwania przyczem szczegółowo rozbiera zalety i wady różnych słuchawek i fonendoskopu, dalej omawia obmacywanie, punkty bolesne, ucisk wibracyjny, badanie grzbietne przy leżeniu na brzuchu i opukiwanie kręgosłupa.

W r. 1912 ym ogłasza w „Wiener med. Wochenschrift" (Nr. 11) artykuł p. t.: **„Brunnen- oder Sanatoriumkurorte?"**. W pracy tej uzasadnia swoje poglądy, że z postępem rozwoju chemji okazało się, że źródła naturalne w zdrojowiskach są czynnikiem leczniczym podrzędnym, a głównymi czynnikami są: leczenie specjalistyczne, fizykalne i dietetyczne, zmiana trybu życia i czynniki klimatyczne. Wobec tego należy tworzyć sanatorja zgrupowane t. j. dla różnych specjalności osobnych jak dla gruźlicy, chorób przewodu pokarmowego, narządu krążenia, chorób przemiany materji, nerwowych, skórnych i chirurgicznych — nie po miastach lecz w odpowiednich okolicach zdrowotnych i zamiast zdrojowisk tworzyć kompleksy sanatoryjne jako t. zw uzdrowiska sanatoryjne (Sanatorium-kurorte) z odpowiedniemi urządzeniami.

W r. 1913-ym w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 25) nekrolog ś p. prof. Pareńskiego, napisany gorąco przez Jaworskiego, rzuca piękne światło na to, że Jaworski umiał bez wszelkich

uprzedzeń i myśli ubocznych właściwie ocenić i podnieść wszystko to, co w działalności zmarłego było dobre, piękne i pożyteczne.

W r. 1914-ym w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 2) przychodzi Jaworskiemu pisać bolesny nekrolog trzeciego z rzędu internisty, którego stracił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagellońskiego w ciągu jednego roku. Był nim prof. Edwin Męsowicz, były uczeń i współpracownik Jaworskiego, jeden z najzdolniejszych i najbardziej cenionych lekarzy krakowskich, o nader gruntownej wiedzy lekarskiej i bystrym umyśle, który zmarł już na samym początku swej pracy naukowo-zawodowej. Nekrolog ten jasno uwypukla jak silną stratę poniosło społeczeństwo polskie przez śmierć Męsowicza.

W r. 1914 w dniach 4 go i 5 go maja odbył się w Krakowie III-ci Zjazd balneologów polskich na którym jako pierwszy wykład z działu balneologji wygłosił Jaworski rzecz: **O urządzeniach leczniczych w zdrojowiskach teraz i w przyszłości**".

W r 1914 w dniach 21 i 22 lipca odbył się II gi Zjazd Internistów polskich we Lwowie. Powstałe wówczas „Towarzystwo Internistów Polskich" z Gluzińskim na czele wybiera Jaworskiego delegatem organizatorem zjazdowym dla Krakowa. Prof. Jaworski ze swoim sztabem klinicznym dostarczył temu zjazdowi 19 tematów naukowych. Poraz pierwszy dzięki niemu była na zjazdach polskich traktowana sprawa elektrokardjografji (Jaworski, Łątkowski, Meyer). Nadto żywe zainteresowanie wniosła klinika Jaworskiego do tematów: „**Oklepywanie klatki piersiowej i ucisk wibracyjny na jamie brzusznej**" (Jaworski). „Modyfikacje osłuchiwania klatki piersiowej i osłuchiwanie tonów i szmerów serca przez nos" (Meyer), dalej „w sprawie wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy" (Nowaczyński) oraz „w sprawie kiły aorty (Wachtel). Zjazd ten między innemi uchwalił aby Zarząd czuwał nad wykonaniem wniosku prof. Jaworskiego, powziętego jeszcze na I. Zjeździe, celem zwalczania środków tajnych i bezwartościowych, podobnie jak to w Niemczech czyni Komisja Kongresowa

Działalność Jaworskiego w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem

W 1 86-ym został Jaworski na posiedzeniu Tow lek krakowskiego z dn. 3 lutego wybrany do Komisji której zadaniem było wzięcie w opiekę i podniesienie krajowego przemysłu na polu lecznictwa. Była to tzw. Komisja przemysłowa. Komisja ta n. p. 18 maja 1886 deleguje Doc. Jaworskiego, aby niespodzianie bez zawiadomienia fabrykantów, zbadał na miejscu fabrykę Rzący i Chmurskiego, czy wody mineralne sztuczne tej fabryki bywają należycie sporządzane. Na posiedzeniu z dn. 4. VI. 1886 Jaworski zdaje sprawę ze zwiedzenia Zakładu którego fabrykację uznał za poprawną. a temże posiedzeniu Komisja poleca Jaworskiemu wejście w porozumienie z fabryką aby się podjęła wyrabiać higjeniczną wodę sodową na wodzie destylowanej i uproszono go do częstego i naprzód niezapowiadanego kontrolowania tej fabryki. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego dn. 7 lipca 1886 stawia Jaworski wniosek (przyjęty) o upoważnienie Komisji do działania w tym kierunku, aby wody mineralne krajowe znajdowały się w składach w tych zdrojowiskach w których Polacy jako pacjenci przebywają. Za inicjatywą i według wskazówek Jaworskiego zaczęła fabryka Rzący i Chmurskiego w porozumieniu z Towarzystwem lekarskiem wyrabiać prócz higjenicznej także wodę sodową kwaśną i mocniejszą. Na posiedzeniu Komisji przemysłowej z dn. 27 października 1886 stawia Jaworski wnioski jak należy kontrolować mleczarnię Żeleńskiego z Grodkowic aby być pewnym że dostarczane mleko odpowiada wymogom lekarskim. Równocześnie stawia J wniosek aby Żeleńskiemu zrobić propozycję fabrykacji w celach leczniczych mleka zagęszczonego. Wybrany do kontrolnej Komisji Jaworski zdaje na posiedzeniu dn 25 listopada 1886 szczegółowo sprawę ze swych gruntownych spostrzeżeń na miejscu i przeprowadza postulaty komisji przemysłowej Tow. lekarskiego.

1886 — 1. XII. Wykład Jaworskiego: „**O symptomatologji i kolejnym rozwoju zboczeń czynnościowych żołądka**" (na podstawie 222 obserwacyj).

1887 — 26 II. Jaworski referuje w Komisji przemysł Tow, lek. krak. o kefirze wyrabianym przez aptekarza Sobierajskiego w Krakowie i uchwalono Tow lek. polecić przetwór ten do popierania.

9. III Jaworski demonstruje w Tow lek. pompę żołąd. Czyrniańskiego i omawia szerzej porównawcze badania treści żołądkowej rozmaitemi metodami

6. XII. Komisja przemysłowa na skutek doniesienia że fabryka Rzący i Chmurskiego wyrabia wody mineralne na źródlanej, poleca zbadanie podkomisji z Jaworskim, Buszkiem i Olszewskim

1888 3. I na posiedzeniu Komisji przemysłowej stawia J. wniosek, aby działać przeciw środkom tajemnym.

17 I. Komisja przemysłowa poleca mu zbadać kefir Wolańskiego we Lwowie.

18. I. Wykład w Krak. Tow. lek. p t.: „**O odczynnikach, służących do wykrywania kwasu solnego w treści żołądka**".

2. V. Wykład J.: O nadmiernem wydzielaniu kw. solnego w żołądku.

7. XI. Demonstr. J. przedstawia operowaną przez prof. Obalińskiego, u której wycięto odźwiernik z powodu zwężenia rakowatego i zdaje obszernie sprawę z badań swoich nad czynnością trawienia u tej chorej

28. XI. Referat (Jaworski, Buszek, Olszewski) w Kom. Przemysł. o Fabryce Rzący i Chmurskiego: polecenia godna gdyż wyroby są poprawne (podobny referat Jaworskiego 29. V. 1889).

1889 6. II. 1) Uwagi co do funkcji żołądka i jelit po operacji u chorego u którego prof Rydygier wykonał w grudniu 1888 gastro-enterostomją z powodu rozległego raka odźwiernika.

2) Demonstracja owoców i jarzyn suszonych Rożańskiego z Bochni, które Komisja przemysłowa po jego zbadaniu postanowiła przedłożyć Tow. lek. jako polecenia godne.

16. X. Referat J. z Rosenzweigiem: „O sacharynie jako leku i przyprawie".

1892 23 VII. Nadzwyczajne posiedzenie Tow. lekarskiego zwołane w porze wakacyjnej, kiedy posiedzenia się nie odbywają, wybiera z powodu niebezpieczeństwa cholery specjalną Komisję dla wypracowania r sprawy o cholerze. Komisja ta poleciła pracę Jaworskiego wydrukowaną w „Przeglądzie lekarskim"

1894 2. V. Wykład Jaworskiego: „**O prześwietlaniu jam ustroju**" z demonstracjami na chorych. Według Jaworskiego djafanoskopja:

1) ułatwia dokładne oznaczenie dolnego brzegu wątroby co jest ważne zwłaszcza w przypadkach guzów i marskości wątroby
2) ułatwia wyraźne oznaczenie dolnej granicy żołądka
3) ułatwia odróżnianie zwisania żołądka (Gastroptosis) od rozstrzeni żołądka
4) uwydatnia guzy na przedniej ścianie żołądka
5) uwydatnia przedni brzeg powiększonej śledziony

1895 5. III Jaworski na po Komisji przemysłowej referuje wynik swoich badań nad preparatami apt. Otowskiego w Krakowie:

1) pulv. carmi
2) perły arsenikowe
3) pigułki kreozotowe
4) czekoladki nitroglicerynowe.

1895 19. VI. W dyskusji nad wykładem Czajkowskiego o „Etjologji odry" oświadcza Jaworski, że należy z uznaniem przyjąć badania autora i przypomina, że Nawrocki pierwszy przedstawił prątki tężca, jednak nie zwrócono uwagi na jego doniesienie, dopóki Nicolaier ich nie opisał.

6 XI. Na posiedzeniu Tow. lekar. przedstawia przetwory kamforowe, strychninowe, arzenikowe i bromowe aptekarza Otowskiego do przyjęcia (przyjęto)

1895 15 XI. Na pos. Kom. przem. referuje J normę postępowania w ocenianiu win leczniczych. Wybrano go do Komisji (J Łazarski i Steingraber) do oceniania win.

30. XII Stawia J. w Kom. przem. wniosek o udzielenie Fabryce Rzący i Chmurskiego wskazówek co do sposobu sztucznego przyrządzania wody Emskiej (przyjęty)

1896 18. III. W dyskusji w Tow. lek. nad demonstracją Górskiego fonendoskopu Bazzi-Bianchi Jaworski podnosi dodatnie i ujemne strony z przyrządu z własnego doświadczenia.

17 VI w Tow lek 1) Demonstracja objawu Littena

2) Demonstr. osłuchiwania narządów klatki piersiowej od przełyku sposobem Fromma t. j. za pomocą sondy żołądkowej zakończonej uszną nasadą zwykłej słuchawki.

1896 17. XI. 3) Demonstr.: algesimetru Boasa na podstawie własnych 3-letnich doświadczeń

4. XI. Wykład: „O oznaczaniu granic żołądka".

2. XII Pos. Tow 1) Stawia żądanie (przyjęte) aby w kalendarzu lekarskim krakowskim umieszczony był szematyzm klinik, szpitali i t p

2) Imieniem Komisji przemysł przedstawia wodę Kissingen-Rakoczy Rzący i Chmurskiego jako polecenia godną.

1897 16. VI. Znaczenie rozpoznawcze X prześwietlania (Wykład z demonstracjami) w zakładzie prof. Olszewskiego

1905 12. IV. 1) Jaworski: Pseudoleucemia lymhatica acuta (Demonstr.).

2) Jaworski: (Demonstr.). Hypertrophia myocardii idiopathica subs insuf. cordis.

3) Jaworski; (Demonstr). Syringomyelia.

4) Jaworski i Korolewicz: (Demonstr.) Próba Strassburgera badania kału na bilirubinę

5) Jaworski i Korolewicz: Próba na krew w wydzielinach metodą Shillinga.

6) Jaworski i Szurek: Działanie weronalu przeciw nocnym potom suchotników a urotropiny w płonicy.

1905 5. VII Jaworski; (Demonstr.). Morbus coeruleus cum hyperglobulia.

1906 21. III. Jaworski i Korolewicz: 1) O krwotokach utajonych przewodu pokarmowego (Wykład).

2) Jaworski: O łoju baranim jako masie pigułkowej. (Demonstracja)

3) Jaworski: (Demonstracja). **Menstruacio vicaria sub forma purpurae simplicis**: Przypadek miesiączki zastępczej u kobiety która 4 razy rodziła. Od roku zamiast miesiączki wybroczyny na skórze i błonie śluzowej jamy ustnej, czasami dość znaczne silne podbiegnięcia. Zawartość krwi stwierdzono w moczu i w kale. Wybroczyny skórne po miesiączkowaniu znikają.

4) Jaw (Demonstracja). Przypadek u 30 letniego mężczyzny **Tuberculosis linguae et totius oris, condensatio apicis pulm. dextri.**

5) J a w o r. (Dem.): **Pemphigus foliaceus malignus oris et cutis** dotyczący 42 letniej kobiety.

6) Jaw. demonstr. **Hysteria virilis traumatica sub forma anaesthesiae circumscriptae.** Przypadek u 45 letniego konduktora kolejowego, który przy rozerwaniu się pociągu wyskoczył z niego.

1906. 5/12. 1) J a w o r s k i. Demonstracja chorego 36 letniego: **Samowyleczenie ciężkiej niedokrewności pierwotnej.**

2) J a w o r s k i (Demonstr.) U chorego 25 letniego: **Spondylosis rhizomelica** typu Bechterewa

3) (Demonstr.) Chłopiec 15 letni **Nanismus infantilis athyreoplasticus** i jako przeciwieństwo tego atyreoidyzmu.

4) (Demonstr.) Chorego z **hypertyreoidyzmem.**

5) (Demonstr.) **Situs viscerum inversus completus** z wątrobą po lewej a śledzioną po prawej stronie u 37 letniego ślusarza.

1907 – 6/2. 1) J a w o r s k i (Demonstr.) Przeczulica histeryczna naśladująca zapalenie otrzewnej (*peritonismus*).

2) J a w o r s k i (Demonstr.) Tętniak brzusznej części tętnicy głównej.

3) J a w o r s k i (Demonstr.) Choroba Hirschsprunga u 36 letniego mężczyzny.

1907 4/12 1) J a w o r s k i (Demonstr.): Skórny odczyn tuberkulinowy Pirqueta, który stosował w klinice u 68 chorych dorosłych. U dziewięciu chorych ze stwierdzoną gruźlicą wystąpił u wszystkich odczyn dodatni. Z 59 klinicznie nie gruźliczych u 27 był wynik ujemny u 32 dodatni.

1907 — 4/12. 2) J a w o r s k i. (Demonstracja **odczynu ocznego Calmetta**, który według J a w o r s k i e g o idzie równolegle z odczynem skórnym P i r q u e t a

3) J. demonstruje **płytki żelatynowe kilku hodowli bakteryj, naświetlone bromkiem radowym.** (Rzecz później ogłoszona).

4) J. demonstruje **próbę Rivalty celem rozpoznania przesięków od wysięków** za pomocą wpuszczenia do 50 cm^3 wody destylowanej jednej kropli kwasu octowego lub 10 kropel octu.

1909 — 3. III. J a w o r s k i Ł a p i ń s k i. Odczyt o odczynie Wassermann-Neisser-Bruck.

1909 — 28. IV. J a w o r s k i - K o r o l e w i c z: Opsoniny Wrighta.

1912 — 31. I. Odwrotne ułożenie trzew.

31. I. O najnowszych modyfikacjach fizycznego badania chorych (wykład).

1913 — 4. VI. W sprawie operowania **kamicy żółciowej** zwalcza J. radykalne stanowisko prof. K a d e r a. Ze stanowiska internistycznego zanadto radykalne stanowisko w bardzo wielu przypadkach nie jest należycie uzasadnione czego dowodzi obserwacja bardzo licznych przypadków w klinice i prywatnej praktyce. Ponieważ materjał chirurgów jest internistyczny, przeto należy brać w rachubę tak jeden jak i drugi dział medycyny.

1913 — 3. XII. **Cholelithiasis typhosa.** (Demonstracja chorej która przechodziła dur przed 2 laty, operowaną z powodn kamicy żółciowej a której J. z płynu znajdującego się w woreczku żółciowym wyhodował drobnoustroje duru.

1914 — 28. I. J a w o r s k i przedstawia przypadek **wzrostu karłowatego** (demonstracja) i **Chondrodystrophii**, i omawia szczegółowo zależność tych przypadków od gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Na temsamem posiedzeniu omawia J a w o r s k i analizę **elektrokardiogramu otrzymanego odmiennym sposobem**, własnego pomysłu. Sposób ten polega na szybszem lub powolniejszem przesuwaniu płyty.

1915 — 24. III. Demonstracja — **ropnej apendicitis** operowany w 3-cim dniu choroby. Przypadek ciekawy ze względu na usadowienie **bólów wzdłuż moczowodu prawego** co mogło dać powód do mylnego rozpoznania. Przy operacji znaleziono ograniczony ropień a badanie bakterjologiczne wykazało prątki **okrężnicy i paciorkowce.**

1917 — 12. XII. W dyskusji nad demonstracją prof. L a t k o w s k i e g o wyprysku przewlekłego ze znacznym świądem leczonego z dobrym skutkiem wstrzykiwaniami mleka, J a w o r s k i stwierdza, że niewiadomo co w mleku stanowi czynnik leczniczy. Będzie to można wiedzieć, jeśli się uda pojedyncze składniki wyosobnić. J. nie sądzi, aby wyprysk był następstwem zatrucia z przewodu pokarmowego, uważa go raczej za sprawę swoistą skóry.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. S. J. SCHWEIG. Łódź.

O patogenezie jaskry.

Czy należy dopatrywać się przyczyny jaskry pierwotnej w podwyższeniu napięcia nerwów sympatycznych?

Mimo wielokrotnych badań doświadczalnych i klinicznych, mimo bardzo skomplikowanych dociekań teoretycznych nie posiadamy dotychczas teorji, któraby była w stanie nam wytłumaczyć wszystkie różnorodne objawy kliniczne, spotykane przy chorobie zwanej jaskrą.

Ośrodkiem dyskusji i pobudką do niej stały się ostatnio prace S e i d l a o źródle i przebiegu płynów wnętrza gałki, repliki H a m b u r g e r a i doświadczenia jego nad skutecznością zastrzyków podspojówkowych adrenaliny w przypadkach jaskry przewlekłej, a wkońcu wyniki długoletnich badań nad znaczeniem nerwów roślinnych w ustroju człowieka.

Ogólnie przyjęte jest obecnie już zdanie, że powstanie jaskry pierwotnej zależne jest od zmian ogólnych w organiźmie. Według B i r c h - H i r s c h f e l d a jaskra jest pojęciem zbiorowem objawów z podwyższeniem napięcia gałki ocznej, na które to pojęcie składa się 16 czynników, z tego 10 miejscowych, a 6 ogólnych. Do ostatnich zalicza zachowanie się serca, naczyń krwionośnych i gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. P a l t r a c c a określa jaskrę w ten sposób, że nie jest ona chorobą »*sui generis*«, tylko jednym z objawów zaburzenia w całym organizmie. R o e m e r wyraża się, że bez wątpienia ostatnia przyczyna jaskry leży w całokształcie ustroju człowieka. Co do kwestji jednak, jakiego rodzaju zaburzenia w organizmie należy uważać za chorobotwórcze dla jaskry i w jakim stosunku one pozostają do objawów miejscowych, zdania są bardzo rozbieżne.

Według N o i s z e w s k i e g o za powód jaskry należy uważać różnicę między wewnątrz-gałkowem a wewnątrz-czaszkowem ciśnieniem. Przypuszczenie swoje opiera N o i s z e w s k i na klinicznem spostrzeżeniu G o r b u n o w a, który przy nakłuciu lędźwiowem zauważył napad jaskry, następnie na własnych doświadczeniach nad psami i na interpretacji całego szeregu przypadków z piśmiennictwa. Hipoteza ta mogłaby tłumaczyć brak zagłębienia sitkowia mimo podwyższonego napięcia ocznego z jednej strony, a z drugiej znaczne nieraz zagłębienie przy małem napięciu. Przeciwko tej hipotezie przemawiają badania H e i n e g o, który na 10 przypadków jaskry znalazł 3 razy normalne, a 7 razy nawet podwyższone ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego. G o l d e n b u r g dowodzi, że sitkowie posiada rozmaitą grubość, a zagłębienie sitkowia nie zależy od wysokości napięcia ocznego tylko od grubości sitkowia i od ilości zawartych w niem włókien elastycznych. Również N e u h a e u s e r tłumaczy przypadek podwyższonego napięcia ocznego bez zagłębienia sitkowia prawdopodobieństwem jego zdolności odpornej.

Wielu autorów przypisuje duże znaczenie ogólnemu podwyższeniu ciśnienia krwi i miażdżycy naczyń. Według K u e m m l a przy podwyższonem ciśnieniu krwi powstaje czynne tętnicze przekrwienie w gałce ocznej. Przeciw temu przypuszczeniu przemawiają doświadczenia K a d l i c k y'e g o, że pilokarpina, t. j. środek obniżający przeważnie ciśnienie krwi, powoduje czynne przekrwienie jagodówki, adrenalina zaś prowadzi do jej anemizacji. Kliniczne doświadczenia uczą nas, że w wielu przypadkach jaskry nie spotykamy wzmożonego ciśnienia krwi. To też L o e h l e i n zaznacza, że nie przypuszcza, by w podwyższeniu ciśnienia krwi należało widzieć istotną przyczynę jaskry. S m i t h podnosi, że miażdżycę naczyń spotykamy tak przy normalnem napięciu gałki ocznej, jak też przy podwyższeniu i obniżeniu tegoż.

Wpływ ustroju nerwowego na powstanie jaskry również wielu autorów wzięło w rachubę. Przedewszystkiem zwolennicy teorji o chorobotwórczem znaczeniu ogólnego podwyższenia ciśnienia krwi zwrócili uwagę na to, że dużą rolę odgrywa rozdział krwi pomiędzy poszczególne organy ciała. Rozdział ten podlega skomplikowanym wpływom nerwowym. R e n t z ogólnikowo zaznacza, że jaskra polega na »dysergji całej osobowości psychofizycznej« i że »jest jakoby prototypem zachorowania na tle naczynioruchowem«. Ostatnio H a n n e m a n n tłumaczy jaskrę jako wyraz sympatykotonji względnie niedomogi nerwów parasympatycznych.

Uzależnienie jaskry od nerwów roślinnych oprzeć się może już na tem, że atropina, wywołująca czasem napad jaskry, adrenalina, pilokarpina, ezeryna, stosowane przy leczeniu jaskry, odgrywają dużą rolę w fizjologji nerwowego układu roślinnego. (Należy jednak już teraz zwrócić uwagę, jak to czynią D r e s e l i L a n g l e y, że działania tych środków nie można w całej pełni identyfikować z działaniem naturalnych podniet nerwów roślinnych). Pozatem zwrócono uwagę na skutki wycięcia lub podrażnienia zwojów nerwów roślinnych na napięcie oczne. Okazało się, że wycięcie szyjnego zwoju sympatycznego górnego powoduje przemijające obniżenie napięcia gałki ocznej. Również udało się osiągnąć obniżenie napięcia ocznego przez wycięcie zwoju rzęskowego

(Roemer), zawierającego nerwy parasympatyczne. Wkońcu próbowano także obniżyć napięcie oczne zapomocą zastrzyków kokainy i alkoholu do zwoju klinowopodniebiennego, pochodzącego od zwoju szyjnego, zawierającego jednak także włókna od ciałka kolankowatego (Post jr. i Elschnig).

Wyniki wyżej wyłuszczonych zabiegów operacyjnych same przez się nie usprawiedliwiają przypuszczenia, że podrażnienie nerwów sympatycznych jest powodem wzmożonego napięcia ocznego.

Cały szereg doświadczeń przemawia raczej za tem, że podrażnienie nerwów parasympatycznych może się przyczynić do wzmożenia zawartości gałki ocznej. Magitot i Baillart stwierdzili podwyższenie napięcia ocznego przy przecięciu szyjnego nerwu sympatycznego u kotów, t. j. przy pozostawieniu przewagi nerwów parasympatycznych. Seidel doświadczalnie wykazał wzmożenie wydzielin z ciałka rzęskowego przy stosowaniu pilokarpiny jako podniety nerwów parasympatycznych. Jeżeli Roemer pisze, że nerwy nie mają bezpośredniego wpływu na mnogość wydzieliny ciałka rzęskowego i jeżeli wogóle negowano jego charakter gruczołowy, to ostatnie badania Seidla wykazują równoległość między nabłonkiem ciałka rzęskowego, a nabłonkiem innych gruczołów tak pod względem fizjologicznym jak i budowy anatomicznej. Znalazł bowiem w ciałku rzęskowem obfity zwój nerwowy z licznemi zakończeniami pomiędzy komórkami nabłonka.

W normalnej gałce ocznej środki zwężające źrenicę nie powodują obniżenia napięcia ocznego. Prowadząc bowiem do wzmożenia wydzieliny we wnętrzu gałki równocześnie stwarzają warunki lepszego odpływu tej cieczy, bądź (według Hamburgera i Weissa) przez powiększenie tęczówki wsysającej ciecz z przedniej komórki, albo też przez uprzystępnienie drogi do kanału Schlemma i rozszerzenie tegoż w myśl wywodów Seidla, Thomsona, Vaidya[1]). Thomson tłumaczy napady jaskry, powstające po północy po kilkugodzinnym śnie brakiem czynności nastawczej we śnie. Przy czynnej bowiem nastawczości powstaje ujemne ciśnienie w kanale Schlemma, który niby pompa wsysa ciecz z przedniej komórki. Podobnie utrzymuje Jaensch, że środki zwężające źrenicę, rozszerzają odwodzące ciecz oczną przewody żylne. Według Knappa należy czasem nawet lekkie rozszerzenie źrenicy uważać za korzystne dla przebiegu napadu jaskry, gdyż zbyt wązka źrenica tamuje przejście cieczy z tylnej komórki do przedniej. Przypuszczenie Thomsona tłumaczy nam również, dlaczego forsowna nastawczość nieraz dobrze wpływa na przebieg napadu jaskry.

Odwrotnie zaś w oku normalnem, niepredysponowanem do jaskry, środki rozszerzające źrenicę (atropina) nie powodują napadu jaskry, gdyż utrudniając z jednej strony dostęp do kanału Schlemma, względnie zmniejszając jego zdolność wsysającą (przez paraliż nastawczości) równocześnie zmniejszają czynność wydzielniczą ciałka rzęskowego.

Wyrównanie to, w którem widzimy bezpośrednią zdolność oka do samoregulowania ilości cieczy we wnętrzu gałki, wymaga pewnego czasu. Rzeczywiście też n. p. po wkropleniu pilokarpiny z początku występuje podwyższenie napięcia ocznego, a dopiero później obniżenie.

Główną więc przyczyną jaskry pierwotnej musi być wzmożenie czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego, uboczną zaś i wtórną, niemożność samoregulacji odpływu cieczy śródgałkowej. Niemożność ta polega na tem, że nadmiar cieczy w gałce predysponowanej sam przez się, gdy dochodzi do znacznego stopnia, wywołuje w następstwie miejscowo rozszerzenie źrenicy i utrudnienie względnie uniemożliwienie dostępu do kanału Schlemma, n. p. w gałkach o płytkiej przedniej komorze, dużej soczewce, dużem ciałku rzęskowem, zmniejszonej sile nastawczej i t. p. Za tem, że rozszerzenie źrenicy podczas napadu jaskry jest objawem wtórnym, wypowiada się n. p. Fuchs[*]).

Obniżenie napięcia ocznego po podspojówkowych zastrzykach adrenaliny mimo najwyższego rozszerzenia źrenicy tłumaczyć można jedynie tem, że następuje nadzwyczajna anemizacja jagodówki, przez co zmniejsza się zawartość wnętrza gałki. Chodziłoby więc tylko, że tak powiemy, o czysto mechaniczne miejscowe działanie. Hamburger porównuje jagodówkę do ciała jamistego, i działanie adrenaliny tłumaczy jako wyciskanie krwi tego ciała. Może jednak pewną rolę odgrywa także i zmniejszenie czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego. Byłby to pośredni (a może i częściowo specyficzny) wpływ środka sympatykotonicznego na zmniejszenie czynności nerwów parasympatycznych. O ile wpływ ten nie jest wystarczający, względnie jeżeli nie wyrównuje miejscowego utrudnienia odpływu cieczy ocznej, wtedy skutku pożądanego nie widzimy. Tem się tłumaczy, że nie zawsze adrenalina prowadzi do obniżenia napięcia ocznego. Tak też pisze Rentz: podwyższenie napięcia zostaje przez zastrzyki adrenaliny tem więcej wyrównane, im mniejsze jest rozszerzenie źrenicy.

Zmniejszenie wydzielin ciałka rzęskowego musiałoby wystąpić również i przy stosowaniu atropiny, (która paraliżnje nerwy parasympatyczne) i spowodować obniżenie napięcia ocznego. Przeszkadza temu miejscowo tylko moment, że działanie atropiny w tym kierunku zostaje zniweczone przez utrudnienie lub uniemożliwienie odpływu cieczy gałkowej. O ile taki odpływ został umożliwiony, n. p. po iridektomji lub innym zabiegu przeciwjaskrowym, stosuje się atropinę bez wywołania ponownego napadu jaskry.

Również prace Thiela, Poseya i Baenzigera przemawiają za tem, że nadmierna czynność wydzielnicza ciałka rzęskowego odgrywa główną rolę przy powstaniu jaskry.

Jaki więc charakter nosi podnieta, która prowadzi do tej nadmiernej czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego? Wspomnieliśmy już o doświadczeniach Seidla, który dowiódł, że wzmożenie takie wywołuje pilokarpina, środek działający drażniąco na nerwy parasympatyczne organów gruczołowych. Do takiegoż wniosku dochodzi Kadlicky i inni. Wspomnieliśmy również o doświadczeniach Magitot i Baillart, w których nastąpiło podwyższenie napięcia gałki przy przewadze nerwów parasympatycznych. Tak samo obniżenie napięcia ocznego po usunięciu zwoju rzęskowego wskazuje na udział nerwów parasympatycznych w powstaniu podwyższonego napięcia. Obniżenie zaś — zresztą przemijające — napięcia ocznego po usunięciu szyjnego zwoju sympatycznego tłumaczyć się daje tem, że według najnowszych badań należy przyjąć wbrew dawniejszym poglądom, że istnieją w rdzeniu piersiowo-lędźwiowym także i komórki parasympatyczne.

Fakt, iż pilokarpina leczy jaskrę, a atropina niekiedy jaskrę wywołuje, znajduje wytłumaczenie w miejscowem ułatwieniu lub utrudnieniu odpływu cieczy gałkowej, a nie w specyficznem działaniu tych leków na nerwy roślinne ciałka rzęskowego jako organu wydzielającego ciecz śródgałkową.

To też obecny stan naszych wiadomości przemawia raczej za tem, że nie w podrażnieniu nerwów sympatycznych należy dopatrywać się pierwotnej przyczyny jaskry, a raczej w podrażnieniu nerwów parasympatycznych. Podrażnienie to mogą wywołać bodźce miejscowe (wiele przypadków jaskry wtórnej przy stanach zapalnych oka, przy zwichnięciu soczewki i t. p., a więc natury toksycznej lub mechanicznej) albo też i centralne. W tem miejscu należy pamiętać, że tak sympatyczne jak i parasympatyczne nerwy mają wspólny jeden ośrodek. Powstanie więc napadu jaskry po wzruszeniu lub uniesieniu nie można ze względu na rozszerzenie źrenicy

[1]) Mimo prac Hamburgera i Weissa teorja Lebera o — powolnym zresztą — prądzie cieczy wewnątrzgałkowej z tylnej komórki poprzez źrenicę i przednią komórkę do kanału Schlemma jest ogólnie przyjętą i w obronie jej prócz Seidla występuje n. p. Duverger i inni.

[*]) Przypadki jaskry, polegające na zamknięciu odpływu nie z wyłuszczonych powodów czynnościowych wtórnych, tylko skutkiem zmian anatomiczno-patologicznych, należałoby zaliczyć do kategorji jaskry wtórnej. Należą więc tu przypadki jaskry z powodu tkanki włóknistej nad więzadłem grzebieniastem, z powodu (nie zawsze spotykanego) zatkania dostępu do kanału Schlemma przez ciałka barwikowe, z powodu zmian po stanach zapalnych i t. d.

przypisać jedynie podrażnieniu nerwów sympatycznych, lecz należy przyjąć, że podrażnienie ośrodka nerwów roślinnych powoduje wzmożenie czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego a równoczesne rozszerzenie źrenicy uniemożliwia czynność samoregulacyjną gałki ocznej.

Również i napady jaskry przy pasówce nerwu trójdzielnego względnie przy nerwobólu tegoż nerwu (Lodge, Buettner i inni) można tłumaczyć podrażnieniem czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego, gdyż ten nerw zawiera włókna parasympatyczne. Przy pasówce mogą prócz tego odegrać rolę i sprawy miejscowe natury toksycznej.

Leczenie wewnętrzne jaskry z uwzględnieniem ośrodka nerwów roślinnych stosuje się dopiero ostatnio. Prace z tego zakresu ogłosił Weeckers, Hannemann zapowiedział ogłoszenie wyników stosowanego przezeń leczenia. (Jakiego rodzaju jest to leczenie, tego nie podaje). Weeckers zresztą nie powodował się specyficznem działaniem chlorku wapnia na nerwy roślinne, a opierał się jedynie na doświadczeniu klinicznem, że chlorek wapnia zmniejsza przesączanie się płynów w organizmie. Wychodząc z tego samego założenia stosowano na oddziale Sachsa dożylne wlewania rozczynu Ringera przy odchyleniu się siatkówki.

Wyniki osiągnięte przez Weeckersa (przy stosowaniu chlorku wapnia) nie są całkowicie zadowalające. Jest to po, powyższych wywodach dość zrozumiałe. Stosowanie wapnia może jedynie drogą pośrednią (Dresel) zdążać do wyrównania stanu napięcia nerwów sympatycznych z napięciem nerwów parasympatycznych i w ten sposób skrępować nadmierną wydzielczość ciałka rzęskowego. Tem też można tłumaczyć dobre po części wyniki Weeckersa. Atropina zaś środek stosowany racjonalnie przy hyperfunkcji nerwów parasympatycznych, znajduje przy jaskrze swoje przeciwwskazanie z tego powodu, że posiada ona właściwość utrudnienia odpływu cieczy śródgałkowej. Nie mamy bowiem pewności, czy nie nastąpiłoby zupełne uniemożliwienie odpływu. Z tych też względów można zrozumieć, dlaczego stosowane przy jaskrze środki lecznicze o charakterze ogólnym nie mogą wyprzeć miejscowego leczenia symptomatycznego. Jak długo nie mamy możności wywołać zmniejszenia nadmiernego wytwarzania się cieczy śródgałkowej (prócz ostatnich prób zastrzyków adrenaliny, tak gorliwie obecnie czynionych), tak długo musimy się starać o umożliwienie lepszego odpływu tej cieczy. Niektórzy autorowie przypuszczają zresztą, że operacje przeciwjaskrowe wywołują w ciałku rzęskowem zmiany anatomiczne, w następstwie których dochodzi do zmniejszenia się jego zdolności wydzielniczej. Ujemne wyniki przy leczeniu miejscowem tłumaczą się tem, że po pierwsze nie zawsze stwarza ono pożądane umożliwienie odpływu cieczy gałkowej, a po drugie nie jest zwrócone przeciw — nerwowej — przyczynie jaskry.

Piśmiennictwo.

1) Seidel. Graefes Archiv, tom 101—113. — 2) Fromaget. Ref. w Zentralbl. f. d. ges. Ophth. VII., 181. — 3) Hamburger. Klin. Monatsbl. f, Aughkd. 66., str. 403. — 4) Idem. Tonometrische Beitraege i t. d. Klin. Monatsbl. 67., str. 634. — 5) Idem. Klin. Monatsbl. 69., str. str. 393. — 6) Idem. Klin. Monatsbl. 72., str. 47. i 741. — 7) Birch Hirschfeld. Zeitschr. f. Aughkd. 47., str. 190. — 8) Paltracca. Ref. w Zentralbl. VII., 395. — 9) Roemer. Lehrbuch der Aughkd. wyd. II., tom II., str. 525 i 550. — 10) Noiszewski. Polska Gazeta lekarska, 1922., str. 335, 362, 382, 404. — 11) Goldenburg. Ref. w Zentralbl. IV., 150. — 12) Neuhaeuser. Archiv. f. Aughkd. 92., str. 235. — 13) Kuemmel. Ref. w Zentralbl. I., 35. — 14) Kadlicky. Ref. w Zentralbl. IX., 287. — 15) Loehlein. Zentralbl. I., 417. — 16) Smith. Ref. w Zentralbl. IV. 149. — 17) Rentz. Klin. Monatsbl. 73., 370. — 18) Hannemann. Klin. Wochenschr. 1924., 2335. — 19) Dresel. Ergebnisse der. ges. Medizin. Tom. II., str. 206. — 20) Idem. Zentralbl. XIV., I. — 21) Langley. Das autonome Nervensystem. Część I., Berlin, Springer, 1922. — 22) Roemer. w Graefe Saemisch, Operationslehre, wyd. II., tom I., str. 960. — 23) Post. jr. Ref. w Zentralbl. VI., 254. — 24) Elschnig. Cocain Alkoholinjekt. am Ganglion sphenopalatinum. Klin. Monatsbl. 68., str. 295. — 25) Magitot i Baillart. Ref. w Zentralbl. VIII., 131. — 26) Vaidya. Ref. w Zentralbl. V., 562. — 27) Knapp. Ref. w Zentralbl. VII., 38. — 28) Duverger. Ref. w Zentralbl. V., 503. — 29) Fuchs. Lehrbuch, der Augenheilkunde, wyd. 13., str. 720. — 30) Thiel. Klin. Monatsbl. 70., 766. — 31) Posey. Ref. w Zentralbl. V., 209. — 32) Baenziger. Die Mechanik des akuten Glaukoms. Bericht ueber d. 43. Vers. d. deutsch. ophth. Ges. str. 43. — 33) Lodge. Ref. w Zentralbl. XI. 275. — 34) Buettner. Archiv. f. Aughkd. 88., 204. — 35) Weeckers. Ref. w Zentralbl. III., 583 i IV., 151.

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz Lekarski Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego na rok 1925.

Dział informacyjny zawiera, obok skrótu ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i ustawy o Izbach lekarskich, personalja tyczące się wszystkich państwowych organizacyj lekarskich, farmaceutycznych i weterynaryjnych, cywilnych i wojskowych, naukowych i administracyjnych, personalja organizacyj Izb lekarskich, Związków i Towarzystw lekarskich. Szpitalnictwo w całem państwie, Kasy chorych. Spis lekarzy m. Warszawy. Prasa lekarska polska (dwadzieścia jeden tytułów).

W tym dziale można wskazać na jedyną usterkę na str. 88 nie powiedziano tam mianowicie czego wydziałem jest ów szósty, umieszczony tuż pod Wydziałem lekarskim Uniw. w Wilnie.

Dział ogólno-naukowy zawiera szereg artykułów podręcznej potrzeby, więc n. p.: pierwsza pomoc, technika drobnych zabiegów, o leczeniu środkami fizykalnemi, nowe środki lekarskie, pierwsza pomoc psychicznie choremu, badania czynnościowe nerek, metody laboratoryjne wojskowe. Tablica chorób zakaźnych. Zmiany krwi w chorobach. Opieka publiczna nad dziećmi. O stosowaniu insuliny. O stosowaniu tuberkuliny. Odżywianie dzieci. I. w. innych.

W tym dziale należy wskazać na brak, jak nazywanie *novasurolu* jedynie *antilueticum,* a *benzyl-benzoat* — jedynie składową częścią ... *peruscabiny,* jakkolwiek i *novasurol* i *benzyl-benzoat* na miejscu właściwem znajdujemy w drugiej części Kalendarza, wydanej oddzielnie p. t. »*Vademecum terapeutyczne*«.

Vademecum — skorowidz alfabetyczny schorzeń i zalecanych przeciw nim środków i metod leczniczych, stanowi wykwintnie wydaną (druk, papier, oprawa) książeczkę podręczną.

Całość w niczem nie ustępuje europejskim wydawnictwom podobnym, a rozmiarami i rozmaitością materjału może je w niektórych działach przewyższa.

Do Kalendarza dodany jest notatnik na cały kwartał.

S. Sg.

Przegląd piśmiennictwa.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom. L.

Le Blanc. **Wymiana oddechowa gazów i ukrwienie płuc w stanach normalnych i chorobowych.** Praca przeważnie doświadczalna, nienadająca się do streszczenia (a godna poznania bezpośredniego). Jeden z wniosków, ostatni, tej pracy brzmi: przy zmianach chorobowych w tkance płucnej powstające zaburzenia w wymianie oddechowej gazów tylko wyjątkowo stają się przyczyną zgonu.

Schjerning. **Zagadnienie sinicy i pojęcie pneumonozy.** Pojęcie *pneumonosis,* wprowadzone do patologji przez Brauera, ma oznaczać zaburzenia w oddychaniu zależne wyłącznie od zwyrodnienia nabłonków pęcherzyków płucnych. Badanie doświadczalne autora rzuca światło na pewne stany chorobowe poprzedzające wystąpienie wyraźnych objawów. klinicznych, n. p. objawów obrzęku płuc. Podobny stan, izolowane zwyrodnienie nabłonków pęcherzyków, istnieje pewnie przy zastojach z powodu wad serca (głównie zastawki dwudzielnej); chorzy łatwo sinieją, jakkolwiek brak jeszcze zupełny objawów przesięku do pęcherzyków płucnych; widocznie, istnieje jednak już zakłócenie w czynności oddechowej pęcherzyków. Być może, że podobnie się dzieje i przy rozedmie; rozciąganie tkanki pociąga za sobą jej zanik (Tendeloo). W przebiegu dusznicy oskrzelowej duszność trwająca między napadami zależy może od pneumonozy.

Hamburger. **O zarażaniu się gruźlicą.** Nie makro-

skopowe (widoczne) cząsteczki plwocin są przyczyną główną szerzenia się łaseczników Kocha, tylko cząsteczki mikroskopowe — rozpryskiwane przy kaszlu pyłki plwocin.

Blumenfeld. **Stosunek budowy kośćca twarzy do kośćca klatki piersiowej u gruźlików.** Wysokie podniebienie obok typu astenicznego jest współrzędnym wyrazem hipoplazji rozwoju kostnego, w zależności, prawdopodobnie, od gruczołów wkrewnych.

Jako typ człowieka o wąskiej piersi i podniebieniu wysokiem (*leptoprosopia*) przytacza (z portretem) autor: Laënneca.

Müller i Brösamler. **Eozynofilja, jako wskaźnik zdolności odczynowej ustroju.** Ponowne twierdzenie, że wzmożenie się krzywej eozynofilowej po zastosowaniu tuberkuliny jest objawem rokowniczym pomyślnym. W tym samym sensie oceniać należy kierunek tej krzywej po ocenie wyników leczniczych innych kategoryj.

Jülich. **Przyczynek do wartości rozpoznawczej leukopenji przy chorobach gorączkowych.** W przebiegu chorób gorączkowych u osób wieku średniego, jeśli mamy leukopenję (a choćby nawet normalną ilość krwinek białych), należy przy rozpoznawaniu różniczkowem pamiętać o gruźlicy.

Neuer. **Spostrzeżenia kliniczne chorych na gruźlicę z odmą sztuczną.** Ogniska gruźlicze poza płucem uciśniętem nie przeszkadzają wynikom dodatnim tej metody; ulegają one nawet poprawie, nie wykluczając ognisk w płucu symetrycznem i w kiszkach. W pewnej liczbie przypadków po upływie dwu do trzech miesięcy poprawy (której ulegają prawie wszyscy leczeni) mamy nawrót gruźlicy, głównie w opłucnej — ze strony uciśniętej. Jest to jedyny narząd, w którym metoda omawiana wywołuje częstszą gruźlicę, aniżeli w przypadkach bez odmy. Przebieg tego nowego umiejscowienia gruźlicy zależy od tendencyj właściwych danemu przypadkowi. Ta zaś tendencja zależy, jak i wynik leczenia wogóle, od czynników konstytucjonalnych.

Wellgren. **Lymphomata tuberculosa i gruźlica płuc.** U ludzi z gruźliczemi gruczolakami limfatycznemi przebiega gruźlica płuc łagodnie.

Tom LI.

Gottschalk. **Systematyczne określanie siły odczynu urochromogenowego przy określaniu postaci i rokowania suchot płucnych.** Należy stosować metodę Müllera:

5 cm^3 świeżo oddanego rannego, przesączonego, moczu rozcieńczyć (dwu do pięciokrotnie) wodą — prawie aż do odbarwienia; podzielić na dwie równe części, z których jedna służy do porównywania. Do drugiej dodać jedną kroplę 1% roztworu nadmanganianu potasu i mocno skłócić.

Jeżeli wystąpi wyraźne zabarwienie żółte, odczyn nazywamy mocnym (+++). Jeśli do zżółcenia potrzeba było dwu kropli odczynnika — odczyn nazywamy wyraźnie dodatnim (++), słabo zaś dodatnim (+), jeśli trzeba było trzech kropel. Jeśli po trzech kroplach niema zmiany zabarwienia, mówimy o odczynie ujemnym (—).

Systematyczne badanie daje pojęcie o kierunku rozwoju choroby; jest to odczyn czulszy wogóle, aniżeli odczyn dwu-azowy, występuje w przebiegu gruźlicy płuc ciężkiej wcześniej i więcej stale, aniżeli odczyn dwu-azowy.

Grass. **O odczynie moczowym Wildbolza.** W. polecił metodę szczepienia choremu jego własnego moczu, zagęszczonego, w celu stwierdzenia obecności stanu czynnego (lub nieobecności) gruźlicy. Pewna ilość badaczy zgadza się z W. Autor odmawia tej metodzie wszelkiej wartości swoistej. Uważa, że zmiany wywoływane przez szczepienie zależą wogóle od soli zawartych w moczu.

Gerhartz. **Podział kliniczny postaci gruźlicy płuc.** Ten wybitny znawca roentgenologji gruźlicy odróżnia w swej klasyfikacji następujące postaci, przyczem uwzględnia rodzaj plam (Flecken, *macula*) na roentgenogramie:

A. Gruźlica płuc typowa.

1. *Tubercula solitaria.*
2. *Tuberculosis disseminata parve-maculata:*
   a) *tuberculosis miliaris ac.*
   b) *tuberculosis dissem. parve-mac. chronica*
      α) *non ulcerosa;*
      β) *ulcerosa.*
   c) *tuberculosis peribronchitica:*
      α) *acute disseminata;*
      β) *chronice fibrosa;*
      γ) *disseminata.*
3. *Tuberculosis magne-maculata et varie-maculata:*
   a) *fibrosa,*
   b) *ulcerosa.*
4. *Tuberculosis hemogene-focata:*
   a) *tuberculosis apicalis initialis,*
   b) *tuberc. fibrosa homogene-focata,*
   c) *pneumonia caseosa.*
5. *Tuberculosis ab hylo.*
6. *Tuberc. fibrosa, cirrhotica diffusa.*

B. Tuberculosis pulmonum atypica.

1. *Tuberculosis secundaria post morbos pulmonum. t. diabeticorum, — posttraumatica; tuberculosis infant; et senect.*
2. *Tuberc. pulmonum toxica:*
   a) *Typho-tuberculosis,*
   b) *Septicaemia tuberc.*

Brauer. **Cel i odmiany torakoplastyki pozaopłucnowej.** Postępy metodyki stosowanej przez autora. Rzecz przeznaczona dla chirurgów, specjalistów w tej dziedzinie. Kończy się takiem zdaniem: »Tym sposobem torakoplastyka jest zadaniem rzeźbiarskiem wykonywanem na ciele żywego człowieka«.

Stöcklin. **Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc torakoplastyką pozaopłucnową.** Prace z Davos; jest to sprawozdanie z 142 zabiegów wykonanych na 100 chorych.

Obydwie prace ostatnio wymienione są bardzo bogato ilustrowane. Ostatnia naprowadza, mimowoli, na porównanie: środków lecznictwa czynnego, stosowanego (i warunków, w jakich się to dzieje) w Davos i w ... Zakopanem, naszem jedynem uzdrowisku wysokogórskiem dla gruźliczych.

S. Sg.

Medizinische Klinik.

Nr. 48. 1924.

Ortner. **Rozpoznanie zapalenia opłucnej.** Przy stwierdzeniu stłumienia podstawowego nad przeponą, z osłabionym wydechem i drżeniem, a więc przy obecności płynu nie musi być rozpoznane zapalenie opłucnej, ale wysoko ustawiona przepona. Taka wysoko ustawiona przepona występuje najczęściej obustronnie na tle wrodzonem, lub z powodu zmniejszenia przestrzeni w jamie brzusznej (powiększenie wątroby), gdzie dolne granice płuc są przesuwalne.

Wysokie ustawienie przepony może występować jednostronnie, najczęściej po stronie lewej. Dokładny obraz daje badanie roentgenologiczne. Także przy porażeniu nerwu przeponowego stwierdza się wyżej ustawioną przeponę.

Autor stwierdził w dwóch przypadkach wysiękowe zapalenie opłucnej, w których równocześnie stwierdził marskość wątroby, i przerzuty rakowe, a sekcja wykazała tylko wysoko ustawioną przeponę.

Friedrich. **Terapja proteinowa wrzodów odbytnicy.** Autor stosuje z dobrym wynikiem przy wrzodach odbytnicy »*Novoprotin*« w formie zastrzyków dożylnych. Zaczyna od 0,2 cm^3 tego preparatu i dochodzi przy 10-tem wstrzyknięciu do 1,2 cm^3 to znaczy każdorazowo podwyższa dawkę o 0,2 cm^3. Między jednem a drugiem wstrzyknięciem 3–4 dniowa pauza. Leczenie to stosuje autor nawet ambulatoryjnie. Jeżeli chory po wstrzyknięciu silnie reaguje, nie powiększa się dawki. Po wstrzyknięciu »*novoprotiny*« oddziaływują chorzy bólem w odbytnicy, silnem parciem i nieznacznem krwawieniem, które to objawy po krótkim czasie zupełnie ustępują.

Schmidt. **Terapja proteinowa przy schorzeniach przewodu pokarmowego i przemiany materji.** Działanie terapji proteinowej jest trojakie:

1. działanie ogólne, które pobudza cały ustrój, celem

uzdrowienia jednego chorego ogniska, n. p. przy *ulcus ventriculi;*

2. oddziaływanie ogniskowe, wedle autora nazwane gorączką *»en miniature«*, i miejscowo ograniczone, i

3. dwufazowa reakcja ogniskowa.

To działanie polega na tem, że przewlekłe zapalenia, które po wstrzyknięciu ciał białkowych wzmagają się, później zupełnie ustępują, a proteinoterapja zmniejsza stan zapalny.

Po fazie ogólnego osłabienia, następuje faza polepszenia. Ambulatoryjnie nie można przeprowadzić proteinoterapji z powodu reakcji (dreszcze, gorączka), jakie u chorych występują. Proteinoterapję stosuje się przy *hepatitis, pancreatitis, appendicitis.*

Przy schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu n. p. przy otyłości korzystnie działa proteinoterapja.

Autor stosuje mleko *»Hypertherman«* w formie wstrzykiwań wśródmięśniowych w 2—3 dniowych odstępach czasu, od 3—5-ciu cm^3. Singer poleca 0,5—5 cm^3 *»Caseosanu«* przy cukrzycy, zwłaszcza u osób starszych.

Jednakowoż na *acidozę* nie działa.

Najlepsze wyniki widział autor przy *»artropatjach«*, zwapnieniu naczyń i *cholesterynaemji.*

Nr. 49.

Pal. **Nieżyty szczytów płucnych na tle niegruźliczem.** Autor podaje, że często spotykane nieżyty szczytów płucnych, niezawsze są na tle gruźliczem, a powody tych nieżytów leżą bardzo często w schorzeniach jam nosowych. Dokładne więc badanie jam nosowych jest bardzo ważne n. p. przy wskazaniach do przerwania ciąży.

Adler. **Etjologja endocarditis lenta.** Autor opisuje przypadek *endocarditis lenta* u chorego, u którego za życia raz wykazano paciorkowca zieleniejącego Schottmüllera. Również djagnostycznie ważny jest wynik odczynu Wassermanna w surowicy krwi. W przypadku, przez autora opisanym, chory zaprzeczał zakażenie kiłowe, mimo to odczyn Wassermanna wypadł dodatnio. Jednakowoż leczenie specyficzne, przeciwkiłowe okazało się bezskutecznem.

Często kombinuje się *endocarditis lenta* z kiłowem zapaleniem tętnicy głównej.

Zarazki wywołujące *endocarditis lenta* należą do grupy t. zw.: *»Coryne-Bakterien«* prócz tego *streptococcus viridans* Schottmüllera.

Curschmann. **Rozpoznanie skazy krwotocznej.** Autor przedstawia chorą, u której stwierdza szereg wybroczyn na skórze, powiększoną śledzionę, objawy Rumpel-Leede i Kocha wybitnie dodatnie.

We krwi 39.000 płytek, anizo- i poikilocytoza lekkiego stopnia. Czas krwawienia przedłużony, krzepliwość *in vitro* normalna. Autor zalicza tę sprawę chorobową do *m. maculosus Werlhofii*, ponieważ w tym przypadku nie jest dziedziczną i bez zewnętrznego powodu, przebiega chronicznie, i wykazuje zaostrzenia.

Djadnostycznie ważna jest *trombopenia*, objaw Rumpel-Leede i Kocha. Czas krwawienia jest przedłużony z powodu zmiejszonej ilości płytek. Zaostrzenia, powodujące krwotoki, wywołują następową niedokrewność, czasem gorączkę, podobnie jak przy *sepsis.*

Objawy wyżej podane, mogą przypominać *purpura fulminans*, białaczkę, lub fazę krwotoczną niedokrewności Biermera, albo krwotoczną *sepsis.*

Leczenie polega na tamponadzie nosa, macicy (przy krwawieniach), naświetlaniach śledziony promieniami Röntgena, ewentualnie na wycięciu śledziony. Na niedokrewność stosuje autor preparaty wapniowe i arsen. Z dobrym wynikiem stosuje autor duże transfuzje krwi, dożylnie *»aphenil«* i żelatynę.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Reiche. **Przebieg błonicy w czasie wolnym od epidemji.** Na podstawie statystyki przeprowadzonej w Hamburgu podczas ostatnich kilkunastu lat, można wykazać, że epidemje błonicy nie są połączone z tak wielką śmiertelnością, jak poprzednio, co jednak nie pozostaje zdaniem autora w związku ze stosowaniem surowicy Behringa.

Zajęcie błonicze krtani spotykano dość często, nie było jednakowoż zbyt złośliwe. Skutecznego działania surowicy autor nie zauważył, radzi w każdym razie używać tylko bardzo dużych ilości surowicy i możliwie jak najprędzej.

Nr. 50.

Kraus. **W sprawie czynnego uodpornienia ochronnego przeciw błonicy.** Autor przytacza przypadki zejścia śmiertelnego, wywołane przez zastrzykiwania mieszanki toksyny + antitoksyny Behringa. Należy to odnieść do zmian wywołanych przez czynniki termiczne i chemiczne wzmagające działanie toksyczne szczepionki. Może zastosowanie formaliny, podobnie, jak przy toksynie tężcowej, sprawi odtrucie preparatu i w przyszłości te t. zw. toksoidy dadzą się zastosować w wielkiej ilości nie wywołując zgubnych skutków.

Dr. Czobanówna (Lwów).

Meyer. **Infuzje »Calorozy«.** W najnowszych czasach stosowano przy schorzeniach serca, do infuzji podskórnych i dożylnych cukier gronowy, w rozczynie 5%-owym przy podskórnych, 10%-owym przy dożylnych infuzjach. Także w chirurgji zaczęto stosować cukier gronowy po zabiegach operacyjnych, przy osłabieniach serca. Jako preparat tańszy i równie dobry zaprowadził Kausch w miejsce cukru gronowego *»Calorozę«*, która zawiera 73—76% cukru invert., a mianowicie dekstrozę i laevulozę w równych częściach, 4—6% cukru trzcinowego i wodę.

W handlu okazała się *»Caloroza«* w ampułkach, zawierających 20 cm^3 20% lub 40%-owego wyjałowionego preparatu do wstrzykiwań dożylnych.

Autor wykazał, że *»Caloroza«* zostaje zupełnie zresorbowana (do 90 97%), tak, że w moczu stwierdził tylko kilka dziesiętnych grama; tyleż stwierdzono po infuzjach cukru gronowego.

W medycynie wewnętrznej stosuje się *»Calorozę«* przy schorzeniach naczyń i serca z dobrym wynikiem.

Także w chorobach dziecięcych i u osesków stosuje się *»Calorozę«* 7—10%-ową, jako lawatywy lub infuzje w miejsce soli kuchennej.

W chirurgji stosuje się ją po operacjach żołądka i jelit; łatwiej usuwa się pragnienie u chorych, aniżeli solą kuchenną.

Muncke. **Patogeneza i terapja samoistnej odmy piersiowej niegruźliczej.** Samoistna odma piersiowa występuje bardzo rzadko. Roentgenologicznie i autopsją stwierdzono, że zwyczajne zrosty po przebytem zapaleniu opłucnej bez objawów, mogą spowodować odmę. Prawdopodobnie zrosty te wytwarzają pęcherzyki rozedmowe, które przy większym wysiłku pękają, i w ten sposób tworzą odmę. Także sam wdech i wydech może spowodować pęknięcie pęcherzyków płucnych. Jeżeli zaś chodzi o rozpoznanie gruźliczej odmy piersiowej, uważa autor brak wysięku za sprawę niegruźliczą.

Terapja polega na wyczekiwaniu samoistnej resorbcji i usunięciu powietrza zapomocą aparatu Potaine'a.

Assmann. **Patogeneza i klinika raka oskrzelowego.** Autor podaje kilka przypadków pierwotnego raka oskrzeli u górników, i odnosi to do zawartości kobaltu, arsenu, radu w kopalniach, które działają drażniąco. Roentgenologicznie zauważył przed wystąpieniem raka ciemne plamki w płucach które odnosi do pneumokoniozy, a nie gruźlicy. Gruźlica występuje u górników dość rzadko, gdyż anthrakoza i pneumokonioza uodparnia niejako płuca przeciw gruźlicy, natomiast wdychiwanie pyłu żelaznego, wapiennego powoduje wtórną gruźlicę.

Rak oskrzeli występuje częściej u mężczyzn, niż u kobiet, między 45—60 rokiem życia. Częściej zostaje zajęte płuco prawe z powodu stromego przebiegu prawego oskrzela. Co do objawów podmiotowych, to chorzy odczuwają bóle; spowodowane uciskiem na pnie nerwowe, lub podrażnieniem opłucnej.

W późniejszym okresie choroby wytwarza się charłactwo, rzadko niedokrewność, natomiast prawie zawsze sinica twarzy. Ciepłota ciała bywa prawidłowa. Oddech jest utru-

dniony z powodu *lymphangitis carcinomatosa*. Plwocina jest szklista, ciągnąca, zmięszana z krwią.

Rentgenologicznie stwierdza się zaciemnienie płuc, nieprzesuwalność i wysokie ustawienie przepony Wypuk i wysłuch w okresie początkowym daje wynik ujemny.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 43. 1924.

Herxheimer. **Doświadczenia nad analogią zatrucia guanidyną do tężyczki po wycięciu ciałek przytarczycznych.** Szereg doświadczeń opisanych szczegółowo w Virch. Arch. wykazał nadwrażliwość zwierząt pozbawionych ciałek przytarczycznych na zatrucie guanidyną w stosunku do normalnych zwierząt Jest sprawą wcale prawdopodobną, że ciałka owe wydzieliną swoją zobojętniają częściowo działanie guanidyny na organizm w warunkach fizjologicznych, że tem samem odgrywają ważną rolę w występowaniu tężyczki guanidynowej oraz rzeczywistej.

Peller. **Skłonność do duru brzusznego a płeć.** Na mocy statystycznych danych zebranych w szkołach wiedeńskich stwierdza autor większą (2 i pół razy) skłonność dziewcząt do duru brzusznego, i wogóle dopatruje się wybitnych różnic w ilości zachorzeń na poszczególne choroby zakaźne u dziewcząt a chłopców. Istnieje więc wedle autora dyspozycja płciowa do chorób zakaźnych.

Rindfleisch. **Spostrzeżenia nad dusznicą sercową·** Zwalczające się poglądy dotyczące powstania dusznicy sercowej wskutek zwapnienia naczyń wieńcowych czy też aortalgji stara się autor ująć w jedną całość i pogodzić, twierdząc, że napady małe są pochodzenia aortalnego zaś silne, długotrwałe pochodzenia wieńcowego. Rozpoznanie tła oraz lokalizacji bólów ważne jest ze względów na obecne leczenie chirurgiczne polegające na sympatykotomji.

Moor. **Nadmanganian sodu przeciw zatruciu morfiną.** Autor sprzeciwia się Poulsson'owi, jakoby $KMnO_4$ zastrzyknięty podskórnie lub dożylnie w przypadkach zatrucia morfiną był bezskuteczny i powołuje się na doświadczenia swe ogłoszone już w roku 1903 (Therap. Monatshefte, listopad). Białko łączy się z tlenem i tworzy kwas oxyprotsulfonowy, który ze swej strony utlenia morfinę na oxydimorfinę i unieszkodliwia ją. *J. Smoliński* (Lwów).

Zeitschrift für die gesammte Neurologie u. Psychiatrie

Bd. 89. Nr. 1-3.

Matzdorff. **Przyczynki do nauki o t. zw. samoistnych krwawieniach oponowych.** Krew w cieczy mózgowo-rdzeniowej może zjawiać się w następujących przypadkach:

1. sztucznie,
2. pod wpływem zmian chorobowych:
   a) w przypadkach zapalenia opon i
   b) bez zapalenia:
      α) pod wpływem urazu (bezpośrednio lub po upływie pewnego czasu — t. zn. późna apopleksja);
      β) z powodu schorzenia naczyń opon *(per rhexin et per diapedesim)*;
      γ) w przypadkach guzów opon;
      δ) w niektórych ogólnych cierpieniach *(diathesis haemorrhagica, haemophilia, pachymeningitis haemorrhagica)*;
      ε) jako krwotok oponowy samoistny, na tle zmian naczynioruchowych w oponach.

Autor pod mianem krwotoku samoistnego oponowego pojmuje wszystkie wymienione pod literą *b)*, z wyjątkiem powstałych wskutek urazu. Autor przytacza 3 odnośne przypadki, z których 2 kliniczne, a jeden stwierdzony sekcyjnie. Ten ostatni dotyczy *leptomeningitis haemorrhagica*. Tu w okolicy lejka znaleziono septyczne zakrzepy naczyń, które można powiązać z przebytą różą. Ztąd widocznie poszło zakażenie, które wywołało krwotoczne zapalenie opon miękkich. Ponadto autor znalazł dziwnie zmienione naczynie, które uważa za zakrzep spowodowany zwiniętą błoną wewnętrzną. W końcu autor omawia etjologję, różniczkowanie i leczenie.

Z. Messing (Warszawa)

La pratica pediatrica.

1924. Str. 103.

Allaria G. B. **O zastosowaniu i nadużywaniu oleju kamforowego u dzieci.** Przestroga przed zastosowaniem zbyt dużych dawek kamfory, które obok objawów miejscowych (nacieki) mogą także wywołać objawy zatrucia ogólnego, czasem nawet i drgawki o charakterze padaczkowym. Przeciwwskazania u dzieci:

1. Arytmje z bodźcami nieprawidłowemi (ekstrasystole);
2. Zatrucie CO i gazem świetlnym;
3. Zapalenie płuc obustronne, ciężkie zakażenie krwi, drgawki, ciężka cukrzyca;
4. Lichy stan odżywienia.

Faktem prawie nieznanym jest niekorzystny wpływ kamfory na sprawność gruczołu sutkowego kobiet karmiących.

Rosenblatt wykazał w roku 1922, że u kobiet, u których karmienie jest przeciwwskazane (gruźlica, ciężkie wady sercowe) podawanie kamfory 0,12 0,18 trzy razy dziennie powoduje w przeciągu 3—5 dni zupełny zastój wydzielania mleka.

Ostrożnie wobec tego z wstrzykiwaniem kamfory u kobiet karmiących!

Dawki przy każdorazowej injekcji: w pierszym roku życia 0,005-0,01; w 2 3 roku 0,01 0,05; w 4—6 roku 0,05 0,15 (1 cm^3 10% oleju kamforowego zawiera 0,1 gr kamfory).

Praca ta zasługuje na szczególną uwagę ze względu na ogólnie panujące przekonanie o zupełnej nieszkodliwości kamfory. (Przyp. refer.).

Rinascenza medica.

Nr. 12. Str. 277. 1924.

Vitetti G. **Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez Streptotrix.** Dwa przypadki zapalenia opon mózgowych u oseseków; w ropnym płynie mózgowo rdzeniowym *streptotrix*.

Początek nagły, gorączka, wymioty; przebieg ostry z typowemi objawami ze strony opon mózgowych.

W obu przypadkach, podobnie jak we wszystkich dotychczas opisanych, zejście śmiertelne.

Nr. 17. Str. 403. 1924.

Bova P. **Szczepienie zapobiegawcze przeciw płonicy.** Zastosowanie szczepionki zapobiegawczej przeciwpłoniczej *Caronii* z bardzo pomyślnym wynikiem u 112 dzieci podczas ciężkiej epidemji płonicy w Kalabrji. W wyjątkowych przypadkach, gdzie mimo szczepienia wystąpiła płonica, przebieg bardzo lekki.

La Pediatria.

Nr 16. Str. 966. 1924.

Luzatti T. **Skuteczny sposób leczenia oxiuriasis.** Bardzo dobre wyniki w *oxiuriasis* przy pomocy chloroformu, rozpuszczonego w olejku rycynusowym. Dawka *(per os)* 2 g chloroformu, olej rycynusowy odpowiednio do wieku; 3 razy w miesiącu w 1 szym, 15-tym i 30-tym dniu leczenia Dzieci znoszą chloroform bez objawów zatrucia.

Redlich (Rzym).

Odpowiedź p. dr. Zygmuntowi Janiszewskiemu na sprostowanie w Nr. 4. 1925. Pol. Gaz. lek.

To, co, według Pana Dr. Z. Janiszewskiego, ma potwierdzać Jego zdanie, że byłem »mylnie poinformowany«, dowodzi najlepiej wręcz odwrotnego, boć oczywistą jest rzeczą, że stosunki, panujące w sanatorjum »Bratnia Pomoc« w Zakopanem, musiały, jak to podałem, być zatrważające, jeżeli:

1) zaszła potrzeba wkroczenia Rady Naczelnej do spraw pomocy młodzieży akademickiej i

2) jeżeli musiano wydać 25 000 zł. z funduszów tejże Rady na sanację tych stosunków.

Na zakończenie, unikając powtarzania się dla sprostowania twierdzenia P. Dr. Z. Janiszewskiego, że w Nr. 48.

Pol. Gaz. lek. miałem pisać o »Walce z gruźlicą w Polsce«, pozwolę Go odesłać do mej odpowiedzi w tejże sprawie Panu Dr. L. Węgrzynowskiemu (Pol. Gaz. lek. Nr. 4. str. 99).

Dr. Antoni Kuczewski.

Na odpowiedzi powyższej Redakcja zamyka dalszą polemikę, dotyczącą artykułu Dra A. Kuczewskiego.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 3 grudnia 1925.

Przewodniczy kol. Majewski.

Obecnych 126 członków.

Wybrano »Komisję Matkę« celem rozpatrzenia kandydatów do nowego wydziału Krak. Tow. lek. w 1925. Przewodniczącym wybrano kol. Surzyckiego.

1. Kol. Kościuszko przedstawia preparat mikroskopowy **martwiczego włókniaka**, wychodzącego z ciężarnej macicy.

2. Kol. Markowa przedstawia: a) chorą St. K. 43 letnią. Chora **ze zmiękknieniem kości**; wieloródka w VII. m. ks. ciąży przybyła 4. X. 1924, do Państwowej szkoły położnych z powodu daleko posuniętego zmiękknienia kości. Z wywiadów zasługuje na uwagę ta okoliczność, iż odżywianie się chorej stało przez szereg lat na granicy chronicznego głodowania. W chwili przyjęcia na oddział było charłactwo daleko posunięte, pozatem niedomoga mięśnia sercowego i rozlane zapalenie oskrzeli. Roentgen: postać łamliwego zmiękknienia kości (*halisteresis*), zanik kości, osteoidy. Badanie krwi, wykonane dwukrotnie, nie dało obrazów zgodnych. Hg. (Sahli) 55. Badanie krwi w kierunku *acidosis* utrudnione brakiem aparatu elektrometrycznego. Wobec schorzenia tak bardzo posuniętego zastosowano zrazu leczenie zachowawcze: środki nasercowe, adrenalina (*solutio* 1%) 0.4 pro die, modo Latzko, fosfor, forsowne odżywianie, surowe jaja, jarzyny, kąpiele, naświetlanie lampą kwarcową. W ciągu kilku tygodni stan ogólny chorej poprawił się znacznie. Bilansu P. Ca nie przeprowadzano, albowiem wyniki badań i eksperymentów w tym względzie są najzupełniej sprzeczne, szczególniej u ciężarnych. W moczu ani białka, ani ciała Bence Jonesa nie było. Od czasu do czasu pojawiały się charakterystyczne obfite poty. Nagle w listopadzie nastąpiło gwałtowne załamanie się przebiegu choroby na niekorzyść, połączone z nawrotem zapalenia oskrzeli, ciepłotą około 40°, co przy wysokiem ustawieniu przepony i poprzedniem już upośledzeniu oddychania przedstawiało stan groźny. Wobec tego w obawie przed drugim podobnym nawrotem skorzystała mówczyni z pierwszych bezgorączkowych dni i 8 listopada wykonała u chorej w znieczuleniu lędźwiowem wydobycie płodu i usunięcie macicy sposobem Porro. Płód ważył 1800 gr., miał 42 cm długości, rozwija się bardzo dobrze. Chora zniosła zabieg niemal bez reakcji i dziś chodzi o własnych siłach. Jajniki badane histologicznie wykazują bardzo duże ciałko żółte, ubóstwo pęcherzyków, komórki tekaluteinowe normalne. — Porównując obie metody leczenia, stosowane w tym przypadku, stwierdzić należy wyższość metody operacyjnej, której istotną częścią, poza rozwiązaniem chorej, była kastracja, która też dała wynik rychły i trwały;

b) pokazuje **macice włókniakowe**, usunięte operacyjnie bądź per laparotomiam, bądź per vaginam. Z tych pierwszych preparat o tyle ciekawy, że był długo i bezskutecznie leczony promieniami Roentgena. Wytłumaczenie: w macicy znaleziono mięśniaka podśluzowego wielkości główki noworodka. Druga macica, uzyskana per vaginam, była przedmiotem trzech skrobanek, wykonywanych w różnych zakładach z powodu przewlekłych krwotoków, trwających od dwóch lat. Skrobanki dawały zawsze wynik ujemny. W macicy znaleziono podśluzowy stłuszczony włókniak wielkości małej cytryny.

Ten fakt rzuca pewne światło na wartość rozpoznawczą skrobanek.

3. Kol. Rosenhauch przedstawia: **wrodzony lipodermoid** w kąciku zewnętrznym oka prawego u 11-o letniego chłopca.

4. Kol. Gieszczykiewicz i kol. Kostrzewski wygłaszają odczyt p. t. »**Surowica przeciwczerwonkowa w pracowni i klinice**« (Rzecz przeznaczona w całości do druku).

W dyskusji przemawiali kol. Blassberg, Eisenberg i Kostrzewski.

Posiedzenie naukowe w dniu 10 grudnia 1921.

Przewodniczy Kol. Majewski.

Obecnych 68 członków.

Przyjęto na członka kol. Kamila Krafta.

1. Kol. Przeworski z klin. laryng. przedstawia przypadek (**melanoblastom**) **oka lewego przewodu nosowo-łzowego i nosa po stronie lewej**.

U 50 letniego chorego znajdują się liczne nacieki mniejsze większe na spojówkach oka lewego, bądźto szeroko usadowione, bądź uszypułowane, niektóre względem podstawy nieprzesuwalne o zabarwieniu sino-czarnem. W okolicy woreczka prawego przetoka, w nosie popod muszlą dolną lewą naciek sino-czarny: niema go w dnie i muszli. V o. l. 5/15 z powodu *keratitis sup.* bez zmian na dnie oka. Zresztą przerzutów niema melaniny w moczu nie wykazano. Badaniem mikroskopowem stwierdza się w wycinkach z oka obraz zwykłego melanoblastoma bez cech złośliwości, w wycinkach zaś z nosa obraz melanoblastoma złośliwego. Chory zauważył sine guzki na spojówkach już przed 3-ma laty, a w r. 1622 wyjęto je na klinice okulistycznej przyczem badanie histologiczne stwierdziło utkanie nowotworu złośliwego o typie »*perithelioma*« bez zmian barwikowych. Po miesiącu już wystąpiły drobne sine nacieki, które jednak nie powiększały się. Dopiero we wrześniu 1924 rozrastają się, a w październiku chory uczuł zatkanie nosa po stronie lewej. Przypadek ten jest bardzo rzadki ze względu na swoją, jakkolwiek wtórną, siedzibę w nosie, dalej ze względu na długi czas trwania, na równomierne powiększanie się złośliwości kliniczne) (prz z rozrost) i histologicznej oraz ze względu na swój początek, jako nowotwór bezbarwikowy, jak to również opisał Wolffheim (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie etc. Z. 1922, Bd. 11, H. 1). U chorego zastosuje się leczenie radem, mimo tego kol. Przeworski przypuszcza w najbliższych miesiącach, jako zakończenie choroby: *melanosis universalis*.

2. Kol. Brudzewski wygłasza odczyt p. t. **Leczenie wrzodów rogówkowych jontoforezą**«. (Rzecz przeznaczona w całości do druku).

W ożywionej dyskusji przemawiali kol. Majewski, Seńkowski, Hirsch, Surzycki i mówca.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe w dniu 30 stycznia 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski.

Obecnych 98 członków.

I. Kol. Nowicki zwraca się do obecnych w imieniu Polskiego Komitetu dla zwalczania raka o wypełnianie porozsyłanych kwestjonarjuszów i nadesłanie ich pod wskazanym adresem.

2. Kol. Ziembicki przedstawia z oddziału W. II. **przypadek ziarnicy** (*lymphogranuloma*), odznaczającej się pakietami gruczołów w obu dołkach nadobojczykowych, dużą śledzioną i wielkich rozmiarów guzem w śródpiersiu. Badanie histologiczne jednego z wyciętych gruczołów potwierdza rozpoznanie. Pozatem przypadek nie przedstawia nic szczególniejszego.

3. Kol. Schusterówna przedstawia: a) preparat **tchawicy, do której przebiła tętnica bezimienna**. Zmianę tę stwierdzono na sekcji u 16 letniej dziewczyny, której po przyjęciu wykonano tracheotomję dolną z powodu silnej duszności, wywołanej przez ucisk powiększonego gruczołu tarczykowego. Po 3 tygodniach stan chorej poprawił się, wyjęto kaniulę i miano przystąpić do operacji radykalnej, lecz w 4 dni potem wystąpił nagły krwotok i śmierć. Na sekcji stwierdzono przebicie tętnicy bezimiennej do tchawicy, prawdopodobnie, jako następstwo odleżyny, powstałej w miejscu przylegania dolnego końca kaniuli do ściany tchawicy;

b) **przełyk z wrodzoną wadą rozwojową**, stwierdzoną u dziecka 4-o dniowego. Przełyk podzielony jest na 2 części, z których górna kończy się ślepo, dolna zaś łączy się z tchawicą w miejscu jej rozgałęzienia się;

c) **żołądek i dwunastnicę dziecka 14 dniowego z drutem 4 cm długim**, który tkwi częściowo w żołądku, częściowo już w dwunastnicy. Prawdopodobnie drut ten rozmyślnie został wprowadzony do przewodu pokarmowego w celu zabicia dziecka. Przemawia za tem zranienie tylnej ściany przełyku, powstałe przy gwałtownem wprowadzaniu druta, następstwem, którego było ropne zapalenie śródpiersia tylnego i ogólne zakażenie krwi;

d) **mysz białą z wielkim rakiem smolowym**, który powstał dopiero w 9 miesięcy po ostatniem drażnieniu. Okres utajony między zadziałaniem czynnika drażniącego, a powstaniem nowotworu był w tym przypadku bardzo długi, co ma niewątpliwie pewne znaczenie praktyczne.

4. Kol. Ziembicki wygłasza odczyt: „**O najdawniejszych dziejach Szpital. Powszechnego we Lwowie i o powstaniu Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie**«.

Odczyt rozpoczął mówca od wspomnienia o śp. Edwardzie Sawickim, senjorze lekarzy polskich, który zmarł w listopadzie z r., mając lat 91. Ponieważ z osobą Zmarłego, byłego prymarjusza Spitala powszechnego we Lwowie, powołanego w swoim czasie przez były Wydział Krajowy Galicji do zorganizowania powstającego wówczas Zakładu w Kulparkowie i wogóle służby psychjatrycznej w kraju naszym, łączy się cały szereg dat i wypadków z dziejów obu tych wielkich Zakładów Krajowych, przeto w dalszym ciągu odczytu rozwija mówca przebieg tych dziejów od najdawniejszych początków aż do dnia dzisiejszego. Omawia więc genezę samego budynku szpitalnego we Lwowie i jego pierwotnego przeznaczenia na t. zw. *Collegium nobilium* (akt fundacyjny księdza Samuela Głowiń-

skiego, biskupa sufragana *in part. infid.*), następnie skasowanie tego zakładu przez cesarza Józefa II, pomieszczenie w nim szpitala Braci Miłosiernych, później szpitala państwowego, objęcie go w końcu — z chwilą wprowadzenia autonomji krajowej — przez były Wydział Krajowy. Omawia dalej szczegółowo historję i rozwój niektórych oddziałów szpitalnych, zwłaszcza oddziału, zwanego W. III. (wewnętrzny trzeci), którego to pierwszym prymarjuszem był ś. p. Sawicki, pełniący te obowiązki przez lat 35. Omawia wreszcie zawiązek zakładu dla umysłowo-chorych w Kulparkowie pod Lwowiem i zasługi, jakie dla zorganizowania tego zakładu położył ś. p. Sawicki, używający przez jakiś czas tytułu t. zw. »opiekuna« służby psychjatrycznej w całym kraju. Był on także pierwszym u nas docentem psychjatrji i neurologji z czasów t. zw. Instytutu Medyko-chirurgicznego we Lwowie.

Kazimierz Tyszka sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 19 listopada 1924 r.

Przewodniczy kol. Kozłowski. Obecnych 23 członków Towarzystwa i 2 gości.

1. Po otwarciu zebrania kol. Dehuel z okazji przewiezienia do Polski zwłok ś. p. H. Sienkiewicza w dłuższem przemówieniu skreślił działalność literacką i obywatelską ś. p. Henryka Sienkiewicza; na propozycję tegoż obecni uczcili pamięć ś. p. H. Sienkiewicza przez powstanie.

2. Kol. Dehnel omawia przypadek **ostrej białaczki limfatycznej** na tle zakażenia gronkowcami po operacji karbunkułu. Badanie krwi wykazało 93% małych limfocytów przy przebiegu choroby gorączkowym i stanie septycznym z objawami zajęcia mięśnia sercowego i zapaleniem żył w kończynach dolnych. Przypadek w końcu 3 tygodnia zakończył się śmiercią. Mówca, omawiając ten przypadek, poruszył obecne poglądy na białaczkę.

W dyskusji kol. Buterman, wobec ropnia golenia przerzutowego pochodzenia, rozpoznał posocznicę. Ze względu na zły stan ogólny skłonny był do złego rokowania. Ani obraz kliniczny (brak obrzmienia gruczołów chłonnych, śledziony brak skazy krwotocznej), ani obraz hematologiczny (brak dużych limfocytów oraz brak zmian ze strony erytrocytów) nie przemawiały za białaczką limfatyczną, względnie za ostrą aleukemiczną limfadenozą. — Kol. Gosiewski ma wątpliwości, czy opisany przez referenta przypadek był ostrą białaczką. Uważa przypadek ten za sprawę posocznicą. W odpowiedzi prelegent odpowiedział, że ostre białaczki, wedle Sternberga, są rzeczywiście zakażeniem gronkowcami lub paciorkowcami i dają obraz odmienny od zwykłych białaczek, a przedstawiają obraz zwyczajnego zakażenia septycznego.

3. Kol. Ingster odczytał referat: **O nowszych badaniach nad histerją.** Skreśliwszy pokrótce dzieje nauki o histerji, przechodzi mówca do scharakteryzowania nowszych poglądów na tę chorobę. Epoka nowszych poglądów na histerję rozpoczyna się od 1893 r., kiedy Freud wspólnie z Brenerem wydali pracę »O mechaniźmie psychicznym histerycznych fenomenów«. Według Freuda, objawy histerji mają ścisły związek z przeżyciami chorego. Pewne przeżycia stłumione i wpędzone niejako do podświadomości, mogą w pewnych sprzyjających okolicznościach przeistoczyć się w objawy cielesne, jak porażenia lub ataki histeryczne, cechujące się nadmiarem ruchów. Jeżeli wykryć te t. zw. urazy psychiczne i uświadomić je choremu, t. j. wyciągnąć je niejako z głębi podświadomości do świadomości chorego, co nazwał Freud psychoanalizą, następuje wyleczenie. Dwa odkrycia Freuda stanowią czynnik pomocniczy przy prowadzeniu psychoanaliz: 1) że sny (marzenia senne) zawierają często treść przeżyć stłumionych, a wywołujących nerwicę, 2) że najczęściej przyczyną nerwic są przeżycia seksualne z lat dziecięcych.

Po tych uwagach ogólnych wyjaśnia mówca teorję Freuda w przykładzie przeprowadzonej psychoanalizy. Następnie wspomina o poglądach Adlera, których kwintesencją jest zapatrywanie, że punktem wyjścia nerwic jest obrona swego prestige osobistego, zaznaczająca się już w dzieciństwie. Pewne drobne ułomności w wieku dziecięcym, jak krzywica, stany osłabienia po chorobach zakaźnych i t. p. stwarzają w dziecku uczucie niższości wobec swego otoczenia. Chcąc ratować swoje zagrożone prestige rozwija dziecko w sobie podświadomnie pewne cechy, dążące do skompensowania sobie krzywd, wynikających z niewygodnej pozycji wśród swego najbliższego otoczenia. I tak powstaje *pavor nocturnus*, którego celem ma być zwrócenie uwagi na siebie otoczenia za wszelką cenę; w wieku późniejszym »ucieczka do choroby«, by uniknąć takich sytuacyj życiowych, które mogłyby narazić na szwank prestige chorego i t. d., podczas gdy Freud i Adler stają na gruncie czysto psychicznym i wpadają przez to w jednostronność, Kretschmer stwarza teorję biologiczno-psychiczną, opierającą się wszechstronnie na zdobyczach wiedzy biologicznej z jednej strony, a doświadczeniach klinicznych — z drugiej. Histerja, według Kretschmera, nie istnieje; istnieje reakcja histeryczna, która daje się schematycznie podzielić na 3 stadja: 1) okres reakcji odruchowej, instyktowej, która da się porównać z objawami przestrachu lub paniką u zwierząt, występujące jako drżenie, porażenie, bezruch lub w postaci psychicznych objawów, charakteryzujących się często, jako regresja do stadjum dziecięcego, 2) okres współdziałania odruchu pierwotnego z wolą świadomą, przyczem impulsy ze strony woli muszą być bardzo subtelne i rozlane, gdyż inaczej spowodowałyby wygaśnięcie odruchowej reakcji pierwotnej. 3) Utrwalenie się objawów cielesnych lub duchowych i uniezależnienie się ich z pod wpływu świadomej woli. Działałaby tutaj wola instyktowna, niższego rzędu. To też okres ten nazwał Kretschmer *hypobulja*. Naturalnie, że skłonność do tych hypobulicznych objawów, t. j. objawów histerycznych, działających na szkodę osobnika chorego, byłaby wrodzoną. W nerwicach wojennych i rentowych dochodzi do okresu 2, u osobników względnie zdrowych. — Dyskusja odłożona.

4. Sekretarz odczytał opinję Komisji, która rozpatrywała sprawę kol. Stawińskiego, wywołaną zarzutami czynionemi mu przez p. Soleckiego.

Sekretarz: *Dr. Budzyński.* Prezes: *Dr. Kozłowski.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. stycznia 1925 r.

Przewodniczy Kol. K. Opoczyński.
Sekretarz Kol. E. Czarnecki.

Obecnych 56 osób, w tej liczbie 33 członków T-wa.

1. Odczytanie protokołu z dnia 14. stycznia b. r.

2. Dalszy ciąg **dyskusji** w sprawie wygłoszonych na poprzedniem posiedzeniu przez kol. L. Łukowskiego i T. Wąsowskiego odczytów:

Kol. Jasiński: należy zwrócić baczną uwagę na stosunek gruźlicy do krwawiączki; przytacza przypadek z dzieckiem które cierpiało na wylew krwawy do stanu, zastosowanie tuberkuliny dało dobre wyniki. Kol. A. Hołówko, zwraca uwagę na doniosłość badań nad krwawiączką dla ginekologji. Widujemy niekiedy u miesiączkujących młodych dziewcząt bardzo wielką utratę krwi przy zupełnie normalnym stanie narządów płciowych. W niektórych przypadkach krwotoki te są tak silne, że nie dają się powstrzymać żadnemi środkami i zachodzi śmierć przy objawach coraz zwiększającej się niedokrwistości. W tych przypadkach nasuwa się podobieństwo do krwotoków u krawców, jednak możemy zaliczyć do krwawiączki tylko te przypadki, które są obciążone dziedziczenie i mają zmiany krwi charakterystyczne dla krwawiączki. Ponieważ kobiety w rodzinach obciążonych krwawiączką, według niektórych statystyk, nie zapadają na krwawiączkę, a tylko przenoszą tę chorobę na swe potomstwo płci męskiej, powstała wątpliwość, czy kobiety wogóle zapadają na krwawiączkę. Są jednak przypadki krwawiączki także u kobiet. Do takich zaliczyć można przypadek z kliniki prof. Zweifla pokazany w 1921 roku przez Dra Meumanna na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Lipsku (referat w Zentralblatt für Gynaekologie 1922. Nr. 15 str. 590). Charakterystycznem było, że była taż dziedziczność tej choroby w odwrotnym stosunku do zwykłych przypadków, mianowicie mężczyźni nie ulegali w tej rodzinie krwawiączce, lecz przenosili, jako konduktorzy, krwawiączkę na potomstwo płci żeńskiej. W każdym razie jest jeszcze dużo zagadnień niejasnych w tej dziedzinie i dalsze badania tej sprawy są konieczne. Kol. Szmurło podkreśla ogromne znaczenie krwawiączki w otolaryngologji. Na podstawie trzech spostrzeganych przez siebie przypadków stwierdza, że objawy krwawiączki występują niezawsze w jednakowem nasileniu; należałoby zwrócić pilniejszą uwagę nietylko na stan krwi przy tem cierpieniu, jak to się dziś ogólnie dzieje, lecz także w równej mierze także na stan naczyń krwionośnych, które odgrywają niezawodnie wybitną rolę. Kol. L. Łukowski w odpowiedzi kol. Jasińskiemu zaznacza, że krwawiączka ma duży związek z gruźlicą, ponieważ krwawiączka bardzo usposabia do gruźlicy. Z drugiej strony dobry wpływ tuberkuliny na opuchnięcie stawów z powodu wylewu krwi do stawu nie może być dostatecznym dowodem, ponieważ wiadomo, że świeży wylew krwi do stawu przy dobrem pielęgnowaniu może szybko ustąpić. Kol. Hołówce odpowiada, że hematolodzy skarżą się na ginekologów, że zanadto łatwo rozpoznają krwawiączkę u kobiet bez badania krwi. Bucura w swem studjum krytycznem z r. 1920 zaznacza, że ani jeden przypadek krwawiączki u kobiet nie jest dotychczas bezsporny. Prawdopodobnie uporczywe krwawienia u kobiet zależą od innych skaz krwotocznych, jak przewlekłej choroby Werlhofa lub *thrombasthenia hemorragica hereditaria* według Glanzmann'a. Popowski w swej świeżo opublikowanej pracy o krwawiączce przytacza bardzo ciekawy przypadek Petersa, który wspomina o kobiecie z rodziny krwawców, u której po wycięciu jajników wystąpiły objawy typowej krwawiączki. Prawdopodobnie więc gruczoły płciowe żeńskie mają jakieś znaczenie w niewystępowaniu krwawiączki u kobiet. Kol. Obiezierski: Wycięcie jajników wywołuje zwiększenie hormonu nadnercza, co jest przyczyną zwyrodnienia naczyń krwionośnych, a to wywołuje łatwe ich pękanie z wylewami krwi. Kol. A. Januszkiewicz zwraca uwagę na brak jednolitego poglądu autorów co do czasu krzepliwości krwi. Wypowiada się w sensie nieprzeprowadzania gradacji w nasileniach

krwawiączki! Zgodnie z pracami M. Feissly wyprowadza brak leczniczego działania wyciągów ciała żółtego, jak również dodatniego wpływu promieni Röntgena. Przetaczanie krwi, zdaniem tego autora, dawało niekiedy dodatnie wyniki. Kol. T. Wąsowski podawał w jednym przypadku krwawienia środki hemostatyczne bez wyraźnego efektu, zastosowanie promieni X dało wynik pożądany. Kol. K. Opoczyński sądzi, że w przyszłości chemja rzuci pewne światło na istotę krwawiączki.

3. Kol. K. Pawłowski. **Sprawozdanie z 5 przypadków cukrzycy** (w tem jeden ze śpiączką), leczonych insuliną w II. Klinice chorób wewn. U. S. B.

Dyskusja. Kol. Obiezierski: Dzisiejszy referat o próbach z insuliną nasuwa myśl, że możnaby było zapomocą reakcji Abderhaldena w klinice określić, gdzie i w jakich gruczołach następują zmiany, wpływające na zmniejszenie hormonów trzustkowych (specjalnie wysepek Langerhausa). Na zastrzyki insuliny zapatruję się jako na zwiększenie hormonów trzustkowych, które, jak to wiemy z fizjologji, są w antagonizmie z gruczołami nadnercza. Wiadomo, że formowanie się glykogenu w wątrobie następuje pod wpływem hormonu nadnercza (adrenaliny) zapomocą współczulnych węzłów systemu nerwowego. Hormony trzustkowe, działając antagonistycznie na hormony nadnercza, zatrzymują glykogen w wątrobie, niepozwalając mu zbytnio wydzielać się z organizmu. Gruczoł tarczowy, przysadka mózgowa, gruczoły przytarczyczne mają także znaczenie w wydzielaniu cukru z organizmu. Wiemy, że w ciąży lub akromegalji, gdzie następuje zwiększenie hormonów przysadki, działających antagonistycznie na hormon trzustkowy, następuje wydzielanie się cukru w moczu, który, n. p. w ciąży, pod wpływem preparatów organo-terapeutycznych jajnikowych, działających znowu antagonistycznie na hormony przysadki, bardzo łatwo ginie z moczu. Przy chorobie Basedowa jest cukier także w moczu. Zwiększone hormony tarczycy działają antagonistycznie na hormony trzustki, zmniejszając je w organizmie, co wywołuje zmniejszenie przeszkody w utrzymaniu cukru w organizmie. W ten sposób widzimy, że w procesie formowania się i wydzielania cukru w organizmie dwa gruczoły główną odgrywają rolę: nadnercze i trzustka, Nadnercze daje bodziec do formowania się cukru, trzustka działa powstrzymująco na tworzenie się cukru. Zadaniem lekarza jest odnalezienie przyczyny, zmniejszającej hormony trzustkowe. A znaleźć te przyczyny można, przy dzisiejszym stanie medycyny, tylko zapomocą odczynu Abderhaldena. Dlatego też mowca wypowiada myśl, że badania kliniczne, idące w parze z badaniami hormonowemi modą Abderhaldna, dadzą nam sposób do wykrycia przyczyny zmniejszającej hormony trzustki. Kol. E. Czarnecki, powołując się na pracę, którą umieścił Lancet, stwierdza, że w skład insuliny wchodzą dwa czynne pierwiastki; jeden z nich ulega rozkładowi pod wpływem soków trawiennych; tem się tłumaczy brak działania tego preparatu przy podawaniu per os. Insulina i adrenalina są ze sobą w stosunku antagonistycznym, co zostało stwierdzone w ten sposób, że zastrzykiwanie adrenaliny w ilościach, wywołujących cukromocz w warunkach normalnych, nie dawały tego objawu po uprzednich zastrzykach insuliny. Kol. A. Safarewicz: Choremu stosowano dwuwęglan sodowy, który, jak wiemy, zmniejsza lub usuwa kwasicę; być może dużą rolę odegrała tu właśnie soda. Co do przemiany materji, to u djabetyków odbywa się mniej intensywnie wogóle i obok węglowodanowej szwankuje też tłuszczowa. Stwierdzono, że, gdyby podawać djabetykom produkty glukozy w pierwszym okresie rozkładu, djabetycy łatwoby mogli spalać je całkowicie. Djabetykom brakuje właśnie czegoś, co pozwala osobnikom zdrowym rozszczepić glukozę; glukoza w nadmiernej ilości ukazuje się we krwi, drazni nerki i wydziela się z moczem. Nowem jest dla mowcy to, co mówił kol. Pawłowski, robiąc wzmiankę o tem, że hiperglikemja nie wywołuje podrażnienia nerek. Co do hormonów, o których mówił kol. Obiezierski, jest to sprawa jeszcze zupełnie ciemna, mało co wiemy o tych hormonach, gdyż dotąd w stanie czystym nie udało się ich otrzymać w takiej ilości, by można było z niemi robić jakieś doświadczenia. Kol. Szmurło: Podanie tylko dwuwęglanu sodu w śpiączce, spowodowanej cukromoczem, nie daje efektu. Kol. St. Trzebiński Jednak dwuwęglan sodu w okresie przed wprowadzeniem insuliny dawał przecież niekiedy pożądane wyniki. Kol. A. Januszkiewicz: Dwuwęglan sodu stosują dotychczas starsi klinicyści, n. p. Noorden i jego szkoła, jednocześnie z insuliną dożylnie; jednak, o ile wiemy, soda w śpiączce nie ratowała i w danym razie można myśleć tylko o podrzędnej jej roli. Przyczyny powstawania białkomoczu u djabetyków są dziś jeszcze nieznane. Pewna ilość cukru poza wątrobą dostaje się wprost do przewodu piersiowego. Miano cukru w żyle wrotnej i wątrobowej w pierwszych chwilach po spożyciu cukru jest jednakowe, t. j. cukier nie zatrzymuje się w wątrobie natychmiąst po podaniu, a zaczyna się magazynować dopiero po upływie 3—6 godzin. Z tego widać, że insulina w swem działaniu ma najpewniej punkty zaczepienia i w wątrobie i poza nią Insulina, między innemi własnościami, przywraca organizmowi utraconą zdolność zatrzymywania glykogenu w wątrobie. Istnieje bezsporne antagonistyczne działanie między insuliną a adrenaliną w stosunku 1 mgr adrenaliny do 10 jednostek amerykańskich insuliny; djabetyk zatraca zdolność spalania cukrów, insulina dopomaga mu w tym procesie; doświadczenia przeprowadzono na izolowanem sercu wykazały, że przy przepłukiwaniu insuliny wraz z płynem Ringer'a, serce takie zużywa trzykrotne ilości cukru. Przemawiał jeszcze kol. K. Opoczyński.

Dr. E. Czarnecki, sekretarz.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Sekcja skórno-weneryczna.

Przewodniczący Sekcji Skórno-wenerycznej XII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości Sz. Kolegów, że tematem głównym obrad będzie sprawa leczenia przymiotu (ref. prof. A. Karwowski, Dr T. Trzciński, Dr. Ks. Watraszewski) oraz serologja przymiotu (doc Fr. Walter). Ponadto zgłoszono dotąd następujące odczyty i referaty:

1) Zmiany histopatologiczne tkanek przymiotowych, występujące pod wpływem leczenia bizmutem

2) Wpływ przetworów bizmutowych na obraz hematologiczny w przebiegu przymiotu.

3) O zapaleniu cewki u mężczyzn

4) Leczenie światłem barwnem.

5) W sprawie białaczki skóry.

6) Cholesterynemja w łuszczycy.

Tematy oraz krótkie streszczenia należy nadsyłać do dnia 1 maja r b Warszawa, Bracka 18

Dr. Robert Bernhardt,
Przewodniczący Sekcji

II. Zjazd francusko-polski w Paryżu.

1) Kongres rozpoczyna się dnia 20 kwietnia.

2) Termin zapisywania się przedłuża się do dnia 10 marca b. roku.

3) Na koszta organizacyjne wpłacić należy 25 zł. od osoby do P. K. O. w Warszawie na rachunek Towarzystwa lekarskiego Francusko-Polskiego Nr. 3090.

4) Paszporty będą indywidualne. Wszyscy zapisani członkowie otrzymują zaświadczenia, iż są uczestnikami Kongresu. Lekarze zamieszkali w Warszawie mogą starać się o paszport oddzielnie, albo za pośrednictwem Dr. Melanowskiego, Żórawia 31, tel. 502-50.

5) Podróż do Paryża koleją na Berlin bez przesiadania 36 godzin, I kl. — 190 zł., II. kl. — 135 zł.; III kl. — 90 zł. (przesiadanie 4-o krotne).

Za miejsce w wagonie sypialnym dopłaca się 80 zł.; drożej i trwa znacznie dłużej.

Podróż na Wiedeń i Szwajcarji kosztuje o 30 zł. więcej.

Koleje polskie dają 30% ustępstwa, koleje francuskie 50% wyłącznie dla podróżujących zbiorowo. Prawdopodobnie w Paryżu uzyska się dobrowolną datę powrotu.

6) Podróż okrętem z Gdańska do Hawru trwa 3—4 dni. I kl. — 660 fr., II kl. — 510 fr. z całkowitem utrzymaniem. Członkowie Kongresu płacą o 25% mniej. Z Hawru do Paryża I kl. — 71 fr., II kl. — 52 fr. Express 3 g. 30 m.

7) Mieszkania w hotelach będą zapewnione przez komitet organizacyjny paryski.

8) Szczegółowy program Kongresu, jakoteż francuskie karty członkowskie będą rozesłane później.

9) Kongres francusko-polski, pomimo niektórych wspólnych z międzynarodowym Kongresem medycyny wojskowej przyjęć i wycieczek zachowa swą odrębność.

Sekretarze Towarzystwa lekarskiego Francusko-Polskiego: *Dr. Józef Zieliński* — Górnośląska 16., tel. 225-26., *Dr. Władysław Melanowski* — Żórawia 31. tel. 502-50.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Warszawsko-białostocka.

Izba lekarska Warszawsko-białostocka została powiadomiona przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, że pomiędzy 1. I. i 28. II. r. b. zostanie przeprowadzona ankieta w sprawie częstości zachorowań na raka i inne nowotwory złośliwe. Kwestjonarjusze (wzór których został ustalony w porozumieniu z Izbami Lekarskiemi, z Wydziałami Lekarskiemi Uniwersytetów i z Polskim Komitetem do zwalczania raka) w potrzebnej ilości lekarze otrzymają w Urzędzie Zdrowia Ratusz Pokój Nr. 55, w Kancelarji Izby lekarskiej Niecała 7, w Wydziale Zdrowia Zgoda 10, i we wszystkich dozorach sanitarnych.

W imię nauki i dla dobra ludzkości Zarząd Izby zwraca się do wszystkich członków Izby z usilną prośbą o jak najskrupulatniejsze wypełnienie kwestjonarjuszów i przekazanie ich Urzędowi Zdrowia, lub Kancelarji Izby.

Pisarz Izby *J. Sochacki.*

Izba Lekarska w Krakowie.

Posiedzenie Rady Izby Lekarskiej w dniu 13 stycznia 1925 r.

Przewodniczy: Dr. Strzemieński, pisze: Dr. Piątkowski.

Obecni: Drowie Maciąg, Kwieciński, Okuszko, Czaplicki, Zakrzewski, Kostrzewski, Zieleniewski, Bartkiewicz, Landau, Rose, Stahr, Ciechanowski, Suchodolski, Masny, Zbiegniewicz, Wróblewski, Żydłowicz, Jankowski, Glassner, Grzybowski, Schneider, Poźniak, Rutkowski, Orłowski, Cercha, Skórski, Budzyński.

Usprawiedliwili nieobecność: Drowie Dudziński, Walczyński, Wrześniowski.

1) Protokół posiedzenia Rady z dnia 29 marca 1924 r. odczytano i przyjęto.

2) Sprawozdanie z czynności Zarządu Izby Lekarskiej za rok 1924 odczytuje sekretarz.

W okresie sprawozdawczym odbył Zarząd Izby 12 posiedzeń, na których załatwiano wszystkie wpływy do dziennika podawczego.

Na zastępców naczelnika Izby Zarząd Izby wybrał prof. Dra Rutkowskiego i Dra Wrześniowskiego. Pozatem udzielił urlopu sekretarzowi Dr. Weinsbergowi na jego własne żądanie. Funkcje pisarza poruczono tymczasowo Dr. Piątkowskiemu.

Ze spraw większej wagi należy wymienić:

a) W sprawie udzielania przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) tymczasowych pozwoleń na wykonywanie praktyki lekarskiej wrócono się do tegoż Ministerstwa (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) z prośbą, by, w myśl postanowień ustawy, nie udzielano takich pozwoleń bez zasięgnięcia opinji Izby Lekarskiej. Równocześnie przedstawiono całą sprawę Naczelnej Izbie Lekarskiej z prośbą o poparcie. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdr.) w odpowiedzi na przedstawienie Izby zawiadomiło, że w dniu 27 marca 1924 wydany został do wszystkich Wojewodów okólnik, mocą którego podania o udzielenie tymczasowego pozwolenia na prawo wykonywania praktyki polecono przedładać po zasięgnięciu opinji właściwej Izby Lekarskiej zgodnie z art. 4 ustawy o praktyce. Niestety zdarzały się już potem przypadki udzielania takich pozwoleń bez opinji Izby Lekarskiej.

b) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) zwróciło się do Naczelnej Izby Lekarskiej pismem z dnia 5 kwietnia 1924 r., wskazując na to, że Zarząd Związku Lekarzy P. P., względnie jego oddziały, występują stale w zatargach pomiędzy kasami chorych a lekarzami, jako oficjalna reprezentacja stanu lekarskiego, że przez to Związek Lekarzy P. P., jako stowarzyszenie prywatne, „arroguje sobie atrybucje, należące w myśl ustawy do Izb Lekarskich". Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (gen Dyr. Służby Zdrowia) poddaje pod rozwagę Naczelnej Izby Lekarskiej stan powyższy, zaznaczając, że byłoby wskazanem, aby Naczelna Izba Lekarska oraz poszczególne Izby wdrożyły akcję w celu »zabezpieczenia swych atrybucyj przed bezprawnemi arrogacjami ze strony Związku Lekarzy Państwa Polskiego«. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) prosi Naczelną Izbę Lekarską o zajęcie stanowiska i odpowiedź najdalej do dwóch tygodni. Na wezwanie Naczelnej Izby Lekarskiej do wydania opinji Zarząd Izby odpowiedział, że Związek Lekarzy P. P. działa na podstawie zatwierdzonego statutu w ramach ustaw i że nie uszczupla w niczem praw Izb Lekarskich.

c) Na wezwanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr, Sł. Zdrowia) do wydania opinji o projekcie ustawy o zaopatrywaniu ludności w wodę do użytku wewnętrznego i do celów gospodarstwa domowego przesłano wyczerpującą opinję według referatu Dra Weinsberga.

d) Na zapytanie Izby Lwowskiej, jakie stanowisko zajmuje Zarząd Izby w sprawie zamierzonego przez niektóre Urzędy Wojewódzkie wydania cennika poborów lekarskich w myśl art 21. ustawy o praktyce lekarskiej, odpowiedziano, że Zarząd Izby staryfowanie honorarjów nie uważa za rzecz pożyteczną, a opracowanie cennika poborów, któryby mógł zadość uczynić wszelkim różnicom lokalnym i indywidualnym, uważa za rzecz niemożliwą, Zarząd Izby pragnie wywołać dyskusję w tej kwestji w gronie Rady Izby.

e) W sprawie opłat, jakie mają uiszczać Izbie lekarze, należący do innych Izb lekarskich, a praktykujący w sezonie kąpielowym w okręgu tutejszej Izby, wyłoniła się różnica zdań między Zarządem Izby tutejszej a Zarządem Izby Lwowskiej. Sprawa ta przedłożoną będzie do uchwały Radzie Izby Lekarskiej.

f) Na żądanie Naczelnej Izby Lekarskiej Zarząd Izby wydał opinję o projekcie zmian i uzupełnień w ustawie z dnia 19 maja 1920 o ubezpieczeniu na wypadek choroby. W projekcie tym znalazło się znów owo nieszczęsne postanowienie, zmuszające lekarzy praktycznych do udzielania porad lekarskich chorym członkom kasy za połowę mającego się wydać cennika wówczas, jeżeli umowa kasy chorych z lekarzami nie może przyjść do skutku, lub jeśli lekarze kasowi zaprzestają pracy. Art. 42 projektu przewiduje ponadto sankcje karne za uchylanie się od tego obowiązku w postaci grzywien, a w razie powtórzenia w postaci »pozbawienia w drodze sądowo-karnej prawa wykonywania praktyki«. Przeciw tym i innym postanowieniom projektu, skierowanym wprost ku zgnębieniu stanu lekarskiego na wyłączną korzyść kas chorych, zastrzeżono się w wydanej opinji bardzo energicznie.

g) Z okazji obsadzenia posad lekarzy więziennych w Krakowie wyłoniła się zasadnicza różnica zapatrywań między Zarządem Izby a Ministerstwem Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdrowia). Gdy tutejsi dwaj lekarze więzienni, otrzymując dotychczas wynagrodzenie w kwocie 72 względnie 60 zł. miesięcznie, zażądali uposażenia w wysokości VIII. względnie IX. klasy płac, i wypowiedzieli posady na wypadek nieuwzględnienia swych żądań, zwrócili się do Izby Lekarskiej o poparcie, Prezydjum Sądu Okręgowego przeszło nad żądaniami lekarzy do porządku i przyjęło wypowiedzenie. Równocześnie doszło do wiadomości Izby Lekarskiej, że jeden z lekarzy na Górnym Śląsku miał oświadczyć gotowość objęcia obu posad więziennych za wynagrodzeniem, odpowiadającem X-ej klasie poborów państwowych. Wówczas Zarząd Izby uchwalił przestrzec tego lekarza przed przyjęciem posady w tych warunkach, komunikując mu, żebyłaby to *licitatio in minus*, co nie odpowiadałoby godności stanu. Lekarz ów po otrzymaniu pisma z Izby Lekarskiej w najlojalniejszy sposób natychmiast zrzekł się posady lekarza więziennego i w ogóle do Krakowa wcale nie przybył. Otóż uchwałę Zarządu Izby, aby danego lekarza przestrzec, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdr.) z powołaniem się na art. 45 ustawy o Izbach lekarskich zniosło, dopatrując się w tej uchwale przekroczenia zakresu działania Izby i uzasadniając swe orzeczenie motywami, które muszą budzić poważne wątpliwości. Zarząd Izby przedłoży Radzie Izby wnioski, zmierzające do zasadniczego wyjaśnienia sprawy.

h) W sprawie wygórowanych i krzywdzących lekarzy wymiarów podatku obrotowego interwenjowala u Pana Ministra Skarbu deputacja, składająca się z przedstawicieli Izb Lekarskich Krakowskiej i Warszawskiej, oraz Związku Lekarzy P. P., wręczając P. Ministrowi memorjał z dnia 3. czerwca 1924. Pan Minister przyrzekł wówczas zarządzić, aby Izbom Lekarskim przysługiwało prawo opinjowania odwołań lekarzy od wymiaru odatku obrotowego. Rzeczywiście rozporządzenie takie wydało Ministerstwo Skarbu pod datą 6 października 1924 Ł. D. P. O. 2780 III. Rozporządzenie to było ogłoszone w »Polskiej Gazecie Lekarskiej«. Przedstawicielem Izby Lekarskiej w tej deputacji był kolega Dr. Bartkiewicz.

i) Na wezwanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdr.) do wydania opinji co do spółek lekarskich, mających na celu dostarczanie chorym adresów lekarzy, oświadczył Zarząd Izby, że zawiązywanie, należenie i korzystanie z takich spółek uznać należy za sprzeczne z etyką lekarską.

j) Zarząd Izby na zapytanie Naczelnej Izby Lekarskiej oświadczył się za wnioskiem Związku Lekarzy P. P., by poczynić starania, aby lekarzom wojskowym nie wolno było obejmować posad w kasach chorych.

k) W sprawie sporu między Powiatową Kasą chorych w Chrzanowie a tamtejszymi lekarzami, który doprowadził do kilka tygodni trwającego bezrobocia lekarzy zwrócił się poseł ziemi chrzanowskiej Zygmunt Żuławski do Prezydjum Izby z prośbą o wzięcie inicjatywy w załagodzeniu konfliktu. Zarząd Izby upoważnił Prezydjum do podjęcia tej akcji. Po odbyciu szeregu posiedzeń udało się pogodzić poważnione strony i doprowadzić do ugody ku obopólnemu zadowoleniu.

l) W sprawie niekorzystnych postanowień, zawartych w najnowszym projekcie ustawy aptekarskiej, a zdążających do tego, by na przyszłość lekarze nie mogli utrzymywać t. zw. aptek domowych, zwrócono się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o poczynienie kroków, aby postanowienia te nie stały się ustawą.

m) Na mocy uchwały Zarządu przekazano w czasie objętym tem sprawozdaniem cztery sprawy celem postępowania dyscyplinarnego Sądowi Izby Lekarskiej. (Dok. nast.).

Przerwanie pracy w instytucjach Kasy Chorych w Łodzi.

Lekarze w dalszym ciągu chorym na mieście i w ich domu udzielają pomocy, wydając kartki jako pokwitowania, upoważniające do zwrotu od Kasy Chorych wyłożonych pieniędzy. Bawił w Łodzi dnia 17 b. m. z ramienia Ministerstwa Pracy dyrektor departamentu ubezpieczeniowego, dr. Siwik, który Zarządowi Kasy Chorych przedstawił propozycję arbitrażu, na co otrzymał odpowiedź odmowną. W dniu 18 b. m. zwołał p. Wojewoda łódzki Darowski, w gmachu Województwa konferencję, na którą zaprosił: dyrektora Urzędu Zdrowia, Prokuratora, Inspektora pracy, Komisarza Rządu, Kierownika Urzędu do walki z lichwą, przedstawicieli Magistratu i Naczelnika Izby Lekarskiej dr. A. Tomaszewskiego. Ze Związku Lekarzy nikogo nieproszono; dopiero w kilka godzin później konferował p. Wojewoda z Prezesem Związku, dr. J. Kosiewiczem. W komunikacie P. A. T. nazwano Dra Tomaszewskiego »przedstawicielem« strajkujących lekarzy. P. Wojewoda zaproponował: przystąpienie natychmiastowe do pracy i wybranie komisji, któraby rozpatrzyła całokształt zatargu a której decyzje miałyby jedynie wartość moralną, nieobo-

wiązującą. Zarząd Związku propozycję odrzucił, o czem zakomunikował dn. 20 ustnie p. Wojewodzie, który znów przyjął przedstawicieli Związku na czele Komisji w wyżej wymienionym składzie. Starania p. Wojewody o uzyskanie pomocy ze strony Szefostwa sanitarnego — nie odniosły skutku.

Związek lekarzy Państwa Polskiego. Okręg Łódzki.

Uchwalono napiętnować czyn haniebny doktorów Wo'ewódzkiego Wacława (z Głowna) i Blumenfelda (z Częstochowy), którzy podjęli się roli łamistrejków w Tomaszewskiej Kasie Chorych, i ogłosić ich nazwiska w prasie fachowej.

Sekretarz: *Szyjman.* Prezes: *J. Kosiewicz.*

Związek Leka zy Państwa Polskiego. — Obwód Lubelski.

Wobec naruszenia umowy obowiązującej przez Komisarza rządowego lubelskiej Kasy chorych, Związek Lekarzy w Lublinie przerwał pracę w ambulatorjach Kasy z dniem 19 lutego b. r. aż do czasu odwołania nieprawnych zarządzeń. W odpowiedzi Komisarz K. ch. ogłosił konkurs na wakujące posady lekarskie w Lub. Kasie chorych.

Dr. Aleksander HICNER.

Dnia 9. lutego b. r. zmarł w Jaśle dr. Aleksander Hicner w 63 roku życia. Jeden z najzacniejszych obywateli i kolegów, czynnym był niestrudzenie na polu pracy społecznej i lekarskiej, ogólnie ceniony dla charakteru niezłomnego i prawego. Jako naczelny lekarz Kasy chorych, lekarz miejski i kolejowy oddany był duszą całą swemu zawodowi, jako obywatel niezaniedbał żadnej dziedziny życia społecznego. Jako długoletni prezes Sokoła zasłużył się bardzo koło rozwoju tej instytucji, skupiającej w sobie życie narodowe, był też jej członkiem honorowym. Wygłaszając liczne odczyty w organizacjach miejscowych działał uświadamiająco i narodowo wśród rzesz szerokich.

Nic więc dziwnego, że śmierć Jego okryła żałobą całe miasto, że głęboko odczuto ubytek wytrwałego i prawego obywatela i kolegi. Cześć Jego pamięci!

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Od Redakcji.

Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w innem polskiem piśmie lekarskiem, jak również artykułów, które tylko tytułem lub stylem zmienionym różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. VIII. posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 13-go marca r. b. o godz. 6-cej wieczorem. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) Dr. Meisels: Voltulus ventriculi; 3) wykład: Dr. Dobrzaniecki: „Sympatictomia periar erjalna pod względem klinicznym"

Przew. *K. Zgórski.* Sekretarz doroczny *K. Tyszka.*

Warszawa.

Uroczysta Akademja ku uczczeniu pamięci zmarłego prof. Kazimierza Rzętkowskiego odbyła się w dn. 3. lutego w Warszawskiem Tow. lekarskiem. Przemówienia wygłosili: 1. Sekretarz Stały T-wa prof. Gluziński. Słowo wstępne. 2. S. Mutermilch. Działalność naukowa ś. p. prof. K. Rzętkowskiego. 3. B. Sawicki. Działalność społeczno-lekarska tegoż. 4. Dziekan Wydziału Lekarskiego. Udział ś. p. prof. Rzętkowskiego w Uniwersytecie. 5. A. Stefanowski. Działalność pedagogiczno-lekarska tegoż.

Promocja na doktorów medycyny odbyła się w dniu 14 lutego r. b. w Uniwersytecie warszawskim, na której tytuły doktorów medycyny otrzymali koledzy: 1) Adamski Jan, dyr. departamentu Gener. Dyr. Zdrowia, 2) Grzaszkowski Bolesław, ordynator szpit. Dz. Jezus. 3. Kowalczewski Józef, naczelnik Wydziału Gener. Dyr. Zdrowia, 4) Łapiński Teodor, lekarz naczelny szpitala Jana Bożego, i 5) pułk. Zembrzuski Ludwik.

Higjena pracy. Cykl wykładów, zorganizowany przez Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej w styczniu r. b., obejmował, między innemi, następujące przedmioty: higjenę ogólną (dr. Brunner, dr. Kacprzak, dr. Hummel), higjenę przemysłową (dr. L. Zieliński), ustawodawstwo higjeniczno-sanitarne (prof. Hilarowicz), statystykę sanitarną (dr. Kacprzak), oraz technikę sanitarną (inż. Gnoiński, inż. Smolisz). Na wykłady uczęszczało 23 inspektorów pracy, pozatem lekarze, inżynierzy i przedstawiciele związków zawodowych. Powyższy cykl wykładów będzie powtórzony w marcu r. b.

Pielęgnowanie zdrowia kobiet i dzieci. Sekcja sanitarna Stowarzyszenia »Rodzina Wojskowa« urządza w najbliższym czasie cykl odczytów, poświęconych sprawie pielęgnowania zdrowia kobiet i dzieci. Będą wygłoszone następujące wykłady: dr. Garlicka — macierzyństwo a praca; dr. Ehrlichówna — pierwszy rok niemowlęctwa; dr. Prokopowiczówna — choroby zakaźne wśród dzieci; dr. Budzińska-Tylicka — higjena kobiety; dr. Świtalska — choroby skórne i płciowe oraz kosmetyka higjeniczna; p. Fabrycowa — fizyczne wychowanie, dziewcząt.

Ze świata.

Niemiecki centralny Komitet dla badania i zwalczania raka obchodził w zeszłym miesiącu b. r. 25-cio lecie swego istnienia. Z powodu tej uroczystości odbyło się zebranie, na którem prof. Lubarsch wygłosił referat: Dwadzieścia pięć lat badań nad rakiem; prof. Blumenthal: Dwadzieścia pięć lat leczenia choroby raka.

Z powodu wzmożenia się partactwa lekarskiego w Niemczech zarządził Minister opieki społecznej w porozumieniu z władzami policyjnemi zaostrzenie zwalczania tegoż partactwa. W szczególności ma się rozciągnąć ścisły dozór nad osobami uprawiającemi partactwo lekarskie, nad ogłaszaniem »własnych« metod leczniczych, środków leczniczych i t. p. Osoby, które mają zawodowo wykonywać zawód lekarski, są obowiązane zgłosić się do lekarza urzędowego obwodowego; bez pozwolenia nie wolno im zawodu tego wykonywać i t. p.

Liczba aptek w Prusiech wynosiła w 1923 roku 3551. Nowych aptek utworzono 59. T. zw. uprzywilejowanych aptek było 710.

Kryminalistyczny Instytut otwarty we Wiedniu w roku ubiegłym obejmuje w wykładach i zajęciach praktycznych: Ogólną kryminalistykę, antropologję kryminalną, kryminalne towaroznawstwo, daktyloskopję i t. p. Słuchaczami instytutu są urzędnicy sądowi, administracyjno-polityczni, policyjni z wykształceniem akademickiem.

Poważny spadek liczby urodzin zaznacza się w Holandji. W Rotterdamie n. p. liczba dzieci szkolnych w bieżącym roku tak dalece obniżyła się, że miasto ma zamiar zwinąć w bieżącym miesiącu 21 szkół elementarnych.

Wskutek napływu niemieckich lekarzy do Rio de Janeiro zwrócili się tamtejsi lekarze do Senatu z żądaniem zaostrzenia egzaminu dla obcokrajowca, uprawniającego do praktyki. W grudniu 1924 zgłosiło się do egzaminu 35 lekarzy niemieckich, z czego przepadło 32, a zatem nie otrzymało zerwolenia na praktykę. Cała trudność egzaminu polega na potrzebie znajomości języka portugalskiego.

Zmarli.

Dr. Aleksander Hicner, naczelny lekarz Kasy chorych, lekarz miejski i kolejowy, zmarł w 63 roku w Jaśle.

Zmarli. Sir James Mackenzie zmarł w Londynie w 72 roku życia. Był on jednym z najwięcej znanych i głośnych lekarzy w Anglji a także zagranicą. Poświęcił się chorobom serca i w tym dziale patologji wielce się zasłużył. Ogólnie znanym jes. jego podręcznik chorób serca. Zmarł na dusznicę bolesną.

Nr. 11. 15. marca 1925 Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

† Prof. Dr. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI.

Dnia 20 grudnia 1924 zmarł w Warszawie ś. p. prof. dr. Kazimierz Rzętkowski dyrektor II. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Urodził się w Warszawie dnia 5 stycznia 1870 roku i tu ukończył II-gie gimnazjum w 1890 roku oraz Wydział lekarski w 1896 roku w Uniwersytecie warszawskim.

Życie człowieka nie jest sumą bezładnych epizodów, jest w niem ciągłość rozwoju duszy ludzkiej. Dziecięce marzenia wyrastają w pragnienie młodzieńca, a te w czyn dojrzałego człowieka. Jakiemi były marzenia dziecięce i pragnienia studenta, świadczy o tem rozmach z jakim ś. p. Kazimierz Rzętkowski zabrał się do pracy naukowej. Człowiek dojrzały nie mógł zaprzeczyć swej przeszłości młodzieńczej, nie mógł stać się zwykłym zjadaczem chleba mimo wszystkich i mimo wszystko. A to wszystko w owe czasy gdy ś. p. Kazimierz Rzętkowski rozpoczynał swą pracę, jakże było mizernie małe. Licho urządzona pracownia na oddziale Dra. Teodora Dunina, prawie jedyna podówczas, stała się fundamentem, na którym miał budować gmach swej wiedzy, swoich dociekań naukowych, już w następnym roku po ukończeniu Wydziału lekarskiego.



Liczne są prace ś. p. prof. Rzętkowskiego. Największe zagadnienia współczesnej medycyny: gruźlica, miażdżyca tętnic, przemiana materji, sprawa nowotworów były podstawą, na której budował swą pracę. Najważniejsze prace a takiemi są: doświadczalna praca nad powstawaniem miażdżycy u królików przy stosowaniu adrenaliny, nad istotą nowotworów mysich, nad zjawiskiem wędrowania białych ciałek w przebiegu rozmaitych schorzeń, nad zachowaniem się zasadowości krwi w rozmaitych stanach chorobowych, nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju. Prace te zjednały Mu sławę znakomitego teoretyka. Ś.p. prof. Rzętkowski należał do tych, którzy będąc wrogami wszelkiej fantazji w ocenie zjawisk życiowych, szukali wyjaśnienia ich w ścisłej obserwacji, w doświadczeniu. Dla Jego umysłu pozostały dwie ostateczności, albo wogóle się nie zastanawiać, albo jeśli się zastanawiać, to mierzyć głębie danych zagadnień aż do dna. Prace Jego aczkolwiek miały źródło w pracach, ogłaszanych na zachodzie, to myśli wypowiadane tam uderzają swoją śmiałością i oryginalnością poglądów.

Mimo że wyniki Jego prac może częściowo przeszły już do historji, a częściowo może wkrótce przejdą, to jednak zostawił On po sobie jedno, co powinno przetrwać wieki: dowiódł jeszcze raz niezbicie, że człowiek oddany całą duszą swej pracy jest wszystkiem; materjalne zaś środki zaledwie cząstką życia ludzkiego. Niejednokrotnie później przypominał swoim młodszym towarzyszom pracy utyskującym na trudne warunki, że jednak Claude Bernard najgenjalniejsze swoje odkrycia robił właśnie wtedy, kiedy te warunki były jeszcze gorsze.

Za to umiłowanie pracy społeczeństwo obdarzyło Go zaufaniem: W r. 1905 obejmuje ordynaturę oddziału najpierw w Szpitalu Wolskim, a potem Dzieciątka Jezus, a w roku 1918 Wydział lekarski wskrzeszonej Wszechnicy Warszawskiej powołuje Go na profesora Medycyny wewnętrznej. Na tych samodzielnych stanowiskach wykazuje nietylko ożywioną działalność naukową lecz i niezwykłe zalety charakteru. Mimo rozmaite zdania był tylko sprawiedliwym, żądał od kogoś według tego, ile mu było danem. Nie spychał na barki innych młodszych zbytecznej pracy, aczkolwiek mógł to robić z tytułu swoich lat lub zajmowanego stanowiska. Będąc sam z natury wiecznie młodym, rozumiał młodych, kochał się w młodości, to też był dla niej ojcowsko wyrozumiałym. Aczkolwiek dłuższy czas bawił na studjach za granicą u Noordena, Boucharda i innych to okrom istotnej wiedzy nie przywiózł ztamtąd nic. Formy zewnętrzne Zachodu były dla Niego niczem, nie starał się więc szczepić ich na naszym gruncie. Wielki umysł nie mógł być drobiazgowym, ani nagiąć się do drobiazgowości. W stosunkach z młodszymi kolegami cechowała go zawsze serdeczna prostota. Zachętą, radą, przykładem osobistym starał się zawsze służyć swym młodszym kolegom - asystentom. Sam żył pracą dla nauki i innych starał się do tej pracy zachęcić. Każda myśl śmielsza znajdowała posłuch i poparcie.

Śmierć wyrwała z pośród nas nie wiekiem strudzonego pracownika, co jak kłos dojrzały chylił się pod brzemieniem lat. Odszedł człowiek w pełni wieku. Bolesne pytanie, stawiane wiecznie losowi przez ludzkość: »Czemu« niema tu miejsca dla tych co bliżej znali ś. p. prof. Rzętkowskiego. Odszedł bo rozdał zbyt hojnie swe życie umiłowanym przez się celom — dla siebie nic nie zostawił.

Jakiem było życie, takiemi były ostatnie dni. Na kilka dni przed śmiercią snuł jeszcze plany ze swymi najbliższymi, co do bieżących zadań pracy w Klinice. Każdy szczegół usłyszany cieszył lub smucił Go. Życie ś. p. prof. Rzętkowskiego zawarło się w pracowni; po za nią nie mogło istnieć. Całe też życie, nietylko myśl swoją, ale i środki materjalne niejednokrotnie z wielkim uszczerbkiem dla siebie poświęcił nauce. Ziarna wiedzy zasiane przez niego w umysłach Jego współpracowników będą kiełkowały, rozrastały się, wydadzą plon, a jaki? — przyszłość pokaże. Oracz i siewca myśli ludzkiej nie będzie przyglądał się zbiorom swej pracy, strudzony odszedł zażywać zasłużonego odpoczynku.

Dr. Tadeusz Milewski.

Prace oryginalne.

Dr. Seweryn STERLING. Łódz.

Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych.

Termin »suchoty płuc przewlekłe« obejmuje wielką gamę zmian patologicznych, objawów klinicznych, widoków rokowniczych. Dlatego niezbędne jest określenie bliższe tego terminu.

Treść tej rozprawy przewiduje tę chwilę, kiedy rozpoznanie suchot jest już ustalone, należy zaś, z kolei, określić z jaką postacią kliniczną mamy do czynienia. W chwili tej wypada sobie uprzytomnić treść ścisłą szeregu określeń w wyrazownictwie gruźlicy używanych — w ich stosunku do klasyfikacji; część pierwsza tej pracy mówi o wartości rokowniczej, a więc i klasyfikacyjnej, oddzielnych objawów. W części drugiej jest mowa o zasadach kwalifikowania oddzielnych przypadków suchot płucnych przewlekłych.

Celem ściślejszym klasyfikacji jest możność zwięzłego a pełnego treści określenia stanu choroby.

I. Wartość klasyfikacyjna oddzielnych objawów.

1. Stwierdzenie obecności zmian gruźliczych w płucach mówi o szeregu możliwości, a mało — o faktycznym stanie chorobowym. Dopiero stwierdzenie objawów stanu *czynnego*, lub *nieczynnego*, gruźlicy — uprawnia do wniosków, na jakich opiera się klasyfikacja suchot.

Obok: *tuberculosis activa et inactiva*, mówią też o *infectio activa et inactiva*, co ma oznaczać, że nietylko w ustroju istnieć może tkanka gruźlicza — bez objawów choroby, ale trwać zarazek — nieczynny. Niedokładność metod badania zmusza do odróżniania gruźlicy *utajonej* (*tuberculosis occulta*) od gruźlicy *jawnej* (*tuberculosis manifesta*). Spotykamy przypadki choroby, kiedy objawy ogólne pozwalają na rozpoznanie suchot, kiedy nawet udaje się wykazać obecność lasecznikow Kocha w plwocinach, a gruźlica jest utajona, ponieważ nie udaje się wykryć okolicy płuc zajętej zmianami gruźliczemi.

W przebiegu gruźlicy, jak mówiłem, widzimy okresy czynne i nieczynne. Okres czasu od chwili domniemalnej zarażenia do chwili wystąpienia objawów klinicznych suchot nazywamy: *phtisis latens initialis*. Przerwy między okresami czynnemi nazywamy *phtisis latens secundaria*.

Tuberculosis obsoleta znaczy nietylko zniknięcie objawów klinicznych suchot, ale i domniemalne zagojenie się ognisk gruźliczych.

2. Ponieważ w przebiegu gruźlicy okresy czynne następują po nieczynnych i to się może powtarzać, miejsce klasyfikacyjne danego przypadku jest pojęciem ograniczonem do danej chwili spostrzegania i określania jego postaci klinicznej.

3. **Zmiany tkankowe** właściwe gruźlicy są:

a) *nowotworzenie* się tkanki gruźliczej, *tuberculosis productiva*, którą dalsze losy prowadzą do zwłóknienia (*tuberculosis fibrosa*), lub — rzadziej — *do zserowacenia* (*caseificatio*), *rozpadu* i *eliminacji;*

b) powstanie sprawy *wysiękowej* (*tuberculosis exsudativa*), którą dalsze losy prowadzą do *zserowacenia, rozpadu i eliminacji*, lub — o wiele rzadziej — do *zwłóknienia*, do *zwapnienia, skredowacenia, skostnienia ;*

c) zmiany *zapalne* (*inflammatio simplex)*, którą dalsze losy prowadzą do *rozessania się*, albo — o wiele rzadziej do *zserowacenia* lub *zwłóknienia.*

Zmiany jednego z typów powyższych zdarzają się rzadko w swej postaci czystej; tylko wówczas, gdy choroba przebiega bardzo szybko, nie dochodzi do przyłączenia się zmian innego typu. Zmiany zapalne rzadko wogóle istnieją samoistnie; zazwyczaj towarzyszą okresom zaostrzenia jednego z dwu innych typów zmian gruźliczych.

Zwłóknienie ogniska, jak i jego zserowacenie, nie odbywa się nawskróś; jądro trwa bez zmiany w swym charakterze pierwotnym, a zmienia się tylko płaszcz je odziewający, albo odwrotnie.

Przebieg sprawy gruźliczej — jeśli pominąć rzadkie sprawy ostre — trwa lata i stanowi szereg okresów *nasilenia — skok choroby — poussée evolutive — i zwolnienia*, zacichania, podgojenia, nawet zupełnego przerwania: stan nieczynnej sprawy gruźliczej.

4) **Gruźlica wysiękowa** w płucach daje naogół rokowanie złe; **gruźlica wytwórcza** w płucach — różne, zależnie od jej skłonności do zwłóknienia lub — rzadziej — skłonności do zserowacenia; postać najczęstsza: gruźlica włóknisto-wysiękowa daje rokowanie zależne głównie od przewagi jednego z tych dwu typów.

»Nie umiejscowienie *affectionis primariae*, czy *reinfectionis*, ani rozmiary sprawy gruźliczej z tych ognisk się rozwijającej, jeno ich charakter — wytwórczy czy wysiękowy, z rozmiękczeniem i jamami, czy bez rozmiękczenia i bez jam — oto co decyduje o zdolności klinicznej do wyleczenia« (A s c h o f f)

5 **Zmiany humoralne**, właściwe gruźlicy są:

a) powstawanie *ergin*; obecność w płynach ustroju ciał swoistych, wytworów komórek, przez przebyte zakażenie gruźlicze uczulonych na pochodne lasecznika Kocha (stan *allergji* gruźliczej) i na pochodne rozpadu tkanek gruźliczych;

b) powstawanie *antytoksyn*, ciał chemicznych, mających zobojętniać toksyny lasecznika Kocha.

Stan poprzedzający allergję określamy jako stan *anergji*; po wyczerpaniu się allergji mówimy o stanie *anergji wtórnej*. Obecność objawów allergji zawsze rokuje lepiej, aniżeli obecność anergji wtórnej (rozpoznanie gruźlicy zawsze uważamy tu za już dokonane).

O stanie allergji wnosimy na podstawie stosowania *tuberkuliny*, najczęściej metodą P i r q u e t a lub M a n t o u x. Wynik zastosowania tuberkuliny u dorosłych daje wtedy głównie prawo do wniosku rokowniczego, kiedy odczyn tuberkulinowy dodatni znika lub słabnie, a niema powikłania (odra, grypa, czasem — menses), któreby tę zmianę tłumaczyło, istnieją natomiast objawy kliniczne postępu choroby głównej, suchot. Wtedy zniknięcie odczynu tuberkulinowego jest objawem rokowniczym złym. Silny i szybki odczyn właściwy jest suchotom łagodnie przebiegającym (włóknistym)

To są jedyne metody pozwalające na określenie stopnia odporności swoistej (*immunitas*) ustroju. Wszelkie próby subtelniejszej analizy odczynów tuberkulinowych — dotąd zawodziły.

6. **Suchoty płuc przewlekłe** są chorobą zależną od zmian wywołanych przez laseczniki Kocha u osobników na ten zarazek już uczulonych; właściwe są głównie wiekowi życia od pokwitania płciowego począwszy; rozpoczynają się w szczytach, szerzą się bądź na tkanki do ogniska przylegające, bądź przez przerzuty oskrzelowe, nie wciągając gruczołów w krąg zmian chorobowych.

Suchoty płuc przewlekłe są chorobą dającą naogół — rokowanie wątpliwe; przeciętne trwanie życia chorych obliczają na lat siedem. Wyjątki od tej przeciętnej — trwanie krótsze lub o wiele dłuższe — nie są rzadkie. Dużo zależy od wczesnego rozpoznania i możności leczenia.

Możność leczenia się i stosowania w życiu przepisów zdrowotnych ma wielkie znaczenie rokownicze; żadnego — przy klasyfikowaniu chwilowego stanu i określaniu postaci klinicznej danego przypadku.

Wyleczeniem suchot nazywamy ustąpienie wszystkich objawów klinicznych; stąd nazwa: wyleczenie kliniczne. Jeśli brak objawów trwa mniej aniżeli n. p. dwa lata, lepiej mówić o podleczeniu suchot. Odpowiada to kategorji nazywanej dawniej *phtisis stationaris*

Wyleczenie gruźlicy to znaczy — przejście jej w stan *tuberculosis latens inactiva*: brak objawów sprawy czynnej, brak objawów miejscowych i ogólnych. Obecność objawów allergji będzie wówczas dowodem życia lasecznikow, które nie wywołują objawów miejscowych, a działają jedynie na odległość, podtrzymując allergję humoralną.

Wspomniane trwanie suchot jest obliczone na podstawie czasu od wystąpienia pierwszych objawów suchot płucnych, a nie od powstania pierwszych objawów gruźlicy w ciele lub nawet w płucach. Wiemy, że owrzodzenie pierwotne i zmiany gruźlicze w gruczołach z niem sąsiadujących powstaje najczęściej w płucach. Nie od tego jednak czasu liczy się trwanie suchot płucnych pospolitych, nie od wieku dziecięcego. Nie jest też tu brany w rachubę okres anafilaktyczny gruźlicy. (Klasyfikacja anatomo-biologiczna R a n k e g o).

Pogląd o stopniu uleczalności gruźlicy, oparty na badaniach sekcyjnych, tyczy się wszystkich trzech okresów rozwoju gruźlicy, a nie wyłącznie okresu trzeciego, suchot płucnych pospolitych. Gruźlica, więc wszystkie okresy, licząc od chwili zarażenia, jest uleczalna w dużej odsetce; suchoty płucne — w odsetce o wiele, wiele mniejszej.

Zmiany wywołane przez lasecznika Kocha w płucach osobnika nieuczulonego, t. zw. owrzodzenie pierwotne, zwykle zabliźniają się; jeśli jednak się szerzą, to drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, wciągając zawsze w sprawę czynną gruczoły, i dając obraz kliniczny gruźlicy podostrawej lub ostrej

owrzodzenie pierwotne niema stałego umiejscowienia, może się więc zdarzyć i w szczycie.

Wyżej sformułowane określenie suchot płucnych ma na celu wyraźne odgraniczenie tej postaci nozologicznej od objawów gruźlicy płuc w czasie dwu poprzednich okresów Rankego. Suchoty płuc są postacią kliniczną okresu trzeciego.

7) Suchoty płuc przewlekłe zależą od mieszanych zmian gruźliczych wszystkich typów histologicznych gruźlicy; przebiegają przy umiarkowanem nasileniu allergji. Przewaga typu wytwórczo-włóknistego nadaje im cechy chorobowe *marskości* (*cirrhosis*) płuc; przewaga typu wysiękowo-rozpadowego nadaje im charakter *pneumoniczny*.

Przy niewielkiej okolicy płuc zajmowanej przez jednę z tych spraw mówimy o *skoku* choroby przewlekłej; zmiany mogą się zagoić z powstaniem blizny, mniej lub więcej twardej, mniej lub więcej szczelnie otorbiającej ognisko nowe, które zawsze jest jednem jeszcze źródłem grożącem następnym skokiem. Przy większym obszarze zajętej tkanki — typ kliniczny przebiegu i losy dalsze skoku przedstawiają się w postaci bądź *tuberculosis miliaris disseminata*, bądź w postaci *bronchopneumonia* (albo *pneumonia*) *caseosa*.

Skokowi suchot płucnych towarzyszą obok zmian wyliczonych — *zmiany zapalne, obrzęk zapalny oboczny* (*inflammatio collateralis*) typu *zawału płuc* (*congestio pulmonum*), a nawet *typu pneumonicznego* o skąpej ilości komórek w wysięku pęcherzykowym, przy istnieniu tendencji rozwojowej skoku — zmiany typowe gruźlicze, wyżej wspomniane, przechodzą na teren zajęty przez obrzęk oboczny. Temu sprzyja szczególnie osłabienie allergji, przyczem łatwiej szerzy się gruźlica wysiękowa, pneumoniczna, trudniej — gruźlica wytwórcza, gruzełkowa.

8. **Momenty mechaniczne** często decydują o możności dostania się materjału zakaźnego przez oskrzela do zdrowych odcinków płuc; one też mogą decydować o szerzeniu się gruźlicy na tkanki zdrowe sąsiadujące. Momenty mechaniczne często decydują o dostaniu się, o przebiciu się, materjału zakaźnego z płuc i oskrzeli do obiegu krwi; potem decyduje już moment allergji o możności wywołania — przez laseczniki — gruzełków na ścianie naczyń; komórki śródbłonkowo — siateczkowe, pozbawione własności allergicznych, stają się podłożem powstania na ścianie naczynia gruzełka, podsycających ilość laseczników we krwi; przy istnieniu wymienionych warunków powstaje gruźlica prosówkowa ogólna lub płucna — jako powikłanie suchot płucnych przewlekłych. Niewielkie ilości laseczników przedostających się do krwi w okresie allergji wydolnej — nie stanowią przyczyny rozsiania, ponieważ nie powodują gruźlicy śródbłonka naczyń.

Moment mechaniczny jest czynnikiem powstawania zmian, niedających się zgoła w rokowaniu przewidzieć; jest już dlatego przyczyną omyłek w rokowaniu, i to najcięższych.

9. **Blizny gruźlicze** w tkance płucnej mają trojaką budowę:

a) blizny, które niczem nie zdradzają budowy tkanki gruźliczej;

b) blizny szyfrowate, zawierające skredowaciałe ogniska serowate;

c) blizny zawierające drobne jamy. Tylko pierwsze stanowią tkankę wygasłą zupełnie; dwa inne typy są tylko względnie wygasłe.

Badaniem klinicznem nie można zróżniczkować tych odmian. Nie można też określić stopnia przenikliwości dla zarazków ścian blizny. Przekrwienie nieswoiste (odra, grypa), zarówno jak i zapalenie gruźlicze oboczne, wywołane przez powstanie ogniska w okolicy sąsiadującej z blizną, mogą ją rozmiękczyć i umożliwić przenikanie zarazków przez szczelne dotąd ściany blizny. Samo zapalenie obwodowe może się rozessać, ognisko, które je wywołało — zagoić, a pobudzona do życia zawartość blizny — wywołać nowy skok choroby. Podobnie działają: zapalenia odoskrzelowe odrowe, grypowe, opadowe — w sąsiedztwie blizny; najmniej są w tem znaczeniu niebezpieczne zapalenia płuc płatowe, dwoinkowe.

W przypadkach klinicznie stwierdzonych blizn jest jednak rokowanie dobre, jeśli tylko do nich ograniczają się zmiany gruźlicze w płucach.

9. **Ilość laseczników w plwocinach** nie zawsze daje punkt oparcia dla rokowania; wynik badania jednorazowego plwociny zależy czasem od przypadku. Stałe znajdywanie dużych ilości — źle rokuje; stały ich brak lub stałe zmniejszanie się — dobrze. Stała obecność łańcuszkowców w jądrze kłębuszka plwocin — pogarsza rokowanie. Obecność tylko ziarenek Mucha ma upoważniać do rokowania dobrego.

Klinicyści francuscy starają się nadać znaczenie rokownicze laseczników Kocha różnej postaci; ten pogląd nie uzyskał dotąd uznania praktycznego.

Odróżnianie typu ludzkiej, czy gruźlicy bydlęcej — nie jest stosowane w klinice w celach rokowniczych. To samo należy powiedzieć o określaniu zjadliwości laseczników (na co brak wogóle sprawdzianów zupełnie pewnych).

10. **Stopień oporności** (*resistentio*) nie daje się dokładnie określić metodami klinicznemi. T. zw. *budowa ogólna*, nawet najlepsza, czasem zawodzi; u silnych osobników, w kwiecie wieku, zdarzają się przypadki przejścia suchot przewlekłych w gruźlicę ostrą. *Budowa klatki piersiowej* bynajmniej nie zawsze idzie w parze — w swych nieprawidłowościach — z nasileniem gruźlicy; dzieje się właśnie tak, że klatka kaleki kryje w sobie zmiany pod względem rokowania najpożądańsze, bo włókniste, kurczące się.

Konstytucja mało nam daje oparcia do rokowania; dna ma być tą odmianą konstytucyjną, która pozwala na przepowiedzenie skłonności osobniczej do gruźlicy włóknistej. *Rasa* też nic nie mówi. Zresztą, wszystkie odpowiednie dane statystyczne są oparte na pewnem nieporozumieniu; przy wyliczeniach statystycznych zapomina się o *trzech* czynnikach, które wszystkie uwzględnione dają dopiero prawo do wniosków w tej ważnej sprawie. Trzeba mieć liczby nietylko *mortalitatis* — śmiertelności, ale i *morbiditatis* — zachorzeń i *laetalitatis* — zachorowalności, stosunku liczby zgonów do liczby chorych. Tego nie mamy. Mała więc n. p. liczba śmiertelności sama przez się nie mówi nam o tem, czy dana grupa rasowa rzadko zapada na suchoty wogóle, czy też, zapadając tak często, jak inna, z którą tę porównywujemy, daje mniejszy odsetek zgonów — w stosunku do zachorzeń.

Ten sam wzgląd nie pozwala odpowiedzieć ściśle na pytanie, tyczące się roli dziedziczności. Z punktu widzenia rokowniczego. Tu nie wystarcza zwykła w wywiadach liczba zmarłych na gruźlicę członków rodziny; trzebaby wiedzieć dokładnie, ilu było chorych, ilu z tego zmarło — i jak długo chorowali. Naogół, obciążenie dziedziczne jest z punktu widzenia rokowania quoad vitam (a nie — zachorowania), nie zawsze czynnikiem obciążającym rokowanie. Dwa jednak fakty należy mieć tu na uwadze: dziedziczenie pewnych okolic płuca, których zajęcie gruźlicą może upodobnić przebieg gruźlicy potomka do przebiegu spostrzeganego u przodka; i powtóre, dziedziczenie pewnego okresu życia, przełomowego, którego przeżycie poprawia rokowanie.

Czynniki socjalne (ubóstwo, zawód, mieszkanie) należą do wskaźników rokowniczych, ale nie mogą być zużytkowane w klasyfikacji klinicznej.

Z chorób współistniejących — świeżo nabyta *kiła, alkoholizm znacznego stopnia i moczówka cukrowa* pogarszają rokowanie i muszą być, obok postaci klinicznej, zanotowane; toż samo *ciąża* — jako powikłanie.

11. **Objawy zmian w tkance płucnej** wykrywane przez metody kliniczne nie różnią się zasadniczo od objawów spostrzeganych w przebiegu innych spraw chorobowych płucnych. Jedynie w okresie początkowym obecność w ograniczonej niewielkiej okolicy (n. p. w szczycie) uporczywie trwających objawów zajęcia tkanki płucnej stanowi wyjątek; podobnie wolno wnioskować z obecności jam, z obecności rzężeń wilgotnych. Wszystkie inne objawy, nie wyłączając n. p. zniekształceń kośćca klatki piersiowej, mogą powstawać w przebiegu przewlekłym cierpień płucnych innej etjologji.

To też, objawy miejscowe mogą stanowić podstawę rokowniczą i klasyfikacyjną, kiedy ich charakter etjologiczny jest przez inne metody ustalony.

12. **Samopoczucie** chorego nie zawsze waży przy rokowaniu i klasyfikacji. Toż samo tyczy *bólów*.

13. **Duszność**, jeśli nie jest objawem zależnym od bólu (zapalenie opłucnej, nerwoból międzyżebrowy), jeśli nie zależy

od odmy piersiowej, od powikłania suchot przewlekłych gruźlicą prosówkową, czy pneumonią ostrą — przemawia za włóknistym charakterem zmian gruźliczych (ograniczenie powierzchni oddechowej i — rzecz ważniejsza — osłabienie mięśnia sercowego). Jest więc duszność właściwa zarówno najgroźniejszej jak i najłagodniejszej z postaci gruźlicy płuc. Duszność wybitna i sinica przy bezruchu — daje złe rokowanie; występująca dopiero po ruchu — dobre (względnie, bo jakkolwiek wtedy nie jest groźną bezpośrednio gruźlica, groźnym być może stan mięśnia sercowego).

14. **Stan sił** chorego zły, utrata na wadze — są tem schnięciem (*phtisis*), które dało nazwę kliniczną chorobie. Wybitne wystąpienie tych objawów i ich trwanie stanowią poważne oparcie przy klasyfikowaniu spostrzeganego przypadku. Waży tu też szybkość, z jaką występują wyczerpanie i wychudnięcie.

15. **Gorączka** zależna od gruźlicy jest zawsze dowodem stanu czynnego; jeśli zależy od zakażenia mieszanego, a nawet od powikłania (przez odrę, grypę) umiejscowionego w płucach — stanowi mniejsze, ale zawsze pewne niebezpieczeństwo, które nakazuje conajmniej chwilę klasyfikowania odsunąć na pewien czas. Wystąpienie gorączki jest zazwyczaj dowodem skoku choroby. Natężenie i trwanie gorączki daje jednak prawo tylko do wniosku o skoku choroby, nie przesądzając, jak dalece ten skok zmieni postać kliniczną. Źle rokuje gorączka wyniszczająca (hektyczna). Tor gorączki, dający ciepłotę ranną lub południową wyższą od wieczornej (*typus inversus*), niema tego złego znaczenia rokowniczego, jakie mu przypisują.

16. **Poty** są objawem toksycznym; zdarzają się we wszystkich okresach suchot; w okresie początkowym nie mają wartości rokowniczej, ponieważ w znacznym stopniu zależą od osobniczych własności układu nerwów roślinnych; w okresie daleko posuniętych suchot obecność potów zlewnych pogarsza rokowanie.

17. **Kaszel** jest właściwy wszystkim postaciom suchot płucnych; suche pokasływanie w okresie wczesnym, kaszel głęboki niewysiłkowy w okresach dalszych (jeśli niema jam), nic w znaczeniu rokowania nie mówią; kaszel duszący, kaszel z wymiotami, kaszel niezborny okresów końcowych pogarsza rokowanie. Brak kaszlu, niemożność wykrztuszania plwocin, przy obecności objawów zmian rozpadowych — jest objawem końcowego wyczerpania i daje złe rokowanie.

18. **Krwioplucie** zdarza się we wszystkich okresach suchót; krwotoki — częściej w okresach suchót rozwiniętych; wielkie krwotoki pochodzą najczęściej z jam. Jeśli inne objawy świadczą o obecności zmian rozpadowych — krwotok poważnie pogarsza rokowanie. Sam przez się mały krwotok, często zastoinowy lub zależny od prostego zawału (*congestio*) płuc, niema znaczenia rokowniczego; dopiero jego następstwa dalsze, więc wystąpienie gorączki dłużej trwającej, będącej dowodem skoku choroby — nadaje krwotokowi cechy rokownicze ujemne.

19. **Plwociny** skąpe są właściwe suchotom początkowym i suchotom włóknistym, przyczyniają się więc do rokowania dobrego. Plwociny skąpe, a nawet ich brak są jednak właściwe też suchotom ostro przebiegającym, postaci o rokowaniu złem. Decydują więc współcześnie istniejące objawy inne. I przy suchotach włóknistych mieć możemy bardzo obfite wydzieliny — jako wyraz przewlekłego nieżytu oskrzeli, towarzyszącego rozedmie płuc zastępczej. Nagół, wielkie ilości plwocin są właściwe suchotom rozwiniętym, szczególniej przy obecności jam i rozstrzeni oskrzeli; dlatego n. p, zmniejszanie się tej ilości pozwala na wnioski rokownicze pomyślne. Im więcej rozpadu — tem więcej plwocin; ale plwociny pochodzić mogą, nietylko przy rozedmie, z oskrzeli albo zależeć od wikłających zmiany gruźlicze płucne spraw nieżytowych; są wtedy niezależne od choroby zasadniczej. Okoliczności te nakazują ostrożne korzystanie z omawianego objawu, kiedy mowa o rokowaniu. Do niejakich wniosków upoważnia wzięcie pod uwagę spoistości plwocin. Plwociny szkliste, śluzowe są dowodem okresu wczesnego; ale każdy skok choroby, powstanie nowego ogniska da tę właśnie plwocinę, jest więc wtedy dowodem postępu choroby. Plwociny ropne, płynne są dowodem choroby rozwiniętej. Plwociny krążkowe wskazują na obecność jam.

Obecność włókien sprężystych jest dowodem rozpadu tkanki płucnej.

Ilość *białka w plwocinach* ponad 6% źle rokuje o zejściu danego skoku choroby; zmniejszanie się jego zawartości pozwala mówić o poprawie, o tendencji do zbliznowacenia. Jest to objaw łatwy w spostrzeganiu, a jednak dziwnie niechętnie brany pod uwagę: zwiększanie się stałe zawartości białka w plwocinach pogarsza rokowanie.

Mówię o roli odczynu białkowego w rokowaniu: o wiele mniejszą ma on wartość w rozpoznawaniu gruźlicy płuc.

20. **Oglądanie.** Budowa ciała, właściwie budowa klatki piersiowej, nie daje oparcia do wnioskowania o okresie choroby — bez współczesnego uwzględnienia i innych objawów. Zwisanie całego kośćca klatki piersiowej, zależne od zaniku mięśni (*thorax paralyticus*), przy istnieniu innych objawów wyniszczenia (mięśnie, skóra), świadczy o suchotach daleko posuniętych. Nic natomiast nie mówi w sensie rokowania *thorax phtisicus*, klatka płaska i długa. Wyraźna asymetrja obu połów klatki piersiowej lub tylko oddzielnych okolic — mówią o marskości płuc, o *tuberculosis fibrosa* lub — przynajmniej — o istnieniu włóknienia i bliznowacenia; te same jednak zmiany powłok mogą zależeć i od kurczenia się bliznowatego opłucnej. Zmiany te, jak i klatka piersiowa beczkowata, dająca świadectwo istnienia rozedmy zastępczej, nie wykluczają obecności ognisk czynnych; szczególnie należy o tem pamiętać u ludzi starych.

21. **Tętno** względnie przyśpieszone, szczególnie w okresie niegorączkowym, jest, mojem zdaniem, dowodem nie toksyczności spostrzeganej gruźlicy, jeno dowodem wyczerpania się zdolności obronnych ustroju; przynajmniej wyczerpania się jednego z oręży obronnych, jakim jest układ nerwów roślinnych. Tętno przyśpieszone, trwające po przeminięciu skoku choroby, w stanie bezgorączkowym, ma szczególnie doniosłą wartość rokowniczą; każdy skok choroby u osobnika, który miał około 120 na minutę w okresie bezgorączkowym — źle rokuje. Tętno przyśpieszone, jakieś — 140 i więcej — w okresie suchot daleko posuniętych — zależy już od zwyrodnienia mięśnia sercowego i mocno pogarsza rokowanie płynące ze spostrzegania innych objawów. O prognostycznem znaczeniu stałego przyśpieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc, (Czasopismo lekarskie 1903).

22. Objawy **hyperthyreosis**, z przyśpieszeniem tętna do jakich stu uderzeń na minutę, przechylają rokowanie suchot początkowych w stronę pomyślną

23. **Spadek parcia tętniczego** jest objawem niepomyślnym w tym samym sensie i stopniu, co przyśpieszenie częstości tętna; i tu ma ten objaw wartość głównie w okresie bezgorączkowym.

Spadek parcia tętniczego, jak i przyśpieszenie tętna, są objawami wyczerpania czynnościowego układu nerwu współczulnego. W okresie choroby pierwszym, w zespole obronnym ustroju rolę znaczną odgrywa nadczynność nadnerczy i układu sympatycznego; widzimy w tym okresie podniesione parcie rozkurczowe, minimalne (p. Przegląd Lek. 1911. Str. 527. Ciśnienie tętnicze u gruźliczych okresu pierwszego); ubocznie ten stan powoduje też nadczynność tarczycy. Jeśli obrona jest nieskuteczna, jeśli trwa zbyt długo, wówczas napięcie układu współczulnego wyczerpuje się; [1]) następuje spadek parcia w tętnicach i przyśpieszenie tętna; i jedno i drugie zależy współcześnie od nerwu współczulnego, ponieważ nadnercza są jednem ze źródeł podniecających czynności fizjologiczne mięśnia sercowego i utrzymujących napięcie ścian tętniczych. Temu przypuszczeniu odpowiada też limfocytoza okresu pierwszego suchot, właściwa wysokiemu napięciu układu współczulnego, a zarazem i hyperthyreosis; [2]) za niem przemawia też dobrze rokujący wybitny odczyn poadrelinowy w pierwszym okresie gruźlicy (p. Gazeta Lekarska 1920 »Znaczenie rokownicze odczynu poadrelinowego«).

[1]) Tak sądzą Deutsch i Hoffmann; Eppinger i Hess uważają spadek ciśnienia za skutek bezpośredniego uszkodzenia nadnerczy przez gruźlicę.

[2]) Struma, Struma Basedoviana, hyperthyreosis, spostrzegane w pierwszych okresach gruźlicy, są uważane (Białokur, W. Janowski i inni) za objaw mający dobre – nagół — znaczenie rokownicze, a uzależniane od obecności zmian gruźliczych w gruczole. Niewątpliwie, takie zmiany swoiste powstają w nim, jak i w innych gruczołach wkrewnych. Ale wyrazem takich zmian tkankowych byłaby raczej niedoczynność (jak n. p. przy gruźlicy nadnerczy), a nie nadczynność gruczołów. Nad.

D r e s e l wypowiada zdanie, że sympatykotonicy łatwiej zapadają na gruźlicę; można przypuścić, że znajdował on ten stan u badanych chorych okresu pierwszego, właśnie zgodnie z wypowiedzianą wyżej hypotezą: był to okres obrony wydolnej. Za hypotezą powyższą przemawia też wpływ dodatni wapnia w pierwszych okresach rozwoju gruźlicy; w pierwszych okresach, albowiem ustrój przeciw gruźlicy wytacza różne środki obrony, wcale nie te same w różnych okresach. O tem, by sole wapnia miały działać leczniczo dlatego, że ich nadmiar ułatwia ustrojowi bezpośrednio, mechanicznie sprawę wapnienia ognisk gruźliczych — trudno pomyśleć. Jeśli gra rolę ilość wapnia, to tylko w tym sensie, że ustrój mieć musi do rozporządzenia dosyć wapnia w pewnej postaci fizycznej, mianowicie wapnia jonizowanego, elektrolitu; cząsteczki te wapnia, które są bądź molekularnie rozpuszczonemi solami wapnia, bądź też są związane z białkiem, lub lipoidami, jako wapień koloidalny — nie mogą być brane w rachubę. Otóż, działanie wapnia jonizowanego zastępuje działanie nerwu współczulnego (F. Z o n d e k); dlatego wprowadzenie do ustroju wapnia wywołuje efekt zastępujący działanie wyczerpanego nerwu współczulnego. Jeśli jony są tem narzędziem, którem się posługuje — dla wykonania swych czynności — nerw, to współcześnie jony panują nad nerwem, bo od nich zależą czynności nerwu W tym okresie choroby, w którym jednym ze środków obrony przeciwgruźliczej jest układ nerwu współczulnego — wyczerpany nerw można zastąpić wapniem. Tak się łączy teorja wartości leczniczej wapnia w pewnych przypadkach gruźlicy — z hipotezą o której mowa.

24. **Skład krwi.** *Krwinki czerwone* nie dają zwykle oparcia dla rokowania. Ich ilość odpowiada często normie — niezależnie od postaci klinicznej; jeśli liczba ich zmniejszy się do połowy, a ilość hemoglobiny jeszcze znaczniej, wolno rokować wątpliwie. W przebiegu najcięższym widujemy niekiedy nawet nadmiar krwinek czerwonych; ten objaw źle rokuje, bo jest wyrazem albo wytężonych usiłowań wyrównawczych, mających na celu dostarczenie tkankom tlenu — co nie może trwać długo; albo — wyrazem zagęszczenia krwi po potach i rozwolnieniach. Temu nadmiarowi krwinek towarzyszy zwykle zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych. Zresztą, stan podobny wywołuje sztucznie — jako wyraz zaburzenia w gospodarstwie wodnem ustroju gruźliczego — tuberkulina.

Co do *krwinek białych*, to zwiększanie się ilości limfocytów i eozynofilów rokuje dobrze, ich zmniejszanie się — wątpliwie lub źle. Inne znaczenie ma obliczanie ilości obojętnochłonnych; zwiększanie się ich liczby nie dobrze rokuje; ale może zależeć od zakażenia wtórnego, nie od gruźlicy. W ocenie obliczonych ilości obojętnochłonnych pamiętać należy o tem, że znaczna ich liczba jest wyrazem trwającej jeszcze — bądź co bądź — wydolności obronnej ustroju; gdy ta się wyczerpuje, ilość tych postaci krwinek białych spada; badanie krwi może wypaść właśnie na chwilę spadania, kiedy krzywa ilości krzyżuje się z linją normy; nie wolno więc z wyniku jednorazowego badania wyciągać wniosków ostatecznych.

Wartość obliczenia formuły krwinek białych podług A r n e t h a nie jest ustalona; to samo tyczy się odmiany tej metody, uproszczonej przez S c h i l l i n g a.

25. **Odczyn Biernackiego**, określenie szybkości opadania krwinek czerwonych w roczczynie cytrynianu sodu.

Metoda ta jest sprawdzianem rozpadu tkanek ustroju, miarą ilości fibrynogenu i globuliny we krwi. Nie będąc metodą dla gruźlicy djagnostycznie swoistą, ujawnia postęp sprawy rozpadowej i dlatego jest metodą określenia stanu czynnościowego gruźlicy.

Odczyn Biernackiego daje prawo do poważnych wniosków rokowniczych. Szybkość — określona metodą ośmnasto milimetrową — wolniejsza aniżeli minut 120 pozwala na rokowanie tylko względnie pomyślne; od 120 do 60 mówi o rokowaniu wątpliwem; poniżej 60 — rokowanie jest niepomyślne. Wszystko to w zakresie rokowania o danym spostrzeganym skoku choroby, jeśli mowa o wyższych cyfrach; cyfry poniżej n. p. 40 — dają rokowanie wręcz złe.

Źródłem błędów jest niedostrzeżenie współistnienia z gruźlicą takich cierpień, jak zapalenie opłucnej (!), dalej przymiotu, okresu menstruacji, posuniętej ciąży; pozatem, cały szereg chorób zakaźnych, począwszy od ropienia w jamie ustnej lub podobnych przemijających a banalnych cierpień, może zaważyć na wyniku tego badania.

Wśród metod pozwalających na klasyfikowanie *tuberculosis stationaris, progredientis, regredientis*, zajmuje metoda Biernackiego, systematycznie powtarzana, miejsce poważne. Znaczny obszar tkanki rozpadającej się daje zawsze bardzo szybkie opadanie krwinek; poprawie, n. p. po odmie sztucznej, towarzyszy zwolnienie opadania.

26 **Odczyny w moczu** dwu-azowy i urochromogenowy czynią rokowanie conajmniej wątpliwem; znaczna ilość białka — złem.

27. **Drżenie klatki piersiowej**. *Osłabione* drżenie klatki dające się wykazać nad okolicą stłumienia, przechyla rokowanie ku lepszemu, ponieważ przemawia za wysiękiem lub zgrubieniem opłucnej; pamiętać jednak należy, że przemijające osłabienie drżenia może zależeć też od zatkania dróg oddechowych, a stałe — też i od odmy piersiowej.

Wzmocnione drżenie klatki, dające się wykazać nad okolicą stłumienia, jest dalszym dowodem nacieczenia tkanki płucnej przy drożnych oskrzelach; może też przemawiać za obecnością jamy o twardych ścianach. Rokowanie jest tu zależne od innych objawów współistniejących.

Niezbyt wyraźne wzmocnienie drżenia klatki piersiowej, dające się wykazać nad okolicą stłumienia, przemawia za zbliznowaceniem tkanki płucnej, za sprawą włóknistą, która bądź załamuje oskrzela, bądź je wprost zaciska, co utrudnia przewodnictwo drżenia. Stąd wartość tego objawu klasyfikacyjna i rokownicza.

28. **Opór** zwiększony wyczuwany przy opukiwaniu daje prawo do wniosku o obecności tkanki bliznowatej. Przy współczesnem zaś osłabieniu szmerów oddechowych ma ten objaw różną wartość rokowniczą: raz zależy od zapalenia płuc odoskrzelowego, innym razem — i to częściej — od wysięku lub zgrubienia opłucnej.

Przy szmerze oddechowym osłabionym brak zwiększonego oporu przy opukiwaniu widujemy przy odmie piersiowej — więc w przypadkach o rokowaniu bardzo wątpliwem; ale taki sam zespół może zależeć od zatkania oskrzeli przez wydzielinę; odkaszlanie mocne zmienia wynik badania.

29. **Obmacywanie mięśni** nad szczytem, jeżeli ujawnia ich stan napięcia (objaw P o t t e n g e r a), może być dowodem obecności ogniska czynnego.

30. **Mechaniczna nadwrażliwość mięśni** międzyżebrowych po uderzeniu młotkiem, t. j. występowanie wałka prostopadłego do przebiegu żeber (cylindrus idiomuscularis; myödema) jest dowodem charłactwa toksycznego wysokiego stopnia. Wczesne wystąpienie tego objawu pogarsza rokowanie.

31. **Brak objawów stłumienia** wypukowego (czasem i przydźwięk bębnowy) przy obecności patologicznych objawów wysłuchowych i objawów poważnych ogólnych — każe myśleć o peribronchitis tuberculosa, myśleć o gruźlicy rozsianej, więc może mieć znaczenie rokownicze złe; przy nieznacznem natężeniu innych objawów może zależeć od ogniska małego, albo leżącego głęboko. Brak objawów stłumienia wypukowego nad okolicą wykazującą oddech oskrzelowy przemawia za jamą płucną przyściennuą.

Przewaga objawów opukowych (stępienia) nad objawami wysłuchowemi — przemawia za istnieniem zbliznowacenia.

32. **Odgłos opukowy bębnowy** *nad wierzchołkiem* może zależeć od nacieczenia zapalnego obocznego (*inflammatio collateralis; oedema collaterale*) w sąsiedztwie świeżego ogniska zapalnego, więc przemawia za sprawą gruźliczą świeżo powstającą, w koło której ścianki pęcherzyków płucnych są wilgotne, straciły część sprężystości, a tkanka płucna rozluźniła się; może jednak ten sam objaw zależeć od niedodmy pewnej okolicy płuc na tle zatkania oskrzelików przez wytwory sprawy swoistej, pochodzące z pęcherzyków; albo od zatkania przez wydzielinę światła oskrzelików; może też ten sam objaw zależeć od odmy obocznej, która powstaje wkoło starego, zagojonego lub podgojonego ogniska. W ostatnim przypadku odgłos opukowy bębnowy jest objawem dobrze rokującym; pamiętać należy o tem, że stępienie wywołane przez bliznę, krzyżując się z odgłosem bębnowym rozedmy obocznej, daje wrażenie opukowe bliskie normalnego.

czynność nadnerczy jest odczynem obronnym, wywołanym przez podrażnienie ze strony toksyn gruźliczych; wzmożone napięcie nerwu sympatycznego daje objawy nadczynności gruczołu tarczowego. Takie postawienie tego zagadnienia uzgadnia objawy tej nadczynności z jej znaczeniem rokowniczem pomyślnem — w sensie przezemnie bronionym. Naturalnie, toksyny gruźlicze mogą współcześnie drażnić obydwa w mowie będące gruczoły krwewne, pobudzając je do nadczynności.

Jeśli mówimy tu o szczytach, to dlatego, że tylko w tej okolicy mamy warunki pozwalające na zróżniczkowanie tego objawu; te same sprawy zachodzące w głębi tkanki płucnej, w innych okolicach płuc, nie są dostępne metodom badania zmian niewielkiego odcinka płuc.

Odgłos opukowy bębnowy nad większą okolicą płuc zależy zwykle od rozedmy — rokowanie naogół pomyślne; albo od odmy piersiowej — rokowanie niepomyślne. Może zależeć od wstrząsania powietrza w większem oskrzelu wmurowanem w tkankę płucną zbitą — rokowanie pomyślne; ale to samo oskrzele może przebiegać przez okolicę płuca zapalnie nacieczonego, dając wtedy rokowanie niepomyślne. Odgłos opukowy bębnowy, wykazany na znacznej przestrzeni, zależny od zatkania wydzieliną wielkiej ilości oskrzeli — ma znaczenie rokownicze bardzo niepomyślne (obrzęk płuc).

Odgłos opukowy bębnowy nad całym płatem może być wyrazem pierwszego okresu zapalenia płuc serowatego. Odgłos opukowy bębnowy *nad obu płucami* może być wyrazem istnienia drobnych rozrzuconych ognisk prosówkowych, wytwórczych czy wysiękowych, z których każde jest otoczone bądź obrzękiem obocznym, bądź rozedmą zastępczą oboczną. W obu ostatnich przypadkach ma więc ten objaw znaczenie rokownicze złe.

33 **Skrócenie odgłosu opukowego** może mieć różne znaczenie rokownicze; zależy ono od wyparcia powietrza z pęcherzyków płucnych: raz przez wysięk do pęcherzyków (stłumienie odgłosu bardzo silne), innym razem — przez bliznę. Objawy współistniejące łatwo sprawę wyjaśniają, jeśli chodzi o obszar większy. Przy istnieniu tego objawu nad niewielką okolicą płuc trudno bywa rozeznać jego etjologję histologiczną; szczególnie wtedy, jeśli — jako nowy skok choroby — ognisko powstaje w sąsiedztwie tkanki już zabliźnionej.

34 **Wyjaśnianie się stłumienia**, zmniejszanie się obszaru stępienia, jest dowodem cofania się sprawy patologicznej, głównie — wessania się wysięku zależnego od zapalenia obocznego. Jest to objaw pomyślny, zarówno przy sprawie ostrej po skoku choroby, jak i przy sprawie przewlekłej, kiedy zmniejszanie się ogniska zależy od kurczenia się blizny, a wyjaśnianie się stłumienia od przyłączającej się rozedmy obocznej; ostatnio wymienione zmiany wymagają o wiele dłuższego czasu, niż pierwsze; przy gojeniu się może jednak konsolidacja dać tak twardą bliznę, że współcześnie z kurczeniem się obszaru potęguje się twardnienie i daje stępienie coraz to wyraźniejsze, które łatwo może pokryć objawy rozedmy miejscowej; naturalnie, rozpoznanie blizny pozwala na rokowanie dobre.

35. **Przemieszczenie serca** w zależności od wysięku lub odmy piersiowej nie daje oparcia rokowaniu; w nieobecności tych dwu domniemanych przyczyn świadczy o obecności kurczących się zrostów, o charakterze włóknistym zmian gruźliczych. Odsłonięcie powierzchni serca, zwiększenie się tępości serca względnej, świadczy też o kurczeniu się bliznowatem tej okolicy płuc, która normalnie zachodzi na serce.

36. O wiele więcej aniżeli dane opukowe, dają **dane osłuchowe** przy klasyfikowaniu i rokowaniu w suchotach. W szczytach, więc w okolicy płuc najbliżej powierzchni położonej, mamy *osłabienie szmerów oddechowych* jako wynik functionis laesae, oszczędzania płuc, już przy zmianach nieznacznych zapalnych w tkance płucnej; przyczyną osłabienia szmerów oddechowych może być też zatkanie oskrzelików, a — pozatem — od tego zależna nie dodma; to osłabienie zależeć też może: od rozedmy otaczającej ognisko zabliźnione; od zwłóknienia i skurczenia się blizny tkanki płucnej; od zapalenia opłucnej wierzchołkowego. Prócz przyczyn dwu pierwszych — są to wszystko sprawy dające rokowanie pomyślne.

Wydech wydłużony słyszalny w szczycie zależy od wysiłku czynnościowego, z jakim — wraz ze zmniejszeniem się elastyczności tkanki płucnej — powietrze jest czynnie wydalane akt zależny normalnie od biernego spadania się tkanki płucnej Te same warunki są przyczyną zaostrzenia się wydechu. Są to objawy sprawy szczytowej początkowej.

Oddech szorstki nic nie daje z punktu widzenia nas zajmującego, bo świadczy jedynie o chropowatości ścian oskrzeli; toż samo należy powiedzieć o tak zw. oddechu przerywanym, słyszanym nad szczytami płuc.

Tak zwany *oddech nieokreślony* jest właściwy okolicy dotkniętej rozedmą; słyszymy go też nad okolicą płuc, w której część oskrzeli jest zatkana lub zanikła, nad okolicą płuc skurczonych — towarzyszy więc sprawom łagodnym. Ale zależeć może i od obecności licznych ognisk drobnych rozrzuconych po płucu — wtedy ma znaczenie rokownicze złe.

Szmer oddechowy oskrzelowy jest dowodem wypchnięcia powietrza z pęcherzyków płucnych (wysięk do pęcherzyków; zastąpienie powietrza tkanką zbitą, n. p. w ścianach jamy). Przy nacieczeniu pęcherzyków, przypadek pierwszy, mamy oddech oskrzelowy mocno wyrażony — n. p. przy zapaleniu płuc serowatem; im więcej jest tu wyrażona skłonność do zwłóknienia, tem mniej jaskrawo występuje charakter oskrzelowy szmeru oddechowego; obecność ognisk niewielkich, rozrzuconych po płucu, nie wyraża się w szmerze oddechowym oskrzelowym, lecz w szmerze o charakterze łagodnie zaostrzonym.

Oddech oskrzelowy zależny od spraw gruźliczych przyoskrzelowych (*peribronchitis tuberculosa*) może być wybitnie wyrażony, a brak współcześnie istniejącego stłumienia wypukowego odróżnia go od sprawy pneumonicznej; wtedy jest to zespół, jeśli mu towarzyszą objawy ogólne właściwe skokowi choroby — źle rokujący, gorzej, aniżeli objawy pneumoniczne.

Oddech oskrzelowy zależny od nacieczenia zapalnego płuc, odróżnić od oddechu zależnego od stwardnienia, nieraz można jedynie na podstawie objawów współistniejących, miejscowych (trzeszczenia, rzężenia, chrzęsty wilgotne) i ogólnych.

Obecność *oddechu dzbanowego*, szczególnie z przydźwiękiem metalicznym, mówi o jamie, mówi o odmie piersiowej; czasem jednak zależy od powietrza zawartego w oskrzelu większem, wmurowanem w tkankę włóknistą, lub nacieczoną.

37. **Obecność rzężeń** wszelkiego typu jest dowodem sprawy niezagojonej. Ich brak zupełny mamy nad ogniskami zabliźnionemi, ale i tu wysłuchać możemy czasem pomruki, furczenia, warczenia, chrobotania, a nawet rzężenia zależne: od zwężeń w przebiegu oskrzeli (świsty); od wydzieliny nieżytowej, zatrzymanej w oskrzelu przełamanem przez kurczenie się tkanki płucnej; od obecności fizjologicznej wydzieliny oskrzelowej w kolbowato rozszerzonym kikucie oskrzela, którego koniec zanikł w bliźnie płucnej. Objaw zależny od ostatnio wymienionej zmiany anatomicznej może przez całe lata towarzyszyć gruźlicy płuc zupełnie wygojonej.

Obecność licznych rzężeń o charakterze tak rozmaitym, jak wyżej podano, pokrywa sobą nieraz objawy powstające w płucach; rozpoznajemy wówczas cierpienie przewlekłe oskrzeli zamiast cierpienia płuc; najczęstsza to omyłka w przebiegu suchot u starców (rozedma maskuje ton opukowy krótszy nad stwardniałym miąższem płuc).

Rzężenia wilgotne mają znaczenie rokownicze niepomyślne, kiedy mają charakter grubo-bańkowy; są objawem jamowym, złym, gdy słychać je zbliska; mogą jednak zależeć i od wilgotnego nieżytu oskrzeli większych. Trzeszczenia, odmiana rzężeń suchych, słyszane tylko przy wdechu, są charakterystyczne dla obecności wysięku w pęcherzykach płucnych, dla spraw pneumonicznych.

Chrzęsty, rzężenia wilgotne średnio-bańkowe, dające się liczyć, występujące niejako serjami, zwane przez francuzów: *craquement humide*, nie tak gęste, jak trzeszczenia, są wyrazem istnienia zserowacenia rozmiękczającego miąższ płuc (*ulceratio parenchymatosa*). Ponieważ wysłuchać je można nietylko przy końcu wdechu, ale i przy wydechu, należy przypuścić, że wywołuje je rozmiękająca zawartość pęcherzyków, wysuwająca się już do oskrzelików. Chrzęsty możnaby porównać do dźwięku, jaki wydaje cieniutka blaszka załamywana tuż pod powierzchnią wody; niemcy nazywają te rzężenia: *Käserasseln*. Znaczenie ich rozpoznawcze jest bardzo wielkie, ponieważ są objawem czysto wysłuchowym właściwym zmianom gruźliczym serowatym. Mają znaczenie rokownicze niedobre, ponieważ świadczą o rozmiękaniu osłuchiwanej okolicy tkanki płucnej.

Dźwięczność, metaliczność rzężeń świadczy o sąsiedztwie bądź jamy, bądź nacieczenia twardego, okoliczność nadająca szczególny, w porównaniu z innemi rzężeniami, charakter temu objawowi.

38. **Wysłuchiwanie głosu (bronchophonia)** ma to samo znaczenie, co drżenie klatki piersiowej; obecność dobrego przewodnictwa głosu przy braku drżenia mówi o obecności zgrubień i zrostów opłucnej, o sprawie nieczynnej.

Wysłuchiwanie szeptu (bronchophonia aphona; chuchottement) daje często pewniejsze oparcie, aniżeli wysłuchiwanie głosu pełnego; szept bywa niekiedy jedynym objawem istnienia ogniska gruźliczego nieznacznych rozmiarów.

39. **Obecność jam** jest objawem rokowniczym złym. Nie tak jednak złym, jak to dotąd mniemano. Spotykamy chorych u których obecność jam spostrzegamy przez całe dziesiątki lat, jamy zamknięte, otorbione całkowicie. Jamy małe mogą się wogóle zabliźnić. Te z nich, które nie dają żadnych objawów klinicznych, które jedynie widoczne są przy pomocy aparatu Roentgena — nie ważą wiele w rokowaniu.

40. **Odma płucna** zawsze obciąża rokowanie, szczególnie powikłana wysiękiem. I tu jednak aparat Roentgena może wykryć niewielkie ogniska powietrzne przyścienne, które mało ważą, albo wcale, przy rokowaniu.

41. **Roentgenografja i roentgenoskopja** mówi w pierwszym rzędzie o rozmiarach zmian gruźliczych. Z natężeniem choroby rozmiary zmian gruźliczych można utożsamić jedynie w przypadku obecności zmian wyłącznie włóknistych, których skutki dla zdrowia są w stosunku prostym do szkody, jaką ponosi ustrój wskutek zniszczenia danego obszaru tkanki płucnej z zawartemi w niej naczyniami limfatycznemi, tętnicami i żyłami, z następstwami wszystkich tych zmian mechanicznemi: ze strony krążenia, kośćca klatki piersiowej, przeciągnięcia narządów śródpiersia. O jakości zmian w płucach mówi przyrząd Roentgena głównie w przypadkach: gruźlicy prosówkowej, nacieczenia płatowego, przy obecności jam lub odmy piersiowej (w obu ostatnich przypadkach — nie zawsze); zdjęcia szczytów dają pewne rozpoznanie jakościowe (zmiany wytwórcze czy wysiękowe) w znacznej liczbie przypadków. Ściślejsze rozpoznanie jakościowe udaje się jednak i w przypadkach najczęstszych — rozwiniętych suchot płucnych, w przypadkach mieszanych: wysiękowych i wytwórczo-włóknistych.

Wraz jednak z rozszerzeniem możności ściślejszego rozpoznania między temi dwoma typami zmian jakościowych gruźliczych, staje przed lekarzem-praktykiem postulat umiejętności odczytywania kliszy, umiejętności analizowania otrzymanych na kliszy obrazów. Nie technika zdjęcia, tylko ta czynność różniczkowo-rozpoznawcza stanowi istotę sztuki roentgenowskiej, bo wymaga znajomości i aparatu i nauki o gruźlicy w jej obecnym okresie. Dlatego to rozpoznanie na leży całkowicie pozostawić biegłemu specjaliście; odczytywanie klisz przez lekarzy-praktyków prowadzi aż nadto często do mylnych wniosków i do dyskredytowania metody, stanowiącej tak potężny postęp djagnostyczny.

Oto schemat, podług którego roentgenolodzy klasyfikują zmiany przy suchotach płucnych na płycie widoczne.

A. *Ognisko gronkowo-wysiękowe (focus acinoso-exsudativus)*; wysięk gruźliczy ograniczony do gronka tkanki płucnej: na płycie cień zgęszczenia niesymetryczny, w postaci listka koniczyny lub okrągły, nieodgraniczony ostro, o brzegach rozlanych, mętnych.

B. *Ognisko zrazikowo-serowate (focus lobulo-caseosus)*; zapalenie płuc odoskrzelowe z zserowaceniem. Na płycie: cień zgęszczenia większy, zamazany, różno-postaciowy, plamisty, ze skłonnością do zlewania się.

C. *Ognisko gronkowo-wytwórcze (focus acinoso-productivus)*: ograniczona do wielkości gronka płucnego — tkanka gruźlicza wytwórcza.

D. *Ognisko gronkowo-guzkowe (focus acinoso-nodosus)*; guzek powstały z połączenia się ognisk gronkowo-wytwórczych. Na płycie dają C i D cienie zgęszczenia w postaci wielkich lub małych listków koniczyny średnio zgęszczonych, dobrze odgraniczonych, nieotoczonych rozlanem zmętnieniem.

E. *Ognisko stwardnienia (focus indurationis)*; ognisko gronkowo-guzkowe lub zrazikowo-serowate — przeistoczone wskutek utraty wody i koagulacji, zarówno jak dzięki rozwojowi tkanki łącznej.

F. *Ognisko marskie (focus cirrhoticus)*: rozlane stwardnienie z bliznowatem kurczeniem się. Na płycie dają E i F: nieregularne cienie zgęszczenia, małe i większe, najczęściej ułożone grupkami. Przy istniejącem kurczeniu się tkanki płucnej otoczone rozlanem ściemnieniem. Rozwój tkanki łącznej widoczny jako cienie pasmowate nieprawidłowo się rozwidlające.

G. *Ognisko śródmiąższowe gruzełkowe (focus interstitialis miliaris)*; gruzełek prosówkowy prawdziwy; guzek prosówkowy powstający w tkance śródmiąższowej. Na płycie: drobne punkcikowate ogniska, mniej lub więcej zbite, rozrzucone po całej powierzchni obu pól płucnych.

Postęp, jaki kryje w sobie możność określania charakteru spraw gruźliczych przy pomocy płyty roentgenowskiej, jest niewątpliwy Jakkolwiek każdy przypadek suchot płucnych przewlekłych zależy od kombinacji spraw różnego wieku i charakteru jakościowego, wielką ma wartość możność sprawdzenia, jaka sprawa przeważa. Metoda jest nowa i nie zawsze daje wyniki pewne — jak i inne metody badania. A przytem, nie tylko charakter zmian gra rolę przy rokowaniu. To też, wyniki badań otrzymane metodą roentgenowską zawsze powinny być uważane za dopełnienie wyników otrzymanych innemi metodami badania.

42. **Powikłanie gruźlicą innych narządów** zawsze pogarsza rokowanie; przy klasyfikowaniu suchot płucnych nie są objawy tych powikłań brane w rachubę. Do rozpoznanej postaci klinicznej należy jednak zawsze dopisać stwierdzone powikłanie pozapłucne. (dok nast.).

Dr. Stanisław LASKOWNICKI, asystent kliniki. Lwów-Paryż.

Badania nad głębokiem odkażeniem okolicy ran zakażonych u myszy.

Z pracowni prof. Danysza (Instytut Pasteura).

Dopełnieniem naszych poprzednich badań nad działaniem bakterjobójczem roztworów jodowych [1]) są niniejsze doświadczenia dokonane nad zakażeniem paciorkowcowem u myszy i nad sposobami doraźnego powstrzymania tegoż. Chodziło mi o odpowiedź na następujące pytania:

1) Czy za pomocą słabych roztworów jodowych, silnie bakterjobójczych *in vitro* uda się odkażać ognisko zakaźne względnie zakażenie umiejscowić.

2) Jak wypadnie porównanie działania słabego roztworu wodnego jodu z usilnie polecanym i zachwalanym przez Morgenrotha Rivanolem, środkiem, który dziś jest — zwłaszcza w Niemczech — uważany za najlepiej działający antyseptyk w tkance organizmu żyjącego.

3) Czy t. zw głębokie odkażanie okolicy ran zakażonych (*Tiefenantisepsis*) jest środkiem pewnym, i czy ma wobec tego jakąś przyszłość.

Doświadczenia moje robiłem posługując się techniką Morgenrotha [2]) t. zn. mysz białą zakażałem przez wstrzyknięcie podskórne 0,2 cm^3 24-godzinnej kultury buljonowej paciorkowca, silnie dla myszy jadowitego — poczem miejsce zakażenia dokładnie obstrzykiwałem odpowiednim roztworem przeciwgnilnym. Mysz po 24 godzinach zabijałem chloroformem, robiłem sekcję, krew zasiewałem na agar zwykły, agar cukrowy i buljon.

Ten sposób postępowania nie okazał się jednak dobrym, gdyż w przeważnej ilości przypadków sekcja po 24 godzinach nie wykazywała żadnych zmian, krew zaś była jałową.

Wobec tego w dalszej części moich doświadczeń postępowałem w ten sposób, że mysz po zakażeniu obserwowałem (czasem 6—8 tygodni — dopiero po tym okresie uważałem mysz za zdrową) oczekując rozwinięcia się objawów zakażenia. Sekcję wykonywałem o ile możności natychmiast po śmierci

[1]) Praca przedstawiona na posiedzeniu Tow. Biologji w Paryżu. 26. VII. 1924. Streszczenie tej pracy ogłoszono w Comptes rendus de Soc. de Biologie. Tom XCI. str. 681.

[2]) Klin. Wochenschrift 1922 Nr. 8.

zwierzęcia — zwierzęta umierające dobijałem chloroformem. Postępowanie to okazało się lepszem i dokładniejszem, gdyż u wielu myszy zakażenie ogólne występuje dopiero w 5-tym lub 6-tym dniu po zakażeniu, czasem zaś aż po kilku tygodniach.

Doświadczenie robiłem w następujący sposób: myszy zakażałem przez wstrzyknięcie 0.2 cm^3 24 godzinnej kultury buljonowej paciorkowca, następnie miejsce zakażenia obstrzykiwałem za pomocą 0.5 cm^3 płynu Lugola (*jodi 1 kali jodat. 2 aquae dest. 200*), 0.5 cm^3 1% roztworu azotanu srebra, 0.5 cm^3 wody jodowej (1 cm^3 5%-owej trae jodi na 100 cm^3 wody), 0.5 cm^3 roztworu Rivanolu 1 : 500, 1 : 1000 i 1 : 5000.

Myszom kontrolnym miejsce zakażenia obstrzykiwałem za pomocą 0.5 cm^3 rozczynu fizjologicznego soli kuchennej. Wreszcie w celu przekonania się czy wzmożenie lokalne leukocytozy przeciwdziała zakażeniu paciorkowcem obstrzykiwałem miejsce zakażenia 0.5 cm^3 1%-wego roztworu kwasu nukleinowego lub 1% roztworem nukleinianu sodowego.

Zanim przedstawię wyniki moich doświadczeń opiszę pokrótce przebieg zakażenia paciorkowcami u myszy.

Zaznaczyć trzeba na wstępie, że myszy różnie na zakażenie paciorkowcowe reagują; zależne to jest z jednej strony od jadowitości i ilości wstrzykniętych drobnoustrojów, z drugiej strony od indywidualnych właściwości zwierzęcia (waga, wiek, choroba, ciąża, mniejsza lub większa wrodzona odporność na zakażenie).

Biorąc zwłaszcza ten drugi warunek pod uwagę (gdyż pierwszy łatwiej można ustalić) przeprowadziłem doświadczenia na wielkiej ilości myszy (około 200), by móc w ten sposób ocenić przeciętnie (procentowo) działanie danego środka. Myszy kontrolne zachowywały się w następujący sposób: Przez pierwsze 24 godzin po zakażeniu zwykle są mniej ruchliwe i robią wrażenie chorych. W dalszym przebiegu ze względu na przebieg zakażenia podzielić je trzeba na trzy grupy:

G r u p a I. Mysz ginie w przeciągu 24—48 godzin po zakażeniu. Sekcja wykazuje ropowicę podskórną (w ropie wiele ciałek białych i paciorkowców) zapalenie wysiękowe otrzewnej i opłucnej (w wysięku paciorkowce i liczne ciałka białe), powiększenie śledziony, wątroba i nerki blade, treść jelitowa żółtawa, płynna (*enteritis*) we krwi leukocytoza i liczne paciorkowce często sfagocytowane — obfity wzrost ze krwi zasianej na agarze zwykłym. Typowy obraz ogólnego szybko przebiegającego zakażenia (*sepsis*).

G r u p a II. Ropowica podskórna (często niema ropowicy) zapalenie otrzewnej krwotoczne — w preparacie mikroskopowym liczne ciałka czerwone i białe, n i e l i c z n e p a c i o r k o w c e — albo też wcale ich się nie znajduje, pozatem nigdzie w organizmie paciorkowców nie znajduje się, nie wyrastają ze krwi ani na agarze zwykłym ani na glukozie. Śmierć zwierzęcia następuje w 24—48 godzin po zakażeniu z powodu zapalenia ostrego otrzewnej *per continuitatem*. Zaznaczyć muszę, że w celu uniknięcia injekcji do jamy brzusznej, zwierzęta zakażałem wstrzykując paciorkowce pod skórę grzbietu w okolicy kości krzyżowej.

G r u p a III. Mysz ginie w 4 lub 5 dni po zakażeniu. W miejscu wstrzyknięcia przekrwienie pod skórą, śledziona powiększona. Paciorkowców w żadnym narządzie ani we krwi żadnym sposobem nie udaje się wykazać śmierć z powodu zatrucia endotoksynami?

Są wreszcie myszy kontrolne takie, które są na zakażenie paciorkowcami odporne, nie wykazują żadnej reakcji, podczas gdy równocześnie i w takich samych warunkach zakażone inne myszy, i następowo leczone przez obstrzykanie miejsca zakażenia Rivanolem giną w krótkim czasie na *sepsis*.

Zauważyłem, że myszy odporne na zakażenie paciorkowcem, któremu inne myszy ulegają, zachowaniem swem zbliżają się do myszy szarych. Są to myszy bardzo ruchliwe i dzikie, dające się z trudnością w słoju ująć.

Z usposobienia ich wynika również inne zachowanie się po zakażeniu. Mysz biała po zakażeniu znajduje się w stanie shok'u i przerażenia. Chowa się pod watę w naczyniu, oddycha szybko i nie rusza się ze swego miejsca — po jakimś czasie (zwykle ½ godziny lub godzina) przychodzi do siebie. Mysz dzika, tuż po zakażeniu, siada na tylnych łapach i miejsce zakażenia starannie i żywo wylizuje starając się wycisnąć płyn wstrzyknięty.

Są też i myszy, które p o z o r n i e nie ulegają zakażeniu, giną dopiero po 4-ech lub 6-ciu tygodniach. Sekcja wykazuje paciorkowce we krwi, śledzionie i wątrobie, zwyrodnienie miąższowe śledziony, wątroby i nerek, czasem jak to spostrzegałem w jednym przypadku ropne zapalenie stawów skokowych (w obrazie mikroskopowym liczne ciałka białe i paciorkowce często sfagocytowane).

Posługując się techniką M o r g e n r o t h a t. zn. zabijając myszy chloroformem w 24 godzin po zakażeniu otrzymałem wyniki następujące:

TABLICA I.

Ilość	Myszy leczone	Są objawy sepsis i paciorkowce we krwi	Niema żadnych objawów, krew jałowa
7	kontrolne	2	5
8	leczone wodą jodową	1	7
5	płynem Lugola		5
10	roztw. azotanu srebra 1%	2	8
4	kw. nukleinowym 1%-owym	4	
4	nukleinianem sodowym 1%-wym	4	
6	Rivanolem 1:500	1	5
7	Rivanolem 1:1000	5	2
6	Rivanolem 1:5000	3	3

Jak widzimy z powyższej tablicy wynik sekcji u myszy zakażonej paciorkowcami bywa przeważnie po 24 godzinach ujemny, nawet u myszy kontrolnych. Jedynie u myszy którym miejsce zakażenia obstrzykane zostało 1% roztworem kwasu nukleinowego lub nukleinianu sodowego sekcja dawała obraz *sepsis*, paciorkowce zaś wyrastały łatwo we krwi.

Ten błędny sposób postępowania był powodem wysnucia przez M o r g e n r o t h a błędnych wniosków w odniesieniu do Rivanolu, o którym M o r g e n r o t h twierdzi, że przeciwdziała wytworzeniu się ropowicy i zakażeniu ogólnemu u myszy białej.

Do podobnie błędnego wniosku możnaby dojść na podstawie moich doświadczeń odnośnie do działania 1% roztworu azotanu srebra, gdyż przy używaniu tego środka z 10 ciu myszy 8 nie wykazywało żadnych zmian po 24 godzinach.

Przypuszczając, że objawy zakażenia mogą występować u myszy później, postanowiłem czekać, aż myszy padną i obserwować je przez przeciąg 4—6 tygodni, przekonałem się bowiem, że dopiero po tym okresie mysz można uważać za zdrową.

Wyniki doświadczeń w ten sposób przeprowadzanych przedstawia tablica II.

Jak widzimy z powyższej tablicy 60% myszy kontrolnych ginie na *sepsis*, 6·5% po przebyciu ograniczonej ropowicy przychodzi do zdrowia, zaś 20% myszy jest na zakażenie odporne.

Ze środków używanych do doraźnego odkażenia ogniska zakażenia okazuje najlepsze działanie słaby wodny roztwór jodu (woda jodowa) chroni bowiem myszy od zakażenia

TABLICA II.

Stosowany środek	Ilość myszy	Zdechają po dniach: 24—48 godzin: są objawy sepsis	24—48 godzin: niema	3—5 dniach: są objawy sepsis	3—5 dniach: niema	7—10 dniach: są objawy sepsis	7—10 dniach: niema	4—6 tygodni: są objawy sepsis	4—6 tygodni: niema	Procentowo ulega zakażeniu razem	Phlegmone i wyleczenie	Procentowo	Niema żadnych objawów zakażenia	Procentowo	Phlegmone i późna śmierć	Uwagi
kontrolne NaCl.	30	10		6	2					18 = 60%	4	13·5%	6	20%	2 = 6·5%*	*) U jednej z tych myszy sekcja wykazuje sepsis, krew ujemna.
leczone wodą jodową	31	3	1	5		1		1*		11 = 35.8%	2	6·2%	18	58%		*) Obraz sepsis paciorkowce we krwi,
leczone płynem Lugola	14	2		2	2					6 = 42.6%	3	21·3%	5	36·1%		
leczone kwasem nukleinowym	6	2		3		1				6 = 100%						
leczone nukleinianem sodowym	6	3		3						6 = 100%						
leczone azotanem srebra	11	3	1	2				1*		7 = 63·6%	4	36·4%				*) Ropień okołonerkowy sepsis paciorkowcowa we krwi.
Rivanolem 1 : 500	10	3		3						6 = 60%			4	40%		
Rivanolem 1 : 1000	12	4								4 = 33·3%	4	33·3%	4	33·3%		
Rivanolem 1 : 5000	9	2		2				1*		5 = 55·6%			4	44·4%		*) Sepsis, ropne zapalenie stawów skokowych

w 58% przypadków. Żadnego szkodliwego działania na tkankę nie stwierdziłem.

O wiele mniej pewnie działa płyn Lugola. Płyn ten ma już własności ścinania białka — to też po wessaniu się jodu do organizmu, w jakiś czas po wstrzyknięciu płynu Lugola w tkankę podskórną, pozostaje w miejscu wstrzyknięcia doskonała pożywka ze ściętego białka, dla drobnoustrojów, które pozostały przy życiu; odporność lokalna okolicznej tkanki, zostaje zbyt silnym urazem, jaki płyn Lugola wywołuje, znacznie osłabiona, sama zaś hyperleukocytoza nie wystarcza do powstrzymywania rozwijającego się wśród sprzyjających warunków zakażenia.

Płyn Lugola daje dobre wyniki jedynie w leczeniu gruźliczych ropni opadowych, gdzie nie tyle chodzi o odkażenie, ile o użycie silnego bodźca celem podrażnienia leniwie bujającej tkanki granulacyjnej, jak również o zadziałanie dużemi dawkami jodu na cały organizm.

Jeszcze większy uraz wywołuje 1% roztwór azotanu srebra. Jak wielkie to ma znaczenie w obronie organizmu przed zakażeniem okazuje się z powyższych doświadczeń: z myszy kontrolnych ulega zakażeniu 60%, z myszy, gdzie miejsce zakażenia obstrzykano silnym roztworem $AgNO_3$ ginie na zakażenie 63·6%, 36·4% zaś przebywa ropowicę podskórną. Rivanol w roztworze 1 : 500, 1 : 1000 i 1 : 5000 nie jest środkiem tak pewnie zapobiegającym zakażeniu paciorkowcem u myszy jak to wynika z doświadczeń M o r g e n r o t h a. Zdarzało mi się często, że myszy leczone wstrzykiwaniami Rivanolu ginęły, szybciej od myszy kontrolnych; sekcja wykazywała typowy obraz *sepsis*, paciorkowce można było łatwo i w dużych ilościach wykazać już w preparacie rozciąganym ze krwi, wyrastały obficie na pożywkach. W jednym przypadku wykazałem u myszy leczonej Rivanolem, która padła w 5 dni po zakażeniu, poza ogólnem zakażeniem, wysiękowe zapalenie stawów skokowych (w preparcie drobnowidowym olbrzymia ilość paciorkowców w pięknych łańcuszkach oraz wiele ciałek białych — obfity wzrost na agarze). Jedna z myszy uległa zakażeniu wraz z ropnem zapaleniem stawów w 5 t y g o d n i p o z a k a ż e n i u. Znaczna część myszy leczonych Rivanolem dostaje ropowicy, która ogranicza się, ropień pęka i do 14 dni następuje wyleczenie. I w tych przypadkach Rivanol nie wywarł żadnego skutku — wyleczenie zwierzęcia należy przypisać jedynie jego indywidualnej odporności, która była przeszkodą uogólnienia się raz powstałego zakażenia.

Preparaty nukleinowe nie chronią żadnej myszy od śmierci — owszem w porównaniu ze zwierzętami kontrolnemi wydaje się jakoby kwas nukleinowy przez wywołanie miejscowej hyperleukocytozy stwarzał warunki korzystne do uogólnienia się zakażenia. Prawdopodobnie zwabione do ogniska zakażenia w znacznej liczbie ciałka białe roznoszą sfagocytowane a nie zabite drobnoustroje po całym organiźmie wywołując tem łatwiej ogólne zakażenie.

Wyniki tych doświadczeń możnaby streścić następująco:

Paciorkowce wywołują u myszy prawie wszystkie schorzenia jakie wywołują u człowieka, a więc: ropowicę, wszystkie stopnie zapaleń błon surowiczych (*pleuritis, peritonitis exsudativa* lub *haemorhagica, arthritis serosa* lub *purulenta)* ropnie przerzutowe, *sepsis* i t. d.

Środkiem powstrzymującym najlepiej zakażenie okazała się woda jodowa, nie wywołująca w tem stężeniu uszkodzenia tkanki. Płyny silnie białko ścinające jak płyn Lugola a zwłaszcza 1% wy roztwór azotanu srebra (wywołujący czasem martwicę tkanki) przez silny uraz tkanki niszczą jej siłę obronną i stwarzają przez to warunki dla rozprzestrzenienia się zakażenia korzystne

Co do Rivanolu — to jeżeli weźmiemy pod uwagę, że 20% myszy jest wogóle na zakażenie paciorkowcem odporne okaże się, że jest to środek chroniący myszy od zakażenia w niewielkim procencie.

Rivanol, który niema żadnego działania bakterjobójczego *in vitro*, nie wywiera również takiego działania i w tkance. Przypuścić trzeba, że środek ten działa pośrednio na drobnoustroje, działając jedynie na tkankę organizmu t. j. drażniąc ją lekko i pobudzając przez to do żywszej obrony. Tkankom stałym organizmu przypisuje Much bardzo wielką rolę w obronie organizmu przed zakażeniem — podobną myślą wiedziony Bezredka poleca leczenie spraw ropnych filtratami bakteryjnemi, podrażniającemi do obrony tkanki okolicy zakażonej. Prawdopodobnie jednak Rivanol w słabych stężeniach ma zamało drażniące działanie, w stężeniach zaś 1 : 1000 i 1 : 500 już wywołuje uszkodzenia tkanki, jak to w ostatnich czasach nieśmiało tu i ówdzie zostaje stwierdzane — wywołuje więc skutek wręcz przeciwny.

Doświadczenia powyższe stwierdzają, że doraźne odkażenie głębokie rany przez obstrzykanie jej okolicy środkami antyseptycznemi nie jest środkiem pewnie chroniącym od rozprzestrzenienia się zakażenia. Wydaje mi się, że sposób ten nie ma przyszłości — a Rivanol ulegnie niedługo losom wucyny t. zn. zapomnieniu.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie JWP. prof. Danyszowi za umożliwienie mi wykonania tej pracy w Jego pracowni w Instytucie Pasteura.

Z praktyki.

Doc. Dr. Tadeusz TEMPKA. Kraków.

Przyczynek do symptomatologji choroby Recklinghausena (Neurinomatosis).

Z I. Kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski

W maju roku szkolnego 1923/24 zgłosiła się do kliniki chora S. O., 58 letnia panna, robotnica (L. dz. kl. 333), u której badanie stwierdziło następujące dane:

Wywiady: chora o niskim stopniu inteligencji, podaje jedynie, że przed 20-tu laty zauważyła dużą »gruzłę« pod lewym sutkiem, która ma stale wzrastać aż do obecnej chwili. Z biegiem czasu pojawiły się liczne inne »gruzły« na skórze całego ciała. Pozatem przebyła przed 3-ma laty »hiszpankę«, przed 2 laty dur brzuszny (?); jakiś dwukrot y zabieg chirurgiczny na szyji. Miesiączkować zaczęła w 16-ym roku życia, skończyła zaś przed 40-tym; miesiączki były bardzo skąpe i bolesne, przychodziły nieregularnie raz na parę miesięcy, a nawet i przez cały rok się wstrzymywały. Dziedzicznego obarczenia nie ma.

Badanie przedmiotowe: Wzrost 144 cm, waga 40 kg, budowa wątła, odżywienie liche. Głowa duża kwadratowa, symetryczna o obwodzie 54 cm. Skóra wilgotna, tkanka tłuszczowa bardzo skąpa. Wyraz twarzy apatyczny. Na skórze tułowia, zwłaszcza z przodu, na brzuchu, kończynach górnych i w mniejszym stopniu na udach widać bardzo liczne guzki, w ogólnej liczbie kilkuset, niesymetrycznie rozsiane, wielkości główki od szpilki do wielkości orzecha laskowego, jeden, wielkości jaja kurzego, usadowiony w okolicy lewego łuku żebrowego, czyni wrażenie sutka dodatkowego. Barwa guzków jest bronzowa, częścią blada, spoistość miękka; guzki sięgają podstawą do tkanki podskórnej, siedzą luźno w skórze, dając się łatwo w głąb wcisnąć. Bolesności samoistnej nie okazują, natomiast są na ucisk wyraźnie tkliwe. Po za tem okazuje skóra całego ciała głównie zaś części jej, objęte guzkami, bardzo liczne brunatne plamki barwikowe, niekiedy dość znaczne, jak widać z załączonego zdjęcia fotograficznego, częścią i miejsca pozbawione barwika skórnego. W obrębie skóry szyji widoczne dwie blizny pooperacyjne, wskazujące na strumektomję. Owłosienie głowy, jak również i brwi bardzo skąpe; zupełny brak owłosienia pod pachami, również bardzo skąpe owłosienie zewnętrznych części płciowych. Palce rąk i nóg krótkie, grube, chłodne i wybitnie sine, przy braku jakichkolwiek objawów niedomogi mięśnia sercowego; paznokcie wszystkich kończyn okazują zmiany odżywcze. Mięśnie wiotkie, prawa ręka wykazuje na dynamometrze najwyżej 7, lewa 9 kgm. W obrębie narządu oddechowego stwierdza się mierną rozedmę płuc, w zakresie narządu krążenia znaczną miażdżycę tętnic obwodowych. Odnośnie do przewodu pokarmowego należy podnieść obecność jedynie 4 spróchniałych zębów, przyczem trzeba zaznaczyć, że chora już od 20-go roku życia poczęła tracić zęby przez wypadanie, bez jakichkolwiek bólów. Mocz bez zmian. Badanie układu nerwowego nie stwierdza żadnych nieprawidłowych odruchów. W obrębie narządów zmysłowych stosunki prawidłowe. Odczyn Wassermana w surowicy krwi ujemy. Badanie inteligencji chorej stwierdza wyraźny niedorozwój umysłowy.



Z zestawienia powyższych objawów, mianowicie zmian skórnych w postaci guzków o cechach nowotworowych i zmian barwikowych, istniejących co najmniej od wczesnej młodości, jak z drugiej strony upośledzenia umysłowego chorej wynika, że mamy przed sobą typowy, pełny obraz choroby Recklinghausena t. zw. *neuro fibromatosis*, względnie *neurinomatosis*, którą to nazwę wprowadzają Nowicki i Orzechowski (1); podłoże swoje ma ona w nazwie *neurinoma*, zapoczątkowanej przez Verocay'a (2) zamiast określenia *neurofibroma*, dla zaznaczenia, że utkanie guzów w chorobie Recklinghausena jest tylko pozornie tkanką łączną, w rzeczywistości zaś zupełnie swoistem utkaniem pochodzenia nerwowego.

Przypadek ten ogłaszam ze względu na kilka szczegółów, które o ile mogę wnosić z piśmiennictwa, nie były dotychczas podnoszone, a mogą mieć pewne znaczenie, jakkol-

wiek nie dla istoty, to w każdym razie dla symptomatologji tego względnie rzadkiego obrazu chorobowego.

Badanie układu mimowolnego: po wstrzyknięciu podskórnem 0·01 g chlorku pilokarpiny wystąpiły w ciągu 20 minut wymioty, ciągłe nudności, bardzo silny kilkogodzinny ślinotok i bardzo silne ogólne poty. Ponadto trzeba zaznaczyć, że skóra chorej, niezależnie od zastosowania pilokarpiny, była stale wilgotna i że od szeregu lat okazywała chora silną skłonność do potów, tak dziennych, jak i nocnych. Wyrazem silnego odczynu wagotonicznego była również bardzo wybitna niemiarowość tętna oddechowa i dodatni objaw Erbena-Ortnera. Badanie układu współczulnego wykazało kilkakrotnie bardzo wybitnie dodatni odczyn Loewi'ego, co przemawiało za sympatykotonją. Natomiast zupełnie innych wyników dostarczyło zachowanie się ustroju po podskórnem wstrzyknięciu 1 mg adrenaliny: krzywa ciśnienia tętniczego badana 3-krotnie wykazała tylko minimalny wzrost o 5 10 mm słupa rtęci, który następnie za każdym razem ustępował miejsca spadkowi krzywej ciśnienia o 5—35 mm poniżej pierwotnego poziomu, czyli miało się do czynienia z krzywą ciśnienia charakterystyczną dla wagotoników (3).

Ciekawych wyników dostarczyło również i badanie krwi, które w dotychczasowych opisach choroby Recklinghausena albo wcale nie jest wymieniane, albo też, według niektórych autorów, nie przedstawia żadnych zboczeń (4 i5). Badanie krwi w naszym przypadku wykazało nieco zmniejszoną ilość krwinek czerwonych (4.086,000 w 1 mm^3), prawidłową ilość krwinek białych (5,300 w 1 mm^3) zmniejszoną ilość hemoglobiny (69° Sahli), wskaźnik barwikowy 0·83, natomiast dwukrotne badanie stosunku odsetkowego krwinek białych wykazało wyraźne zboczenie od stanu prawidłowego, mianowicie limfocytów 25—31%, ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych 61—68%, w tem jednak 35-39% (!) ciałek młodych o jądrze pałeczkowem, komórek szpikowych, obojętnochłonnych 1%, promyelocytów 1%, monocytów 3—6%, eozynofilów 1%, komórek tucznych 3%. Opadanie krwinek czerwonych, badane sposobem Linzenmeiera, wykazało, przy braku jakichkolwiek wyraźnych przyczyn niezwykle silne przyśpieszenie, gdyż było ukończone w ciągu 25 minut.

Jak należy sobie tłumaczyć powyższe objawy?

Silna wagotonja może być w tym przypadku, oczywiście zupełnie niezależna od zasadniczej choroby, lub też możnaby ją uważać za wyraz tego samego zaburzenia rozwojowego ektodermy, które doprowadza w myśl ogólnie dzisiaj przyjętej teorji Feindla (5 i 6) do objawów choroby Recklinghausena; rozstrzygnięcie jest, oczywiście, niemożliwe. Badanie układu współczulnego wykazało tylko częściową sympatykotonję w postaci stale dodatniego odczynu Loewi'ego; ze względu na całkowity brak jakichkolwiek innych objawów sympatykotonicznych, przy równoczesnej silnej wagotonji, należy przyjąć tutaj tylko miejscową sprawę, prawdopodobnie w postaci *neurinomatu* usadowionego gdzieś w przebiegu gałązek ocznych nerwu współczulnego, wskutek czego wytworzyła się w tem miejscu zwiększona, miejscowa pobudliwość układu współczulnego, przejawiająca się właśnie dodatnim odczynem Loewi'ego. Oczywiście, w braku danych anatomicznych, powyższe przedstawienie sprawy nie wykracza poza ramy przypuszczenia.

Silne przesunięcie w lewo obrazu odsetkowego krwinek białych i równoczesne wystąpienie patologicznych młodych postaci przy braku jakichkolwiek widocznych przyczyn, prowadzących do tego rodzaju odczynu ciałek białych — nasuwa na myśl dwie możliwości tłumaczenia tego objawu. Przyczyna może być natury ogólnej, sięgająca wczesnego okresu embrjonalnego, a więc identyczna z przyczyną samejże choroby Recklinghausena, a przejawiająca się obecnie w mniejszej odporności, w mniejszej wartościowości utkania szpikowego, wskutek czego jeszcze niezupełnie dojrzałe postacie krwinek białych dostają się do krwi krążącej w ilości znacznie większej, niż prawidłowo. Z drugiej strony nie można wykluczyć i przyczyny ściśle miejscowej, powstałej dopiero w toku rozwijania się choroby R., a mianowicie usadowienia się neurinomatów w sąsiedztwie tkanki szpikowej wskutek czego przychodzi do jej podrażnienia, przejawiającego się przesunięciem w lewo obrazu odsetkowego krwinek białych. I tutaj również, wobec braku danych anatomicznych, niemożemy wyjść poza obręb przypuszczeń.

Co się tyczy wreszcie bardzo znacznego przyśpieszenia opadania krwinek czerwonych, to ze względu na brak wszelkich innych przyczyn, podporządkowałbym ten objaw również samej chorobie Recklinghausena, uważając go za wyraz wczesnych zmian ogólno-rozwojowych, będących podłożem choroby R.

Wreszcie przypadek ten zasługuje i z tego względu na ogłoszenie, że występuje w nim bardzo wyraźne upośledzenie czynności szeregu gruczołów dokrewnych. Bardzo skąpe i rzadkie miesiączki, zupełne ich zatrzymanie przed 40 r. życia, wreszcie zmiany drugorzędnych cech płciowych w postaci braku owłosienia pod pachami i bardzo skąpego owłosienia zewnętrznych narządów płciowych, zmusza nas do przyjęcia mimo braku wyników badania ginekologicznego, na które chora pod żadnym warunkiem nie chciała się zgodzić — upośledzenia czynności jajników, prawdopodobnie na tle ich niedorozwoju Zmiany — odżywcze zębów, paznokci, skąpe brwi, wreszcie przebyta strumektomja świadczą o zaburzeniach czynności tarczycy. Wreszcie, niedorozwój kośćca chorej, wyrażający się niskim wzrostem 144 cm (według skali Brugscha (7) niski wzrost u kobiet rozpoczyna się od 155 cm w dół), mógłby świadczyć o zaburzeniach czynności przysadki w okresie rozwoju chorej. Czy bardzo znaczne osłabienie mięśniowe jest wyrazem ewentualnej niedomogi nadnerczy, czy też zależy od upośledzenia czynności wymienionych powyżej gruczołów dokrewnych razem wziętych — nie da się, oczywiście, rozstrzygnąć.

Rzecz prosta, tych wymienionych powyżej zaburzeń w gruczołach dokrewnych nie należy uważać za przyczynę choroby R. tak u tego osobnika, jak i wogóle, lecz należy je uznać za objawy równorzędne z objawami właściwemi choroby R., za objawy wywołane zaburzeniami rozwojowemi ektodermy, od której pochodzą nie tylko układ nerwowy i narząd skórny, ale także właśnie i gruczoły dokrewne.

Wreszcie, chciałbym zaznaczyć, że ani wywiady, ani badanie somatologiczne i serologiczne naszej chorej nie dało żadnych punktów zaczepnych dla przyjęcia zakażenia kiłowego. Podnoszę ten szczegół dlatego, że Escher (5) przynajmniej dla pewnej grupy przypadków neurinomatozy jest skłonny przyjąć jako tło patogenetyczne, zakażenie kiłowe w tem znaczeniu, że jad kiłowy byłby tą ostateczną przyczyną zewnętrzną, pobudzającą do ujawnienia się uszkodzeń rozwojowych ektodermy. Nasz przypadek nie daje żadnej podstawy dla takiego przypuszczenia.

Tych więc parę szczegółów, mianowicie przytoczone powyżej zaburzenia w układzie mimowolnym krwionośnym i w zakresie układu gruczołów dokrewnych skłoniło mnię do ogłoszenia tego przypadku jako przyczynku do symptomatologji tej jednostki chorobowej obchodzącej w równej mierze internistę, neurologa, dermatologa a nawet i chirurga.

Na koniec chciałbym podnieść, że, o ileby stwierdzone w omawianym przypadku przyśpieszenie opadania krwinek czerwonych i przesunięcie w lewo obrazu odsetkowego krwinek białych zostało wykazane i w innych przypadkach tego schorzeni , a badanie anatomiczne dałoby wynik ujemny — natenczas należałoby przyjąć, że nietylko ektoderma, ale i mezoderma ulegać może uszkodzeniu w tem cierpieniu i tem samem tło patogenetyczne neurinomatozy stałoby się szersze.

Piśmiennictwo.

1) Nowicki i Orzechowski: Neurologja Polska 1912. T. I. Z. 5 i 6. — 2) Verocay: Zur Kenntnis der Neurofibrome. Zieglers Beitr zur path. Anat. und zur allg. Path. T. 48. Z. 1. — 3) K. Dresel: Ergebn. d. gesamt. Med. 2 Tom. Str. 223. — 4) Bohn: Zeitschr. f. d. ges. Neurol u. Psych. T. 83. Str. 542—549. 1923. — 5) Escher: Annales de Dermat. et de Syphilgr. 1922. — 6) Fischer: Dermat. Zeitschr. Tom XLII. Zesz. 3 4. 1924. — 7) Brugsch u. Schittenhelm: Lehrb klin. Diagn. und Untersuch. Meth. Urb.-Schwarzenberg. 1921. Str. 34.

Dr. Kazimierz CZYŻEWSKI. Lwów.

Przypadek ropnia wątroby u dziecka.

Z Oddziału chirurg. Szpitala św. Zofji.
Prymarjusz: Dr. R. Rodziński.

M. P. dziewczyna lat 8, córka rolnika. Przyjęta na oddział 6. IX. 1924.

Wywiady: Chora od 3 tygodni; przedtem według zapodania rodziców nigdy nie chorowała, zwłaszcza na żadne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w ostatnich miesiącach nie cierpiała. Objawy rozwijały się powoli: ogólne osłabienie, brak apetytu, bóle brzucha po prawej stronie, raz wymiotowała z początku choroby, stolec zaparty, następuje tylko po lawatywie. Chora chętnie się kładła, lecz stale w łóżku nie leżała. W ostatnich dniach bóle brzucha i ogólne osłabienie znacznie się wzmogły.

Stan chorej przedstawiał się, jak następuje: Ciepłota 37,8°. Odżywienie liche. Cera ziemista, bez zabarwienia żółtaczkowego. Język obłożony, wilgotny. Płuco lewe bez zmian patologicznych. Granica dolna prawego płuca w pasze i z tyłu ustawiona 2 palce wyżej niż po lewej, nieruchoma, tuż nad nią szmery oskrzelowe, zresztą pęcherzykowe. Tętno 90. Serce bez zmian.

Brzuch wzdęty bardzo bolesny na ucisk w podżebrzu prawem, w tej okolicy wybitne sztywnienie mięśni. Granica dolna wątroby obniżona, z powodu sztywnienia mięśni i bolesności nie daje się dokładnie obmacać. Śledziona nie powiększona. Kończyny dolne bez zmian.

Krew: ciałek czerwonych 4,200.000, ciałek białych 24.000 ze znacznie wzmożoną ilością wielo-jądrzastych obojętnochłonnych.

Rozpoznanie brzmiało: prawdopodobnie ropień podprzeponowy po prawej stronie o nieznanym punkcie wyjścia. Wyższy stan granicy dolnej płuca prawego tłumaczyliśmy wysiękiem towarzyszącym zmianom zapalnym w wątrobie. Potwierdziła to zapatrywanie punkcja jamy opłucnowej dając około 10 cm^3 płynu surowiczego i badanie roentgenologiczne.

Zastosowano: Propidon 2 cm^3 śródmięśniowo. Zresztą z powodu względnie dobrego stanu chorej i niezbyt pewnego rozpoznania zdecydowano się na obserwację.

7. IX. Ciepłota opadła do normy.

8. IX. Pierwszy stolec.

10. IX. Rano nagle zapad. W podżebrzu prawem na tle dawniej stwierdzalnego wypuklenia ukazało się miejsce bardziej wyniosłe, miękkie. Przypuszczano ze względu na zapad, i wzmożenie objawów otrzewnowych, przebicie ropnia do jamy otrzewny. Niezwłocznie przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Jamę brzuszną otworzono cięciem równoległem do łuku żebrowego prawego. Z rany wylała się obficie ropa wydobywająca się z otworu wielkości 2-groszówki na przedniej powierzchni prawego płata wątroby. Otwór ten niezwłocznie obłożono kompresami z gazy chroniąc resztę jamy otrzewnowej. Po wymaczaniu ropy stwierdzono, że otwór prowadzi w głąb jamy wielkości mandarynki o ścianach pokrytych ziarniną obficie krwawiącą.

Skrawek zeskrobano, a badanie drobnowidowe wykazało tylko utkanie ziarniny.

Jamę ropnia przepłukano roztworem jodu w alkoholu. Okolicę otworu na powierzchni wątroby wszyto w ranę w powłokach przeprowadzając między szwami sączki z gazy jodoformowej do jamy otrzewnowej. Do jamy ropnia włożono dren z sączkiem. Powłoki brzuszne częściowo zszyto. Stan chorej po operacji szybko się poprawiał.

Leczenie pooperacyjne przebiegało bez żadnych zaburzeń.

Wykonane badania wykazały:

1. W ropie znaleziono tylko rozpadłe masy elementów morfotycznych, pojedyncze ciałka ropne. Drobnoustrojów nie znaleziono, płytki z pożywkami pozostały jałowe,

2. Badanie krwi w 2 tygodnie po operacji wykazało: ciałek białych 8.100, z tego wielojądrzastych obojętno-chłonnych 46%, monocytów 10%, eozyno-chłonnych 12%, limfocytów 32%.

3. Badanie rekto-romanoskopem wykazało, około 8 cm powyżej odbytu począwszy, rozpulchnienie błony śluzowej, podbiegnięcia krwawe i znaczną wydzielinę śluzu.

4. Badanie kału dwukrotne na pożywkach Conradi-Drygalski i agarze Endo bakterji chorobotwórczych nie wykazało.

Przypadek ten wielkiego pojedynczego ropnia wątroby budzi pewne zainteresowanie tak ze względu na rzadkość występowania tego rodzaju ropni w naszej szerokości geograficznej wogóle, a u dzieci w szczególności, jak i ze względu na pomyślny przebieg leczenia.

Powstać mogą tego rodzaju ropnie:

1. przez *amoeba hystolitica* powodującą czerwonkę tropikalną;

2. wskutek zropienia bąblowca wątroby;

3. przez glisty, które zawędrowały do przewodów żółciowych. Według Broca są one właściwe wiekowi dziecięcemu, w naszym przypadku punkt ten z góry odpada;

4. drogą przerzutową:
a) z obszaru krwiobiegu żyły bramnej,
b) z prądem krwi tętniczej,
c) drogą wsteczną z krwiobiegu żyły czczej dolnej.

Zresztą ropienia wątroby powstać mogą wskutek procesów zapalnych dróg żółciowych, co jednak u dzieci jest sprawą nieznaną (Broca). Zdarzają się też rzadko większe zimne ropnie wskutek rozmiękania pojedynczych wielkich guzów gruźliczych, co w naszym przypadku również w rachubę nie wchodzi. Autorowie francuscy (Broca, Legrand) podają uraz silny w okolicę wątroby, jako moment etjologiczny abscesów wątroby u dzieci, w wywiadach naszych żadnych po temu danych nie znajdujemy. Nadto notowane są ropnie na tle promienicy.

Rozpatrzmy po kolei te możliwości w odniesieniu do omawianego przypadku. Wielkie ropnie czerwonkowe nie należą do rzadkości w okolicach tropikalnych, a wywołuje je *amoeba hystolitica*. Umiejscawiają się najchętniej w części górnej prawego płata wątroby, tu bowiem dochodzi gałąź żyły bramnej będąca prostem przedłużeniem jej pnia (Kaufmann). Ropa ich bywa zazwyczaj jałowa, *amoeby* znajdywano niezawsze w skrawkach ze ścian ropnia Objawy czerwonki mogą poprzedzać objawy ropni na krótszy, lub dłuższy czas, lub początkowa czerwonka może przebiegać skrycie bez wyraźniejszych objawów klinicznych. Ropnie te leczą konserwatywnie emetyną, lub równocześnie nakłuwają, albo otwierają szeroko i drenują. Wyniki terapeutyczne są bardzo różne, procent śmiertelności znaczny (około 30% Körte) W etjologji naszego przypadku punkt ten odpada.

Za dalszą możliwością t. j. zropieniem bąblowca wątroby przemawiałby znaczny procent, bo 12% eozynofilów we krwi. Według Broca zdarzają się bąblowce wątroby u dzieci dość często. Budowa ściany ropnia nie wykazała natomiast żadnych cech charakterystycznych dla warstwowanej ściany torbieli bąblowca. podobnie nie znaleziono haczyków, ani w ropie, ani w ścianach. (Próby serologicznej nie można było wykonać z powodu braku antigenu w pracowniach lwowskich)

Pozostaje jeszcze możliwość wielkiego ropnia przerzutowego. W naszym przypadku możnaby szukać punktu wyjścia w zmianach stwierdzonych recto-romanoskopem w górnej części odbytnicy i końcowym odcinku kiszki esowatej (możliwe, że sięgają też wyżej) o charakterze przewlekłego nieżytu. Tła zmian tych stwierdzić nie mogliśmy. W wywiadach klinicznie wogóle tylko pewna nieregularność w oddawaniu stolca zwracała podejrzenie w tym kierunku Nie można też wykluczyć, czy nie są to zmiany czerwonkowe w rodzaju czerwonki, przebiegających skrycie bez wybitnych objawów, choć dwukrotne badanie stolca wypadło ujemnie.

Badania (Haas) wykazały, że w stanach patologicznych błona śluzowa jelit nie chroni dostatecznie przed inwazją drobnoustrojów do krwi żyły bramnej, które mogą powodować powstanie ropni w wątrobie. Ropnie przerzutowe zazwyczaj bywają drobne, mniej, lub więcej licznie rozsiane. W szczególności co do czerwonki *baccilarnej* twierdzi Chiari że zdarzają się one tylko w tej formie i to w przypadkach ciężkich, septycznych. Natomiast szereg autorów (Broca, Cardarelli, Körte) stwierdza powstawanie też wielkich ropni przerzutowych, ewentualnie po zlaniu się kilku małych, szczególnie po zapaleniu wyrostka robaczkowego, tyfusie. Trinci operował skutecznie ropień taki w przebiegu ciężkiego nieżytu ostrego jelit. Thevenot, Lucien, Plontz utrzymują, że na tle zmian błony śluzowej kiszki wywołanych przez czerwonkę *bacillarną* mogą powstać również wielkie pojedyncze ropnie wątroby i to nawet w przypadkach przebiegających skrycie, ropnie te mogą występować też u dzieci, też jako późne następstwo i w formach skrytych, ropa może być zupełnie jałowa.

Po rozważeniu wszystkich możliwości musimy pozostawić kwestję etjologji w omawianym przypadku nierozstrzygniętą: czy bąblowiec zropiały, czy wielki ropień przerzutowy drogą żyły bramnej. Z objektywnych danych przemawia za bąblowcem eozynofilja, którą możnaby też tłumaczyć

obecnością glist w przewodzie pokarmowym chorej (rzecz częsta u dzieci, choć w naszym przypadku nie stwierdzona). Za ropniem przerzutowym mogłyby przemawiać zmiany w kiszce stolcowej, które jednak równie dobrze mogłyby być zmianami równorzędnemi, od schorzenia wątroby niezależnemi.

Piśmiennictwo.

1) Broca. Chirurgie infantile. 1914. — 2) Cardarelli. Ref. Zentralorgan f. g. Chir. Bd 2. — 3) Chiari. Die Ruhr und ihre Beziehungen zur Chirurgie. Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Jhrg 32. — 4) Haas. Ref Zentralorgan f. g. Chir. Bd 20. — 5) Kaufmann. Spezielle pathologische Anatomie. 1913. — 6) Trinci. Ref. Jahrb. d. Kinderheilkunde. 1911. — 7) Thevenot, Lucien, Plontz. Ref. Zentralorgan Bd 1. 8) Körte. Chirurgische Operationslehre Bier Braun-Kümmel Bd 3. 1923.

Dr. H. VOIT i dr. J. ARNSZTAJN. Lublin

Przypadek postaci niedojrzałej choroby Vaqueza.

Z Oddziału chorób wewn. Szpitala Św. Wincentego à Paulo w Lublinie.
Ordynator: Dr. H. Voit.
Lekarz naczelny: Dr. C. Czerwiński.

Dnia 30. kwietnia 1924 roku przyjęliśmy na oddział wewnętrzny Szpitala Św. Wincentego à Paulo, p. K. lat 30, która podała w wywiadzie, co następuje:

Od 10 tygodni uczuwa silne wzmagające się osłabienie, zawroty głowy, kilkakrotnie nawet mdlała; regularność prawidłowa.

Stan obecny: Ciepłota 36,1° C, tętno dobrze napięte, miarowe, 80 uderzeń na minutę.

Chora budowy prawidłowej, odżywienia miernego. Skóra na twarzy silnie czerwona, śluzówki wybitnie zaczerwienione. Jama ustna bez zmian.

Wypuk nad płucami na całej przestrzeni jawny, wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny.

Uderzenie koniuszkowe serca niewidoczne, macalne w V przestworzu międzyżebrowym na prawo od linji sutkowej lewej. Wypukiem rozmiary serca prawidłowe. Nad wszystkiemi ujściami po 2 czyste tony. Powłoki brzuszne nienapięte. Wątroba wypukiem powiększona, macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego.

Śledziona wybitnie powiększona, twarda schodzi do podbrzusza lewego i sięga na prawo prawie do pępka. Kończyny górne i dolne bez zmian.

Mocz o cg. prawidłowym, oddziaływaniu kwaśnem; w moczu porannym białko obecne, natomiast w popołudniowym białka wykazać nie można. Cukru niema, diazoreakcja ujemna; w osadzie: mnóstwo nabłonków płaskich, czasem okrągłe, stłuszczone.

Ciśnienie krwi: Hg 120 (Riva-Rocci). Badanie krwi w kierunku zimnicy — ujemne. Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi i Stern ujemny.

Badanie treści dwunastniczej — sondą dwunastniczą wykazało treść prawidłową. Odczyn Besredki — ujemny.

Badanie krwi I-sze: hemoglobiny 100%, ciałek czerwonych 6,890.000, białych 8.700 w tem: obojętno chłonnych 80%, limfocytów 8%, dużych jedno-jądrzastych i przejściowych 12 . Ciałka czerwone barwią się prawidłowo. Ilość płytek Bizozzera zwiększona.

Badanie krwi II-gie: C. gat. krwi 1,062, czas krzepnienia: 11 minut, całkowite skrzepnienie, hemoglobiny 95%, ilość ciałek czerwonych krwi 4,650.000. Wskaźnik barwny 1,02. Ilość białych ciałek krwi 10.150 w 1 mm³ w tem: obojętno-chłonnych 79,2%, limfocytów 13,3% monocytów i przejściowych 4,3 , eozyno-chłonnych 3,2%. Postaci patologicznych nie znaleziono.

Badanie krwi drugie, robione było po leczeniu arszenikowem, pozatem zaznaczyć trzeba, że krew wzięta była wówczas w okresie regularności. Możliwą więc jest rzeczą, że jedna z tych przyczyn wpłynęła na czasowe obniżenie się czerwonych ciałek krwi.

Wielu autorów podaje, że ilość ciałek czerwonych obniżać się może w tej postaci chorobowej pod wpływem leczenia arszenikowego.

Następne badanie krwi po pewnym czasie dało znów obraz prawie identyczny z badaniem pierwszem.

Z powyższego widzimy, że u naszej chorej następujące objawy wysuwają się na plan pierwszy:

1. Nieprawidłowe zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi (6,890.000).
2. Zwiększenie % hemoglobiny (100%).
3. Powiększenie śledziony i wątroby.
4. Nawały krwi do głowy, zawroty głowy.
5. Powiększenie ciężaru gat. krwi (1·062).

Po wykluczeniu różnych stanów, któreby w przybliżeniu mogły dać podobny, przejściowy obraz chorobowy — przyszliśmy do przekonania, że mamy tu do czynienia z postacią kliniczną choroby Vaqueza, zwaną przez Francuzów *forme fruste*.

Chorą skierowaliśmy do Warszawy, gdzie prof. Glusiński potwierdził nasze rozpoznanie, dodając do naszego badania, że śledziona jest ruchoma i przy układaniu chorej na bok prawy lub lewy w odpowiedni sposób się przesuwa.

Obecność białka w moczu porannym, a brak jej w popołudniowym (wtedy, gdy chora wstawała) — jest opisana w piśmiennictwie przez Rollestone'a (*The Lancet* 1. marca 1902 Ref. *Przegląd lekarski* 1902 str. 608 Cyt. Czernecki. *Fizjologja i patologja śledziony* 1923), który tłumaczy powstawanie tego stanu w sposób następujący: gdy chory leży, powiększona śledziona może uciskać na lewą żyłę nerkową i przez to wywołuje białkomocz, gdy zaś chory wstaje, ucisk znika, a z nim i białkomocz.

W ostatnich czasach podobny przypadek (postaci niedojrzałej choroby Vaqueza) opisał Blassberg (*Pol. Gaz. Lekarska* Nr. 5 i 6 z 6. lutego 1924).

Chorą opisaną obserwowaliśmy przez kilka tygodni na oddziale — potem poleciliśmy jej wyjazd na wieś na lato z poleceniem, aby po pewnym czasie znowu poddała się badaniu.

Dotychczas jednak dalszy los tej chorej nie jest nam znany.

Dr. Wł. TOBICZYK, Lwów.
Dr. J. SZULISŁAWSKA.

Przypadek zatrucia olejkiem komosowym (oleum chenopodii).

Z Instytutu medycyny sądowej Uniwersytetu J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Sieradzki.

Rzadki przypadek zatrucia śmiertelnego olejkiem komosowym w ostatnich dniach był przedmiotem sekcji i rozpatrywań sądowo-lekarskich w tutejszym Instytucie. W literaturze opisano wprawdzie 14-ście przypadków śmierci z powodu zatrucia tym środkiem, z tych jednak tylko 4 sekcyjnie; jednak 2 tylko z lat ostatnich (Niemeyera i Ryhinera) zasługują na nazwę dokładnych. To skłoniło nas do opisania naszego przypadku, zajmującego prócz tego o tyle odrębne stanowisko, iż stał się on powodem postępowania sądowo-karnego.

Olejek komosowy, jakkolwiek zupełnie pewny w działaniu swem na glisty, posiada jednak własności wysoce toksyczne, zdolne, jak słusznie Straub się wyraża, w zupełności ten dzielny środek zdyskredytować przy nieracjonalnem, czy błędnem dawkowaniu. A jest on w istocie dzielnym; porównawcze badania Schüffnera i Vervoorta wykazały jego wyższość nad tymolem, naftolem, olejkiem eukaliptusowym i to zarówno w działaniu na glisty, jak i na tęgoryjce. Liczne publikacje Brüninga, Levy'ego, Lechlera, Rulanda, Przedborskiego, Gockela, Thelena, Ryhinera, Coutanta i Salanta podkreślają sprawność tego środka. Stosowany od dawna przez lekarzy amerykańskich, w Europie nabył on praw obywatelstwa głównie dzięki Brüningowi i cieszy się odtąd coraz większem powodzeniem i rozpowszechnieniem, a w ślad za tem zdarzają się, jakkolwiek bardzo rzadkie, w ostatnich jednak czasach coraz częstsze przypadki zatrucia. Toteż kwestja dawkowania olejku komosowego jest dość aktualną; w pismach amerykańskich, niemieckich, holenderskich zajmuje się nią szereg autorów, ostrzegających przed zbyt dowolnem podawaniem silnych dawek. Deeks podaje specjalną tabelkę dawkowania olejku komosowego, ważną szczególnie przy stosowaniu leku u dzieci, które są bardzo wrażliwe na ten środek. Radzi on, mianowicie stosować jednorazowo w kroplach:

Wiek (Lat)	4	6	8	10	12	14	16	18	20
Kropli	3	4½	6	9	10	12	15	20	24

Przed i po podaniu środek przeczyszczający, najlepiej $MgSO_4$.

Wysoką jadowitość olejku komosowego dla zwierząt zimno- i ciepłokrwistych wykazał Brüning w swych doświadczeniach, a odnosi ją do ciała o wzorze $C_{10}H_{16}O_2$, olejku eterycznego, zwanego dziś Ascaridolem. Straub przypuszcza, iż ciężkie zmiany zwyrodnieniowe pochodzą od terpenów w olejku tym zawartych, podobnie jak w olejkach eterycznych jałowca, żywotnika i muszkatułowca. Według Niemayera olejek komosowy zawiera jady działające centralnie, powodując drgawki, narkozę, gorączkę i inne zaburzenia ze strony systemu nerwowego ośrodkowego, jak niedowłady, porażenia i t. d.

Jak już wyżej wspomnieliśmy, przypadki zatrucia olejkiem chenopodowym są bardzo rzadkie; w literaturze znaleźliśmy 30 przypadków, z tych 14 śmiertelnych. Wynik sekcji w kilku tylko przypadkach zamieszczono (Gable, Ryhiner, Selter-Solingen, Niemayer), zresztą spotyka się same tylko opisy kliniczne. Stąd też objawy kliniczne lepiej są znane, poniekąd nawet typowe: Wymioty, ból głowy, senność aż do głębokiej hipnozy, przechodzącej w koma, drgawki, rozszerzenie źrenic, zaburzenia wzrokowe, według Rotha w 20% zaburzenia słuchowe, a mianowicie szum i dzwonienie w uszach, przytępienie słuchu, co Oppikofer odnosi do uszkodzenia nerwu słuchowego, dalej niedowłady, a nawet porażenia, utrzymujące się czas pewien po wyleczeniu; w lżejszych przypadkach skarżą się zatruci na ból głowy, nudności, wymioty, wybitne znużenie i zawroty głowy; tu też najczęściej występują objawy słuchowe, mrowienia i zaburzenia ze strony n. wzrokowego.

Zmiany anatomiczne przy zatruciu olejkiem komosowym naogół mało są w literaturze uwzględnione, w większości przypadków autopsji nie wykonano, a z nielicznych opisanych tylko Ryhiner i Niemeyer podają dokładnie wyniki sekcji. I tak Ryhiner stwierdził na zwłokach 8-letniej dziewczynki stan grasiczo-limfatyczny, silne ukrwienie gruczołów jamy brzusznej, zaczerwienienie i rozpulchnienie błony śluzowej dna żołądka i szczytów fałdów górnego odcinka jelita cienkiego, obrzęk i przekrwienie kępków Peyera i mieszków limfatycznych, przekrwienie gruczołów krezkowych. W drugim przypadku Ryhiner stwierdził znaczne krwotoki we wszystkich prawie narządach, których tłem jednak była istniejąca u dziecka skaza krwotoczna, stąd obraz ten jest dla kazuistyki otruć olejkiem komosowym bez wartości. W przypadku Niemayera stwierdzono przy sekcji zwłok 8 letniego chłopca stan limfatyczny, silne przekrwienie opon i mózgu, podostry stan zapalny jelita biodrowego, krwawy obrzęk gruczołów krezkowych, zwyrodnienie narządów gruczołowych jamy brzusznej. W przypadkach tych wyczuto w przewodzie pokarmowym woń eteryczną olejku komosowego. Selter-Solingen zwraca uwagę w swym przypadku tylko na przekrwienie opon i mózgu, pozatem wynik sekcji miał być ujemnym. Również Gable w swym przypadku zatrucia olejkiem komosowym, opisanym w 1880 r. nie znalazł przy sekcji żadnych zmian szczególnych.

Przypadek nasz dotyczy $3^1/_2$-letniej dziewczynki, której rodzice z powodu niepokoju zauważonego w nocy, podali lekarstwo przeciw robakom, przed kilku miesiącami zapisane przez lekarza. Mimo, iż na flaszce było napisane: rano i wieczór po 2 łyżeczki, matka podała tylko pół łyżeczki, poczem dziecko usnęło; po godzinie jednak wystąpiły wymioty, po których dziecko zapadło w sen i ta senność odtąd stale się utrzymywała. Podczas snu jednak dziecko były niespokojne, stękało i rzucało nóżkami, przy próbach zaś rozbudzenia, zauważono rozszerzone źrenice. Następnej nocy spostrzegli rodzice drgawki w rączce lewej i rzucanie główką i na własną rękę podali dziecku łyżeczkę nafty. Mimo stosowane zabiegi przez wezwanego na następny dzień lekarza (wysoka irrygacja, kąpiele ciepłe, injekcje środków nasercowych), który rozpoznał otrucie przez olejek komosowy, stan się pogarszał i wystąpiła gorączka do 39°, wobec tego, trzeciego dnia rano odwieziono dziecko już w stanie agonji do szpitala, gdzie po przepłukaniu żołądka, w pół godziny zmarło. Recepta dostarczona przez rodziców opiewała:

Rp. Olei chenopodii compos. (Wermolin) 30,0

S. rano i wieczór po 2 łyżeczki.

W tej postaci zapisany lek powinien zawierać 3 części ol. chenopodii na 97 części olejku rycynowego, taki bowiem skład ma preparat fabryczny »Wermolina« (Emulsio ol. chenop. compos.) Wydany jednak lek z apteki, dostarczony do tutejszego Instytutu, okazał się przy badaniu (Zakład chemji lek. U. J. K.) mięszaniną olejków eterycznych, wykazującą wszystkie własności nirozcieńczonego olejku komosowego. Również wyciąg z ksiąg recept apteki, w której lekarstwo pobrano, stwierdza, iż wydano czysty ol. chenopodii.

Sekcja zwłok, wykonana w tutejszym Instytucie w 48 godzin po śmierci, wykazała zmiany następujące w (skróceniu): Budowa i odżywienie dobre, długość ciała 90 cm. Stężenie trupie zaznaczone w szczęce dolnej, plamy pośmiertne skąpe, różowo-sine. Na ciele brak obrażeń zewnętrznych. Opony mózgowe silnie nastrzykane, zwłaszcza w częściach przednich i okolicy dołu Sylwiusza; w tych miejscach widocznych jest też kilka drobnych, punkcikowatych wybroczynek. Mózg dość silnie ukrwiony. Płuca w dolnych płatach żywo-czerwone, w innych ciemno-wiśniowo zabarwione, bez zmian. Pod osierdziem kilka drobnych wynaczynionek. Serce wielkości odpowiedniej, mięsień sercowy nastrzykany, ćmy, kruchy. Grasica dość duża, migdałki duże, aparat limfatyczny języka wyraźnie przerosły. W żołądku około 15 cm treści brunatno-szarej, dość gęstej, ciągnącej się, bez charakterystycznej woni, oddziaływania słabo-kwaśnego. Błona śluzowa żołądka miernie nastrzykana, nieco rozpulchniona, bez wybroczyn. W jelitach skąpa treść szarawa, błona śluzowa jelita czczego i dwunastnicy bez wyraźniejszych zmian, błona śluzowa jelita biodrowego okazuje w okolicy kępków Peyera wyraźne nastrzykanie i rozpulchnienie, oraz obrzęk miernego stopnia przeważnej części grudek limfatycznych. Błona śluzowa jelita grubego prócz miernego nastrzykania pojedynczych grudek limfatycznych zmian nie okazuje. Śledziona na przekroju ciemno-wiśniowo zabarwiona; mieszki występują wyraźnie. Wątroba ćma, krucha; nerki silnie ukrwione, o zatartym rysunku, kruche. Trzustka, nadnercza bez wyraźniejszych zmian. Gruczoły krezkowe znacznie powiększone, dość miękkie na przekroju wykazują wyraźne przekrwienie i drobne wylewy krwawe. Pęcherz, narządy płciowe bez zmian, kościec bez zmian.

Badanie bakterjologiczne treści jelit i żółci bakteryj chorobotwórczych nie wykazało, a w szczególności bakteryj z grupy tyfus-coli i aerogenes.

Badanie histologiczne (Zakład anat. patol. U. J. K.) wykazało zmiany następujące: Wątroba: granice komórek niewyraźne, zatarte, w mętnej pierwoszczy stwierdza się obfite, drobne kulki tłuszczu. Śledziona: tkanka podścieliskowa napęczniała, obrzękła, miąższ śledziony wyraźnie przekrwiony, w silnie występujących folikułach obfita ilość dużych, jednojądrzastych komórek. Nerki: przybłonki kanalików nerkowych okazują zmętnienie protoplazmy, oraz drobne w niej ziarnistości, jądra blado się barwiące, niewyraźne, w świetle kanalików złuszczone przybłonki, oraz tu i ówdzie czerwone ciałka krwi. Mózg: siateczka glejowa wyraźnie obrzękła. Mięsień sercowy: komórki o pierwoszczy zmętniałej, napęczniałej, prążkowanie zatarte; naczynia włosowate rozszerzone, silnie krwią wypełnione. Żołądek: błona śluzowa w całości obrzękła, przybłonki obficie złuszczają się, bardzo silne nastrzykanie naczyń włosowatych. Jelito biodrowe: kępki Peyera wyraźnie przekrwione, tu i ówdzie okazują drobne wylewy krwawe oraz znaczną ilość dużych, jednojądrzastych komórek; błona śluzowa i podśluzowa, również przekrwione, obrzękłe.

Rozważając nasz przypadek, musimy stwierdzić cały szereg cech wspólnych i to zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym z przypadkami już opisanemi. Objawy kliniczne w naszym przypadku odpowiadają w ogólności objawom zatrucia olejkiem komosowym. Z cech anatomo-patologicznych: zwyrodnienia narządów miąższowych, ich przekrwienie opon mózgowych i mózgu, objawy podrażnienia przewodu pokarmowego, a w szczególności jelita bio-

drowego, przedewszystkiem zaś obrzęk, przekrwienie i wybroczyny w gruczołach krezkowych, kępkach Peyera oraz grudkach limfatycznych kiszki grubej, odpowiadają w zupełności zmianom, opisanym przez Ryhinera i Niemeyera. Być może, że obraz ten w przyszłości okaże się charakterystycznym dla tego zatrucia, czego dziś jednak na podstawie zbyt szczupłej ilości przypadków sekcyjnych osądzić nie możemy: podobne zmiany anatomiczne stwierdza się również przy otruciu abryną i rycyną. Zaznaczyć też musimy, że we wszystkich trzech przypadkach (Ryhinera, Niemeyera i naszym), w grę wchodzą dzieci, o wybitnym stanie limfatycznym, i stąd też stosunek zmian stwierdzonych w kępkach Peyera, folikułach i gruczołach krezkowych do stanu limfatycznego, wymaga jeszcze wyjaśnienia.

Orzeczenia nasze w powyższym przypadku, opierając się na treści doniesienia, na objawach klinicznych stwierdzonych za życia, analogicznych do opisanych w literaturze, oraz na obrazie sekcyjnym, również zgodnym z opisanemi przypadkami, opiewało, iż dziecko zmarło w następstwie podania mu zbyt wielkiej dawki ol. chenopodii. Wprawdzie badanie chemiczne pozostałego preparatu nie mogło dać stanowczych danych co do jego jakości, jednak wobec zapodań aptekarza, treści zresztą orzeczenia chemicznego, powyższe twierdzenie co do przyczyny śmierci dziecka jest uzasadnione. Przyczyną zatrucia była za duża dawka olejku komosowego, przekraczająca wielokrotnie dawkę maksymalną dla dziecka w tym wieku, brak podania środka przeczyszczającego, a może częściowo szczególna wrażliwość, wobec stwierdzonego stanu limfatycznego.

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

Roentgenologja płuc przy grypie.

(Z powodu artykułu dra S. Sterlinga p. t. »Bronchopneumonia miliaris gripposa« w tem czasopiśmie 1925 Nr. 3).

Opisując dwa typowe przypadki zapalenia płuc grypowego, które rozpoznawano jako gruźlicę płuc prosówkową dochodzi Sterling do wniosku, że przy rozpoznawaniu różniczkowem tych dwóch schorzeń »jedynie badanie wszechstronne i spostrzeganie, a mniej roentgenogram ustalają prawidłowe rozpoznanie, a z niem i rokowanie«.

Opinja ta jest o tyle niesłuszna, że badania roentgenologiczne wielkiej ilości chorych grypowych wykonane przedewszystkiem w Ameryce przez Honij'a i Selby'ego doprowadziły do stwierdzenia, że istnieje bardzo charakterystyczny obraz płuc przy grypie, który oddaje wielkie usługi w rozpoznawaniu. Badania te miałem sposobność na większym materjale przekontrolować i uzupełnić, z czego zdałem sprawę w *»Gazecie Lekarskiej«* 1920 Nr. 7 8, w art. *»Z roentgenologji grypy (hiszpanki)«*.

Wobec tego, że obraz charakterystyczny płuc przy grypie nie jest widocznie wystarczająco uwzględniany, a zbliżająca się nowa fala epidemji grypy znowu sprawy te uczyni aktualnemi, przypominam ten obraz i dodaję, że n. p. obrazy Roentgena opisane w artykule Sterlinga są prawie dosłownie jednobrzmiące z opisanemi przez mnie, jako charakterystyczne dla grypy. Nie należy więc zaniedbywać badania roentgenologicznego płuc podczas grypy, a trafnie odczytane obrazy będą pierwszorzędną pomocą w rozpoznaniu.

Sprawozdania i korespondencje

Dr. A. PUŁAWSKI, Warszawa.
lekarz naczelny Szpit. Dz. Jezus.

V. Sprawozdanie z działalności oddziału obserwacyjnego w Szpitalu Dzieciątka Jezus *).

W roku sprawozdawczym przyjęto chorych z miasta 230 (96 m. + 134 k.), z oddziałów szpitalnych dostarczono chorych 29 (18 m. + 11 k). Naogół mniej niż w latach ubiegłych (516, 465, 397, 360).

Wahania te stoją w związku z panowaniem epidemji w mieście. Tak n. p. duru wysypkowego był tylko 1 przypadek. Najwięcej chorych dostarczył dur brzuszny — 33 przypadków (6 m + 27 k.), grypa — 22 (10 m. + 12 k.), zimnica 17 (9 m. + 8 k), śpiączka epidemiczna 12 (3 m. + 9 k.), ogólne zakażenie *(sepsis)* 8 (4 m. + 4 k.), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych epidemiczne — 7 (4 m. + 3 k.), płonica — 5 (1 m, + 4 k.), róża — 5 (1 m. + 4 k). czerwonka — 2

Jak zwykle znaczy odsetek stanowili chorzy niezakaźni i ściślej mówiąc nie należący do takich, których dałoby się odosobnić. Mam tu na myśli gruźlicę, dla której niestety dotąd nie posiadamy specjalnych szpitali lub schronisk (azylów). Chorzy tacy często dostają się do oddziału obserwacyjnego i z konieczności albo są rozmieszczani po oddziałach ogólnych albo wypisywani do domu, a nieraz kończą życie na tym oddziale

Inną kategorję stanowią chorzy, który wstępują do szpitala z burzliwemi objawami gorączkowemi, a u których przy dalszej obserwacji okazuje się angina, grypa, zapalenie płuc *pyelitis* i t. d. Naogół takich chorych wątpliwych przyjęto 134 (65 m + 69 k.).

Chorzy tacy wymagają zwykle jak największych wysiłków do ustalenia właściwego rozpoznania

Do szpitali dla zakaźnych przeniesiono 58 chorych (17 m. + 41 k), na inne oddziały szpitalne przeniesiono 74 (26 m. + 48 k.). Na miasto wypisano 93 (44 m. + 49 k.). Zmarło przed 24 godz. 7 (3 m. + 4 k.) po tym czasie 21 (13 m. + 8 k.).

Tu znów muszę zwrócić uwagę, że w szpitalach naszych niema osobnych oddziałów dla chorych na śpiączkę epidemiczną, a chorych takich jest coraz więcej. A jednak choroba ta, jak wykazują ostatnie spostrzeżenia, jest zaraźliwą, zwłaszcza, gdy chorzy są dotknięci ślinotokiem, co się często zdarza. Prócz tego postać przewlekła tej choroby taka, jak parkinsonizm, zaburzenia psychiczne nakazują, żeby takich chorych bezzwłocznie odosabniać i umieszczać w osobnych schroniskach. Chorzy tacy na ogólnych oddziałach szpitalnych są prawdziwym ciężarem a pozbawieni są należytego doglądu, nie mówiąc już o niebezpieczeństwie dla innych chorych, z czem się za mało dotąd liczono.

To samo można powiedzieć o grypie, zwłaszcza o cięższych epidemjach tej choroby (hiszpance).

Chorzy na zimnicę, która u nas, po wojnie, panuje epidemicznie, również powinni być odosobniani, zwłaszcza w lecie, jako źródło zarazy dla innych chorych, gdyż tak w mieście, jak i w szpitalach nie brak komarów jak o tem mieliśmy sposobność przekonać się z kol. T. Korzonem.

To są uwagi, które mi się nasuwają corocznie przy sporządzaniu niniejszego sprawozdania.

Chorzy przebyli ogółem 2330 dni szpitalnych (719 m. + 1611 k.). Przeciętnie liczba dzienna chorych wynosiła 5, najmniejsza 2, największa 17 (łóżek etatowych jest 12).

Badań chemiczno-bakterjologicznych przeważnie w pracowni centralnej szpitala (zarządzający Dr. S. Muttermilch) wykonano 432 Najwięcej dokonano badań krwi: morfolog. 90, posiewów 14, Wassermanna 18, Widala 63, Weil-Felixa 4, prątki Obermejera 2, mocznika 9.

Badań płynu mózgowo rdzeniowego 22, wysięków opłucnej 7, nalotów 4, ropy 1, kału 8, plwociny 32, moczu 138.

Przyszły oddział obserwacyjny powinnien być połączony z pracownią chemiczno-bakterjologiczną.

*) Poprzednie sprawozdanie patrz P. G. L. 1920, Nr. 4, tamże 1921, Nr. 3, P. G. L. 1922, Nr. 20 i tamże 1923, Nr. 14.

Przegląd piśmiennictwa

Zapiski lecznicze.

Przeciw **hipertonji** polecono *natrium nitrosum* w postaci proszków takiego składu:

Natrii nitrosi 3 *cg*
Kalii nitrici - 20 »
Natrii bicarbonic. 1,8 *g*

S. Naczczo proszek w szklance wody.

Jeśli lek w tej postaci zawodzi — stosować podskórnie roztwór 1—2% *natrii nitrosi* w dawkach stopniowo się zwiększających. Po 12 do 15 zastrzyknięciach ustępowały takie objawy, jak zawroty głowy, szum w uszach, uczucie spierania w piersiach, kołatanie serca, bóle rzekomo gośćcowe, brak tchu, brak snu i t. p. Poprawa następuje i bez obniżenia parcia krwi. Przy objawach dusznicy bolesnej poprawy nie było.

(Therapie der Gegenwart 1924 Nr. 3).

Przeciw **krwotokom** poleca Renaud stosowanie dożylne 10 do 30 cm^3 30%-owego rozczynu *Natrii citrici.*

(Pr. méd. 1924, 41).

Przeciw **thrombo-arteriitis obliterans** z martwicą nogi zastosowali Troisier i Ravina — w ciągu 28 dni — zastrzykiwania *Natrii citrici* po 4, potem po 6 gramów — z wynikiem znakomitym.

(Pr. méd. 1924, 39).

Choroby nerek i obrzęki ciężarnych. Baczyć na najmniejsze obrzęki kończyn dolnych i brzucha. Ważyć; ciąża daje tygodniowo zwyżkę nie ponad 350 gr. Badanie wielokrotne moczu. Badanie ciśnienia, nawet podczas porodu (w przerwach pomiędzy bólami). Łóżko; mało płynów, jak najmniej soli, głodzenie. Jeśli pomimo to białkomocz wzrasta, przerwanie ciąży.

To samo postępowanie przy objawach zaburzeń widzenia, bólach głowy, wymiotach z jednoczesnem wysokiem parciem krwi — nawet bez białkomoczu. Jeśli parcie szybko wzrasta a białko jest w moczu obecne — natychmiastowe przerwanie ciąży.

(Ther. der Gegenwart 1924, Nr 4).

Środki nasercowe dożylnie, mieszane. Więc n. p. 1 cm^3 *digipurati* (lub 0,0005 *strophantini*, lub 1 cm^3 *scillareni*) zmieszany z 20 cg koffeiny (lub 0,5 do 1 mlgr strychniny) i 0,4 gr *euphyllini*. Działanie takich mieszanek chwali Schaefer. Jeśli w mieszance jest *euphyllinum*, należy płyn dopełnić do 10 cm^3 i zastrzykiwać bardzo powoli, przez trzy do pięciu minut.

(Therapie der Gegenwart 1924, Nr. 6).

W przypadku wielkich **obrzęków u chorego na cukier,** przy braku zmian w nerkach, znakomicie zadziałał *novasurol.* Pamiętać o tem należy przy leczeniu cukrzycy insuliną, która wywołuje niekiedy obrzęki.

Poza tem *novasurol* ma zmniejszać tolerancję na wodany węgla.

(D. med. W. 1924, Nr. 31).

Przeciw **angina Plaut-Vincenti** polecają pędzlowanie owrzodzeń 10% owym roztworem *pyoktaniny* Mercka. Współcześnie płukanie wodą utlenioną.

(Ther der Gegenwart 1924, 7).

Blum podaje, że spray z **insuliny** wprost na język jest równie skuteczny, jak stosowanie podskórne; dawki nieco wyższe, aniżeli w zastrzykiwaniach.

(Comptr. rendr. soc. biol. Paris. 1924. 27. Czerwiec).

Siarkę w przypadkach przewlekłych **cierpień stawowych** należy stosować w takiej postaci: 7 mgr *flores sulfuris* rozpuścić w 1 cm^3 oliwy pozbawionej kwasów tłuszczowych; wyjaławiać przez 2 godziny przy 150° C. Ogółem dawek 7 do 8; każda dawka o 1 cm^3 wyższa od poprzedzającej.

Przeciwko zatruciu **morfiną — nadmanganian potasu:** podskórnie (1—2%) parokrotnie lub: dożylnie raz, roztwór 1 : 1000 rozczynu fizjologicznego soli kuchennej.

(D. med. W. 1924, Nr. 43).

Przy **hypertonia essentialis** polecają *Kalcium-Diuretin* codziennie 3 do 4 razy po dwie pastylki.

(Ther. der Gegenwart 1924, 9).

Podobnie działa *Klimasan,* zawierający też i nitroglicerynę, prócz dwu powyższych składników. *S. Sg.*

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom LII.

L i n d b l o m. **Przyczynek do poznania gojenia się gruźlicy płuc leczonej odmą sztuczną. Studjum anatomo-patologiczne.** Badania histologiczne piętnastu przypadków ludzi leczonych za życia odmą sztuczną doprowadziły autora do wniosków następujących:

Leczenie odmą sprzyja bezwątpienia zagojeniu płuca leczonego.

Dzieje się tak przedewszystkiem dlatego, że w okolicach gruźliczych powstaje żywe nowotworzenie tkanki łącznej lub istniejące zostaje przyśpieszone. Jest to przeważnie skutek przekrwienia żylnego, wywołanego przez ucisk. W przypadkach bardzo silnego ucisku nie widzimy przekrwienia żylnego.

To przekrwienie żylne nie jest, na pewno, jedyną przyczyną pobudzającą tworzenie tkanki łącznej.

Leczenie odmą sztuczną bezpośrednio przeszkadza — w stopniu pewnym — szerzeniu się zarazków przez krew. W materjale autora niema jednak przypadku, któryby przemawiał za tem, że powstaje też przeszkoda, utrudniająca szerzenie się zarazków drogą oskrzeli i naczyń chłonnych, prócz samej nowopowstającej tkanki łącznej (więc — pośrednio).

Gojenie się przebiega drogą, że się tak wyrazić wolno, fizjologiczną, przebiega powoli.

Odma sztucza rzadko zupełnie uciska jamy. Rzadko też w przebiegu leczenia »normalnego« osiągamy zupełne unieruchomienie płuca.

H. S c h m i d t. **O idjosynkrazjach.** Istotę tego objawu ujmuje autor w ten sposób: rozpad ciał białkowych we krwi zmienia normalny przebieg odczynu właściwy danemu ustrojowi. Autor upatruje możliwość jednolitej przyczyny powstawania objawów: lecznictwa przez podrażnienie, idjosynkrazji i odczynów odpornościowych nieswoistych.

P e y e r. **Powstawanie oddechu przerywanego.** Na podstawie wyników autopsji (w trzech przypadkach) i badania promieniami Röntgena autor, jako przyczynę tego szmeru oddechowego uważa ruchy serca, obecność *accretionis cordis pleuro-pericardiacae.*

D a h l s t e d t. **Ograniczona odma piersiowa w przebiegu gruźlicy płuc.** Badanie aparatem Röntgena może wykazać rzekomo niewątpliwą obecność wielkiej jamy — przy braku wszelkich objawów klinicznych jamie właściwych; dalsze spostrzeganie przekonało, że rzekoma wielka jama była jamą odmy piersiowej. Jama w płucach dawała rokowanie złe, ograniczona odma piersiowa zwykle niema wpływu na przebieg i zejście przypadku.

P u h l. **Zakażenie gruźlicze płuc pierwotne i wtórne (reinfectio).** Praca z instytutu Aschoffa. W okresie nadwrażliwości swoistej zachodzi *reinfectio endogenes: per continuitatem,* przez przebicie się do oskrzeli, do naczyń chłonnych lub krwionośnych, w przeciwieństwie do *reinfectio exogenes* okresu późniejszego; po zagojeniu się zupełnem owrzodzenia pierwotnego nowe schorzenie zależy prawie wyłącznie od *infectio exogenes.*

Zamiast Aschoffa znanych trzech okresów suchot, autor proponuje okresy tylko dwa: okres *infectionis primariae* i okres *reinfectionis.*

Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Zjednoczenia lekarzy sanatoryjnych w Wiesbadenie.

Tom LIII.

S t e n s t r ö m **Zagadnienie: grypa-suchoty płuc.** Autor widział fatalne skutki zarażenia grypą chorych w dalszych okresach suchot płucnych. Na 567 chorych w 188 przypadkach (33,2%) to zarażenie miało wpływ decydujący na dalszy przebieg gruźlicy płuc.

R ö c k e m a n n. **Badania nad odczynem tuberkulinowym.** Szczepienie tuberkuliną ma wpływ na nieswoisty odczyn (n. p. pourazowy) skóry; wpływa na wrażliwość nerwów naczyniowych wogóle.

W i n k l e r. **Istota odczynu tuberkulinowego z punktu widzenia ogólno- i anatomo patologicznego.** Z rozpadu tkanek dotkniętych gruźlicą powstają ciała uczulające (sensibilizu-

jące). Jednocześnie ustrój zostaje pod wpływem krążącej we krwi tuberkuliny. Tuberkulina wywołuje zmiany raz niszczące tkanki, innym razem — reparacyjne. Zagojonem jest ognisko tak dokładnie odgrodzone od całości ustroju, że jego (ogniska) tuberkulina nie wywołuje odczynu, nie sensibilizuje ustroju.

B ü r g e r. **Podstawy doświadczalne współczesnego lecznictwa gruźlicy. I. Tebelon.** Tebelon był polecony jako środek przeciwgruźliczy, ponieważ miał on wpływać bezpośrednio na laseczniki, niszcząc ich otoczkę woskową. Badania doświadczalne autora doprowadziły go do wniosku, że użycie tego środka nie wywiera żadnego wpływu na przebieg gruźlicy u morświnki.

B ü r g e r i W e b e r i n g. **II. Leczenie naskórne podług Petruschky'ego.** Żadnego wpływu na gruźlicę doświadczalną morświnek mazidło P. nie miało. Należy i u ludzi sprawdzić doświadczalnie i krytycznie tę metodę leczniczą.

S e l t e r i T a n c r é. **Istota czynna w tuberkulinach.** Laseczniki Kocha żywe i zjadliwe wyprowadzają z równowagi (chemiczno-fizykalnej) komórki ciała, które stają się allergiczne; z chwilą zetknięcia się tych komórek ze składnikami tuberkuliny — oddalają się one jeszcze więcej od stanu normalnego i ulegają zapaleniu, które się kończy martwicą.

G u t h. **Gruźlica płuc i układ nerwowy roślinny.** Odczyn allergiczny zależy od osobniczych wrażliwości skóry. Adrenaliną możemy wpłynąć na nasilenie zaczerwienienia i nacieczenia. Pilokarpina pobudza do życia zagojone ślady odczynu. Nie wszystkie przypadki wykazują tę wrażliwość, zależy to od przewagi nerwów sympatycznych lub parasympatycznych. Postaci wysiękowe gruźlicy zależą od przewagi n. parasympatycznych; włókniste – od przewagi sympatycznych, lub ich napięcia normalnego. Być może, że tuberkulinę wolno używać tylko tam, gdzie napięcie n. sympatycznego jest wystarczające do wywołania odczynu w postaci gruźlicy włóknistej.

K a d i s c h. **Silicium, szczególnie kwas krzemowy w lecznictwie gruźlicy płuc.** Autor odmawia wartości leczniczej temu przetworowi: na zasadzie doświadczenia i na podstawie rozumowania teoretycznego; nawet ostrzega przed jego stosowaniem.

R e i n d e r s. **Expositio szczytów płucnych.** Powstawanie pierwszych zmian gruźliczych w szczytach zależy od ich zrostów z głębokiemi gruczołami szyji. w których sadowią się laseczniki Kocha; w okresie dzieciństwa zrosty te jeszcze nie zdążyły powstać, dlatego dzieci nie wykazują zmian szczytowych.

S t e r n b e r g. **Umiejscowienie krwawienia płucnego.** Ponieważ zapalenie płuc zachłystowe umiejscawia się — po krwotoku — ze strony toczącej krew, więc ze strony zapalenia należy zakładać odmę sztuczną.

S c h n o r r e n b e r g. **Ciałka krwi białe przy gruźlicy płuc przewlekłej.** Leukocytoza jest właściwa suchotom przewlekłym powikłanym i niepowikłanym, zakażeniem mieszanem. Neutrofilja świadczy o obecności zakażenia wtórnego.

S t r a s s m a n n. **Ciąża a gruźlica.** Na 102 kobiety, które miały w wywiadach gruźlicę płuc, u 96 ciąża przebiegła bez zakłócenia ze strony płuc; u czterech były niewielkie podniesienia ciepłoty, a tylko u dwu zaburzenia poważniejsze kataralne i gorączkowe. Jeśli są poważne wskazania do przerwania ciąży, należy wykonać przerwanie w warunkach stosowanych przy poważnej operacji. Autor podaje wskazówki tyczące wyboru metody operacyjnej i techniki.

R a f f a u f. **Zmiany w białym obrazie krwi po tuberkulinie.** Nietylko eozynofilja po tuberkulinie znamionuje dobre rokowanie; to samo znaczenie ma limfocytoza, nawet bez eozynofilji; wyraźna neutrofilja, z przesunięciem obrazu na lewo, przy nieobecności eozynofilji jest zawsze złym objawem rokowniczym.

Tom LIV.

E b e r i L a n g e. **Nowe poszukiwania nad przeszczepianiem materjału gruźlicy ludzkiej. Przyczynek do zagadnienia zmiany typów lasecznika gruźlicy.** Ogromna praca doświadczalna, która doprowadziła do wyniku, że nową metodę przeszczepiania, podług Ebera, można zbliżyć typ ludzki lasecznika Kocha do typu bydlęcego.

Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckich lekarzy Przychodni przeciwgruźliczych, w Hall.

W e i s s. **Wpływ kiły na powstanie i przebieg gruźlicy.** 1. W przypadkach gruźlicy utajonej i u ludzi z wyraźną (konstytucyjną) skłonnością do gruźlicy — należy bardzo oględnie stosować leczenie przeciwkiłowe (lepiej salwarsan, aniżeli rtęć).

2. Przy świeżej kile i gruźlicy czynnej ten sam sposób postępowania. Tuberkulinę stosować można jedynie przy wydolnej konstytucji.

3. Przy kile starej i gruźlicy czynnej — stosować jod.

4. Nie należy stosować leczenia przeciw kile w końcowych okresach gruźlicy.

G u t h. **Gruźlica płuc i układ nerwów roślinnych.** Komunikat drugi: **W sprawie teorji działania tuberkuliny.** Można przypuścić, że zarażenie lasecznikiem Kocha uczula układ nerwów roślinnych w sensie zwiększenia wrażliwości układu parasympatycznego, a zmniejsza wrażliwość układu sympatycznego. Allergja byłaby wówczas: zwiększoną gotowością reaktywną układu parasympatycznego. Obroną ustroju byłyby środki pobudzające układ sympatyczny.

N ü s s e r. **Włókna sprężyste w plwocinach przy gruźlicy płuc.** Szczegółowy opis różnych postaci włókien elastycznych i ich wartość rozpoznawcza.

R e n n e b a u m. **Rozwój i przebieg gruźlicy wysiękowo-pneumonicznej w płacie górnym prawym.** To umiejscowienie daje dobre, względnie, rokowanie, bo 46,4% stałej poprawy (na zasadzie spostrzegania 28 przypadków); źle kończące się przypadki zależą od powikłań. Lecznictwo czynne szkodzi; jedynie odma sztuczna może być stosowana.

P e t s c h a c h e r. **Grypa i gruźlica.** Zachorowalność gruźlików na grypę jest niska; przebieg grypy przy istnieniu gruźlicy nieczynnej jest lżejszy, niż przeciętny. Grypa przebiega złośliwie przy istniejącej gruźlicy daleko posuniętej. Szczególnie szkodliwym jest wpływ grypy na gruczoły gruźlicze; często powoduje wysianie prosówkowe.

R e i c h e. **Dziedziczność przy gruźlicy płuc.** Na podstawie statystyki — obejmującej 2978 ludzi nieobciążonych i 1482 obciążonych dziedzicznie, a chorych na suchoty płuc i — z drugiej strony — na podstawie statystyki 6678 nieobciążonych i 1182 obciążonych dziedzicznie ale zdrowych.

Wśród licznych wniosków — cyfrowych, dwa są godne zanotowania:

1. Wśród dzieci do lat dziesięciu obciążonych dziedzicznie ze strony ojca i matki było cztery razy więcej chorych, aniżeli wśród nieobciążonych.

2. Chorzy pochodzący z rodzin gruźliczych nie znosili choroby gorzej, aniżeli pochodzący z rodzin niegruźliczych.

S. Sg.

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. IX. Zeszyt 2. Grudzień 1924.

J. St. L o r a n t. **Leczenie otyłości ciałami proteinowemi.** Autor w dwóch doniesieniach przedstawia swoje wyniki skombinowanego leczenia otyłości gruczołem tarczykowym i ciałami proteinowemi, przeprowadzonego w klinice prof. R. Schmidta w Pradze. Leczenie to jest proste, pewne i przeprowadza się przy zupełnie dowolnej djecie, a nawet przy leżeniu w łóżku, przyczem można osiągnąć trwałe wyniki. Leczenie proteinowe przy otyłości, podobnie jak przy przewlekłych zapaleniach, okazuje tendencję wahań dwufazowych, tj. wprzód wywołuje przytycie a potem zeszczuplenie. Ciała proteinowe uczulają ustrój dla innych działań organo terapeutycznych. Autor leczył 14-tu chorych a z tego 8-miu ambulatoryjnie. Zrazu stosował on równocześnie z tyreoidyną zastrzykiwania proteinowe, później stosował wprzód leczenie tarczycowe a dopiero po stabilizacji wagi ciała rozpoczynał wstrzykiwania proteinowe. Tarczycy podawano dziennie 0.3—0.6 gr. substancji, z ciał proteinowych przeważnie *hypertherman* śródmięśniowo, w ilości 3—5 cm^3 w odstępach 3—5 dniowych. Utrata wagi rozpoczyna się nazajutrz po zastrzyknięciu, przyczem pojawiają się zazwyczaj co najwyżej tylko bardzo nieznaczne podniesienia ciepłoty. Przy podniesieniu ciepłoty po-

wyżej 37.5 należy zwrócić uwagę, czy nie pochodzi ono albo od jakiegoś współistniejącego cierpienia n. p. zapalenia pęcherza moczowego, albo od zbyt wygórowanej dawki ciał proteinowych. Przy zamierzonem odtłuszczeniu do 10 kg. leczenie jest swobodne, gdy zdążamy do odtłuszczenia do 20 kg. nie należy przekraczać miesięcznie 4—5 kg. ubytku, przy dalej idących odtłuszczeniach należy przeprowadzać odtłuszczanie w etapach po 10—15 kg. a w międzyczasie robić odstępy 1—2 miesięczne.

W drugiem doniesieniu przedstawia autor szczegółowe badania przemiany materji u 50-letniego mężczyzny przy tem skombinowanem leczeniu tarczycowo proteinowem. Dzienna zmiana zawartości energji w pożywieniu jest tu bez znaczenia. Ubytek wagi ciała nie pochodzi z utraty węglowodanów, lecz z utraty tłuszczu a po części wody. Natomiast występuje magazynowanie azotu i soli i gotowość do obrzęku, gdyż zatrzymywanie tych ciał wstrzymuje oddawanie wody. Dlatego przy nagłem przerwaniu takiego leczenia występowały obrzęki, które potem ustąpiły w ciągu trzech dni.

Blassberg (Kraków).

Medizinische Klinik.

Nr. 51. 1924.

Klein. **Cukrzyca i wzmożone ciśnienie.** Wypadki cukrzycy połączonej ze wzmożonem ciśnieniem śródnaczyniowem, występują przy cukrzycy u osób starszych, między 40—90 r. życia, t. j. wtedy kiedy wkracza pierwotne wzmożone ciśnienie. Jeżeli występuje cukrzyca bez wzmożonego ciśnienia, wtedy dotyczy osobników młodszych między 30—40 rokiem życia. Cukrzyca połączona ze wzmożonem ciśnieniem ma w ogólności przebieg dobrotliwy. Równoczesne występowanie wzmożonego ciśnienia i zaburzeń w gospodarce cukrowej ustroju, nie da się wytłumaczyć zwiększoną ilością adrenaliny we krwi, ani przypuszczeniem, że cukrzyca tworzy usposobienie do schorzeń naczyniowych w rodzaju zwapnienia naczyń. Mniej więcej rozwija się zaburzenie gospodarki cukrowej, na tle miażdżycy naczyń trzustki. Wysokość progu przepuszczalności nerek nie zależy od ilości obecnego cukru we krwi, ani od wieku chorego, natomiast zależy od czasu trwania cukrzycy i stanu nieuszkodzenia nerek.

Stahl-Müller. **Rozpoznanie roentgenowskie zmian rdzenia pacierzowego, zapomocą wstrzyknięcia kontrastowego.** Sicard w Paryżu zalecił celem dokładnego zbadania zmian rdzenia pacierzowego, promieniami Roentgena, wstrzykiwać preparat Lafay'a »Lipiodol« w ilości 1 ccm, zawierający w 1 ccm. oleju makowego 0.54 jodu. Stosuje się go celem stwierdzenia przerwy w ciągłości lub przeszkód rdzenia pacierzowego. Wstrzykuje się choremu 0·5—2 ccm. Lipiodolu do *carum subdurale*, między 6—7-mym kręgiem szyjnym. Płyn po 2—3 minutach spada do 2-go kręgu krzyżowego. Przy obecności przeszkody, płyn nie spływa. Autorowie stwierdzili w ten sposób w wielu przypadkach przeszkody w rdzeniu pacierzowym, stwierdzone operacją. Po wstrzyknięciu reagują chorzy wyższą ciepłotą ciała, trwającą przez 48 g., i bólami, jako następstwem podrażnienia korzonków nerwowych. Po wstrzyknięciu stwierdza się znaczną leukocytozę we krwi i limfocytozę w płynie mózgo-rdzeniowym.

Pollitzer. **Rozpoznanie ostrego zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych. (Cystopyelitis acuta coliogenes feminarum).** Autor podaje wypadki zapalenia miedniczki nerkowej i pęcherza moczowego, dotyczące młodych kobiet, u których rozpoznano kamicę żółciową lub zapalenie wyrostka robaczkowego. Laparatomia okazała się w tym przypadku próbną, gdyż dokładna obserwacja w klinice wykazała *cystopyelitis*. Często zachodzą trudności w rozpoznaniu; można bowiem myśleć przy bólach występujących po prawej stronie u kobiet, o kamicy żółciowej, zapaleniu wyrostka robaczkowego, schorzeniu trzustki, żołądka, jajników, stawu biodrowego. Dlatego radzi autor zbadać osad moczu, jałowo kateterem wziętego, i zaszczepić go na buljonie. Bardzo szybko rośnie na buljonie *bacterium coli*.

Leczenie polega na wstrzyknięciu 5 ccm. 20%-wego roczynu urotropiny dożylnie, co drugi dzień, i stosowaniu czopków z *Extr. Belladonnae 0,05*

Lupulini 0.5

But. cacao q. s. u. f. supp, uretr.

W stadjum przewlekłego zapalenia, stosuje się wody alkaliczne i kąpiele borowinowe.

Assmann. **Patogeneza i klinika raka oskrzelowego.** Najpewniejsze rozpoznanie raka oskrzelowego daje badanie promieniami Roentgena, gdzie wypukowo ani wysłuchowo żadnych zmian się nie stwierdza. Najczęstsze formy raka oskrzelowego są te, które wychodzą z wnęki płuc. W obrazie roentgenowskim widać zaciemnienie wnęki i ciemne pasma, przechodzące w miąższ płucny, polegające na *lymphangitis carcinomatosa*, wysokie ustawienie i nieruchomość przepony, przemieszczenie narządów śródpiersia na stronę zwężonego oskrzela. Częstą komplikacją raka oskrzelowego jest wysiękowe zapalenie opłucnej.

Wypukiem można stwierdzić stłumienie, wysłuchem oddech amforyczny przy rozpadzie tumoru, z powodu tworzenia się jam. Charakterystyczne jest zapalenie opłucnej rakowe, połączone z wysiękiem. Płyn surowiczy, nieco krwawy; ciężar gatunkowy 1012—1015, Rivalta dodatni, białko 20‰; w osadzie limfocyty, czerwone ciałka krwi i komórki sygnetowe.

Przerzuty w gruczołach śródpiersia powodują chrypkę z powodu ucisku na *n. recurrens*.

Czasem trudno odróżnić raka oskrzeli od zapalenia płuc, które może podobnie przebiegać.

Rosenkrantz. **Choroba zatokowa (Haffkrankheit).** Autor podaje przypadki tego schorzenia, które się pojawiło w ubiegłym roku w zatoce fryskiej połączone z ogólnemi bólami mięśniowemi i methaemoglobinurja, z przebiegiem ostrym, podobnie jak przy zatruciu. Schorzenie to występuje przeważnie w lecie a dotyczy rybaków. Charakterystyczny jest obraz kliniczny: chorzy odczuwają w mięśniach (łydkach) silny ból, który zajmuje po kilku minutach wszystkie mięśnie, z wyjątkiem mięśni twarzy i przełyku. Bóle głowy występują rzadko, ciepłota ciała jest prawidłowa, w początkach choroby występują dreszcze. Charakterystyczny jest wynik badania moczu. Z początku choroby oddają chorzy małą ilość moczu, koloru czerwono-bronzowego, do bronzowo-czarnego. Oddziaływanie kwaśne, białko obecne w dużej ilości. Próba benzydynowa zawsze dodatnia. Spektroskopowo stwierdza się methaemoglobinę i oxyhaemoglobinę. Osad wykazuje wałeczki szkliste i ziarniste, wypełnione barwikiem, kryształy kwasu moczowego i soli moczanowych, pojedyncze leukocyty, a bardzo rzadko czerwone ciałka krwi.

Haemoglobinuria trwa 1—2 dni.

We krwi: leukocytoza dochodzi do 31.000 ciałek z przewagą obojętnochłonnych (96%), która przechodzi w względną limfocytozę (40%). Rosenow stwierdził wtręty haemoglobinowe w czerwonych ciałkach krwi, które dobrze się barwią May-Grünwaldem i Giemsą. Odporność czerw. ciałek krwi jest normalna.

Schorzenie to trwa przez kilka dni, chorzy odczuwają jednakowoż osłabienie ogólne przez kilka tygodni. Rokowanie dobre. Powodu należy szukać w zatruciu gazami i wyziewami, wychodzącemi z mułu zatokowego.

Nr. 1. 1925.

Robitschek. **Działanie insuliny w formie wziewania.** Autor stosował insulinę w formie wziewania i stwierdził, że również w tej postaci ma dobre działanie. Ilość procentowa cukru we krwi, wynosiła u królika przed wziewaniem 0.109, po wziewaniu 0,105. W drugim przypadku po rozpyleniu 60-ciu jednostek insuliny, spadła ilość cukru we krwi z 0,118 na 0,081. To samo zastosowano także u człowieka i stwierdzono po wziewaniu insuliny spadek cukru; jednakowoż po wprowadzaniu insuliny w formie podskórnych wstrzykiwań spadek cukru jest o wiele większy. Ażeby u królika wywołać spadek cukru na 0,061, trzeba zużyć 40 jednostek a więc stosowanie insuliny w formie wziewania jest droższe od wstrzykiwań podskórnych, po drugie dawkowanie jest bardzo utrudnione.

Lentz. **Choroba zatokowa (Haffkrankheit).** Autor podaje jako przyczynę choroby zatokowej, występującej tylko porą letnią u rybaków, jad znajdujący się w wodzie mor

skiej, który działa nawet w minimalnych ilościach. Schnabel wstrzyknął sobie i choremu na chorobę zatokową 1 ccm. wyjałowionej wody morskiej, i zauważył u chorego po kilku godzinach wystąpienie typowego napadu, podczas gdy u siebie niczego nie zauważył; wobec tego wrażliwość i oddziaływanie są większe u osobnika, który chorobę tę przebył. Stwierdzono, że powodem tej choroby jest arsen, znajdujący się w znacznych ilościach w wodzie morskiej. Także w moczu chorych stwierdzono obecność arsenu. Arsen znajduje się w wodzie morskiej jako gaz lotny, nie jako arsenowodór, ale jako wysokomolekularne organiczne połączenia arsenu, które pochodzą z fabryk cellulozy, znajdujących się przy brzegu morza.

Nr. 2. 1925.

Janossy. **Punkcja cysterny móżdżkowo-rdzeniowej (cisterna cerebello-medullaris).** Autor stosował to nakłucie, jako środek diagnostyczny, przy schorzeniach centralnego systemu nerwowego. Trzeba wkłuć igłę punkcyjną poniżej *protuberantia occipitalis*, w leżącej pozycji chorego, tylko na 6 cm głęboko, by nie skaleczyć rdzenia przedłużonego. Na 108 przypadków było kilka przypadków śmierci, z powodu pęknięcia naczyń lub obrażenia rdzenia przedłużonego. Nakłucie to stosuje się nie tylko diagnostycznie, ale także w celach leczniczych, jak n. p. przy zatruciach CO, morfiną, przy porażeniu rdzenia przedłużonego z powodu znieczulenia lędźwiowego lub narkozy, i wtedy, kiedy grozi porażenie ośrodka oddechowego.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 3. 1925: A. Ciechomski: W sprawie t. zw. śmierci grasiczej oraz stanu grasiczo-chłonnego. — Browicz: Notatka słownikowa. — W. Orłowski i J. Nowaczyński: Życie i zasługi naukowe ś. p. prof. dra Wal. Jaworskiego.

Nr. 4: Ciechomski: Dokończenie. — K. Nowakowski: Nowy sposób leczenia Erysipeloidu Rosenbacha i czerwonki świńskiej u ludzi. — W. Filiński: W sprawie rozszczepionego zastoju żółciowego. — Z. Jakubowski: Kosmetyczny sposób sekcji czaszki.

Zagadnienia Rasy Nr. 12. T. II. r. 1924: W. Borkowski: Płeć w przyrodzie. — L. Wernic: Eugenika a małżeństwo. — B. Michałowski: Małżeństwo a przymiot.

Zdrowie Nr. 1. r. 1925: Wł. Świątopełk-Zawadzki: Wychowanie fizyczne, jako obowiązek społeczny. — Dr. Szaniawski: Sprawozdanie roczne ze zdrowia publicznego Woj. Wołyńskiego za rok 1923.

W sprawie notatki: »Nowy aparat do odmy«.
(Pol. Gaz. Lek. Nr. 49, 1924 r.).

Zdziwiło mię nieco podkreślenie przez kol. Jasińskiego zdania, że brak jest wogóle przenośnych aparatów do odmy sztucznej, gdyż fakt, iż istnieje cały szereg takich aparatów i liczba ich była już pokaźna w roku 1924, skłonił mnie do zaniechania w swoim czasie ogłoszenia w piśmie skonstruowanego przezemnie aparatu przenośnego do odmy; ograniczyłem się do przedstawienia go kilku kolegom podczas Zjazdu Internistów w Wilnie latem 1923 r. oraz na posiedzeniu Sekcji Zakopiańskich Lekarzy we wrześniu tegoż roku. Aparatem tym posługiwałem się tak w praktyce prywatnej, jak i w różnych zakładach leczniczych (m. i. w »Odrodzeniu«, gdzie pracuje kol. Jasiński) posługują się obecnie stale. Ogłoszony przez kol. Jasińskiego aparat jest w zasadzie identyczny z moim: jedynie różnica polega na innym sposobie łączenia kolejnego cylindrów i n kol. Jasińskiego zapomocą zakładania raz jednej, raz drugiej rurki (c) do widełek (l), u mnie zaś zapomocą przekręcania kurka trójdrożnego w jedną lub drugą stronę i drugiego kurka, zamykającego drogę do filtru, wprowadzającego powietrze do aparatu. Muszę zaznaczyć, iż ową różnicę aparatu kol. Jasińskiego uważam za niepożądaną, gdyż uniemożliwia ona robienie odmy bez pomocnika (co, jak wiadomo, jest czasem, w nagłych wypadkach nieuniknioną koniecznością), u kol. Jasińskiego trzeba (e) kolejno przekładać obiema rękami, podczas gdy kurkiem w moim aparacie manipuluję wygodnie jedną ręką, trzymając drugą — wkłutą igłę.

Olgierd Sokołowski (Zakopane).

Kilka słów odpowiedzi na notatkę dr. Olgierda Sokołowskiego.

Zdziwienie dr. Sokołowskiego i zarzut, jakobym twierdził w artykule moim »Nowy aparat do odmy sztucznej«, że dotychczas odczuwano brak aparatu przenośnego, zdziwiły mnie bardzo, gdyż (co widocznie uszło uwagi dr. Sokołowskiego) podkreśliłem brak przenośnych i celowych aparatów. Istnieje rzeczywiście szereg przenośnych aparatów, lecz, mojem zdaniem, nie tak celowych, jak mój, podany do wiadomości ogółu kolegów (Pol. Gaz. Lek. Nr. 49, 1924 r.).

Mimo zasadniczych różnic w naszych aparatach, dr. Sokołowski twierdzi, że w zasadzie są one identyczne. Aparatu dra Sokołowskiego przed skonstruowaniem mego modelu nie widziałem, jakoteż nie spotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie notatki o pokazie aparatu dra Sokołowskiego przed kilku kolegami na Zjeździe Internistów w Wilnie i na posiedzeniu Sekcji w Zakopanem.

Co do twierdzenia dra Sokołowskiego, że posługiwał się aparatem swojej konstrukcji w »Odrodzeniu«, gdzie ja pracuję, zaznaczam, że na początku mego pobytu w »Odrodzeniu« dr. Sokołowski przyjeżdżał parę razy zakładać odmę sztuczną — lecz zawsze posługiwał się zakładowym aparatem systemu niemieckiego. Dopiero po zmodelowaniu mego aparatu zobaczyłem aparat dra Sokołowskiego i stwierdziłem podobieństwo co do idei zrównoważenia cylindrów, która już zresztą dawniej stosowana była w aparatach niemieckich i innych. Szkoda, że dr. Sokołowski nie załącza do swej notatki fotografji i szczegółowego wykresu swego aparatu, co znacznie ułatwiłoby ogółowi lekarzy wyrobienie sobie poglądu co do większej celowości naszych aparatów.

Aparat dra Sokołowskiego ma 2 dwurożne kurki i jeden trójdrożny, inne ich rozmieszczenie; cylindry zakorkowane korkiem i zalepione plasteliną. Mój aparat ma jeden kurek dwudrożny, drugi do manometru jest właściwie zabieg zbyteczny. Ze względów aseptyki i wielu innych powodów (na wyliczenie których za mało miejsca w tej krótkiej replice) jest przeciwwskazane stosowanie odmy sztucznej bez asysty nawet w nagłych wypadkach. Wszak to zabieg operacyjny!

Mój aparat wymaga asysty niewykwalifikowanej i nawet przygodnej. Kończąc zaznaczam, że moim aparatem posługuje się już szereg lekarzy (z czego w samem Zakopanem pięciu Kolegów) — co jest najlepszym dowodem aktualności mego artykułu w Pol. Gaz. Lek., który był przyczyną notatki dra Sokołowskiego.

Zakopane, 22. II. 1925 r.

Dr. Stefan Jasiński.

Na powyższem zamykamy polemikę odnośną.

Redakcja.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Walne zebranie w dniu 17. grudnia 1924.

Obecnych 68.

Przewodniczący kol. Surzycki, który imieniem »Komisji Matki« proponuje wybór Wydziału Krak. Tow. lek. na rok 1925 w następującym składzie:

Prezes: kol. K. Majewski, wiceprezes: J. Szymanowicz, sekretarz doroczny: T. Pawlas, bibljotekarz: J. Spira, sekretarz stały: J. Olbrycht.

Komisja kontrolująca: kol. T. Piotrowski i kol. Z. Wachtel.

Członkowie redakcji: kol. Artwiński, Blassberg, doc. Kostrzewski, Maciąg, Rutkowski.

Delegaci do Rady Zawiadowczej: prof. Browicz, prof. Ciechanowski.

Delegaci na Walne Zebranie Tow.: kol. Ackermann, Berezowski, Ciechanowski, Janiszewski, prof. Kostanecki, Kwaśnicki, Landau, Strzemieński, Surzycki, Wilczyński, Wojciechowski, członek Komisji Kontrolującej Towarzystwa lek. Małopolsk.: kol. Strzemieński.

Powyższa lista Wydziału na r. 1925 została przyjęta przez zebranych przez aklamację.

Na wniosek kol. Boczara wyrażono WP. profesorowej Majewskiej serdeczne podziękowanie za trudy zorganizowania i prowadzenia bufetu w czasie Zebrań naukowych w Tow. lekarskiem.

Kol. Wachholz wnosi apel, aby Krak. Tow. lek. starało się wpłynąć na wzmożenie pracy naukowej wśród członków, a szczególnie na częstsze umieszczanie prac w »Polskiej Gazecie lekarskiej«. W roku bieżącym umieszczonych tam było bardzo mało prac lekarzy krakowskich.

Kol. Lenartowicz odpowiada, że spadek prac krakowskich umieszczanych w Pol. Gaz. Lek. był widocznym jedynie w r. 1924 — i to w stopniu niezbyt wielkim. Apel może słusznie zwrócony do Towarzystwa, bo może ono zachęcać, być podnietą młodym lekarzom do intenzywnej pracy naukowej.

Nastąpiło zwyczajne zebranie naukowe Towarzystwa, przyczem przewodnictwo objął Majewski.

Na członka przyjęty kol. M. Dzerowicz.

1) Kol. Kaulbersz wygłasza odczyt p. t.: »Kilka spostrzeżeń fizjologicznych z wycieczki na szczyt Mont-Blanc«. We krwi, pobranej na Mont-Blanc po 24 godzinach pobytu w górach powiększenie ilości ciałek czerwonych wynosiło 29%, hemoglobiny 19%. Pierwszego dnia po zejściu krew, badana w Chamonix, zawierała c. cz. więcej o 33% w porównaniu do normalnej ilości, a hemoglobiny o 27,5%. W dalszych dniach następowało nierównoległe opadanie ilości c. cz. i hemoglobiny: ilość c. cz. wróciła już na 3-ci dzień do normy, ilość hemoglobiny dopiero na 6-y dzień. Ubytek wagi ciała podczas wycieczki wyniósł 3½ kg. Oddychanie u większości obserwowanych osób nieznacz nie tylko było przyśpieszone, więcej natomiast pogłębione. Przyśpieszenie tętna w wysokościach około 4000 metrów było bardzo znaczne, u turystów większe, niż u przewodników, nie przewyższało jednak 160 uderzeń na minutę po marszu pod górę. Zwolnienie tętna następowało, pomimo dłuższego odpoczynku, tylko bardzo powoli; po 6-ciu godzinach leżenia wynosiło jeszcze koło 100 uderzeń. Prelegent przytoczył szereg najważniejszych prac z dziedziny fizjologji alpinizmu.

W dyskusji zabierał głos kol. Weissglass, zapytując prelegenta, czy badał ciśnienia krwi w górach.

W odpowiedzi kol. Kaulbersz zaznaczył, że osobiście badań nad ciśnieniem krwi w górach nie przeprowadzał, że jednak, według większości autorów, ciśnienie krwi w górach podlega bardzo tylko nieznacznym zmianom.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

III. Posiedzenie naukowe w dniu 6. lutego 1925 r.

Przewodniczy: kol. Zgórski. Obecnych 112.

1) Przewodniczący poświęca gorące wspomnienia bl. p. kol. Leonowi Krzemickiemu i zawiadamia, że przemówi nad trumną zmarłego. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

Zamiast wieńca na trumnę Zmarłego zebrani złożyli 309 złotych, które ofiarowano na akcję zwalczania chorób wenerycznych w Towarzystwie Higjenicznem, którego Zmarły był wiceprezesem.

2) Kol. Falkiewicz: przedstawia:

a) **przypadek guza w tylnej jamie czaszkowej.** U osobnika 25-letniego, który przebył przed 4 laty kiłę z odczynem Wassermanna dodatnim, wystąpiły od 3 miesięcy bóle głowy, zanik powolny wzroku. Badanie kliniczne wykazało zajęcie tarczy nerwu wzrokowego, znieczulenie w obrębie nerwu V. lewego, zniesienie odruchu rogówkowego lewego, zbaczanie języka na lewo i Babiński po prawej. Wszystkie odczyny we krwi i płynie mózgowordzeniowym w kierunku kiły ujemne. Przy leczeniu rtęcią żadnej poprawy, a raczej powolne pogarszanie się. Wobec tego rozpoznano guz, niestojący w związku z przebytą kiłą, w tylnej jamie czaszkowej;

b) **przypadek ostrego nagminnego zapalenia mózgu** z ciekawym objawem ocznym. Jest **niepokój oczu**, które z chwilą, gdy chory dokądkolwiek ma zamiar spojrzeć, drgają. Drganie to podobne jest do oczopląsu, lecz różne od niego tem, że nie ma żadnych składowych szybkich ani powolnych, ale jest nieregularne, oraz tem, że występuje nie przy skrajnych ustawieniach, lecz w chwili, gdy chory ma zamiar zwrócić gałkę oczną. Niepokój ten opisał Rothfeld w 1920 r. w »Lekarzu Wojskowym« i porównał go do drgań, jakiebyśmy uzyskali, potrącając gałki oczne usadowione na sprężynach. Objaw ten występuje zwłaszcza w tych przypadkach nagminnego zapalenia mózgu, w których można wykazać i inne zaburzenia ze strony mięśni ocznych.

W dyskusji kol. Pisek zapytuje się, czy prelegent często miał bolesne nacieki przy injekcjach trypaflaviny. Kol. Falkiewicz przyznaje, że nacieki bolesne, aczkolwiek nie częste, jednak zdarzają się. Czasami jedna — dwie krople powodują naciek, uniemożliwiający dalsze wstrzykiwania na dwa tygodnie. Kol. Andruszewski wskazuje na artykuł Fryd. Dietla w M. m. W. Nr. 4 z 1925 r. Według tego autora zapobiec można tworzeniu się bolesnych nacieków, powodujących często niemożność używania kończyny nawet kilkunastodniową, a spowodowanych paravenalnem wstrzyknięciem drażniących substancyj (zazwyczaj hipotonicznych) w sposób nader prosty. Mianowicie w chwili, gdy się zauważy najmniejszy wytwarzający się naciek, przerywa się injekcję, opróżnioną wstrzykawką (bez wyjmowania igły z tkanki) aspiruje się treść nacieku i, dołączywszy natychmiast nową przygotowaną poprzednio wstrzykawkę z fizjologicznym roztworem soli, wstrzykuje się około 10 cm³ bez zmiany położenia igły w tkankę, wytwarzając w ten sposób »dużą poduszeczkę«. Wynik doskonały: bolesność już w chwili wstrzykiwania roztworu soli zmniejsza się znacznie i ustępuje, a naciek tak wytworzony w bardzo krótkim czasie (już tego samego dnia) ulega zupełnemu wessaniu bez pozostawienia jakiejkolwiek bolesności lub śladu przedmiotowo stwierdzalnego, przyczem chory nie traci ani na chwilę sprawności kończyny. Wynik ten autor tłumaczy bardzo znacznem rozcieńczeniem drażniącej substancji przez płyn fizjologiczny i stworzeniem warunków, w których drażniący płyn rychlej może być z miejsca wstrzyknięcia wessany.

3) Kol. Dobrzański przedstawia 3 przypadki **z ciałem obcem, wydobytem na drodze endoskopji.**

a) Kobieta l. 35 **połknęła we śnie protezę szczękową.** Następnego dnia zgłosiła się do kliniki Oto-laryngologicznej z tem, że ma uczucie obecności ciała obcego, nieco poniżej krtani. Prześwietlanie roentgenologiczne wykazało cień nieregularny na wysokości chrząstki pierścieniowej. Po wprowadzeniu oesophagoskopu (systemu Brüningsa) ukazały się w polu widzenia 3 zęby, które — jako śliskie i twarde, a więc nie nadające się do uchwycenia — odsunięto ku bokowi, aż się ukazała część płytki kauczukowej, którą przy pomocy ostrych szczypczyków Brüningsa uchwycono i wyjęto. Mówca podkreśla, że protezy szczękowe są zwykle trudne do wydobycia ze względu na obecność haczyków i ze względu na duże ich rozmiary, tak, że nieraz trzeba taką protezę wklinowaną rozciąć na dwie połowy i każdą z osobna wydobywać po uprzedniem uwolnieniu haczyków od wklinowania;

b) 16-letnia **dziewczyna aspirowała szpilkę z główką**, którą trzymała w zębach. Gdy się schyliła, by podnieść jakiś przedmiot, szpilka wpadła jej do krtani, gdzie chora umiejscowiała kłujący ból. Roentgenem można było stwierdzić szpilkę, rozpiętą w kierunku strzałkowym krtani. W lusterku krtaniowem można było widzieć szpilkę rozpiętą w krtani w ten sposób, że jeden koniec tkwił w kieszonce Morgagniego, a drugi między chrząstkami nalewkowemi u wejścia do przełyku. W wziernikowaniu pośredniem krtani nie udało się jej wyjąć, ponieważ nie można było widzieć, gdzie się znajduje główka. W wziernikowaniu bezpośredniem krtani, po wprowadzeniu Haslingera direktoskopu i po odciągnięciu nagłośni i napięciu krtani, ukazała się główka, która wyszła z kieszonki Morganiego, a którą zachwycono szczypczykami i wyjęto. Mówca zaznacza, że zupełnie taki sam przypadek opisuje Brünings, w którym wydobycie możliwe było tylko w laryngoskopja directa, i podziela dogodność direktoskopu Haslingera do wszelkich zabiegów wewnątrz-krtaniowych;

c) **2-letnie dziecko, które zachłysnęło się fasolą**, na co wskazywał napad duszności i kaszlu. W 10 godzin później skierowano je do kliniki oto-laryngologicznej. Wówczas sinica, duszność, niepokój dziecka wskazywały niewątpliwie na zwężenie dróg oddechowych. Ponieważ badanie lusterkiem krtaniowem nie stwierdziło, gdzie się ciało obce znajduje, postanowiliśmy wziernikować krtań bezpośrednio z równoczesnem przygotowaniem do ewentualnej tracheotomji, wykluczyć obecność ciała obcego w krtani i przystąpić do wydobywania z tchawicy wzgl. oskrzela. W międzyczasie dziecko dostało ponownie silnego napadu kaszlu, poczem nastąpiła znaczna ulga (oddech spokojny, ustąpienie sinicy) tak, że dziecko usnęło. Zachodziły więc dwie ewentualności, albo dziecko fasolę wykrztusiło i połknęło, albo wciągnęło głębiej (z krtani do oskrzela). Postanowiliśmy przez kilka godzin dziecko obserwować. W 6 godzin później ciepłota się podniosła do 38,3, duszność i sinica wystąpiły na nowo, zmniejszenie powietrzności płuca prawego, jakoteż furczenia, świsty, zaciąganie się prawej połowy klatki piersiowej, wskazywały na obecność ciała obcego w prawem oskrzelu. Ażeby uniknąć zwiększenia się i tak już znacznej duszności przez uśpienie ogólne, przystąpiono do wykonania **tracheotomji w znieczuleniu miejscowem** (½% nowokainy z adrenaliną), którą dziecko zupełnie dobrze zniosło. Po otwarciu tchawicy, wykonano tracheo-bronchoskopję dolną, przy pomocy której można było stwierdzić fasolę, zatykającą prawe oskrzela. Przy pomocy ostrych szczypczyków Brüningsa udało się zachwycić jej górny biegun i, niedomykając szczypczyków — by jej nie rozłupać — wydobyto ją na zewnątrz. Mówca zaznacza, że do roku 1915 według zestawienia Eikena i Brüningsa opisanych było w piśmiennictwie światowem 40 przypadków fasoli, wydobytej z oskrzela, z tego w 12 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne (27% śmiertelności).

W klinice oto-laryngologicznej lwowskiej w ciągu lat ostatnich było 3 przypadki z omówionym i we wszystkich nastąpiło całkowite wyzdrowienie. Wydobywano we wszystkich trzech przez tracheo-bronchoskopia inferior, a w dwuch ostatnich w znieczuleniu miejscowem.

4) Kol. Skrowaczewski przedstawia 12-letniego chłopca który, jedząc bułkę, **połknął »coś ostrego«**, co mu tkwi w gardle. Badanie lusterkiem krtaniowem ujemne. Badanie promieniami Roentgena wykazało **szpilkę, tkwiącą w przełyku** na wysokości 5—6-kręgu szyjnego, główką do góry, zatem tuż poniżej wejścia. Ezofagoskopja w narkozie przyrządami Kahlera i Węgłowskiego bez skutku. Przy próbie wydobycia palcem zahacza się ją paznokciem, lecz wskutek odruchów dławiących (pacjent budził się z narkozy ze zwieszoną głową) szpilka przesunęła się po tylnej ścianie gardzieli i wsunęła się przez choanę do jamy nosowej prawej. Na drugi dzień Roentgen wykazuje szpilkę w nosie strony prawej, powyżej muszli środkowej; rhinoskpją tylną ani przednią nawet po po silnem adrenalizowaniu nie widać jej. Dopiero po resekcji odpowiedniego kawałka przedniego końca muszli środkowej udało się zahaczyć szpilkę i ją wydobyć (pokazy zdjęć roentgenowskich).

5) Kol. Nowicki wygłasza wykład: **„O pierwotnych nowotworach serca“**, objaśniony tablicami i przeparatami anatomicznemi. Na wstępie mowca przedstawia stan badań anatomicznych nad pierwotnemi nowotworami serca. Podnosi znacz-

nie większą częstość nowotworów dobrotliwych, niż złośliwych, a wśród ostatnich wybitną przewagę mięsaków i to wrzecionowatokomórkowych. Omawia ich umiejscowienie. Podnosi, że specjalnie co do śluzaków serca zapatrywania są różne, często wprost biegunowo przeciwne. Są zdania, że t. zw. guzy śluzakowe są obrzękłemi włókniakami lub t. zw. zorganizowanemi zakrzepami kulistemi serca. N. przedstawia i omawia 2 przypadki sekcyjne guzów śluzakowych przedsionka lewego. Jeden stwierdzono sekcyjnie u kobiety l. 29., zawsze zdrowej, a dopiero od czasu uderzenia w pierś kolbą karabinu odczuwającej duszszność, męczenie się. W 6 lat potem wybitne objawy niedomogi serca z objawami przekrwienia żylnego płuc. Obok zwiększenia serca w kierunku poprzecznym, występował u chorej od czasu do czasu szmer skurczowy nad końcem serca. Sekcyjnie stwierdzono guz wielkości małego jaja kurzego, wychodzący z przedniej i górnej ściany przedsionka lewego, wciskający się w ujście żylne lewe. Ogólne przekrwienie żylne. Przypadek drugi dotyczył kobiety l. 62, która nieokazywała zmian sercowych. Sekcyjnie stwierdzono raka żołądka z przebiciem do otrzewnej i jej zapaleniem, a nadto przerzuty do wątroby. W lewym przedsionku z fałdu otworu owalnego wychodzi guz również wielkości niemal jaja kurzego i wciskający się w ujście żylne lewe. Utkanie guzów najwięcej odpowiada śluzakowi.

Prelegent omawia dalej pochodzenie tworów brodawkowatych serca, w szczególności zastawek półksiężycowych, t. zw. wyrośle Lambla, ich pochodzenie i t. p. Odnośnie do brodawczaków pokazuje serce kobiety 70-letniej z brodawczakiem wielkości dużego grochu, usadowionym na przegrodzie międzykomorowej; utkanie jego wytworzone jest głównie z tk. łącznej szklistej, brak naczyń, pokrycie śródbłonkiem. Postać guza przemawia za jego pochodzeniem nowotworowem. Objawów nie dawał. Mowca omawia nowotwory złośliwe i przedstawia serce kobiety l. 30., z objawami od kilku miesięcy duszności, krwioplucia następnie z niedomogą serca. Anatomicznie stwierdzono w znacznie powiększonem poprzecznie sercu guz w lewym przedsionku wielkości małej pomarańczy, tamponujący niemal całkowicie ujście żylne lewe i ujście żył płucnych. Guz wychodził z przegrody między-przedsionkowej. Utkanie mięsaka wrzecionowato-komórkowego. Nawiązując do anatomji nowotworów serca N. omawia objawy kliniczne i usiłowania stworzenia podstaw dla przypuszczenia istnienia guza serca; a więc niezwykłe powiększenie danego odcinka serca, Roentgen, różnica w przysłuchu, zależna od położenia chorego, obok objawów takich, jak wybitna duszność i in. Drogą wykluczenia i przy wyczerpaniu metod możnaby przypuszczać istnienie guza serca. W każdym razie objawy w przypadkach guza serca są naogół dla każdego przypadku właściwe.

W dyskusji kol. O s t r o w s k i zapytuje się, czy znaczniejsza częstość występowania nowotworów w prawej komorze (jak podaje prelegent 75%) nie wskazuje, że są to nowotwory wtórne, przeniesione przez prąd krwi żylnej. Kol P i s e k podnosi, poruszone przez mowcę znaczenie otrzymania innych objawów przysłuchowych przy ułożeniu odpowiedniem chorego. Myśl ta ma pewną wartość, lecz z drugiej strony chorego z wielką dusznością trudno w ten sposób badać jedynie po to, ażeby uzyskać szmer, zwłaszcza że często zdarzają się przypadki nagłej śmierci.

Kol. Z i e m b i c k i dodaje kilka szczegółów z przebiegu klinicznego przypadków, przedstawionych przez prelegenta, wszystkie bowiem trzy, zbiegiem okoliczności, pochodziły z jego oddziału (W. II szpital). Nie mógłby ani podać, ani uznać jakichkolwiek cech właściwych, stanowiących o rozpoznaniu pierwotnego nowotworu serca. Na jeden szczegół, który podniósł prelegent, jedynie należałoby w przyszłości zwrócić baczniejszą uwagę, czy w takich przypadkach w obrazie roentgenologicznym odpowiedni odcinek serca, wypełniony guzem, nie wykazuje słabszego tętnienia, jakoteż zniekształcenia, a na zdjęciach większego wysycenia. Kol. M a r i s c h l e r zwraca uwagę, czy w 3 przypadkach prelegenta nie było niedopełnienia lewej komory; powinny w przypadkach tamponady wystąpić zaakcentowania II. tonu nad tętnicą płucną.

Kol. Z i e m b i c k i: gdyby II ton nad płucną był zaakcentowany, to jednak rozpoznałby nie tamponadę, ale zwężenie ujścia żylnego lewego.

Kol. N o w i c k i odnośnie do przemówienia kol. Ostrowskiego zauważa, że w wykładzie mówił jedynie o nowotworach pierwotnych serca. Nowotwory wtórne w sercu prawem mogłyby zachodzić w przypadkach zawleczenia drogą żylną. Jest to typowa droga dla nowotworów pierwotnych nadnercza i nerek (mięsaka, nadnerczaka, nabłoniaka komórkowego). N. przytacza przypadek, spostrzegany sekcyjnie, w którym złośliwy nadnerczak nerki wrósł w żyłę nerkową, żyłę czczą dolną, przedsionek prawy i komorę prawą, w której zwisał w postaci czopa. Co do znaczenia zmiany objawów przysłuchowych przy zmianie położenia chorego — to możnaby je stosować w tych przypadkach, w których niedomoga serca nie da się innemi sprawami wytłumaczyć, gdzie wywiady przemawiają przeciw przebytemu zapaleniu wsierdzia i t. p. Oczywiście ten sposób badania byłby tylko jednym z szczegółów, obok niewytłumaczonego zwiększenia znacznego pewnej części serca, obrazu roentgenologicznego i t. d. Mowca nie mógłby sobie wyobrazić niestosunku objawów do niemal zupełnej tamponady ujścia przez guz nowotworowy, gdyby nie przyjął, że w sercu żywem guz uszypułowany zmienia z prądem krwi swe położenie, choćby w granicach niewielkich. Podnosi w końcu znaczenie i konieczność badania serca Roentgenem. W jednym z przypadków opisanych przez niego Roentgen byłby niewątpliwie dał obraz charakterystyczny. *Dr. Tyszka*, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji

Sekcja Rzeszowska.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 22. lutego 1925.

Obecnych 26 członków.

1) Kol. H i n z e przedstawia na barwnych tablicach **sposoby operowania stawu łokciowego** w przypadkach zastarzałego zwichnięcia tego stawu. Do stawu można dostać się albo zabiegiem podokostnowym, albo przecinając ścięgno mięśnia trójgłowego, albo też przecinając wyrostek (łokciowy) kości łokciowej. Ten ostatni sposób został podany, jako specjalna metoda, przez Schramma. Schramm podaje równocześnie historyczny rozwój sposobów operacyjnych przy zastarzałem zwichnięciu stawu łokciowepo i swoje trzy przypadki.

Równocześnie przedstawiono osobę, operowaną przez mowcę podokostnowo, sposobem Oliera. Przyszycie oddzielonej okostnej wraz ze ścięgnem mięśnia trójgłowego natrafiało na znaczne trudności. Czynność ręki jest niezła, wymaga ćwiczenia i leczenia ortopedycznego; gdyż mięśnie okazują znaczne zaniki. Chłopak lat 16 operowany $^1/_2$ roku temu z przecięciem ścięgna mięśnia trójgłowego, okazuje również dobry wynik. W przyszłości zaś postanawia mowca użyć sposobu Schramma;

b) omawia **technikę operacji raka wargi dolnej**, objaśniając na barwnej tablicy, przedstawiającej gruczoły limfatyczne okolicy podszczękowej i szyji (podług Corninga). Gruczoły chłonne najczęściej naciekłe i będące z reguły celem zabiegów operacyjnych podzielić można na dwa piętra.

Pierwsze piętro tworzą gruczoły *a*) podszczękowe, *b*) okolicy ślinianek, *c*) i w miejscu rozwidlenia żyły jarzmowej wspólnej. Te gruczoły oraz obie ślinianki, wraz z tkanką łączną i z mięśniem podskórnym, należy zawsze usunąć.

Dolne zaś piętro, leżące poniżej kości gnykowej, tworzą gruczoły: *a*) karkowe głębokie, *b*) gruczoły okołokrtaniowe i *c*) podgnykowe, nie należą właściwie bezpośrednio do zakresu operacyjnego i wyjmowane zazwyczaj nie bywają.

Niektórzy operatorowie odsłaniają atoli i te okolice i wyjmują gruczoły dolnego piętra, zwłaszcza zaś gruczoły karkowe. Zabieg staje się wówczas bardzo ciężkim — a nadmienić należy, że i zwykłe odsłonięcie pierwszego piętra jest zabiegiem dla starszych osób poważnym. Dlatego też mowca ogranicza się do odsłaniania i usuwania gruczołów piętra pierwszego i nieoddziela płatu skórnego nigdy poniżej krtani. Operuje z reguły w znieczuleniu miejscowem, ale i tak śmiertelność operowanych dochodzi do 6%, z którą to liczbą zawsze liczyć się musimy.

2) Kol. H i n z e przedstawia **pokazy anatomo-patologiczne:**

a) **7 wyrostków robaczkowych**, usuniętych w drodze chirurgicznej. Większość zawiera kamienie kałowe i powierzchowne owrzodzenia. Operowani zdrowi;

b) **worek wielkości głowy dorosłego mężczyzny wypełniony krwią płynną.** Ściany worka dochodzą do grubości 1 cm. Pochodzi on z operacji ciąży zamacicznej pękniętej i otorbionej, trwającej już około roku! Chora wyleczona;

c) **Macicę wraz z przydatkami zmienionemi zapalnie i zropiałymi.** Chora po zabiegu już w okresie uzdrowienia dostała ostrego szału delirium alcoholicum (?) i zmarła na upadek sił.

3) Kol. F e l d m a u s omówił: **Wyniki stosowania wstrzyknięć jatrenowych przy chorobach przewlekłych i ostrych.**

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 4. lutego 1925.

Przewodniczący Kol. K. O p o c z y ń s k i, sekretarz Kol. E. Czarnecki.

Obecnych 85 osób, w tej liczbie 40 członków T-wa.

1) Odczytanie protokołu z dnia 21 stycznia r. b.

2) Kol. A. K a r n i c k i: Pokaz makroskopowego **preparatu ciąży w dodatkowym rogu macicy w postaci zaśniadu gronlastego.** Takie umiejscowienie ciąży, jak również zmiany zaszłe w jaju płodowem, są rzadkie. U chorej przed dwoma miesiącami bóle w dole brzucha. Menses spóźnione o 6 tygodni. Ogólny stan bardzo dobry. Badanie ginekologiczne pozwalało przypuszczać ciążę pozamaciczną wobec zwiększonej nieco macicy i niewyraźnego guza wielkości greckiego orzecha po stronie prawej, lecz brak danych decydujących nieupoważniał do zabiegów czynnych. Chorej polecono wówczas stawić się powtórnie za dwa tygodnie; jednak chora zgłosiła się do szpitala kolejowego i wstąpiła dopiero po dwóch miesiącach. Ogólny stan dobry. Badanie ginekologiczne: wyczuwa się wielki guz wielkości główki noworodka. Granice macicy nie dają się dokładnie określić. Prawa strona guza ma spoistość bardziej miękką, aniżeli lewa; guz nieruchomy; w tylnym Douglas'ie płynu się nie wyczuwa. Badanie przez powłoki brzuszne wykazuje guz o spo-

istości niewyraźnej, nieruchomej, w jamie brzusznej wolnego płynu niema. Wobec wyraźnego powiększenia się guza — operacja. Zwykłem podłużnem cięciem otwarto jamę brzuszną, której dolna część była wypełniona guzem zrośniętym z siecią, jelitami i otrzewną; przydatki lewostronne normalne, natomiast po stronie prawej guz wypełniał całą miednicę, mając widoczną skłonność do rozrostu międzylistkowego (śródwięzadłowego). Wobec bliskiego kontaktu guza z macicą postanowiono usunąć guz wraz z macicą. Gdy w czasie podwiązywania część guza pękła, okazało się, że wewnątrz zawiera on zaśniad groniasty i że cały guz jest ciążą w dodatkowym rogu macicy, za tem, że to jest ciąża w rogu macicznym a nie w trąbce, przemawiało położenie więzadła obłego, które odchodziło wyraźnie na zewnątrz od guza, a więc guz był pochodzenia macicznego. Przypuszczenie, że jest to ciąża w samej ściance macicy, t. zw. *interstitialis* lub *intramuralis*, było wątpliwem, ponieważ w przypadkach podobnej ciąży, guz ma dążność rozrostu ku górze, a nie w bok, a lig. rotundum najczęściej odchodzi poniżej guza, a nie na zewnątrz. Decydujące słowo, co do umiejscowienia ciąży można będzie wypowiedzieć dopiero po przeprowadzeniu anatomo-patologicznego badania ścianek guza i trąbki. Przypadek ten może nadto zainteresować tem, że ciąża była w formie zaśniadu groniastego. Jeżeli zaśniad groniasty wogóle nie należy do zjawisk codziennych, to tem bardziej można to powiedzieć w stosunku do ciąży pozamacicznej, co już należy do rzadkości.

Dyskusja: Kol. S. S i e n g a l e w i c z podczas sekcji stwierdził zaśniad groniasty, który przeżarł ściankę macicy i był umiejscowiony wśródmiąższowo. Piśmiennictwo odnośne jest bardzo ubogie.

3) Kol. S c h i l l i n g - S i e n g a l e w i c z wygłosił rzecz p. t.: **Kilka uwag o nowszych poglądach w chemoterapji.** Określiwszy pojęcie i podstawy teoretyczne, na jakich dotychczas opierała się chemoterapja, S. omawia następnie ze stanowiska doświadczalnego mechanizm działania atoxylu, salwarsanu, preparatów srebra i bizmutu, jak również działanie nowego środka »Bayer 205«, który znalazł rozległe i bardzo skuteczne zastosowanie w chorobach zakaźnych, wywoływanych przez trypanosomy. Wszystkie używane dotychczas związki chemiczne w chemoterapji, jak badania doświadczalne wykazują, nie posiadają bezpośrednie parasytotropowego działa na drobnoustroje. Teorja łańcuchów bocznych Ehrlicha która powołała chemoterapję do życia, nie jest dziś wystarczającą do wytłumaczenia wielu zjawisk z zakresu tej dziedziny. Działanie środków, używanych w chemoterapji, zależne jest, jak to wykazują doświadczenia Dale i Widala, raczej od ich własności fizykalnych, aniżeli od ich budowy chemicznej. Na podstawie badań Dala, Morgenrotha, Lewaditiego i własnych prelegent dochodzi do wniosku, że:

1) środki chemoterapeutyczne działają drogą pośrednią przez pobudzenie komórek ustroju po żywszej przemiany materji, wśród której znajdują się też przeciwciała, działające na drobnoustroje.

2) Środki chemoterapeutyczne zmieniają stany kolloidalne krwi i tkanek, wskutek czego powstają tego rodzaju fizykalne właściwości środowiska, że w niem drobnoustroje nie mogą się rozwijać.

Mowca podkreśla, że rozwój chemji fizykalnej otwiera szerokie pole dla fizjologji, patologji i toksykologji i że już nawet dziś badania w tym kierunku dozwalają nam głębiej wniknąć w istotę mechanizmu niektórych zatruć (streszcz. własne).

Dyskusja: W ożywionej dyskusji głos zabierają koledzy: J. S z m u r ł o, St. T r z e b i ń s k i i K. O p o c z y ń s k i.

Mowca w odpowiedzi potwierdził okoliczność, poruszoną przez innych, a dotyczącą powstawania we krwi zwierząt, którym stosowano preparat Bayer 205 wybitnej leukocytozy, która zazwyczaj trwała 4—5 dni mimo, że obraz kliniczny u tych zwierząt przebiegał pod postacią szoku anafilaktycznego. Zmiany w układzie kolloidów krwi dadzą się sprowadzić do dwu wyraźnie występujących stanów: z jednej strony tworzenie się większych zkupień, konglomeratów, z drugiej zaś rozproszenia postaci drogi mlecznej; stwierdzono również zatamowanie ruchu Brownowskiego. W sprawie odkładania się, czy też nieodkładania się preparatów arszenikowych w tkankach, mówi prelegent, że salwarsan działa główkie jako ciało kolloidalne, nie wywierając przytem wyraźnego działania w kierunku drobnoustrojów. Kol. M. E i g e r: Nauka o kolloidach zapewne wywoła zwrot w biologji, w pierwszym zaś rzędzie w medycynie, stan bowiem ustroju ludzkiego jest przeważnie stanem kolloidalnem. Doświadczeniom Dala i Siengalewicza z wymoczkami możnaby zarzucić, że przeprowadzono je w nastojach siana, nie zaś we krwi, co zasadniczo zmienia charakter eksperymentu. Kol. S. S i e n g a l e w i c z w odpowiedzi na ostatnią uwagę stwierdza, że nastój siana jest środowiskiem normalnem dla wymoczków.

W dyskusji zabierali głos jeszcze: kol. A. M i k u l s k i, E. C z a r n e c k i i K. R y m a s z e w s k i.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Opinja zawezy asekuracyjnego w sprawie ubezpieczenia pensyjnego.

Przedstawiony przez Obwód sanocki Związku Lekarzy Państwa Polskiego sposób rozwiązania kwestji ubezpieczenia pensyjnego lekarzy wydaje się bardzo prosty i zapewniający korzyści wdowom i sierotom po lekarzach takie, jakieby trudno było zapewnić w sposób powszechnie praktykowany w ubezpieczeniu pensyjnem. Czy posiada on jednakże podstawy realne? Ten moment podstawowy, który powinien stanowić punt wyjścia przy układaniu projektu został w zupełności pominięty. Cała finansowa podstawa projektu streszcza się w paru słowach, że należy zliczyć wdowy i sieroty po lekarzach i ustanowić wkładkę, a następnie czynić to samo w każdym następnym roku. Jaką kwotę ta wkładka będzie wynosić i czy będzie możliwą do opłacania także przez lekarzy, którzy znajdują się w mniej korzystnych warunkach materjalnych, tego w projekcie nie uwzględniono. Czy wkładka opłacana zapewni wdowom i sierotom po tych, którzy ją będą przez szereg lat opłacali, w przyszłości możność korzystania ze świadczeń, oraz czy zapewni na przyszłość świadczenia tym, którym już zostały przyznane, to również zostało milczeniem pominięte.

Projekt ten posiada nadto tą zasadniczą wadę, że lekarze niezdolni do pracy lub niebędący w możności pracować z powodu starości, są pozostawieni bez żadnego zaopatrzenia, tak oni, jak również ich rodziny.

Jeżeli się więc postawi tę kwestję zupełnie jasno, to projekt Obwodu Sanockiego przyznaje wdowom i sierotom po lekarzach z a o p a t r z e n i e (nie zabezpieczenie), które z roku na rok, a właściwie z miesiąca na miesiąc, będzie im wypłacane bez zapewnienia jednak, czy ta wypłata nie będzie znacznie zniżona. Jeszcze więcej wątpliwą jest speranda na zaopatrzenie dla rodzin tych członków, którzy na to zaopatrzenie opłacają wkładki. Wkładki opłacano przez lekarzy byłyby bowiem użyte nie na zebranie funduszu, na którym mają oprzeć się przyszłe prawa do świadczeń, lecz na wypłatę zaopatrzeń dla osób, które albo nie przyczyniły się zupełnie, albo też tylko w drobnej części do zebrania na ten cel środków. Przy ubezpieczeniu dzieje się zaś odwrotnie.

W projekcie nie zostały rozróżnione te dwa pojęcia: »zaopatrzenie« i »ubezpieczenie«. Zaopatrzenie, jako humanitarna akcja, przychodzi z pomocą natychmiast i nie bierze pod uwagę zupełnie, czy osoby, które przyczyniają się do tej akcji, będą miały podobne zaopatrzenie w przyszłości. Speranda tych osób może być tylko oparta na literze postanowienia i pewnem moralnem zobowiązaniu — zatem czysto formalne zabezpieczenie. Istotne zabezpieczenia sperand musi się oprzeć na rozporządzalnym na ten cel funduszu, a może się to dokonać tylko przy ubezpieczeniu. Korzystać z ubezpieczenia mogą tylko te osoby (względnie uprawnieni t. j. w tym wypadku członkowie rodzin), które w odpowiedniej mierze przyczyniły się do nagromadzenia funduszu.

Liczba lekarzy, którzy byliby obowiązani do opłacania wkładek, nie będzie nigdy stałą i przy zmianie stosunków społecznych może spaść do minimum. Wkładka przy takiem zaopatrzeniu jest bowiem zależna od ilości osób pobierających zaopatrzenie, zatem pośrednio od ilości lekarzy w przyszłości i od ilości osób opłacających wkładki t. j. ilości lekarzy w danym roku. Zwiększenie się wkładki może nawet bardzo znaczne, o ile stosunek wyżej przytoczony będzie wykazywał większą różnicę. Wkładka miesięczna będzie znaczna już przy obecnym stanie, jak poniżej wyszczególniono, gdyby zaś się jeszcze zwiększyła podwójnie lub potrójnie, ogół lekarzy nie byłby w stanie jej zapłacić i siłą faktu nastąpiłby upadek tego systemu zaopatrzenia. Wówczas wdowy i sieroty po lekarzach, którzy nawet przez kilkadziesiąt lat opłacali wkładki, pozostałyby bez żadnego zaopatrzenia.

Ta humanitarna akcja zaopatrzenia jest, jako taka, pod pewnemi względami także bezkrytyczna. Projektowane jest zaopatrzenie dla wszystkich wdów i uprawnionych sierót bez wyjątku, żyjących w chwili rozpoczęcia działalności kasy. Pomiędzy niemi są takie, które znajdują się w niedostatku, lecz są i bardzo zamożne. Dlaczegoż lekarz, znajdujący się w krytycznem położeniu materjalnem, ma powiększać zamożność bogatych wdów. Czy jest to wskazane jakiemikolwiek względami? Jednakże przyznawanie zaopatrzenia tylko wdowom i sierotom, będącym w niedostatku, byłoby dla nich upokarzające, gdyż zaopatrzenie w ten sposób przyznawane miałoby charakter jałmużny. Zatem systemu zaopatrzenia i z tego powodu nie można zalecać. Przy liczbie lekarzy 1200 należy się, skromnie licząc, spodziewać wdów około 300 i sierót około 250, które byłyby, według projektu sanockiego zaopatrzenia, uprawnione do pobierania świadczeń. Już dzisiaj bowiem Izba lwowska ma wdów 150, które się same zgłosiły, a którym udziela się wsparć, nie biorąc w rachubę powiatów zachodnich województwa lwowskiego, w ostatnich 2 latach przydzielonych do Izby lwowskiej.

Uwzględniając przyrost w ciągu roku wdów i sierót, oraz koszta administracji, należałoby ustanowić wkładkę, przypadającą do zapłacenia na każdego lekarza 120 zł. kwartalnie (300 × 300+220 × 120=120.000 : 1200=100+20 na administrację). Ponieważ liczba lekarzy się zwiększa, zatem i liczba wdów będzie corocznie w odpowiednim stosunku wzrastać. Przybytek będzie bowiem większy od ubytku wdów i sierót. Wkładka zatem na rok następny może pozostanie w tej samej wysokości, ale jest większe prawdopodobieństwo, że będzie podwyższona. Przy ustaleniu się liczby lekarzy, przez dłuższy okres czasu, uległaby wkładka bardzo małym odchyleniom od kwoty 120 zł. W razie zmniejszenia się liczby lekarzy, wkładka przez dłuższy okres

stale będzie wzrastać. Wzrost ten będzie większy, im większy będzie ubytek roczny liczby lekarzy, albowiem ten sam wydatek będzie rozłożony na mniejszą liczbę lekarzy.

Należy jednak pamiętać, że lekarze niezdolni do pracy i starzy nie są objęci tem zaopatrzeniem, zatem pozostaliby nadal bez środków do utrzymania, mimo opłacania tak znacznej wkładki.

Projekt zaopatrzenia proponowany przez O. S. Z. L. pomimo to, że jest bardzo prosty, jednakże jako zupełnie nierealny a nadto pod względem finansowym i społecznym nieodpowiedni — nie może być poważnie dyskutowany.

Autorzy protestu nawet nie zadali sobie trudu, aby zaznajomić się z systemem ubezpieczenia, opracowanym przez Izbę Lekarską; wskazują na to cyfry przytoczone w proteście. Mianowicie podają, że najwyższa pensja na starość, jaką lekarz mógłby otrzymać, opłacając wkładkę kwartalną zł. 180, wynosiłaby zł. 1500, a dla wdowy zł. 750. Sprawa ta przedstawia się odmiennie, bo pensja dla lekarza wyniosłaby w tym wypadku zł. 6000, zaś dla wdowy zł. 3000 rocznie. Jestto bardzo znamienne, że właśnie autorzy protestu podali świadczenia według najniższej wkładki, jako odpowiadające najwyższej wkładce. Czy w ten sposób winna być prowadzona rzeczowa krytyka? Zamilczano też świadczenia dla sierót, a przecież one przy powyższej wkładce wynoszą znaczną kwotę, bo po 5 letniem ubezpieczeniu zł. 400, zaś po 10 letniem zł. 600 rocznie dla jednej sieroty, gdy matka pobiera osobno pensję wdowią. Pensje dla sierót zupełnych są dwa razy wyższe.

Zarzut, że ubezpieczenie oparte na długoletniej kalkulacji, może być niebezpieczne, bo w razie dewaluacji uzbierany fundusz może zniknąć, oparty jest na stosunkach z niedawnej przeszłości. Obroną przeciw tej możliwości jest odpowiednia lokata funduszu. Jako przykład na to może posłużyć Zakład Pensyjny we Lwowie, który zachował prawie cały majątek, oprócz tej części, którą zmuszony był na mocy ustawy lokować w papierach wartościowych państwowych. Fundusz lekarzy nie podlega tym przepisom ustawowym. Obawy przed dewaluacją należy uważać obecnie za nieusprawiedliwione, bo brak im uzasadnionej podstawy. Instytucje finansowe, handlowe i przemysłowe nie biorą dziś już sprawy dewaluacji pod uwagę. Lekarze nie mogą stanowić w tym wypadku wyjątku. Od zarzutu dewaluacji zresztą nie jest wolny projekt sanocki. Bo, jeżeli weźmiemy pod uwagę stosunki lat ostatnich, to kalkulacja była tylko możliwą z dnia na dzień a nigdy na rok.

Co do wkładek, należy w końcu zauważyć, że dyskutowany jest obecnie bardzo poważnie stosunek ich do świadczeń. Doświadczenia Zakładów pensyjnych ostatnich kilkunastu lat okazały, że przy ustalaniu wkładek postąpiono za ostrożnie, zatem obniżenie ich jest kwestją tylko czasu. Jeżeli w ubezpieczeniu ustawowem pensyjnem zostanie ta sprawa definitywnie rozstrzygniętą, nie będzie nic stało na przeszkodzie, aby Izba Lekarska postąpiła w ten sam sposób, względnie, pozostawiając tę samą wkładkę, podwyższyła w odpowiednim stosunku świadczenia. Obecnie unormowana kwota wkładki obejmuje także świadczenia dla samych lekarzy, nietylko dla rodzin. Gdyby te świadczenia pominięto, jak to uczynili autorzy protestu, wkładka na świadczenia tylko dla wdów i sierót byłaby o 50% niższa.

Przez odpowiednią zmianę statutu emerytalnego możnaby zezwolić, aby przyznane świadczenia mogły być wypłacane jednorazowo w wysokości ich wartości kapitałowej. Mogłoby to być stosowane n. p. w takich przypadkach, gdy dana osoba byłaby w możności za pomocą wypłaconej jej gotówki stworzyć sobie dogodniejsze warunki bytu, niż przy wypłaconej jej miesięcznie pensji. Gotówka wypłacona jednorazowo byłaby dość znaczna. N. p. wdowa 30-letnia zamiast zł. 100 pensji rocznej mogłaby otrzymać odprawę jednorazową zł. 18,000, 35-letnia zł. 17,150, 40-letnia zł. 15,100, 45-letnia zł. 14,880, 50-letnia zł. 13,400.

Ubezpieczenie zapomogi pogrzebowej.

Projektowany przez autorów protestu sposób zabezpieczenia zapomogi pogrzebowej opiera się na tych samych zasadach, na jakich opierają zaopatrzenie dla wdów i sierót. Zatem te same zarzuty odnoszą się również do tego zabezpieczenia. Przeciętna śmiertelność, przyjęta w proteście na 10 rocznie, zapewne przez samych autorów nie była poważnie traktowana. Według danych statystycznych na 1200 osób w wieku 30 lat umiera w ciągu roku 11 osób, w wieku 40 lat 14 osób, w wieku 50 lat 23 osoby, w wieku 65 lat 61 osób. Trudnem do zrozumienia wydaje się, aby śmiertelność u lekarzy była tak znacznie różną, niż u ogółu ludzkości, musimy zatem przyjąć śmiertelność znacznie większą. Wykazy Izby wschodnio-galicyjskiej przy liczbie 700—800 lekarzy dawały 20 przypadków śmierci rocznie, a więc 25 na tysiąc. Dużą wadą tego systemu w tym właśnie wypadku jest równa wkładka bez względu na wiek, w jakim lekarz zaczyna opłacać wkładki na zapomogę pogrzebową. Bez specjalnego wykazywania rachunkowego, lecz na pierwszy rzut oka, okazuje się ten system niesprawiedliwy. Lekarz w wieku 30 lat opłaca te same wkładki, jak i lekarz, który dopiero w wieku 50 lat lub później rozpoczął opłatę wkładek. Według systemu ubezpieczenia (nie zaopatrzenia) wkładka dla pierwszego (30 lat) winna być dwa razy niższa. I to jest zupełnie sprawiedliwe, bo jest spodziewane, że lekarz 20-letni będzie dwa razy dłużej opłacał wkładki, niż lekarz 50-letni. Korzystają w ten sposób opieszali, rozpoczynając opłatę wkładek w późnym wieku, bo brakujące kwoty wpłacają za nich młodsi lekarze, którzy w wcześniejszym wieku rozpoczęli opłacać wkładki. Zatem opieszałość względnie niechęć do wnoszenia wkładek, poparta jest wzajemnością. Podobną jednak wzajemność trudno uznać za logiczną.

We Lwowie, dnia 8 marca 1926.

Józef Toborski
odp. technik asekuracyjnego Zakładu pensyjnego.

* * *

Do powyższej oceny znawcy atekuracyjnego Zarząd Izby dodaje następujące uwagi:

Projekt sanocki bierze pod uwagę najmniej korzystne wypadki i ilustruje je cyframi fałszywemi in minus. I tak n. p., mówiąc o 15-letniem należeniu do kasy, oblicza zapotrzebowanie emerytalne lekarza na 360 zł rocznie, zamiast faktycznych 600 zł, zaopatrzenie wdowie 180 zł. zamiast 300 zł i zamilcza o zaopatrzeniu sierót.

Regulamin Kasy Izbowej nie jest oparty na kombinacjach laików, ale na ustawie o ubezpieczeniu urzędników prywatnych i na ścisłych obliczeniach matematycznych, stanowiących podstawy ubezpieczeń pensyjnych. Wszystkie one przewidują conajmniej 5-cioletni (u urzędników państwowych nawet 10 letni) okres wyczekiwania, i przyznają pełne pobory emerytalne dopiero po 40 (urzędników państwowych po 35) latach służby. W realnych ubezpieczeniach pobory emerytalne pozostają zawsze w stosunku do ilości i wysokości wpłat osób ubezpieczonych, niesprawiedliwie zaś byłoby wypłacanie równych świadczeń osobom, które wniosły bardzo nierówne sumy do funduszu emerytalnego, więc n. p. ubezpieczonemu przez rok jeden taką samą sumę, jak ubezpieczonemu przez lat 30. Tę różnicę pokrywaliby ci ubezpieczeni, którzy dłużej opłacali wkładki t. j. młodsi.

Według regulaminu, obowiązującego w Kasie emerytalnej Izby, wypada rocznie:

Warunki świadczenia	po 5-ciu latach	po 10-ciu latach	po 15-tu latach
W razie niezdolności do zarobkowania . .	300—1200	450—1800	600—2400
po wkupieniu 5 lat	450—1800	600—2400	750—3000
Zaopatrzenie wdowie	150—600	225—900	300—1200
po wkupieniu 5 lat	225—900	300—1200	375—1500
Zaopatrzenie sieroce	100—400	150—600	200—800
po wkupieniu 5 lat	150—600	200—800	250—1000

Co do rzekomego zagrożenia funduszu emerytalnego przez wielokrotność ubezpieczenia, Zarząd stwierdza, że obawy te są bezpodstawne, gdyż postanowienia co do wielokrotności opierają się również na ocenie fachowej.

Obciążenie ubezpieczonych, według regulaminu, wynosi rocznie minimalnie 212 zł. (32. Kasa chorych, 180 emer.)
maksymalnie 880 zł. (160 » » 820 »).

Według projektu Kolegów sanockich, którym nie jest objęte ubezpieczenie inwalidzkie i emerytalne, przypada rocznie:

Na Kasę pogrzebową (25 pogrzebów)	75 zł., z czego	25 zł. na administr.
Wdowy i sieroty według wzoru sanockiego i obliczenia matematyka (300 wdów i 250 sierót)	600 »	200 » »
Kasa chorych według projektu sanockiego	90 »	30 » »
Razem	765 zł.	

Nie uwzględniono opłaty członkowskiej Związku i opłaty wstępnego ze względu na wyższy wiek.

Tak się przedstawiają opłaty w pierwszym roku istnienia ubezpieczenia, które ponosi tak lekarz, rozpoczynający praktykę, jak i lekarz w późniejszym wieku, mający praktykę rozleglejszą.

W następnych latach opłatę nie zwiększa z powodu prawdopodobnego przyrostu wdów i sierót.

Stawki mogą być ciągle równe tylko wtedy, jeżeli liczba lekarzy będzie stała, a roczny przyrost wdów i sierót równy rocznemu ubytkowi tychże.

Przy maksymalnych opłatach, jakie przewiduje regulamin Izby (880 zł. rocznie), emerytura dochodzi do 6000 zł., zao-

patrzenie wdowie do 3.000 zł., a zaopatrzenie sieroce do 2000 zł. podczas gdy według, wzoru sanockiego, emerytury nic będzie wcale, wdowa otrzyma zawsze 1200 zł., a sierota 480 zł.

Izba Lekarska w Krakowie.

Posiedzenie Rady Izby w dniu 13. stycznia 1925 r.

Dokończenie.

Po odczytaniu sprawozdanie przyjęto.

3. Skarbnik przedkłada sprawozdanie kasowe, oraz zestawienie roczne rachunków Izby Lekarskiej za r. 1924, według którego dochody wynoszą 9.637 Zł 09 gr a rozchody 5.991 Zł 84 gr; pozostaje saldo 3.645 Zł 25 gr. — Przyjęto.

4. Imieniem Komisji Rewizyjnej zdaje sprawę Dr. Schneider; Komisja Rewizyjna zbadała wszystkie książki oraz dowody kasowe, znalazła je w zupełnym porządku i stwierdziła zgodność. Wnosi przyjęcie zamknięcia rachunkowego do zatwierdzającej wiadomości i udzielenie absolutorjum, oraz podziękowanie skarbnikowi za bardzo dokładne i przejrzyste prowadzenie ksiąg i rachunków. — Uchwalono jednogłośnie.

5. Skarbnik przedstawia budżet na rok 1925. Oznajmia, że obciążenie budżetu na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej wyniesie w tym roku około 3·50 Zł od członka. Mimo zwiększenia przez to wydatków, Zarząd proponuje oznaczenie opłaty na rok 1925 w wysokości dotychczasowej t. j. 12 Zł. Po wyczerpującej dyskusji na wniosek dra Ciechanowskiego uchwalono podnieść opłatę do kwoty 15 Zł rocznie, płatnych jednorazowo najpóźniej do dnia 1. lipca 1925, po tym terminie zaległe opłaty mają być ściągnięte w drodze egzekucji administracyjnej.

6. Przewodniczący zarządza wybory uzupełniające do Zarządu. W miejsce ustępujących dra Wałęzyńskiego, Wrześniowskiego i Piątkowskiego wybrano Wrześniowskiego (28 głosów) — Zakrzewskiego (23 głosów) — Żydłowicza (16 głosów).

7. Przewodniczący zarządza wybory uzupełniające do Sądu Izby Lekarskiej. W miejsce ustępujących: prof. dra Ciechanowskiego, Maciąga, Woyciechowskiego, Walczyńskiego, Zbiegniewicza, Zieleniewskiego, Glassnera, Stahra, Artwińskiego, Okuszki wybrano ponownie tych samych jednogłośnie.

8. Z powodu zdekompletowania zastępców członków Sądu Izby Lekarskiej wybrano na zastępców: Blassberga, Ciećkiewicza, Wodnieckiego.

9. W sprawie wprowadzenia cennika poborów lekarskich, o którym mowa w artykule 21 ustawy z dnia 2. grudnia 1921 o praktyce lekarskiej, po dyskusji Rada Izby oświadczyła się stanowczo przeciw wprowadzeniu powszechnego cennika poborów lekarskich.

10. W sprawie opłat, jakie mają uiszczać lekarze kąpielowi, należący do innej Izby Lekarskiej, a praktykujący sezonowo w okręgu tutejszej Izby, przewodniczący przedstawia różnicę zdań między Zarządem tutejszej Izby, a Zarządem Izby Lekarskiej Lwowskiej, wyjaśniając stanowisko jednego i drugiego Zarządu. Rada uchwaliła, że lekarze kąpielowi, praktykujący w okręgu tutejszej Izby, mają uiszczać pełną opłatę roczną, pomimo, że należą do innej Izby, w której już opłacają wkładki. Rada Izby Lekarskiej wychodzi z założenia, że obowiązek tych lekarzy dostosowania się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów rozciąga się również na kwestję opłat, a Radzie Izby przysługuje prawo nakładania ciężarów na wszystkich lekarzy, praktykujących w jej okręgu, choćby nie byli członkami tutejszej Izby Lekarskiej.

11. Na wniosek Zarządu Rada Izby uchwala zaskarżyć do Najwyższego Trybunału Administracyjnego z powodu naruszenia ustawy orzeczenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, znoszące uchwałę Zarządu Izby Lekarskiej co do ostrzeżenia dra Typrowicza przed przyjęciem posady lekarza więziennego w Krakowie.

Rada Izby oświadcza ponadto zasadniczo, że »*licitatio in minus*« przy ubieganiu się o posady, choćby państwowe, mieści w sobie bardzo często znamiona uchybienia godności stanu lekarskiego. W wątpliwych przypadkach winni lekarze zwracać się o opinję do Izby lekarskiej, jako jedynej władzy, powołanej ustawowo do strzeżenia godności stanu (art. 1. a. ustawy o Izbach lekarskich) i wydawania ważnych orzeczeń w tym kierunku.

12. Zarząd Izby przedstawia projekt przepisów normujących ogłaszania się lekarzy. Rada Izby uchwala przepisy te w następującem brzmieniu:

§ 1.

Ogłoszenie lekarza w dziennikach może zawierać tylko imię i nazwisko, stopień naukowy (Doktór, Profesor, Docent), stanowisko szpitalne (Prymarjusz, Ordynator, Sekundarjusz, Asystent i t. p. z podaniem właściwego szpitala), specjalność w najogólniejszem określeniu (por. § 9), adres lokalu ordynacyjnego, godziny przyjęć, numer telefonu, oraz wyrazy: »osiedlił się« — »powrócił« — »przeprowadził się« — »wyjechał« — wznowił przyjęcia chorych i t. p.

§ 2.

Ogłoszenia w dziennikach nie powinny nosić cech reklamy.

§ 3.

Ogłoszenia w dziennikach o osiedleniu się, rozpoczęciu lub rozszerzeniu praktyki, zawiadomienia o zmianie mieszkania, wyjeździe, powrocie lub wznowieniu przyjęć po czterotygodniowej co najmniej nieobecności lub chorobie — mogą być umieszczane w dziennikach miejscowych po trzy razy równocześnie.

§ 4.

Ogłoszenia w zawodowych pismach lekarskich dopuszczalne są bez żadnego ograniczenia co do ilości, a co do treści na odpowiedzialność redakcji.

§ 5.

Pomieszczanie nazwisk lekarzy w ogłoszeniach i drukach farmaceutycznych o środkach lekarskich jest niedopuszczalnem.

§ 6.

Ogłaszanie listów dziękczynnych od chorych do lekarzy jest bezwzględnie wzbronionem.

§ 7.

Ogłoszenia o lecznicach, domach zdrowia i t. p., podlegają przepisom ogólnym o przedsiębiorstwach przemysłowych z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniach tych nie były wymieniane nazwiska lekarzy.

§ 8.

Używanie tytułów, mogących w jakikolwiek sposób wprowadzić czytającą publiczność w błąd lub w wątpliwość, jest bezwzględnie wzbronionem i to tak w ogłoszeniach wszelkiego rodzaju, jak i na blankietach receptowych. Profesorowie, docenci i asystenci Uniwersytetów tedy mogą używać swego tytułu bez żadnego dodatku tylko wówczas, jeżeli są profesorami, względnie docentami tej właśnie specjalności, w której wykonują praktykę — w przeciwnym razie mogą używać tytułu profesora, docenta lub asystenta jedynie przy pełnem wymienieniu wykładanego przedmiotu. Lekarze, piastujący stanowiska szpitalne, mogą używać tytułów, tylko z równoczesnem podaniem szpitala (§ 1)*).

§ 9.

W ogłoszeniach tak po dziennikach i na tablicach w domu, jakoteż na blankietach receptowych, nie wolno szczegółowo wymieniać leczonych form chorobowych ani też wymieniać wskazań leczniczych, a poprzestać należy jedynie na najogólniejszem określeniu specjalności w sposób w klinikach używany (n. p. choroby wewnętrzne, kobiece, nosa, gardła i uszu, nerwowe i umysłowe i t. p.).

§ 10.

Od ulicy przy wejściu do domu mogą być umieszczane skromne tabliczki z wymienieniem imienia, nazwiska, tytułu, specjalności i godzin przyjęcia — podobne tabliczki wolno zawiesić także i wewnątrz domu, mieszczącego lokal ordynacyjny. Natomiast umieszczanie tego rodzaju tablic z jakiemikolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w miejscach i lokalach publicznych, jest bezwzględnie wzbronionem.

Treść ogłoszeń na tablicach w domu lub na domu mieszczącym lokal ordynacyjny lekarza nie może w żadnym razie przekraczać zasad ustalonych w §§ 1, 8 i 9 niniejszych przepisów.

§ 11.

Przepisy niniejsze obowiązują z dniem ich ogłoszenia, a wszelkie przekroczenia tych przepisów, jako uchybienia godności stanu lekarskiego, oddawane będą Sądowi Izby Lekarskiej w Krakowie do dyscyplinarnego dochodzenia.

13. Na wniosek Zarządu Rada Izby jednogłośną uchwałą udziela Zarządowi upoważnienia do załatwiania następujących spraw, leżących w kompetencji Rady na przeciąg roku:

a) spraw, odnoszących się do strzeżenia godności stanu;
b) udzielania zapomóg w przypadkach uwzględnienia godnych.

14. W sprawie używania rozmaitych tytułów po dłuższej i ożywionej dyskusji Rada Izby uchwala, że prawo przyjmowania i używania tytułu prymarjuszów, wiceprymarjuszów, ordynatorów, konsulentów i t. p. przy niedostatecznem uposażeniu takiego stanowiska, zależnem jest w każdym konkretnym przypadku od pozwolenia Zarządu Izby Lekarskiej.

15. Dr. Ciechanowski proponuje, by wziąć pod rozwagę sprawę ubezpieczenia lekarzy na sposób, jak to uczyniono w Izbie Lwowskiej.

16. Dr. Wróblewski wyraża życzenie, by Zarząd Izby przygotował zasady, podług których należałoby zaprowadzić Kasę pogrzebową dla członków tutejszej Izby.

17. Dr. Wróblewski omawia mające się odbyć w roku bieżącym wybory do Rady Izby Lekarskiej i żąda, aby drogą regulaminu zapewniono lekarzom Województwa Kieleckiego proporcjonalnie należną liczbę mandatów do Rady.

---

*) Prawo przyjmowania i używania tytułów Prymarjuszów, Wiceprymarjuszów, Ordynarjuszów, konsulentów i t. p. przy niedostatecznem uposażeniu takiego stanowiska — zależnem jest w każdym konkretnym przypadku od pozwolenia Zarządu Izby Lekarskiej. (Uchwała Rady Izby Lekarskiej z dnia 13. stycznia 1925 roku).

Nr. 12. 22. marca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Poznań.

W sprawie kliniki i epidemjologji duru brzusznego okresów wojennego i powojennego.

(Z Zakładu bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego. Dyrektor: Prof. dr. L. Padlewski).

Okresy wojny i wstrząśnień społecznych zwykle stwarzały warunki sprzyjające powstawaniu oraz rozszerzeniu rozmaitych spraw zakaźnych, przybierających niekiedy cechy niezwykłe. Na tem miejscu zamierzam rozejrzeć się w przebiegu i epidemjologji duru brzusznego w okresie wojennym i powojennym. Wojny ubiegłego stulecia wykazały doniosłe znaczenie epidemij duru brzusznego w okresie działań wojennych; w wojnach anglo-burskiej, amerykańsko-hiszpańskiej, francusko-pruskiej armie wojujące obliczały zachorzenia durowe na dziesiątki tysięcy, a na tysiące zgony (Carcia).

Od początku stulecia bieżącego prace Wright'a wysunęły na szerszą widownię sprawę teoretycznie uzasadnionych szczepień ochronnych, stosowanych początkowo w wąskim zakresie; szczepienia dokonane (r. 1906) w oddziałach wojskowych niemieckich w Afryce południowo-zachodniej (Kuhn Ph.) znakomicie obniżyły zapadalność oraz oddziałały dodatnio na przebieg kliniczny łagodząc objawy i obniżając % śmiertelności.

Dopiero wojna ostatnia nagromadziła wyjątkowo wielki materjał i dowiodła z pewnością nie ulegającą żadnej wątpliwości olbrzymie znaczenie szczepień ochronnych jako zabiegu zapobiegawczego. Wykazał to wielki materjał cyfrowy statystyczno-epidemjologiczny armij walczących. Tak, Carcia podaje wymowną statystykę duru brzusznego w armji francuskiej za czas wojny:

	zachorowało	zmarło	(co stanowi
XI. 1914 do IV. 1915	58.014	7,013	(12%)
V. 1915 » X 1915	29.604	1,151	(3,9%)
XI. 1915 » IV. 1916	12.043	302	(2,5%)
V. 1916 » X. 1916	5.628	308	(5,5%)
XI. 1916 « IV. 1917	2 048	129	(6%)

Gdy w tej statystyce pierwsze miesiące wojny dają wielkie cyfry zachorowań i śmiertelności, dalsze półrocza stale wykazują znaczne obniżenie zachorowań oraz niższy odsetek zgonów.

Statystyka zachodniego frontu armji rosyjskiej z roku 1915—1916 wykazując obniżenie ilościowe zachorowań u żołnierzy, jednocześnie wykazała wzmożenie u oficerów; chodziło w tym przypadku o przymusowe stosowanie szczepień u żołnierzy, gdy oficerowie, nie podlegając temu przymusowi, od szczepień się uchylali. U żołnierzy cyfra zachorowań obliczona na 10.000 osób z 16 obniżyła się po szczepieniach na 6, pozostając bez zmiany u oficerów – 8 (na 10.000) przed i po szczepieniach (Padlewski i Winokurow). Ci sami autorzy na podstawie 584 przypadków duru brzusznego stwierdzają, że 81% takowych przypada na osoby nie szczepione.

Wszystkie armje z okresu wojny ostatniej posiadają cyfry podobne podanym wyżej. Dur brzuszny po systematycznem zastosowaniu szczepień ochronnych nie występował już jako choroba epidemiczna.

Nadto liczne spostrzeżenia z okresu wojny, zajmujące się przebiegiem duru brzusznego u osób poprzednio szczepionych, niemal jednogłośnie uznają dodatnie oddziaływanie szczepień w tym względzie; zaledwo pojedyncze głosy (n. p. Freund) temu zaprzeczają, wytykając cięższy przebieg i większą śmiertelność u szczepionych.

Dur brzuszny u osób szczepionych nabiera niekiedy cechy dlań niezwykłe, zniekształcając w stopniu większym lub mniejszym klasyczny typ przebiegu. To też niektórzy autorzy podając możliwe przejawy kliniczne tych postaci duru posuwają się niekiedy za daleko, jak n. p. Oeller traktujący gorączkę wołyńską jako wypaczoną postać duru brzusznego po szczepieniach, lub Léwy udzielający swych spostrzeżeń nad poronnemi postaciami durowemi o długości 1—2 dni z niewielką gorączką, bólem głowy, nudnościami. Uwzględniając ogrom trudności w rozpoznawaniu duru brzusznego u osób szczepionych (o tem niżej) winniśmy takie poglądy i spostrzeżenia przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem.

Wpływ szczepień ochronnych na klinikę duru brzusznego miałem możność spostrzegać w r. 1919 w Saratowie u swoich współpracowników szczepionych przezemnie oraz regularnie z dnia na dzień obserwowanych od chwili zachorowania — chodziło o 6 przypadków zachorowań w wieku lat 18—25. Nie podając szczegółów zaznaczę podstawowe rysy sprawy chorobowej. Początek zachorzenia wypadał rozmaicie aczkolwiek przeważnie stopniowo z nasileniem stanu gorączkowego; najwyższą ciepłotę spostrzegałem w 6—9 dniu choroby, w 4 przyp. wyżej nad 40°, w dwóch innych — 39,7° i 39,0. Typ krzywej ciepłoty wyróżniał się brakiem szczytu (acme), ciepłota opadała, z wyjątkiem jednego przypadku (krytyczne zakończenie w 18 dniu), stopniowo. Okres trwania stanu gorączkowego wynosił 11, 13, 15, 15, 18 oraz w jednym przypadku, poprzedzonym przez przewlekłe zakażenie grypowe — 42 dni (trudno było ustalić początek sprawy durowej). Objawy podmiotowe wypadały naogół łagodnie, bóle głowy wystąpiły tylko w 3 przyp., stanu durowego (*status typhosus*) w żadnym przypadku nie było. Słabo zaznaczoną różyczkę spostrzegano we wszystkich przypadkach w 7—10 dniu choroby; powiększenie śledziony występowało wcześnie Co do czynności jelitowych, to rozwolnienie wystąpiło tylko w 2 przyp., zaś w innych przypadkach bądź zaparcie, bądź stolec prawidłowy. Należy zaznaczyć, że tylko trzej chorzy zachowywali obowiązujące przepisy djetetyczne, zaś reszta, z przyczyn natury zewnętrznej, odżywiała się nieodpowiednio (chleb razowy, śledzie, kartofle, kapusta i t. p.). Powikłań żadnych nie spostrzegałem. Zachorowanie na dur brzuszny nastąpiło po 1—5 miesiącach od szczepień ochronnych (3-krotnych — w 3 przypadkach i 2-krotnych w 3 przypadkach). Ścisłej współzależności przebiegu zakażenia i ilości szczepień dokonanych nie dało się dostrzec, gdyż niekiedy dur brzuszny po 2 szczepieniach wypadał łagodniej, niż po 3 szczepieniach. Objawy odczynowe po szczepieniach ochronnych u tych chorych miały typ prawidłowy.

Uogólniając objawy chorobowe przypadków powyższych stwierdzić należy, że wypadały one łagodniej w zestawieniu z przebiegiem prawidłowym duru. Brak lub nietypowość objawów duru brzusznego ogromnie utrudniała rozpoznawanie kliniczne. Tylko w 2 przyp. różyczka, rozwolnienie i wybitnie powiększona śledziona upoważniały do rozpoznania klinicznego, w innych czterech przypadkach należało przypuszczalne rozpoznanie duru brzusznego potwierdzić przez zastosowanie badania bakterjologicznego oraz serologicznego. To ostatnie jednakże, napotkało szereg trudności. Hodowe krwi na żółci we wszystkich przypadkach wypadły ujemnie. Badanie zaś serologiczne po szczepieniach ochronnych należy traktować ogromnie ostrożnie gdyż wypada ono u osób szczepionych stale dodatnio wykazując miano wyższe lub niższe (najczęściej do 1:600). Z tej więc racji dodatni odczyn zlepny posiada wartość rozpoznawczą wyłącznie wtedy, gdy przy badaniach powtórnych (przynajmniej 3 badania) miano podnosi się; miano niżej 1:600 w ciągu roku po szczepieniach ochronnych wartości rozpoznawczej nie posiada. W czterech moich spostrzeżeniach miałem stopniowe podnoszenie się miana ponad 1:1000, co wystarczało dla uzasadnienia rozpoznania; w dwu innych osiągnięto dodatni wynik bakterjologicznego badania kału.

Wracając do wartości rozpoznawczej posiewów krwi, które w moich przypadkach wypadły ujemnie, wynik ujemny należy prawdopodobnie traktować, jako skutek szybkiego uruchomienia niweczników, w przypadkach szczepionych ochronnie, natychmiast po zakażeniu. Fakt ten, zresztą kilkakrotnie zaznaczony (Hohlweg, Baumgärtel, Hünermann i i.) w durze brzusznym i schorzeniach paradurowych, należy zwykle mieć na uwadze, aby umieć należycie ocenić wynik ujemny posiewów krwi. Im dokładniej wykonano szczepienia ochronne oraz im bliższem jest badanie bakterjologiczne krwi do szczepień ochronnych, tem trudniej zwykle daje się osiągnąć wynik dodatni.

W stosunku do zachowania się bakterjomoczu nie posiadam własnego doświadczenia; Kayser na materjale wojennym podnosi znaczenie długotrwałego bakterjomoczu.

Tego rodzaju zmiany kliniki oraz epidemjologji duru brzusznego dotyczyły wyłącznie osób szczepionych, gdy jednocześnie ludność cywilna nieszczepiona, zwłaszcza kobiety, zapadała na dur brzuszny i przebywała go stosunkowo ciężej oraz z większą śmiertelnością.

Jeśli weźmiemy pod uwagę trudność rozpoznania klinicznego i bakterjologicznego duru brzusznego u osób szczepionych — będzie całkiem naturalnem, że te przypadki często pozostają nierozpoznanemi. W planowej i systematycznej walce z durem brzusznym ta okoliczność posiada olbrzymie znaczenie epidemjologiczne utrudniając wydzielanie chorych durowych oraz środków zapobiegających dalszemu szerzeniu się schorzeń.

Tak się przedstawiała sprawa w okresie stosowania szczepień ochronnych, inaczej — w okresie wojny.

Lecz minęła wojna. Przymus stosowania szczepień ochronnych upadł, upłynęło kilka lat życia w warunkach pokojowych. W chwili obecnej należy sobie zdać sprawę ze stanu obecnego zachorowań durowych oraz ustalić czy i w jakiej mierze uległa zmianie epidemjologja duru brzusznego w okresie powojennym.

W celu rozejrzenia się w tem zagadnieniu poddałem dokładnemu rozpatrzeniu materjał Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego za okres czasu 1921—1924 roku. W tym okresie Zakład bakterjologji wykonywując czynności epidemjologiczne badał nadsyłany przez lekarzy powiatowych i praktycznych materjał. Dane te różnią się zasadniczo od dat statystycznych ogólnie podawanych opartych zwykle na objawach klinicznych; cyfry niżej podane złożyły się wyłącznie z przypadków stwierdzonych bakterjologicznie lub serologicznie, posiadają przez to większą wartość dowodową. W obliczeniach niżej podanych nie chodziło mi o ustalenie cyfr absolutnych, lecz przedewszystkiem o odsetkowe przedstawienie typu epidemjologicznego lat ostatnich oraz sposobów ustalenia rozpoznawania w rozmaitych grupach ludności. Wytykając sobie, jako zadanie podstawowe, wyjaśnienie przebiegu epidemji dla osób szczepionych i nie szczepionych, z tego właśnie punktu widzenia traktowałem nagromadzony materjał.

W tabl. 1. podając ogólne cyfry przypadków duru brzusznego stwierdzonego bakterjologicznie (badanie krwi, kału lub moczu) lub serologicznie (miano odczynu Widal'a nie niżej 1:200) przez Zakład Bakterjologji U. P. za okres 1921—1924 podzieliłem je na grupy dążąc do wydzielenia osobników szczepionych. W tym celu, wychodząc z założenia iż ostatnim rocznikiem jaki w warunkach wojennych winien był odbyć obowiązkowe szczepienia ochronne przeciwdurowe był rocznik 1920, zaś najstarszymi byli powołani do służby wojskowej w z. 1914 mężczyźni w wieku lat 45, ustaliłem dla roku 1921 jako kontyngent szczepionych wszystkich mężczyzn od 20 do 52 roku życia i z każdym rokiem następnym dążąc do oddzielnego ujęcia osób szczepionych przesuwałem te granice wieku biorąc w r. 1922 wiek 21—53, w 1923 r. 22—54, w 1924 r. — 23—53. Wydzielając tę grupę i traktując ją jako grupę osobników szczepionych zdawałem sobie sprawę iż nie jest takie ujęcie zupełnie ścisłem, gdyż bez wątpienia nie wszystkie osobniki do tej grupy należące poddawały się szczepieniom ochronnym. Jednakże dążąc do statystycznego przedstawienia działania szczepień ochronnych zabezpieczałem się w ten sposób przed przecenianiem wniosków osiągniętych na tej drodze.

Oddzielnie w tabl. 1. podaję cyfry przypadków w wieku przed- i w wieku powyżej zaznaczonych granic grupy szczepionych mężczyzn, równolegle dzieląc odpowiednio materjał kobiecy. Osobno podałem cyfry dotyczące mężczyzn i kobiet, których wiek nie został ustalony wobec braku odpowiednich danych w załącznikach nadsyłanych przez lekarzy; z tych samych względów poza nawiasami zmuszony byłem pozostawić przypadki duru brzusznego (6 stwierdzonych bakterjologicznie + 9 przyp. stwierdzonych serologicznie) w których nie dało się ustalić płci chorych. Cyfry podane

Tablica 1.

Dur brzuszny w l. 1921—1924 w woj. Poznańskiem.

	Rozpoznanie bakterjologiczne, hodowle z krwi, moczu i kału									Rozpoznanie serologiczne (odczyn Widal'a)									Razem za rok
	Do 20 l. włącznie		21—55 l.		wyżej 55 l.		Wiek nieznany		Płeć nieznana	Do 20 l. włącznie		21—55 l.		wyżej 55 l.		Wiek nieznany		Płeć nieznana	
	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.		Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.		
1921 od 21. I. do 31. XII.	13	18	15	25	–	1	3	8	3	43	40	29	103	1	2	16	19	3	342
1922 od 1. I. do 29. IX.	8	9	2	10	—	—	4	20	2	19	28	18	33	1	—	7	12	—	173
1923 (cały)	16	12	4	20	—	1	6	—	—	34	29	11	27	1	2	6	17	3	194
1924 od 1. I. do 30. XI.	28	22	7	33	3	2	12	1	1	42	58	20	42	—	1	13	19	3	324
Razem	65	61	28	88	3	4	25	51	6	138	155	78	205	3	5	42	67	9	1033

z powodów niezależnych nie obejmowały części stycznia r. 1922.

Ogólna cyfra ustalonych przypadków za 1921—1924 l. l. stanowi 1033 w tem 382 mężczyzn (t. j. 37.5%) i 636 kobiet (62,5%) (odpadło 15 przypadków, w których nie ustalono płci chorych). Wynika z tego, że w okresie powojennym kobiety naogół chorują na dur brzuszny prawie dwa razy częściej od mężczyzn. Podział tych cyfr ogólnych mężczyzn i kobiet (za potrąceniem 200 przypadków, w których nie podano wieku chorych) na dwie grupy: grupę obejmującą wiek podlegający szczepieniom (w zaznaczonem wyżej znaczeniu) oraz grupę obejmującą wiek niepodlegający szczepieniom wykazuje (tabl. 2.),

Tablica 2.

Płeć	W wieku podlegającym szczepieniom 20—55 l.	W wieku nie podlegającym szczepieniom do l. i po 55 l.	Razem
Męż.	106=31,7%	209=68,3%	315
Kob.	293=56.8%	225=43,4%	518

że gdy mężczyźni szczepieni stanowią 31,7% chorych mężczyzn, nieszczepione kobiety w odpowiednim wieku — 56,6%. A więc, szczepienia ochronne obniżają zapadalność. Zestawiając wszystkich nieszczepionych (wszystkie kobiety i mężczyźni w wieku do 20 roku czyli 518+219=727) z cyfrą mężczyzn szczepionych (106 przyp.) ustalamy, że ci ostatni (mężczyźni w wieku 20—55 lat) stanowią znikomy stosunkowo odsetek t. j. 12,7% ogólnej ilości chorych durowych. Lecz i ta cyfra winna być uznaną z góry jako znacznie wyższa od istotnej jeżeli weźmiemy pod uwagę, że na 106 przyp. duru brzusznego u mężczyzn w wieku podlegającym szczepieniom ochronnym tylko w 28 (t. j. w 26,4%) rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości jako ustalone przez wyhodowanie szczepów durowych; resztę przypadków — 78 (t. j. 73,6%) rozpoznano serologicznie, a więc sposobem co do którego wartości rozpoznawczej wyżej zaznaczyłem zastrzeżenia; bez wątpienia znaczna część tych dodatnich odczynów Widal'a (brałem pod uwagę przy obliczaniu odczyny dodatnie w rozcieńczeniu nie niżej niż 1:200) była powodowana przez rozmaite inne sprawy zakaźne, uruchomiające niweczniki durowe; taki odczyn Widala może świadczyć tylko o przebytych szczepieniach ochronnych, nie zaś o zakażeniu durowem. W odniesieniu do tej sprawy Curschmann zaznacza, że w ciągu 3—4 lat po dokonanych szczepieniach zakażenie grypowe, durem osutkowym i i. może podnosić miano zlepne do 1:400. Wobec tego cyfrę 12,7% ogólnej liczby chorych przypadającą na mężczyzn w wieku podlegającym szczepieniom należałoby obniżyć gdyż obejmuje ona nietylko chorych durowych. Cyfra ta, gdyby się dało różniczkować indywidualnie przypadki dodatniego odczynu Widala u tej grupy osób, wypadłyby znacznie niżej. Z braku potrzebnych danych skorygować odpowiednio tych cyfr nie mogłem.

Poddając dokładnej analizie sposób ustalenia rozpoznawania — wzajemny stosunek dodatnich wyników badania bakterjologicznego i odczynu Widala stwierdzamy, że naogół biorąc u mężczyzn i kobiet wypada ten stosunek jednostajnie (tabl. 3.) nie zaznaczając różnicy wybitnej przy grupowaniu materjału według wieku (tabl. 4.). Podział wyników dodatnich u mężczyzn i kobiet na grupy (od 20—55 l. oraz do 20 i po 55 l.) wykazuje (tabl. 5.), z odsetek dodatnich wyników bakterjologicznych i serologicznych przypadający na każdą grupę odpowiada naogół odsetkowi zachorowań danej grupy podanemu na tabl. 2.

Tablica 3.

Płeć	Ilość przypadk.	Sposób rozpoznawania	
		Bakterjologiczny (hodowle)	Serologiczny (Widal)
M.	382	121=31,6%	261=68,4%
K.	636	204=32,0%	432=68,0%
Razem	1018	325=31,8%	693=68,2%

Tablica 4.

Płeć	Wiek	Ilość przyp.	Sposób rozpoznania	
			Bakterjologiczny (hodowle)	Serologiczny (Widal)
M.	20—55	106	28=26,4%	78=73,6%
K.		293	88=30,0%	205=70,0%
M.	do 20 i	209	68=32,0%	141=67,4%
K.	po 55	225	65=29,0%	160=71,0%

Jeśli teraz po rozejrzeniu się w cyfrach podanych wyciągniemy wnioski odpowiednie — przekonamy się, że w okresie powojennym, w sposób może nieco mniej wyraźnie zaznaczony niż w okresie wojennym, daje się ustalić działanie ochronne dawniej dokonanych szczepień ochronnych. Zaznacza się ono przez dwakroć mniejsze zachorowanie mężczyzn, przez znikomą ilość zachorowań przypadających na grupę ludności męskiej poddawanej szczepieniom przed laty. Przemawia to za doniosłem znaczeniem szczepień ochronnych durowych w profilaktyce duru brzusznego i za wybitnem ich oddziaływaniem na epidemjologję. Należy zwłaszcza podkreślić trwałość odporności nabytej po szczepieniach ochronnych odbytych przed 4 laty conajmniej (przeważnie więcej — do 7 lat). Nie posiadam odpowiednich cyfr z okresu przedwojennego, aby je można było porównać z cyframi lat ostatnich; jednakże przyjmując, że woj. Poznańskie dawniej dawało cyfry ustalone dla Prus za stałą przewagą mężczyzn (Abel) zaznaczy się różnica wybitna pod wyżej wytkniętemi względami (sto-

Tablica 5.

Płeć	Sposób rozpoznania					
	Ilość przypadk.	Bakterjologiczny (hodowle)		Ilość przypadk.	Serologiczny (Widal)	
		wiek 20—55 l.	do 20 i po 55		wiek 20—55 l.	do 20 i po 55 l.
Męż.	96	28=30,0%	68=70,0 /o	219	78=35,6%	141=64,4%
Kob.	153	88=57,5%	65=42,5%	365	205=56,2%	160=43,8%

sunek zachorowań mężczyzn do kobiet. % mężczyzn w wieku 20—55 l., częstość dodatniego badania bakterjologicznego).

Stosunek odsetkowy zachorowań mężczyzn do kobiet w okresie przedwojennym nie zawsze się przedstawia jednakowo; gdy jedni (Murchison, Schottmüller i i) stwierdzają równomierne, z pewnemi wahaniami, zapadanie obu płci na dur brzuszny, inni (Widal, Lemierre i Abrami, Hormolle i i.) dla Francji, Anglji i Niemiec przyjmują dla mężczyzn stałe częstsze zapadanie na dur brzuszny (według Widal, Lemierre, Abrami pięć razy częściej). W naszych cyfrach z okresu powojennego w woj. Poznańskiem mężczyźni stanowią 37,5% ogólnej liczby chorych.

Dla uzupełnienia obrazu duru brzusznego okresu powojennego brakuje mi danych dotyczących przebiegu klinicznego; mogłyby one stanowić dodatkowe rysy wykazujące wpływ szczepień ochronnych na dur brzuszny.

Śmiertelność na dur brzuszny okresów przed- i powojennego udało mi się zestawić dzięki materjałom życzliwie mi udzielonym przez p. dyrektora Urzędu Statystycznego miasta Poznania P. Zaleskiego. Otóż, gdy za okres pięcioletni 1910—1914 na ogólną cyfrę 57 zgonów spowodowanych przez dur brzuszny — 34 t. j. 60% przypadało na mężczyzn, a 23 t. j. 40% na kobiety, w czteroleciu 1921 — 1924 (do dn. 30. IX.) na ogólną cyfrę 98 zgonów na mężczyzn przypada 43 t. j. 44%, na kobiety 55 t. j. 56%. Dane te posiadają wartość nie ulegającą zakwestjonowaniu, naocznie stwierdzają stosunkowe obniżenie zgonów mężczyzn z 60% na 44%, przy jednoczesnem powiększeniu się śmiertelności kobiety z 40% na 56% na dur brzuszny.

Zaznaczone wyżej cechy epidemjologji duru brzusznego okresu powojennego w woj. Poznańskiem układają się w jednym szeregu z temi spostrzeżeniami jakie poczyniono gdzieindziej. Tak Chauffard (r. 1922) stwierdza, że po wojnie mężczyźni w wieku do 20 lat stanowią 90% (w naszym materjale 64.4%) chorych mężczyzn, gdy w roku 1912—1913 stanowili oni tylko 27%. Hebert i Block, Achard i Bloch też stwierdzają, że po wojnie chorują przeważnie mężczyźni przed 20 rokiem, lub nieszczepieni, oraz kobiety (które stanowią 75% ogólnej cyfry zachorowań); według Sergent po wojnie mężczyźni stanowią 30% chorych, gdy kobiety — 70% (cyfry odpowiadające przez nas spostrzeganym). Takie same cyfry podają Courtois-Suffit, Bourgeois i Garçin — kobiety 68,3%, mężczyźni 31,7% (chodzi w tym przypadku wyłącznie o osoby dorosłe, gdyż szpital Dubois w Paryżu, skąd te cyfry pochodzą, nie przyjmował dzieci). Cyfry znaczniejsze podaje Hage: obejmują one Turyngję i dzielnice sąsiednie z ludnością 3,100.000, która w latach 1921—1922 dała ogółem 1524 zachorowań durowych; nie podając szczegółów zaznaczę tylko, że mężczyźni stanowili — 30,6%, kobiety — 69.4% ogólnej cyfry chorych. Gdy przed 21 rokiem nie zachodziła różnica w cyfrach zachorowań mężczyzn i kobiet (meżczyźni nawet dają cyfrę nieco wyższą), występuje ona wybitnie w wieku 21—49 lat i po 49 roku; w grupie zachorowań między 21—49 rokiem stanowią mężczyźni tylko 27,9%, po 49 roku — 38,8%.

Nie będę przytaczał dalszych przykładów, gdyż inni autorowie (Dopter, Abel, Ickert i i.) powtarzają stosunki wyżej zaznaczone. Podobne ustosunkowanie mężczyzn i kobiet układa się skutkiem obniżenia zachorowań mężczyzn dawniej szczepionych.

Zaznaczone wyżej cechy epidemjologiczne duru brzusznego w województwie Poznańskiem stanowią właściwość okresu powojennego dla wszystkich krajów, które w wojnie udział brały.

Jednakże cyfry zachorowań durowych w okresie powojennym naogół trudno ustalić z należytą dokładnością nawet przy sprawnej czynności aparatu statystycznego*). Szczepienia ochronne w pewnych przypadkach w tak znacznym stopniu zniekształcały przebieg kliniczny duru brzusznego, że rozpoznawanie kliniczne napotykało wielkie trudności, zaś bakterjologiczne też znajdywało szereg zastrzeżeń. Podobne przypadki pozostawały i pozostają bez rozpoznania i nie ulegają ujęciu statystycznemu. Z drugiej znów strony niezmiernie szerokie granice wahań objawów klinicznych duru brzusznego po szczepieniach ochronnych (Oeller, zwłaszcza Léwy) w postaci krótkotrwałych ogólnych objawów (ból głowy, bóle mięśniowe, nietypowy 1—2 dniowy stan gorączkowy) umożliwiały zbyt dowolne, częstokroć niedość uzasadnione rozpoznawanie postaci poronnych duru brzusznego. Tę drugą możliwość też należy brać pod uwagę z punktu widzenia jej znaczenia dla ścisłości danych statystycznych. Te niewyraźne nierozpoznawane postaci duru brzusznego posiadają wielkie znaczenie epidemjologiczne. Uznając w chwili obecnej w epidemjologji duru brzusznego podstawowe znaczenie nosicielstwa i przewlekłego wydzielania bakteryj po przebytym durze brzusznym, pod tym ostatnim względem napotykamy bardzo znaczne trudności wobec nierozpoznania poronnych postaci; tacy chorzy niepoddawani należytej obserwacji i nie traktowani w sposób odpowiedni mogą stanowić źródło dalszych zakażeń.

Doświadczenie okresu wojennego i powojennego wskazuje nam drogę, którą w obecnych naszych warunkach najskuteczniej możemy oddziałać na natężenie zachorzeń durowych. Podkreślając z całym naciskiem konieczność i doniosłe znaczenie systematycznego uzdrowotnienia miast i wsi przez podniesienie poziomu sanitarno-higjenicznego, uznając tę drogę za pewną, a jednakże z natury rzeczy ogromnie powolną, winniśmy dla chwili obecnej podnieść znaczenie szczepień ochronnych. O ile te szczepienia mogą swój wpływ dodatni wykazywać w ciągu okresu czteroletniego po zastosowaniu, winniśmy dążyć do możliwie szerokiego ich zastosowania. Ustalona niezbicie wartość ochronna szczepień może stanowić podstawę do wysunięcia zasady obowiązkowości tych szczepień chociażby dla pewnych grup ludności i okolic zagrożonych.

Hasło szczepień obowiązkowych przeciwdurowych dla ludności cywilnej podniesiono we Francji posiadającej wyższy w porównaniu z nami poziom sanitarno higjeniczny; Chauffard, Achard wysunęli konieczność powtórnych, w pewnych odstępach czasu, szczepień ochronnych w najbardziej zagrożonym wieku 15—21 lat; Courtois Suffit, Bourgeois, Garçin wypowiadają się za obowiązującem stosowaniem szczepień przeciwdurowych na modłę szczepień przeciw ospie. Na nas tembardziej ciąży obowiązek należytego wykorzystania całej pełni znaczenia ochronnego przeciwdurowych.

Gdy chodzi o wcielenie w życie podobnych zamierzeń, powstaje natychmiast sprawa metodyki zastosowania szczepień ochronnych. Aczkolwiek osobiście używaną dotąd metodykę zastrzyków podskórnych szczepionki uznałbym jako wypróbowaną i najskuteczniejszą oraz wcale nie przeciwwskazaną ze względu na niebezpieczeństwo lub cechy ujemne odczynu poszczepiennego, winienem jednocześnie stwierdzić, że próby kilku lat ostatnich, zapoczątkowane przez Besredkę, w celu zastosowania metodyki dojelitowych szczepień ochronnych opartych na koncepcji odporności miejscowej (tkankowej), już w chwili obecnej dają materjał poważny. Nie poruszając na tem miejscu teoretycznych podstaw uodpornienia dojelitowego należy w zastosowaniu do duru brzusznego zaznaczyć spostrzeżenia nad zastosowaniem praktycznem szczepień dojelitowych w la Flèche (Besredka) w Grecji (M. Gautier) i w wymiarze wyjątkowo wielkim — na 18.000

*) Że sprawność ta jest u nas niewystarczająca świadczą chociażby cyfry m. Poznania udzielone mi przez Urząd Statystyczny Magistratu. Otóż statystycznie ustalono w r. 1924 (do dnia 30 IX.) 20 przypadków zachorowań i 19 przypadków zgonów. Gdybyśmy uwierzyli tym cyfrom winnibyśmy byli śmiertelność duru brzusznego w Poznaniu określić nieomal w 100%. Wykazują te cyfry, że faktycznie rejestracja zachorowań nie istnieje, gdyż, biorąc za podstawę 10% przeciętną śmiertelność duru brzusznego, przy 19 zgonach winnibyśmy byli mieć około 200 przypadków zachorowań. Rok 1924 nie stanowi pod tym względem wyjątku; inne lata dają cyfry mało poprawniejsze. Przykład ten świadczy, że konieczność zgłaszania i ścisłej statystyki sanitarnej zachorowań, jako podstawy planu wszelkiej organizacji zapobiegawczej, nie doszła jeszcze, niestety, do świadomości lekarzy praktycznych.

szczepionych, w Łodzi (Starzyński). Aczkolwiek te ostatnie spostrzeżenia nie są jeszcze ukończone i ostatecznie zreasumowane, jednakże już dotychczasowe dane przemawiają za wartością praktyczną szczepień dojelitowych.

O ile przyszłość utrwali znaczenie metodyki dojelitowej szczepień ochronnych osiągniemy przez nią łatwy i skuteczny sposób wcielenia w życie podniesionej wyżej zasady obowiązkowych szczepień ochronnych w zakresie szerokim.

Wnioski: 1) Okres wojny dowiódł znaczenia szczepień ochronnych przeciwdurowych w zapobieganiu oraz załagodzeniu przebiegu duru brzusznego.

2) Działanie ochronne szczepień tych w okresie powojennym daje się wykazać dla szczepionych grup ludności aż do roku 1924 (w ciągu 4 lat).

3) W okresie powojennym mężczyźni zachorowują znacznie mniej stanowiąc zaledwo 37,5% ogólnej cyfry zachorowań.

4) Mężczyźni szczepieni (w wieku 20—55 l.) stanowią znikomy odsetek — 12,7%.

5) Obowiązkowe stosowanie szczepień ochronnych, chociażby dla najbardziej zagrożonych grup ludności należy wytknąć jako najskuteczniejszy w obecnych warunkach sposób zwalczania epidemji durowej.

6) Dla szczepień w szerszym zakresie nadaje się metodyka dojelitowa.

Piśmiennictwo.

Abel. Ztschr. f. Hyg. B. 103., H. 2., 1924. — Achard. Bull. de l'Acad. de Méd. T 87, N. 4., 1922. — Achard et Bloch. Acad de Méd. 28. IV. 1924. (La Presse. Médic. 1924 Nr. 36). Besredka. N. 6., Compt. Rend. de la Soc. de Biol. T. 89., Nr. 24., 1923., p. 366—367. Baumgärtel. Ztschr. f. Immunitätsf. Orig. B. 27. — Carcia. Revue intern d'hyg. publ. 1921. N. 2. — Chauffard. Journ. de pratic. 1922., N. 16. — Courtois-Suffit, F. Bourgeois, R. Garcin. La Presse Médic. 1924. Nr. 29. — Curschmann. D. m. W 1924. Nr. 32. — Dopter. Ann. d'hyg. publ. et de méd. legal. 1922. Nr. 1. Paris Médic. 1922. Nr. 4. — Gautier M. Acad. de Méd. 15. IV. 1924 (La Presse Méd.). 1924., Nr. 32). — Freund. W. Kl. W. 1916. Nr. 39 — Hage. Centr f. Bakter. Nrig. B. 92., H. 1 2. — Hebert et Bloch. Rev. d'hig. T. XXIV., 1922., nov. — Hohlweg. M. m. W. 1915., N. 16. — Homolle wedł. Thoinot. A. Ribierre. Fievre typhoide (w Nouv. Trait. de Méd. — Gilbert et Thoinot. Paris 1913. — Hünermann. Verhandl. d. deutsch. Kongr. f. inn. Mediz. zu Warschau 1 2. V. 1916. Wiesbaden 1916. — Ickert. Veröff. aus die Gebiete de Mediz Verwalt. B. 15. H. 4. (według Hage — patrz wyżej). — Kayser. Ztschr. f. Hyg. B. 103., H. 2., 1924 Kuhn Ph. Deutsch militärätzl. Ztschr. 1907., N. 8., i 312. — Léwy Ch. Journ. med. de Paris 1923. N. 3. — Murchizon wedł. Thoinot et Ribierre. Fievre typhoide (patrz wyżej). — Oeller. Der Krankheits verlauf. d. Typhus. Jena. 1920 Fischer. — Padlewski i Winokurow. Wraczebn. Izwiest. Zapadn. Fronta. 1917. — Schottmüller. Tifoznyja zaboliewanija w podr. Mohr i Stähelin. wyd. ros. Ptrsb. 1915. — Starzyński. Nowiny Lekarskie 1924. N. 7. Polska Gaz. Lek. 1924. N. 42 43. — Widal, Lemierre, Abrami. Fievres typhoide et. paratyph. (w Nouv. Trait. de Méd. Roger. Widal, Teissier. fasc. III. Paris. Masson 1924.

Dr. Seweryn STERLING. Łódź.

Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych.

(Dokończenie).

II. Klasyfikacja suchot płucnych przewlekłych.

Tuberculosis abortiva.

I. Phtisis pulmonum incipiens: occulta
manifesta: stationaris
progrediens (acute; chronice)
regrediens.

II. Phtisis pulmonum declarata: fibrosa
fibro — caseosa; stationaris
progrediens (acute; chronice)
regrediens.
caseosa: progrediens (acute; chronice)
regrediens.

III. Phtisis pulmonum consumptiva:
fibrosa
fibro-caseosa
caseosa.

Tuberculosis obsoleta.

Dodać okolicę umiejscowienia zmian.

> Mianownictwa należy używać ja mowy, jak języka, a nie jak słownika (*Whewell*).

O klasyfikacji suchot płucnych, ostrych i przewlekłych, pisałem w roku 1913 w odczycie klinicznym zatytułowanym »Postaci kliniczne suchot płucnych« (Odczyty klin. wydawane przez Redakcję Gazety Lekarskiej Nr. Nr. 229, 230, 231); tam też podałem opis szczegółowy klasyfikacji istniejących: polskich (Sokołowskiego, Biegańskiego, Rzętkowskiego i Korczyńskiego), francuzkich, niemieckich i innych; podałem również klasyfikację własną suchot przewlekłych w tym samym układzie, jaki wyżej tu przytaczam. Dwukrotnie dopełniałem opis różnych istniejących klasyfikacyj: w Przeglądzie Lekarskim z roku 1914 i w Polskiej Gazecie Lekarskiej, rok 1924 Nr. 44.

W tej chwili ograniczam się wyłącznie do suchot przewlekłych, do postaci gruźlicy płuc najczęściej w praktyce spotykanej

Wartość praktyczną klasyfikacji anatomo-klinicznej przezemnie podanej najściślej sprawdził K. Dłuski; oto co pisze w sprawozdaniu z działalności Sanatorjum dla chorych piersiowych w Zakopanem za czas od 1. I. 1913 do 31. XII. 1917 (Kraków 1918): »Równolegle z klasyfikacją Turbana, wiodącą nieraz do mylnych wyników, do rozdźwięku pomiędzy teorją i kliniką, wprowadziliśmy nowy podział Sterlinga, jako znacznie racjonalniejszy«. Przytoczywszy tablice przedstawiające odsetek chorych trzech okresów według obu klasyfikacyj, oraz odsetek poprawy w każdym z cztrech lat, znakomity autor pisze: »Na pierwszy rzut oka uderza różnica w odsetkach chorych tego samego okresu w podziale według Turbana i Sterlinga Widoczne jest, że wielkości, które bierzemy za podstawę klasyfikacji, są często niewspółmierne Dosadnym przykładem może być II. okres w 1917 roku lub III. w 1916 i 1917 roku W III. okresie wyniki (leczenia) potwierdzają dobitnie większą wartość kliniczną podziału Sterlinga. Wysoki odsetek ogólnej poprawy (83,7%) jest usprawiedliwiony przez mały (12,5%) odsetek chorych w okresie: phtisis comsumptiva, a przeczy mu pozornie wysoki procent chorych III. okresu Turbana (53,7%)«.

Oceniając podaną wyżej klasyfikację (w Przegl. Lekarskim 1913 str. 287) pisze Dłuski: »Już pobieżny rzut oka wykazuje, że klasyfikacja ta jest bardzo prosta, przystępna, gdyż opiera się na głównych typach anatomicznych« ....« »i uwzględnia ze stanowiska przebiegu klinicznego dwie zasadnicze cechy: wstrzymanie lub postępowanie sprawy, w formie ostrej lub przewlekłej. Klasyfikacja ta, gdy się bliżej nad nią zastanowić, nadaje się, zdaniem naszem, lepiej niż wszystkie dotychczasowe zarówno dla celów rozpoznania klinicznego, jakoteż i dla oceny wyników leczniczych w sanatorjach (lub szpitalach), gdzie mamy duży materjał chorych. Na podstawie tej klasyfikacji daleko łatwiej rozpoznać dany przypadek kliniczny i zaliczyć go do takiej to głównej postaci, mającej przeważający charakter anatomiczny, przy przebiegu pomyślnym (stationaris) lub niepomyślnym (progrediens), szybkim lub powolnym«.

Motywy, które na poparcie tej klasyfikacji przytoczyłem w mej pracy, w tej materji pierwszej, tak się dają powtórzyć:

Podstawą naszego myślenia o danym spostrzeganym przypadku suchot jest zawsze *kojarzenie myślowe domniemanych zmian anatomicznych z objawami, jakie nam zdradza całość badania klinicznego.* Usiłowania rozumienia gruźlicy jako zagadnienia przedewszystkiem immuno-biologicznego (Hayek) nie są oparte na przesłankach przekonywujących, że przypomnę tylko o braku odpowiedzi na pytanie tak sformułowane: jeżeli tok tego, co zachodzi w ustroju dotkniętym gruźlicą, ma zależeć w pierwszej linji od swo-

istego odczynu humoralnego danego ustroju, od stanu jego odporności swoistej, to czem się dzieje, że w tym samym ustroju zachodzą obok siebie, współcześnie, zmiany tak różnorodne, jak gruźlica wysiękowa i gruźlica włóknista; godziłoby to przecież w samą istotę teorji immuno-biologicznej, gdybyśmy mieli przypuścić istnienie w różnych okolicach ustroju różnych, dzielnicowych, odczynów humoralnych. Co ważniejsza jednak i o celach praktycznych rzecz decydująca, to fakt, że lekarz dotąd, i jeszcze pewnie przez lat wiele, myśli temi kategorjami, które mu daje sprawdzanie zmian przyżyciowych podczas rozbioru zwłok. Nietylko temi, ale niemi przedewszystkiem; przestała być anatomja-patologiczna dyscypliną wyłącznie morfologiczną; uwzględnia ona i etjologję i odczyny biologiczne (Ranke), nie upatruje już istoty choroby w samych wyłącznie zmianach; w nich widzi wynik wielu zmagających się warunków, od konstytucji począwszy; ale jest prawie zawsze najpotężniejszym wyrazem wyniku tych wszystkich zmagań; słusznie więc — pomimo tak wielkich postępów w rozumieniu roli zaburzeń czynnościowych — lekarz stara się zawsze znaleźć locus morbi; byle pamiętał, że zaburzenia czynności wyprzedzają zaburzenia w budowie komórki (Biegański).

Za podstawę więc klasyfikacji szczegółowej najsłuszniej wziąć typy zmian gruźliczych, jak nam histologja patologiczna gruźlicy je podaje.

W zestawieniu, jakie przedstawia powyższa tabliczka, brak jednego: brak typu gruźlicy gruzełkowej w ścisłem tego pojęcia znaczeniu. Ten brak jednej z dwu postaci gruźlicy wytwórczej ma swe usprawiedliwienie w fakcie, że tabliczka klasyfikacyjna uwzględnia wyłącznie suchoty płuc przewlekłe. W przebiegu suchot przewlekłych gruzełki istnieją, jako gruzełki typowe, przez czas krótki; albo przeistaczają się łączno-tkankowo, albo serowacieją i mięknią. To co widzimy w płucach podczas rozbioru zwłok ludzi na suchoty przewlekłe zmarłych — ten świeży wysiew gruzełków wokoło starych ognisk, to jest wyraz ostrego skoku gruźlicy; wysiew w okresie zupełnej bezbronności ustroju; oglądamy sprawę in statu nascendi, której zwykły rozwój w ramach gruźlicy przewlekłej przerwała śmierć.

Badanie promieniami Roentgena daje — jak mówiłem — w pewnej ilości przypadków możność odróżnienia, nawet w przebiegu suchot przewlekłych, tkanki gruzełkowej, guzków gruzełkowych, od tworów łączno-tkankowych. Klasyfikacja podana na str. 243 mówi o możności rozpoznania tuberculosis acino-nodosae i odróżnienia jej od tuberculosis indurativa czy cirrhotica. Myślę jednak, że jedynie współistniejące objawy czynnościowe (gorączka, tętno, parcie krwi, odczyny humoralne, odczyn Biernackiego i t. d.) pozwalają z większą pewnością, aniżeli sam aparat Roentgena, odpowiedzieć na pytanie, azali cień rozpoznany jako guzek gruźlicy wytwórczej nie zawiera już w sobie »robaka« zserowacenia i jądra mięknącego — co nie daje się jeszcze dostrzec ani w kształcie samej plamy na kliszy, ani w cieniu ją (plamę) otaczającym.

Co jednak ważniejsza i na praktyce życiowej oparta, to fakt, że znakomita i bardzo znaczna przewaga spostrzeganych przez lekarza przypadków nie może być poddana badaniu promieniami Roentgena.

Te, zarówno teoretyczne, jak i praktyczne momenty usprawiedliwiają nieuwzględnienie w klasyfikacji klinicznej suchot płucnych przewlekłych, zmian typu gruźlicy gruzełkowej.

Jak zaś bardzo słabo jest usprawiedliwiony ze strony klinicznej ten podział — najdowodniej przekonywa tablica różniczkowa Ulriciego, który ją podał (w roku 1924) w swym podręczniku; szczegółowy rozbiór krytyczny tej tabliczki podałem w Polskiej Gazecie Lekarskiej z roku 1924-go, Nr. 44.

Podział na trzy postaci kliniczne (podział na trzy okresy) jest podziałem najstarszym; sam w sobie jest jednak zbyt szeroki; za mało mówi o danym przypadku; klasyfikacja przezemnie podana jest tego podziału i rozszerzeniem i pogłębieniem.

Wszystkie miana w tej tabliczce użyte są zrozumiałe nawet dla tego, kto tej klasyfikacji nie zna. Nie wprowadza ona pojęć nowych, ani nowych mian; klasyfikuje rzeczy znane i uznane, ale dotąd bez stałego planu, bez schematu używane, dorywczo.

Przedmiotem tego wykładu nie jest jednak klasyfikacja suchot płucnych, jeno ich *klasyfikowanie;* — jest *czynność klasyfikowania,* przedstawienie szczegółowe zasad, jakiemi się kierować należy przy wyznaczaniu danemu przypadkowi należnego mu miejsca w klasyfikacji.

Celem jest — spopularyzowanie zasad *rozpoznawania różniczkowego między jednym przypadkiem suchot płucnych przewlekłych, a innym przypadkiem suchot płucnych przewlekłych.*

Zanim do tej głównej części wykładu przejdę, poruszę jedno z pytań zasadniczych: ile w rokowaniu waży rozmiar zmian spostrzeżonych, *sam rozmiar.* Otóż odpowiedź brzmi: w przypadkach suchot włóknistych — bardzo wiele, prawie wszystko; dlatego podział topograficzny Turbana można w całości stosować w tej kategorji, ale tylko w tej; w przypadkach suchot innego typu — rozmiar zmian waży wiele, ale wcale nie wszystko; w przypadkach zaś suchot początkowych — nic, albo prawie że nic.

Rozmiary zmian w tych przypadkach, kiedy mamy zmiany gruźlicze gotowe przy lada sprzyjających warunkach (natury zakaźnej, czy mechanicznej) do »skoku« — stanowią niebezpieczeństwo proporcjonalne do rozmiarów. Rozmiar większy, ilość ognisk liczniejsza — pogarsza rokowanie, spycha przypadek do kategorji gorszej. Dlatego nawet podgojone, pomyślnie przebiegające suchoty, jeśli gruźlica zajmuje n. p. okolice płuca już poniżej drugiego żebra, to znaczy, kiedy zmiany przekroczyły już granice szczytów — zaliczamy do *phtisis declarata.* Wtedy zniszczenie tkanki oddechowej jest znaczne, a ilość źródeł szerzenia się gruźlicy — czy to na sąsiednie okolice zdrowe, czy drogą przerzutu, przez oskrzela na okolice dalsze — jest momentem obciążającym rokowanie.

Inna sprawa, jeśli mowa o rozmiarach suchot początkowych. Tu rozmiary zmian w chwili badania same przez się tak jakby nic nie mówią. Każdy przypadek suchot przewlekłych był kiedyś początkowym, zajmował małą okolicę szczytu. Nigdzie więc tak wiele nie mówi o rokowaniu określenie: *progrediens,* czy *regrediens,* czy *stationaris,* jak w okresie suchot przewlekłych pierwszym. Niewielki obszar zmian (bo nie: krótki czas trwania objawów) pozwala nam na rozpoznanie tylko: *phtisis incipiens,* choćbyśmy najcięższe mieli obawy o przebieg dalszy; bez tych bliższych określeń, samem wymienieniem okresu jako pierwszego, wprowadzamy się sami w błąd; przewidziane klasyfikacją bliższe określenia dają nam ramy, w których zmieścimy wszystko, co o przypadku wiemy; więc n. p. *phtisis incipiens manifesta progrediens acute* może mieć treść o wiele groźniejszą, aniżeli n. p.: *phtisis declarata fibro-caseosa stationaris:* ten pierwszy przypadek początkowy może łacno przegonić suchoty rozwinięte i niepostępujące.

Ograniczywszy się w tym wykładzie do suchot płucnych przewlekłych i do rokowania, jakie przedstawia każda z postaci klinicznych klasyfikacją powyższą objętych, rokowanie rozumiem zawsze, jako rokowanie pod takim kątem widzenia: suchoty płuc nawet najbardziej przewlekłe mają w zasadzie tendencję postępową; postać przewlekła lżejsza po różnie długim czasie przechodzi, wskutek skoków — w postać przewlekłą cięższą. Rokowanie mówi o tem, że w danej chwili niema (lub są) oznak zapowiadających postęp choroby; że stan w danej chwili stwierdzony zawiera bardzo wiele (n. p. *phtisis declarata fibrosa),* lub niewiele (n. p. *phtisis declarata fibro-caseosa),* czy też mało (n. p. *phtisis declarata caseosa)* szans zatrzymania się postępu choroby na czas dłuższy. Tam zaś, gdzie szans tych widzimy mało, trzeba mieć na pamięci możliwość postępu trwałego i przyśpieszonego, możliwość przejścia postaci przewlekłej w postać ostrą.

Nie należy jednak zbyt łatwo o tem przejściu wyrokować; szczególniej — co się wyda rozumowaniem paradoksalnem — gdzie wniosek o ostrem pogorszeniu chcemy oprzeć głównie na wyniku badania promieniami Roentgena. Ta bowiem metoda za bardzo przekonywująco, naocznie, wykazuje zmiany za pneumoniczne uważane, a które jednak być mogą bądź jedynie ostrym nawałem płuc *(congestio pulmonum),* bądź szerokim pasem zapalenia obwodowego *(inflammatio perifocalis; oedema collaterale);* sprawy, których istnienie aż do Roentgena albo zgoła nie było znane, (bo przy rozbiorze pośmiertnym zwłok — jako przedewszystkiem czynnościowe — nie były widoczne), albo, jak przekrwienie ostre płuc, nawał, nie było uznawane w klinice, wyjąwszy klinikę

francuską. Te objawy na kliszy, jeśli otaczają cień zgęszczenia tkanki, piętnują czasem zgęszczenie, jako obraz ogniska wysiękowego; jeśli są samoistne — wydają się tembardziej dowodem nacieczenia pneumonicznego. A jednak mogą to być zmiany efemeryczne, po paru lub kilkunastu dniach przemijające! Dlatego, jak dotąd, nie należy zbyt pochopnie dawać przewagi — przy określaniu charakteru jakości zmian w płucach — wyłącznie wynikom badania aparatem Roentgena. Dodać jeszcze muszę, że nie wszystko, co w płucach aparat Roentgena wykaże w przebiegu suchot płucnych, musi być pochodzenia gruźliczego. Mimo tego, te objawy przekrwienia, dające wyraźne zamglenie lub zaciemnienie w polu powietrznem, a znikające z czasem bez śladu (na kliszy i w obrazie klinicznym) — są przeważnie zależne od lasecznika Kocha. Stosowana dotąd zasada wnioskowania z jednego zdjęcia — musi czasem zawieść; wiem, jak trudno bywa nakłonić chorego (jeśli jest to wogóle technicznie wykonalne) do zdjęć roentgenograficznych powtórnych; tyle jednak zawsze możemy: nie wnioskować pochopnie z jednej kliszy, szczególnie o zmianach spostrzeżonych w czasie skoku choroby.

Przechodząc do zasad klasyfikowania suchot płucnych przewlekłych, przypominam, że celem tej czynności jest *możliwie wyczerpujące rozpoznanie indywidualne*; uwzględnienie współrzędne wszystkich uchyleń od norm morfologicznych i uchyleń czynnościowych. W pierwszej części były omawiane oddzielne objawy, przyczem była — naprzemian — mowa raz o ich wartości rokowniczej, to znów — o klasyfikacyjnej; była też mowa i o wartości djagnostycznej wielu objawów. *Bo klasyfikowanie polega na projekcji metod djagnostycznych na rokowanie* (Kraus) *przy pomocy kombinowania zasad anatomo-patologicznych z klinicznemi.*

Tuberculosis abortiva.

Ujęte w punkcie 6 określenie suchot płucnych przewlekłych nie uwzględnia dwu spraw gruźliczych w płucach, jako gruźlica nieostra powstających. Po pierwsze, owrzodzenie pierwotne *(affectio primaria)*, które po wciągnięciu w krąg zmian gruźliczych gruczołów płucnych najbliższych — pozostaje jako blizna przez całe życie (jeśli się nie szerzy — w dzieciństwie, tworząc wtedy punkt wyjścia spraw podostrych i ostrych).

Powtóre, pewna sprawa chorobowa szczytowa, tem różna w swym rozwoju od suchot płucnych przewlekłych, że niema tendencji szerzenia się, że — przeciwnie — przez lata i aż do końca zostaje zawsze sprawą gruźliczą do szczytu jedynie ograniczoną.

Objawy tej postaci gruźlicy płuc przewlekłej opisał pierwszy Bard; nazwał ją *gruźlicą poronną, tuberculosis abortiva*. (Bernard mówi: *tuberculosis fibrosa localisata*).

Jeżeli owrzodzenie pierwotne zależy — co się rozumie samo przez się — od infectionis primariae, jeżeli suchoty płuc przewlekłe uważamy za zależne od zarażenia gruźliczego wtórnego (reinfectio), to o gruźlicy poronnej nic stanowczego powiedzieć nie można. Być może, że w pewnych przypadkach zależy od zarażenia pierwotnego (może stanowi owrzodzenie pierwotne tu, w szczycie, umiejscowione); w innych przypadkach jest tego samego pochodzenia, co i suchoty płucne przewlekłe.

Zmiany gruźlicze tej postaci klinicznej właściwe, są: blizna w szczycie; szczyt wciągnięty; wokoło blizny rozedma oboczna; w bliźnie gruzełki zwłókniałe, czasem ogniska zwapnienia, skredowacenia, czasem małe rozstrzenie oskrzeli.

Zasługą Barda jest, że wyodrębnił postać gruźlicy szczytów, która nie stanowi początku suchot płucnych pospolitych; jest postacią kliniczną samoistną.

Do tej postaci należy zaliczyć przypadki o następujących cechach klinicznych.

Chorzy przeważnie bladzi, nie mający skłonności do tycia. W wywiadach częste krwotoki niewielkie (a nie — krwioplucia, nie wykasztuszanie plwocin z żyłkami krwi); co pewien czas — co parę miesięcy n. p. — chory wypluwa łyżeczkę, łyżkę, nieco więcej, krwi czystej — wśród zupełnego zresztą zdrowia, bez objawów ogólnych. Czasem niewielkie podniesienie ciepłoty, szybko mijające; małe ilości plwocin — nie zawierających laseczników Kocha. Objawy szczytowe — jak przy suchotach początkowych — jak przy *phtisis incipiens manifesta stationaris* lub przy *tuberculosis apicalis obsoleta*: wąskie pola Kröniga, stępienie z przydźwiękiem bębnowym, przewodnictwo głosowe wzmożone, szept wyraźny, wdech często szorstki, wydech wydłużony; na kliszy zmiany w szczytach niewielkie; wyraźne gruczoły wnękowe; przy kaszlu szczyt lub szczyty źle się rozjaśniają, allergja mocna. Odczyn Biernackiego ujemny. Odczyn tuberkulinowy bardzo silny.

Rozpoznanie wolno postawić po dłuższem spostrzeganiu, albo na zasadzie wiarygodnych wywiadów.

Wartość klasyfikacyjna postaci Barda jest wielka; tu mieszczą się przypadki, które przez długie lata są uważane za »kandydatury« na suchoty, ale do tego nigdy nie dochodzi. Tryumfy lecznicze wielu metod i środków bledną w oczach znawców tej postaci klinicznej. (Więcej szczegółów patrz w mojem compendium: „Suchoty płuc pospolite“ rok 1922).

I. Phtisis pulmonum incipiens.

Phtisis pulmonum incipiens occulta. Sokołowski wyodrębnił szereg skrytych postaci suchot płucnych, (phtisis pulmonum larvata). »Postaci poczynających się suchot płucnych, przy których objawy ze strony dróg oddechowych i stanu ogólnego ustępują na plan drugi, natomiast występuje z początku na plan pierwszy grupa innych zupełnie objawów, w wysokim stopniu maskujących rozwój gruźlicy«.

W określeniu Sokołowskiego jedno jednak trzeba zmienić: nie zawsze te »maski gruźlicze« (Neuman, Hollós) okazują się gruźlicą płuc, suchotami płucnemi przewlekłemi. Mogą te same objawy, rozpoznawane jako choroba serca, zimnica, błednica — być wyrazem gruźlicy pozapłucnej, albo gruźlicy płucnej ostrej.

Z tem ograniczeniem powiedzieć należy: obrazy chorobowe opisane jako postaci suchot płucnych skrytych, jeśli okażą się zależnemi od przewlekłej gruźlicy płuc — należą do postaci klinicznej suchot początkowych utajonych.

Z chwilą kiedy objawy ogólne i współcześnie istniejące objawy pozapłucne (n. p. wykwity skórne natury gruźliczej; zapalenie opłucnej; powiększone gruczoły chłonne i t. p.) pozwolą rozpoznać, że rzekoma zimnica, czy rzekoma błednica, czy rzekoma choroba serca, czy wreszcie choroba żołądka (W. Janowski) zależy od gruźlicy płuc — a badanie niepozwoli jeszcze na pewne ustalenie okolicy płuc zajętej przez zmiany gruźlicze — mówimy o *phtisis pulmonum incipiens occulta.*

Ten stan jest okresem przejściowym; jeśli nasze rozpoznanie nie jest mylne, kwestją jedynie czasu być musi przejście tej postaci w postać sąsiednią: *phtisis pulmonum incipiens manifesta.*

Nie mając w planie opisywania tu podstaw różniczkowania tych postaci Sokołowskiego, powiem tylko, że z szeregu przezeń wyliczonego skreślić należy postaci: rzekomo opłucnową (jest to w rzeczywistości gruźlica opłucnej) i rzekomo rozedmową (jest to gruźlica włóknista ludzi starych, więc suchoty rozwinięte). Trzeba natomiast tu wprowadzić: postaci maskujące choroby nerwowe czynnościowe (neurastenja); zaburzenia menstruacyjne; zaburzenia czynności gruczołu tarczowego (*hyperthyreosis*).

Phtisis pulmonum incipiens manifesta. Rozpoznanie obecności suchot płucnych uważamy za dokonane; rozpoznanie postaci chorobowej, mającej w zasadzie postępowy kierunek rozwojowy, musimy, mówiąc o okresie pierwszym, określić przez ustalenie jej granic; musimy ustalić ponad jakie objawy nie może przekroczyć obraz choroby, by go wolno zaliczyć jeszcze do suchot początkowych. Tylko następne objawy są jeszcze właściwe postaci początkowej suchot płuc; wszysto zaś ponad rozmiary niżej określanych zmian tkankowych i ponad natężenie zmian czynnościowych — będzie dany przypadek kwalifikowało już do postaci rozwojowych dalszych.

Trwanie zmian, trwanie objawów suchot płucnych może być bardzo różne; w jednym przypadku mamy zmiany

zupełnie świeże, w innym przypadku suchot początkowych trwają one już długie lata. Dopóki bowiem rozmiar zmian pozostaje z obu stron klatki piersiowej: powyżej obojczyka — z przodu i nie dochodzi do grzebieni łopatek — z tyłu; lub też tylko z jednej strony: pozostaje powyżej żebra drugiego, dopóty mówimy o suchotach początkowych, chociażby już zmiany trwać miały od dawna.

Trudniej mówić o rozmiarach i granicach właściwych suchotom płuc początkowym przewlekłym, jeśli — co jest wyjątkiem — zaczynają się zmiany gruźlicze od wnęki płuca lub innej jeszcze okolicy, pozostawiając szczyty wolne. Należy wtedy o rozmiarach powiedzieć tylko, że są one niezbyt znaczne i — co ważniejsza — ograniczają się do jednego ogniska, nie są wielokrotne. Rozpoznanie rozmiarów ogniska w braku zmian w szczytach musi być oparte na roentgenogramie.

Na tej przestrzeni, więc nad jednym ze szczytów, lub nad obydwoma możemy znaleźć objawy kliniczne, świadczące o świeżem zajęciu lub o dawnem, wykazujące się bądź blizną, bądź nacieczeniem świeżem, objawami ze strony oskrzeli, objawami niedodmy, rozedmy i t. d.

Trudną jest sprawa obecności jamy: czy sam przez się ten dowód rozpadu upoważnia nas do bezwarunkowego przesunięcia badanego przypadku do kategorji dalszej. Otóż dzięki promieniom Roentgena i nowym badaniom anatomicznym wiemy, że obecność jamy nie zawsze nakazuje zaliczać przypadek do typu klinicznego gruźlicy rozpadowej. Jamy małe goją się; ich obecność nie obciąża rokowania w tak bezwzględny sposób, jak o tem dotąd sądzono. Obecność więc jam niewielkich mieści się jeszcze w postaci klinicznej suchot początkowych; wielkie nie mieszczą się już w tym okresie.

Jeśli klasyfikacja Turbana i podobne tak bardzo boją się jam, to dlatego, że obecność jamy może źle rokować, jeśli jama jest czynna; nie mają bowiem w schemacie te klasyfikacje możności wypowiedzenia tego, co o stanie jamy dawałoby świadectwo; klasyfikacja Turbana określająca okres pierwszy jako obejmujący »schorzenia lekkie« eo ipso nie chce tu widzieć żadnych jam.

W schemacie klasyfikacji tu opisywanej możność oznaczenia stanu czynnościowego sprawy chorobowej pozwala na pozostawienie jam w okresie pierwszym, bo ostrzeżenie w postaci epitetu: *progrediens acuta*, aż nadto wyraźnie zapowie, że zmiany, aczkolwiek w danym momencie zajmują przestrzeń niewielką — mają tendencje organizmowi wrogie.

Tyle o tem, że zmiany nie przekraczające powyżej wskazanych granic, należą do postaci suchot płuc przewlekłych początkowych.

Samem jednak określeniem terenu, którego rozmiarów zmiany w danej chwili nie przekroczyły, mówimy mało, dalecy jesteśmy od rozpoznania indywidualnego.

Wszystkie dane o objawach czynnościowych użytkujemy starając się odpowiedzieć na pytanie schematu: *stationaris? progrediens? (chronica, acuta)? regrediens?*

Progrediens — to znaczy: od pewnego czasu postępujące osłabienie, pogarszanie się samopoczucia, chudnienie, utrata łaknienia, poty, gorączka, zdenerwowanie, tętno przyśpieszone coraz wyraźniej, spadek parcia tętniczego, kaszel, żyłki krwi w plwocinach, krwioplucie, laseczniki Kocha.

Nad okolicami zajętemi sprawą gruźliczą: objawy nacieczenia, rozmiary zmian coraz większe, objawy rozpadu miąższowego, chrzęsty, rzężenia, trzeszczenia; bóle, napięcie mięśni barkowych.

Allergja niewielka; jeśli znika to oznacza (przy braku innych przyczyn, niegruźliczych) postęp szybki, ostry: *progrediens acuta.*

Odczyn Biernackiego przyśpieszony; jeśli szybko wzrasta — to znaczy (przy braku innych przyczyn, n. p. zapalenia opłucnej, zapalnego nacieczenia i rozmiękczania gruczołów) — postęp szybki.

Jeśli nie jest to moment pierwszych zmian chorobowych to mamy skok o tendencji łagodnej, powolnej, albo też — szybkiej, ostrej.

Progrediens acuta — znaczy, że wszystkie wyliczone objawy występują w sposób i natężeniu mocnem.

Regrediens — to znaczy: siły powracają, samopoczucie staje się lepsze, waga wzrasta, łaknienie powraca, ustępują poty, gorączka, kaszel; ilość plwocin się zmniejsza. Nad okolicą zajętą gruźlicą obszar stłumienia zmniejsza się (rozessanie się zapalenia obwodowego), szmer oddechowy traci charakter oskrzelowy, objawy rozpadu zaczynają wysychać, nikną chrzęsty, trzeszczenia; ilość rzężeń się zmniejsza, ustępują bóle, ustępuje napięcie mięśni Allergja wzrasta; odczyn Biernackiego staje się powolniejszy.

Przypadek spostrzegany byłby — podług klasyfikacji n. p. Turbana i przed skokiem choroby i podczas skoku i po skoku — zawsze określany jako gruźlica płuc okresu pierwszego. Podług klasyfikacji wyżej podanej też pozostaje przez cały czas przypadkiem postaci suchot *początkowych;* ale dodanie określenia *progrediens*, nadaje zupełnie inną treść określeniu okresu choroby. Przy stosowaniu klasyfikacji Turbana chory jako niezdolny do pracy wstępował do sanatorjum w okresie pierwszym i występował — jako zdolny do pracy — też w okresie pierwszym. Dodanie przy wstąpieniu epitetu: *progrediens*, przy wypisaniu epitetu: *regrediens* (a tembardziej: *stationaris*) znów okazuje wielką usługę, charakteryzując indywidualnie dany przypadek.

Klasyfikacja moja była w r. 1913 — tym, komunikowana w sprawozdaniu z XI. Konferencji stowarzyszenia międzynarodowego do walki z gruźlicą (Onzième Conference Internationale contre la Tuberculose. Rapport. Berlin. Rok 1913. strona 421). W kilku klasyfikacjach po tem przez klinicystów niemieckich zaleconych znajduję echa tego komunikatu. Tak n. p. Bacmeister (w r. 1918) podał taką klasyfikację gruźlicy płuc:

I.
Tbc progrediens
stationaris
ad latentiam petens
latens

II.
Tbc indurativa
disseminata
pneumonica (broncho-pneumonia, pneumonia lobaris).

III.
Tbc aperta
occlusa

IV.
Tbc apicem (c. caverna)
ad: hilum »
lobum sup. »
» med. »
» inf. »
dextra-sinistra).

Rozpoznanie brzmi n. p.: Tuberculosis progrediens disseminata aperta ad lobum medium pulmonis dextri.

Gdy mowa o klasyfikacjach suchot płucnych, wskazać muszę jeszcze na klasyfikację Barda. Podałem ją in extenso i obszernie streściłem w »Odczytach klinicznych«, o których mowa na wstępie. Klasyfikacja ta znalazła w Niemczech gorącego i utalentowanego orędownika w osobie W. Neumanna (z Wiednia). Przerobił on klasyfikację Barda i podaje ją (rok 1924) w następującej postaci (bliskiej klasyfikacji Bard-Pierry):

I. Affectiones pulmonis parenchymatosae.
A. Tuberculosis abortiva.
B. Affectiones progressivae:
1. Caseosae: phtisis caseosa
a) lobaris
b) phtisis gallopans
2. Fibroso-caseosae: phtisis fibrocaseosa.
a) phtisis fibrocaseosa communis
b) splenopneumonia
c) phtisis cavitaria ulcerosa
d) tuberculosis cavitaria stationaria
e) phtisis ulcero — fibrosa cachecticans
3. Fibrosae:
a) cirrhosis pulmonum (Pneumonia tuberculosa hyperplastica).
b) tuberculosis fibrosa densa.
c) tuberculosis fibrosa diffusa c. emphysemate

II. Affectiones interstitiales tuberosae:
a) tuberculosis miliaris
b) tuberculosis miliaris suppurativa
c) tuberculosis miliaris migrans
d) tuberculosis miliaris discreta
e) typho — tuberculosis Landouzy

III. Affectiones tuberculosae bronchiticae:
a) bronchitis capillaris tuberculosa
b) broncho — pneumonia tuberculosa
c) bronchitis tuberculosa chronica cum peribronchitide et bronchiectasia
d) bronchitis tuberculosa chronica superficialis cum emphysemate

IV. Tuberculosis postpleuritica:
a) pleurite a répétition
b) tuberculosis postpleuritica fibrosa (phtisis fibrosa corticalis.
c) pleuropneumonia tuberculosa (pneumonia pleurogenes tuberculosa chronica).
d) phtisis fibrocaseosa corticalis.

O tej klasyfikacji, ogarniającej wszystkie postaci gruźlicy płuc, ostre i przewlekłe, należy powiedzieć, że w wielu przypadkach pozwala na ściślejszą, subtelniejszą, aniżeli inne klasyfikacje, analizę patogenezy zmian anatomicznych i objawów klinicznych. To jest jej wyższość, przez inne klasyfikacje niedościgła. Jej stronę ujemną stanowi, że w praktyce rzadko mamy możność przeprowadzenia tak ścisłej analizy. Nie prawidło zresztą codzienne, ale wyjątek stanowią przypadki, kiedy taka analiza jest i potrzebna i możliwa. Dodam, że tylko bezpośrednie obcowanie z mistrzami kliniki nauczy stosowania tej klasyfikacji; łatwo natomiast wpaść w nadużywanie tych terminów, w samo — złudzenie przez stawianie rozpoznań subtelnych, które stać się mogą frazeologją terminologiczną.

Stationaris, to znaczy: minęły wszystkie objawy obecności czynnego ogniska gruźliczego w płucu. Czasem stan ten nie różni się od *tuberculosis obsoleta*, a jedynie krótki czas dzielący go od przebytego skoku choroby nie pozwala na użycie ostatniego terminu. Innym razem, prócz zmian miejscowych właściwych bliźnie w szczycie, spostrzegamy: nieco kaszlu, chrząkanie, tętno przyśpieszone, parcie krwi niżej normy, łatwe zaziębienie, zmniejszoną wydolność fizyczną i moralną. Odczyn Biernackiego niebardzo przyśpieszony, ale szybszy, aniżeli norma (n. p. 2 godziny). Allergja żywa. W sumie: suchoty płuc początkowe podgojone, ale nie zagojone; nie wolno jeszcze mówić o zdrowiu, chociaż skok choroby już minął.

Phtisis pulmonum declarata.

Niema jakichś słupów granicznych pomiędzy postacią suchot początkowych, a postacią suchot rozwiniętych.

Postęp zmian anatomicznych w kierunku ku dołowi — oto cecha tej postaci; obszar zmian przekracza szczyty, przerzuca się na stronę przeciwną.

Stępienie na przestrzeni znacznej, często z przydźwiękiem metalicznym; rzężenia obfite, często dźwięczne. Jamy już niemałe. Skoki choroby częste, trwają dłużej, niż w postaci pierwszej; nie zawsze zajmuje skok okolicę sąsiadującą z ogniskiem dotychczasowem; sprawa przerzuca się na okolice odległe; tam spostrzegamy trzeszczenia, bardzo drobne rzężenia, chrzęsty, zmiany w charakterze szmeru wdechowego — a z czasem i stępienie. W dalszym rozwoju choroby oddzielne rozrzucone ogniska zlewają się.

W plwocinach coraz łatwiej wykazać laseczniki Kocha, włókna elastyczne, wielkie ilości białka. Odczyn Biernackiego przyśpieszony wyraźniej, nawet w okresie po za skokiem, ponieważ obszar zajęty jest znaczny, ilość tkanek rozpadających się wielka, więc wsysanie wytworów rozpadu trwa i po złagodzeniu skoku.

W czasie skoku choroby ciepłota dochodzi do znacznej wysokości; ale i po przeminięciu — trwa nieraz stan podgorączkowy (*progrediens chronice)*. Tętno jest przyśpieszone; poty nocne. Chory traci na wadze; miewa krwotoki.

Przy takich objawach rozpoznajemy *phtisis pulmonum declarata fibro caseosa progrediens;* zależnie od nasilenia objawów: *progrediens chronice*, czy też *acute*. Jeśli skok ma się ku ustapieniu, sprawa chorobowa ku poprawie, mówimy o *progrediens chronice*, potem *regrediens*, wreszcie o *stationaris*.

Im dłużej trwa choroba, tem częściej stan *stationaris* przechodzi w stan *progrediens*, a każdy okres postępu trwa dłużej, by wreszcie przejść w postać trzecią.

Jeśli przeważają zmiany włókniste, ujawniające się znanemi zmianami fizykalnemi i czynnościowemi, jeśli te zmiany zajmują obszar przekraczający szczyty, mówimy o *phtisis pulmonum declarata fibrosa*.

Wystąpienie objawów pneumonicznych, zserowacenia i rozmiękczenia, na znacznej przestrzeni — nakazuje użycie terminu *phtisis pulmonum declarata caseosa, progrediens acuta* lub *chronica;* i ta sprawa może nabrać tendencji pokojowych; mówimy wtedy o postaci *regrediens;* wtedy jesteśmy świadkami powstawania jam o ścianach twardniejących, jam nie powiększających się.

III. Phtisis pulmonum chronica consumptiva.

Chory ze sił wyczerpany, zwykle wychudły; wszelki wysiłek fizyczny kończy się dusznością. Ma w wywiadach długą historję o przed laty spostrzeżonem krwiopluciu, o trwającej od tego czasu skłonności do zaziębień; o grypach i zapaleniach gorączkowych oskrzeli, o krwotokach; chorym czuje się od lat wielu, ale z początku »zaziębiał się« rzadko, a skutki zaziębienia trwały po parę tygodni; w ciągu lat ostatnich zaziębia się, lub dostaje grypy, częściej, co za każdym razem trzyma go w łóżku po parę miesięcy. Oglądanie wykrywa zniekształcenie klatki piersiowej, opuszczone ramiona, zwisającą klatkę, asymetrję obu jej połów, opuszczone i asymetrycznie leżące łopatki, asymetrję obojczyków, wciągnięcie dołów nadobojczykowych; na skórze charłaczej wykwity, na udach *trombophlebitis; oedema pedum;* paznogcie często zakrzywione w dziób papugi, paliczki ostatnie kolbowato rozszerzone. Tętno najczęściej bardzo przyśpieszone, parcie tętnicze obniżone; kaszel z plwocinami.

To są, mniejwięcej, objawy właściwe chorym tej postaci suchot. Ale znajdujemy szereg innych objawów, które wśród tych chorych pozwalają na daleko idącą klasyfikację.

Weźmy typ najczęstszy; typ kliniczny zależny od współistnienia zmian włóknistych i zserowaciałych. Objawy ogólne — jak wyżej. Gorączka zmienna: albo naogół niewielka, stała, albo okresy bezgorączkowe występują naprzemian z gorączkowemi; gorączce towarzyszą dreszcze i poty; typ gorączki albo stale wysoki, albo hektyczny. Tętno stale około 120, parcie krwi nizkie.

Kaszel z obfitemi plwocinami; odkszuszaniu plwocin towarzyszą często wymioty. Domieszka krwi do plwocin; od czasu do czasu krwotoki, po których stan się pogarsza. W plwocinach włókna sprężyste; ilość białka w plwocinach przekracza 6%. Odczyn Biernackiego poniżej 60, czasem zaledwie tylko 15 minut. Badanie fizykalne wykazuje obok obszaru zmian włóknistych — objawy zmian serowatych, a po skoku, po krwotoku z gorączką — nowe ogniska pneumoniczne. Objawy jamowe Liczne rzężenia, w wielu okolicach o charakterze metalicznym. Częste powikłania ze strony opłucnej, kiszek, nerek.

Badanie promieniami Roentgena wykazuje obszar zmian większy, aniżeli badanie bezpośrednie, co jest skutkiem rozedmy. Zmiany tkankowe, najczęściej, w obu płucach rozrzucone.

Taki jest obraz *phtisis pulmonum consumptivae fibroso-caseosae*.

Jeśli przy istnieniu mniejwięcej podobnych objawów, znajdziemy powikłanie przebiegu podprzewlekłego skokiem pneumonicznym, wysiękiem płatowym, który w takich warunkach zawsze przechodzi w zserowacenie, rozmiękczenie, eliminację tkanek, ich nekrotyzację i szybkie wytwarzanie jam — mamy *phtisis consumptiva caseosa:* gorączka stale wysoka, dreszcze, zlewne poty, tętno drobne, około 140 na minutę, duszność, sinica, obfite wykszuszanie, brak łaknienia, szybki upadek sił, objawy ze strony kiszek; szybko następujące pogorszenie trwającego dotąd jako — tako cierpienia podprzewlekłego. Tak właściwie kończy się wiele przypadków suchot przewlekłych, których nie porwie przedtem nagły krwotok zaduszający, nie dobije powoli powikłanie kiszkowe, lub zapalenie skrobiowate nerek.

Postać: *phtisis pulmonum consumptiva fibrosa* przebiega inaczej; na czoło objawów wybijają się takie, jak: duszność, sinica, obrzęki, zastoje na powierzchni oskrzeli, zastoje w wątrobie, rozedma płuc, kaszel wysiłkowy z plwocinami raczej z oskrzeli, niż z płuc, a jednak zawierającemi laseczniki Kocha (zwykle nieliczne). Chory czyni wrażenie sercowego, lub chorego na rozedmę, a nie suchotnika, jakkolwiek zarówno wywiady, jak i wyniki uważnego badania klinicznego, nie mówiąc już o wyniku badania promieniami Roentgena, wykrywają wielką przestrzeń zmian płucnych. Ciepłota niewielka, tętno przyśpieszone, parcie krwi nie bardzo obniżone, klatka piersiowa nieraz beczkowata; przeciągnięcie serca, tchawicy (Roentgen). Obok jam, przeważnie suchych, częste rozstrzenie oskrzeli. Dalsze losy chorego są różne: najczęściej zależą od kurczących się zrostów opłucnowych, od kurczenia się tkanki płucnej i jej ucisku, od przemieszczenia serca, tętnicy głównej, tchawicy, oskrzeli. To wszystko upośledza i oddychanie i krążenie (skąd krwotoki), a istniejące — bądź co bądź — ognisko gruźlicze zatruwa współcześnie ustrój. Tacy chorzy kończą albo wskutek niedomogi prawego

serca, albo jak chory ze stwardnieniem naczyń — na *cachexia arterialis.* Inne wrota śmierci tworzy powikłanie jakąś sprawą t. zw. kataralną, zapaleniem odoskrzelowem nieswoistem. Bywa i tak, że zgon zależy od ostrego skoku sprawy zasadniczej, podgojonej; wtedy widujemy tu wybuch ostrej rgużlicy z umiejscowieniem wzdłuż oskrzeli (*peribronchitis tuberculosa*), albo wybuch prosówki ogólnej.

Z trzech postaci suchot płucnych tego okresu najdłuższe szanse życia daje ta ostatnia postać, włóknista.

Tuberculosis obsoleta.

Jeśli mamy przed sobą osobnika zdrowego, u którego badanie wykrywa zmiany tkankowe zagojone; osobnika z bliznami płuca, nie dającemi żadnych objawów czynnościowych — a chcemy scharakteryzować stan jego ustroju w stosunku do gruźlicy, na ten czas korzystamy z terminu: *tuberculosis obsoleta.*

Wiele przypadków rozedmy, przewlekłego nieżytu oskrzeli, bronchitidis astmathicae i t. p. należy, zgodnie z wykrytemi objawami, nazywać tak n. p. *emphysema pulmonum a tuberculosi pulmonum obsoleta.*

Piśmiennictwo.

Źródła, prócz przytoczonych w tekście: Aschoff. Ueber die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungentphtise. 1922. — Bacmeister. Die Nomenclatur und Einteilung der Lungentuberculose vom Standtpunkte des Praktikers. Dent. m. Woch. 1918. N. 13. — Bernard. La tuberculose pulmonaire. Etudes de phtisiologie clinique et sociale. 1921. — Deutsch n. Hoffmann. Untersuchungen über das Verhalten des vegetativen Nervensystems bei tuberkulösen Erkrankungen der Lunge. Wiener klin. Wochenschr. 1913. — Hollós. Symptomatologie und Therapie der latenten und larvierten Tuberculose 1911. — Kraus. Klinische Grupierung der Tuberkulosefälle und Prognostik der Lungentuberculose. W Hb. der Tuberkulose. Brauer-Schröde-Blumenfelda. Wyd. trzecie. Tom I. 1923. — Kuthy i Wolff-Eisner. Die Prognosestellung bei der Lungentuberculose. 1914. — Neumann. Die Klinik der beginnenden Tuberculose Erwachsener. II. Der Formenkreis der Tuberkulose. — Piéry. La tuberculose pulmonaire. Séméiologie. — Formes cliniques. — Diagnostic et prognostic. 1910. — Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. III. Suchoty płuc. 1906.

Z praktyki.

Doc. Dr. Jakób ROTHFELD. Lwów

Przyczynek do patologji kurczów mięśni szyjnych

(Z Kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie).

Zapatrywania na patologję kurczów mięśni szyjnych uległy w ostatnich czasach zasadniczej zmianie. Podczas gdy dawniej zaliczano tę sprawę chorobową do histerji, to Oppenheim w swym podręczniku o chorobach nerwowych uważa kurcze mięśni szyjnych za wynik podrażnienia ośrodków korowych, przeznaczonych dla tych mięśni. Istotą tych stanów podrażnienia jest według Oppenheima odziedziczona, względnie wrodzona mniejsza wartościowość tych ośrodków; zmiany anatomiczne w ośrodkowym lub obwodowym systemie nerwowym nie są nam znane. W roku 1920 wypowiedział Förster [1]) przekonanie, że prawdziwy kręcz spastyczny (*Torticollis spast.*) polega na uszkodzeniu ciała prążkowanego (*corpus striatum*), a w pracy późniejszej [2]) kreśli stosunek kurczów mięśni szyjnych do atetotycznych objawów striarnych. Kręcz spastyczny jest zdaniem jego nietylko częstym objawem uogólnionej atetozy, ale często jest pozostałością przebytej ciężkiej postaci tego schorzenia. Förster uważa kręcz, podobnie jak wszelkie kurcze mięśniowe o charakterze »*tic*« za część składową atetotycznych zaburzeń ruchowych; podłoże dla tych zaburzeń stanowi ogniskowe zniszczenie tych części w ciele prążkowanem, które odpowiadają mięśniom, zajętym przez kurcze.

Dalsze wyjaśnienie w tej sprawie przyniosły spostrzeżenia Cassirera [3]), który opisał dwa przypadki kurczów mięśni szyjnych w przebiegu t. zw. kurczu torsyjnego; w jednym z tych dwóch przypadków kurcze te zapoczątkowały obraz chorobowy, w drugim wystąpiły dopiero po długoletniem trwaniu innych objawów kurczu torsyjnego. Charakter kurczów mięśni szyjnych w tych przypadkach był taki sam jak w przypadkach, w których kurcze te stanowią jedyny objaw chorobowy. W jednym z tych przypadków mógł Cassirer przeprowadzić anatomiczne badanie mózgu i wykazał obok rozlanego obrzęku mózgu ostre zmiany dotyczące komórek w *nucl. caud.* i w *putamem*; we wzgórku wzrokowym i w korze mózgowej objawy te były mniej wybitne. Drogi piramidowe bez zmian. Na podstawie tego sekcyjnego przypadku kurczów mięśni szyjnych w przebiegu kurczu torsyjnego zwraca się Cassirer przeciw pojmowaniu kurczów mięśni szyjnych jako schorzenia psychopochodnego i zalicza je do schorzeń systemu pozapiramidowego.

Podobne stanowisko zajmują i inni autorowie jak Babiński [4]), Higier [5]), Schmitt [6]), Wartenberg [7]), Moser [8]). Podczas gdy wszyscy ci autorowie opierają się przeważnie, popodobnie jak Förster i Cassirer, na przypadkach, w których kurcze mięśni szyjnych wystąpiły w przebiegu atetotyczno-striarnego zespołu objawów, do którego według Förstera należy także kurcz torsyjny, to przypadek, który poniżej przytaczamy zasługuje z tego względu na uwagę, że mamy tu do czynienia z kurczami mięśni szyjnych łącznie z zespołem akinetyczno-hypertoniczno-pallidarnym, jako dalszy dowód przynależności kurczów mięśni szyjnych do schorzeń systemu pozapiramidowego.

Chory J. P. lat 30 liczący podaje, że do czasu obecnej choroby był zupełnie zdrów. Przed trzema laty zauważył, »że mu ciągnie głowę w tył«, a towarzysze jego zauważyli, że przy pracy — chory jest cieślą — nie patrzy nigdy prosto przed siebie, tylko ku stronie lewej, przyczem zwraca głowę na lewo i ku tyłowi. To zaburzenie, które otoczenie chorego uważało za złą nawyczkę, pogarszało się stale i dolegało mu najwięcej przy chodzeniu, mniej przy siedzeniu lub leżeniu. Od pół roku zauważył wzmożone ślinienie, oraz niezgrabność w rękach, zwłaszcza w prawej; chory podaje, że ma siłę w rękach, jednak nie może się niemi tak posługiwać, jak dawniej.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. Pije i pali miernie; *lu. neg.*



Stan obecny: Silnie zbudowany mężczyzna, średniego wzrostu. W pozycji stojącej zwraca uwagę następująca postawa ciała: głowa jest skrajnie przechyloną ku tyłowi (ryc. 1), mięśnie sutkowo-mostkowo-obojczykowe wyraźnie się uwidaczniają, tułów przechylony ku przodowi, przyczem kręgosłup jest wyprostowany, a fizjologicznewygięcie kręgosłupa w części lędźwiowej rozciąga się aż do połowy kręgosłupa piersiowego. Długie mięśnie grzbietu silnie napięte, występują po obu stronach kręgosłupa. Brzuch wciągnięty, klatka piersiowa wypuklona. Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych, przywiedzione do klatki piersiowej, po stronie prawej więcej niż po lewej, ręce przylegają do ud, palce rąk lekko zgięte

---

[1]) Berl. kl. Woch. Nr. 49. 1920.
[2]) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 73. 1921.
[3]) Klin. Woch. Nr. 2. 1922.

[4]) Cyt. według Cassirera.
[5]) D. med. Woch. Nr. 38. 1922.
[6]) D. med. Woch. Nr. 48. 1922.
[7]) Z. f. d. ges. Neurol. n. Psych. T. 83. 1923.
[8]) Arch. f. Psych. 72. 1923.

w stawach śródręczo-palcowych. Mięśnie prawego łuku barkowego są silnie napięte i wybitniej występują, aniżeli po stronie drugiej; następstwem tego wzmożonego napięcia mięśni jest odstawanie prawej łopatki. Dalej uderza brak wyrazu twarzy, maskowatość i brak mimiki twarzy. Czasem zwłaszcza kiedy się głowa przechyla ku tyłowi usta zostają otwarte; jak gdyby szczęka dolna nie brała udziału w ruchu głowy ku tyłowi.

Wszystkie te objawy występują jeszcze wybitniej przy chodzeniu i zmniejszają się przy siedzeniu i w leżeniu; w chwili, kiedy chory wstaje natychmiast głowa zaczyna się powolnym, nieznacznie przerywanym ruchem przechylać ku tyłowi. Przy chodzeniu widać przy każdym kroku lekkie wstrząsania głowy ku tyłowi. Przy dłuższem chodzeniu można zauważyć nieznaczny zwrot głowy ku stronie lewej, co występuje zwłaszcza wtedy wyraźnie, kiedy choremu udało się w czasie chodzenia głowę zwrócić ku przodowi; głowa stoi wtedy pionowo, ale jest zwróconą na lewo. Chory może dowolnie czynnym ruchem przechylić głowę ku przodowi, ale ruch ten nie jest zupełnym, gdyż broda nie dochodzi na 4 palce do klatki piersiowej.

Obok ustawienia głowy i przechylenia tułowia ku przodowi przy wyprostowanym kręgosłupie zwraca uwagę sztywne trzymanie kończyn górnych i brak ruchów wahadłowych w czasie chodzenia, prawa ręka spoczywa na prawem udzie i stanowi z niem niejako jedną całość, lewa również wspomnianych ruchów wahadłowych nie wykonuje, tylko od czasu do czasu bywa potrącaną przez poruszające się udo.

W leżeniu ustawienie głowy najmniej wpada w oko; chory podaje, że i w czasie leżenia odczuwa pociąganie ku tyłowi, ale ono nie jest dla niego takie przykre. Przedmiotowo można w leżeniu stwierdzić zwiększone napięcie mięśni karkowych.

Ruchy bierne możliwe tylko przy równoczesnem pokonaniu napięcia mięśni karkowych, przyczem ku przodowi ruch nie jest zupełnym, podobnie jak ruch czynny głowy. Zwroty głowy na prawo i na lewo są wolne.

Prawa źrenica jest nieco szerszą od lewej, obie oddziaływują dobrze na światło i na akomodację. Nerwy mózgowe wolne. Mowa powolna, monotonna. Siła motoryczna kończyny górnej prawej słabsza niż lewej; napięcie mięśniowe w obu kończynach większe, po prawej większe niż po lewej, dotyczy zarówno mięśni wyprostowywaczy, jak i zginaczy i nie zmienia się w czasie trwania ruchów biernych. Odruchy na kończynach górnych prawidłowe, objaw Mayera prawidłowy. Wykonywanie ruchów powolne, skąpe; adiadochokinesa po prawej wyraźna. Czasem lekkie drżenie prawej ręki i palców. Na kończynach dolnych brak zmian, odruchy prawidłowe, odruchów patologicznych brak; brak zaburzeń czuciowych, brak Romberga, brak zaburzeń ze strony zwieraczy.

Ze strony narządów wewnętrznych brak zmian, w moczu brak składników patologicznych. Wassermann we krwi i w płynie mózgo-rdzeniowym ujemny; w płynie stwierdza się nadto: ciałek $^1/_3$, Nonne-Apelt: ujemny, Pandy: ujemny, odczyn mastixowy: ujemny, odczyn z chlorkiem złota daje czerwonawo-fioletowe odbarwienie (2) w drugiej probówce.

Badanie sprawności wątroby wykazało nieznaczną leukopenję przy próbie Widala, inne próby wypadły ujemnie.

Obok tonicznych kurczów mięśni szyjnych mamy zatem w naszym przypadku szereg objawów, należących do zbioru akinetyczno-hypertoniczno-pallidarnego: maskowatość twarzy, zwiększone napięcie mięśniowe kończyn górnych, skąpe ruchy dowolne, brak ruchów wahadłowych ramion przy chodzeniu, zwiększone napięcie mięśni łuku barkowego prawego. Tego rodzaju zespołu kurczów mięśni szyjnych z objawami akinetyczno-hypertoniczno-pallidarnemi w formie tak wybitnej, jak w naszym przypadku nie spotkałem w piśmiennictwie na ten temat. M o s e r wspomina o przypadku, w którym obok kurczów mięśni szyjnych i »*tic*« w obrębie mięśni twarzowych zaznaczał się parkinsonizm poencephalityczny, jednak czy się istotnie rozwinął ten zespół objawów, tego autor z powodu zbyt krótkiej obserwacji podać nie może. Wiemy wprawdzie, że zwiększone napięcie mięśni szyjnych i stąd nienormalne ustawienie głowy może zapoczątkować obraz parkinsonismu, jednak nigdy się tam nie pojawiają kurcze mięśniowe.

Na podstawie przytoczonych przypadków dystonji lub atetozy (Cassirer, Förster i i.) w których kurcze mięśni szyjnych były pierwszym objawem, względnie wystąpiły w przebiegu tych chorób, wnoszą wspomniani autorowie, że i odosobnione kurcze mięśni szyjnych należą do schorzeń pozapiramidowych. Przeciw temu wnioskowaniu możnaby jednak podnieść zarzut, że kurcze mięśni szyjnych spostrzegane we wspomnianych przypadkach nie są identyczne z takiemiż kurczami, występującemi jako jedyny objaw chorobowy, tylko, że jest to składowa dystonji lub atetozy. W naszym przypadku kurcze mięśni szyjnych występują bez dystonicznych lub atetotycznych objawów w zakresie innych mięśni i dzięki temu przypadek nasz uważać możemy za równoznaczny z przypadkami odosobnionych kurczów mięśni szyjnych. Równoczesne objawy pallidarne, dla których siedziba zmian anatomicznych w jądrach podstawowych jest nam znaną, przemawiają za charakterem pozapiramidowym całego zespołu objawów stwierdzonego u naszego chorego. Co do siedziby zmian anatomicznych w naszym przypadku, to należy przyjąć jedno ognisko w striatum, drugie w pallidum, przyczem pierwszem ogniskiem tłumaczy się wystąpienie kurczów mięśni szyjnych, drugiem objawy hypokinetyczno-hypertoniczne.

W sprawie etjologji nie można w naszym przypadku nic pewnego orzec; wobec objawów parkinsonowskich nasuwa się myśl, że mamy tu do czynienia z następstwami przebytego nagminnego zapalenia mózgu. Wywiady w tym kierunku dały jednak wynik zupełnie ujemny, zarówno sam chory jak i jego otoczenie twierdzą stanowczo, że do czasu obecnej choroby był zupełnie zdrów.

Dr. Aureli Bogusław MAŃKOWSKI, Wilno.
asystent kliniki dermatologicznej.

Przypadek Dermatitis herpetiformis Duhring i pemphigus oka, krtani oraz błon śluzowych *).

Z Kliniki Dermatologicznej Uniw. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. dr. Z. S o w i ń s k i.

W roku 1884 wyodrębnił Duhring z grupy pęcherzyc skóry postać chorobową, którą nazwał *Dermatitis herpetiformis.*

Cechą charakterystyczną tej choroby odróżniającą ją od pęcherzycy (*pemphigus*) jest wielopostaciowość wysypki silne swędzenie, przebieg przewlekły z częstemi nawrotami przy stosunkowo dobrym stanie ogólnym.

Jakkolwiek pod względem klinicznym choroba ta różni się od pęcherzycy, gdzie występują zmiany tylko w postaci pęcherzy, to jednak często obserwujemy przypadki, gdzie trudno jest granicę tą przeprowadzić.

Niektórzy autorzy nie odróżniają tych dwóch chorób, a Wickham mówi że mogą być formy przejściowe między *Dermatitis herpetiformis Duhring* a *Pemphigus chronicus verus.*

Obrazy chorobowe u tego samego chorego mogą czasem przyjmować rozmaity charakter i tak Szadek opisał jeden przypadek *Dermatitis herpetiformis Duhring,* który to przypadek rok przedtem na klinice kijowskiej był rozpoznawany jako *Pemphigus foliaceus Cazenavi* i jako taki opisany, a chociaż Pellizari twierdzi, że pęcherzyca, która daje się wyleczyć jest Duhring, a Duhring nieuleczalny jest pęcherzycą, to jednak czasem zmiany na skórze są tak charakterystyczne, iż musimy rozpoznać chorobę Duhringa.

Rzadsze są przypadki, gdzie na skórze stwierdzamy chorobę Duhringa, a na błonach śluzowych pęcherzycę.

Na naszej klinice mieliśmy sposobność obserwować chorego na *Dermatitis herpetiformis Duhring* z równoczesną pęcherzycą oka, błon śluzowych jamy ustnej i nosa oraz wybitnemi zmianami w krtani, a ponieważ przypadki w których powyższe zmiany byłyby jednocześnie u tego sa-

*) Demonstrowany 22. I. 1924 r. na posiedzeniu naukowem Wil. Tow. dermatologicznego w Wilnie.

mego chorego są nadzwyczaj rzadkie i w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem podobnych, przeto sądzę, że przypadek ten zasługuje na ogłoszenie.

Dnia 16. I. 1924 roku został przyjęty na klinikę chory K. S., rolnik, lat 37, żonaty. Rodzice umarli na tyfus mając lat około 50. Rodzeństwa ma 8; wszyscy zdrowi. Żonaty od 10 lat. Dzieci ma 4, z czego najstarsze liczy lat 8, najmłodsze 3 miesiące. Dzieci wszystkie zdrowe. Przed 15 laty chorował na tyfus. Chorób wenerycznych, jakoteż innych chorób zakaźnych nie przechodził.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 2 laty występowaniem pęcherzy silnie swędzących na obydwu podudziach. Pęcherze te występowały napadowo w ciągu 1½ roku. W trzy miesiące po wystąpieniu pęcherzy na podudziach chory ochrypł, oraz zauważył częste występowanie pęcherzyków w gardle, na wargach i języku. Pęcherze te jedne ginęły inne występowały, chrypka zaś trwa bez przerwy. Kiedy przed 1½ rokiem pewien lekarz zapisał mu do wewnętrznego zażywania *Kali jodatum* wystąpiły na całem ciele wielkie pęcherze utrzymujące się przez kilka tygodni. Od 4 miesięcy zaczęły występować napadowo pęcherze pod pachami, na spojówkach i w jamie ustnej, zaś na piersiach i karku plamy, oraz krostki. Od tego czasu z okolic pach pęcherze nie ustępowały, jednak pękając odsłaniały powierzchowne ranki silnie sączące i swędzące. Przed 1½ miesiącem wytworzył się pęcherz na prawej rogówce, a chory w przeciągu 3 tygodni oślepł na prawe oko. Chory uskarża się na silny świąd i utrudniony oddech.

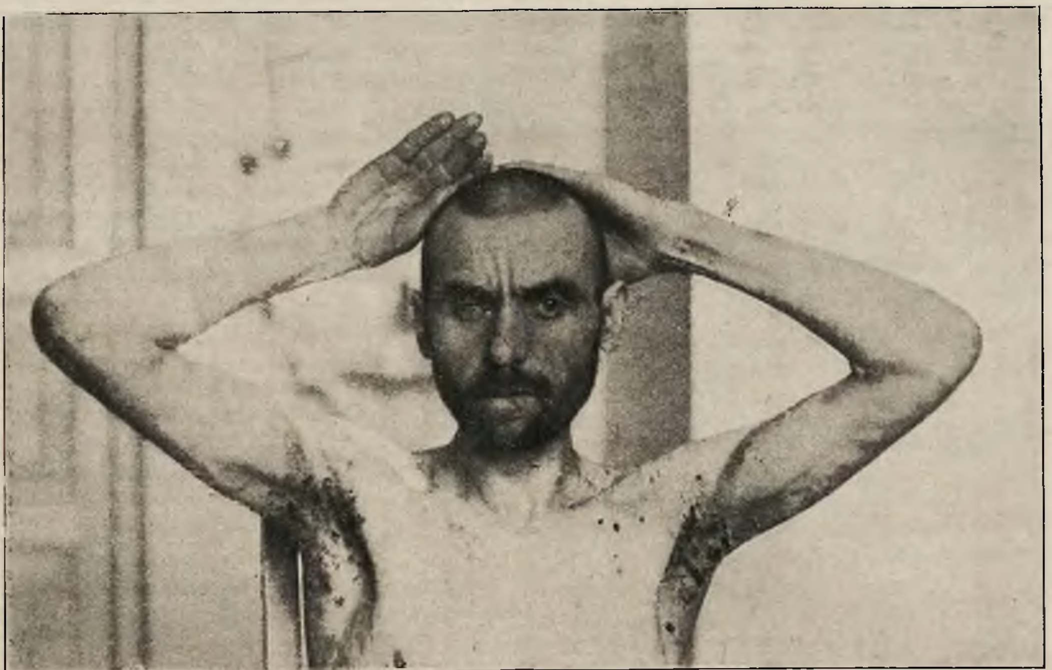
Stan obecny: Chory wzrostu średniego, szczupły, budowy kostnej prawidłowej, wagi ciała 68,8 kg. Na skórze pod pachami w części środkowej widzimy powierzchowne nadżerki barwy różowo-czerwonej o konturach zatokowatych i festonowatych, jakoteż tu i ówdzie strupy. Na obwodzie nadżerek spotyka się resztki zdrapanych pokryw pęcherzy. Z nadżerek wydobywa się wielka ilość płynu surowiczo-ropnego silnie cuchnącego. W częściach obwodowych pachy liczne pęcherze wielkości ziarnka grochu i fasoli leżące na skórze nie zaczerwienionej i jedne z nich o pokrywie silnie napiętej zawierają płyn przeźroczysty, inne starsze o pokrywie pomarszczonej płyn mętny, częścią ropny. Na piersiach, szyji i karku dość obficie rozsiana wysypka wielopostaciowa. Obok krostek leżących na zaczerwienionej skórze widzimy grudki i plamy barwy ciemno-czerwonej, których wielkość waha się od ziarnka soczewicy do 20 groszówki. Ogniska te leżą pojedynczo nie zlewając się ze sobą. Na plamach ciemno-czerwonych wielkości jaja kurzego, a leżących w linji pachowej widzimy na obwodzie bardzo liczne drobniutkie pęcherzyki wielkości główki szpilki. Na wardze dolnej 3 pęcherze wielkości ziarnka prosa i grochu o płynie przeźroczystym. Na języczku i podniebieniu miękkiem kilka pęcherzy wielkości ziarnka grochu i fasoli o płynie ropnym. Na błonie śluzowej nosa powierzchowne nadżerki o konturach nieregularnych. W okolicy krzyży, oraz na kończynach górnych i dolnych bardzo liczne zmiany barwikowe po zagojonych pęcherzach w postaci plam barwy ciemno-brunatnej wielkości paznokcia, orzecha włoskiego i jaja kurzego. Stopy i dłonie wolne.

Badanie krtani wykonane w klinice laryngologicznej Un, S. B. wykazuje: niedowład strun obu.

Struny fałszywe pokrywają struny prawdziwe. Na tylnej ścianie zgrubienie, nacieczenie i jakoby powierzchowne owrzodzenie.

Badanie okulistyczne wykonane przez Dr. Abramowicza wykazuje: oko prawe: całkowite zrosty spojówki powiekowej z gałką oczną (*Symblepharon totalis*). Zeskórnienie powierzchni gałki (*Xerophtalmus*). Oko lewe: pęcherzyk wielkości ziarnka soczewicy w zewnętrznym kącie dolnej powieki. Skurczenie załamków w znacznym stopniu. Zrosty spojówki powiekowej z gałką oczną. (*Symblepharon posterior*) na dolnej powiece w kwadrancie zewnętrznym i w górze na wewnątrz. Rogówka bez zmian. Dno prawidłowe.

W narządach wewnętrznych prócz niestałego szmeru nad koniuszkiem serca zmian chorobowych niema. Stolce normalne a chory nie odczuwa żadnych dolegliwości ze strony narządów



trawienia. W systemie nerwowym prócz dość silnie zaznaczonego *dermographismu* zmian patologicznych nie stwierdza się. Odczyn Wassermanna ujemny.

Badanie krwi wykazuje: Ciałek czerwonych 6,100.000, ciałek białych 7.080, limfocytów 25%, leukocytów obojętno-chłonnych 69%, eozyno-chłonnych 4%, ciałek przejściowych 2%. Krzepliwość krwi 10 minut. Hemoglobiny 64% (Sahli). Lepkość krwi 4,6 opadanie ciałek czerwonych przyśpieszone (100 minut aparatem Linsenmeiera). Moczu na dobę 1100 gr, oddziaływania kwaśnego c. g. 1027. Składników patologicznych brak. W zawartości pęcherzyka stwierdza się: limfocytów 65%, leukocytów obojętno-chłonnych 32,5%, eozyno-chłonnych 0,5%, ciałek przejściowych 2%.

W treści świeżego pęcherza nie stwierdza się mikroskopowo, jakoteż bakterjologicznie żadnych drobnoustrojów.

Próba wywołania na skórze zdrowej pęcherza przez zaszczepienie zawartości pęcherza dała wynik ujemny, mimo zabezpieczenia miejsca zaszczepienia szkiełkiem zegarkowem od wpływów zewnętrznych.

Chory pozostawał na naszej klinice do dnia 28. I. b. r. Przez cały ten czas ciepłota wahała się od 36,6°—37,4°. W czasie pobytu w klinice otrzymywał chory co drugi dzień wstrzykiwania dożylne 10 gr 10% *natr. bromatum* w roczynie soli fizjologicznej. Wpływ leczenia na zmiany na skórze był nadzwyczajny, gdyż już po 2-gim zastrzyku sączenie i swędzenie pod pachami zmniejszyło się, a nadżerki trwające stale od 4 miesięcy zaczęły goić się, tak, iż po 6-ciu zastrzykach skóra pachy lewej wróciła do normy, a pod pachą prawą pozostały tylko nieliczne nadżerki. Świąd ustąpił zupełnie. Miejscowo chory nie stosował żadnych środków. Chory po wypisaniu się na własne żądanie z kliniki, leczy się ambulatoryjnie, gdzie w dalszym ciągu 2 razy w tygodniu otrzymuje zastrzykiwania bromu. Podczas pobytu w klinice oraz obserwacji ambulatoryjnej stwierdziliśmy kilkakrotnie wyrzucanie pęcherzy na błonach śluzowych jamy ustnej. Na skórze — prócz reakcji jodowej, o której mówię — świeżych wyrzutów było tylko kilka.

W przytoczonym przypadku ze względu na wielopostaciowość wysypki na skórze, silny świąd, oraz doby stan ogólny rozpoznawaliśmy *Dermatitis herpetiformis Duhring.*

Na spojówkach rozpoznaje się z całą pewnością *pemphigus*, albowiem wystąpienie zeskórnienia w przeciągu 3 tygodni przy świeżem powstawaniu zrostów spojówkowych,

oraz obecność tworów pęcherzykowych na błonach śluzowych i skórze wykluczają inne rozpoznanie.

W grudniu 1924 roku Louste, Dupuy-Dutemps ogłosili dwa przypadki pęcherzycy spojówek oka oraz podają, iż w przeciągu ostatnich 20 lat znaleźli opisanych takich przypadków tylko 15.

Z przypadków przez nich opisanych jeden zasługuje na szczególną uwagę, gdyż na skórze rozpoznali *Dermatitis herpetiformis Duhring* — na spojówkach zaś *pemphigus*.

W krtani podobne zmiany jak w wyżej przytoczonym przypadku daje także *lues*, a ponieważ *pemphigus* krtani należy do chorób bardzo rzadkich, przeto czasem przypadki takie, o ile nie stwierdza się pęcherzy na skórze lub błonach śluzowych mogą być mylnie rozpoznawane. U naszego chorego objawy ze strony krtani wystąpiły w 3 miesiące po pojawieniu się pęcherzy na podudziach, a poniewać na błonie śluzowej jamy ustnej stwierdzamy pęcherze, zaś anamneza, jakoteż wynik badania krwi przemawia przeciw kile, przeto niemal stanowczo możemy przypuszczać *pemphigus* krtani.

W. Weiss opisuje w roku 1921 dwa przypadki pęcherzycy krtani, gdzie w jednym przypadku podobnie, jak u naszego chorego przyszło do nadzwyczaj rzadko obserwowanej i opisywanej stenozy wskutek następowego zbliznowacenia.

W obrazie krwi naszego chorego uderza zwiększona ilość ciałek czerwonych, którą Kartamischew ttumaczy zagęszczeniem krwi wskutek oddania tkankom surowicy. Podobne obrazy obserwował on przy pęcherzycy, gdzie ilość ciałek czerwonych wynosiła 6,800.000. Objaw ten uważa za charakterystyczny dla pęcherzycy w stadjum wyrzucania pęcherzy, a o ile stan chorobowy poprawia się ilość ciałek czerwonych spada.

Przy *Dermatitis herpetiformis Duhring* często stwierdzają zwiększoną ilość leukocytów eozyno-chłonnych we krwi, jakoteż w zawartości pęcherza.

Jest to objaw częsty, jednak brak zwiększonej ilości eozynofilów — podobnie, jak było u naszego chorego — nie może przemawiać przeciw chorobie Duhringa. Eliascheff uważa ten objaw za bardzo częsty, jednak nie patognomiczny dla tej choroby. W 17 badanych przez nią przypadkach ilość leukocytów eozyno-chłonnych we krwi wynosiła od 0,5% do 44%. W jednym zaś przypadku nie było ich całkiem.

Bardzo ciekawą przy *Dermatitis herpetiformis Duhring* jest wrażliwość chorych na *Kali jodatum*.

Hildebrandt obserwował jeden przypadek, gdzie chory dostał preparat jodowy i wystąpiły zmiany, jak przy *Dermatitis herpetiformis* i mimo natychmiastowego zaprzestania używania jodu, stan ten trwał przez rok. W Spitzera przypadku chora po otrzymaniu *Kali jodatum* z powodu *Bronchitis* reagowała bardzo ciężką i obfitą wysypką pęcherzową.

Wrażliwość w tej chorobie na *Kali jodatum* jest przy zastosowaniu wewnętrznem jakoteż zewnętrznem w postaci maści. Eljascheff podaje, iż wrażliwość na *Kali jodatum* przy podaniu wewnętrznem jest 80%, przy zastosowaniu zewnętrznem 60%, a Nägeli przy wewnętrznem 47%, przy zewnętrznem 28%. Ponieważ chory nasz w anamnezie podawał, iż po zażyciu *Kali jodatum* wystąpiły pęcherze na całem ciele, przeto nie chcąc narażać go na wystąpienie świeżych pęcherzy na oku lub krtani zastosowaliśmy *Ung. Kali jodati* miejscowo. Po nasmarowaniu dość grubej warstwy maści na gazę i nałożeniu na ramię umocowaliśmy ją bandażem pozostawiając przez 24 godzin. Chory po 12 godzinach czuł w tem miejscu silne pieczenie, a po dobie miejsce opatrzone maścią usiane było pęcherzami wielkości ziarnka soczewicy i fasoli.

Pęcherze w dalszym ciągu powiększały się, a po 2 dobach niektóre z nich przybrały wielkość orzecha włoskiego.

Przyczyna powstawania choroby Duhringa nie jest jeszcze wyjaśnioną. Jedni uważają ją za powstałą na tle nerwowem, inni wskutek samozatrucia, niektórzy sądzą, że wywołują ją bakterje, a także teorja o wpływie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu ma swoich zwolenników.

Ponieważ u naszego chorego wpływ bromu na zmiany na skórze był wybitny, przeto najbardziej uzasadnioną wydaje nam się teorja nerwowa.

Piśmiennictwo.

1) Louste, Dupuy-Dutemps. Bulletin de la Societe Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1924. Nr. 9. — 2) Eliascheff. Acta Dermato-venereologica 1923. Vol. IV. Fasc. 2. — 3) Spitzer. Archiv für Dermatologie u. Syphilis 142 Band, 2 Heft. — 4) Kartanischew. Archiv für Dermatologie u. Syphilis 148 Band, 1 Heft. — 5) Weiss. Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie 1921. Z. 9. — 6) Venturi. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1924, Nr. 11. — 7) Lebedjew. Dermatologische Wochenschrift 1924, Nr. 35. — Mraček. Handbuch der Hautkrankheiten.

Lucjan JELENKIEWICZ. Warszawa.

Prosty sposób przetaczania krwi.

(Z Oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie).

Przetaczanie krwi zyskało sobie ogólne uznanie, jako doniosły zabieg leczniczy, zwłaszcza w cierpieniach, związanych z niedokrwistością ostrą, bądź też przewlekłą; częstokroć nawet ratuje życie choremu. Każde uproszczenie w wykonywaniu tego zabiegu przyczynia się do szerszego jego stosowania. Podajemy tu dość prosty sposób przetaczania. Niezbędny do tego przyrząd składa się ze znanego u nas powszechnie kurka Łoguckiego, używanego do wypuszczania płynu z jamy opłucnej. Kurek ten posiada 3 wyloty. Jeden z nich łączy się ze zwykłą igłą do nakłucia żylnego, drugi z 20-centymetrową strzykawką Record'a, wreszcie trzeci łączymy za pomocą rurki gumowej z rurką szklaną, zgiętą pod kątem prostym i przechodzącą poprzez korek gumowy do dna erlenmejerki o pojemności 500 cm^3. Korek zaopatrzony jest jeszcze w drugą krótką rurkę; łączącą światło naczynia z powietrzem zewnętrznem.

Ma ona zapobiegać zwiększaniu się ciśnienia wewnątrz naczynia przy wtłaczaniu do niego krwi. Po wyjałowieniu przyrządu przestrzykuje się go wyjałowioną parafiną następnie wlewa się do erlenmejerki odpowiednią ilość 1% roztworu cytrynianu sodu w roztworze fizjologicznym soli (100 cm^3 roztworu na 200 cm^3 krwi). Niewielką ilością tego roztworu przestrzykuje się po raz drugi światło aparatu, poczem przystępuje się do pobierania krwi. Kurek skręca się tak, ażeby światło igły łączyło się ze światłem strzykawki; igłę wkłuwa się do żyły dawcy i strzykawką powoli aspiruje się krew. Po napełnieniu strzykawki przekręca się kurek o 90°; w ten sposób łączy się światło strzykawki z wylotem kurka, połączonym z erlenmejerką, do której wtłacza się zawartość strzykawki. Potem kurek odkręca się z powrotem o 90° i ponownie aspiruje się krew z żyły i t. d. aż zbierze się w erlenmejerce ilość niezbędna do wstrzyknięcia. Wstrzykiwanie krwi do żyły odbiorcy odbywa się w sposób odwrotny. Po odpowiedniem ustawieniu kurka aspiruje się krew z erlenmejerki do strzykawki, a następnie po skręceniu kurka o 90° wtłacza się powoli krew do żyły. W czasie przetaczania należy zanurzyć erlenmejerkę do naczynia z gorącą wodą.

Zalety podanego sposobu przetaczania są następujące:

1) Przyrząd daje się łatwo wyjałowić. Wyjaławia się oddzielnie erlenmejerkę, oddzielnie zaś strzykawkę i kurek Łoguckiego razem z rurką i z korkiem.

2) Jałowość przetaczania jest zabezpieczona, ponieważ krew podczas wypuszczania i podczas wstrzykiwania przechodzi przez światło zupełnie zamknięte i wyjałowione.

3) Krew podczas wypuszczania z żyły dawcy nie krzepnie, gdyż światło przyrządu jest przestrzyknięte parafiną.

4) Podczas wstrzykiwania krwi łatwo jest uniknąć dostania się pęcherzyków powietrza do żyły. W tym celu przed wkłuciem igły do żyły usuwa się powietrze, przestrzykując aparat krwią z erlenmejerki i pozostawiając kilka cm^3 krwi w strzykawce. Jeżeli nawet w czasie przetaczania pęcherzyk powietrza dostanie się do strzykawki, to łatwo można go usunąć, wyjmując strzykawkę z wylotu kurka.

Sprawozdania poglądowe

Feliks PRZESMYCKI. Warszawa.

Etjologja płonicy w świetle badań najnowszych *).

Państwowy Zakład badania surowic.

Etjologja płonicy była dotąd nieznana, ale ostatnie prace amerykańskich badaczy Dicków i włoskich di Cristina, Caronia i Sindoni'ego zbliżają nas do rozwiązania tego niezmiernie ważnego zagadnienia.

Prawie zawsze znajdywano u chorych na płonicę w jamie nosowo-gardłowej paciorkowce hemolityczne, które czasem również znajdywano i we krwi. Pewna grupa badaczy (Bagiński, Klein, Babès, Sörensen, Kurt, D'Espine, Class, Moser, Gabryczewski, Schleissner, Dick, Dochez, Tunnicliff i inni) zaliczała paciorkowce hemolityczne do swoistych zarazków płonicy, a Gabryczewski był tak przekonany o słuszności tego twierdzenia, że wprowadził szczepienia ochronne przeciwko płonicy przez zastosowanie szczepionek, przygotowanych z paciorkowców hemolitycznych. Szczepienia te stosowane na szeroką skalę w Rosji dały podobno dodatnie wyniki. W Polsce szczepionkę Gabryczewskiego stosowali: Szerypo, Wyleżyński, Roszkowski, Czarkowski, Krukowski, Biehlerowa, Fijałkowska-Strzelecka, również z pomyślnym wynikiem.

Jednakże inni badacze, jak Loeffler, Heubner, Bardt, Fraenkel, Freudenberg, Böhm, Dopter, Delot, Jogiches, Weaver, Klimenko, Aronshon, Jochmann, Schick, v. Pirquet i inni uważali paciorkowce hemolityczne jedynie za przyczynę powikłań w płonicy. Kwestja nie mogła być ostatecznie rozstrzygnięta wobec tego, że badaczom nie udało się wywołać doświadczalnej płonicy u zwierząt. Objawy, wywołane u zwierząt przez zastrzyknięcie wyhodowanych drobnoustrojów lub materjału, otrzymanego od chorych na płonicę, były niestałe i niedostatecznie jasne, aby można było je uważać za decydujące.

Badacze amerykańscy, Dickowie, po 3-letniej pracy znaleźli się w możności potwierdzić wyniki poprzednich badaczy: 1. że paciorkowce hemolityczne znajdują się stale podczas płonicy; 2. że chociaż podczas przebiegu choroby znaleziono we krwi różne drobnoustroje, to żadnego z nich nie wykrywano stale.

Próby wywołania płonicy doświadczalnej u zwierząt laboratoryjnych, wykonane przez Dicków nie udały się. Zwierzęta te (króliki, myszy, szczury, świnki morskie, gołębie) zakażano krwią chorych, wydzielinami z jamy nosowo gardłowej, roztartemi narządami, lub też czystemi hodowlami różnych drobnoustrojów, wyhodowanych od chorych na płonicę. Czasem występowała u zwierząt wysypka (rash), jednakże żaden z drobnoustrojów nie wywoływał jej stale. Wobec tego Dickowie zdecydowali, że zwierzęta są względnie niewrażliwe na płonicę i że tylko doświadczenia na ludziach mogą rozwiązać to zagadnienie.

Pierwsze próby na ludziach były wykonane przez Dicków w 1921 roku.

Wolontarjusze byli zakażeni świeżą krwią ludzką i surowicą krwi, ciężko chorych na płonicę, jak również przesączami wydzieliny nosowo-gardłowej. Wynik tych badań był ujemny.

Drugą grupę wolontarjuszów zakażono hodowlami paciorkowców hemolitycznych, otrzymanemi od chorych na płonicę. I w tym przypadku wynik doświadczenia był ujemny, albowiem nie otrzymano typowego obrazu choroby. Dickowie sądzili, że ujemny wynik tych badań zależy od niewrażliwości wolontarjuszów i zdecydowali używać do dalszych badań tylko takich osób, które mogły dać dokładne dane o przebytych poprzednio chorobach.

W trzeciej serji doświadczeń na ludziach udało się Dickom wywołać płonicę u 2 wolontarjuszów na 10 zakażonych paciorkowcami hemolitycznemi.

Należało jednak rozstrzygnąć pytanie, czy w tym przypadku choroby nie wywołał zarazek przesączalny, związany z paciorkowcami. Wobec tego zastrzyknięto przesącz z hodowli paciorkowcowej, co jednak pozostało bez następstw. Po 2 tygodniach ci sami wolontarjusze zostali zakażeni paciorkowcami hemolitycznemi i jeden z nich zachorował. Wobec tych badań Dickowie sądzą, że zarazkiem swoistym płonicy jest paciorkowiec hemolityczny.

W jamie nosowo-gardłowej Dickowie znajdowali paciorkowce hemolityczne dwóch typów: jeden z nich nie zakwaszał mannitu (85%), drugi typ (15%) zakwaszał go. Autorom udało się jednak otrzymać doświadczalnie płonicę na ludziach zakażonych jednym i drugim typem.

Jak już poprzednio wspominałem, paciorkowce hemolityczne znajdowano stale w jamie nosowo-gardłowej i tylko czasem we krwi chorych na płonicę. Otóż powstaje teraz pytanie, jaki jest mechanizm zakażenia? Dickowie, a również Park i Zingher sądzą, że płonica jest toksemją, że paciorkowce, umiejscowione w jamie nosowo-gardłowej wytwarzają jady, które wywołują objawy chorobowe. Jady te wykrył Blakes w ciężkich przypadkach płonicy we krwi i moczu. Dickom udało się otrzymać jady na podłożach buljonowych z dodatkiem 10% krwi końskiej z cytrynjanem sodu. Hodowle były trzymane 5 dni w cieplarce i następnie przesączane. Jady te są ciepłostałe, albowiem dopiero gotowanie w ciągu godziny niszczy je. Surowica ozdrowieńców zobojętnia te jady i własności zobojętniające podlegają prawu proporcji wielokrotnej. Zwierzęta laboratoryjne nie są wrażliwe na te jady i jady płonicze mogą być tylko miareczkowane na ludziach. Po doskórnem zastrzyknięciu jadu w rozcieńczeniu 1 : 1000—1 : 2000 (zależnie od siły jadu) w ilościach 0,1 cm^3 występuje po 24 godzinach u ludzi wrażliwych odczyn skórny w postaci nacieku i zaczerwienienia. Jako kontroli używa się jadu gotowanego w ciągu godziny. Odczyn ten nie występuje u ozdrowieńców. Dickowie otrzymali dodatni odczyn skórny w 41,6%, Branche i Edward w 40%, Baxtel i Okell w 60%, Brokman Hirszfeldowa i Przesmycki w badaniach przeprowadzonych na dzieciach w Warszawie około 60%.

Widzimy zatem, że obok odczynów skórnych Schicka i Brokmana dla błonicy i czerwonki, przybywa nowy odczyn Dicków dla określenia wrażliwości na płonicę.

Jak dotąd odczyn skórny służy do miareczkowania jadów płoniczych.

Po ustaleniu metody określania wrażliwości na płonicę, przystąpili Dickowie do uodpornienia czynnego zapomocą jadów płoniczych.

W pierwszych doświadczeniach zastrzykiwali podskórnie i śródmięśniowo stosunkowo dość znaczne dawki jadów płoniczych i otrzymali dość wyraźne objawy, polegające na podniesieniu ciepłoty do 39,5°, następnie obserwowano wysypkę na całem ciele, przypominającą wysypkę szkarlatynową. Objawy te ustępowały w ciągu 24 godzin.

Odczyny otrzymane po zastrzyknięciu jadów płoniczych stanowią jeszcze jeden argument, potwierdzający teorje Dicków co do płonicy. Zingher w New-Yorku uodpornił 1400 dzieci, przytem stosował dawki znacznie niższe, od pierwotnie używanych przez Dicków, otrzymując odczyny znacznie rzadziej. Następnie Dickowie przystąpili do przygotowania surowic przeciwpłoniczych przez zastrzykiwanie koniom jadów płoniczych. Dochez przygotowuje surowicę przeciwpłoniczą w nieco odmienny sposób. Autor ten zastrzykuje koniom podskórnie agar płynny, i gdy skrzepnie wprowadza doń paciorkowce hemolityczne. Drobnoustroje te, zlokalizowane przez agar, rozwijają się, produkując jady, któremi koń się uodparnia. Surowica otrzymana w ten sposób, zastrzyknięta w ilości 50 cm^3 śródmięśniowo, wywołuje znikanie objawów chorobowych w ciągu 24 godzin: ciepłota spada, a wysypka blednie.

Nie wszyscy badacze zgadzają się z poglądami Dicków na etjologję płonicy. Badacze włoscy, Di Cristina, Caronia i Sindoni wykryli już wcześniej we krwi chorych na płonicę drobnoustroje, które udało się im hodować w warunkach beztlenowych na podłożach Tarozzi-Noguchi (buljon z ascytem i z dodatkiem świeżych organów królika). W posiewach z krwi, wziętej od chorych na płonicę, pierwszy Di Cristina

*) Autor miał sposobność zetknąć się z badaniami nad płonicą w miejskiej pracowni w New-Yorku.

a następnie Caronia i Sindoni otrzymali w hodowlach drobnoustroje drobne, okrągłej formy, czasem układające się parami. Wielkość ich wynosi 0,1—0,3 mikrona, barwią się one według Grama. Zastrzykując te hodowle młodym królom badacze ci wywołali doświadczalną płonicę z wysypką i łuszczeniem się skóry. Króle następnie najczęściej zdychały przy objawach charłactwa. Hodowle wyżej wspomniane, zastrzyknięte 5 dzieciom wywołały typową płonicę. Drobnoustroje te dają z surowicami ozdrowieńców po płonicy wiązanie dopełniacza i inne odczyny serologiczne. Badacze włoscy sądzą, że płonica jest to bakterjemja, wywołana przez wykryte przez nich zarazki. Przesącze hodowli dają u osobników wrażliwych na płonicę odczyny skórne w postaci nacieku i zaczerwienienia; odczyn ten zwykle występuje (podobnie, jak u Dicków) po 24 godzinach. Ilość dodatnich odczynów wynosi około 40%.

Widzimy zatem, że istnieją dwa odrębne poglądy na etjologję płonicy: Dickowie zaliczają płonicę do toksemji, gdy Di Cristina, Caronia i Sindoni uważają ją za bakterjemję. Jak jedni, tak i drudzy dają ważkie dowody na potwierdzenie swoich teoryj. Trudno obecnie jeszcze decydować, które badania są słuszniejsze, i tylko przyszłe prace doświadczalne będą mogły rozstrzygnąć ostatecznie to zagadnienie. Prace w tym kierunku zostały podjęte przez Państwowy Zakład Higjeny i Klinikę Dziecięcą U. W.

Piśmiennictwo.

1) Dick G. F., Dick Gładys H. J. Am, Med. As. 82, p. 265. 1914. — 2) Ciż. J. Am. Med. As. V. 82. p. 301. 1924. — 3) Ciż. J. Am. Med. As. V. 81. p. 1166. 1923. — 4) Ciż. J. Am. Med. As. V. 82. p. 544. 1924. — 5) Ciż. J. Am. Med. As. V. 82. p. 1246. 1924. — 6) Zingher. A. Proc. Soc. Ex. Biology and Med. V. 21. p. 293. 1924. — 7) Tenże. Proc. Soc. Ex. Biology and Med. V. 21. p. 385. 1924. — 8) Tenże. Proc. Soc. Ex. Biology and Med. V. 21. p. 508. 1924. — 9) Tenże. J. Am. Med. As. V. 83. p. 432. 1924. — 10) Okell C. C. Baxter E. M. J. Pat. and Bact. V. 27 p. 342—345. 1924. — 11) Caronia i Sindoni. La Pediatria. Lipiec 1923. — 12) Caronia. La Pediatria. Sierpień 1923. — 13) Brokman, H. Hirszfeldowa, H. Przesmycki F. Warsz. Czas. Lek. T. I. Nr. 12. 1924.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. L. Wachholz i Prof. Dr. J. Olbrycht. **Medycyna kryminalna.** III. i 361 str., z 115 rycinami w tekście. Warszawa — Spółka wydawnicza »Liktor«. 1924.

Współczesny przestępca, idąc niejako za postępem, używa coraz bardziej wyrafinowanych sposobów dokonania zbrodni, dlatego też do walki z przestępstwem potrzebna jest obecnie odrębna wiedza, oparta na zdobyczach naukowych. W literaturze zagranicznej istnieją też liczne dzieła i osobne czasopisma, poświęcone tej wiedzy niezbędnej dla organów bezpieczeństwa publicznego i dla sądów karnych. W Polsce w małym stopniu zajmuje się temi zagadnieniami »Gazeta Administracji i Policji Państwowej«, wychodząca w Warszawie, brak zaś jest zupełny dzieła, dającego systematyczny i zupełny przegląd metod, służących do walki ze światem zbrodni. Aby choć w części wypełnić tę lukę, autorowie napisali książkę, której dali tytuł »Medycyna kryminalna«, chcąc przez to zaznaczyć, że obejmuje ona ten dział ważnych dla kryminalistyki rozważań i badań, do których powołany jest lekarz i to w szczególności lekarz poświęcający się specjalnie medycynie sądowej. Nic więc dziwnego, że książka ta zawiera materjał, który wchodzi w skład medycyny sądowej, ze względu jednak na cel książki i umysłowość czytelnika, dla którego jest przeznaczona, opracowanie tego materjału musiało przybrać formy zupełnie inne niż te, jakie są właściwe dla podręczników medycyny sądowej. Różnica ta polega nie tylko na popularności wykładu i opuszczeniu wszelkich rozważań czysto naukowych, lecz również na tem, że dodany jest cały szereg uwag, dotyczący technicznej strony postępowania przy dochodzeniu zbrodni, nie zaniedbano niczego, co w dalszem śledztwie może być przydatnem, a przedewszystkiem nie zepsucia materjału, którego badanie przez specjalistów może przynieść ważne wyniki. Wykład też jest objaśniany bardzo obfitemi przykładami z kazuistyki kryminalistycznej a między innemi z bogatego doświadczenia własnego autorów, które nie tylko mają za zadanie zainteresować czytelnika ale pouczają go, jak nieraz drobny szczegół, uchwycony w należytem dochodzeniu może stać się punktem wyjścia do stwierdzenia istotnego stanu rzeczy. Z tytułu i założenia swego książka ta stanowi podręcznik techniki kryminalnej w dochodzeniu tylko jednego, ale za to najważniejszego, rodzaju przestępstwa t. j. zwracającego się przeciw bezpieczeństwu człowieka, czyni to jednak w sposób zupełnie wyczerpujący, przez ujęcie zaś tematu, przez przedstawienie sposobu obserwacji, myślenia i konstrukcji wniosków działa nadto pouczająco w kierunku sposobów postępowania przy dochodzeniu jakiejkolwiek zbrodni wogóle. Takie szersze znaczenie ma przedewszystkiem część pierwsza książki, ogólna, napisana przez Wachholza, w której autor mówi o przestępstwie i przestępcach, zwraca uwagę na kwestje związane z tą sprawą z dziedziny kriminologji, antropologji kryminalnej i psychopatologji oraz przedstawia sposoby identyfikacji i regestracji przestępców. Część szczegółowa rozpada się na ośm rozdziałów, opracowanych bądź przez jednego, bądź przez drugiego z autorów. Mowa jest więc o oględzinach miejsca czynu, o wynajdywaniu, przechowaniu i badaniu dowodów rzeczowych (liców), o oględzinach ofiar przestępstwa w szczególności zwłok, o rodzajach obrażeń ciała ze względu na narzędzie, o śmierci gwałtownej z różnych przyczyn, o rozważaniu zagadnienia, czy zachodzi w danym razie morderstwo, samobójstwo lub wypadek, o dochodzeniu w przypadkach przestępstw płciowych, wreszcie o badaniu domniemanych sprawców przestępstwa. Że rzecz jest napisana jasno, odpowiednio do swego celu, wyczerpująco a jednak nie rozwlekle, jednem słowem doskonale, nie potrzebuję chyba zaznaczać wobec zbyt dobrze znanych nazwisk autorów tego dzieła. Książka jest przeznaczona przedewszystkiem dla sędziów śledczych i urzędników policyjnych, podnieść jednak muszę, że i student medycyny, przedewszystkiem zaś lekarz-znawca, który w swej działalności sądowo-lekarskiej oddaje się swemu zadaniu z prawdziwem zamiłowaniem i pragnie być rzeczywistym i ważnym doradcą sędziego, znajdzie w tej książce sporo cennych i w praktyce przydatnych wiadomości, które przy studjum medycyny sądowej jako szczegóły uboczne, natury praktycznej lub technicznej mogą uchodzić uwadze.

Strona zewnętrzna książki, druk, papier i ilustracje bez zarzutu.

W. Sieradzki.

Antoni Cieszyński: »**Die Roentgenuntersuchung der Zähne und der Kiefer**«. (Str. 178, rycin 207).

W nowem (II.) wydaniu dzieła Riedera i Rosenthala: »Lehrbuch der Roentgenkunde« nakładem J. A. Bartha, Lipsk 1924, dział roentgenologji zębów i szczęk opracował Prof. Dr. Antoni Cieszyński ze Lwowa.

Nie będzie za mało, jeżeli powiem, że jest to rzecz skończona. Nie spotyka się pracy naukowej, której przedmiot byłby tak wyczerpująco, rzeczowo i zrozumiale traktowanym i którąby zawierała tyle oryginalnych pomysłów; bo też Cieszyński jest jednym z najpoważniejszych twórców roentgenologji stomatologicznej.

Po wstępnem opisaniu przyrządów służących do celów roentgenologji stomatologicznej, przechodzi autor do nauki o rzutach (*Projektionslehre und spezielle Technik*), którą opracował z niebywałą precyzją. Nader interesującą jest metoda autora rozpoznawania położenia ognisk chorobowych, toczących się naokoło szczytu korzeni, zaś wielkiem ułatwieniem w wykonywaniu śródustnych radiogramów dolnych przedtrzonowych i trzonowych stanowi trzymadło do filmów pomysłu Cieszyńskiego.

W radiografi extraoralnej, t. zw. »Czapka« (*Einstellkappe* Cieszyńskiego stanowi jedyny sposób do otrzymywania szczególnie dokładnych radiogramów, które można powtórzyć z tą samą precyzją w każdym czasie, co ułatwia niezmiernie śledzenie procesu chorobowego.

Dużo uwagi poświęca autor formie zgryżu i wynikającej stąd zależności kąta rzutu. Niemniej dokładnie opracowaną jest technika zdjęć stereoskopowych, w której dotychczasowe trudności i niedokładności usuwa użycie płytki pomysłu Cieszyńskiego, na której są oznaczone kąty rozbieżności (*Bissplatte* n. Cieszyński).

Część kliniczna pracy rozpoczyna się od rozpoznawania zmian w powstawaniu zębów i zmian wrodzonych zębów i szczęk. W dalszym ciągu przechodzi autor do rozpoznawania roentgenologicznego poszczególnych schorzeń. Szczegółowo opracowane zmiany chorobowe ozębnej szczytowej i paradentalne, zmiany po pewnych zabiegach, jak przebicie świdrem i t. d. Rozpoznaniu i podziałowi t. zw. ropotoku zębodołowego (*pyorrhoea alveolaris*) poświęca autor szczególną uwagę. Szczegółowo opracowanym jest dział ziarniniaków, torbieli, nowotworów, zmian w jamach czaszkowych w związku ze schorzeniem zębów, dalej rozpoznawanie zmian pourazowych i kontrola przebiegu leczenia operacyjnego.

Książka Cieszyńskiego jest dziełem pierwszorzędnej wartości naukowej. Wydana zbytkownie z wielu doskonałemi rysunkami i szkicami oryginalnemi, stanowi ozdobę literatury roentgenologicznej.

Praca ta wyjdzie niebawem jeszcze jako osobna książka w formie rozszerzonej z dodaniem przeszło 200 rycin, zawierających reprodukcje oryginalnych negatywów.

Dębicki (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

La presse médicale.

Nr. 82. 1924.

Cheinisse. **Wstrzykiwania dożylne hexametylentetraminy w pooperacyjnem powstrzymaniu moczu.** Autor sądzi, że dzisiaj możemy już ocenić na zasadzie danych z piśmiennictwa wartość praktyczną wstrzykiwania dożylnego roztworu urotropiny w pooperacyjnem powstrzymaniu moczu. Podkreśla on, że urotropina nie posiada bynajmniej wpływu na wydalanie moczu, natomiast pobudza niewątpliwie oddawanie moczu czyli posiada działanie antydyzuryczne. Działanie to zauważył przypadkowo Vogl, który stosował urotropinę aby zapobiec powikłaniom po znieczulaniu lędźwiowem. Wtedy zaczął stosować urotropinę dożylnie przy pooperacyjnej retencji moczu i ogłosił ten sposób jako niezawodny. Doświadczenia jednak innych operatorów wypadły mniej zachęcająco. Gdy zbadano tę sprawę, wówczas okazało się, że z górą połowa operowanych oddaje mocz samoistnie, natomiast po wstrzyknięciu urotropiny odsetek wzniósł się do 81 (Weinzieler). Pozatem ma wielkie znaczenie również rodzaj zabiegu: w takim, gdzie pęcherz leży w polu operacyjnem urotropina przeważnie zawodzi. Co do dawkowania, to początkowo Vogt stosował dożylnie 7—10 cm³ 40% rozczynu urotropiny natychmiast po operacji. Jednak dawka ta powodowała często tenesmus. Przeto zaczęto ją zmniejszać i ostatecznie Schwab radzi wstrzykiwać 2—3 cm³, co ma dawać *mictio* po upływie 2—7 godzin; jeśli to nie nastąpi wówczas powtarza wstrzyknięcie, zwiększając dawkę do 5 cm³. Urotropina w rzadkich przypadkach powoduje parcie na mocz i krwiomocz (4% i 3% Weinzieler), przeto autor zaleca stosować ją wyłącznie w takich przypadkach, gdy łagodniejsze środki zawodzą.

Biulletins et mémoires d. l Soc. Méd. des Hopitaux.

Nr. 24. 1924.

Apert i Garein. **Krwotok oponowy, poprzedzający bezpośrednio dur brzuszny.** Krwotok oponowy jest bardzo rzadkiem powikłaniem duru brzusznego. W piśmiennictwie dotychczas znany jest tylko przypadek Sergent'a i panny Bertrand. Chory 4-letni zapadł wśród bólów głowy, podudzi i gorączki. Przewieziony na 5-ty dzień choroby do szpitala wykazał typowy zespół oponowy z płynem krwotocznym, nie zawierającym drobnoustrojów. Wobec powyższego rozpoznano krwotok oponowy. Gorączka i objawy oponowe ustąpiły stopniowo w ciągu 6-ciu dni, gdy nagle ciepłota wzniosła się do 40° i wystąpił obraz duru brzusznego, stwierdzonego bakterjologicznie. We wnioskach autorowie zastanawiają się, czy nie zachodzi tutaj prosta zbieżność tych dwu spraw, i dochodzą do wniosku, że krwotok oponowy w danym przypadku należy raczej uważać za analogiczny do krwotoków z nosa lub macicy, występujących w następstwie przekrwienia śluzówek w okresie wylęgania tyfusu.

Apert i Garein. **Leontiasis ossea congenita z wrzekomą wilczą paszczą.** Dziś zgodzono się ogólnie, że pod nazwą Leontiasis ossea rozumiemy rozlaną hyperostozę kości twarzy, poczynającą się od kości szczęki górnej, powoli postępującą i zdolną do zajęcia wszystkich kości twarzy i czaszki. W przeważnej większości przypadków cierpienie zaczyna się pomiędzy 4 a 12 rokiem życia, jakkolwiek znane są przypadki wcześniejsze i późniejsze. Autorowie przedstawiają przypadek wrodzonej leontiasis ossea. Chodzi tu o zupełnie zdrową, 11-to miesięczną dziewczynkę. W twarzy dziecka uderza nadmierny rozwój szczęki górnej, i to zarówno w jej częściach zewnętrznych jak również zgrubienie wyrostków zębodołowych, podniebienia twardego i szkieletu kostnego nosa. Dzięki zgrubieniu wyrostków zębodołowych i części podniebienia powstało pośrodku zagłębienie trójkątne, naśladujące wilczą paszczę. Wreszcie istnieje zwężenie przewodów słuchowych zewnętrznych. Pozatem budowa prawidłowa.

Nr. 25. 1924.

Laverque et Bize. **Radiculo-poliomyelitis jako powikłanie nagminnego zapalenia opon.** Myelitis w postaci poliomyelitis stanowi tak rzadkie powikłanie nagminnego zapalenia opon, że autorzy są przeświadczeni, że spostrzegany przez nich przypadek zasługuje na przedstawienie. 22-letni żołnierz zachorował na stwierdzone bakterjologicznie nagminne zapalenie opon. Pomimo to, iż w przeciągu 16 dni otrzymał 10 wstrzyknięć dordzeniowych surowicy (ogółem 220 cm³) oraz równocześnie podskórnie i domięśniowo 180 cm³ stan pozostawał naogół bez zmiany, płyn był ciągle opalizujący. Wobec tego wstrzyknięto dordzeniowo 5 cm³ 2% rozczynu błękitu metylenowego. Wieczorem ciepłota wróciła do normy, chory bardzo osłabiony, wymiotuje. Nazajutrz wystąpiła wiotka paraplegia, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego oraz bóle korzonkowe. Po dwóch dniach objawy oponowe ustąpiły, w płynie były tylko limfocyty. Co do powikłania, to zaburzenia moczowe ustąpiły na 18-ty dzień po wystąpieniu, paraplegia zaś cofnęła się w przeciągu 2-ch miesięcy. W przypadku przedstawionym autorowie podkreślają co następuje: 1) płyn był od początku opalizujący, lecz nie ropny, przeto mimo, że brakowało objawów meningokokemji, należy raczej zaliczyć ów przypadek do tej ostatniej, która jak wiadomo poddaje się znacznie trudniej leczeniu; 2) paraplegja jest pochodzenia ośrodkowego, o czem świadczą zaburzenia ze strony zwieraczy; 3) wreszcie paraplegja wystąpiła nazajutrz po wstrzyknięciu dordzeniowem błękitu metylenowego, środka uważanego za nieszkodliwy.

L. Rivet i Ch. Jany. **Neuritis retrobulbaris acuta jako pierwszy objaw stwardnienia rozsianego.** Autorowie przedstawiają przypadek, który był demonstrowany przed pół rokiem jako »wyleczenie samoistne ostrego zapalenia nerwu pozagałkowego«. W samej rzeczy chora przebyła w lipcu 1923 ostry napad jednostronnej neuritis retrobulbaris. Badanie rynoskopowe zatok dało wynik ujemny, mimo to proponowano chorej stworzenie zatoki kości klinowej. Jednak chora nie zgodziła się na zabieg. Po kilku dniach neuritis samoistnie się cofnęła. W maju 1924 chora przybyła do szpitala i tym razem stwierdzono typowy obraz stwardnienia rozsianego. Przeto, według autorów, każdy przypadek neuritis retrobulbaris należy poddać dokładnemu badaniu neurologicznemu.

Marcel Labbé i R. Boulin. **Hirsutismus, diabetes i melanoderma.** Autorowie przedstawiają chorą 59-letnią, wykazującą objawy następujące: 1) hirsutyzm w postaci owłosienia twarzy, piersi, podbrzusza oraz ud; 2) melanodermę, zaznaczoną głównie na twarzy i rękach, pozatem plamy brunatne na piersiach i kończynach górnych; na plecach vitiligo; śluzówki nie zabarwione; 3) łagodną postać moczówki cukrowej, datującej się od dwóch lat i poddającej się leczeniu dietetycznemu. Pozatem narządy wewnętrzne prawidłowe. Brak zaburzeń ze strony narządów płciowych. Badanie gruczołów dokrewnych ujemne. Wyraźna hypersympatykotonja (Aschner = +16). Autorowie podkreślają w spostrzeganym przypadku: 1) że hirsutyzmowi nie towarzyszy żaden objaw wirylizmu; 2) że melanoderma przypomina bardzo melanodermę Adissonowską; 3) że powyższym objawom towarzyszy moczówka cukrowa. Na zakończenie autorowie podnoszą, że

choć taki obraz chorobowy jest przypisywany schorzeniom gruczołów dokrewnych, to jednak nie udało się wykryć zaburzeń ze strony ani jajników, ani tarczycy, ani przysadki, ani wreszcie nadnerczy.

Stefan Leśniowski (Warszawa).

Sociéte Médicale des Hopitaux de Paris
Nr. 31. 1924.

Renaud. **Szczepionka niespecyficzna w zespole parkinsonowskim pośpiączkowym.** Autor podawał w 10 przypadkach zespołu parkinsonowskiego trwającego mniej niż trzy lata szczepionkę tyfusową w dawkach od 0,5—2,0 ccm z reakcją zwykłą, skutki jednak były znikome lub żadne. W dyskusji Sézary proponuje lipowakcynę antipiogenną, która ma świetne dawać wyniki w przypadkach podostrego zapalenia stawów, nieustępującego po podaniu innych środków. Sicard i uczniowie jego stosowali na oddziale w ostrych przypadkach: 1) surowicę ozdrowieńców, którzy przebyli śpiączkę, w zastrzykach podskórnych i dokręgowych, 2) preparaty arsenowe podskórnie i dożylnie, 3) natr. salicylicum w dużych dawkach dożylnie (zatyka żyły), 4) ropień fiksacyjny, 5) trypaflawinę $^1/_2$% 5 cm^3 dożylnie, 3 zastrzyki w odstępach 2—3 dniowych. Jednak wszystko to z małemi skutkami. Sam Sicard podaje zrana uroforminę do wewnątrz w małych dawkach, wieczorem natr. salicylicum do wewnątrz w małych dawkach i zależnie od reakcji codziennie lub co 2 dzień podskórnie elektrargol, lantol, natr. nucleinnicum, collobiasa d'or, mleko, propidon. W okresie zespołu parkinsonowskiego stosowano: 1) ropień fiksacyjny 2) natr. jodicum lub natr. salicyl. dożylnie 3) autohemoterapję lub autorachiterapję 4) podskórne zastrzyki wyciągu substancji mezocefalicznej, barana lub emulsji. mózgu królika, szczepionego jadem »śpiączkowym« 2) szczepionkę Paraf'a dokręgowo lub szczepionkę Levaditiego, która dawała znaczną ale przemijającą ulgę tym chorym; ten sam efekt otrzymano po podaniu 10 cm^3 soli fizjologicznej dokręgowo 6) cholesterynę według Danysza 7) ostatnio według Economo podaje się wyciągi żółci, która ma hamować rozwój procesu infekcyjnego. Tymczasem podaje się jednak jak zwykle skopolaminę, w ciągu 3—4 mies. natr. kakodylicum 0,05—0,10, nieraz mleko, collobiase d'or, jodynę w kroplach, terapję fizykalną. Netter podaje, że w ostrych przypadkach ma bardzo dobre wyniki przez ropień fiksacyjny, w przypadkach zaś przewlekłych posługuje się ropą aseptyczną (»pus aseptique«) otrzymaną od konia, któremu zastrzyknięto ol. terpentynowy. Ropę tę rozpuszcza się w soli fizjologicznej. Zastrzyki te powtarza co 2—3 tygodnie. Autor otrzymywał bardzo dużą poprawę, często trwałą szczególnie co do sztywności. Jednocześnie zaznacza, że miał świetne wyniki, stosując ją w przypadku gorączki intermittującej meningokokkowej, która trwała powyżej 3 miesięcy.

B. Fenigstein (Warszawa).

Bulletins et Memoires de la Societé Med. de H.
Nr. 3. 1925.

Hallé J. i Decourt J. **Choroba Pageta umiejscowiona na piszczeli z hipertermią miejscową i hiperpigmentacją i t. d.** Autorzy opisują przypadek choroby Pageta, objawiającej się trwającym od 20 lat zniekształceniem piszczeli lewej. Zniekształcenie wystąpiło skrycie, bez żadnych bólów ani dolegliwości i postępuje w bardzo powolnem tempie. Lewa piszczel jest wykrzywiona na zewnątrz, brzeg jej wewnętrzny zamienił się na płaską siodełkowatą powierzchnię, rozpoczynającą się tuż pod nasadą górną przechodzącą wzdłuż całego trzonu na nasadę dolną; powierzchnia ta jest nierówna, brodawkowata, przy macaniu niebolesna. Roentgenogram wykazuje zatarcie budowy kości normalnej z miejscową nadprodukcją i tuż obok rozrzedzeniem kostnienia.

Ponieważ niema żadnych danych w kierunku kiły dziedzicznej i odczyn Wassermanna wypada ujemnie, rozpoznana zostaje choroba Pageta, wyjątkowo ograniczająca się do jednej tylko kości.

Jako sprawy wtórne w tym przypadku występują:

1) znaczna różnica temperatury pomiędzy powierzchnią skóry ponad zniekształceniem, a odpowiednią częścią drugiej kończyny;

2) różny wskaźnik oscyllometryczny przy badaniu ciśnienia Pachonem; na podudziu zdrowem wynosi on od $^1/_4$ przy ciśnieniu A 20 do 2 przy A 4 z największą amplitudą = 6; na podudziu chorem oscylacje występowały już przy ciśnieniu A 25 ($^1/_4$) i dochodziły do wychyleń = 10:

3) zabarwienie ciemniejsze skóry ponad zniekształceniem chorobowem i zjawiające się od czasu wysypki miejscowe o charakterze szybko znikających opryszczek; ten zespół objawów autorzy uważają za charakterystyczny dla choroby Pageta, nie dając jednak żadnego ich wytłomaczenia.

Stanisław Higier (Warszawa).

Folia Haematologica.
Tom XXXI. Zeszyt I. 1924.

E. Brinkmann. **Białaczka z komórkami macierzystemi (Stammzellen-leukaemie).** Dotychczas za komórkę macierzystą myelocytów, monocytów i megakarjocytów większość badaczy, w ślad za Naegelim, uważa myeloblast, który według niego ma powstawać wprost z komórek mezenchymy. Jednakże już przed 11 laty wykazał Klejn (p. Die Myelogonie, Springer, Berlin, oraz Gazeta Lekarska, 1914 i 1915), że istnieje w narządach krwiotwórczych, a także we krwi ostrej białaczki szpikowej komórka o swoistej budowie jądra, którą nazwał myelogonją i od której dopiero pochodzą myeloblasty, megakarjocyty a nawet erytroblasty. Tylko tę więc komórkę należy uważać za komórkę macierzystą komórek szpiku kostnego, a za białaczkę z komórkami macierzystemi tylko taką białaczkę, w której ta komórka we krwi przeważa: będzie to zatem białaczka myelogoniczna. Naegeli uważał dotychczas myelogonję Klejna za myeloblast patologiczny, inni badacze o komórce tej wcale nie wspominają.

Autor opisuje przypadek ostrej białaczki, szpikowej z oddziału prof. Bingela, który zwrócił jego uwagę obecnością we krwi 13% komórek, które na zasadzie budowy jądra i wielu innych cech, podanych przez Klejna, uważa wprost za myelogonje, identyczne z wzorami znajdującemi się w jego tablicach barwnych. Takie same komorki znalazł B. i w narządach krwiotwórczych, zbadanych w instytucie znanego anatomopatologa W. H. Schultzego. Komórki te nie dawały odczynu na oksydazę, pomiędzy zaś niemi a erytroblastami i myeloblastami widać było liczne formy przejściowe.

B. bardzo szczegółowo zastanawia się nad charakterem tych komórek i dochodzi do przekonania, że są to niewątpliwie myelogonje Klejna. Autor energicznie zwalcza poglądy w tej materji Naegeliego i wyraża przekonanie, że jego przypadek wraz z przypadkami Klejna może conajmniej zachwiać stanowisko myeloblastów jako najmniej dojrzałych komórek szpiku kostnego. »W każdym razie, sądzi on, nie można obecnie wcale wątpić, o istnieniu typowej myelogonji, stanowiących postać przejściową od komórek mezenchymy do myeloblastów, erytroblastów i megakarjocytów. Tylko te przypadki białaczki, w których myelogonja we krwi przeważa, należy nazywać »Stammzellenleukaemie«; przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie — jedyny dotychczas typowy przypadek opisał Klejn, samą jednak myelogonję napotkać można w każdym prawie przypadku ostrej myelozy, zwykle w liczbie nieznacznej«.

Autor na zakończenie powiada: »cel mojej pracy będzie osiągnięty, — gdy przez zwalczanie poglądów, które, z jednej strony jako niezgodne z danemi z embrjologji, a z drugiej jako stanowiące pozornie ostateczne rozstrzygnięcie kwestji, hamują rozwój dalszych badań, dam w ten sposób pobudkę do ponownego rozpatrzenia omawianego zagadnienia«.

K.

Münchener mediz. Wochenschritt.
Nr. 50. 1924.

Birk. **Przemiana materji u dziecka podczas gorączki.** Badania przeprowadzone na niemowlętach sztucznie karmionych, podczas szczepienia, odry i ospy wietrznej pozwalają na wniosek, że gorączka nie wytwarza zmian w przemianie materji, tylko, że są to dwa równolegle przebiegające procesy. Wspólną ich przyczyną jest infekcja, która w rozmaity sposób może wpłynąć na przemianę materji, a następnie spowodować podwyższenie ciepłoty.

Kuhle. **O odporności wywołanej przez szczepionki.** U szeregu dzieci we wieku od 8—18 mies. przeprowadzono szczepienie przeciw ospie, które następnie w przeciągu 8-miu dni powtarzano. Okazało się, że odczyn szczepienia powtórnego był najsilniejszy 4-go dnia licząc od pierwszego zaszczepienia, następne były często słabsze.

Opierając się na tem, autor przyjmuje, że od 4-go dnia po zaszczepieniu rozwija się odporność przeciwko ospie.

Nr. 52. 1924.

Hamburger. **O leczeniu wola u niemowląt.** Dwa przypadki wola u dziecka 4-ro dniowego i 8-mio miesięcznego leczone jodem. Pierwsze dostawało codziennie 0,001 *Natr. jodat:*; po 8-miu dniach wól, który dochodził poprzednio do olbrzymich rozmiarów znikł, ale równocześnie dziecko poczęło gwałtownie ubywać na wadze, a 11-go dnia leczenia zmarło. Drugiemu podawano przez trzy razy po 0,0001 *Natr. jodat.* + *thyreoid. Merka* (raz 0,005, drugi raz 0,01), poczem wól znikł, a dziecko miało się zupełnie dobrze.

Autor przestrzega przed nieostrożnem podawaniem jodu, chociażby w minimalnych dawkach.

Nr. 2. 1925.

Langer. **Epidemja płonicy w Bernie i wyniki stosowania surowicy uzdrowieńców płonicowych.** Na podstawie doświadczeń poczynionych podczas epidemji płonicy, poleca autor wstrzykiwanie surowicy uzdrowieńców płonicowych w ilości od 30—70 cm^3.

Uważa, że wyniki osiągnięte polegają na swoistem działaniu surowicy, a szczególnie widoczne są w ciężkich toksycznych przypadkach.

Wolff. **O nakłuciu lędźwiowem przy porażeniu dziecięcem.** Autor poleca wykonywanie nakłucia lędźwiowego przy chorobie Heine-Medina, powołując się na doskonałe wyniki osiągnięte w bardzo dużej ilości przypadków.

Porażenia ustępowały najprawdopodobniej wskutek zmniejszenia się obrzęku opon rdzeniowych. Zabieg należy powtarzać tyle razy, póki się nie osiągnie prawidłowego składu płynu mózgo-rdzeniowego.

Dr. Czobanówna (Lwów).

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 1. 1925.

Kraus. **Rychłe zbiorowe rozpoznawanie spraw chorobowych w prawej górnej części brzucha.** Bliskie sąsiedztwo poszczególnych organów w wyżej wymienionej okolicy ciała zmusza do nader czujnego i ostrożnego rozpoznawania. Autor wylicza blisko 20 tam zlokalizowanych schorzeń wchodzących w rachubę różniczkowej djagnostyki i zwraca szczególną uwagę na pewne momenty konstytucjonalne wyłaniające się przy dokładnem zbieraniu wywiadów. Uwzględnienie owych momentów może dopiero, wraz z poszczególnemi badaniami pomocniczemi jak sonda dwunastnicowa i żołądkowe próby, oznaczenie bilirubinemji oraz ilości barwika w treści dwunastnicowej, zdjęcia roentgenograficzne przy równoczesnem wydymaniu żołądka i kiszki lub wypełnieniu papką barową i wiele innych prób klinicznych — uchronić przed przykremi a często nieuniknionemi pomyłkami.

V. den Velden. **Spostrzeżenia kliniczne przy zażywaniu zmianowanego preparatu tarczycowego.** Za pomocą acetonnitrilu na myszach zmianowano wyciąg tarczycy i puszczono w obieg jako »Thyreoid-Dispert«. Próby poczynione tym lekiem o ściśle oznaczonej sile działania dały nadzwyczaj korzystne wyniki.

Neufeld. **Nowe poglądy na sposób roznoszenia zakażeń gruźliczych.** Flüggego teorja o zakażeniach kropelkowych aczkolwiek słuszna, nie określa jedynej drogi infekcyjnej. By się dostać bowiem do pokręconych oskrzeli kropelka nie może przekraczać wymiaru 20 mm. a normalnie wykasziana kropla waha się między 100—500 mm. Może więc conajwyżej dojść do gardła, nosa lub błony śluzowej ust lub oka i tu powinno nastąpić zakażenie pierwsze a nie w płucach. Że jednak anatomo-patolodzy w 90% przypadków stwierdzają miejsce zachorzenia pierwotnego w płucach — dałoby się wytłómaczyć tem, że infekcja gardłem lub nosem mija niespostrzeżenie ponieważ jadowitość jej została osłabiona przez błonę śluzową tych organów. Natomiast obronnej tej siły nie posiadają może oskrzela i dlatego uwidacznia się tu zakażenie najwyraźniej.

Nr. 2. 1925.

Versé. **W sprawie atherosklerozy doświadczalnej.** Króliki karmione wyłącznie cholesteryną nie wykazały wybitnych zmian atherosklerotycznych, natomiast króliki tuczone mieszanką tłuszczowo - cholesterynową miały wybitne zmiany sklerotyczne i zależnie od umiejscowienia tych zmian wysokie parcie krwi. Z doświadczeń tych jako i z spostrzeżeń klinicznych możnaby wnioskować o powstawaniu atherosklerozy u człowieka.

Aschaffenburg. **Wpływ kokainizmu na życie płciowe.** Szczegółowy opis przypadku w którym pod wpływem kokainizowania zmienił się kierunek pożądania płciowego na homoseksualistyczny. Po odwyknięciu nastąpił powrót do stanu normalnego.

Weiss. **O pochodzeniu i losach płynów zawartych w oku.** Dotychczasowej teorji infiltracyjnej przeciwstawia autor zapatrywanie, jakoby regeneracja płynów następować miała wskutek działań sił molekularnych w myśl t. zw. równowagi potencjalnej Donnana.

Kleinschmidt. **O mleku dla dzieci.** Zwiększająca się częstość choroby Möller-Barlowa (gnilec dziecięcy) wśród niemowląt Berlina skłoniła do badań nad tem, co właściwie mleko uszkadza i powyższe schorzenie czyni częstszem. Okazało się, że dodatek doń sody nie jest szkodliwy, natomiast H_2O_2 jest b. niebezpieczny. Zdarzało się, że wbrew dotychczasowym poglądom, szkorbut nie dawał się leczyć nawet surowem mlekiem, ustępywał natomiast po spożywaniu dłużej gotowanego mleka krowiego. Przeto nie w gotowaniu mleka szukać należy przyczyny złego ale w charakterze i pochodzeniu jego jeszcze przed gotowaniem. Tylko mleko krów spożywających świeżą paszę (np. buraki pastewne) zawiera witaminy C (przeciwgnilcowe).

Również szkodliwie wpływać może pasteuryzacja mleka i długie przetrzymywanie go od chwili pasteuryzacji do spożycia. Publiczność mimo pasteuryzacji przegotowuje mleko po raz wtóry, przez co uszkadza się je pod względem biologicznym, dlatego korzystniej byłoby zarzucić pasteuryzację kupnego mleka, a jedynie krótko przegotowywać je w domu. Karmieniu niemowląt mlekiem surowem nie przypisujemy już tego znaczenia, co dawniej.

Nr. 3. 1925.

Beitzke. **Anatomja patologiczna haematogennych schorzeń nerki.** Wykład poglądowy na dotychczasowy stan wiedzy w wyżej wymienionym kierunku.

Gildemeister. **Badania doświadczalne nad opryszczką.** Przeszczepiony z człowieka na podeszwę świnki morskiej *virus Herpetis* dał charakterystyczne bąble tamże, tudzież możność hodowli tego zakaźnika w formie *pasażu*, przyczem może się jego właściwość z niejadowitego dla królika rodzaju zamienić na jadowity wywołujący *encephalitis herpetica*.

Handovsky. **O zastrzykach dożylnych.** Wszelkie zastrzyki dożylne działają poniekąd jako niespecyficzna terapja drażniąca i jako takie nie są tak obojętnym zabiegiem za jaki się je obecnie w coraz w szerszych kołach lekarskich uważa.

Trömner. **Rzadkie i nowe objawy zapalenia mózgu.** W powtórnej epidemji w Hamburgu zauważono jako nowe objawy tej choroby: obrzęk śluzowaty rąk, wysypkę podobną do płonicznej, łuszczenie się skóry dalej zabarwienie płynu mózgo-rdzeniowego, hemiatropha języka, *hemispasmus, hemiataxia* i epilepsja. Szczególnie ostrą formę zapalenia z gwałtownym przebiegiem.

Progulski (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 2 r. 1925. — Z. Bykowski: Rokowanie i leczenie padaczki. — L. Bregman:

W sprawie leczenia nowotworów mózgu promieniami Roentgena. — J. Merenlender: O skórze krętej ciemienia. — Rosner: O t. zw. »uporczywych« bólach reumatycznych kończyn dolnych. — J. Babecki: Kliniki djagnostyczne w Stanach Zjednoczonych. — E. Bemski: Nowsze poglądy na niektóre zagadnienia z dziedziny przymiotu wrodzonego. — Z. Szymanowski: Sanochryzyna. — J. Bujalski: Naczelne władze sanitarne po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia. — J. Sęczyc: Uwagi w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach Chorych i o ich reorganizacji. — J. Bujalski: Dzisiejsza organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego.

Lekarz Wojskowy Nr. 1. r. 1925. — S. Hubicki: Kształcenie lekarzy wojskowych. — M. Rosnowski: Współistnienie niedomykalności zastawek tętnicy głównej i dwudzielnej w świetle badań poligraficznych. — W. Missiuro: Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego. — S. Dobrowolski: Własności zdrowotne ścian z betonu żużlowego. (Redakcja tego zeszytu nie otrzymała.)

Wychowanie Fizyczne Nr. 7—12. r. 1924. — Wyszedł z druku nowy zeszyt »Wychowanie fizyczne« Nr. 7—12 z r. 1924, redagowane przez prof. Eug. Piaseckiego w Poznaniu. Po dłuższej przerwie będzie ono wychodzić w odstępach kwartalnych i to w marcu, czerwcu, wrześniu i grudniu. Na treść zeszytu 7—12 składają się artykuły oryginalne dra St. Kopczyńskiego: Lekarz szkolny na Zachodzie, prof. E. Piaseckiego: Wychowanie fizyczne Grecji starożytnej. Oceny nowych książek, przegląd czasopism, wiadomości z Towarzystw, Instytucyj i Zjazdów, notatki bibljograficzne i kronika. Redakcja i Administracja — Poznań 3. Ogród Botaniczny. Prenumerata roczna 10 zł.

W sprawie artykułu Dra W. Janusza: Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

W powyższym artykule Dr. W. Janusza, pomieszczonym w »Polskiej Gazecie Lekarskiej« Nr. 6—9 z r. 1925, znajduje się wzmianka na stronicy 129, iż jednym z pierwszych u nas był W. Nowicki, który jeszcze w r. 1904 w »Nowinach Lekarskich« ogłosił statystykę raków na podstawie protokołów sekcyjnych Instytutu Anatomo-patologicznego we Lwowie, za czas od grudnia 1896 do 1903 roku —; następnie prace statystyczne podali Jaworski, Reichman, Serkowski, Weinert, Kuhn.

Otóż pozwalam sobie nadmienić dla sprostowania rzeczy, iż ś. p. prof. Jaworski w swym »Podręczniku chorób żołądka« Kraków 1899 — a więc na 6 lat poprzednio — przytacza na str. 136: »Interesujące dla nas są dane statystyczne, dotyczące naszego kraju, które obliczyłem według 3-rocznych sprawozdań sekcyjnych Krokiewicza za lata 1894, 1895, 1896. Dotyczy ono materjału szpitala powszechnego we Lwowie, a zatem ludność podmiejską i wiejską. Na 2713 sekcyj, które Krokiewicz sam wykonał i starannie zestawił, wypada 132 (4·8%) przypadków raka wogóle. Z tych 132 przypadków przypada 59 na samego raka żołądka t. j. 2·2% wszystkich przypadków śmierci, a 44·7% wszystkich przypadków raka. Natomiast na 2713 sekcyj przypada tylko 7 t. j. 0·25% przypadków wrzodu okrągłego, a wzgl. blizn po takowych. Na 59 przypadków raka żołądka przypadło 36 (61%) raków odźwiernika. Najmłodszy chory rakowy miał 26 lat«.

Odnośną statystykę z trzechlecia ogłosiłem jako ówczesny prosektor powszechnego Szpitala we Lwowie w »Nowinach Lekarskich« (Nr. 11 r. 1897) (a więc na 7 lat przed pracą Nowickiego, również pomieszczoną w »Nowinach Lekarskich«) pod tyt.: »Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka (Carcinoma) na podstawie materjału w prosektorjum Szpitala głównego we Lwowie w ciągu r. 1894, 1895, 1896.« Opracowałem szczegółowo 132 przypadków, sekcjonowanych z powodu raka na ogólną ilość dokonanych sekcyj 2713. Według tej statystyki raki stanowiły w tym okresie trzechlecia 4·8% przyczyny zejścia śmiertelnego, a mianowicie: w 59-ciu przypadkach (30 m., 29 k.) t. j. 2·17% **rak żołądka** (Carcinoma ventriculi); w 36 przypadkach u kobiet t. j. 1·3% **rak macicy** (C. uteri); w 8 przypadkach (8 m.) t. j. 0·29% **rak gardziela** (C. oesophagi); w 3 przypadkach (3 m.) t. j. 0·11% rak **dwunastnicy** (C. duodeni); w 1 przypadku (1 m.) t. j. 0·03% **rak jelita ślepego** (C. coeci); w 1 przypadku (1 m.) t. j. 0·03% **rak zgięcia śledzionowego** (C. flexurae coli lienalis); w 3 przyp. (3 m.) t. j. 0·11% **rak odbytnicy** (C. recti); w 3 przyp. (2 m. i 1 k.) t. j. 0·11% **rak trzustki** (C. pancreatis); w 2 przyp. (1 m. i 1 k.) t. j. 0·07% **rak wątroby** (C. hepatis); w 5 przyp. (3 m. i 2 k.) t. j. 0·18% rak **pęcherzyka żółciowego** (C. cystis felleae); w 2 przyp. (2 k.) t. j. 0·07% **rak pęcherza moczowego** (C. Vesicae urinariae); w 5 przyp. (1 m. i 4 k.) t. j. 0·18% **rak sutka** (C. mammae); w 1 przyp. (1 m.) t. j. 0·03% **rak szczęki górnej** (C. maxillae superioris); w 1 przyp. (1 k.) t. j. 0·03% **rak jajnika** (C. ovarii); w 1 przyp. (1 m.) t. j. 0·03% **rak krtani** (C. laryngis); w 1 przyp. (1 m.) t. j. 0·03% **rak barwikowy nerki** (Melanocarcinoma renis). Bliższe szczegóły ze względu na wiek i szerzenie się raka są uwidocznione w tej dość obszernej pracy z dołączeniem ważniejszych protokołów sekcyjnych. Na ogół statystyka moja odbiega nieco od statystyk przytoczonych z piśmiennictwa ogólnego w tym przedmiocie.

W końcu pozwalam sobie zwrócić uwagę na przypadek raka o przebiegu, przypominającym prosówkową gruźlicę (Carcinosis miliaris) u chorej 22 letniej, opisany w »Przeglądzie Lekarskim« w r. 1918 pod tyt.: Rak ogólny w następstwie pierwotnych zmian w żołądku pod postacią gruźlicy prosówkowej (Carcinosis miliaris). Cały okres chorobowy trwał niespełna 40 dni bez objawów ogólnego charłactwa i przypadków ze strony żołądka, lecz wśród objawów ostrego zakażenia. Przy sekcji dokonanej w Zakładzie Anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (prof. Browicz) — pomijając pierwotne owrzodzenie żołądka — obraz anatomo-patologiczny był nadzwyczaj podobny na pierwszy rzut oka do ostrej rozsianej gruźlicy, wychodzącej pierwotnie z gruczołów chłonnych i występującej następnie w postaci rozsianej prosowatej w narządach wewnętrznych miąższowych i na błonach surowiczych (polyserositis). Podobne przypadki pojedyńcze w piśmiennictwie opisali Köhler i Dename. W przypadkach tych — podobnie jak w naszym — przychodzi do rozsianego procesu nowotworowego nietylko drogą naczyń limfatycznych, ale w bardzo znacznej części drogą naczyń krwionośnych przez masowe zatory komórkami nowotworowemi, oddzielonemi z ogniska pierwotnego i wyposażonemi niezwykłą siłą rozwojową.

Kraków, dnia 8. marca 1925.

Prymarjusz *Dr. Antoni Krokiewicz.*

Kilka słów wyjaśnienia w sprawie uwagi P. Prym. dra A. Krokiewicza.

Jak z podanego przezemnie piśmiennictwa (patrz Pol. Gaz. Lek. str. 197) wynika, praca Pana Prym. dra Krokiewicza znaną mi była i uwzględnioną została w spisie piśmiennictwa na końcu podanego, a jeśli użyłem wzmianki, że jednym z pierwszych był prof. Nowicki«, to wychodziłem z założenia, iż pierwszą statystyką polską, dotyczącą raka, w pojęciu nowoczesnem, opartą na setkach przypadków ze szczegółowem uwzględnieniem piśmiennictwa światowego i wysnuwającą pewne wnioski, jest niewątpliwie statystyka podana przez prof. Nowickiego. Statystyka stawia sobie między innemi za główne zadanie zebranie jak największych liczb, by na podstawie »bezwzględnie dużych liczb« móc wysnuć możliwie trafne wnioski. Dla niepominięcia zaś pracy Prym. Krokiewicza, która nie uwzględnia ani jednego autora, ani też żadnej pracy innej, a opiera się na kilkunastu dziesiątkach przypadków, użyłem wyrazu »jeden z pierwszych«. Podnieść muszę, że szereg prac, poprzedzających moją, nawet nie wspomina o pracy Pana Prym. Krokiewicza mimo, że prace te były niedługo po Jego pracy ogłoszone. Chociaż inni autorowie polscy w podobnych pracach nie przytaczają nazwiska P. Prym. Krokiewicza, poczuwałem się do obowiązku przytoczyć całe piśmiennictwo polskie, a więc przestudjować także pracę z roku 1897, nieuwzględnioną przez innych autorów polskich.

Dr. W. Janusz.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Lwowska.

Zebranie Rady lwowskiej Izby lekarskiej,

odbędzie się w niedzielę 29 marca 1925 r. o godzinie 10-tej w lokalu Izby przy ul. Zyblikiewicza L. 23. I. p. z następującym porządkiem dziennym:

1. Odczytanie protokółu z obrad Zebrania Rady Izby w dniu 2-go listopada 1924.
2. Sprawozdanie z czynności Zarządu Izby za rok ubiegły.
3. Sprawozdanie Skarbnika i Komisji rewizyjnej.
4. Ustanowienie opłaty izbowej na rok 1925.
5) Sprawozdanie tymczasowego Komitetu wykonawczego Kasy ubezpieczeniowej przy I. L.
6. Sprawozdanie tymcz. Komitetu wykonawczego Kasy emerytalnej przy I. L.
7. Regulamin Kasy emerytalnej i zmiana regulaminu Zarządu Izby w związku ze sprawą Kasy emerytalnej.
8. Sprawa protestu lekarzy ziemi sanockiej przeciwko obowiązującej formie ubezpieczeń izbowych.
9. Sprawozdanie o kupnie domu.
10. Sprawozdanie Sądu Izby za lata 1923, 1924.
11. Wybory uzupełniające trzech członków Zarządu Izby w miejsce ustępujących.
12. Wybory uzupełniające do Sądu w miejsce ustępujących.
13. Wybór 3 członków Komitetu wykonawczego Kasy ubezpieczeniowej oraz 3 członków i 2 zastępców członków Komitetu wykonawczego Kasy emerytalnej przy Izbie.
14. Wnioski członków Rady Izby.

N. B. Uprasza się o niezawodne przybycie ze względu na potrzebny komplet.

Izba lekarska.

We Lwowie, dnia 10-go marca 1925 r.

Prezydent Izby.

Izba lekarska Lwowska.

Kasa Ubezpieczeniowa.

Przy obliczaniu zasiłków zaszła omyłka: Drowi Puch. należy się 106 zł., Dr. Lifsch. 117.

Lwów, 13 marca 1925. Prezydent

Izba lekarska lwowska.

Sprawozdanie z działalności Sądu w okresie od 5-go kwietnia 1923 do 31-go grudnia 1924.

Ukonstytuowanie się Sądu Izby lekarskiej odbyło się dnia 5. IV. 1923. Na posiedzeniu tem Sąd wybrał z pośród siebie na przewodniczącego Generała Dra Hordyńskiego, na zastępcę przewodniczącego Dra Kwiatkiewicza, Dra Moszkowicza i ś. p. prof. Dra Łukasiewicza, na pisarza generalnego Dra Ziona.

Liczbę Senatów orzekających (kompletów) ustalono na trzy. W skład Senatu wchodzi 4 członków i przewodniczący.

Na temże posiedzeniu uchwalił Sąd przyjąć, jako obowiązujący dotychczasowy regulamin Izby z uwzględnieniem zmian, które ustawa o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 11. XII. 1921 wprowadza.

Również przyjął Sąd, jako obowiązujące, dotychczasowy kodeks deontologji lekarskiej.

Celem ostatecznego ułożenia regulaminu Sądu wybrano komisję, składającą się z Dra Hordyńskiego, Dra Kwiatkiewicza, ś. p. prof. Dra Łukasiewicza, Dra Moszkowicza a kooptowano ś. p. Dra Drzymalika, Dyrektora Dra Mikołajskiego i prezydenta Izby Dra Papéego.

Pierwszą sprawę wniesiono do Sądu w dniu 3 maja 1923 a było ich razem 20.

Sąd rozważał i orzekał w pełnym składzie 1 raz, w kompletach 19 razy. Posiedzeń Sądu było 33. Ze spraw zwrócił Radzie Izby lekarskiej do uzupełnienia 2. Wydał opinję 2 razy. Umorzył spraw 5. Przekazał do ustnej rozprawy 11.

Sąd Izby lekarskiej stosował następujące kary: 1. Ostrzeżenie 4 razy. 2. Napomnienie 2 razy. 3. Naganę 5 razy (w 4-ch wypadkach z obostrzeniami).

W wymienionych sprawach zasądzeni w jednym przypadku odnieśli się do Naczelnej Izby z rekursem, a w drugim wypadku zwrócili się do Naczelnej Izby celem wyłączenia tutejszego Sądu.

Z powodu rezygnacji Generała Dra Hordyńskiego i po wylosowaniu połowy członków Sądu, wybrano na przewodniczącego Generała Dra Zielińskiego, a na pisarza generalnego Dra Ziona, a w miejsce ś. p. prof. Dra Łukasiewicza na zastępcę przewodniczącego Dra Wekslera Emila.

Lwów, dnia 24 lutego 1925.

Dr. Zion Sekretarz generalny. General *Dr. Zieliński* Przewodniczący Sądu.

Pomoc lekarska dla członków „Stow. Złotego Krzyża".

Polskie stowarzyszenie Złotego Krzyża, którego celem jest głównie ochrona zdrowia urzędnika państwowego przez użyczanie mu pomocy w leczeniu się, zwróciła się do Zarządu Izby Lekarskiej z prośbą o wyjednanie u członków Izby zniżek honorarjów lekarskich dla członków stowarzyszenia, którzy się wylegitymują kartą członka zwyczajnego stowarzyszenia.

Zarząd Izby, uwzględniając złe położenie materjalne urzędników państwowych i niedostateczne zabezpieczenie ich zdrowia przez organizację państwowej pomocy lekarskiej, na posiedzeniu w dniu 5-go lutego 1925 uchwalił zwrócić się do Szanownych Kolegów, Członków Izby, z prośbą o udzielanie członkom Stowarzyszenia Złotego Krzyża zniżek 50% od honorarjów w danej miejscowości zwyczajem przyjętych za ordynacje, wizyty, konsilja i zabiegi specjalistyczne.

Dnia 3. marca 1925.

Izba lekarska we Lwowie. Prezydent: *Papée.*

Izba lekarska Łódzka.

Sprawozdanie z działalności Sądu Izby Lekarskiej Łódzkiej w roku 1924 (kalendarzowym).

Organizacja: Sąd I. L. Ł., wybrany przez Radę Izby w dniu 18 lutego, stanowili członkowie: Drowie Frenklowa Henryka, Jasiński Ksawery, Mittelstaedt Edward, Marzyński Józef; Margolis Izrael, Manteufel Józef, Maszlanka Adam, Rundo Herman, Skalski Stanisław, Sterling Seweryn, Starzyński Artur, Tochterman Adolf; zastępcy: Drowie Ajzner Juljan, Goldblum Natan, Gundlach Ludwik, Majewski Aleksander, Mogilnicki Tadeusz, Maczewski Maksymiljan, Nowicki Stanisław, Pinkus Ludwik, Rueger Henryk, Tomaszewska Matylda, Tenenbaum Adam, Wolfsom Mojżesz. Dra Jasińskiego chorego obłożnie zastępował stale Dr. Nowicki. Przewodniczącym Sądu był: Dr. Mittelstaedt Edward, zastępcami przewodniczącego a zarazem i przewodniczącymi I. i II. kompletów orzekających: Dr. Sterling Seweryn i Skalski Stanisław, pisarzem jeneralnym Dr. Marzyński Józef — wszyscy obrani na posiedzeniu Sądu w dniu 9. marca 1923. Wylosowani po roku pierwszym podług Ustawy członkowie Sądu pozostali na stanowiskach i w roku drugim.

Działalność: Do Sądu wniesiono 14 spraw, z. r. 1923 pozostała 1 sprawa. Sprawy były wniesione z powództwa: a) władz 2 sprawy (z tych 1 z roku 1923), b) lekarzy 8 spraw, c) publiczności 5 spraw. Sąd rozważał w pełnym składzie 9 razy, orzekał 1 raz, w kompletach 6 razy.

Przedmiot wniesionych spraw stanowiły:

grupa I. Wykroczenie przeciw etyce: a) odmowa pomocy lekarskiej 2 sprawy, b) postępowanie brutalne i spowodowanie zakażenia 1 sprawa, c) postępowanie nieuczciwe 1 sprawa, d) postępowanie niekoleżeńskie 3 sprawy, e) zniewaga 1 sprawa, f) wyzysk 1 sprawa, g) niedotrzymanie umowy 1 sprawa;

grupa II. Zatargi pieniężne: a) szkodzenie interesom zawodowym 2 sprawy, b) niewypłacenie pensji lekarzowi w instytucji Użyteczn. Publ. 1 sprawa, c) niewypłacenie prowizji pośrednikowi za mieszkanie 1 sprawa, d) spór o mieszkanie 1 sprawa.

Z powyższych spraw Sąd uchylił pięć spraw; jedną z grupy II., ponieważ lekarz oskarżony nie był nostryfikowany, a cztery sprawy, ponieważ przekraczały one kompetencje Sądu Izby, a nadawały się raczej do Sądu polubownego (1-na sprawa z grupy II a) wzgl. do Sądu Państwowego (3 sprawy z grupy II. b. c. d.).

Sąd umorzył 2 sprawy z powodu braku cech przewinienia.

Sąd przekazał do rozprawy ustnej 7 spraw.

Orzeczenia Sąd wydał w 6 sprawach z roku 1924 (1 sprawa odłożona do kadencji Sądu w roku 1925) oraz 1 w sprawie z roku 1923 i zastosował kary następujące: a) ostrzeżenie w 2 sprawach, b) ostrzeżenie z zaostrzeniem w 1 sprawie, c) napomnienie w 2 sprawach, d) nagana w 1 sprawie, e) pozbawienie prawa praktyki na jeden miesiąc z zaostrzeniem wyroku w 1 sprawie.

Uwaga. Sprawy, w których udzielono ostrzeżenia, należały do I b, I a.

Sprawy, w których udzielono ostrzeżenia z zaostrzeniem należały do grupy I f;

Sprawy, w których udzielono napomnienia, należały do grupy I a, I g.

Sprawa, w której udzielono nagany, należała do grupy I d.

Sprawa, w której pozbawiono praktyki, należała do grupy I c.

Zaostrzenie kary polegało na ogłoszeniu wyroków.

Wyroki zakwalifikowane do ogłoszenia brzmią:

1) »Wobec stwierdzenia faktu przyjęcia przez Dra. X. zastawu i zatrzymania go przez czas dłuższy, Sąd uznaje za rzecz niedopuszczalną branie przez lekarza jakichkolwiebądź zastawów celem zabezpieczenia honorarium; udziela Drowi X. ostrzeżenia i brzmienie wyroku, dotyczącego jego przewinienia, podaje do wiadomości ogółu lekarzy za pośrednictwem prasy, bez podania nazwiska«.

2) »Doktora C. T. lat 42 z Tomaszowa Mazowieckiego skazano: za likwidowanie od Kasy Chorych należności za zabiegi niewykonane i — powtóre przedstawienie Sądowi danych o sobie, których nieprawdziwość została stwierdzona, na karę wypływającą z Art. 33. punktu D. ustawy o Ustr. i Zakr. Izby Lekarskiej z d. 2. XI. 1921 Dz. Ust. 105/21 — mianowicie odjęcie prawa praktyki lekarskiej na okres jednego miesiąca z zaostrzeniem przez ogłoszenie wyroku«.

Odwołania: Przeciw orzeczeniom Sądu nie zgłosili odwołania do Sądu Nacz. Izby Lek. ani zasądzeni, ani rzecznicy dyscyplinarni — do czego przysługuje im prawo.

Poza rozważaniem w sprawach i orzekaniem Sąd Izby Lek. Łódzkiej zajmował się opracowywaniem, wzgl. udoskonaleniem, procedury Sądowej i zgłosił do Nacz. Izby Lek. wniosek o zwołania konferencji przedstawicieli Sądu w celu ujednostajnienia działalności Sądu Izb Lekarskich.

Dr. Józef Maszyński.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

W sprawie projektowanego wydawnictwa »Album zasłużonych lekarzy«.

Do wiadomości Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej doszło, że szereg kolegów otrzymał prospekty wydawnictwa p. t.: »Album zasłużonych lekarzy«, wraz propozycją przysłania swego życiorysu, a to w celu umieszczenia go w wyżej wymienionem wydawnictwie. Na zasadzie zebranych informacyj Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej stwierdza, że wydawnictwo to ma charakter czysto reklamowy i ostrzega Kolegów przed braniem w niem udziału.

Pisarz Izby: *I. Sochacki.* Naczelnik Izby: *Przyborowski.*

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.
Obwód Łódzki.

Posiedzenie Zarządu w dniu 22. lutego 1925.

Przewodniczący: Dr. Rosiewicz. Sekretarz: Dr. Szyfman.

Obecni: Dr. Sulikowski (Kalisz), dr. Kobos (Piotrków), pr. Ausgspach (Tomaszów), dr. Wróblewski (Zduńska Wola), dr. Kleniewski (Zgierz), dr. Rosiewicz (Łódź), dr. Szyfman (Łódź), dr. Knichowiecki (Łódź), dr. Eychler (Pabjanice)

1) Zagaił posiedzenie dr. Rosiewicz, wskazując na to, że opóźnienie zwołania posiedzenia Zarządu spowodowane zostało wskutek przeładowania Prezydjum sprawami miejscowemi w związku z zatargiem z tut. Kasą Chorych.

2) Kol. Szyfman zdaje sprawozdanie z dotychczasowej działalności Związku. Zarząd zwołał posiedzenie przedstawicieli Zgierza, Ozorkowa, Konstantynowa i Łęczycy celem zorganizowania obwodu. Na posiedzeniu tem uchwalono nie tworzyć specjalnego Obwodu, a przyłączyć wyżej wspomniane miasta do Obwodu Łódzkiego. Z powodu przepracowania członków Obwodu Łódzkiego nie zdołano jeszcze zorganizować wydawnictwa »Korespondenta Lekarskiego«. Po ukonstytuowaniu się stałego Zarządu musi być wyłoniona specjalna komisja redakcyjna dla wcielenia w życie odnośnej uchwały Zjazdu Okręgowego z dnia 23. lutego ub. r. Na razie został tylko zredagowany obszerny artykuł, oświetlający genezę i przebieg zatargu w Łódzkiej Kasie Chorych; artykuł ten ukaże się na szpaltach najbliższego numeru Gazety Lekarskiej« i »Nowin Lekarskich«, a odbitki w pokaźnej ilości zostaną przesłane dla informacji wszystkim Zarządom Rzeczypospolitej.

3) Dr. Szyfman podaje do wiadomości kolegów treść pisma, otrzymanego od Głównego Zarządu, w którem to piśmie Zarząd Związku przesyła do rozpatrzenia propozycję Generalnej Służby Zdrowia co do zaakceptowania ministerjalnej taksy na porady lekarskie dla urzędników państwowych.

Po wyczerpującej dyskusji uchwalono:

1) Taksa ministerjalna (1 złoty — w gabinecie lekarskim, 3 zł — w domu) przyjęta być nie może i

2 wysunąć na najbliższym Zjeździe następujące propozycje:

a) porada w gabinecie lekarskim 3 zł. — na mieście 6 zł.,

b) wizyta nocna podwójnie,

c) honorarjum za zabiegi — według norm Warszawskiej Kasy Chorych przy podstawowym a — 6 złotych,

d) uiszczenie należności uskutecznione zostaje przez odnośne Urzędy Zdrowia raz na miesiąc.

4) Sprawozdanie z Obwodów:

a) Dr. Rosiewicz referuje genezę i istotę zatargu z Łódzką Kasą Chorych. Uzupełniających wyjaśnień udziela dr. Szyfman.

b) Dr. Suligowski (Kalisz) — od grudnia Zarząd Związku jest w okresie pertraktacji z Zarządem Kasy Chorych. Żądania lekarzy, sprowadzające się do 50% powyżki (dotychczas obowiązywały 15% mniejsze od stawek Łódzkich). Są widoki pokojowego załatwienia sprawy.

W Kole dnia 16. lutego b. r. lekarze przerwali pracę w tamt. Kasie Chorych, trwało to jednak tylko 3 dni — lekarze wystawili żądania, które mają być w najbliższych tygodniach rozpatrzone. Zarząd uchwalił polecić Zarządowi Obwodowemu zbadanie istoty zatargu w Kole i zwrócić uwagę kolegów z Koła, iż ogłoszenie bezrobocia bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Obwodowym jest niedopuszczalne.

c) Dr. Kobos (Piotrków) — ukonstytuowała się sekcja lekarzy kasowych.

Zarząd Kasy Chorych aż do rozstrzygnięcia sprawy cennikowej w Łodzi zaofiarował tymczasowo zaliczkowo 25% podwyżki i poczynił pewne ustępstwa w sprawach honorowania lekarzy w ambulatorjach zamiejskich.

Kol. Kobos zwracał uwagę, że lekarze miejscy i szkolni są krzywdzeni materjalnie wskutek zaliczenia do niskiej kategorji urzędników, a mianowicie:

1) Komitet ministrów określa stanowisko lekarza szkolnego według kategorji VI. i VII., jednak w praktyce stosowana jest kategorja IX., nawet dla lekarzy pracujących w szkolnictwie od lat 20.

2) Projekt ustawy przewidnje dla lekarza miejskiego IX. kat. płacy.

Wobec tego kol. Kobos zgłasza wniosek, by Zarząd Okręgowy zwrócił się do Głównego Zarządu o wywalczenie należytego stanowiska lekarzom miejskim i szkolnym. Wniosek został przyjęty.

W sprawie utworzenia sekcji lekarzy kesowych Zarząd Okręgowy popiera stanowisko, zajęte przez Zjazd, a mianowicie, iż nie jest pożądane tworzenie sekcji lekarzy kasowych, a pożądane jest tworzenie tylko komisji dla spraw kasowych.

d) Dr. Eychler (Pabjanice) w myśl uchwały Zjazdu — Sekcja Lekarzy Kasowych zostaje zlikwidowana. Toczą się pertraktacje cennikowe z Zarządem Kasy Chorych.

e) Kol. Augspach (Tomaszów) referuje przebieg bezrobocia lekarskiego w Tomaszowskiej Kasie Chorych.

Uchwalono napiętnować czyn haniebny drów Wojewódzkiego Wacława z (Głowna) i Blumenfelda Gustawa (z Częstochowy), którzy podjęli się roli łamistrejków w Tomaszowskiej Kasie Chorych i ogłosić ich nazwiska w prasie fachowej.

5) Ustalono na 29. marca termin Zjazdu delegatów dla wyboru Zarządu Okręgowego.

6) Na wniosek dr. Eychlera zatwierdzone zostało Prezydjum Zarządu Okręgowego w osobach dr. Rosiewicza, jako Rosiewicza jako prezesa, dr. Knichowieckiego jako skarbnika i dr. Szyfmana jako sekretarza.

7) Dr. Eychler podnosi sprawę opracowania umowy ramowej dla całego Okręgu z uwzględnieniem lokalnych warunków.

Uchwalono postawić tę sprawę na porządku dziennym na Zjeździe Okręgowym celem przygotowania projektu dla Zjazdu wszechpolskiego. Uznano za pożądane nadesłanie do Związku Okręgowego istniejących już umów w prowincjonalnych Kasach Chorych.

Związek lekarzy Państwa Polskiego.
Obwód Tomaszowski.
Szkodnicy sprawy lekarskiej.

Od 22 stycznia 1925 r. trwa stan bezkontrakowy między Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu Tomaszewskiego (Województwo Łódzkie) a Powiatową Kasą Chorych, w celu skłonienia miejscowych lekarzy do przyjęcia, proponowanych przez siebie warunków, sprowadził Zarząd Kasy do Tomaszowa 4 (czterech) lekarzy, którzy, pomimo ostrzeżeń podanych w gazetach lekarskich i codziennych i pomimo uprzedniego poinformowania każdego z osobna o istniejącym zatargu przez tutejszy Związek lekarzy, przystąpili do pracy w Kasie Chorych. Oto ich nazwiska:

1) Wacław Wojewódzki repatrjant z Rosji (Turkiestan) przybył tu z Głowna pow. Brzezińskiego;

2) Gustaw Blumenfeld, lekarz szpitala żydowskiego w Częstochowie;

3) Maurycy Finkelsztajn, lat 26 ze Lwowa, gdzie przed rokiem otrzymał dyplom;

4) Ludmiła Kudrjawcewa (Rosjanka), przybyła z Sieradza, ziemi Kaliskiej.

Zjazd Związku lekarzy rządowych Oddziału Lubelskiego.

Dnia 30 stycznia 1925 roku odbyło się kolejne Walne Zebranie członków Lubelskiego Oddziału Związku Lekarzy Rządowych pod przewodnictwem prezesa dra Z. Domańskiego.

Pierwszy punkt porządku dziennego stanowił wykład lekarza powiatowego z Siedlec dr. A. Żagoty: **Choroby, jako problem społeczny«.** Ogólnikowe streszczenie odczytu wygłoszonego przez dr. A. Żagotę:

»Człowiek przedstawia dla społeczeństwa, którego jest członkiem, mniej lub więcej dającą się obliczyć wartość. Wartość ta uwydatnia się w zdolności do wykonywania pewnej pracy. Ponadto, jeżeli chodzi o społeczeństwo zorganizowane w naród lub państwo, posiada on dla niego jeszcze wartość siły moralnej i fizycznej, która uwydatnia się dopiero w całej pełni w szczególnie ważnych dla społeczeństwa chwilach, kiedy należy wytężyć wszystkie siły, by obronić swoje prawo do zorganizowanego bytu. A nadto każdy człowiek jest tylko szczeblem w ogólnym pochodzie pokoleń, więc jako czynnik rozrodczy, tylko swem zdrowiem gwarantuje utrzymania tego szeregu w stanie czystym, zdrowym i sprawnym. Nie tylko więc każdy człowiek ma prawo do opieki, ale obowiązkiem społeczeństwa opiekę taką w jak najszerszym zakresie roztoczyć nad zdrowiem swych członków. W tym celu państwo i organizacje wytworzyły lub tworzą instytucje, które tę opiekę w najszerszem tego słowa znaczeniu mają praktycznie wprowadzać w życie t. zw. Kasy chorych. Z drugiej zaś strony Kasy te, jako instytucje, stykają się z masową ilością chorych, zdolne są na podstawie olbrzymiego materjału, lepiej badać warunki i przyczyny powstawania różnych chorób, a tem samem wysnuwać wnioski, zmierzające do zapobierzenia im lub ich usunięcia. Następnie mówca przechodzi do określenia choroby ze stanowiska społecznego. Określenie to różni się bardzo od określenia biologicznego choroby, ponieważ pod względem społecznym choroba wyraża się dopiero niezdolnością do pracy lub koniecznością ingerencji lekarskiej, a względnie łącznością obu tych czynników. Choroba więc, w znaczeniu społecznem, charakteryzuje się często jako dość posunięty stan choroby biologicznej.

Załatwiwszy się z tą definicją, jakoteż z charakteryzacją początku i zakończenia choroby w znaczeniu społecznem, przechodzi mówca do scharakteryzowania przyczyn chorób. Przyczyny te mogą być natury wewnętrznej (endogenicznej) — (a więc wpływać może na ich powstawanie n. p. wiek, płeć, rasa, dziedziczność i t. p.) i zewnętrznej (exogenicznej).

Zewnętrzne przyczyny dałyby się podzielić na dwie duże grupy: a) warunki usposabiające (n. p. rodzaj pracy, klimat, pory roku, wiek, płeć, stosunki mieszkaniowe, stopa zarobkowa, warunki społeczne i t. p.) i b) bezpośrednie przyczyny chorób (szkodliwości biologiczne, fizyczne, chemiczne, moralne i t. p.).

Na przykładach mówca stwierdza, że czynniki te są zazwyczaj mniej lub więcej sprzężone i działają współcześnie,

tak, że jeden lub drugi czynnik wysuwa się na pierwszy plan. Następnie mówca omawia zasady statystyk chorób, wykazuje, jak bardzo należy różniczkować i obejmować w cyfry statystyczne wszystkie momenty, mogące mieć jakikolwiek bądź wpływ na powstanie chorób, by cyfry statystyczne przedstawiały realną i użyteczną wartość. Wykazuje na przykładach, że branie pod uwagę niektórych stosunków cyfrowych, pozornie zupełnie logicznych, może prowadzić do zupełnie fałszywych i opacznych wniosków. Mówca dalej demonstruje szereg tablic i wykresów statystycznych, świadczących o wpływach najrozmaitszych czynników na cyfry statystyczne. W tablicach tych więc wykazano wpływ na częstość powstania chorób takich czynników, jak: płeć, rodzaj członkowstwa kasy, stopa zarobkowa, materjał ludzki, rasa, świadczenie kasy. Wykazano tu również, że czynników nie można schematyzować, że mają one dla różnych grup społecznych różną wartość — n. p. równe stopy zarobkowe u wyrobnika i inteligenta nie są faktycznie równe. Ta sama choroba n. p. angina u śpiewaka i kupca nie mają tego samego znaczenia i różnie muszą się wyrażać w cyfrach statystycznych i t. p. i t. p. W trakcie odczytu mówca zaznaczył, że obecnie w Polsce powstające Kasy chorych o charakterze terytorjalnym nie będą mogły dobrze różniczkować daty statystyczne, a więc i cyfry przez nie zbierane nie będą miały tej wartości naukowej, co cyfry kas bardziej zróżniczkowanych. W kilku słowach, które mówca ze względu na brak czasu powiedział o czasie trwania chorób, zaznaczył, że naogół czas trwania chorób zależy od tych, samych prawie czynników co i powstanie chorób«.

Drugi referat opracował Lekarz Powiatowy z Garwolina na temat: »**O higjenie szkolnej i stanie sanitarnym naszych szkół wiejskich**«.

Kol. Kujawski, lekarz powiatowy z Lublina, w referacie »**O stanowisku lekarza urzędowego wobec świadectw lekarskich**« poruszył te kolizje, na jakie narażony jest lekarz urzędowy przy wydawaniu świadectw lekarskich. Kolizje stwarzają petenci, rozporządzenia i przepisy rządowe, oraz lekarze prywatni. W szeregu przykładów różnych świadectw (przytoczono 9 najczęściej zgłaszanych potrzeb do otrzymania świadectwa), uwydatniono bardzo często spotykane dążenia petentów do użycia lekarza rządowego za ślepe narzędzie przy przeprowadzeniu swych kombinacji, niemających bezpośredniego związku i zależności od zdrowia. Ztąd powoływanie się na zdrowie lub chorobę, jak kiedy jest wygodniej, ztąd nadużywanie urlopów zdrowotnych i przedłużania wypoczynkowych i t. p.

Przepisy rządowe mszczą się nieraz na lekarzu rządowym, o ile są niedość usprawiedliwiane życiowo, n. p. przepisy w sprawie wydawania zaliczek, przepisy paszportowe, wydawanie spirytusu i t. p. Lekarz niekiedy, będąc niedość przekonanym o celowości życiowej tak, a nie inaczej skonstruowanych przepisów, niekiedy ulega petentowi, a zawsze ma pełno wątpliwości przy wydawaniu świadectw. Wreszcie lekarze prywatni często narażają lekarza rządowego na poważny kłopot przez swą zbytnią pochopność w wystawianiu świadectw wygodnych dla petenta, a nie mających dostatecznych podstaw w rozumieniu przepisów urzędowych, oraz obrony obowiązków służbowych petenta. Do pewnego stopnia usprawiedliwieniem może tu być to, że lekarz prywatny niema smutnego obowiązku lekarza urzędowego — czuwania i wykrywania nadużyć na tle zdrowia i choroby.

Referent dochodzi do wniosku, że lekarze rządowi obowiązani są walczyć z tem wszystkiem, coby spowodowało wystawienie świadectwa niezgodnego z rzeczywistością, powinni zamknąć oczy na nielekarskie kombinacje petenta, a być tylko objektywnym lekarzem. Jeżeli lekarz rządowy inaczej postępować będzie, znajdzie się w kolizji nie tylko ze swymi obowiązkami służbowymi, ale przedewszystkiem z etyką, względnie z etyką lekarską.

Wreszcie lekarz powiatowy z Krasnegostawu dr. Z. Domański wygłosił rzecz: »**O ustawie emerytalnej w stosunku do lekarzy rządowych**«. O ile założona przez Związek lekarzy rządowych i Izby lekarskie Kasa Pogrzebowa zabezpiecza po części byt wdów i sierót po lekarzach, o tyle starość lekarzy, niedołęstwo, niezdolność do pracy zabezpieczenia materjalnego nie mają. Ustawa emerytalna przewiduje prawo funkcjonarjusza państwowego domagania się przeniesienia go w stan spoczynku bez względu na zdolność do służby, gdy przekroczył 60 lat, lub gdy uzyskał prawo do pełnego uposażenia emerytalnego i ukończył 55 lat życia. Ponieważ przy wstąpieniu do służby rządowej lekarz przekracza zwykle trzydziestkę, a prawo do pełnej emerytury zyskuje się po 35 latach służby — obowiązująca obecnie ustawa niema dla nas zastosowania. Rodzaj zajęcia lekarza powiatowego; ciężka — praca poczynając od ławy uniwersyteckiej; stałe obcowanie z biedą, nędzą, brudem i niechlujstwem; walka z chorobami zakaźnemi; ogromny procent zachorowywań wśród lekarzy na choroby zakaźne, sprowadzają przedwczesną starość i niedołęstwo, krótszy kres życia, dużą śmiertelność. Zdolność do zarobkowania u lekarzy rządowych, szczególnie powiatowych jest znacznie krótszą, niż w innych zawodach. Z tego tytułu referent uważa za wskazane, aby czas trwania służby był dla lekarzy tego typu skrócony do 25 lat i proponuje, aby poruszona kwestja była rozpatrzona na posiedzeniach oddziałowych Związku i w razie przychylnego stanowiska lekarzy, opracowany został memorjał i wniesiony przez Wydział Związku do odpowiednich czynników.

Związkowiec.

Ś. p. Dr. med. Aleksander WASILEWSKI.

Dnia 11. sierpnia 1924 r. zmarł w Warszawie, w sile wieku, wskutek krwotoku, wywołanego wrzodem żołądka, dr. Aleksander Wasilewski. Żył lat 46., osierocił żonę i 4 małoletnich dzieci. Urodzony na kresach, w byłej gub. Kurlandzkiej, stracił rodziców już w pierwszych latach życia i był wychowany przez krewnych i znajomych. Już w szkołach średnich zarabiał na siebie, a mimo to pracował ideowo, ucząc po polsku w tajnej szkółce w Dynaburgu. Uwięziony za to, po kilku miesiącach uciekł, ale tak był śledzony, że mógł wychodzić z domu tylko nocą; wywieziony przez znajomych, prowadził, dalej niebezpieczną pracę w Witebsku. Tak żył szereg lat, ucząc siebie i innych; na uniwersytet w Moskwie wstąpił dopiero mając lat 27. W r. 1911 ukończył w Moskwie Wydział lekarski; potem pracował pół roku w Zakładzie bakterjologji u prof. Gabryczewskiego, stamtąd został wysłany do Warszawy do pracowni bakterjologicznej i chemicznej przy szpitalu Ujazdowskim. W r. 1913 został prosektorem przy okręgowym moskiewskim szpitalu psychjatrycznym. Po wybuchu wojny był pomocnikiem kierownika stacji Pasteurowskiej w Mińsku Litewskim, a w kilka miesięcy później wysłano go aż do Czyty, jako zastępcę kierownika rządowego laboratorjum przeciw dżumie. W r. 1917 został kierownikiem tej pracowni. W r. 1918 zorganizował w Czycie całkowitą Stację Pasteurowską i kierował nią. W r. 1920 uczynił to samo w Charbinie. Od r. 1917 należał do V. Syberyjskiej Dywizji Wojsk Polskich jako lekarz sanitarny, a potem jako lekarz Polskiego Czerwonego Krzyża na Dalekim Wschodzie. W Charbinie pracował do końca marca 1921 roku., poczem wyjechał z rodziną do Polski, morzem, naokoło Azji. W czerwcu r. 1921 przybył do Warszawy, gdzie od 1. sierpnia tegoż roku otrzymał posadę lekarza sanitarnego m. Warszawy, a od 1. lipca 1922 został kierownikiem miejskiej pracowni bakterjologicznej w Warszawie. 7. sierpnia 1925 r. dostał w pracowni krwotoku, a w kilka dni później zmarł.

Dr. Aleksander Wasilewski był człowiekiem niezwykłej miary. Był lekarzem zaledwie 13 lat, a zostawił po sobie około 60 prac z różnych działów medycyny. Około 40 z tych prac było drukowanych przeważnie w pismach rosyjskich na Syberji, około 20 pozostało w rękopisie. Pracował zwykle w trudnych warunkach, wiele lat podczas wojny, przerzucany z miejsca na miejsce, obarczony mnóstwem zajęć służbowych. Przez kilka lat brał bardzo czynny udział w zwalczaniu dżumy w Mandżurji, nie uważał nic na siebie, wykonywał sekcje zmarłych na dżumę w strasznych warunkach, w chatach krajowców, pełnych brudu i robactwa, narażając się na pewną niemal śmierć. Równocześnie zakładał tam stacje szczepień przeciw wściekliźnie i prowadził je, wyrabiał szczepionki przeciw różnym chorobom zakaźnym, szczepił konie i otrzymywał z nich surowice lecznicze, wyrabiał krowiankę, prowadził badania antropologiczne nad Burjatami, nawiązał stosunki z lekarzami japońskimi, otrzymał od nich bardzo zachęcające propozycje wyjazdu do Japonji, ale nie słuchał ich, chcąc wrócić do kraju i pracować w Polsce. Widząc w obozach jeńców i w szpitalach wojskowych na Dalekim Wschodzie setki chorych na przeróżne choroby zakaźne, badał te choroby i pozostawił cenne prace o durze osutkowym, brzusznym i powrotnym, o żółtaczce zakaźnej, o influency, o gnilcu, o zimnicy.

Przyjechawszy do Warszawy i objąwszy stanowisko bakterjologa miejskiego, pchnął pracownię miejską na nowe tory. Zwiększył siedmiokrotnie liczbę analiz bakterjologicznych, wykonywanych w tej pracowni (do 13000 rocznie), zajął się energicznie badaniem wód studziennych i wodociągowych, przeprowadzał systematycznie badania bakterjologiczne mleka, zajął się kontrolą aparatów służących do dyzynfekcyj w mieście, badał produkty mięsne na zafałszowanie, rozpoczął współpracę ze szpitalami warszawskimi, wyrabiał dla nich szczepionki, zaopatrywał je w pożywki bakterjologiczne, badał krew chorych i wydzieliny. Pierwszy w Polsce zajął się na szerszą skalę zbadaniem reakcji Selricha (około 2000 osób); w Instytucie dla głuchoniemych i ociemniałych zbadał krew wychowanków na odczyn Wassermanna i wykonał u nich odczyny Pirqueta i Schicka. Przeprowadzał badania flory drobnowidzowej w chorobach oczu u chorych Instytutu Oftalmicznego, wykonał badania nad neurowakcyną, otrzymywał tuberkulinę, założył muzeum anatomo-patologiczne i systematycznie badał zimnicę i warunki jej szerzenia się w Warszawie i okolicy. W Warszawie i w promieniu kilku kilometrów naokoło nie było żadnego zbiornika wodnego, któregoby nie zwiedził i nie zbadał prób z niego na obecność larw komarów, w pracowni założył wylęgarnie komarów, z pozwoleniem Władz miejskich wyjeżdżał do powiatów Kowelskiego i lubomlskiego dla badań nad zimnicą. Wreszcie w lipcu 1924 r., otrzymawszy po raz pierwszy urlop wypoczynkowy jednomiesięczny, wyjechał zaraz do Ciecho-

cinka, zaproszony przez Zarząd tej miejscowości, celem zbadania, czy nie zagraża jej wybuch zimnicy. I tam pracował nad siły — wrócił z początkiem sierpnia chory, ale zamiast odpocząć, zabrał się natychmiast do dalszej pracy. Podczas pisania artykułu o spostrzeżeniach nad zimnicą w Ciechocinku, w pracowni miejskiej dostał krwotoku, który był początkiem końca.

Tak żył A. Wasilewski. Od lat młodzieńczych aż do śmierci myślał tylko o pracy dla drugich i o nauce. Skąd brał siły i czas, aby tylu rzeczy dokonać, nikt nie wie. Nie liczył się nigdy z własnemi siłami: myślał tylko o tem, co ma być zrobione. Jak opowiadał jeden z jego znajomych w Warszawie »w tęgi mróz, w paltociku wiatrem podszytym, a butach łatanych, przed 8 raną, pędził do pracowni i pracował do późnej nocy. W domu był gościem, czasu nie miał i nie myślał tak o rodzinie swojej, jak myślą zwykli śmiertelnicy. Nie myślał o tem, co będą jeść jego dzieci, gdyby go nie stało, ani czy będą miały dach nad głową i jak sobie wdowa da radę? Więc może był lekkomyślny? Może. A jednak stan lekarski chlubić się może tem, że Wasilewski był lekarzem. Ogrom jego pracy i poświęcenia był powodem, że nikt z tych, którzy go znali, nie pozostał obojętnym wobec jego śmierci. Samorzutnie zawiązał się komitet, głównie z pomiędzy pracowników w miejskiej służbie zdrowia, który postawił sobie za cel przyjść w pomoc wdowie i czworgu małoletnich dzieci i — o ile się zbiorą fundusze — wydać prace dra Wasilewskiego. Niektóre Jego prace, drukowane w języku rosyjskim, nadawałyby się do przetłómaczenia i wydania po polsku: prace w rękopisie, dotąd niedrukowane, również częściowo powinnyby być wydane.

Tacy, jak Dr. Wasilewski, chociaż pomarli, żyją, albowiem rozwój i postęp narodów jest ich dziełem.

Prof. R. Nitsch.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. X. posiedzenie odbędzie się w piątek dnia 27. b. m. o godz. 6-tej wieczorem. Porządek dzienny: **„Sprawa Kas ubezpieczeniowych przy Lwowskiej Izbie Lekarskiej".**

K. Zgórski, Przewodniczący. *K. Tyszka,* Sekretarz dor.

Konkurs im. Leona Krzemickiego. Celem uczczenia pamięci zasłużonego obywatela i lekarza bł. pamięci Dr. Leona Krzemickiego ofiarowała firma »Serovac« Małopolska wytwórnią surowic i szczepionek 100 zł., jako nagrodę, za najlepszą pracę ogłoszoną drukiem w Polskiej Gazecie Lekarskiej. W r. 1925 pierwszeństwo będą miały prace z dziedziny medycyny społecznej lub chorób wenerycznych. Sąd konkursowy stanowić będzie Komisja redakcyjna Polskiej Gazety Lekarskiej Lwowskiego Tow. Lekarskiego, w skład której wejdzie, jako delegat, Serovacu dr. Izydor Krzemicki.

Zakaz wydawania leków na recepty lekarskie w specjalnych przypadkach uchwaliła Rada m. Drezna. Dotyczy to mianowicie wydawania morfiny i kokainy zbyt często i w nadmiernych ilościach. Zakaz ten, coprawda bezprawny, został spowodowany faktem stwierdzonym, że jeden z lekarzy w ciągu kilku miesięcy zapisał morfiny i kokainy więcej, niż wszyscy lekarze Drezna w czasie tym samym. Oczywiście zakaz ten mógłby doprowadzić do celu zamierzonego, gdyby aptekarze, w zrozumieniu jego znaczenia, współpracowali dobrowolnie z czynnikami, dbającemi o dobro i zdrowie ludności, a niedbali przedewszystkiem o kieszeń własną.

Dla zwalczania choroby zatokowej postawiono wniosek w sejmie pruskim o udzielenie kredytu w wysokości 500 tysięcy Mk. dla rodzin rybackich, nawiedzonych chorobą.

Znaczny spadek uczącej się młodzieży na wydziałach lekarskich w Niemczech. Urzędowe dane statystyczne podają następujące liczby: w r. 1922 na wszystkich wydziałach lekarskich było 13.489 słuchaczy; w roku 1924 liczba ta spadła do 9.316 (spadek wynosi 31,6%). Na tę ogólną ilość było mężczyzn w r. 1922 — 11.285, w r. 1924 — 7.354 ilość kobiet słuchaczek było w r. 1922 — 1.469 a w r. 1924 — 1093 (spadek wynosi 26%).

Częstość ospy w Stanach Zjednoczonych. W pierwszej połowie r. 1924 zanotowano w 678 większych miastach Kanady oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki 18.811 przypadków zachorowań ospy, w tem 242 przypadków śmierci, co wynosi 1,3%. W tym samym okresie czasu w r. 1923 było zanotowanych 7.170 zachorzeń ze śmiertelnością 0,8%.

Śmiertelność dzieci w wieku do 1 go roku na 1000 nowonarodzonych wynosi, według danych porównawczych wydziału ochrony macierzyństwa i wieku niemowlęcego, dla następujących państw w r. 1923, jak następuje: Belgja i Finlandja 105, Francja — 120, Niemcy — 132, Włochy — 140, Austrja i Hiszpanja — 155, Japonja — 190, Chile — 268, Norwegja — 63, Australja i Szwecja — 65, Stany Zjednoczone — 75. Polska nieuwzględniona.

Statystyka strat ludzkich w czasie ostatniej wojny światowej została ostatecznie zakończona. Ogólna strata państw walczących wynosi około 10 miljonów zabitych i 25 miljonów rannych i wogóle chorych w czasie służby wojennej. Na Niemcy przypada 2055000 zabitych i zmarłych, wliczając w to 14000 kolorowych, pochodzących z Kolonij niemieckich. Liczba rannych (bez kolorowych) wyniosła 4248000. Liczba inwalidów wojennych, uprawnionych do zaopatrzenia, wynosiła z początkiem 1920 roku 1537000 a do początku 1923 roku liczba ta spadła na 1275000. W październiku 1924 było takich inwalidów jeszcze 721660, wśród nich 1322 pielęgniarek. (M. m. W.).

Sprostowanie.

W pracy dr. Pokornego »Bóle głodowe u chorych na raka żołądka« (P. G. L. N. 5. 1925) na str. 122 wiersz 35—33 z dołu zamiast: »według Riegl'a Le Noir i Agasse prawie nigdy się nie spostrzega w raku żołądka, co prawda... ma być: »według Riegl'a prawie nigdy się nie spostrzega w raku żołądka, Le Noir i Agasse, co prawda...«.

Zmarli.

Dr. Władysław Nowak, lekarz fabryczny, zmarł w 55 r. życia w Węgierskiej Górce.

Od Administracji.

Prosimy o wyrównanie prenumeraty za kwartał II. b. r. załączonym do numeru 12-go czekiem P. K. O. (9 zł, dla członków tow. Lek. 8 zł). Prenumeratorom, zalegającym z opłatą po 10. kwietnia, zmuszeni będziemy wstrzymać dalszą wysyłkę Polskiej Gaz. Lek.

Nr. 13. 29. marca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Jan KIEŁKIEWICZ, ordynator oddziału. Warszawa.

Leczenie chirurgiczne gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn.

(Z Oddziału chirurgiczno-urologicznego w Szpitalu Przemienienia Pańskiego).

Gruźlica narządów płciowych u mężczyzn nie należy do cierpień rzadkich. Schorzenie to uważane jest powszechnie za dość pospolite, a leczenie polegało do niedawna na zabiegu b prostym, zazwyczaj na trzebieniu; dlatego też chirurgowie mało zwracali uwagi na cierpienia tych narządów. Zmiany gruźlicze spotykamy najczęściej w jednym tylko odcinku dróg nasiennych, niekiedy jednak gruźlica zajmuje równocześnie najądrze, nasieniowód, gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne. Leczenie właściwe, podobnie jak i w innych narządach, winno polegać na usunięciu tkanek dotkniętych gruźlicą. Tymczasem pod tym względem panuje do dzisiaj pewna wstrzemięźliwość. Operacje doszczętne polegające na całkowitem usunięciu dróg nasiennych, wykonywane są bardzo rzadko. W 1906 r. Baudet i Kendirdjy w wyczerpującej pracy »*de la vasovesiculotomie*« wyliczają zaledwie 47 przypadków tej kategorji, operowanych różnemi sposobami. Voelcker w »*Chirurgie der Samenblasen*« przytacza 81 przypadków, w tem wszystkie cytowane przez Baudet'a. Tymczasem trzebienia i resekcje najądrza, czy to całkowite, czy częściowe, wykonywane są chyba nierzadko. Skądże taka wstrzemięźliwość? Zdaje się, że to umiarkowane stanowisko chirurgów oparte jest z jednej strony na przypuszczeniu, że zmiany gruźlicze w gruczole krokowym i pęcherzykach nasiennych wygasają po trzebieniu, z drugiej na braku zaufania do operacji doszczętnych, właściwie do wyników operacyjnych otrzymanych tą drogą. Co się tyczy punktu pierwszego, to istotnie wszyscy autorowie, nawet najradykalniejsi jak Baudet i Pauchet twierdzą zgodnie, że tylko zmiany niewielkie w pęcherzykach nasiennych i gruczole krokowym wygasają po usunięciu najądrza wzgl. trzebieniu, natomiast wybitne, daleko posunięte nie reagują na podobne zabiegi. Kiedyż te wybitne zmiany gruźlicze spotykamy w narządach płciowych? Najczęściej w gruźlicy wtórnej. Ze stanowiska, które nas w tej chwili obchodzi, a więc ze stanowiska terapeutycznego należy odróżniać gruźlicę narządów płciowych pierwotną, miejscową i wtórną. W gruźlicy wtórnej do zakażenia nerkowego dołącza się zakażenie gruczołu krokowego i stąd dopiero zakażenie przechodzi na inne odcinki dróg nasiennych. Godny jest zaznaczenia fakt, że zakażenie przez czas dłuższy trzyma się wyłącznie gruczołu krokowego, powyżej roku w 78% podług Burckharda, w 74% podług Simonis'a, w 86% podług Motza i Halle'go. Z gruczołu krokowego sprawa przenosi się najpierw na pęcherzyki nasienne, i tu doprowadzi do zmian ciężkich, zanim jeszcze zakażenie zdąży przejść na resztę dróg nasiennych. Całkiem inny obraz spotykamy w gruźlicy pierwotnej narządów płciowych. Ricord ma wielką słuszność, mówiąc »jeżeli się ma znaleść gruzełek w jakimkolwiek odcinku dróg nasiennych — to zawsze w najądrzu«. Słowa powyższe mają zastosowanie przedewszystkiem w przypadkach pierwotnej gruźlicy dróg nasiennych. Istotnie narządem nawiedzanym najczęściej przez gruźlicę jest najądrze. Statystyka zestawiona na podstawie sekcji (podług Reclusa) wykazuje że najądrze i jądro są chore w $^3/_4$ wszystkich przypadków gruźlicy dróg nasiennych.

Chory, który zauważył coś nieprawidłowego w mosznie, udaje się do lekarza; ten znajduje nacieczenie czyli też stwardnienie w najądrzu, a ponieważ z wywiadów nie może ustalić przyczyny, która mogłaby powodować owo stwardnienie, zaczyna podejrzywać gruźlicę. W tym momencie można stwierdzić, że zmian w gruczole krokowym i pęcherzykach albo niema wcale, albo są one niewielkie, początkujące. Jakież są zmiany w różnych odcinkach dróg nasiennych? Gruczoł krokowy w przebiegu gruźlicy pierwotnej, może być powiększony na całej przestrzeni, co w większości przypadków zależne jest od przekrwienia; jeżeli zaś spotykamy zmiany wyraźne, to najczęściej w jednym tylko zrazie.

W gruźlicy wtórnej natomiast, kiedy już doszło do przeniesienia się zakażenia na najądrze, kiedy mamy zapalenie najądrza, spotykamy tu zmiany ciężkie, które przemieniają gruczoł krokowy i pęcherzyki w torbę, wypełnioną ropą. Jeżeli zaś zmiany gruźlicze mają skłonność do gojenia się — to spotykamy tu wyraźne stwardnienia — zwapnienia. Co się tyczy pęcherzyków nasiennych, to w gruźlicy pierwotnej są one albo wcale niezmienione, a więc nie wyczuwalne przy badaniu, albo też są nieco powiększone i mają spoistość sadła. Nasieniowody w gruźlicy pierwotnej nigdy nie są zajęte na całej przestrzeni. Środkową część nasieniowodu zakażenie oszczędza; odcinek najbliższy najądrza jest prawie zawsze chory. Niejednokrotnie nasieniowód na pozór całkiem zdrowy po rozcięciu jądra zawiera ropę w postaci niewielkich kropelek i zaczerwienień na śluzówce (*folliculitis* zapalenie mieszków chłonnych); gdzie zmiany gruźlicze usadowiły się na obwodzie, znajdujemy nasieniowód zgrubiały jednolicie, czy też w postaci paciorków różańca (*deferentitis et perideferentitis).* Co się tyczy najądrza, to ognisko gruźlicze sadowi się najczęściej w ogonie; niekiedy gruźlica ogarnia całe najądrze. Ogniska gruźlicze podobne są początkowo do kasztana w przekroju, z czasem ulegają rozmiękczeniu. Jądro długi czas opiera się, mimo zmian gruźliczych w sąsiedztwie. Błona biaława jądra stanowi barjerę bardzo mocną, przez którą zakażenie nie tak łatwo przenika do jądra. Ile potrzeba czasu, by proces gruźliczy przeszedł z najądrza na jądro? Podług wielu autorów po 2-ch miesiącach istnienia gruźlicy najądrza gruźlica przenosi się na jądro w 18%, po 6-ciu miesiącach w 60%. Czyniąc pokrótce przegląd zmian, w pierwotnej i wtórnej gruźlicy narządów płciowych, chcę zwrócić uwagę, że odróżnianie tych obu postaci tak ze stanowiska terapeutycznego jak i rokowania ma doniosłe znaczenie. Jeżeli bowiem leczenie wewnętrzne czy klimatyczne może być stosowane w obu przypadkach, to chirurgja w przypadkach, w których narządy płciowe są dotknięte wyłącznie, może poszczycić się najpiękniejszym wynikiem. Oczywiście suchotnik, który cierpi na płuca, a ma również zajęte narządy płciowe nie odczuje dobrodziejstw leczenia chirurgicznego, pierwotne bowiem ognisko nie przestanie się dalej rozwijać. To samo można powiedzieć o chorym, dokniętym pierwotną gruźlicą nerek, a wtórną narządów płciowych. Jeżeli nie zaczniemy od usunięcia pierwotnego ogniska, wszelkie nasze zabiegi na narządach płciowych będą bezskuteczne.

W roku 1913, w sekcji chirurgicznej Tow. Lekarskiego Warsz. wygłosiłem odczyt o leczeniu chirurgicznem gruźlicy dróg nasiennych. Referat mój wywołał ożywioną dyskusję, z której można było wyczuć, iż sprawę leczenia gruźlicy dróg nasiennych traktuje się na naszym gruncie nieodpowiednio, operacje bowiem sprowadzało się najchętniej do trzebienia. Występowałem wtedy, jako zwolennik całkowitego usuwania narządów nasiennych z pozostawieniem w miarę możności jądra. Byłem pod wpływem świeżo wydanych prac w tej sprawie (Pauchet, Marion), a w dodatku przypadki, które wtedy spostrzegałem i operowałem, wyjątkowo nadawały się do operacji doszczętnej t. j. do całkowitego usunięcia dróg nasiennych. Dalsze jednak spostrzeżenia, a w szczególności zwrócenie bacznej uwagi na postać gruźlicy, z jaką mamy do czynienia, oraz wyniki operacyjne skłoniły mię do postępowania więcej umiarkowanego. Materjał na którym opieram swój sposób postępowania, dotyczy 51 przypadków gruźlicy

pierwotnej i wtórnej. Z tego na gruźlicę wtórną przypada 10 przypadków, na pierwotną 41. Przypadków gruźlicy dwustronnej zanotowałem 5. Z tych 51 przypadków tylko w 2-ch postanowiłem wykonać całkowite wyłuszczenie dróg nasiennych — w 49-ciu zabieg ograniczyłem do wycięcia najądrza i nasieniowodu resp. częściowego wycięcia jądra. Zmiany namacalne w pęcherzykach i gruczole krokowym zanotowałem w 24 przypadkach. W 2-ch, gdzie zmiany w pęcherzykach były bardzo wydatne, skusiłem się na próbę całkowitego usunięcia nasieniowodu, najądrza i pęcherzyka nasiennego. Czyniłem to w sposób następujący: Duże cięcie przepuklinowe. Obnażenie nasieniowodu, przecięcie m. skośnego; oddzielenie otrzewnej. Nasieniowód wydziela się możliwie nisko, nie wysilając się, aby ujrzeć pęcherzyki nasienne. Gdy przypuszczamy, że znajdujemy się już blisko pęcherzyków, nasieniowód należy podwiązać i przeciąć żegadłem pomiędzy dwiema podwiązkami. Koniec jądrowy nasieniowodu owinięty gazą, odrzucamy ku mosznie. Ściany kanału pachwinowego zaszywamy całkowicie. Na tem kończymy pierwszą część operacji. Przechodzimy do moszny. Jeżeli najądrze nie jest zrośnięte ze skórą, cięcia nie można powiększać: przez dolną część rany pachwinowej jądro daje się z łatwością wyważyć. Po dokładnem obejrzeniu jądra decydujemy o usunięciu najądrza samego, czy też najądrza łącznie z jądrem. Wycinając najądrze, oszczędzamy nawet najmniejsze naczynia, w tym celu posiłkujemy się szczypczykami zamiast nożem. Jeżeli na mosznie mamy przetoki, to przedłużamy cięcie ku dołowi, a właściwie wykonujemy cięcie owalne na poziomie najądrza. Ranę moszny zaszywamy całkowicie, uprzednio zrobiwszy przeciwotwór i założywszy do moszny sączek szklany lub gumowy. Po wykonaniu tych dwóch części zabiegu układamy chorego w pozycji do cięcia krokowego. Przystępujemy do trzeciej części operacji — krokowej. Cięcie łukowate od jednego guza kulszowego do drugiego, po uprzedniem zamknięciu odbytu szwem kapciuchowym. Oddzielamy odbytnicę na tępo i o ile nie mamy zapalenia okołosterczowego (*periprostatitis et perivesiculitis*) z łatwością dosięgamy zachyłka otrzewnej. Uprzystępniamy sobie cały gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne. Usuwamy to, co uważamy za chore. W przypadku, w którym mieliśmy pęcherzyki o konturach wyraźnych, wyłuszczenie ich po nacięciu torebki nie nastręczało wielkich trudności. Po podwiązce pozostawionej na nasieniowodzie łatwo było przekonać się, że usunęliśmy wszystko dokładnie. W drugim przypadku przy wyłuszczaniu pęcherzyków natrafiłem na wielkie trudności; ograniczyłem się więc tylko do wyskrobania gruczołu i pęcherzyków. Utworzyła się przetoka moczowa, która trwała całe miesiące. Była to typowa gruźlica moczo-płciowa, nerkę usunięto wcześniej. Przypadek zakończył się śmiertelnie. W 49-ciu przypadkach, gdzie prawie w 50% stwierdziłem większe lub mniejsze zmiany gruźlicze w pęcherzykach i w gruczole krokowym — o g r a n i c z y ł e m s i ę j e d y n i e d o r e s e k c j i n a s i e n i o w o d u i n a j ą d r z a, kilka razy z częściowem wycięciem jądra, zachowując wyżej opisany porządek operacyjny: a więc najpierw resekowałem nasieniowód, zamykałem ranę pachwinową i w końcu resekowałem najądrze. Ten sposób postępowania dał nam wprost imponujące wyniki. Rany pachwinowe goiły się w większości przypadków doraźnie również i rany moszny. Niekiedy tylko z rany, gdzie umieszczony był sączek, wydzielała się przez pewien czas ropa. O s t a t e c z n i e w s z y s t k i e p r z y p a d k i z o s t a ł y w y g o j o n e. W 2-ch przypadkach nastąpiła utrata jądra, wskutek złego odżywiania, czego zresztą już w czasie operacji można się było spodziewać, a mianowicie w następstwie bliznowatego zwyrodnienia sznurka. Co się tyczy wyników późniejszych — to muszę podkreślić szybką poprawę stanu ogólnego. Zaburzenia pęcherzowe na tle czynnościowem ustępowały zupełnie; nie mówię o zaburzeniach pęcherza, zależnych od owrzodzeń, te bowiem przypadki nie nadają się do operacji. Przez czas dłuższy od 5 do 10 lat obserwowałem 14 chorych. Są to ludzie zupełnie zdrowi. Zmiany w pęcherzykach i gruczole krokowym albo wygasły bez śladu, albo przedstawiają się w postaci nieczynnych już stwardnień. Jeżeli zostało choć jedno jądro, a nawet, jak w jednym przypadku, tylko część jądra, sprawność płciowa nie pozostawia nic do życzenia. Po usunięciu najądrza jądro zmniejszało się nieco, do zaniku jednak zupełnego nigdy nie dochodziło. Jeżeli usuwamy oba najądrza, występuje zanik jąder więcej wyraźny, który wszakże nie sprowadza niemocy płciowej.

W n i o s k i :

1. Gruźlicę narządów płciowych u mężczyzn zarówno pierwotną, jak wtórną winno się leczyć chirurgicznie.
2. Wczesne wycięcie nasieniowodu i najądrza uważamy jako zabieg najbardziej celowy.
3. Zmiany obustronne nie są przeciwwskazaniem do zabiegu chirurgicznego.
4. Wycięcie pęcherzyków nasiennych zaleca się tylko w przypadkach wyjątkowych, n. p. po nieudanem wycięciu nasieniowodu i najądrza.
5. Usuwając jedynie najądrze, oszczędzamy choremu przykrego uczucia, że jest trzebieńcem.

Dr. I. SOHN. Przemyśl.

W sprawie artykułów M. Fejgin, T. Marjamko i M. Fejgin, J. Cygelstreich. O zawartości cholesteryny i cukru we krwi. (Polska Gazeta lek. Nr. 4 i 9).

W dwóch tych artykułach dochodzą autorowie do wniosków, że:

1) »przemiana węglowodanów z jednej — tłuszczów i cholesteryny z drugiej strony, znajduje się w bliskim, choć niezupełnie jeszcze wyjaśnionym związku;

2) zastrzyk dożylny adrenaliny prowadzi z jednej strony do zwiększonej mobilizacji cukru do krwi z wątroby, z drugiej zaś zmniejsza ilość cholesteryny we krwi«.

S. (Nr. 9. str. 195) 29 »czynniki, które jak zastrzyk adrenaliny, lub spożycie większej ilości cukru, podnoszą krzywą glikemji, wpływają obniżająco na cholesterynemję«.

Autorowie powołują się na pracę D. Alpern i Collazo z którą zgadzają się ich wyniki.

Otóż chciałbym tutaj sprostować, że w referacie swoim wygłoszonym na II. Zjeździe Internistów polskich we Lwowie r. 1914 i w pracy mej wykonanej w latach 1913—1914 w klinice chorób wewn. we Lwowie, a ogłoszonej z powodu wypadków wojennych dopiero w r. 1917 w »Gazecie lekarskiej« Nr. 34—37 p. t.: C u k r o m o c z a c h o l e s t e r y n e m i a c i ę ż a r n y c h wyraźnie wykazałem, jako jeden z pierwszych autorów polskich, który zajął się tym tematem, że:

1) po wstrzyknięciu adrenaliny, wbrew istniejącym wówczas i dotąd zapatrywaniom, ilość cholesteryny we kwi się zmniejsza,

2) że między cukrem we krwi a cholesteryną zachodzi ścisły związek,

3) że inaczej oddziaływują na wstrzyknięcie osobniki u których cholesteryna w chwili wstrzyknięcia znajduje się w większej ilości we krwi, a inaczej jeśli poziom jej we krwi jest niski (przykład: ciężarne, choroba Addisona, pies po wstrzyknięciu florydzyny, uranu i t. d.).

To też po przeczytaniu tymczasowych doniesień wyżej wspomnianych kolegów, miałem prawdziwą przyjemność stwierdzić, że autorowie, z innego wychodząc założenia i badając inną metodą, potwierdzają moje wnioski z przed 11 lat. Podnoszę to jednak dla zastrzeżenia mych praw do pierwszeństwa i przypomnienia, że praca moja ogłoszona w naszem piśmie krajowem w r. 1917 powinna była być przez autorów raczej uwzględniona niż Panów Alpern i Colazzo z roku dopiero 1924.

Niestety, dzieje się to u nas często, nawet *ex catedra*.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Romuald W i e r z b i c k i. **Historja słownictwa lekarskiego polskiego.** (Odbitka z »Archiwum historji i filozofji medycyny«. Tom I.). Poznań 1924, stron 51.

Autor podjął się pracy pożytecznej i będącej na czasie, kierując się tą słuszną zasadą, że słownictwo, jeżeli ma być

prawidłowe, musi wyrastać z historycznego podłoża i opierać się na tych podstawach, które zbudował język w swym naturalnym, organicznym rozwoju. Wszelka więc dalsza praca w zakresie ustalenia słownictwa musi mieć ustawicznie na względzie poprzednią jego historję. W przeciwnym razie obawiać się można, by rozbieżność poglądów na metody tworzenia nowych wyrazów naukowych nie wprowadziła do słownictwa chaosu językowego, lub dziwolągów językowych«. W tej myśli zebrał autor treściwie wiadomości o rozwoju polskiego słownictwa lekarskiego, trafnie uwydatniając ważniejsze jego okresy, i zestawił skrupulatnie bibljografję, o ile tylko zdołał dotrzeć do odpowiednich materjałów.

Dla dalszego kształtowania naszego słownictwa i dla rewizji dotychczasowej terminologji stanowi rozprawa dr. Wierzbickiego nader cenną pracę pomocniczą.

Ciechanowski.

H. Alexander: **Frühdiagnose der Lungentuberkulose.** Leipzig. 1925. C. Kabitzsch.

Broszura ta, o 40 stronnicach, formatu dużej ósemki, wychodzi w trzeciem wydaniu, z kilkoma dobremi ilustracjami. Jest bardzo obfita w treść, ścisła, bez frazesów, obejmuje duży materjał krytycznie przedstawionych objawów z najrozmaitszych dziedzin, mających znaczenie rozpoznawcze w rozpoczynającej się gruźlicy, lub uchodzących za początkowe oznaki gruźlicy.

Autor stoi na stanowisku, dziś coraz bardziej rozpowszechnionem, że pierwotne zakażenie gruźlicze sięga wieku dziecięcego. Objawów początkowych u przeważnej części chorych gruźliczych należy szukać nie tyle w szczycie, lecz przedewszystkiem w trójkącie podobojczykowym i we wnęce płuc. Z powodu olbrzymich rozmiarów diagnostyki chorób płucnych ogranicza się on tylko do rzeczy istotnych i nowych. Omawia szczegółowo i podkreśla wczesne momenty rozpoznawcze dla gruźlicy, przechodząc kolejno różne strony i metody badania, a zatem: wywiady, oglądanie, dotykanie, wypuk, przysłuch, badanie plwociny, diagnostykę swoistą tuberkulinową, badanie krwi i badanie roentgenologiczne. Krytycznie też przedstawia rozbieżne poglądy na niektóre sprawy (jak n. p. znaczenie opukiwania wnęki płucnej oraz trójkąta podobojczykowego, odczyny tuberkulinowe i t. p.) zaznaczając równocześnie swoje poglądy, oparte na własnem doświadczeniu i własnym materjale klinicznym. W końcu omawia wczesne objawy ze strony innych narządów przy schorzeniach płucnych. Lista najnowszego piśmiennictwa niemieckiego i francuskiego zamyka tę pracę, w której autorowi istotnie udało się w treściwej i zwięzłej formie omówić pokrótce i jasno wszystko to, co jest istotnie z tematem związane. Praca może nieco zbyt zwięzła, lecz pożyteczna i godna przeczytania.

Dr. M. Blassberg (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Archives of Internal Medicine.

Vol. 34. Nr. 3.

Badania nad przemianą materji w otyłości.

Strouse and Dye. **Stosunek wagi ciała do ilości pobieranych pokarmów.** Autorowie opierając się na badaniach przeprowadzonych na ludziach zdrowych i na ludziach cierpiących na otyłość stwierdzają iż niema bezwzględnej — zależności między wagą ciała a ilością pobranych pokarmów i pracą, i sądzą iż istnieje jednostka chorobową nazwana przez nich otyłością konstytucjonalną.

Strouse, C. C. Wang i Dye. **Podstawowa przemiana materji.** Na podstawie swych badań stwierdzają, że ani w przypadkach zbyt wysokiej wagi ciała, ani w przypadkach zbyt niskiej wagi ciała niema stałych zmian w podstawowej przemianie materji, wobec tego konstytucjonalna otyłość nie może być powodem zmian w podstawowej przemianie materji.

Gouralex-Karr. **Badania porównawcze nad tetrachlorfenolftaleinową i haemoklastyczną próbą na funkcję wątroby.** Autorowie wykonywali obie próby w wielu przypadkach pierwotnych i wtórnych schorzeń wątroby. Słuszność rozpoznania opartego na tych próbach mieli sposobność stwierdzać przy operacji lub nekroskopji. Na podstawie swych badań przychodzą do przekonania, że próba haemoklastyczna jest czulszą od próby tetrachlorfenolftaleinowej i ściślejszą gdyż ta ostatnia zależy od drożności przewodów żółciowych, którędy barwik się wydziela. Najlepsze usługi oddaje kombinacja obu prób.

Pilot i Bauris. **Bacillus fusiformis i spirochete buccalis w ropniach zgorzelach płuc i w bronchiektazjach.** Autorowie opisują 49 przypadków zgorzeli i ropni płuc. Twierdzą iż na podstawie danych bakterjologicznych, anatomo-patologicznych i klinicznych można wyosobnić typ infekcji, jako ściśle określoną jednostkę chorobową. Odgrywają tu dużą rolę nietylko *spirochete buccalis* i *bacillus fusiformis,* lecz także jako zakażenie dodatkowe rozmaite łańcuszkowce. Obraz anatomo-patolog. przedstawia się jako pojedyncze lub liczne drobne ropnie płuc, jako zgorzelinowa bronchopneumonja lub rozlana zgorzel płuc. Jako momenty predysponujące podają narkozę, tonsilektomję, aspirację ciał obcych, perforacje do tchawicy i oskrzeli, rak, gruźlicę, bronchiektazje, zaburzenia krążenia różnego typu. Obraz kliniczny zależy w dużej mierze od wielu dodatkowych czynników jak odporność organizmu i rozległość uszkodzenia płuc. Źródła infekcji należy szukać przedewszystkiem w zębach i migdałkach, wobec tego leczenie prewencyjne musi polegać na higjenie jamy ust. W leczeniu bardzo gorąco poleca preparaty arsenowe głównie neoarsphenaminę.

Rabinowitsch. **Wskaźnik funkcji nerek.** Autor wychodząc ze wzoru na pracę jaką wykonuje gaz rozszerzając się z objętości V_1 do V_2 wyprowadza wzór matematyczny na pracę jaką wykonuje nerka wydzielając pewną ilość podanego przez usta mocznika. Na podstawie swych badań przychodzi do przekonania, że wskaźnikiem wydolności nerek jest praca jaką wykona nerka przy wydzieleniu 1 grama mocznika.

Foster. **Badania nad zawartością włóknika w krwi.** Autor na podstawie swych badań stwierdza, iż u ludzi normalnych znajduje się włóknik u mężczyzn 163 mg na 100 cm^3 krwi u kobiet 179 mg na 100 cm^3 krwi. W krwi kobiet ciężarnych znajdował znacznie większe ilości włóknika: 273 mg na 100 cm^3 krwi. W 2 przypadkach (*atrophia hepatis flava)* ostrego żółtego zaniku wątroby znaleźli znacznie mniejszą zawartość włóknika. W przypadkach zatrucia arsphenaminą połączonych z żółtaczką i uszkodzeniem komórek wątrobowych znaleźli nieznacznie wyższą zawartość włóknika. Przy zapaleniu płuc włóknikowem znalazł znacznie większe zawartości włóknika we krwi, które jednak bezpośrednio po przełomie wracały do stanu prawidłowego.

Jankowski (Lwów).

Jahrb. f. Psych. u. Neur.

B. 36. 1924.

H. Neuman. **Znaczenie kliniczne oczopląsu (nystagmus).** Badania ostatnich lat wykazały, że poszczególne formy oczopląsu wykazują cechy, zależne od umiejscowienia przyczyny wyzwalającej: 1) *Nystagmus* wzrokowy cechuje się tem, że jest wahadłowy, obie fazy są równej szybkości. 2) *Nystagmus* pochodzenia ośrodkowego albo błędnikowego składa się z dwóch części: szybkiej i powolnej, przyczem tylko powolna zależna jest od podrażnienia błędnika szybka jest pochodzenia pozabłędnikowego (wyzwala się w nadjądrowym ośrodku spojrzenia).

Szczegół, że szybka składowa odpada, gdy kaloryzujemy ucho u osobnika w narkozie lub zapaści a pozostaje tylko odchylanie się oczu stosownie do powolnej składowej, przemawia nietylko za pozabłędnikowem pochodzeniem szybkiej składowej ale nawet za jej pochodzeniem korowem.

Powyższe przypuszczenie, co do pochodzenia składowych oczopląsu, według Baraniego, może być zastosowane do różniczkowania niektórych porażeń mięśni ocznych i to w sposób następujący:

Obwodowe porażenie nerwów mięśni ocznych lub też schorzenie w zakresie ich jąder znoszą oczopląs zupełnie w zakresie porażenia.

Porażenie nadjądrowe mięśni ocznych powoduje obraz następujący: ruchy dowolne obu oczu w kierunku strony chorej odpadają, szybkiej składowej ku stronie chorej również niema. Przy odpowiedniem drażnieniu otrzymujemy zamiast oczopląsu w stronę chorą, odchylenie *(deviatio)* obu oczu ku stronie zdrowej. Z tej pozycji oczy nie mogą być dowolnie wyprowadzone. Gdy zaś wywołujemy oczopląs ku stronie zdrowej — jest on prawidłowy. Powyższe dane mają znaczenie w różniczkowaniu poszczególnych porażeń mięśni gałkowych lub niektórych postaci oczopląsu pochodzenia ośrodkowego. W r. 1905 autor ogłosił dane do różniczkowania oczopląsu błędnikowego i pozabłędnikowego.

Obydwa są obrotowe i można je najlepiej obserwować przy patrzeniu w kierunku szybkiej składowej. Oczopląs pochodzenia błędnikowego skierowany jest ku stronie zdrowej, gdy wywołujący go błędnik jest zniszczony. Oczopląs ten posiada coraz zmniejszające się nasilenie. Najdłużej pozostaje w kierunku strony zdrowej; przed jego zniknięciem, przyłącza się do oczopląsu rotacyjnego w kierunku strony zdrowej — oczopląs poziomy z szybką składową ku str. chorej. Po 10—42 dniach znika oczopląs zupełnie.

Uszkodzenie naokołobłędnikowe *(circumscript)* wywoła zasadniczo oczopląs obrotowy po stronie chorej.

Jeżeli uszkodzenie spowodowane jest przez zapalenie, to oczopląs może zmieniać swój kierunek: w razie cofania się sprawy chorobowej będzie znikał, w razie nasilania się sprawy nasila się i oczopląs nietylko przy spojrzeniu ku stronie chorej, ale również zjawia się przy spojrzeniu ku stronie zdrowej, wreszcie utrzymuje się tylko ku stronie zdrowej, gdy nasilająca się sprawa zapalna w końcu zniszczy otoczony błędnik. W tym wypadku sprawa dalej idzie jak podano wyżej.

W oczopląsie jawnym mamy dane rozpoznawcze w powyżej przytoczonych spostrzeżeniach, w przypadkach zaś utajonych otrzymujemy dane dla różniczkowania z badań błędnika. Otóż niepobudliwość błędnika na podrażnienia kaloryczne i obrotowe, przy zachowanej pobudliwości galwanicznej, świadczy o wyłącznem i to zupełnem schorzeniu błędnika. Gdy zaś i galwaniczna pobudliwość jest zniesiona — świadczy to o schorzeniu również nerwów aż do pierwszego jądra (*bis zum primären Kerngebiet*). Do wykrycia schorzenia naokołobłędnikowego *(cirkumscript)*, znajdującego się jeszcze w stanie ukrytym, można posługiwać się następującą próbą: płuczemy oba uszy jednocześnie: jeżeli oba błędniki są równoważne otrzymujemy oczopląs z obu stron, w przeciwnym razie powstaje oczopląs różnie przedstawiający się, w zależności od strony chorej i ciepłoty wody.

Oczopląs pozabłędnikowy *(retrolabiryntär)* jest również rotacyjny, skierowany często ku str. chorej, nierzadko zmienny i z okresami znikania oczopląsu tak, że trudno tę postać odróżnić od oczopląsu błędnikowego. Cechę różniczkową może jednak stanowić ta okoliczność, że gdy oczopląs błędnikowy posiada zmniejszające się stale nasilenie, pozabłędnikowy pozostaje w zależności od istoty schorzenia jest albo stałym lub też nasila się coraz więcej.

W przypadku, gdy błędnik po stronie chorej jest zupełnie wyłączony, a jednak oczopląs samoistny skierowany jest ku stronie chorej — wystarcza to dla rozpoznania sprawy pozabłędnikowej. Odróżnianie zaś oczopląsu pozabłędnikowego od okołobłędnikowego (*circumscript*) jest niemożliwe, gdyż oba kierują się ku stronie chorej. Jednak tam, gdzie przy operacji dwuczasowej (w przypadkach ropni móżdżku) można się przekonać, że błędnik jest zniszczony, lub też został on zniszczony podczas samej operacji — oczopląs wtedy można rozpoznać jako pozabłędnikowy.

Jeszcze trudniej znaleźć przyczynę oczopląsu ku stronie chorej, gdy błędnik tejże strony jeszcze jest pobudliwy. W tych przypadkach cechę różniczkową może stanowić obserwowany przez autora t. zw. oczopląs długotrwały (*Dauernystagmus*): przy płukaniu zimną wodą ucha po stronie zdrowej otrzymujemy oczopląs ku str. chorej o niezwykle długiem trwaniu (6—8 minut). Dolegliwości subjektywne są niewspółmiernie słabe w porównaniu z tak wybitnym objawem zaburzenia równowagi. Występowanie tej postaci oczopląsu tłómaczy autor wypadnięciem wpływu hamującego że strony móżdżku na jądra nerwu przedsionkowego, upatrując w tem analogję do występowania *clonus* rzepki (*patellarclonus*).

Zatem mamy w tych przypadkach do czynienia z przyczyną pozabłędnikową *(retrolabirynt)*; sprawa okołobłędnikowa powyższego objawu »oczopląsu przetrwałego« nie daje.

Próby błędnikowe mogą przyczynić sie również do odróżnienia schorzeń aparatu limfokinetycznego od części nerwowej błędnika. Mianowicie w niektórych przypadkach, gdzie oczopląsu kalorycznego nie było, można go było jednak wywołać sposobami mechanicznemi *(compressio, aspiratio)* lub obracaniem. Autor uważa, że w tych przypadkach zachodzi upośledzenie aparatu limfokinetycznego (wyciek endolimfy, procesy plastyczne w przewodach półkolistych, zmiana konsystencji endolimfy). W innych przypadkach znalazł autor stosunki odwrotne, zwłaszcza w niezapalnych schorzeniach błędnika, mianowicie oczopląs kaloryczny można było wywołać, mechanicznego nie było. W tych przyp. autor skłonny jest uważać, że aparat endolimfatyczny jest nienaruszony, zaś uszkodzenie dotyczy aparatu nerwowego (obserw. u dziedzicznych luetyków).

Kacenelson (Warszawa).

Endocrinology.

Maj 1924.

Bauer J. **Konstytucja indywidualna i gruczoły dokrewne.**

Trzebienie, zmiany zapalne lub nowotworowe oraz niedorozwój jąder w wieku młodzieńczym powoduje znane w klinice zaburzenia w budowie kośćca i w zewnętrznym wyglądzie (*habitus*) pod dwiema postaciami 1) gigantyzmu eunuchoidalnego i 2) otyłości eunuchoidalnej. Działa tu przedewszystkiem niedostateczna funkcja hormonu jądrowego, a dalej, odnośnie do gigantyzmu, wcześniejszy rozwój oraz czynności tylnej części przysadki obok wzmożonej konstytucjonalnej tendencji jej przedniej części a może i wzmożonej funkcji tarczycy, odnośnie zaś do otyłości opóźnienie rozwoju i czynności przysadki, łatwe wyczerpywanie się jej przedniej części, jak również tarczycy.

Nie tłómaczą się jednak przypadki mieszane (wzrost gigantyczny wraz z otyłością eunuchoidalną), jak również przypadki, gdzie proporcje eunuchoidalne trafiają się u karłów pochodzenia przysadkowego albo u dzieci, u których przecież tarcze chrzęstne nasadowe kości długich w tym czasie się jeszcze nie zamykają. Również trudne są do wytłumaczenia na podstawie działania hormonalnego rodzinne różnice co do wzrostu ciała, w stosunku długości kończyn, jak również rasowe, np. w pewnych rasach murzyńskich, gdzie przy wybitnych proporcjach kośćca eunuchoidalnych istnieją narządy płciowe o znacznie większych wymiarach, niż u białych ras, z wcześniejszym i bujniejszym rozwojem płciowym. Proporcji eunochoidalnych nie można wytłómaczyć opóźnieniem kostnienia tarcz w nasadach kości długich i wzmożoną czynnością przysadki i tarczycy — lecz odgrywać tu musi rolę dążność konstytucjonalna komórek kostnych do ich rośnięcia jako czynnik ważny, osobniczy, określający długość ciała i jego części. Bauer wskazuje na konstytucjonalne zaburzenia w rozroście w chondrodystrophia (inaczej achondroplasia) z jej pochodną formą kliniczną chondrohypoplasia, gdzie przy skróceniu kończyn i ich proporcji z długością tułowia i do siebie, istnieją wybitne cechy *hypergenitalismus* (większe organa płciowe, wcześniejszy rozwój płciowy, wzmożona czynność gruczołów płciowych) i opierając się na wynikach badań anatomicznych Kaufmanna, stwierdzających stan niedorozwoju komórek w tarczach nasadowych, jak również zmiany zwyrodnienia tychże, upatruje w tem istotną przyczynę późniejszych wyraźnych zmian w budowie kośćca, tak całego, jak i jego pewnych części (przysadki częściowej achondroplasia). Hipotezy autorów; Ponceta, Leriche'a i innych o wpływie hormonu płciowego, wytworzonego przez wzmożoną czynność wcześnie i nadmiernie rozwiniętych narządów płciowych, uważa Bauer za nie do przyjęcia, cytując jeszcze znane zjawisko u Japończyków, którzy przestają ros-

nąć wcześniej, nim nastąpi rozwój płciowy (coś przeciwnego, niż u wyżej wspomnianych ras murzyńskich). Wchodzą więc tu w grę dziedziczące się patologiczne warunki, w których nienormalna konstytucja komórek tarcz nasadowych związaną jest ściśle z nienormalnym stanem w komórkach zarodkowych.

Bauer wskazuje na wyniki badań z zakresu nauki nowoczesnej o dziedziczności, dokonanych przez Morgana i jego szkołę. Na ich podstawie należy przyjąć istnienie pewnych zmian czy nieprawidłowości w narządzie chromosomowym zapłodnionego jajka, którym odpowiada nieprawidłowy stan swoistych komórek kośćca w zupełnie rozwiniętym osobniku. Narząd chromosomowy jądra komórki zarodkowej ludzkiej (złożony z 12 chromosomów w plemniku czy jajku) przedstawia zbiór przenośnych właściwości osobniczych. Część każdego z tych chromosomów wchodzi w każdą komórkę rozwijającego się osobniczego ustroju, drogą mitotycznego podziału, a każda cząstka chromosomowa zawiera równocześnie w sobie energję potencjalną swoistego zróżnicowania komórek dla budowy różnych części naszego ciała.

Te przenośne właściwości w stanie utajonym — jednostki Mendel'a — są zawarte w każdej komórce ciała, lecz ujawniają się w różnych komórkach w różny sposób, i tak jednostki dla długości ciała tylko w tarczach nasadowych kości, jednostki dla długiego nosa w komórkach budujących nos, jednostki uzdolnienia muzycznego w pewnych komórkach mózgu, a dla rudych włosów w komórkach wytwarzających barwik włosów. W innych komórkach ciała jednostki, jakkolwiek zawarte, są nieczynne i utajone, a tylko w zarodkowych komórkach zachowują swą utajoną siłę i energję niezmniejszoną, aby ją wyładować po zmieszaniu się z drugą komórką płciową po zapłodnieniu.

Wywody powyższe popiera Bauer własnemi spostrzeżeniami, nad związkiem rudych włosów z piegami, które występując razem u jednego członka rodziny, mogą rozdzielić się na dwu i więcej członków tejże rodziny (piegi na skórze przy ciemnem zabarwieniu włosów, a rude włosy przy skórze wolnej od piegów u rodzeństwa). Energje potencjalne pewnej cząstki chromosomu zarodkowego dla długości ciała, i drugiej, dla rozwoju płciowego są między sobą w t. zw. korrelacji potencjalnej chromosomowej, która znów może być związaną z rzeczywistą korrelacją hormonalną uwydatniającą się w działaniu hamującem gruczołów płciowych na długość ciała. Wpływ tej podwójnej korrelacji widać na rozwoju narządów płciowych w związku z powstawaniem wtórnych cech płciowych, które zjawiają się niekiedy nawet wcześniej, niż główne narządy płciowe (Keibel i Mall wykazali większą głębokość *excavatio recto-uterina* u płodów żeńskich przed rozwojem gruczołów płciowych). Idąc tą drogą, Bauer wyjaśnia pierwotnemi zaburzeniami chromosomowemi objawy kliniczne międzypłciowości, np. powstawanie obojnactwa, jednostronną gynaeco-mastję, *hypospadiasis*, homoseksualizm itd., gdzie przez zwiększanie się anormalnych energji chromosomowych płciowych i przy współdziałaniu i wpływie hormonalnego gruczołu płciowego przychodzi do powstania tych nienormalnych typów klinicznych.

W nauce więc klinicznej konstytucja chromosomowa odgrywa wielką rolę, a gruczołom dokrewnym przypada ważna rola wpływu hamującego lub pobudzającego na energję chromosomową zróżnicowania płciowego. Tą samą drogą wywodów staje się jasnem zagadnienie umiejscawiania się tkanki podskórnej tłuszczowej, jako wtórnej cechy płciowej, a także ewolucji i inwolucji starczej ustroju. Bauer cytuje przypadki tz. *lipophilia* lub *lipotrophia* podskórnej tkanki, jak np. otłuszczenie płatu skóry na ręce, przeszczepionego z podbrzusza, u pewnej mężatki, która w dzieciństwie doznała zniszczenia skóry przez oparzenie, równocześnie z wystąpieniem otłuszczenia podbrzusza w wieku późniejszym. Tak samo rozmaite typy otłuszczenia u kobiet uważa Bauer jako pochodzące z *lipophilia* pewnych okolic ciała, natury konstytucjonalno chromosomowej, a nie z zaburzeń w czynności gruczołów dokrewnych.

Wogóle odróżnia Bauer pod względem rozmieszczenia łuszczu podskórnego 4 typy kobiet: 1) rubensowski z przewagą otłuszczenia dolnej części brzucha, ud, pośladków, 2) typ tz. spodni do jazdy konnej z nagromadzeniem nadmiernego tłuszczu jedynie w okolicy krętarzy ud. 3) typ z nadmiernem otłuszczeniem górnej części ciała, rąk, karku, piersi ze szczupłym brzuchem, chudą miednicą i cienkiemi kończynami dolnemi, oraz 4) z niestosunkowo grubemi nogami i biodrami w stosunku do chudej górnej części ciała.

Ciekawym przykładem mieszania się wpływów chromosomowym z hormonalnemi są przypadki dziedzicznej karłowatości pierwotnej, rozpowszechnionej w pewnych rasach murzyńskich. Występowanie tej karłowatości u bliźniąt albo różnych anomalji wzrostu i rozwoju fizycznego u pewnych rodzeństw, (przypadki Wagnera *pubertas praecox* u dwu braci 3 i $3^1/_2$ lat, przypadki Bauera u rodziny złożonej z matki i 3 córek, gdzie u normalnej wyrosłej i rozwiniętej dorosłej córki, mającej identyczne z matką karłowatą, nadgarstkowe poduszeczki tłuszczowe, a u drugich dwu córek karłowatych (pochodzenia przysadkowego i chromosomowego) o typie eunuchoidalnym z niedorozwojem narządów płciowych i braku ich czynności, należy przypuszczać zaburzenie chromosomowe wraz z niedomogą gruczołów dokrewnych). Wreszcie Bauer zwraca uwagę na istnienie dwu typów starczej inwolucji, jednego pod postacią starca zasuszonego, drugiego starca z otłuszczeniem eunuchoidalnem.

J. R. Murkin, C. C. Sutter, R. S. Allen i H. A. Pipier. **Dodatnie wyniki insuliny, podawanej doustnie.** Insuliny z dodatkiem 0,1—0,2% HCL dostawszy się do dwunastnicy może być wessaną i spowodować zużytkowanie cukru; taksamo insulina w postaci kołaczyków powleczonych substancją opóźniającą rozszczepiające działanie trypsyny może po przebyciu żołądka ulec wessaniu w jelicie i wpłynąć korzystnie na spalenie cukru.

L. Koopman. **Ciśnienie krwi a przemiana cukrowa.** Autor przeprowadził badanie cukru we krwi w związku z ciśnieniem krwi i stwierdził wyjątkowość hyperglikemji w hypertensji; w przypadkach cukrzycy u młodych stwierdzał stale prawidłowe ciśnienie krwi, natomiast u starszych diabetyków z reguły wysokie ciśnienie *Acidosis* nie powoduje zmniejszenia ciśnienia krwi.

N. Goormaghtigh. W chorobie Basedowa tak w postaci toksycznej, jak i z objawem wytrzeszczu gałek, autor zaobserwował wyraźną fagocytozę komórek tarczykowych.

Maciąg (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia klinicznego
w dniu 20. stycznia 1925 r.

Przewodniczący prof. Sawicki.

Prezes wygłosił przemówienie powitalne do nowoprzyjętych członków Towarzystwa i wręczył im dyplomy.

1) Prof. Noiszewski wygłosił rzecz p. t. **Nieprawidłowe ujęcie wzrokowe.** Ujęcie nieprawidłowe może być albo bezprzedmiotowe, n. p. gdy chory umysłowy rzuca się na halucynację wzrokową, albo nieprzedmiotowe, gdy strzelec nie trafia do celu. Oddawna fizyków, fizjologów i psychologów zajmuje pytanie dlaczego widziane przez nas przedmioty wydają się nam jako stojące prawidłowo, a nie dołem do góry, t. j. tak, jak się odbijają one na siatkówce naszego oka. Niektórzy fakt ten tłumaczą, na niczem nieopartem przypuszczeniu, że obraz odbity dołem do góry na siatkówce, odbija się w mózgu powtórnie, ale już prawidłowo. Jednak klinika i spostrzeżenia nad dziećmi w wieku przedszkolnym wykazują że góra i dół, przód i tył, prawa i lewa strona przedmiotu znajdują się nie tam, gdzie góra i dół przedmiotu odbijają się na siatkówce, ale, gdzie góra i dół są ujmowane. Nieprawidłowe albo raczej nieustalone ujęcia wzrokowe przedmiotów są zjawiskiem zwykłem u dzieci w wieku przedszkolnym. Dzieci te piszą litery prawidłowo, to znowu w kierunku odwrotnym, n. p. litery C, K, B piszą jak Ɔ ꓘ ꓭ; a wyrazy nakreślone literami odwrotnemi czytały o wiele łatwiej od obecnej przytem nauczycielki. Małe dzieci przypatrywały się obrazkom, leżącym do góry nogami, i poznawały przedmioty narysowane na tych obrazkach z łatwością. Tak postępują wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym, **bo u dzieci tych obrazy przedmiotów na siatkówce nie mają jeszcze stałych ujęć.** Gdy u dzieci w wieku przedszkolnym możliwe jest rozpoznanie liter i obrazów zarówno w ułożeniu prawidłowem, jak i nieprawidłowem,

u chorych rozpoznanie te jest możliwe tylko przy ułożeniu nieprawidłowem i stałem dla danego przypadku. Tak w przypadku, podanym przez Hotz'a, chora nie mogła czytać z książki leżącej prawidłowo, ale obracała ją dołem do góry i wówczas czytała z łatwością. Chory M. H. lat 58 z Rygi skarżył się, że przedmioty, znajdujące się po lewej stronie, widzi po stronie prawej i odwrotnie.

Nieprawidłowem może być ujęcie przodu i tyłu: pewien student uniwersytetu brał zawsze do ust papierosa końcem zapalonym, gdyż inaczej osmalał sobie usta. Ujmować możemy nie tylko przedmioty, ale i ich ślady po wrażeniach wzrokowych, czyli t. zw. powidoki. Jeżeli, leżąc na boku, spojrzę na okno, a następnie obrócę się na wznak, to powidok zmieni swe położenie w przestrzeni i z pionowego staje się poziomym. Ślad okna na siatkówce nie mógł zmienić swego umiejscowienia i z pionowego stać się poziomym, ale ze zmianą położenia ciała, zmieniało się ujęcie śladu okna na siatkówce.

Na wielkość wyobrażenia przedmiotu składają się dwa składniki: wielkość obrazu na siatkówce, odległość, na którą patrzymy na ten obraz przy jego ujęciu. Znana z uprzednich doświadczeń zależność między wielkością obrazu na siatkówce a odległością przedmiotu, daje nam możność z wielkości obrazu wnioskować o odległości, a ze znanej odległości — o jego wielkości.

U j ę c i e n i e p r z e d m i o t o w e. Dla wzrokowego ujęcia przedmiotu potrzebna jest wzajemność ruchów porządku wzrokowego z ruchem linji fiksacyjnej oka. Jednym z objawów bezładu wzrokowego (ataxia optica) jest niemożność utrzymania linji fiksacyjnej na przedmiocie. Jednym z objawów tego bezładu jest mnogowidzenie jednooczne. Wykryć ukryte mnogowidzenie jednooczne (polyopia monocularis) można za pomocą fiksometru.

2) Kol. S i m o n wygłosił rzecz p. t.: **Działanie wód mineralnych — proteinoterapja.**

W dyskusji zabierali głos: prof. G l u z i ń s k i podkreśla, że myśl połączenia tego nie jest nową. Jeszcze Kopaczewski przeprowadzał badania nad działaniem anafilaktycznem wód mineralnych na świnkach morskich. Dziś już i Niemcy przeprowadzają w tym kierunku doświadczenia, przeważnie nad wodami alkalicznemi i wapiennemi. Woda alkaliczna w małych dawkach, powstrzymuje wybuch anafilaktyczny, jaki mogą wywoływać duże dawki tejże wody. W tym kierunku są prowadzone badania na klinice ze zdrojem Zubera.

Kol. T u c h e n d l e r podkreśla doniosłość porozumienia i współdziałania lekarzy zdrojowych i klinicystów. Wspomina, że przed 25-ciu laty na klinikach berlińskich przeprowadzano badania wód za pomocą metody krioskopicznej. W tymże czasie Jaworski badał wody karlsbadzkie, przeprowadzano badania chemiczne nad wodami naturalnemi i sztucznemi. Badania te wykazały, że wody sztuczne, pomimo jednakowego składu chemicznego, mają działanie odrębne. Dalej badania szły w kierunku oddziaływania wód na wysokość ciśnienia krwi. Obecnie zeszły badania nad wodami na modne dziś tory proteinoterapji. Pewnych wyników dotychczas nie mamy. Wody mineralne działają pobudzająco, działają na ciśnienie krwi. Uważaliśmy wody karlsbadzkie za nader dobrze działające na kamicę, a jednak bardzo wielu chorych na kamicę właśnie w Karlsbadzie poddawało się operacji.

Prof. N o i s z e w s k i nawiązuje swe przemówienie do dwóch przypadków, które spostrzegał. W jednym z nich był wysięk do przedniej komory oka; kiła; stosowano salvarsan i wcierania bezskutecznie; zdecydował zastrzyk 4 cm³ mleka. Po kilku tygodniach nadzwyczajna poprawa. Przy zapaleniu miąższowem rogówki na tle kiły, trzeba być bardzo ostrożnym w stosowaniu proteinoterapji, gdyż widział znaczne pogorszenia. Drugi przypadek kiły, leczony przez wenerologa, W. +++, bezwlady, tytułem próby zastosowano proteinoterapję i wkrótce Wassermann był ujemny. Noiszewski wyciąga wniosek z własnego doświadczenia, że tam, gdzie zarazek kiły nie jest jeszcze dostatecznie osłabiony przez leczenie swoiste, proteinoterapja może nawet szkodzić, przeciwnie przy zarazku osłabionym zapomocą rtęci i salwarsanu, zastrzyki mleka mogą być ostatecznym bodźcem do wyleczenia organizmu.

Kol. C h m i e l e w s k i. Jeszcze Hippokrates dzielił cierpienia na dwa rodzaje: te, które wywołane są przez podrażnienia, i te, które wywołane są przez zanik; przez wszystkie wieki i teorje przebiega ta myśl. Środki lekarskie dzielą się również na drażniące i hamujące. Proteinoterapja jest tylko jednym ze środków drażniących, to samo jednak działanie mają różne wody mineralne. Jednak proteinoterapja prócz działania fizycznego, ma również działanie chemiczne. Wody mineralne w postaci kąpieli działają fizycznie, w połączeniu jednak z przyjmowaniem wód do wewnątrz — mają również działanie fizyczne i chemiczne. Działanie wód mineralnych w postaci wlewań podskórych jest bardzo zbliżone do działania proteinoterapji, gdyż roztwór hypotoniczny lub hypertoniczny wywołuje odczyn. Nie można więc stawać na jednej płaszczyźnie. Oddając zasługi proteinoterapji, stwierdza, że trudnem jest dawkowanie.

Kol. S i m o n. Przy działaniu leków, zarówno i wód mineralnych, należy uwzględnić przedewszystkiem działanie biologiczne — należy uwzględnić *vis medicatrix naturae.*

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

S p r a w o z d a n i e z d z i a ł a l n o ś c i za rok 1924.

W roku sprawozdawczym odbyło się jedno posiedzenie Naczelnej Izby lekarskiej, jedno posiedzenie Zarządu w pełnym składzie i 20 posiedzeń Zarządu (Wydziału Wykonawczego).

Na posiedzeniu Naczelnej Izby lekarskiej w dniu 27. I. 1924 roku rozpatrzono i **przyjęto regulamin ogólny Naczelnej Izby lekarskiej, regulamin Zarządu, regulamin Komisji Rewizyjnej oraz regulamin wewnętrzny.**

Wydział Wykonawczy otrzymał upoważnienie od Zarządu w pełnym składzie do występowania we wszystkich sprawach jako Zarząd Naczelnej Izby lekarskiej, Zarząd zaś N. I. l. otrzymał od Naczelnej Izby lekarskiej pełnomocnictwa do działania w jej imieniu treści następującej:

„Naczelna Izba lekarska na posiedzeniu w dniu 27. I. 1924 r. do następnego zebrania Izby, udziela Zarządowi (Wydziałowi Wykonawczemu) pełnomocnictw do działania i występowania w jej imieniu we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych (zatwierdzanie regulaminów), wykonawczych, leżących w zakresie jej działalności, oraz do udzielania pełnomocnictw w jej imieniu (stawanie u rejentów, u ministrów i t. p.)".

Na wniosek Zarządu Izba Naczelna uchwaliła, że wobec znacznych kosztów połączonych z przyjazdami z prowincji, tymczasowo aż do czasu uregulowania stosunków finansowych w kraju, członkowie Izby Naczelnej z prowincji mogą otrzymywać mandaty na piśmie od tych członków Izby Naczelnej, którzy nie mogą przybyć na zebranie i przy głosowaniu rozporządzają tylu głosami, ile mandatów otrzymali. W sprawie urlopów członków Izby Naczelnej postanowiono, że zastępcy tych członków którzy otrzymali urlop, będą powoływani tylko na zebrania ogólne Naczelnej Izby. Zgodnie z przyjętym regulaminem ogólnym Izby Naczelnej zarządzono wybory, dopełniające liczbę zastępców członków Zarządu do 9. Ponieważ było tylko pięciu zastępców członków Zarządu, powołano jeszcze czterech następujących kolegów z Warszawy:

1. S z e r y p o Ryszard, 2. G u r a n o w s k i Ludwik, 3. C h m i e l e w s k i Jan, 4. Z a w a d z k i Józef.

W sprawie Sądu N. I. l. przyjęto projekt powstania i urządzenia Sądu, opracowany przez Zarząd, w brzmieniu następującem:

1. Sąd Naczelnej Izby lekarskiej składa się z 27 sędziów i 27 zastępców.

2. Członek Sądu Naczelnej Izby lekarskiej nie może być jednocześnie członkiem Sądu Izby lekarskiej. Jeżeli przeto członek Sądu Izby lekarskiej zostanie wybrany na członka Sądu Naczelnej Izby lekarskiej, ma jedną z tych godności złożyć.

3. Pierwsze posiedzenie Sądu Naczelnej Izby lekarskiej w pierwszym roku jego istnienia zwołuje Przewodniczący Naczelnej Izby lekarskiej. W latach następnych — Przewodniczący Sądu N. I. l.

4. Na pierwszem posiedzeniu obranego Sądu przy złożeniu przynajmniej 2/3 uprawnionych głosów zwykłą większością głosów przez głosowanie tajne sędziowie wybierają z pośród sędziów zamieszkałych w Warszawie, Przewodniczącego Sądu N. I. l., który ukonstytuuje Sąd na pierwszem konstytuującem się posiedzeniu Sądu.

5. Nieobecni sędziowie mają prawo nadesłać swoje głosy pocztą w formie, zapewniającej tajemnicę ich głosowania.

6. Prezydjum Sądu N. I. l. zajmie się niezwłocznie w ścisłem porozumieniu ze wszystkimi członkami Sądu N. I. l. ułożeniem regulaminu Sądu, który po przyjęciu go przez zwykłą większość ogółu sędziów prześle za pośrednictwem Zarządu N. I. l. Ministerstwu Zdrowia do ogłoszenia.

7. Naczelna Izba lekarska upoważnia Zarząd N. I. l. do ostatecznego porozumienia się z Ministerstwem Zdrowia i Prezydjum Sądu co do ustalenia ostatecznego brzmienia regulaminu Sądu.

Po przyjęciu przytoczonego tu projektu urządzenia Sądu przystąpiono do wyborów sędziów i zastępców Sądu N. I. l. Wybrano z Warszawy 17 sędziów i tyluż zastępców; z prowincji 10 sędziów i 10 zastępców.

Lista sędziów i zastępców.

S ę d z i o w i e:

1. Bogucki Wincenty, 2. Gębarski Stanisław, 3. Gruszczyński Aleksander, 4. Guranowski Ludwik, 5. Jakimiak Bolesław, 6. Janczewski Władysław, 7. Kołłątaj-Srzednicki Jan 8. Kozerski Adolf, 9. Makowski Tytus, 10. Mazurkiewicz Jan, 11. Narkiewicz Ludwik, 12. Orłowski Edward, 13. Rudzki Stefan, 14. Smiechowski Antoni, 1. Starkiewicz Mikołaj, 16. Wojnianka Zofja, 17. Żurakowski Aleksander.

Z p r o w i n c j i:

18. Papee Jan, 19. Zgórski Kazimierz, 20. Jankowski Stanisław, 21. Wrześniowski Władysław, 22. Karwowski Adam, 23. Dandelski Zdzisław, 24. Modrzewski Jan, 25. Wiszniewski Eugenjusz, 26. Mittelstaedt Edward, 27. Sterling Seweryn

Z a s t ę p c y:

1. Chmielewski Jan, 2. Gawłowski Wacław, 3. Garbski Stanisław, 4. Hagmajer Stanisław, 5. Jasieński Tadeusz, 6. Jako-

wicki Władysław, 7. Jędrzejewski Michał, 8. Kędzierski Antoni, 9. Kowalski Franciszek, 10. Maleciński Juljan, 11. Michałowicz Mieczysław, 12. Nowacki Ludomir, 13. Osiński Eugenjusz, 14. Rudziński Walenty, 15. Szerypo Ryszard, 16. Szmakfefer Kazimierz, 17. Turski Antoni.

Z prowincji:
18. Doliński Eugenjusz, 19. Nowicki Witold, 20. Olbrycht Jan, 21. Suchodolski Kazimierz, 22. Matuszewski Romuald, 23. Swinarski Emil, 24. Jacewski, 25. Drożdż Wacław, 26. Grabowski Juljan, 27. Trenkner Henryk.

W sprawie Rady Dyscyplinarnej Zarząd N. I. l. na wezwanie Ministerstwa Zdrowia do czasu zebrania N. I. l. wybrał z pośród lekarzy z Warszawy tymczasowych delegatów dla opracowania regulaminu Rady Dyscyplinarnej. Delegaci wspólnie z powołanymi przez Ministerstwo Zdrowia sędziami w obradach przyszli do wniosku, że przy obecnie istniejących przepisach i ustawach czynności Rady Dyscyplinarnej powinny być przelane na Sąd Izby Naczelnej, i wobec tego wystąpili do Naczelnej Izby z projektem zwrócenia się do Ministerstwa Zdrowia o cofnięcie żądania przedstawienia kandydatów do Rady Dyscyplinarnej i o wyjednanie w drodze ustawodawczej wykreślenia z art. 38. Ustawy o Izbach lekarskich ustępu o Radzie Dyscyplinarnej.

Izba Naczelna po rozpatrzeniu tej sprawy upoważniła Zarząd do zwrócenia się do Ministerstwa Zdrowia z projektem skreślenia w drodze Ustawodawczej ustępu o Radzie Dyscyplinarnej. Do czasu jednakże zmiany art. 38 Ustawy obowiązuje ustawa istniejąca. Na zasadzie więc tej ustawy postanowiono dokonać wyborów na członków Rady Dyscyplinarnej. Wybory dały wynik następujący:

Członkowie Rady Dyscyplinarnej: Babiński, Krzyształowicz, Offenberg, Przyborowski. Zastępcy: Szerszyński, Sochacki, Łążyński, Konopacki.

Na wniosek Zarządu Naczelna Izba lekarska zatwierdziła **regulamin Izby Lubelskiej i regulamin Sądu tej Izby.** Zatwierdzono również uchwałę **Izby Lwowskiej** w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby i śmierci.** W związku z tą uchwałą rozpatrzono wniosek Izby Lubelskiej w sprawie wzajemnego ubezpieczenia wszystkich lekarzy w Państwie. W tej sprawie zapadła uchwała, ażeby Zarząd N. I. l. powołał komisję dla opracowania projektu ubezpieczenia wzajemnego dla wszystkich lekarzy w Państwie i przedstawienia tego projektu na następne posiedzenie Izby Naczelnej. Komisja ta ma pracować w kontakcie ze wszystkiemi Izbami, ażeby projekt ustawy był dostosowany do potrzeb wszystkich Izb.

W sprawie projektu Ministerstwa Zdrowia zorganizowania przez **Naczelną Izbę centralnego biura pośrednictwa pracy** zapatrywania przedstawicieli poszczególnych Izb były różne.

Z dyskusji wynikło, że organizowanie w chwili obecnej centralnego biura pośrednictwa pracy byłoby przedwczesne. Przyjęto natomiast wniosek, ażeby Naczelna Izba informowała poszczególne Izby o wakujących stanowiskach w urzędach centralnych w celu dawania możności kolegom z prowincji przedstawienia swych ofert na te stanowiska. Przyjęto również wniosek ażeby Naczelna Izba lekarska wezwała poszczególne Izby do tworzenia lokalnych biur pośrednictwa pracy tam, gdzie biur tych jeszcze niema.

Pojęcie praktyki lekarskiej (wniosek Izby Krakowskiej) reskrypt Ministerstwa Zdrowia wyjaśnia w tem znaczeniu, że do grona lekarzy praktykujących zaliczają się tylko ci lekarze, którzy są w kontakcie z chorymi. Izba Naczelna wypowiedziała się za rozszerzeniem tego pojęcia. Przyjęto wniosek, który z pojęciem praktyki lekarskiej łączy obowiązek należenia do Izby lekarskiej, w brzmieniu następującem: »Obowiązek należenia do Izby lekarskiej obejmuje wszystkich, którzy wykonywują zawód lekarski w jakiejkolwiek jego formie na podstawie uzyskanego dyplomu".

W sprawie udzielania pomocy lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym zabierali głos przedstawiciele wszystkich dzielnic kraju. Postanowiono, ażeby Izba Naczelna w sprawie tej wystąpiła z projektem zorganizowania dla funkcjonarjuszów państwowych pomocy lekarskiej na zasadzie wolnego wyboru.

O współdziałaniu Izb lekarskich w sprawach Zdrowia Publicznego złożył wniosek dr. Bogucki treści następującej: „Zważywszy, iż Ustawa o Izbach lekarskich przewiduje współdziałanie Naczelnej Izby lekarskiej z Władzami Państwowemi w sprawach zdrowia publicznego, jako organu opinjodawczego, i ze względu na doniosłe znaczenie w tych sprawach opinji zespołu lekarskiego, Naczelna Izba lekarska postanawia zwrócić się do Rządu, aby przedstawiciele Naczelnej Izby lekarskiej byli powoływani przez odnośne Ministerstwa do rozważania spraw dotyczących organizacji zdrowia publicznego".

Wniosek dr. Boguckiego został przyjęty i przekazany do wykonania Zarządowi.

Po rozpatrzeniu wniosku dr. Radziwiłłowicza w sprawie **nieukonstytuowania się Sądu Izby Warszawsko-Białostockiej** i po uchyleniu tego wniosku obrady Naczelnej Izby lekarskiej w dniu 27. I. 1924 r. zostały zamknięte. Zadaniem Zarządu N. I. l. w okresie sprawozdawczym było w pierwszej linji wykonanie uchwał Izby Naczelnej z dnia 27. I. 1924 r., a następnie załatwianie spraw bieżących na podstawie udzielonych przez Izbę Naczelną pełnomocnictw.

Ukonstytuowanie Sądu Naczelnej Izby lekarskiej odbyło się w dniu 16 marca 1924 r. na podstawie przyjętego przez Naczelną Izbę regulaminu urządzenia sądu. Na przewodniczącego Sądu N. I. l. powołano dr. Kozerskiego Adolfa; na wice-przewodniczących — prof. Jana Mazurkiewicza i dr. Antoniego Smiechowskiego; na pisarza Sądu d. Władysława Janczewskiego i na zastępcę pisarza dr. Stanisława Gębarskiego. Prof. Mazurkiewicz wkrótce potem złożył urząd członka prezydjum Sądu i członka Sądu N. I. l. Rezygnacja prof. Mazurkiewicza była rozpatrzona przez Zarząd N. I. l. na posiedzeniu w dniu 22. XII. 1924 r. Zarząd N. I. l. po obznajomieniu się z dokumentami, dotyczącemi rezygnacji postanowił, na zasadzie udzielonych mu przez Naczelną Izbę pełnomocnictw, zwolnić prof. Mazurkiewicza z pełnienia obowiązków członka Sądu N. I. l. i zawiadomić o tem Prezydjum Sądu N. I. l. i prof. Mazurkiewicza. Na następnem posiedzeniu Sądu N. I. l. w dniu 14. IX. 1924 r. na opróżnione po ustąpieniu prof. Mazurkiewicza miejsce wice-przewodniczącego Sądu N. I. l. powołano płk. dr. Jana Kołłątaj-Srzednickiego. Na posiedzeniu tem został uchwalony regulamin Sądu N. I. l. i regulamin ten za pośrednictwem Zarządu N. I. l. został przesłany Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych) w celu ustalenia tego regulaminu w oddzielnem rozporządzeniu.

Zgodnie z uchwałą Izby Naczelnej w sprawie **Rady dyscyplinarnej** Zarząd N. I. l. przesłał niezwłocznie Ministerstwu Zdrowia listę wybranych członków Rady dyscyplinarnej. Ponieważ jeden z członków Rady Dyscyplinarnej dr. Leon Babiński zrzekł się mandatu, powołano na jego miejsce pierwszego z listy zastępców dr. Bronisława Szerszyńskiego Jednocześnie z przesłaniem listy członków Rady Dyscyplinarnej Zarząd N. I. l. przesłał Ministerstwu Zdrowia uchwalony przez Izbę Naczelną projekt skreślenia w drodze ustawodawczej ustępu o Radzie Dyscyplinarnej w art. 38. Ustawy o Izbach lekarskich. W początkach września 1924 r. otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia zawiadomienie o ukonstytuowaniu się Rady Dyscyplinarnej oraz zawiadomienie o projekcie Ministerstwa Sprawiedliwości wystąpienia do Izb Ustawodawczych z nowelą do Ustawy o Izbach lekarskich w sensie zniesienia instytucji Rady Dyscyplinarnej i przelania jej atrybucji na Sąd N. I. l. Zarząd N. I. l. był zapytany o opinję w tej sprawie, Zarząd N. I. l. po zasięgnięciu opinji wszystkich Izb, które jednogłośnie wypowiedziały się za projektem Ministerstwa Sprawiedliwości, niezwłocznie opinję tę przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Opinja w sprawie Rady Dyscyplinarnej przesłana została w połowie listopada 1924.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w początkach grudnia roku ubiegłego zwróciła się z zapytaniem o zdanie Izby Naczelnej, czy regulamin Sądu N. I. l. ma być ogłoszony w oddzielnem rozporządzeniu przed rozstrzygnięciem sprawy Rady Dyscyplinarnej drogą Ustawodawczą, czy też z ogłoszeniem tego regulaminu wstrzymać się lepiej do czasu ostatecznej decyzji Izb Ustawodawczych co do Rady Dyscyplinarnej. Zarząd N. I. l wypowiedział się za niezwłocznem ogłoszeniem w oddzielnem rozporządzeniu regulaminu Sądu N. I. l., gdyż Sąd N. I. l. przed tem ogłoszeniem nie może przystępować do swej działalności, a na działalność jego oczekują zaległe od roku sprawy. W razie zmiany art. 38. Ustawy o Izbach lekarskich odnośnie do Rady Dyscyplinarnej, regulamin Sądu N. I. l. może być odpowiednio co do punktu tego zmodyfikowany.

Tak więc zwłoka w działalności Sądu N. I. l. nie zależała ani od Sądu ani od Zarządu N. I. l., gdyż instytucje te dążyły, jak widzimy, do przyśpieszenia jego działalności.

W sprawie opracowania **statutu ubezpieczeniowego dla wszystkich lekarzy w Państwie** Zarząd N. I. l. zwracał się do poszczególnych Izb o opinję jak również do osób fachowych w tej sprawie. Izba Lwowska i Poznańsko-Pomorska, popierając w zasadzie projekt wzajemnego ubezpieczenia wszystkich lekarzy, zwróciły uwagę na trudności w realizowaniu tego projektu, przyczem Izba Lwowska wypowiada się na razie za tworzeniem kas terytorjalnych, jak to ma miejsce obecnie w Izbie Lwowskiej.

Co do znawców, do których się zwracano (Dr. Guranowski i Dr. Luksemburg), to ci byli zdania, że ze sprawą tą jeszcze wstrzymać się należy, zanim stosunki w kraju po wprowadzeniu nowej waluty nie zostaną ostatecznie skonsolidowane. Wobec takich opinji sprawę ubezpieczeń społecznych postanowiono odłożyć. W ostatniej chwili sprawą wzajemnych ubezpieczeń zajęła się Izba Warszawsko-Białostocka.

W sprawie pośrednictwa pracy przesłano uchwałę Izby Naczelnej Izbom Warszawsko-Białostockiej, Łódzkiej i Lubelskiej, które to Izby biur pośrednictwa pracy dotąd jeszcze nie miały. **Izba Warszawsko-Białostocka** zawiadomiła, że **biuro pośrednictwa pracy zostało przez tę Izbę zapoczątkowane.** Po rozszerzeniu się działalności biura pośrednictwa pracy w Izbie Warszawsko-Białostockiej, Izba ta wzięłaby na siebie obowiązek zawiadamiania poszczególnych Izb o wakujących miejscach w urzędach centralnych.

Izba Lubelska wypowiedziała się w tym sensie, że rolę pośredników pracy mogliby objąć lekarze powiatowi. Nie wchodząc w ocenę stosunków miejscowych, Zarząd N. I. l. naogół w opinji Izby Lubelskiej w tej sprawie nie podziela.

W sprawie **udzielania pomocy lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym.** Przedstawiciele Zarządu N. I. l. odbyli kilka konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia. Wprowadzenie pomocy lekarskiej na podstawach wolnego wyboru lekarza uznane zostało przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia za pożądane; jednakże stoi temu na przeszkodzie brak odpowiednich na ten cel

kredytów. Sprawa ta stała się mniej aktualną od czasu, kiedy byt funkcjonarjuszów państwowych w związku ze stabilizacją waluty zmienił się na lepsze.

W sprawie **współdziałania Izb lekarskich z władzami państwowemi** w kwestjach, dotyczących zdrowia publicznego, przewodniczący N. I. l. niejednokrotnie konterował z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia, który współdziałanie takie uznaje za niezmiernie doniosłe i pożądane.

W okresie sprawozdawczym Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwracała się do Izby Naczelnej, jako organu opinjodawczego, w następujących sprawach:

1. Sprawa walki z morfinizmem i kokainizmem.
2. W sprawie projektu, dotyczącego dostarczania wody do użytku wewnętrznego i gospodarstwa domowego.
3. Projekt ankiety w sprawie raka i nowotworów złośliwych
4. W sprawie preparatu leczniczego liq. Uzara.

Motywowane odpowiedzi Zarządu N. I. l. w sprawach wymienionych były każdorazowo oparte na opinji powołanych ad hoc komisyj, w skład których wchodzili profesorowie wyższych uczelni w stolicy, jakoteż osoby kompetentne, znane w sferach zawodowych.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Naczelna Izba lekarska otrzymała **wykazy niedozwolonych środków leczniczych i specyfików** farmaceutycznych, które to wykazy zostały przesłane do wiadomości poszczególnym Izbom.

Jak z powyższego widać niewiele spraw, dotyczących zdrowia publicznego Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia kierowała do Izby Naczelnej pomimo dwukrotnych w tej sprawie przedstawień na podstawie art. 1. Ustawy. O wiele częstsza i żywsza wymiana korespondencji pomiędzy Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia a Izbą Naczelną odbywała się na tle stosunków zawodowo lekarskich

Przesłany przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia Naczelnej Izbie lekarskiej dla oceny projekt **nowelizacji Ustawy o Kasach chorych** Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej został przesłany przez Zarząd N. I. l. wszystkim Izbom lekarskim dla oceny. Po zasięgnięciu opinji poszczególnych Izb Zarząd N. I. l. przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memorjał w tej sprawie, w którym przedstawiona została opinja świata lekarskiego co do projektu Ministerstwa Pracy i Opieki społecznej. W ogólnej części tego memorjału zaznaczono, że świat lekarski w ubezpieczeniach społeczny h pragnie tylko pełnić czynności lekarskie i dlatego też z całą stanowczością dążyć będzie do tego, ażeby uwolnić lekarzy Kas chorych od roli kontrolerów społecznych w sprawach finansowych. Do ważniejszych punktów części szczegółowej zaliczyć należy obniżenie górnej granicy dochodów z 750 do 575 złotych dochodu miesięcznego; wykreślono punkty projektu, ograniczające wolność osobistą lekarzy, jako sprzeczne z konstytucją; wprowadzono do projektu niezbędny nadzór władzy sanitarnej: wreszcie skład komisyj pojednawczych uwolniono od supremacji ze strony organów ubezpieczenia.

Przedstawione tu uwagi co do projektu noweli do Ustawy o Kasach Chorych, chociażby i nie zyskały uznania Izb Ustawodawczych, pozostaną jednakże świadectwem, że urzędowe samorządowe przedstawicielstwo stanu lekarskiego protestowało przeciwko projektom ustaw, krzywdzący stan lekarski i na protest ten w przyszłości stan lekarski powoływać się będzie. Na tle zatargu pomiędzy Zarządami Kas chorych, a lekarzami Kas chorych Zarząd N. I. l. na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dawał opinję w sprawach zasadniczych.

Pierwsza sprawa dotyczyła Związku Lekarzy Państwa Polskiego oddziału Białostockiego, który miał zatarg z Zarządem Kasy chorych w Białymstoku. Wskutek tego zatargu Zarząd N. I. l. otrzymał wezwanie od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, ażeby Naczelna Izba wdrożyła akcję w celu zabezpieczenia swoich atrybucji, wynikających z art. l. Ustawy o Izbach lekarskich, przed bezprawnemi zdaniem Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia poczynaniami Związku Lekarzy Państwa Polskiego, które to poczynania wyrażają się w dążeniach Związku do oficjalnego reprezentowania stanu lekarskiego w zatargach między Kasami chorych a lekarzami.

W sprawie tej Zarząd N. I. l. po zasięgnięciu opinji wszystkich Izb i po otrzymaniu wyjaśnienia od Głównego Związku Lekarzy Państwa Polskiego wypowiedział się jak następuje:

1. Związek Lekarzy Państwa Polskiego wyjaśnił, że nie występuje jako urzędowe przedstawicielstwo w sprawach dotyczących interesu i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa. Wdrożenie więc akcji ze strony Izby Naczelnej w celu zabezpieczenia swoich atrybucji zdaniem Zarządu Naczelnej Izby lekarskiej byłoby zbędne.

2. Paragrafy 1. i 8 Statutu Związku uprawniają Związek do organizowania lekarzy dla obrony interesów zawodowych i materjalnych, a zatem akcja Izby Naczelnej w celu ograniczenia tych praw, byłaby niezgodną z art. 108 Konstytucji Rzeczypospolitej.

3. Zarząd N. I. l. jest zdania, że lekarze przy wykonywaniu obowiązków względem społeczeństwa powinni być dostatecznie wynagradzani za swoją ciężką i odpowiedzialną pracę — gdyż tylko wtedy Izby lekarskie mogą stać na straży praw i obowiązków stanu lekarskiego. Wprowadzone u nas w ostatnich czasach ubezpieczenia społeczne wytworzyły proletarjat lekarski źle wynagradzany i nadmiernie przeciążony pracą. Przy takim stanie rzeczy powstało to, co powstać musiało; niezadowolenie i ze strony społeczeństwa i ze strony lekarzy. Jeżeli więc w ostatnich czasach w prasie podawano w wątpliwość dokładność wykonywania obowiązków przez lekarzy Kas chorych, to przedewszystkiem wadliwa organizacja pomocy lekarskiej w ubezpieczeniach społecznych ponosi za to odpowiedzialność.

4. Izby lekarskie, pomiędzy innemi zadaniami, mają również na celu obronę stanu lekarskiego. Zadania tego jednakże, zdaniem Zarządu N. I. l. izby lekarskie dla siebie wyłącznie monopolizować nie powinny. Dlatego też Zarząd N. I. l. wszelką współpracę z innemi instytucjami lekarskiemi, mającemi te zadania, uważa za możliwą i pożądaną.

Druga sprawa dotyczyła **zatargu pomiędzy Izbą Lwowską, a Zarządem Kasy chorych w Gródku Jagiellońskim.** Chodziło o poparcie przez Izbę Lwowską dwóch lekarzy Kasy chorych w Komarnie, oddawna tam praktykujących, i o wezwanie przez Izbę Lwowską trzeciego lekarza, który objął ich stanowisko, do ustąpienia z tego stanowiska. Zarząd Kasy Chorych w Gródku Jagiellońskim na zasadzie tej decyzji przyszedł do wniosku, że Izba Lwowska w tej sprawie zastosowała dwie miary sprawiedliwości: inną dla lekarzy osiadłych w Komarnie, niż tę, którą się kierowała względem lekarza przybyłego na ich miejsce.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia przesłała dokumenty w tej sprawie Zarządowi N. I l. z prośbą o rozpatrzenie i zakomunikowanie swego stanowiska

Zarząd N. I. l. po rozpatrzeniu sprawy przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia odpowiedź tej treści:

Lwowska Izba lekarska nie pochwaliła sposobu załatwienia sprawy przez dwóch lekarzy osiadłych w Komarnie, przeciwnie nazwała ich postępek porywczym, a tłomaczenie umowy błędnem. Tem nie mniej ze względu na dobro ubezpieczonych, ze względu na zaufanie, jakie zdobyli pracą długoletnią, na ich kwalifikacje — Izba Lwowska wypowiedziała się za tem ażeby pomimo błędu z ich strony sprawa została załatwiona ugodowo. Miara etyki, jaką zastosowała Izba Lwowska, w tym razie jest właściwą.

Co się zaś tyczy lekarza, który objął ich posadę, to Izba Lwowska wzywając go do złożenia posady, otrzymanej drogą formalną, ale bez zastosowania wymaganej etyki lekarskiej (nie wolno obejmować posad, będących przedmiotem sporu, bez porozumienia z kolegami interesowanymi), postąpiła słusznie, czyli zastosowała nie inną, lecz tę samą miarę sprawiedliwości, to jest miarę właściwą. Twierdzenie okręgowego Związku Kas chorych jest, zdaniem Zarządu N. I. l., pozbawione podstaw i Naczelna Izba lekarska żywi nadzieję, że Gen. Dyrekcja Służby Zdrowia zapewni sobie u Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej pouczenie Okręgowego Związku Kas chorych w tym względzie.

(Dok nast.).

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego Twa Lek. składa podziękowanie Wielm. Panu Dr. W e i n s b e r g o w i za roczniki czasopism lekarskich ofiarowane Bibljotece.

Lwów.

Nord-Sud p o d r ó ż n a u k o w ą p o z d r o j o w i s k a c h w ł o s k i c h urządza dla lekarzy, podobnie jak w roku ubiegłym włoskie biuro podróży Enit. Podróż trwać będzie od 5 do 21 września b. r. a prowadzić ją będzie Prof. Dr. G. Ruata. W czasie podróży będą odbywały się wykłady i objaśnienia w językach europejskich. Najwyższa liczba uczestników może wynosić 200, przyczem lekarz biorący udział w podróży może wziąć ze sobą jedną osobę z rodziny. Wyjazd wycieczki nastąpi z Medjolanu osobnym pociągiem; wycieczka rozwiąże się w Rzymie, skąd uczestnicy rozjadą się za powrotną zniżoną taryfą biletową. Bilety powrotne będą ważne do 10. X. Koszta wycieczki od jednej osoby 1600 lirów. Zgłaszać się należy najdalej do 30 czerwca pod adresem: Ente Nationale Industrie Turistiche (Enit), Rzym, Via Marghera 6. Redakcja P. Gaz. lek. na życzenie kolegów może dostarczyć drukowanego programu podróży.

Ze świata.

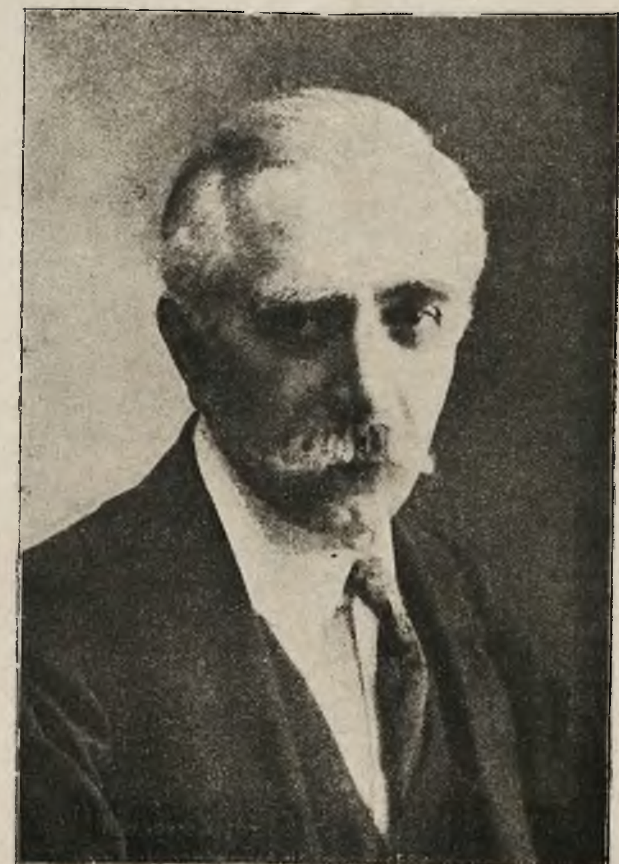
D l a p o d n i e s i e n i a l i c z b y u r o d z i n w e F r a n c j i postawiono wniosek w parlamencie, aby wszyscy mężczyźni żonaci, którzy mają mniej niż troje dzieci, byli zobowiązani do płacenia podatku do rządowej Kasy urodzeń. Fundusze w ten sposób zebrane mają służyć na zasiłki dla rodzin ze znaczną liczbą dzieci. Wniosek uzasadniono obliczeniem, że we Francji rocznie jest zamało urodzin o 250 tysięcy.

J ę z y k E s p e r a n t o w ś r ó d l e k a r z y j a p o ń s k i c h znajduje wielkie uznanie i znacznie się szerzy. Cesarska Japońska Akademja w Tokjo w grudniu ubiegłego roku jednogłośną uchwałą przyjęła i zaleca Esperanto, jako oficjalny język dla medycyny. W Kioto w Zakładzie patologicznym profesora Fużinami (odkrywcy schizostoma japanense) pod kierunkiem Dra Jagi odbywa się stale kurs Esperanta dla 20 lekarzy i medyków. W samem Kioto jest więcej niż 100 lekarzy, władających tym językiem.

Cieniom prof. Wiczkowskiego — współpracownicy i uczniowie.

† Prof. Dr. JÓZEF WICZKOWSKI.

W dniu 28. listopada 1924 roku zakończył po długiej i ciężkiej chorobie swój żywot doczesny ś. p. prof. Józef Wiczkowski, nadzwyczajny profesor Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K., długoletni prymarjusz Oddziału wewnętrznego dla mężczyzn w Państwowym Szpitalu powszechnym we Lwowie i długoletni prezes Lwowskiego Towarzystwa Walki z gruźlicą. Tem samem ubyła znowu społeczeństwu naszemu jednostka niepośledniej miary, która, mimo wieku, rwała się jeszcze z pełną energją do lotu i pracy. Ambicja bowiem, praca i dążenie w górę były wykładnikiem życia i charakterystycznemi cechami ś. p. Wiczkowskiego.



Urodzony w Bohorodczanach w r. 1877, ukończył ś. p. Wiczkowski o własnych siłach gimnazjum w Stanisławowie, a następnie Wydział lekarski na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Po uzyskaniu stopnia doktora wszech nauk lekarskich, pracuje ś. p. Wiczkowski przez kilka lat w charakterze asystenta przy katedrze chemji lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W roku 1887, przeniósłszy się do Lwowa, otrzymał posadę kierownika pracowni chemicznej Kraj. Szpitala powszechnego we Lwowie. Następnie w roku 1900, po śmierci ś. p. prym. prof. dr. Widmanna, obejmuje ś. p. Wiczkowski prymarjat oddziału wewnętrznego, i to pierwotnie kobiecego, a następnie po śmierci ś. p. prym. dr. Opolskiego, oddziału wewnętrznego dla mężczyzn, którym aż do ostatnich tchnień życia żył i dla którego nie szczędził pracy ni trudu.

Z iście młodzieńczą werwą i zapałem, z pełnem zaparciem się Siebie, niedbały o wkładany w pracę trud, zdrowie i interes własny, oddawał się ś. p. Wiczkowski cały Swemu oddziałowi szpitalnemu, by mu nadać jak największy polor postępu, nieść jak najskuteczniejszą pomoc chorym i kształcić młodych lekarzy, których zastępy garnęły się do Niego, i z których wielu zajmuje dzisiaj ważne posterunki w zawodzie lekarskim.

Pracując sam nieprzerwanie naukowo, zachęcał i podwładnych lekarzy do pracy naukowej. To też z oddziału ś. p. Wiczkowskiego wyszło wiele prac w druku, a za własne prace zostal On zaszczycony godnością profesora nadzwyczajnego przez Uniwersytet J. K.

Mimo upośledzonego już wówczas stanu zdrowia decyduje się ś. p. Wiczkowski objąć w roku 1923 wykłady kliniki propedeutycznej, które do ostatnich prawie dni prowadził. Dzięki rutynie zawodowej cieszył się Zmarły wielkiem zaufaniem chorych, garnących się tłumnie do Jego poczekalni po radę i zdrowie. Jako lekarz zatem, prymarjusz Szpitala, człowiek nauki i wychowawca młodych lekarzy zasłużył sobie ś. p. Wiczkowski na dobrą pamięć.

Jako kolega i towarzysz pozostawił najlepsze wspomnienie w gronie lekarzy z Nim współpracujących!

Jako społecznik zasłużył się On rozwinięciem akcji walki z gruźlicą we Lwowie, gdzie zakładał ambulatorja dla gruźliczych, założył sanatorjum w Hołosku Wielkiem i brał czynny udział w akcji Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża, tak przed wojną, jak i po wojnie światowej.

W Zmarłym zatem schodzi jednostka, energji, czynu i woli, która życia nie zmarnotrawiła i zasługuje na to, by działalność jej potomność zachowała w pamięci.

To też cześć tej pamięci!

Kalikst Krzyżanowski.

Doc. Dr. Wincenty CZERNECKI. Lwów.

Przypadek ciężkiej niedokrewności hemolitycznej typu Biermera.

Z Oddziału wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. dr. J. Wiczkowski.

W ubiegłym roku mieliśmy sposobność obserwować chorego na ciężką niedokrewność, który ze względu na przebieg a szczególnie z powodu zabiegów leczniczych zasługuje na krótką wzmiankę.

Chodzi tu o chorego J. Ł., lat 35, wolnego, przyjętego 3. XII. 1923 r.

Wywiady: Matka zmarła na raka, ojciec alkoholik. Brat chorego cierpiał w młodości na drgawki. W dzieciństwie nie chorował, miał jedynie napady drgawek, które później rozpoznano jako padaczkę; napady powtarzały się 1 do 2 razy na rok. Przed 2-ma laty przeszedł czerwonkę. Przed rokiem zapadł na jakieś bóle brzucha i żółte zabarwienie skóry. Objawy te miały pochodzić od zatrucia materjałem mostka zębowego. Po usunięciu mostka cierpienie ustąpiło — pozostały jednak osłabienie ogólne i bladość, przyczem chory miewał okresowe kołatanie serca, co odnosił do neurastenji, którą z objawami nerwicy serca rozpoznawano u niego poprzednio kilkakrotnie. W ostatnich 2-ch tygodniach kołatanie serca występuje przy każdym najmniejszym ruchu, a od tygodnia zauważył obrzęki nóg, oraz miewał wymioty po jedzeniu, o smaku gorzkim, odbijania i ślinienie.

Stan obecny: Chory bardzo blady z odcieniem wosko-wo-żółtym. Gruczoły chłonne niepowiększone. Dołek nadobojczykowy prawy nieco zapadnięty, bez zmian przysłuchowych; zresztą płuca bez zmian. Serce w chwili przyjęcia bez zmian, wątroba i śledziona niepowiększone. Na nogach ślad obrzęków, odruchy kolanowe bardzo żywe.

Badanie krwi.

	Ciałek czerwonych	Ciałek białych	Hemoglobina	Wskaźnik	Neutrof.	Eozynof.	Limfoc.
W chwili przyjęcia	1,300.000	2.300					
13. XII.	1,800.000	2.184	50	1·7	60%	1%	38%
21. XII.	1,400.000	2.400	40	1·7	65%	2%	32%
18. I.	2,000.000	4.000					
7. III.	1,700.000	4.360	38	1·1			
25. III.	693.000	2.406	29	2·0	60%		40%

W obrazie ciałek czerwonych: poikilocytoza, anizocytoza, makrocyty; ciałek jądrzastych nie spotkano — jedynie w dniu 13. XII.

Czas wypływania krwi wynosił $3^1/_2$ min.

Czas krzepnięcia krwi zaś 14 minut.

Po założeniu opaski na ramię wybroczyny nie występowały.

Odporność ciałek czerwonych wynosiła 0,36 — była więc może nieco zwiększona.

Odczyn Bordet-Wassermanna wypadł ujemnie.

W moczu białka i cukru brak. Urobilinogen zawsze wzmożony, najbardziej w dniu 21. XII. a więc tuż przed największem pogorszeniem.

Stolec wykazywał brak jaj pasorzytów, oraz ujemną próbę benzydynową na krew.

Treść żołądkowa wykazała brak kwasu solnego i mlekowego.

Przy badaniu dna oka stwierdzono wybroczyny na siatkówce.

Z dalszego przebiegu podnieść należy ciągłe pogarszanie się stanu podmiotowego i przedmiotowego: chory coraz to bardziej apatyczny, skarżył się na zawroty głowy, szum w uszach pieczenie na końcu języka, bezsilność, brak łaknienia i uporczywe biegunki.

Ciepłota stale była podgorączkowa do 38°, obrzęki na nogach wzrosły i wystąpiły również na twarzy; mimo obrzęków chory tracił na wadze; miewał biegunki, stał się apatyczny i zgryźliwy. Serce uległo wyraźnemu rozszerzeniu (co potwierdziło badanie roentgenologiczne); nad końcem serca i nad tętnicą płucną wystąpił skurczowy podmuch, a nad żyłami szyjnemi buczenie. Śledziona i wątroba stale były niepowiększone. Podżółtaczkowe zabarwienie skóry utrzymywało się; krwawień żadnych nie zauważyliśmy.

Oznaczenie ilości bilirubiny: we krwi wykazano jej ilość $\frac{1}{90.000}$ a więc znacznie zwiększoną.

W leczeniu zastosowano najpierw arsen bez wyraźnego skutku, poczem 7 razy wstrzyknięcie własnej krwi chorego w ilości 3—5 cm³ z lekką poprawą.

Po zastosowaniu szczepionki z prątka okrężnicy wyhodowanego z kału chorego nastąpiło pogorszenie objawiające się wybitnie spadkiem ilości ciałek czerwonych z 1,700.000 na 693.000 i podniesieniem się wskaźnika z 1·1 na 2·0.

Wyczerpawszy wszystkie środki zaczęliśmy stosować *thyreoidyne*: zastosowaliśmy 3 wstrzyknięcia tego przetworu (fabr. Poechla) podskórnie, poczem podawaliśmy przetwór ten wewnętrznie po 3 pastylki dziennie.

Wynik tego leczenia był doskonały: w ciągu 3 tygodni obrzęki znikły, biegunki ustały, apatja i zgryźliwość chorego znikały, apetyt wracał, chory zaczął interesować się otoczeniem wstawać i wychodzić na powietrze.

Krew znacznie poprawiła się; ciałka czerwone z 693.000 w 1 mm³ podniosły się do 2,000.000, ciałka białe z 2.406 na 3.100, hemoglobina z 29 na 68, wskaźnik zawsze był wysoki wynosząc 2·1.

W moczu urobilinogen stwierdzono prawidłowy; bilirubina we krwi spadła do ilości prawidłowej.

Wobec braku źródła tego obrazu ciężkiej niedokrewności rozpoznaliśmy ciężką niedokrewność typu Biermera.

Za tą postacią przemawia w naszym przypadku: wosko-wo-żółte zabarwienie skóry, wzmożona ilość bilirubiny w surowicy krwi i wzmożony urobilinogen w moczu — a więc objawy niespotykane przy typie aplastycznym — przy którym natomiast mamy wybitną skłonność do krwawień.

Cechy te wskazujące na zwiększony rozpad ciałek czerwonych podnosi z naciskiem Eppinger dodając do nazwy tej postaci niedokrewności przymiotnik »*haemolytica*« i obwinia układ śródbłonkowo-siateczkowy a zwłaszcza śledzionę (największe zbiorowisko tych komórek) o hemolizę.

Obraz krwi oraz »*achylia gastrica*« są wspólnemi cechami tej postaci z niedokrewnością spowodowaną skrycie przebiegającym rakiem. Jednak przy takim raku barwa skóry bywa zwykle »gliniasta«, brak zmian w siatkówce, często znajdujemy ślady krwi w stolcu, niema natomiast urobilinogenu w moczu (chyba przy przerzutach nowotworu w wątrobie) — wobec tego więc wykluczyliśmy możliwość tej postaci.

Najzupełniej ten sam obraz wywołać może w ustroju bruzdogłowiec (*Bothryocephalus latus*). Badanie jednak stolca u naszego chorego dało w tym kierunku wynik ujemny.

Żółtaczka hemolityczna może (poza napadami jednak) naśladować opisany u chorego obraz.

Z powodu braku powiększenia śledziony, który to objaw zawsze stwierdzamy przy żółtaczce hemolitycznej, a co więcej dla braku »*achylii*« i braku kardynalnego objawu, a to zmniejszonej odporności ciałek czerwonych wykluczyliśmy żółtaczkę hemolityczną.

Trudności rozpoznawcze przy »*Anaemia gravis* (*Biermer*) *haemolytica*« leżą w tem, że przy tej postaci zbiór objawów uważanych za charakterystyczny nie jest w każdym przypadku całkowicie doskonały, a to:

1. brakuje nieraz odczynu megaloblastycznego, podobnie, jak w naszym przypadku, brak nawet nieraz normoblastów;

2. zamiast leukopenji ze względną limfocytozą możemy mieć wyjątkowo leukocytozę a nawet myelocytozę;

3. w innych przypadkach brak zmian w siatkówce, brak »*pachydermii*«, ciałek czerwonych t. j. zwiększonej ich odporności osmotycznej, podczas gdy w wyjątkowych razach może być odporność osmotyczna ciałek czerwonych zwiększoną nawet w żółtaczce hemolitycznej a zmniejszon

przy ciężkiej niedokrewności. Brak może być dalej zwiększonej ilości urobilinogenu a nawet powiększenia śledziony. Te dwie ostatnie cechy uważa Eppinger — nawiasem do dając — za konieczne przy »*Anaemia gravis haemolytica*«.

Nieraz też zdarza się, że tę postać niedokrewności ściśle można rozpoznać dopiero na stole sekcyjnym, tem bardziej, że objawy na których można pewnie się oprzeć a to język Huntera i zmiany rdzeniowe są objawami charakterystycznemi lecz nie występującemi często.

Oceniając ciężkość przypadku kiernjemy się nietylko obrazem krwi ale i innemi objawami. Ciężkie przypadki odznaczają się: silną urobilinogenurją, silnemi krwawieniami w siatkówce, zmianami w rdzeniu i na języku, silną hyperchromją i poikilocytozą i wyraźną leukopenją i odczynem megaloblastycznym krwi.

Nasz przypadek zaliczyć można do średnio-ciężkich.

Ciężkość oceniamy również nietylko ze stanu chorego i obrazu krwi, lecz także z łatwości oddziaływania chorego na nasze usiłowania lecznicze. Są bowiem postacie ciężkie, poprawiające się względnie łatwo przy leczeniu, co zdarza się zwykle wtedy, gdy mamy do czynienia z pierwszym napadem choroby; odwrotnie także możemy mieć objawy lżejsze, które mimo leczenia trudno ustępują lub nie poprawiają się, co zdarza się przy nawrotach cierpienia.

W naszym przypadku mamy do czynienia z pierwszym napadem cierpienia, może też dlatego *thyreoidyna* tak dobrze zadziałała. W każdym razie bez uprzedzenia można twierdzić, że ten lek znakomicie przyśpieszył poprawę stanu zdrowia wprowadzając chorego w okres pierwszej »remisji«.

Uderza nas jednak przy znakomitej i szybkiej poprawie stanu chorego obraz »przełomu« we krwi (*»Blutcrise»*). Możliwem jest jednak, że przez niezbyt częste badania krwi przeoczyliśmy ten moment.

Sprawa podawania preparatów tarczycy nie jest nową. I tak Mannsfeld spostrzegł, że odradzanie się krwi u zwierząt pozbawionych gruczołu tarczykowego jest wolniejsze. Ross i Kocher donoszą o doskonałem działaniu *jodothyryny* przy niedokrewności. Zwłaszcza Kocher podnosi, że osoby z niedokrewnością leczone długi czas bezskutecznie arsenem i żelazem przy użyciu przetworów z tarczycy przychodziły zupełnie do zdrowia. Eppinger przypuszcza, że tarczyca odgrywa rolę w dyspozycji do »*anaemia aplastica*«, przekonał się również o dobrem działaniu przetworów tarczycowych w jednym przypadku niedokrewności typu Biermera, w którym mimo wycięcia leczniczego śledziony poprawa nie następowała; z podawania tarczycy był bardzo zadowolonym. Inni jak Kudernatsch i Abderhalden stwierdzili potężny wpływ tarczycy na wzrost i regenerację.

Są pewne dane, że śledziona ma pewien wpływ na tarczycę. I tak Credé zauważył po splenektomji powiększanie się tarczycy. Z drugiej strony ze spostrzeżeń innych, jak Grety Freymann — a u nas z prac Semeraua i Starczewskiego widać, że chorzy na żółtaczkę hemolityczną wrodzoną mogą mieć wyraźne cechy niedorozwoju; że więc w tych razach śledziona wywiera jakiś hamujący wpływ na gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu (jajniki, jądra, tarczyca ?).

Wszak Bayer stwierdził hamujący wpływ śledziony na napięcie układu autonomicznego, a u kobiety po wycięciu śledziony silny rozwój gruczołów mlekowych.

Aschner stwierdził szybsze dojrzewanie płciowe u zwierząt pozbawionych śledziony i zwraca uwagę na fakt, że u dziewcząt chorych na blednicę możemy zauważyć przedwczesny rozwój płciowy.

Czy obok przypuszczalnego hamującego działania śledziony na szpik kostny nie można przyjąć, że przy »*hypersplenii*« (którą wykazał Eppinger również i przy niedokrewności typu Biermera) niema pewnego nieuchwytnego dotąd stopnia »*hypo-thyreozy*«. Może w ten sposób wytłumaczyć będzie można, że podawanie *thyreoidyny* wyrównuje powyższe zaburzenie i stanowi bodziec dla szpiku kostnego przez hamujący wpływ nadmiernie działającej śledziony.

Dr. S. BÜHN. Lwów.

Przypadek „Anaemia aplastica".

Z Oddz. W. I. Szpit. powsz. we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. J. Wiczkowski.

Niżej opisany przypadek anemji aplastycznej z zejściem śmiertelnem, spostrzegany był we wrześniu 1924 na oddz. W. I. Szpitala Państwowego we Lwowie. Rzadkość powyższego schorzenia skłania nas do opisania spostrzeganego przez nas przypadku.

Wywiady: J. Ch. lat 32, z zawodu rolnik. Poprzednio przebył dur brzuszny i grypę; pozatem nigdy nie chorował i żadnych krwotoków nie zauważył. Obecna choroba trwa od 3-ch miesięcy z objawami obfitych krwawień z nosa, dziąseł i wysypki krwiotocznej na skórze rąk i nóg. Równocześnie pojawiły się u chorego zawroty głowy, szum w uszach i uczucie ogólnego osłabienia. Chory nigdy nie gorączkował.

Apetyt ma dobry. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Od 4-ch dni gorzej widzi, zwłaszcza na oko prawe. Chorób wenerycznych nie przechodził.

Badanie przedmiotowe: Chory wysoki, odżywienia podupadłego. Skóra i błony śluzowe od zewnątrz widzialne kredowo blade, bez odcienia żółtaczkowego. Na skórze rąk wynaczynionki od wielkości grochu do wielkości łebka szpilki.

Oczy bez zmian. Dziąsła przy ucisku krwawią. Gardło i szyja bez zmian. Gruczoły nigdzie niepowiększone. Klatka piersiowa i płuca bez zmian. Serce, wykazuje stłumienie bezwzględne, sięgające na prawo do połowy mostka, pozatem prawidłowe. Przysłuch wykazuje podmuch skurczowy nad końcem serca, mniej wybitnie słyszalny nad innemi ujściami. Tętno nikłe, 100 na minutę przy temp. 36,9. Brzuch bez zmian. Wątroba i śledziona niepowiększone.

Badania dodatkowe: Badanie krwi zostało wykonane trzykrotnie. Ostatni raz na 4 dni przed śmiercią chorego.

	3. IX.	15. IX.	20. IX.	
C. czerwonych	1,150,000	1,000,000	750,000	w mm^3
C. białych	4,200	3,200	2,000	w mm^3
% Hb. (Tallquist)	30%	30%	30%	
Index Hb	1·30	1,44	1,80	
Płytek Bizzozera	37,000	27,000	-O-	w mm^3

W obrazie histologicznym krwi znaleziono:

	3. IX.	20. IX.
Neutrochłonnych	34%	10%
Limfocytów	61%	89%
Eozynochłonnych	2%	-O-
Mononuklearnych	3%	1%

W ciałkach czerwonych, prócz lekkiej anizocytozy, zmian patologicznych nie wykazano.

Odporność c. czerwonych prawidłowa. Czas krzepnienia krwi 7. 5 minuty; zaś czas krwawienia wynosił 18 minut.

W surowicy krwi brak zwiększonej ilości bilirubiny. Surowica nie ma zabarwienia złoto-żółtego.

Objaw opaskowy Rumpell-Leede wybitnie dodatni, w 10 minut po uciśnięciu ramienia wystąpiły liczne wybroczyny.

Mocz nie wykazywał nigdy składników patologicznych. Nigdy nie wykryto obecności urobiliny i zwiększonej ilości urobilinogenu.

W treści żołądkowej był zupełny brak kwasu solnego.

W stolcu mimo licznych badań jaj pasorzytów nie wykazano. Ilości żelaza w kale nieoznaczano, gdyż przy obecności krwawień z dziąseł, nie można mieć żadnych danych o przemianie żelaza w ustroju.

Badanie dna oka wykazało: Retinitis haemorrhagica o. u.

Odczyny Wassermanna, Sachs Georgiego i Pirqueta wypadały stale ujemnie.

Reasumując powyższe dane stwierdziliśmy u chorego niedokrewność wielkiego stopnia, objawiającą się szybko postępującem zmniejszaniem się ilości ciałek czerwonych (bez obecności ciałek czerwonych jądrzastych), przy równoczesnej leukopenji, względnie wysoką limfocytozą. Ponadto był czas krwawienia długi, zaś czas krzepnienia prawidłowy. W całym przebiegu choroby nie stwierdziliśmy zwiększonej ilości bilirubiny w surowicy, ani też urobilinogenu i urobiliny w moczu, mimo obfitych krwotoków śródmiąższowych.

Z góry dały się wykluczyć sprawy chorobowe, przy których podobna niedokrewność występuje, jako obraz wtórny, n. p.: kiła, gruźlica, nowotwory, zatrucia chroniczne, pasorzyty jelitowe, posocznica, działanie promieni Roentgena i t. d.

Tak samo łatwo wykluczyć było pierwotne sprawy chorobowe przebiegające z objawami skazy krwotocznej, jak

krwawiączka, skorbut, plamica pojedyncza i reumatyczna. Białaczka limfatyczna też nie wchodziła w rachubę.

Pozostały więc trzy postaci chorobowe, które należało wziąść pod uwagę: *anemia perniciosa, thrombopenia essentionalis, anaemia aplastica*.

Mimo dużych podobieństw, przypadek nasz różnił się zasadniczo od anemji Biermerowskiej. We krwi nie spotykaliśmy form regeneratywnych ciałek czerwonych, oraz brak było momentów, wskazujących na zwiększony rozpad ciałek czerwonych (surowicą krwi złoto-żółta, urobilinurja, zabarwienie podżółtaczkowe skóry i błon śluzowych). Zaś u naszego chorego wybijała się na pierwszy plan niedokrewność, stale się wzmagająca, połączona z objawami skazy krwotocznej, którą cechował brak płytek Bizzozera i przedłużony czas krwawienia.

Obraz krwi również nie przemawiał za thrombopenia essentionalis. W naszym przypadku mieliśmy uszkodzenie całego aparatu twórczego w szpiku kostnym, a więc brak ciałek czerwonych, ciałek białych wielojądrzastych i płytek Bizzozera, podczas gdy przy thrombop. essent. spotykamy jedynie brak płytek. Pozatem sam przebieg choroby bez żadnych zwolnień i brak obrzęku śledziony przemawiał przeciw rozpoznaniu »thrombopenia essent.«. Wobec powyższych danych rozpoznaliśmy »*anaemia aplastica*«.

Stan chorego w dalszym ciągu się pogarszał. Krwotoki z dziąseł, nosa i odbytnicy uparcie się utrzymywały, mimo stosowania wszelkich środków przeciwkrwotocznych (żelatyna, surowica normalna, chlorek wapniowy i t. d.).

W leczeniu stosowaliśmy bez żadnego wyniku arsen, przetwory żelaza, elektroferrol, thyreoidynę, oraz autohemoterapię. Podawanie wapna pogarszało nawet krwotoki.

Po 3 tygodniowym pobycie w Szpitalu chory zmarł.

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Schusterówna): »*Anaemia majoris gradus universalis. Petecchiae et ecchymoses pleurae, pericardii et myocardii. Degeneratio adiposa organorum. Gastroenteritis pigmentosa. Medulla ossium flava, concret. pleur. apicis sin. Dilatatio cordis dextri.*

Epikryza anatomo-patologiczna: Obraz niedokrwistości złośliwej z jej następstwami. W tym przypadku uderza bladość szpiku kostnego. Ostateczna przyczyna śmierci; porażenie centrów nerwowych z powodu niedokrwistości, wzgl. braku tlenu«.

Badanie histologiczne szpiku kostnego wykazało brak jakichkolwiek form regeneratywnych, zarówno utkania erytro- jak i leukoblastycznego.

Tak więc badanie sekcyjne potwierdziło nasze rozpoznanie kliniczne.

Zastanawiając się pokrótce nad teoretycznemi zapatrywaniami na anaemia aplastica, znajdujemy dwie grupy autorów, rozmaicie pojmujących istotę powyższego schorzenia.

Ehrlich, Türk i in. uważają, że sprawą pierwotną jest zwiększony rozpad ciałek czerwonych, zaś dopiero następowo wyczerpuje się szpik kostny, skutkiem nadmiernych wymagań stawianych jego funkcjom regeneratywnym.

Teorję tę jednak obala fakt, że przy anemji aplastycznej nie spotykamy żadnych danych przemawiających za zwiększonym rozpadem ciałek czerwonych.

Druga grupa autorów uważa, że przy anaemia aplastica mamy do czynienia z toksycznem uszkodzeniem szpiku kostnego. Uszkodzenie to może być, wedle Franka, albo wybiórcze na pewien element szpiku kostnego, n. p. uszkodzenie megakarjocytów daje obraz thrombopenia essentialis, albo może czynnik uszkadzający działać na cały szpik kostny, na jego utkanie erytro- i leukoblastyczne, oraz na megakarjocyty, dając nam obraz t. zw. przez niego »panmyelophtisis«, czyli anemję aplastyczną.

Do powyższego zapatrywania przychyla się Eppinger, podnosząc jeszcze kilka ważnych momentów. Stwierdza on, że do wystąpienia anemji aplastycznej musi istnieć dyspozycja polegająca na istniejącej już z góry niższowartościowości szpiku kostnego.

Eppinger, opierając się na spostrzeżeniach Kochera, Drausfelda i in., wyraża przypuszczenie, czy nie mamy do czynienia przy anemji aplastycznej, z niedomogą tarczycy, którąby następowo wpływała ujemnie na czynność szpiku kostnego. Że podanie tarczycy pobudza czynność szpiku kostnego, jest faktem dowiedzionym, jak to ilustruje przypadek Czerneckiego, który uzyskał podając tyreoidynę podskórnie przy anemji Biermerowskiej, bardzo wybitną i dotychczas trwającą poprawę.

Ponadto przypuszcza Eppinger, że przy a. aplastica mamy do czynienia z zaburzeniem korrelacji między śledzioną a szpikiem kostnym. Śledziona bowiem, wedle niego, pobudza czynności twórcze szpiku kostnego. Zaś przy anemji aplastycznej występuje uszkodzenie śledziony, skutkiem którego przestaje działać ów czynnik pobudzający szpik kostny. Na czem owo uszkodzenie śledziony polega, bliżej Eppinger nie określa, wyraża jedynie przypuszczenie, że może mamy tu do czynienia z zaburzeniami przemiany żelaza w aparacie Browicz-Kupffera.

Splenektomia wedle Eppingera w tem schorzeniu nie jest wskazana, gdyż splenektomję wykonać można tam gdzie szpik kostny działa, a nie tam gdzie szpik wyczerpuje się. Raczej w tych przypadkach wskazana jest autohemoterapja, celem pobudzenia funkcji śledziony.

Dr. Władysław CIEPIELOWSKI. Lwów.

Przypadek żółtaczki hemolitycznej leczonej wycięciem śledziony*).

Z Oddziału wewnętrznego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. dr. Józef Wieczkowski.

W ostatnich dziesiątkach lat spotykamy w literaturze tak, rodzimej jak i zagranicznej cały szereg prac rozstrząsających zagadnienia żółtaczki hemolitycznej. Każdy nowy przypadek nastręcza dużo uwag do tej choroby, jeszcze niezupełnie wyjaśnionej co do etjologji, jak i co do leczenia a zwłaszcza, że choroba nie jest częstą i pozostawia pewne wątpliwości, co do skuteczności zabiegu operacyjnego. Oczywistą rzeczą jest, że z obserwacji jednego przypadku nie można wysnuć pewnych i niezbitych wniosków, w każdym jednak razie dane spostrzeżenia mogą przechylać nasze zdanie do tej czy innej teorji, tłumaczących tyle zawiłych zagadnień tyczących się żółtaczki hemolitycznej.

Anamneza chorego W. H. liczącego lat 28 nie wskazuje na dziedziczne pochodzenie żółtaczki hemolitycznej.

Chory w 11-tym roku życia ponoś wskutek przeziębienia zapadł na jakąś chorobę gorączkową, połączoną ze silnym kaszlem. Leczył się bez porady lekarza chininą. Po 3 dniach gorączka minęła, chory czuł się dobrze, jednak od tego czasu zauważył przy obmacywaniu brzucha guz wielkości jaja kurzego, wychodzący z pod lewego łuku żebrowego, guz twardy i niepowodujący żadnych dolegliwości.

W 24 r. życia, będąc w szpitalu wojskowym z powodu owrzodzenia podudzia, dowiedział się od lekarza, że owym guzem jest powiększona śledziona. Natury guza wówczas klinicznie nie wyjaśniono.

W 25 r. życia, t. j. przed $2\frac{1}{2}$ laty, kiedy chory starał się o świadectwo zdrowia, stwierdził u niego lekarz lekkie objawy żółtaczki. Po raz to pierwszy wówczas, tak chory, jak i jego otoczenie zauważyło u niego żółte zabarwienie skóry i białkówek, zresztą w tym czasie bardzo nieznaczne. Dolegliwości jakichkolwiek, jak n. p. swędzenia skóry, odbijań, gniecenia w dołku podsercowym, lub bólów w prawem podżebrzu nic przypomina sobie, stolce miały zabarwienie prawidłowe, mocz o barwie jasno-winnej. Przed rokiem uległ infekcji kiłowej. Leczenie przebył w tut. szpitalu na oddziale skórnym, skąd po ukończeniu leczenia swoistego został przeniesiony dnia 3. VIII. 1923 r. na oddział wewnętrzny I., z objawami żółtaczki i powiększeniem śledziony. Żółty odcień skóry utrzymywał się u chorego stale od $2\frac{1}{2}$ lat, jedynie nasilenie jego zmniejszało się, czy zwiększało i to niezależnie od dostrzegalnych dla chorego przyczyn.

Wówczas przy badaniu ani w narządzie oddechowym, ani krążenia, zmian nie stwierdzono. Przy ciepłocie prawidłowej i tętnie 72 uderzało żółte zabarwienie skóry i białkówek, znaczne powiększenie śledziony, pod postacią twardego, opornego, wrębiastego guza, wysuwającego się na szerokość dłoni z pod lewego łuku żebrowego i powiększenie wątroby na palec poniżej łuku żebrowego, którą wyczuwano jako ciało oporne, niebolesne, o zaokrąglonym brzegu.

Badanie moczu o barwie winowo-żółtej wykazało ciężar gatunkowy 1017, oddziaływanie kwaśne, ślad białka, cukier nieobecny. Barwików żółciowych nie wykazano. Nie znaleziono również ani urobiliny, ani urobilinogenu w ilościach wzmożonych

*) Praca nagrodzona nagrodą »Wytwórni Surowic i Szczepionek« Serovac — Lwów, na Konkursie Koła Lekarzy szpitalnych.

Nadmienię tutaj, że przez cały czas pobytu chorego w szpitalu powtarzane badanie moczu przedstawiało się jak wyżej, z tem, że białko zupełnie znikło, a natomiast pojawiał się od czasu do czasu urobilinogen w ilościach wzmożonych. Kał dawał dodatnią reakcję na barwiki żółciowe.

Obraz krwi cyto i histologiczny zmieniał się w przeciągu 3 miesięcy pobytu chorego w szpitalu w dużym stopniu, bo kiedy przy wstąpieniu chorego do szpitala liczono 3,000.000 czerwonych ciałek, 4,300 białych ciałek, a w tem leukocytów neutrochłonnych 46%, eozynochłonnych 1%, limfocytów dużych 26%, małych 24%, przejściowych 3%, to już w miesiąc później znaleziono tylko 2,600.000 ciałek czerwonych a 3720 ciałek białych. Obraz histologiczny krwi przesunął się na korzyść leukocytów o cyfrach następujących:

Leukocytów neutrochłonnych 58%, eozynochłonnych 2%, limfocytów dużych 12%, małych 22%, przejściowych 4%, monocytow 2%.

W ostatnich dniach pobytu chorego w szpitalu badanie krwi dało wynik następujący: Czerwonych ciałek 2,600.000, białych ciałek 3750 i dalsze przesunięcie obrazu krwi na stronę leukocytów, mianowicie: leukocytów neutrochłonnych 68%, eozynochłonnych 1%, limfocytów dużych 16%, małych 12%, przejściowych 3%.

Czerwone ciałka co do wielkości i kształtów wykazywały dużego stopnia odchylenie, mianowicie spotykano tak mikrojak i makrocyty, a dalej formy gruszkowate, biszkoptowe, przecinkowate, — a zatem obraz anizo- i poikilocytozy.

Leczenie żółtaczki nie usunęło. Chory opuścił szpital na własne życzenie w listopadzie 1923 r.

W domu miał się rzekomo dobrze, a i żółtaczkowy odcień skóry miał przyblednąć. Dopiero z początkiem lutego b. r. odcień ten znacznie przybrał na nasileniu, co spowodowało przybycie chorego po raz drugi na nasz oddział.

Poza żółtaczką i tym razem chory nie odczuwał ani objawów dyspeptycznych, ani bolów o charakterze kolki żółciowej, a pogorszenie odnosił do przeziębienia, po którem wystąpi y dreszcze, gorączka, a w końcu intenzywniejsza żółtaczka.

Tym razem śledziona była znacznie większa, gdyż pod postacią guza twardego o powierzchni nierównej, brzegu karbowanym, sięgała do linji pępkowej poziomej. Wątroba na 2 palce poniżej łuku żebrowego, o brzegu twardym grubym. W ciągu 3-miesięcznego pobytu w szpitalu mocz tylko 3 razy zawierał bilirubinę i to w śladach. Stolce stale prawidłowo zabarwione. Przeprowadzona reakcja dwuazowa z surowicą krwi Hymansa van den Berga dała wynik pośrednio dodatni. Hemoliza przemytych ciałek czerwonych krwi wypadła zupełna przy rozcieńczeniu 0·4% NaCl, natomiast częściowa przy 0·6%. Próba Bordet-Wassermanna dodatnia. We krwi uderzała znowu wybitna anizo- i poikilocytoza. Ciałek czerwonych 2,700.000, białych 4,300 hemoglobiny 55%. W preparacie barwionym zróżnicowano: leukocytów neutrochłonnych 65%, eozynochłonnych 4%, limfocytów 27%, przejściowych 2%, monocytów 2%.

I znowu powtórzona kilkakrotnie reakcja dwuazowa z surowicą krwi wypadła pośrednio dodatnio, t. j. po dodaniu alkoholu, a surowica krwi zawierała czterokrotnie więcej bilirubiny jak normalna, bo 1|50000. Zauważyć muszę, że mimo starannej pielęgnacji, mimo leczenia czyto organoterapją, czy preparatami arszenikowemi, mimo przeprowadzenia leczenia przeciwkiłowego i jak najlepszego odżywiania, na jakie w ramach przepisów szpitalnych pozwolić można było, chory stale na wadze tracił, tak że spadł o 10 kg t. j. do wagi 48 kg. Biorąc pod uwagę, że w tym przypadku zauważyliśmy powiększenie wybitne śledziony i wątroby, wzmożoną ilość barwików żółciowych w surowicy krwi, a mimo tego brak tychże stale w moczu, również i brak kwasów żółciowych w krwiobiegu, (a więc tem samem brak objawów zatrucia kwasami żółciowemi, jak zwolnienie tętna, swędzenie skóry, szmer nad końcem serca) a następnie stolce stale o zabarwieniu normalnem, próba Hymansa van den Berga pośrednia, obniżona odporność czerwonych krwinek, obraz krwi o typie anemicznym, byliśmy upoważnieni do rozpoznawania żółtaczki hemolitycznej, — pierwotnej nabytej, a wobec spadku sił chorego pozostawał jeszcze jodyny ratunek w zabiegu operacyjnym, na który się chory zgodził, a prof. Schramm dokonał w połowie maja wycięcia śledziony. W czasie operacji pobrano krew z żyły śledzionowej. Okazało się, że ciałka czerwone deplazmowane, pobrane z żyły śledzionowej uległy hemolizie częściowej przy 0.65%, zupełnej natomiat przy 0.42% NaCl, kiedy czerwone ciałka z żyły łokciowej wykazywały hemolizę taką jak przy poprzednich badaniach, t. j. częściowa hemoliza występowała przy 0·6%, całkowita natomiast przy 0·4% NaCl. Różnica więc bardzo mała, możnaby przyjąć nawet, że w granicach błędu, zaznaczyć jednak muszę, że hemolizę przeprowadzono w tych samych warunkach, używając tych samych roczczynów soli kuchennej, trzymając też zawiesinę ciałek czerwonych równocześnie w tej samej cieplocie. Śledzionę przesłano do badania histologicznego w zakładzie anatomo-patologicznym, skąd otrzymaliśmy od Prof. Nowickiego odpowiedź, że przerost śledziony należy tłumaczyć przerostem tkanki śródbłonkowo-siateczkowej, na niekorzyść elementu adenoidalnego. (Bliższe szczegóły na innem miejscu).

Po operacji chory wrócił na nasz oddział z końcem czerwca, bez cienia żółtaczkowego zabarwienia, jednak znacznie wychudzony, o wadze 39.10 kg., blady. Podmiotowo czuł się bardzo licho, o własnej sile nie mógł przejść ani parę kroków. Wątroba nie uległa zmianie, mocz nie wykazywał żadnych składników patologicznych, kał o zabarwieniu normalnem. Obraz krwi po operacji zmienił się w dużym stopniu, bo w blisko miesiąc po operacji liczono ciałek czerwonych 4,100,000, a białych 4,500, hemoglobina doszła do 80%. Liczba czerwonych ciałek krwi stale wzrastała, tak że przy opuszczeniu szpitala przez chorego doszła do 5,600.000, ciałka białe do 17,000, hemoglobina natomiast utrzymywała się na 80%.

W miesiąc po operacji zliczono w preparacie barwionym: Leukocytów neutrochłonnych 50%, leukocytów eozynochłonnych 2%, limfocytów 42%, przejściowych 2%, myelocytów 4%.

W miesiąc później: leukocytów neutrochłonnych 48%, leukocytów eozynochłonnych 2%, limfocytów 41%, przejściowych 3%, monocytów 2%, myelocytów 4%.

W ostatnich dniach natomiast przed opuszczeniem oddziału przez chorego t. j. niespełna 3 miesiące po operacji znaleziono: leukocytów neutrochłonnych 51%, leukocytów eozynochłonnych 2%, limfocytów 38%, przejściowych 5%, monocytów 4%.

Anizo i poikolocytoza pozostała tylko słabo zaznaczona. Podobnie nie spotkano w 2 miesiące po operacji ani jądrzastych ciałek krwi, ani ciałek Jollego, które w przypadku opisanym przez Rotha obserwowano nawet w 12 lat po wycięciu śledziony. Odporność ciałek czerwonych krwi na roczczyny hypotoniczne nieco wzrosła, gdyż częściowa hemoliza występowała przy 0.58%, a zupełna przy 0.36% NaCl. Chory stale przybierał na wadze, która w przeciągu 1½ miesiąca doszła z 39 kg na 49 kg. czuł się zupełnie dobrze i rzeźko, a szpital opuścił na własne żądanie.

Przy krytycznem roztrząsaniu powyższego przypadku icterus haemoliticus, który długo pozostawał w naszej opiece przed i po operacji nastręczają się szczegóły mogące rzucić pewne światło na tę ciekawą chorobę. Najpierw co do etjologji, to jej właściwie nie znamy, a podanie chorego, że po jakiejś chorobie gorączkowej, trwającej kilka dni jeszcze w dzieciństwie, (może to była zimnica, lecz podczas pobytu w szpitalu nie zauważyliśmy żadnych objawów przemawiających za zimnicą), zauważył guz w podżebrzu lewem, nie daje nam przecież żadnej podstawy, na którejby można oprzeć nasze podejrzenia, a zwłaszcza, że żółtaczka wystąpiła dopiero w 14 lat po tym wypadku. Kiła, którą przebył datuje się z czasów, kiedy żółtaczka była rozwinięta, więc kiła mogła się jedynie przyczynić do spotęgowania objawów chorobowych, a nie mogła być momentem wywołującym chorobę. Nasz przypadek przeto możemy umieścić w grupie kryptogenetycznej, czyli, pokrywamy właściwie tem pojęciem naszą nieświadomość, w odróżnieniu od formy wrodzonej, czy następowej nabytej.

Szczególnie dwa momenty t. j. zachowanie się czerwonych ciałek krwi wobec roztworów hypotonicznych; jak również zachowanie się surowicy krwi wobec reakcji Hymansa van den Berga stanowiły i stanowią punkt sporny między badaczami, a szczególnie obwinia się śledzionę, której przypisują własność uszkadzającą czerwone ciałka krwi, czy to na drodze hemolizyn, jak to twierdzi G i l b e r t i M i n k o w s k i, czy też przez nadtrawienie czerwonych ciałek krwi, wskutek wadliwego krążenia krwi w śledzionie, jak przyjmuje E p p i n g e r. Cała ta akcja nadgryzania, czy osłabienia ciałek czerwonych ma się odbywać w układzie śródbłonkowo-siateczkowym, któremu przypisują również zdolność wytwarzania bilirubiny. I rzeczywiście, kiedy stanęliśmy po przeprowadzeniu całego szeregu prób leczniczych znanych i polecanych, przed chorym, którego stan podupadł, czego dowodem jest ubytek na wadze i obraz krwi, mieliśmy podstawę doradzać choremu zabieg operacyjny. Podczas operacji pobrana krew z żyły śledzionowej wykazała obniżenie odporności na roczczyny hypotoniczne o 0·03% przeciętnie co wskazywałoby jednak, że w śledzionie tkwi jakiś czynnik nieznany, lecz który działa na czerwone ciałka krwi uszkadzająco. Wprawdzie A c h a r d, D u b o i s, a z polskich autorów S z o k a l s k i, roli podobnej na podstawie swych doświadczeń nie przypisują śledzionie, jednak wziąwszy pod uwagę, że bądź co bądź i odpornośc ciałek czerwonych krwi z żyły śledzionowej jest cokolwiek obniżona, a wzmożona odporność krwinek po wycięciu śledziony, a co najważniejsza, że żółtaczka po splenektonji zupełnie znika, należy przecież przyjąć, że śledziona jest źródłem choroby. Co więcej, po operacji poprawił się obraz krwi, ilość ciałek czerwonych doszła do

cyfry normalnej, zmniejszyła się anizo- i poikilocytoza, a objaw ten możnaby tłumaczyć tem, że po usunięciu śledziony usunięto czynnik hamujący funkcję szpiku kostnego, oraz największe zbiorowisko komórek układu śródbłonkowo-siateczkowego, które przecież mają wpływ na hemolizę.

Nie należy również na podstawie naszej obserwacji pominąć zapatrywań Widala, Leydena i in., którzy przypisują przy powstawaniu żółtaczki hemolitycznej niepoślednią rolę narządowi krwiotwórczemu, w ten sposób, że ze szpiku kostnego, dostają się w obieg krwi ciałka czerwone, a priori mniej wartościowe, gorzej wykształcone, nierozwinięte, a tem samem łatwo ulegające rozkładowi, dostarczające po rozpadzie większego zapasu materjału t. j. hemoglobiny do przeróbki na barwiki żółciowe.

Kiedy chory po $1^1/_2$-miesięcznym pobycie opuszczał szpital, stan jego przedstawiał się jak następuje:

Waga	58	48	39·10	49
Ilość czerwonych ciał.	3,000.000	2,700.000	4.100.000	5,600.000
Hb%	55	55	80	80
Ilość bilirubiny	1/50.000	1/50.000		1/200.000
Resystencja c. c.	0·4—0·6%	idem	0·36—0·58%	—
Reakcja Hymansa	pośrednia	pośrednia	—	—

Jak to widoczne z powyższego zestawienia na stan chorego, który przed operacją stale się pogarszał, zabieg operacyjny korzystnie wpłynął. Wobec tego nie wahamy się powiedzieć, że o ile i nadal (a chory ma się nam co pewien czas przedstawiać) stan jego zdrowia będzie się poprawiał, icterus haemoliticus można uważać za tę jednostkę chorobową, przy której wycięcie śledziony leczy chorobę.

Niekorzystne wyniki po operacji, o jakich literatura wspomina, trzeba prawdopodobnie wziąć na karb złego rozpoznania. Tu w tym przypadku zachodzi tylko obawa, by przebyta kiła nie stanęła na drodze pomyślnego zdrowienia, i czy wskutek braku śledziony nie wyłoni się z biegiem czasu jakiś świeży zespół chorobowy. Opierając się jednak na literaturze możemy pomyślnie rokować, podawane bowiem przypadki przez Eppingera, Herczela, Kahna, Rotha i in. a obserwowane przez kilkanaście miesięcy, a nawet kilka lat po wycięciu śledziony przebiegały bez złych następstw.

Dr. Karol KUHL. Lwów.

Przyczynek do skazy krwotocznej ze zmniejszoną ilością płytek we krwi.

Z oddziału wewn. I. Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. Józef Wiczkowski.

Rzadkie występowanie wyżej wymienionego schorzenia, oraz niezgodność poglądów na nie, jaką spotykamy u poszczególnych autorów, są powodem ogłoszenia obserwowanego przez nas przypadku i wypowiedzenia się w tej sprawie.

Na oddział przyjęto dnia 30. września z. r. chorego S. B., lat 18, religji mojżeszowej, z zawodu służącego. — Ojciec i rodzeństwo chorego zdrowe, matka nie chorowała, zmarła w czasie wypadków wojennych, wśród jakich okoliczności choremu nie jest wiadomem. W rodzinie nikt z krewnych nie cierpiał na żadne krwawienia.

W dzieciństwie żadnych chorób infekcyjnych nie przechodził. W 6-tym roku życia podczas zabawy z rówieśnikami po jakimś nieznacznym urazie dostał nagle poraz pierwszy silnego krwotoku z nosa. Krwotok ten miał trwać kilka godzin. Chorego oddano wtedy do szpitala w Sokalu, gdzie przeleżał pół roku. Mimo leżenia w łóżku i zupełnego spokoju miewał jeszcze krwawienie z nosa i uszu. Wybroczyn wtedy na skórze nie zauważono. Później krwotoki ustąpiły, a chory przez kilka lat czuł się zupełnie dobrze.

Następny silny krwotok nosowy wystąpił przed dziesięciu laty.

Wybroczyny najliczniejsze na szyji, rękach i nogach, zaczęły występować dopiero od 5-ciu lat. Odtąd też częściej pojawiały się mniejsze krwawienia, a chory zauważył, że każde skaleczenie u niego krwawiło dłużej niż normalnie, a po każdym nawet słabym urazie występowały sińce.

Przed trzema laty w przejeździe przez Warszawę dostał bez żadnego powodu tak silnego krwawienia z nosa, że musiano go oddać do szpitala. Przez rok leżał w szpitalu żydowskim, a w czasie pobytu tamże wybroczyny kilkakrotnie występowały i znikały. Bólów w stawach nigdy nie miał. Po opuszczeniu szpitala chory czuł się dobrze.

27. września z. r. wystąpił bardzo silny krwotok nosowy i nie można go było zatamować przez 9 godzin. Chorego w stanie nieprzytomnym przywieziono do tutejszego szpitala na oddział rhino-oto-laryngologiczny. Tam założono mu tampony i dnia 30. września przewieziono na oddział wewnętrzny I. z rozpoznaniem »*Haemophilia-epistaxis*«.

Chory pali miernie, nie pije. Chorób wenerycznych nie przechodził. Poza krwawieniami, osłabieniem i często występującemi bólami głowy nie uskarżał się więcej na żadne dolegliwości.

Stan chorego w chwili przyjęcia na oddział: Wzrost niski, odżywienie dobre, skóra blada, kości dość grube. Uderzająco słaby zarost, owłosienie tułowia typu kobiecego. Bolesności kości niema żadnej. Głowa miarowa. Oczy i spojówki bez zmian. Nos gruby, w obu otworach nosowych tampony. Wargi grube, na ich wewnętrznych powierzchniach pod błoną śluzową liczne wybroczyny. Język obłożony. Gruczoły szyjne i karkowe nie powiększone. Klatka piersiowa miarowa. Płuca bez zmian. Nad końcem serca podmuch skurczowy, pozatem wszędzie dwa tony. Tętno 100 na minutę dobrze napięte. — Na skórze brzucha i kończyn dolnych drobne wybroczynki. — Wątroba miękka o brzegu tępym, słabo macalna. Śledziona twarda, macalna, sięga do łuku żebrowego. Gruczoły pachwinowe nieco powiększone.

Ciepłota ciała chorego w chwili przyjęcia na oddział po krwotoku wynosiła 38°; trzeciego dnia doszła do 38·5°, poczem stan podgorączkowy utrzymywał się do 22-go października, a więc blisko miesiąc. Odtąd ciepłota prawidłowa, tylko kilka razy przez 2 do 3 dni stany podgorączkowe do 38·5° w związku z występowaniem świeżych wybroczyn.

W czasie obserwacji wybroczyny pojawiały się przejściowo w różnych okolicach ciała i po kilku do kilkunastu dniach w danem miejscu znikały. Najliczniejsze spostrzegaliśmy na szyji wzdłuż przebiegu obu tętnic dogłowowych; w przegubach łokciowych, oraz na wewnętrznej powierzchni obu warg; nadto mniej liczne i wyraźne na przedramionach, tułowiu, kończynach dolnych, na dziąsłach i spojówce gałki ocznej. Najwięcej wybroczynek występowało w okresach stanów podgorączkowych. Po założeniu gumowej opaski na ramię można w 5 do 10 minut wywołać objaw opaskowy Rumpel-Leede.

Wskutek nieznacznych urazów chory miał przejściowo kilka sińców na nogach i rękach.

Krwawienia z nosa — już nieznaczne — miewał chory jeszcze w kilku pierwszych dniach pobytu na oddziale, później nie powtarzały się, z wyjątkiem małego krwotoku w grudniu po 4 tygodniowej przerwie w zażywaniu wapnia. Po miesiącu pobytu w szpitalu wystąpiło jeszcze podczas snu jedno krwawienie z prawego ucha. Rano następnego dnia stwierdzono na oddziale usznym, że krwotok ten pochodził z zewnętrznego przewodu usznego i że chory cierpi na nieżyt trąbki Eustachego.

Chory w szpitalu przybył na wadze 3 kg. 400 gr. Podmuch skurczowy nad końcem serca zniknął. Krwotoki nie powtarzają się więcej. Bóle głowy i osłabienie ustąpiło, a chory skarży się tylko na przemijające kłucie w rozmaitych miejscach klatki piersiowej, w których przedmiotowo żadnych zmian nie można stwierdzić. Wybroczyny obecnie spotykamy na tułowiu i kończynach. Objaw opaskowy daje się wywołać w każdej chwili.

Badania dodatkowe, jakie przeprowadziliśmy przedstawiają się następująco: Kilkakrotne badanie krwi wykazało w czasie obserwacji wzrost liczby erytrocytów z 4,000.000 do 4,300.00 przy 60% hemoglobiny (wedle skali Talquista) o wskaźniku barwnym 0.7. Mamy więc do czynienia z lekką niedokrewnością o typie błednicowym.

Liczba ciałek białych wahała się w granicach prawidło- (5.900 do 7.000), a ich skład procentowy: obojętnochłonnych 60% (segmentowanych 41%, pałeczkowatych 19%) limfocytów małych 29%, dużych 3%, monocytów 4%, przejściowych 3%, kwasochłonnych 1%.

Przejściowo — od początku pobytu chorego w szpitalu — liczba kwasochłonnych wynosiła 7% na niekorzyść obojętnochłonnych z powodu obecności glistnic (*ascaris lumbricoides*) w przewodzie pokarmowym.

Liczenie płytek metodą Fonio-Naegeli wykazało ich 5 na 1000 ciałek czerwonych czyli 21.500 m 1 m/m³, a więc w znacznie zmniejszonej ilości (prawidłowo 250.000—300.000). W czasie krwawień, przy kilkakrotnych badaniach nie udało się nam wogóle znaleźć żadnych płytek na preparatach krwi.

Czas krwawienia oznaczony metodą Duke'a trwał początkowo 37 minut, obecnie 23 minuty (prawidłowo 1—2 minut) podczas gdy krzepliwość krwi jest prawidłowa i wynosiła $3^1/_2$ minuty.

Krwinki wykazują nieco zmniejszoną odporność na hypotoniczne rozczyny soli kuchennej, bo hemoliza częściowa występowała w rozczynie 0.52%, a zupełna przy 0.32%.

Kurczliwości skrzepu specjalnie nie badaliśmy, w każdym razie jego oddzielanie się jest opóźnione.

Surowica krwi jest żółto-złotawa, a w niej zaznaczony pośrednio dodatni odczyn Hymans van den Bergha.

Ilościowe obliczenie bilirubiny dało wynik 1 gr na 100 tysięcy cm³ surowicy, a więc nieco wzmożona (prawidłowo 1 gr na 250.000—400.000 cm³).

W moczu próba Rosina i benzydynowa wypada ujemnie.

Krew posyłano kilkakrotnie do badania na odczyn Bordet-Wassermanna z powodu rozmaitych wyników, a mianowicie dwa razy był wynik ujemny, dwa razy zaznaczony (pracownia oznaczyła jednym +), a raz prawie zupełnie dodatni (+++). Próba Sachs-Georgi natomiast wszystkie pięć razy wypadła ujemnie.

Badanie dna oka przeprowadzone na oddziale ocznym wykazało: *visus et fundus oculorum utriusque normalis.*

Przy sondowaniu żołądka wydobyto naczczo 10 cm³ treści wodojasnej z wielką ilością śluzu o kwasocie od wolnego HCl 0, a ogólnej 14. Po śniadaniu próbnem Gluzińskiego (białko jaja kurzego i woda) 15 cm³ treści jasnej z resztkami nadtrawionego białka o kwasocie HCl 28, a ogólnej 54.

W kale po 3-dniowej diecie bezmięsnej próba benzydynowa wypadła słabo dodatnio. Pod drobnowidem poza przejściowo znajdującemi się jajkami *ascaris lumbricoides* — co tłumaczyło nam chwilową eozynofilję we krwi — żadnych nieprawidłowych składników nie spotkaliśmy.

Pamiętając o spostrzeżeniach Marischlera ogłoszonych w »Tygodniku lekarskim«, oraz o dwu przypadkach skazy krwotocznej obserwowanych w ubiegłych latach na oddziale, w których stwierdzano nadto gruźlicę płuc — szukaliśmy u chorego jakichś zmian w tym kierunku. W płucach żadnych objawów chorobowych nie znaleźliśmy. Prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena (Dr. Lenartowski) wykazało: »gruczoły wnękowe obustronnie wyraźnie powiększone, rysunek wnękowy silny. Serce o typie leżącym«. Próba Pirqueta wypadła ujemnie.

Po przyjrzeniu się całemu obrazowi chorobowemu i przeprowadzonym badaniom dochodzimy do wniosku, że w opisanym przypadku mamy do czynienia ze skazą krwotoczną o zmniejszonej ilości płytek we krwi — z trombocytopenją, przez niektórych autorów nazwaną też pseudohaemophilją.

Wprawdzie mogą się zdarzyć krwotoki z trombopenją jako drugorzędny objaw choroby w rozmaitych stanach zakażenia, przy nowotworach, białaczce, w pewnych zatruciach, przy *atrophia hepatis flava*, oraz według badań Traunera i po długich naświetlaniach promieniami pozafiołkowemi, pobudzającemi trombolityczną czynność śledziony — to jednak anamneza i cały obraz indywidualny dla danego schorzenia pozwoli nam je odróżnić od *thrombocytopenia essentialis.*

Trudność diagnostyczną może sprawiać odróżnienie krwawiączki — *haemophilii.* Na pierwszy rzut oka, przy niedość dokładnej anamnezie i bez badań krwi, omyłki są prawie nieuniknione. — Przykładem i nasz przypadek, który na oddział wewnętrzny został przeniesiony z rozpoznaniem »Haemophilia«.

W anamnezie hemofilika — z wyjątkiem sporadycznych form krwawiączki — można zawsze znaleść krwawców w rodzinie. Nadto stan chorobowy trwa nieprzerwanie całe życie. *Trombocytopenia essentialis* natomiast występuje przeważnie napadowo u osobników młodych, a w rodzinie ich nie spotyka się więcej przypadków skazy krwotocznej.

Dawniej obie formy mieszano. Dopiero zasługą Hayema jest rzucenie światła na to schorzenie. On pierwszy, a po nim Denys, Duke, Frank i Katznelson stwierdzili przy skazie krwotocznej brak płytek we krwi i opisali ją jako oddzielną jednostkę chorobową.

Odkrycie to dopiero przyczyniło się do wytłumaczenia różnej przyczyny na pozór jednakowego przedłużonego czasu krwawienia w obu schorzeniach.

Przy krwawiączce występują krwotoki wskutek opóźnienia krzepnięcia krwi wywołanego według Sahliego brakiem trombokinazy, albo zdaniem Klingera niedostateczną proteolizą powodującą słabsze tworzenie się trombiny.

Przy thrombocytopenji — jak w opisanym przypadku — krzepliwość krwi jest prawidłowa, a przedłużony okres krwawienia jest tylko następstwem braku lub zmniejszenia ilości płytek. — One bowiem są bodźcem do przechodzenia fibrynogenu w pierwsze nitki włóknika przez to, że w miejscu uszkodzonem przy zwolnieniu prądu krwi zostają — jako najlżejsze — wyrzucone na brzeg i przeczepiają się do nierówności ścian naczynia. Na nich dopiero osadzają się leukocyty i nitki włóknika wytwarzając skrzep tamujący krwawienie. Długość trwania krwotoku zależy od czasu w jakim ten skrzep się wytworzy.

Tę teorję F o n i o'a potwierdza budowa samego skrzepu, który jest konglomeratem płytek. One wedle Hayema są podstawą zbitości skrzepu, a miarą tego czas kurczenia się skrzepu. Frank słusznie nazywa je czynnikiem powodującym krzepnięcie krwi.

Płytki odgrywają rolę ciał obcych, co stwierdza doświadczenie Duke'a, bo położenie niteczki waty na brzeg krwawiącej ranki przy thrombocytopenji wstrzymuje krwotok.

Powstawaniu krwotoków, sińców i wybroczyn sprzyja nadto ta okoliczność, że przy trombopenji — co stwierdziło histologicznie wielu autorów, a między nimi z polskich Hornowski i Schusterówna — spotykamy w ścianach naczyń zmiany degeneratywne i stąd łatwiejsze ich uszkodzenia, a przy braku płytek wolna droga do krwawień. Następstwem tych zmian w naczyniach jest też i dodatni objaw opaskowy Rumpel-Leede.

Anemję aplastyczną, przy której również spotykamy zmniejszenie liczby płytek — wyklucza obraz krwi; brak zahamowania produkcji erytrocytów i leukocytów.

Frank dopatruje się związku między obu temi schorzeniami, a nawet w swej teorji posuwa się tak daleko, iż *anaemia aplastica* jest tylko dalszem stadjum trombocytopenji. Objawy anemji uważa przeważnie tylko za następstwa krwotoku, a więc jej ostateczną przyczyną tylko brak płytek. — Brak lub zmniejszenie ilości płytek we krwi utożsamia z niedomogą megakarjocytów w szpiku kostnym, na które zadziałała szkodliwość (noxa) hamująca ich rozwój, a tem samem i nowotworzenie się płytek. Za miejscem powstawania tego czynnika uszkadzającego uważa śledzionę. Przytem jednak nie wyklucza możliwości i patologicznie wzmożonego rozpadu już wytworzonych płytek.

Innego zdania jest Katznelson; śledzionę uważa on za miejsce gdzie płytki ulegają wzmożonemu niszczeniu, a obrzęk jej miałby w trombocytopenji podobne znaczenie dla płytek jak przy żółtaczce hemolitycznej dla ciałek czerwonych. Przy tego rodzaju trombocytopenji odradzanie się płytek jest nawet wzmożone za czem przemawiają duże ich formy jako oznaka młodego wieku.

Autorowie podają w poszczególnych przypadkach rozmaite zachowanie się płytek po wycięciu śledziony. U jednych splenektomja wywoływała znaczne zwiększenie się ilości trombocytów, natomiast u innych nie była w stanie powstrzymać ustawicznego zmniejszania się ich liczby.

Mimo wyniku dotychczasowych badań zachowanie się płytek przy skazie krwotocznej nie jest jeszcze zupełnie wyjaśnione.

Wobec tej rozbieżności poglądów F r a n k a i K a t z n e l s o n a, a mających poniekąd swoje uzasadnienie możnaby, podobnie jak R o s i n, odróżnić dwie formy; aplastyczną *thrombocytopenia essentialis* F r a n k a i hemolityczną *purpura thrombolytica* K a t z n e l s o n a. Jako sprawdzian odróżniający te dwie postacie chorobowe może posłużyć obrzęk śledziony i wygląd płytek.

Nasz przypadek ze względu na macalną śledzionę, oraz duże formy płytek, jako objaw ich regeneracji — zaliczymy do formy hemolitycznej.

Co do leczenia, to u naszego chorego zastosowaliśmy początkowo dwie podskórne injekcje po 10 cm³ surowicy normalnej, potem co drugi lub trzeci dzień autohaemotherapię z paru przerwami. Po każdej kilkudniowej przerwie zauważyliśmy, że wybroczyny pojawiały się we większej ilości. Nadto per os podaliśmy *calcium lacticum*, przyczem nie zauważyliśmy bynajmniej żadnego ujemnego działania wapna, przed czem przestrzega R o e s s l e r. Natomiast po kilku tygodniowej przerwie w zażywaniu — o czem wspominaliśmy wyżej — zaczęły się ponawiać krwotoki nosowe, czasowo zupełnie już wstrzymane.

Podawanie Epinephrogenu w pastylkach nie dało żadnego dodatniego wyniku.

O działaniu adrenaliny w tem schorzeniu przekonaliśmy się zastosowując doświadczenia Czerneckiego, jakie przeprowadził w swoich badaniach nad wpływem atropiny i adrenaliny na odporność czerwonych krążków krwi.

Żabieg	Hemoliza		Czas krwawienia	Ilość płytek na 100 erytrocytów
	częściowa	zupełna		
Przed adrenaliną	0.52	0.34	23'	3 do 4
45' po inj. 0.001 adrenaliny	0.46	0.28	23'	7 do 8
Przed atropiną	0.52	0.34	23'	3 do 4
45' po inj. 0.001 atropiny	0.50	0.34	23'	3 do 4

Z powyższej tablicy widzimy, że w naszym przypadku podskórne wstrzyknięcie 0.001 adrenaliny wpłynęło znacznie na podniesienie odporności ciałek czerwonych na hypotoniczne rozczyny soli. Wynik ten potwierdzałby zapatrywanie Czerneckiego oparte na hipotezie Eppingera o wpływie zetknięcia się ciałek czerwonych z miazgą śledziony, a tak znaczne podniesienie ich odporności, — jakiego nie uzyskał Czernecki w żadnym ze swoich przypadków u ludzi, oraz zwierząt, nawet przy dożylnem wstrzykiwaniu adrenaliny i pobieraniu krwi z żyły śledzionowej — przemawiałoby tembardziej za tem, że układ śródbłonkowo-siateczkowy u naszego chorego nie tylko niszczy w znacznym stopniu płytki, lecz prawdopodobnie także atakuje i ciałka czerwone obniżając ich odporność podobnie jak w żółtaczce hemolitycznej i niedokrewności złośliwej hemolitycznej typu Biermera. W ten sposób możnaby wytłumaczyć i zwiększenie ilości bilirubiny w surowicy krwi, nawet w tym czasie, kiedy chory od miesiąca już nie wykazał żadnych krwawień. Z drugiej strony jednak nie można wykluczyć obecności jakichś małych krwawień wewnętrznych, któreby objaśniły nam ten objaw zwiększenia ilości bilirubiny.

Przez działanie adrenaliny na śledzionę i zmniejszenie w niej trombocytolizy możemy sobie wytłumaczyć zdwojenie się ilości płytek, nie odmawiając przytem adrenalinie i drażniącego działania na megakarjocyty w szpiku kostnym.

Czas krwawienia wbrew wszelkim oczekiwaniom nie uległ zmianie.

Działanie adrenaliny możemy uważać tylko za chwilowe, gdyż badanie krwi, przeprowadzone następnego dnia po zastrzykiwaniu, tak co do odpornosci ciałek czerwonych, jakoteż i ilości płytek daje wyniki pierwotne.

Wycięcie śledziony jest ostatecznym ratunkiem dla chorych na ciężkie formy hemolityczne.

U naszego chorego bezwzględnie zalecimy splenektomję i nadal będziemy obserwować jego stan i obraz krwi, a dalsze spostrzeżenia poczynione na tym przypadku ogłosimy w swoim czasie.

---

† Prof. Dr. Józef WICZKOWSKI. Lwów.

Uwagi nad przypadkami z zakresu hematologji.

(Z Oddziału wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Zbiegiem okoliczności mieliśmy sposobność obserwować w naszym oddziale 4 wyżej opisane przypadki schorzeń narządów krwiotwórczych. Na pytanie, czy są to przypadki typowe, należy dać odpowiedź twierdzącą. Pomijając żółtaczkę hemolityczną, zauważyć trzeba, że w przypadku *»anaemia aplastica«* ani za życia, ani w badaniu pośmiertnem nie wykazano ubocznego powodu jak zakażenia drobnoustrojami i t. p. któryby mógł dawać następowo tę postać niedokrwistości.

Przypadek niedokrwistości hemolitycznej o tyle jest mniej typowy, że nie wykazywał obrzęku śledziony a w obrazie krwi cech regeneracji. Nie są to jednak warunki w rozpoznaniu niedokrwistości hemolitycznej bezwzględnie konieczne. Inne cechy, jak: obraz krwi, wskaźnik hemoglobiny wybitnie wysoki, objawy wyraźnej hemolizy na szczycie choroby i zniknięcie tego objawu w okresie poprawy pozwalały nam to rozpoznanie postawić.

Na pytanie czy nasze przypadki niedokrewności są pierwotne (*»essentialis«*) należy również odpowiedzieć twierdząco. Jedynie w przypadku niedokrewności hemolitycznej podaje chory w wywiadach owe rzekome zatrucie materjałem mostka zębowego. Prawdopodobnie jednak był to czynnik jedynie uboczny, lub szczegół przypadkowy nie mający przyczynowego znaczenia. Niedokrewność bowiem wystąpiła u osobnika którego ojciec był alkoholikiem, który sam chorował na padaczkę — a więc w ustroju mniej wartościowym, zapewne z wrodzoną *»astheniq«* szpiku kostnego.

Wszak wiadomem jest, że nieraz bruzdogłowiec pasorzytując w jelitach nie daje objawów niedokrwistości, i naodwrót niedokrewność wywołana przez bruzdogłowca może nieustąpić pomimo usunięcia pasorzyta. Z tego wniosek, że przy niedokrewności poza przyczyną zewnętrzną istnieje jeszcze wewnętrzna (mniejsza wartościowość ustroju, względnie szpiku kostnego). Wyrazem tej *»astenji«* ustroju ma być również *»achylia gastrica«* uważana dawniej za przyczynę niedokrewności, a dalej obciążenie dziedziczne alkoholizmem i chorobami umysłowemi (Schaumann). Jak wykazano, *»achylia«* może występować równocześnie u tych samych członków rodziny, być dziedziczną, a także łączyć się z limfocytozą, którą uważają również za dowód mniejszej wartościowości ustroju.

Te dane i ujemne usiłowania nasze wynalezienia przyczyny w tym przypadku niedokrewności, przemawiają za jej *»kryptogenesis«*.

W omówieniu patogenezy opisanych przypadków musimy zwrócić uwagę na t. z. układ śródbłonkowo-siateczkowy t. j. komórki pochodzenia mesenchymalnego, które rozrzucone są w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i gruczołach chłonnych. Komórki te rozmieszczone w tych narządach stoją ze sobą w ścisłym związku, mają pewne wspólne cechy, zastępują się do pewnego stopnia wzajemnie, a w rozwoju filogenetycznym ustroju wyspecjalizowały swe własności w ten sposób, że w śledzionie i wątrobie mają przeważnie zadanie hemolityczne, w szpiku kostnym zaś i w gruczołach przeważnie krwiobójcze, podczas gdy własności hemolityczne ustępują w tych narządach na plan drugi. Współpracę tych grup komórek, których największem zbiorowiskiem jest śledziona, tłumaczą sobie wydzielaniem przez śledzionę pewnego »hormonu«, który reguluje pracę całego układu śródbłonkowo-siateczkowego. Zaburzenie tej równowagi sprowadza następstwa objawiające się zaburzeniami w niszczeniu i nowotworzeniu się składników morfotycznych krwi.

W patogenezie żółtaczki hemolitycznej i niedokrewności Biermera wysuwa się według najnowszych zapatrywań na plan pierwszy śledziona. Śledziona w tych postaciach wykazuje wzmożoną czynność swego układu śródbłonkowo-siateczkowego; jest zwłaszcza w żółtaczce hemolitycznej silnie powiększoną, o miazdze przekrwionej z objawami »erytrofagji«. W śledzionie widzi Eppinger przyczynę wzmożonej hemolizy, która się odbywa dzięki owej »hypersplenji«.

Ponieważ zakres »erytrofagji« nie tłumaczył autorowi ogromnego rozpadu ciałek czerwonych, którego to rozpadu wyraźne dowody mamy w żółtaczce hemolitycznej, mniejsze zaś w niedokrewności Biermera, stworzył Eppinger swą znaną hypotezę »nadtrawiania« ciałek czerwonych przez zetknięcie się ich z miąższem śledziony w zakresie większym niż w stanach fizjologicznych, poczem padały one w dalszym ciągu ofiarą komórek śródbłonkowo siateczkowych w wątrobie a to t. zw. komórek Browicz-Kupffera.

Wyrazem tego »nadtrawiania«, »uczulenia« ma być zmniejszona odporność ciałek czerwonych w żółtaczce hemo-

litycznej, a także zmniejszona odporność ciałek czerwonych pobranych z żyły śledzionowej w stanach fizjologicznych. W i d a l uważał obrzęk śledziony za bierny objaw drugorzędny (»*tumor spodogenes*«) podnosząc, że gra tu rolę pierwszą szpik kostny przez wytwarzanie ciałek czerwonych jakościowo mniej wartościowych, ulegających więc prędzej zniszczeniu.

Ścierają się więc tu dwa poglądy wysuwające raz śledzionę, drugi raz szpik kostny na pierwszy plan.

Szpik kostny jest w żółtaczce hemolitycznej wybitnie czerwony zwłaszcza w postaci wrodzonej — i pod względem ilościowym wytworzonych ciałek czerwonych dotrzymuje zwykle kroku olbrzymiemu ich rozpadowi, czego dowodem możliwość utrzymania bilansu składników morfotycznych krwi, który to bilans ulega zaburzeniu jedynie w czasie zaostrzenia hemolizy; zresztą chorzy są »więcej żółtaczkowi niż chorzy«.

W żółtaczce hemolitycznej mamy więc wzmożoną czynność śledziony, wątroby, szpiku kostnego (przynajmniej ilościowo) lekkie zaś coprawda rzadkie nawroty żółtaczki mimo leczniczego wycięcia śledziony, należy chyba zwalić na karb wzmożonej zastępczej czynności pozostałej części układu śródbłonkowo-siateczkowego.

W żółtaczce hemolitycznej przypuścić więc można istnienie nadmiernej czynności całego układu śródbłonkowo-siateczkowego z uprzewilejowaniem śledziony.

W niedokrewności złośliwej mamy także dowody kliniczne i anatomo-patologiczne zwiększonego rozpadku ciałek czerwonych. W tej postaci chorobowej jednak szpik kostny mimo swego czerwonego wyglądu i objawów zwiększonej czynności jest inaczej ukształtowany, nie dorasta może do wymogów zwiększonej wytwórczości, którąby mogła zastąpić skutecznie zwiększone niszczenie ciałek czerwonych, jak to bywa przy żółtaczce hemolitycznej.

Chorzy na ciężką niedokrewność hemolityczną (typu B i e r m e r a) są to osobniki o mniejszej wartościowości ustroju.

Jak osoby z pewną »słabszą konstytucją« trudniej wyrównują utratę krwi po krwotokach lub ujemnych wpływach toksycznych, tak samo w niedokrewności hemolitycznej rozpad ciałek czerwonych (chociaż nie tak gwałtowny jak przy żółtaczce hemolitycznej) wywołuje ciężki stan niedokrewności a to przez niewydolność szpiku kostnego.

Do czynnika więc hemolitycznego (a więc »*hyperfunctio*« śledziony dołącza się jeszcze drugi czynnik, a to: mała wydolność szpiku kostnego, czynnik który znacznie rzadziej wchodzi w grę przy żółtaczce hemolitycznej co i w rokowaniu i w leczeniu w obu tych schorzeniach ma rozstrzygające znaczenie.

Zapatrywania, że bez »myelopatji« nie ma niedokrewności nie możnaby zatem zastosować przy żółtaczce hemolitycznej wrodzonej — gdzie niedokrewność występuje jedynie przez niestosunek do niewątpliwie wzmożonej czynności szpiku kostnego, do ogromnej hemolizy.

Zdanie to zastosować zaś można przy »*Anaemia gravis haemolytica*« a w całej pełni słuszność tego zapatrywania występuje w niedokrewności aplastycznej. W tej postaci bowiem nie mamy dowodów ani klinicznych ani anatomopatologicznych przemawiających za zwiększonym rozpadem ciałek czerwonych, a niedokrewność jest w tych razach wyrazem zupełnego bankructwa układu erythro-leuko- i thromboblastycznego. Układ erythroblastyczny stracił tu możność wytwarzania prawidłowej ilości ciałek czerwonych potrzebnych do pokrycia codziennego ich deficytu, powstałego przez fizjologiczne zużywanie się tychże.

Ciekawą jest rzeczą, że zatrucie benzolem i promienie Roentgena (w razach szkodliwego ich działania u roentgenologów) atakują wszystkie wymienione części szpiku kostnego, podczas gdy benzol u zwierząt atakuje jedynie układ leuko i thromboblastyczny nie dając jednak skłonności do krwawień.

Krwawienia przy niedokrewności aplastycznej nie są przyczynami tejże, lecz wyrazem zmniejszonej ilości płytek Bizzozera a więc wyrazem współrzędnym, zależnym prawdopodobnie także od zmian w naczyniach.

Chcąc wyjaśnić jeszcze stosunek hemolizy do objawu zmniejszonej odporności ciałek czerwonych wobec płynów hypotonicznych (objaw zasadniczy w żółtaczce hemolitycznej) należy zaznaczyć, że tych dwóch zjawisk nie należy ściśle i zawsze ze sobą łączyć.

Hemolizę mamy niewątpliwie w niedokrewności hemolitycznej i w żółtaczce hemolitycznej a przecież odporność w żółtaczce hemolitycznej jest zmniejszoną w niedokrewności hemolitycznej zaś przeciwnie często zwiększoną.

Co więcej po wycięciu śledziony w żółtaczce hemolitycznej, hemoliza ustaje i żółtaczka znika a odporność ciałek czerwonych jedynie poprawia się.

Widocznie więc wbrew hipotezie E p p i n g e r a zmniejszanie się odporności osmotycznej nie zależy od śledziony a ma jakieś inne przyczyny — może według zapatrywań W i d a l a leży w szpiku kostnym, który wytwarza ciałka czerwone mniej wartościowe. Ciałka te w żółtaczce hemolitycznej już morfologicznie różnią się od prawidłowych, są bowiem mniejsze i więcej kuliste. Te jednak ciałka morfologicznie różne od prawidłowych, niezmieniają swego wyglądu nawet po wycięciu śledziony przy żółtaczce hemolitycznej, odporność ich poprawia się jedynie a brak hemolizy zwalić należy chyba na brak śledziony w tych razach — co przecież przemawia za ważnem stanowiskiem śledziony w tem schorzeniu.

W przypadku »thrombopenji« mając na oku powiększoną śledzionę rozpoznaliśmy postać jej hemolityczną t. j. thrombolizę płytek Bizzozera, w śledzionie.

Uderza jednak w przypadku tym jeden drobny szczegół a mianowicie fakt., że odporność osmotyczna ciałek czerwonych w tym przypadku jest mniejsza od prawidłowej.

Jeśli przyjmiemy tu thrombolizę dzięki »hypersplenji« wtedy przyjąć należałoby, że śledziona w zrozumieniu E p p i n g e r a a t a k u j e r ó w n i e ż o b o k p ł y t e k i c i a ł k a c z e r w o n e. Gdyby objaw ten stwierdzić można było niezbicie także w innych przypadkach, wolnoby mówić, że istnieć może p e w n e p r z e j ś c i e m i ę d z y »*Thrombopenia essent. haemolytica*« a ż ó ł t a c z k ą h e m o l i t y c z n ą w z g l ę d n i e *Anaemia gravis haemolytica*, przy której coprawda nie ma zmniejszonej odporności krwinek. Gdybyśmy stanęli na stanowisku W i d a l a moglibyśmy przypuszczać, że szpik kostny wytwarza nietylko ciałka czerwone mniej wartościowe (jak w żółtaczce hemolitycznej) ale, ż e m o ż e w y t w a r z a ć r ó w n i e ż i p ł y t k i m n i e j w a r t o ś c i o w e k t ó r e ł a t w i e j w ś l e d z i o n i e c z y t e ż p r z e z ś l e d z i o n ę u l e g a j ą z n i s z c z e n i u. W czasie ewentualnej operacji wycięcia śledziony w powyższym przypadku, należy oznaczyć odporność osmotyczną ciałek czerwonych we krwi z żyły śledzionowej i z krwi obwodowej, oraz obliczyć ilość płytek we krwi opuszczającej śledzionę i we krwi obwodowej,

Gdyby objaw, który zauważono po użyciu adrenaliny w thrombopenji, a to zwiększenie się odporności można było potwierdzić, byłby to może dowód za słusznością hipotezy E p p i n g e r a. Adrenalina kurcząc śledzionę zmniejsza owo nadtrawianie ciałek czerwonych przez zmniejszenie obszaru miazgi śledziony. Byłoby to więc udanie się eksperymentu C z e r n e c k i e g o [1]) w swych doświadczeniach na ludziach i królikach, który przy adrenalinie nie otrzymywał wyników. Czy można w ten mechaniczny sposób tłumaczyć to zjawisko występujące po adrenalinie — to jeszcze jest wątpliwem.

Dzięki wyjaśnieniu przez K a t z n e l s o n a patogenezy »*thrombopenia essentialis*« widzimy, że brak płytek i krwawienia w »*anaemia aplastica*« jest pochodzenia aplastycznego t. j. polega na zmniejszonem tworzeniu się płytek, w »*thrombopenia essentialis*« zaś jest przyrody hemolitycznej, gdyż szpik kostny wytwarza wielkie ilości płytek, a brak ich we krwi pochodzi z nadmiernego ich niszczenia, przez układ śródbłonkowo-siateczkowy w śledzionie.

Mimo wyjaśnienia w tej sprawie kwestja roli płytek w krwawieniach przy skazach krwotocznych (zwłaszcza obja-

[1]) Badania nad wpływem atropiny i adrenaliny na odporność czerwonych krążków krwi. Zbiór prac z zakresu ludzkiej patologji wewnętrznej. Tom I. 1923. Warszawa. Z II. kliniki chor. wewn. Uniwers. Warsz. Wydał Prof. Dr. K. Rzętkowski.

wowych) nie jest jeszcze wyjaśnioną. Wprawdzie stwierdzono zwiększenie ilości płytek w zwolnieniach krwawień, są jednak znane spostrzeżenia przeciwne, a opisują także spadek ilości płytek pomimo wycięcia śledziony, co prawda bez większych krwawień.

Znane są przypadki skazy krwotocznej objawowej z prawidłową ilością płytek. Naegeli opisuje skazę krwotoczną wyleczoną wycięciem śledziony, przyczem ilość płytek podniosła się po operacji do 1 miljona, ale badanie histologiczne śledziony nie wykazało thrombolizy. Widocznie wycięcie śledziony było nie usunięciem narządu thrombolitycznego, lecz jedynie pobudką dla szpiku kostnego w kierunku nowotworzenia się płytek — albo płytki te ulegały zniszczeniu nie w śledzionie, ale w innej części układu śródbłonkowo-siateczkowego.

Spadek ilości płytek pomimo wycięcia śledziony tłumaczą sobie możliwością zastępczego działania pozostałej reszty układu śródbłonkowo-siateczkowego. Dla wyjaśnienia faktu, że mimo braku płytek krwawienia po operacji mogą ustać, użyto hipotezy, że w śledzionie prócz zwiększonego rozpadu płytek powstaje jakieś trujące ciało, które uszkadza naczynia krwionośne.

Wycięcie śledziony, które tak dobre daje wyniki w żółtaczce hemolitycznej i w »*thrombopenia essentialis*« może być w niektórych razach stosowanem i w »*anaemia gravis haemolytica*«. Wynik jednak w tych razach jest późny, nikły, a co najważniejsze: nietrwały. W żółtaczce hemolitycznej po wycięciu śledziony szpik kostny nadmiernie pracujący szybko wyrównywa niedokrewność (zwłaszcza w postaciach wrodzonych) a nawet przez usunięcie hamującego wpływu śledziony, pracując nadmiernie może doprowadzić do wybitnego zwiększenia się ilości ciałek czerwonych w 1 mm^3, w *anaemia gravis*« przez wycięcie śledziony usuwamy wprawdzie narząd hemolityczny, oraz »hormonalny« wpływ hamujący śledziony na szpik kostny, ale ten szpik z natury mało wydolny — daje jako wynik poprawę małą, późno nieraz występującą, oraz niestałą.

Dotąd nie udało mi się ani jednego przypadku niedokrewności ciężkiej hemolitycznej uratować tym sposobem. Pogorszenie stanu mimo chwilowej poprawy tłumaczyć sobie można nietylko wyczerpaniem się szpiku kostnego, ale może także przez zastępcze działanie reszty pozostałej części układu śródbłonkowo-siateczkowego.

Możliwe, że działają tu w dalszym ciągu, a nawet w stopniu wzmożonym t. zw. »krwiste gruczoły chłonne«. Twory te nie mają nic wspólnego ze zwykłemi gruczołami chłonnemi, są tworami samoistnemi, które nie posiadają naczyń chłonnych, lecz są wtrącone w krążenie krwi i budową histologiczną zbliżają się do budowy śledziony, pełnią więc czynność hemolityczną.

Znajdywano je przy niedokrewnościach złośliwych typu hemolitycznego i zauważono, że po wycięciu śledziony stają się większe.

Należy więc liczyć się z możliwością zastępczego hemolitycznego działania tych tworów po wycięciu śledziony. Pozatem zdarzają się często śledziony dodatkowe.

W wielu więc razach ustrój może zastąpić wyciętą śledzionę jużto owemi krwistemi gruczołami, jużto śledzionami dodatkowemi.

Przypomnieć należy, że stwierdzono u zwierząt po wycięciu śledziony — powstawanie w wątrobie ognisk podobnych do tkanki śledzionowej, które jakościowo okazywały własności wspólne ze śledzioną.

Fakty te pozwalają nam pojąć, że można z jednej strony śledzionę bezkarnie usunąć, w innych razach tłumaczą nam dlaczego możliwe są nawroty (co prawda rzadkie) przy żółtaczce hemolitycznej po wycięciu śledziony, a po części i niekorzystne w końcowym efekcie wyniki wycięcia śledziony przy niedokrewności hemolitycznej, gdzie coprawda ważną rolę odgrywa niewydolność szpiku kostnego.

Lesław WĘGRZYNOWSKI. Lwów.

Wskazania do założenia sztucznej odmy piersiowej.

Z I. Oddziału wewnętrznego państw. Szpitala kierownik: Doc. dr. Czernecki i ambulatorjum ftizjologicznego (Twa Walki z gruźlicą).

Od chwili rozpoczęcia leczenia sztuczną odmą jednostronnej gruźlicy płuc przez Forlaniniego w 1882 r. wskazania do stosowania tego zabiegu są rozszerzone i dziś przez doświadczenie dziesiątek lat ustalone. Można powiedzieć, że »odma« ustaliła już swoje obywatelstwo w lecznictwie. To też dzień każdy przynosi w piśmiennictwie światowem nowe prace i nowe spostrzeżenia w tym względzie. Przeglądając roczniki pism polskich widzimy, że metoda ta nie uzyskała jeszcze u nas w Polsce tego stanowiska, jakiem się dzięki wynikom uzyskanym przez nią cieszyć powinna. Uważamy więc, że zebranie krytyczne w krótkości wskazań do tego zabiegu, opierając się na materjale i doświadczeniu, jakie uzyskaliśmy stosując ten zabieg od szeregu lat (Klinika chorób wewn. Wszech. Lwowskiej [Prof. Dr. Gluziński) Oddział wewnętrzny i zakaźny szpitala wojennego w Bernie Moraw. (pod mojem kierownictwem) będzie rzeczą pożyteczną i zainteresuje szersze kręgi lekarzy klinicystów i praktyków.

Cel zabiegu:

Wprowadzając powietrze, względnie gaz do jamy opłucnowej:

1. zwiększamy ciśnienie śródpiersiowe;
2. wywołujemy mniejszą ruchomość płuca, a ugniatając je doprowadzamy do zaprzestania funkcji częściowo lub w całości (płuco przestaje oddychać);
3. razem z płucem ugniatamy system krwionośny i limfatyczny płuca;
4. odsuwamy opłucną płuca od ściennej.

Te zmiany wywołane w klatce piersiowej po jednej stronie muszą powodować:

1. wzmożenie funkcji oddechowej płuca drugiego,
2. najprawdopodobniej przekrwienie pewne płuca nieuciśniętego.

Sprawa ta mimo prac Brunsa, Sackura i Cloetta oraz Zdz. Tomaszewskiego nie jest dostatecznie wyjaśnioną. Wydaje się jednak pewnem, iż następuje większy dopływ krwi do płuca nieuciśniętego, a przeto utlenianie się hemoglobiny nie ulega zmniejszeniu. Jeżeli chodzi o zmiany gruźlicze, to przez uciśnięcie płuca pogarszają się warunki do szerzenia się procesu gruźliczego, następuje zmniejszenie pola wytwarzania i wchłaniania toksyn gruźliczych, przez spokój organu chorego wzmaga się proces gojenia, względnie zbliznowacenia miejsc zaatakowanych. Tego rodzaju działanie miejscowe, na sam proces chorobowy, pociąga za sobą działanie ogólne: zmniejszenie się ilości działających toksyn musi wpływać dodatnio na cały ustrój, a w szczególności ułatwia organizmowi przeciwdziałanie na ogniska jeszcze istniejące. W końcu niewątpliwie okresowe uciskanie płuca musi wywołać działanie uodparniające wytwarzając w ustroju antigeny. (Często spotykane podwyżki ciepłoty bezpośrednio w kilka lub kilkanaście godzin po zabiegu).

Rodzaje odmy sztucznej:

Rozróżniamy odmę:

1. Rozpoznawczą;
2. leczniczą, tą zaś dzielimy na *a*) zastępczą, *b*) dekompresyjną czyli zwalniającą (jedno i dwustronną), *c*) uciskającą: zupełną i częściową;
3. odmę przygotowawczą.

Przypatrzmy się obecnie bliżej wskazaniom do zakładania tych różnych odm.

Ad 1. Odmę rozpoznawczą stosujemy rzadko i to przedewszystkiem w roentgenologji. Może ona znaleźć zastosowanie przy rozpoznawaniu różniczkowem nowotworów płuc, bąblowca i t. p. Przez wpuszczanie powietrza do klatki piersiowej zwiększamy wyrazistość konturów, odsuwamy płuco od ściany klatki piersiowej co wszystko ułatwić może rozpo-

znanie. Pozatem, jako zabieg pomocniczy przy badaniu torakoskopem Jakobsona.

Ad 2/a. Zastępczą odmę stosujemy w przypadkach, gdzie chodzić nam będzie o usunięcie płynu nagromadzonego w klatce piersiowej, a uniknąć pragniemy nagłego rozwinięcia się płuca uciśniętego przez płyn, nie chcemy pozwolić, by powierzchnie obu opłucnych zetknęły się lub też obawiamy się nagłych zmian w ciśnieniu w klatce piersiowej.

Usunięcie nagłe płynu uciskającego płuca prowadzące do szybkiego rozwinięcia się miąższu płucnego prowadzi częstokroć do rozbudzenia, względnie niesłychanie silnego wzmożenia procesów gruźliczych tam istniejących. Wiadomo wszak jest, że proces gruźliczy może się nagle w takiem płucu zasypać.

Usunięcie płynu wobec istniejących zmian zapalnych na blaszkach opłucnej prowadzić musi do zetknięcia się i do zrostów. Wprowadzenie powietrza i podtrzymywanie takiej odmy przez kilka lub kilkanaście dni pozwala na wygojenie się opłucnej i usuwa to niebezpieczeństwo w znacznej części.

Odmę więc zastosować możemy w przypadkach *pleuritis exsudativa i exsudatum pleuriticum.* Dodatkowo dodać musimy, że samo wprowadzenie powietrza do jamy opłucnowej może mieć lecznicze działanie (otwarcie jamy brzusznej lecznicze przy gruźlicy otrzewnej). Chwila w której można rozpocząć leczenie odmą przychodzi w zapaleniu opłucnej wtedy, gdy ilość płynu przestanie wzrastać. W każdym razie odma jest wskazaną w chwili, gdy płyn z jamy opłucnowej sam szybko znika. W przypadkach *pyothorax* natury gruźliczej, gdy zachodzi konieczność wypuszczenia płynu oprócz przepłukiwań, wprowadzenia mieszanki jodoformowej, wprowadzamy powietrze, kierują tu nami te same względy co powyżej. (O wynikach leczenia ropnia opłucnej natury gruźliczej doniesiemy w swoim czasie obszerniej).

Jasnem jest, że wysięki ropne opłucnej wywołane zakażeniem łańcuszkowców, gronkowców i t. p. leczyć należy chirurgicznie i te do odmy nie nadają się zupełnie.

Odmę zastępczą stosujemy też w przypadkach wylewu krwi do klatki piersiowej przy zranieniach płuca. Założenie odmy w kilka, względnie kilkanaście dni po zranieniu przyjednoczesnem opuszczeniu nagromadzonej cieczy nie pozwala na powtórzenie się krwotoku z rany i tak, jak przy wysięku surowiczym, nie pozwala na wywołanie zrostów.

Ad 2/b. Pod odmą zwalniającą (dekompresyjną) rozumiemy wprowadzenie niewielkiej ilości gazu do klatki piersiowej (do 300 cm³) w celu

a) zmniejszenia ruchomości płuca,

b) odsunięcia powierzchni od ściany klatki piersiowej. Taką odmę stosujemy jedno lub dwustronnie.

Z reguły stosujemy odmę zwalniającą przy zakładaniu odmy zupełnej, jako zabieg przygotowawczy. Przez taką odmę przyzwyczajamy drugie płuco do wzmożonej pracy i dopiero wtedy przechodzimy do odmy, kiedy dokładna obserwacja strony drugiej wykaże, że żadne ognisko po stronie zdrowej lub też zdrowszej się nie budzi, względnie nie wzmaga swej czynności. Z reguły wystarczy 7—10 dniowy okres odmy zwalniającej. Przy zmianach z drugiej strony (o czem niżej), odmę dekompresyjną stosować będziemy musieli przez czas dłuższy, kilku, a nawet kilkunastu tygodni.

Z piśmiennictwa znamy przypadki dwustronnej odmy zwalniającej przy obustronnej czynnej gruźlicy płuc (Gwerder). Na ten zabieg nie mogliśmy się dotąd zdecydować, to też doświadczenia w nim nie mamy.

Często samo zmniejszenie ruchomości bardziej chorego płuca, lub też w przypadku jednostronnej gruźlicy już wywołuje zbawienny wpływ na szerzenie się sprawy gruźliczej, zmniejszenie objawów toksycznych a w szczególności gorączki.

Odmę zwalniającą stosować należy i to z bardzo dobrym, przedmiotowo wynikiem w przypadkach silnych bólów i kłucia przy zapaleniach suchych opłucnej i zapaleniach płuc i opłucnej. Lekka odma usuwa możność tarcia powierzchni opłucnej, usuwa w zupełności ból, taką też odmę można bez żadnego ryzyka stosować i dwustronnie.

Ad 2/c. Odmę uciskającą zupełną (zgniecenie płuca) stosujemy naturalnie zawsze jednostronnie i to w pierwszym rzędzie w gruźlicy płuc jednostronnej czynnej. Przypadek musi być poprzednio obserwowany. Tylko przypadki, w których spokój, łóżko, leczenie klimatyczne nie dają wyników, kwalifikujemy do odmy.

Odnośnie do tego schorzenia zauważyć należy, że zdaniem naszem każda forma gruźlicy do tego zabiegu się nadaje z wyjątkiem przypadków bardzo silnych i rozległych zrostów opłucnowych.

Podkreślić jednak muszę (na co zresztą liczni autorowie zwracają uwagę), że badanie fizykalne ani też nawet prześwietlanie Roentgenem nie daje nigdy pewności co do siły zrostów. Wieleż to razy ku naszemu zdziwieniu odma mimo bardzo rozległych zrostów założyć się daje, a zrosty ulegają rozerwaniu.

W pierwszym rzędzie nadawać się będą do stosowania tego sposobu leczenia sprawy rozpadowe z tendencją do bujania i bliznowacenia, jednak nawet i zapalenie gruźlicze płuc (*pneumonia caseosa*) przy dłuższem stosowaniu odmy daje dobre wyniki.

Jest jeszcze jedno wskazanie, które nazwaćby należało społecznem, a które z naciskiem podnieść należy: formy nieczynne gruźlicy płuc jednostronnej w której z jam i zaułków oskrzeli stale wydzielają się w plwocinie prątki Kocha, osobnik zaś dotknięty tym objawem zmuszony jest z powodu swego trybu życia stykać się z dziećmi n. p. nauczyciele, matki i t. p. W tych przypadkach nawet nieczynnych odma jest wskazaną.

Stany jednostronnej gruźlicy płuc stanowiące klasyczne wskazania do sztucznej odmy są niestety nader rzadkie. Zawsze prawie stwierdzamy zmiany i po drugiej stronie.

W takich przypadkach uciekać się musimy najpierw do zabiegu przygotowawczego: odmy zwalniającej (patrz wyżej). W razie jednak posuwania się sprawy po stronie zdrowej odmę bezwzględnie należy przerwać. Strona druga« musi być przynajmniej »praktycznie zdrową« (Brauner) t. zn. wykazywać zmiany nieczynne. Nawet jednak zajęcie drugiej strony do połowy formą włóknistą nie będziemy uważać za przeciwwskazanie (Saugman). W piśmiennictwie cytują cały szereg przypadków, w których po założeniu i wygojeniu odmą jednej strony, zakładano z dobrym skutkiem odmę po stronie drugiej. Doświadczenia w tym względzie własnego nie mamy.

Do dalszych wskazań do odmy uciskającej należeć będzie uporczywy krwotok płuca i tu działa nieraz odma jako ostatnia deska ratunku. Zachodzi jednak często pewna trudność w stwierdzeniu z całą pewnością z której strony płuco krwawi.

O ile uda się stwierdzić — odma jest wskazaną. Z tem łączą się dalsze wskazania: odma w zranieniach płuc. W każdym przypadku, gdzie przypuszczamy jednostronne zranienie płuca założyć należy odmę, Odma nietylko przyczyni się do szybszego gojenia się rany, ale zamknie ją silniej, nie dopuści lub utrzyma krwotok, uniemożliwia względnie utrudnia zakażenie jamy opłucnowej wydzieliną zranionego płuca. W przypadkach już istniejących wylewów krwi (patrz wyżej): odma zastępcza.

Wymienić tu musimy również ropnie płuc mające komunikacje z oskrzelami lub też położone w głębi płuca. Rozstrzenie oskrzeli (*bronchoectasia*) zapalenie oskrzeli ropne i zgorzel płuc jednostronną. We wszystkich tych ostatnio wymienionych sprawach chorobowych należy zastosować odmę. Koniecznem jest jednak zdawać sobie sprawę z pewnych trudności i możliwości różnych powikłań.

Należy postępować nader ostrożnie, by stosowaniem zbyt wielkich ciśnień nie przerwać przy rozrywaniu zrostów ściany ropnia i nie wywołać ropnia opłucnej, powtóre ściany ropnia lub też rozstrzeni oskrzelowej mogą być tak silne i zgrubiałe, że nie potrafimy ich ucisnąć odmą. W takim przypadku po dłuższych próbach trzeba będzie ustąpić.

Dalej w przypadkach odmy samoistnej (spontanicznej)

stosować radzimy odmę uciskową przez czas krótki (kilkunastu dni) lub dłuższy zależnie od zmian w płucach.

Unikamy, względnie utrudniamy zakażenie jamy opłucnowej i przyśpieszamy proces zasklepienia się otworu. (W razie istnienia otworu szerokiego nie dającego się ciśnieniem zamknąć manometr wskazywać będzie stale ciśnienie atmosferyczne, odma będzie bezcelowa)

W końcu w piśmiennictwie podane mamy stosowanie z dobrym wynikiem odmy w przypadkach zapalenia płuc płatowego (Friedman i Dawid). Zabiegu tego, który wydawał się nam zbyt ryzykowny, nie wykonywaliśmy. Stosowanie odmy zwalniającej przy kolce i bólach opłucnowych (patrz wyżej).

Jak już zauważyliśmy powyżej odma uciskająca może być zupełną (uciśnięcie płuca w całości) i częściową (z powodu zrostów). Wszędzie tam gdzie z powodu zrostów nie możemy założyć odmy zupełnej zakładamy częściową, bo:

1. częściowa po krótszym lub dłuższym czasie dopełniania może przejść w zupełną,

2. uciśnięcie nawet $^1/_3$ części schorzałego płuca już może wywrzeć zbawienny wpływ na szybkość i siłę rozwijania się procesu gruźliczego w częściach płuca nieuciśniętych.

Jako uzupełnienie odmy częściowej stosujemy phrenikoekajrezę i częściowo torakoplastykę. (Wskazania do tych zabiegów omówimy w przyszłości.

Ad 3. Odmę przygotowawczą stosować należy we wszystkich zabiegach chirurgicznych na klatce piersiowej w której przyjść musi do otwarcia jamy opłucnowej, a w których przed operacją ciśnienie w klatce piersiowej było niższe od atmosferycznego. Nagła zmiana ciśnienia w klatce piersiowej bowiem może się fatalnie odbić na czynności narządu krążenia w przypadkach niedomogi, nawet nieznacznej tego narządu.

Z przeciwwskazaniami załatwiamy się krótko: ani ciąży ani też gruźlicy innych narządów nie będziemy uważać za przeciwwskazania do odmy; również i wyrównana wada serca nie będzie stać nam na przeszkodzie. Do bezwzględnych przeciwwskazań zaliczamy: cukrzycę, zwyrodnienie skrobiowate i niewyrównaną wadę serca oraz zwyrodnienie mięśnia sercowego oraz — co zrozumiałe — zbyt daleko posunięte wyniszczenie ustroju.

W końcu jeszcze jedna uwaga: odmę leczniczą uciskową założyć można tylko w tych przypadkach, w których mamy pewność iż chory będzie chciał, względnie będzie mógł przebywać lub dojeżdżać do miejscowości, w której jest lekarz zajmujący się tym sposobem leczenia.

Streszczając powyższe wywody uważamy, że sztuczną odmę piersiową stosować należy jako:

1. Odmę rozpoznawczą. Nowotwory płuc i opłucnej. Bąblowiec. Nowotwory klatki piersiowej w końcu torakoskopja.

2. Odmę leczniczą.

a) odmę zastępczą w zapaleniach opłucnej z wysiękiem, wysiękach opłucnej, w wylewie krwawym, ropniu opłucnej (*pyothorax*) na tle gruźliczem;

b) odmę zwalniającą (dekompresyjną) jedno względnie dwustronną jako przygotowanie do odmy uciskającej w gruźlicy płuc obustronnej, jako próba uspokojenia szerzącego się gwałtownie procesu, w końcu przy silnych bólach i kłuciach w zapaleniu opłucnej względnie płuc i opłucnej;

c) odmę uciskającą zupełną i częściową (gruźlica płuc jednostronna w stanie czynnym bez zbyt silnych zrostów), gruźlica płuc jednostronna otwarta nieczynna (wskazania społeczne), gruźlica płuc obustronna na płuco z gruźlicą czynną. Krwotok silny niedający się zatamować. Zranienia jednostronne płuca. Ropnie płuc położone w głębi, ewentualnie z komunikacją do oskrzela. Zapalenie ropne oskrzeli. Zgorzel jednostronna płuc. (*Bronchoectasia)* rozstrzeń oskrzela. Odma (spontaniczna) samoistna. Zapalenie płuc płatowe (?) jednostronne.

3. Odmę przygotowawczą do wszystkich operacyj w klatce piersiowej, gdy ma być otwarta klatka piersiowa, a ciśnienie w klatce jest poniżej atmosferycznego.

O wynikach, jakie uzyskaliśmy stosując odmę w tych różnych postaciach doniesiemy w najbliższym czasie.

Lesław WĘGRZYNOWSKI Lwów.
i Józef WYSOCKI.

O leczeniu angiolymphą.

Z ambulatorjum fizjologicznego Twa Walki z Gruźlicą.
Kierownik: Dr. Lesław Węgrzynowski.

Do szeregu środków, które stosujemy w naszem ambulatorjum, należy bardzo silnie w ostatnich czasach reklamowany, jak doniesienia lekarzy praktyków wykazują, dość bezkrytycznie stosowany lek, rzekomo swoisty, zwany *angiolymphą* (produkt wytwarzany przez Dra. Rous).

Wyniki otrzymane tym preparatem, stosowanym od dłuższego czasu, nie pozwalają na definitywne ocenienie wartości tego środka.

Ponieważ jednak nasze dotychczasowe dane nie pokrywają się z wynikami ogłoszonemi dotąd w piśmiennictwie światowem (Rous, Frisch, Socquet, Barlier, Gaillard) a w szczególności z pracami piśmiennictwa polskiego (Praschil, Pol. Gaz. Lek. Nr. 39 z 1924 r. i Walkowski, Nowiny Lek. Nr. 6 z 1924 r.), uważamy za swój obowiązek podać je do wiadomości.

Angiolympha jest wyciągiem z roślin *Ixia rosea, Morea sinensis* i *Orchis maculata;* ciałem działającem mają być glikozydy tych roślin.

Jaki jest mechanizm działania, trudno tak z reklamowych pism, jak i publikacyj zdać sobie sprawę (patrz praca Walkowskiego); środek ten ma w każdym razie działać bez odczynu gorączkowego.

Materjał, na którym próbowaliśmy działania tego leku, składał się z chorych naszego ambulatorjum, którzy codziennie przychodzą do kontroli. Chorzy znajdują się w różnych stadjach choroby, tak gruźlicy płuc, jak i gruczołów. Dziś już na podstawie naszego doświadczenia stwierdzić musimy:

1. Wstrzykiwanie *angiolymphy* w ilości 2, 1, a nawet 0,5 cm^3 podskórnie lub śródmięśniowo, wywołuje w całym szeregu przypadków gruźlicy płuc, odczyn gorączkowy, trwający czasem 24 godzin, i to kilkakrotnie bardzo silny (do 40^0 u chorych gorączkujących poprzednio najwyżej do 38^0).

2. O jakiemś szybkiem działaniu, tak na stan ogólny podmiotowo i przedmiotowo, jak i na objawy fizykalne ogniskowe, niema mowy, owszem, w czasie odczynu gorączkowego, stwierdzaliśmy zrozumiałe nasilenia objawów fizykalnych.

3. Czy uzyskane objawy poprawy stanu w pewnym odsetku przypadków odnieść należy do działania *angiolymphy,* trudno nam z pewnością orzec.

Angiolympha więc okazała się środkiem nieobojętnym, wywołującym czasem dość silny odczyn gorączkowy, co nie może być bez znaczenia dla ustroju chorego na gruźlicę, przestrzec więc musimy przed bezkrytycznem stosowaniem jej.

Wyniki naszej dalszej obserwacji nad działaniem tego środka, ogłosimy w swoim czasie.

Stanisław ANGIELSKI. Lwów.

Sprawozdanie lekarskie z Sanatorjum Towarzystwa Walki z Gruźlicą w Hołosku Wielkiem za rok 1924.

Z początkiem 1924 roku otworzyło Two Walki z Gruźlicą z powrotem odnowione Sanatorjum dla piersiowo chorych w Hołosku wielkiem, przeprowadziwszy poprzednio kosztem około 20.000 Zł. remont budynków względnie pawilonów i uzupełniwszy inwentarz tak gospodarczy, jak i lekarski, a to:

1 pawilon odpowiednio ubezpieczony na czas zimowy mieszczący 20 chorych, 1 pawilon letni również na 20 cho-

rych, 1 pawilon administracyjny i 1 pawilon na kolonję wakacyjną.

W roku 1924 leczono 132 chorych, w wieku od lat 16—62; z tego 127 chorych z gruźlicą zamkniętą, 12 chorych z rozpadową gruźlicą płuca jednego, leczonych sztuczną odmą piersiową, 2 chorych z gruźlicą kości i 1 chorą z gruźlicą otrzewnej.

Przeciętny czas pobytu chorego w Sanatorjum wynosił 3 miesiące.

Leczenie:

Chorych poddawano głównie leczeniu dietetyczno-klimatycznemu. Chorzy werandowali w porze zimowej na specjalnie ku temu przeznaczonych werandach dziennie przeciętnie przez 5 godzin, w porze letniej na leśnej polanie należącej do Sanatorjum lub też na specjalnie ku temu urządzonej werandzie otwartej, t. zw. słonecznej.

Raz dziennie przedpołudniem odbywano z chorymi krótko trwające ćwiczenie gimnastyczne i spacery leśne, pod kierunkiem i nadzorem lekarskim.

Z zabiegów wykonywano odmy piersiowe, aspiracje i nakłucia wysięków i ropni. Co do leczenia medykamentami stosowano prócz leczenia symptomatycznego *calcium chloratum* (chlorek wapna) w postaci wlewań dożylnych, początkowo 25% rozczynu 3—5 cm^3, następnie 15% rozczynu a nawet 10%, a to celem uniknięcia odczynów zapalnych wywoływanych w miejscu zastrzyku stężonym rozczynem chlorku wapna.

Stosując chlorek wapna w 10% rozczynie uniknięto w 99%, powstawania odczynu zapalnego miejscowego i szoków, przedtem kilkakrotnie, mimo bardzo ostrożnych wlewań, wywoływanych.

Co do wyników leczenia wapnem, opierając się na doświadczeniu stosowania go u 67 chorych, stwierdzono pewne obniżenie się ciepłoty, zwolnienie tętna. Ze wskazań specjalnych podawano duże ilości chlorku wapnia, przy krwotokach płucnych, ze skutkiem pomyślnym, (opierając się na przypadkach 19). Pozatem stosowano Kocha antituberkulinę pod postacią zastrzyków, w przypadkach 22-ch, szczególnie u osobników młodych.

Następnie tebecinę Dostala, w formie zastrzyków podskórnych w 103-ch przypadkach, zaczynając od dawki 0,03 do 1,0 w odstępach czterodniowych, zwiększając dawkę o setną lub dziesiętną grama, starając się uniknąć silniejszego odczynu, występującego w formie miejscowego zaczerwienienia i obrzęku a też podwyższenia ciepłoty. Doszedłszy do 1 grama podawano tebecinę ciągle w tej samej dawce, co 7 dni przez 4 razy, następnie co dni 14. Co do objawów stwierdzono zwiększanie się po zastrzyku limfocytozy we krwi i bezwzględnej leukocytozy i nieznaczne obniżenie parcia krwi w 40% przypadków. Z objawów ogólnych zauważono w kilkunastu przypadkach zwiększenie apetytu, obniżenie ciepłoty i polepszenie samopoczucia chorego. Pozatem wyraźniejszych jakichś wyników nie spostrzegano, w jednym jedynie przypadku gruźlicy kostnej mogliśmy stwierdzić szybką poprawę i gojenie się. (Zmniejszenie wydzieliny i obrzęku).

Opierając się na doświadczeniu w wyżej wymienionych przypadkach i 16-stu przypadkach stosowania przez nas tebeciny na Oddziale wewnętrznym II-gim Prymarjusza Ziembickiego, przyszliśmy do przekonania, że tebecina jest środkiem, nie wywołującym, przy ostrożnem jej stosowaniu, żadnych skutków ujemnych, a przyczyniającym się może, w niektórych przypadkach do polepszenia stanu.

Wyniki leczenia:

Wyniki leczenia w cyfrach:

Na leczonych 132 chorych, 80% przybyło na wadze, 8% utrzymało się na wadze, 12% ubyło.

Maksymalny przybytek	średnio w ciągu 3 miesięcy	15·30 kg
„ ubytek	„ „ „ „ „	6·00 kg
Przeciętny przybytek	„ „ „ „ „	3·20 kg
„ ubytek	„ „ „ „ „	1·70 kg

Przybyło na wadze procentowo				
do 1-go	kilograma	23-ch	chorych
„ 2-ch	kilogramów	19-stu	„
„ 3-ch	„	20-stu	„
„ 4-ch	„	9-ciu	„
„ 5-ciu	„	13-stu	„
powyżej 5-ciu	„	16-stu	„

Ogólne polepszenie stanu stwierdzono w 82% przypadków.

Stan niezmieniony w 11%.

Stan pogorszenia w 7%.





Nr. 14. 5. kwietnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

J. A. COLLAZO, Montevideo S. A.
I. LEWICKI. Warszawa.

O zawartości kwasu mlecznego we krwi chorych cukrzycowych i o wpływie na nią insuliny.

Z I-go Oddziału Wewn. Szpitala Wolskiego.
Ordynator: Dr. A. Landau.

I.

Rola kwasu mlecznego w ogólnej przemianie materji staje się coraz bardziej widoczną. Badania Embdena i jego szkoły wykazały, że kwas mleczny jest jednym z nader ważnych pośrednich produktów przemiany nietylko węglowodanów, lecz prawdopodobnie także białek i tłuszczów. Powstawać on może: 1) z węglowodanów, jak glikogen, heksozy (dekstroza, lewuloza) i triozy (aldehyd glicerynowy, dwuoksyaceton); 2) z produktów rozpadu białek (przez dezamidację alaniny); 3) z tłuszczów (poprzez glicerynę). Z drugiej strony bierze on udział w syntezie węglowodanów, a może i w syntezie tłuszczów i białek (zobojętniony kwas mleczny + amoniak — alanina). Kwas mleczny jest przeto pomostem, który spaja węglowodany, białka i tłuszcze. Szemat następujący przedstawia to stanowisko kwasu mlecznego w ogólnej przemianie materji.



Stanowisko kwasu mlecznego w ogólnej przemianie materji.

Przy przemianie węglowodanów, jak wykazał Embden i jego szkoła, z pierwszych produktów rozpadu glikogenu przez przyłączenie kwasu fosforowego powstaje laktacidogen (kwas dwuheksozo-fosforowy), a z niego już bezpośrednio kwas mleczny. Meyerhof w swych badaniach nad wpływem pracy na przemianę węglowodanową w mięśniach również wykazał, że kwas mleczny powstaje z laktacidogenu. Nie ulega jednak wątpliwości, że z kwasu mlecznego w mięśniach i innych tkankach drogą syntezy może powstawać glikogen (Meyerhof). Przy prawidłowej przemianie materji wspomniane procesy rozkładu i syntezy przebiegają równolegle, równoważąc się nawzajem, na co już dawno zwrócił uwagę Parnas. Prace Embdena i Isaac'a oraz Franka i Isaac'a wykazały, że wątroba zwierząt, zatrutych fosforem, florydzyną, lub pozbawionych trzustki, ma obniżoną zdolność wytwarzania kwasu mlecznego, a jednocześnie traci glikogen. Badania te nad cukrzycą doświadczalną u zwierząt rzucają pewne światło na istotę zaburzeń w przemianie węglowodanowej u chorych na cukrzycę. U tych ostatnich równowaga między procesami rozkładu i syntezy ulega zachwianiu, a jak zobaczymy poniżej, synteza glikogenu z kwasu mlecznego w wątrobie cukrzycej prawdopodobnie zostaje uszczuplona. Badania z insuliną pozwalają głębiej wniknąć w istotę tych zaburzeń. Po zastrzyknięciu insuliny zawartość glikogenu w wątrobie, zarówno przy prawidłowej przemianie materji, jak i u chorych na cukrzycę, wybitnie się zwiększa. Nasuwa się więc pytanie, jak pod wpływem insuliny zachowuje się przemiana kwasu mlecznego?

Collazo, Händel i Rubino stwierdzili, że mięśnie zwierząt, karmionych cukrem, zdolne są in vitro po dodaniu insuliny zwiększyć wytwórczość kwasu mlecznego, oraz sprowadzić wzmożony rozpad laktacidogenu. Briggs, Köching, Doisy i Weber spostrzegli, iż u psów naczczo po insulinie zawartość kwasu mlecznego we krwi podnosi się. Isaac i Adler po podaniu dwuoksyacetonu stwierdzili u ludzi zwiększenie się kwasu mlecznego we krwi, które jeszcze bardziej się potęgowało przy jednoczesnem zastrzyknięciu insuliny: natomiast po podaniu cukru gronowego zawartość kwasu mlecznego we krwi pozostawała bez zmiany, lub nieznacznie się powiększała.

II.

W swoich badaniach usiłowaliśmy wyjaśnić wpływ insuliny na kwas mleczny we krwi chorych na cukrzycę. Przytem posługiwaliśmy się skombinowaną metodą Collazo i Supniewskiego. Metodę tę wybraliśmy dlatego, że pozwala ona określać cukier i kwas mleczny jednocześnie w tym samym przesączu krwi. Nie wymaga ona żmudnego ekstrahowania kwasu mlecznego zapomocą eteru, lub wyskoku i daje dokładniejsze wyniki, niż metody wyciągowe. Rozpada się ona na 4 etapy: 1) odbiałczenie według Folina-Wu; 2) określenie cukru według Macleana; 3) usunięcie glikozy i wogóle ciał redukujących metodą Salkowskiego, zmodyfikowaną przez Hirsch-Kaufmanna (w pracowni Embdena); 4) określenie kwasu mlecznego według Fürth'a i Charnas'a. W ogólnych zarysach metoda Collazo i Supniewskiego przedstawia się w sposób następujący: Krew, pobraną z żyły do szczawianu sodu lub potasu, zadajemy kwasem siarkowym i odbiałczamy wolframianem sodu. Część przesączu badamy na cukier według Macleana, z reszty przesączu usuwamy ciała redukujące siarczanem miedzi i mlekiem wapiennem. Po powtórnem przesączeniu zawarty w przesączu kwas mleczny utleniamy w kwaśnej reakcji nadmanganianem potasu na aldehyd octowy. Ten ostatni destylujemy do rozczynu dwusiarczynu potasu, którego nadmiar odmiareczkowujemy 1/100 n. roztworem jodu.

III.

Przechodzimy do opisu naszych badań. Określaliśmy zawartość cukru i kwasu mlecznego we krwi chorych na cukrzycę 1) naczczo, 2) po podaniu cukru trzcinowego per os, 3) po podaniu cukru trzcinowego per os i równoczesnem zastrzyknięciu podskórnem insuliny, oraz 4) po zastrzyknięciu podskórnem insuliny. Analogiczne doświadczenia zostały przeprowadzone u ludzi zdrowych, oraz chorych bezcukrzycowych. Krew w ilości 6 cm³ braliśmy z żyły pośrodkowej i natychmiast poddawaliśmy ją badaniu metodą wyżej opisaną. Chorzy przed pobraniem krwi pozostawali w łóżku w zupełnym spokoju. Dawki insuliny, ilość podanego cukru trzcinowego, czas powtórnego badania krwi, oraz otrzymane wartości cukru i kwasu mlecznego zostały dokładnie podane w poniższych tablicach.

Wyniki, przez nas otrzymane, są następujące: (Zawartość cukru i kwasu mlecznego oznaczone zostały w miligramach na 100 cm³ krwi całkowitej).

U osobników z prawidłową przemianą materji, badanych naczczo, wartości kwasu mlecznego wahają się od 10·0 do 19·2, średnio 14·2. (Tablica I.).

Wyniki te mniej więcej zgadzają się z podobnemi wynikami, otrzymanemi przez innych autorów innemi metodami. Ilustruje to porównacza tablica II.

Systematycznych badań nad zachowaniem się kwasu mlecznego we krwi cukrzycowych w piśmiennictwie nie zna-

TABLICA I.
Cukier i kwas mleczny we krwi bezcukrzycowych naczczo

Nr.	Rozpoznanie	Cukier	Kwas mleczny	Nr.	Rozpoznanie	Cukier	Kwas mleczny
1	Zdrów	120	11·7	7	Nephritis	94	16·9
2	»	105	15·4	8	Pleuritis	95	16·9
3	Angina strept.	120	10·7	9	Emphysema pulm.	120	15·8
4	Zdrów	97	11·3	10	Tubercul. pulm.	75	16·9
5	Post infuenzam	86	10·0	11	Emhysema pulm.	115	19·2
6	Zdrów	92	14·1	12	Epilepsia	75	12·6
					Przeciętnie	99·5	14·2

TABLICA II.

Autor	Średnia zawartość kwasu ml. we krwi w mgr. — %
Berlinblau	8
Ryffel	15
Fries	9—63
Barcroft	12—19
Clausen	15—32
Barr i Green	14—25
Log	10—15
Badania własne	14,2

TABLICA III.
Cukier i kwas mleczny we krwi cukrzycowych naczczo.

Nr.	Cukier	Kwas mleczny	Nr.	Cukier	Kwas mleczny
1	222	11·5	11	223	22·3
2	145	6·4	12	210	12·1
3	270	21·4	13	250	15·8
4	170	15·3	14	—	21·8
5	185	13·4	15	145	9·7
6	242	12·0	16	247	17·9
7	281	18·9	17	317	10·1
8	243	15·9	18	210	15·4
9	233	15·6	19	337	23·6
10	123	21·3	20	265	18·8
			Przeciętnie	227	15·9

eźliśmy. W 20 badanych przez nas przypadkach cukrzycy o różnem nasileniu znaleźliśmy granice wahań kwasu mlecznego między 6·4 i 23·6, średnio 15·9 mgr — %. (Tablica III.).

Z porównania tablic I. i III. wynika, że u chorych cukrzycowych i u osobników z prawidłową przemianą materji naczczo, w rannych godzinach i w stanie spoczynku przeciętna zawartość kwasu mlecznego we krwi jest jednakowa. Stwierdzenie tego faktu jest rzeczą wielkiej wagi, albowiem kwas mleczny jest jedynym, dokładnie nam znanym przejściowym produktem przemiany węglowodanowej, stale we krwi znajdywanym. Jednakowa zawartość kwasu mlecznego we krwi osobników cukrzycowych i bezcukrzycowych tembardziej zastanawia, że zawartość cukru, jak widać z tablic I. i III., waha się w granicach bardzo znacznych. Hiperglikemja nie pociąga więc za sobą zmiany w zawartości kwasu mlecznego we krwi. Stąd wniosek że ilość kwasu mlecznego we krwi nie musi być ściśle zależna od ogólnej przemiany węglowodanów. Wynik ten zdaje się być sprzecznym ze stwierdzoną przez Embdena i Isaac'a zmniejszoną produkcją kwasu mlecznego w wątrobie zwierząt, pozbawionych trzustki. Ale, jak wyżej wspomniano, kwas mleczny powstawać może także z białek i tłuszczów. Skutkiem tego poziom kwasu mlecznego we krwi cukrzycowych może nie ulegać zmianie. Za tem przemawia wytwarzanie kwasu mlecznego w mięśniach osobników cukrzycowych i bezcukrzycowych, które jest jednakowe; jedynie w śpiączce cukrzyczej produkcja kwasu mlecznego w mięśniach ulega zmniejszeniu (Fürth).

Nie znaczy to bynajmniej, że przemiana kwasu mlecznego w cukrzycy nie ulega zaburzeniom. Zaburzenia te jednak, zdaniem naszem, nie dotyczą wytwarzania kwasu mlecznego, które pozostaje na poziomie normalnym, lecz dalszych jego losów w ustroju. Wyniki powyższe przemawiają za pewną odrębnością przemiany kwasu mlecznego w ustroju. Tegoż dowodzą nasze doświadczenia nad wpływem różnych jadów i hormonów, które działają wybiórczo na przemianę kwasu mlecznego, wpływając natomiast nieznacznie na cukier we krwi. Kwestję powyższą omówimy obszerniej w innej pracy; narazie przytoczymy tylko niektóre wyniki.

1) U ludzi fenylohydrazyna zwiększa zawartość kwasu mlecznego, nie zmieniając zawartości cukru we krwi bezcukrzycowych. (Tablica IV.).

TABLICA IV.
Cukier i kwas mleczny we krwi ludzi po fenylohydrazynie.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny	
	przed	po	przed	po
1	—	100	—	38·5
2	102	105	15·3	77·0
3	87	110	16·6	50·8

2) Florydzyna zmniejsza kwas mleczny, nie sprowadzając istotnych zmian cukru we krwi. (Np. w jednem doświadczeniu na króliku zawartość kwasu mlecznego spadła w $1^1/_2$ godz. po wstrzyknięciu 10 mgr florydzyny z 67·0 na 18·0 mgr — %, podczas gdy glikemja pozostawała na niezmienionym prawie poziomie [127 i 124 mgr — %]).

3) Pituitryna jeszcze wybitniej zmniejsza kwas mleczny (u królików zawartość kwasu mlecznego zmalała: u jednego z 47·0 na 8·0, u drugiego z 29·0 na 2·0 mgr — %.) Cukier pozostawał bez zmiany.

4) W doświadczeniach z adrenaliną zauważyć się dała wybitna hiperglikemja (z 138 na 300 mgr — %), gdy zawartość kwasu mlecznego zwiększała się nieznacznie (z 24·0 na 28·0 mgr — %).

(Badania z pituitryną, florydzyną i adrenaliną dokonane zostały na królikach przez Collazo i Supniewskiego w Państwowym Zakładzie Badania Surowic w Warszawie. Zostaną one opublikowane w innem miejscu).

IV.

Druga grupa naszych badań obejmuje przypadki z podawaniem cukru trzcinowego per os, przyczem kwas mleczny i cukier określane były w każdem doświadczeniu raz bezpośrednio przed podaniem cukru, drugi raz w różnych odstępach czasu po podaniu cukru. (Talica V. i VI.).

Z tablic tych wynika, że u bezcukrzycowych zawartość kwasu mlecznego przy hiperglikemji pokarmowej pozostaje w ciągu pierwszych 45 minut po podaniu cukru bez zmiany,

TABLICA V.
Cukier i kwas mleczny we krwi bezcukrzycowych po podaniu cukru.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny		Ilość podanego cukru w gramach	Czas po podaniu cukru	Rozpoznanie
	przed	po	przed	po			
1	100	183	39·5	33·1	100	45 minut	Stenosis pylori
2	125	192	30·8	29·1	100	45	Gonitis
3	86	125	10·0	7·8	100	45	Post influenzam
4	90	110	17·8	11·7	100	45	Ulcus ventriculi
5	120	102	11·7	29·6	100	1 godz.	Zdrów
6	97	75	20·1	43·3	100	1 » 15 m.	Psychosis
7	120	79	15·8	25·1	100	1 » 15 m.	Emphysema pulmonum

TABLICA VI.
Cukier i kwas mleczny we kwi cukrzycowych po podaniu cukru.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny		Ilość podanego cukru (w gramach)	Czas po podaniu cukru
	przed	po	przed	po		
1	185	268	13·4	75·8	40	1 godz.
2	265	345	18·8	70·3	30	1
3	242	350	12·0	54·8	30	2

lub nieznacznie się obniża. Cukier zaś we krwi się zwiększa (Tablica V., 1, 2, 3, 4). Po upływie 45 minut, t. j. w chwili, gdy cukier zaczyna opadać, kwas mleczny podnosi się w bardzo znacznym stopniu (do 100% i więcej). (Tablica V. NN. 5, 6, 7). Wyniki te są dowodem, że po podaniu cukru trzcinowego wahania glikozy i kwasu mlecznego we krwi nie przebiegają równolegle. U cukrzycowych (Tablica VI.) rzeczy mają się inaczej: po podaniu cukru kwas mleczny podnosi się w ciągu pierwszej godziny bardzo znacznie (do 400% i więcej); jednocześnie zawartość cukru we krwi wybitnie wzrasta. Jak uzgodnić otrzymane przez nas w cukrzycy wyniki z doświadczeniami Embdena i Isaac'a, którzy wykazali, iż produkcja kwasu mlecznego w wątrobie zwierząt beztrzustkowych zostaje upośledzona? Musimy powiedzieć, iż albo kwas mleczny powstaje nietylko w wątrobie, lecz i w innych narządach, albo u cukrzycowych czynność wątroby nie ulega tak znacznym zaburzeniom, jak u zwierząt, całkowicie pozbawionych trzustki.

Porównując wyniki, zestawione w tablicach V. i VI., stwierdzamy: u cukrzycowych i u bezcukrzycowych kwas mleczny po podaniu cukru naczczo zwiększa się. Są tu jednak zasadnicze różnice:

1) U bezcukrzycowych kwas mleczny zaczyna wzrastać dopiero po upływie 45—60 minut; w tym momencie u cukrzycowych kwas mleczny już osiąga swoje maximum. (Nieznaczne zmniejszenie zawartości kwasu mlecznego u bezcukrzycowych w ciągu pierwszej godziny może być spowodowane przyśpieszoną syntezą laktacidogenu).

2) U cukrzycowych kwas mleczny podnosi się znacznie wyżej, niż u bezcukrzycowych. Tego znacznego zwiększenia kwasu mlecznego we krwi cukrzycowych nie należy, zdaniem naszem, uważać, jako wyrazu wzmożonej produkcji kwasu mlecznego; przyczyny tego szukać należy raczej w obniżonej zdolności syntetyzowania laktacidogenu i upośledzonej polimeryzacji jego do glikogenu. Należałoby tu myśleć również o uszczuplonem spalaniu kwasu mlecznego; jak to jednak wynika z badań Gottschalka i Neuberga, rozpad kwasu mlecznego w przemianie węglowodanowej jest zjawiskiem późniejszem; podczas gdy synteza laktacidogenu i polimeryzacja do glikogenu należą do odczynów wczesnych, które właśnie stanowiły przedmiot naszych badań.

V.

W trzeciej grupie naszych badań podawaliśmy chorym cukier i jednocześnie zastrzykiwaliśmy insulinę. (Tablica VII.).

TABLICA VII.
Cukier i kwas mleczny we krwi po insulinie i podaniu cukru.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny		Ilość podanego cukru w gramach	Dawka insuliny (jedn.)	Czas	Rozpoznanie
	przed	po	przed	po				
1	75	167	19.5	36·3	100	15	30 min.	Post intoxic. acido acetico
2	295	390	21·4	66·7	30	40	1 godz. 30 min.	Diabetes mellitus

Zarówno u osobnika cukrzycowego, jak u bezcukrzycowego zawartość kwasu mlecznego we krwi w tych warunkach wybitnie się zwiększa. Nasze wyniki niezupełnie zgadzają się z wynikami Isaac'a i Adlera, którzy podając glikozę i insulinę, nie znaleźli widocznych zmian w zachowaniu się kwasu mlecznego. Obaj ci autorowie tłumaczą teorję Noordena o cukrzycy w ten sposób, że brak hormonu trzustkowego prowadzi z jednej strony do nadprodukcji cukru, z drugiej zaś do zmniejszonego wytwarzania pośrednich produktów przemiany węglowodanowej (kwas mleczny). Opierają się oni przytem na wynikach prac własnych i innych autorów, którzy stwierdzili po insulinie zwiększenie się kwasu mlecznego we krwi zwierząt (Briggs, Koeching, etc.) i szybki rozpad glikogenu w wątrobie (Dudley, Marrian, Staub i inni). W przeciwieństwie do tych autorów nasze badania i prace całego szeregu innych badaczy doprowadzają do wniosków przeciwnych. Bickel, i Collazo, Lesser, Bissinger i Zipf, Collazo, Händel i Rubino, Brugsch i współpracownicy, oraz C. F. Cori, G. T. Cori i Pucher stwierdzili, jako wyraz fizjologicznego działania insuliny, wzmożoną syntezę glikogenu w wątrobie. Co się tyczy kwasu mlecznego, to nasze liczne badania z ludźmi i zwierzętami wykazały po insulinie naczczo zmniejszenie kwasu mlecznego we krwi. Jedynie po jednoczesnem podaniu cukru i insuliny obraz się odwraca.

VI.

W czwartym szeregu naszych doświadczeń badaliśmy zachowanie się cukru i kwasu mleczngo we krwi cukrzyco-

TABLICA VIII.
Cukier i kwas mleczny we krwi cukrzycowych po insulinie.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny		Dawka insuliny (w jednost.)	Czas po insulinie
	przed	po	przed	po		
1	243	175	15·9	12·8	25	1 godz.
2	145	83	9·7	9·5	15	2
3	281	—	18.9	34·0	30	2 »
4	233	156	15·6	13·8	15	2
5	223	125	22·8	21·6	20	2
6	287	267	17·9	15·7	10	2
7	110	90	21·3	11.0	8	2½
8	210	150	12·1	13·5	15	3
9	250	—	15·8	5·8	20	3
10	—	—	21·8	10·8	10	3
11	337	218	23·6	29·9	20	3
12	317	285	10·1	11·8	20	3

wych i bezcukrzycowych przed i po insulinie (Tablice VIII. i IX-ta).

U cukrzycowych (Tablica VIII,) znaleźliśmy w 7-miu przypadkach zmniejszenie kwasu mlecznego (do 63%). W 3-ch przypadkach kwas mleczny pozostał bez zmiany; w 2-ch zwiększył się (u jednej i tej samej chorej). We wszystkich 12-tu przypadkach cukier we krwi był zmniejszony.

U bezcukrzycowych otrzymaliśmy ten sam obraz. (Tablica IX.).

TABLICA IX.
Cukier i kwas mleczny we krwi bezcukrzycowych po insulinie.

Nr.	Cukier		Kwas mleczny		Dawka insuliny (w jednost.)	Czas po insulinie	Rozpoznanie
	przed	po	przed	po			
1	95	85	29·6	19·7	8	2 godz.	Arthritis deformans.
2	100	75	19·3	15·5	10	3 »	Gonitis

Jak widać z tych tablic, wpływ insuliny na zawartość kwasu mlecznego we krwi, zarówno przy prawidłowej, jak naruszonej przemianie węglowodanowej, jest jednakowy; podobnież zachowuje się insulina w stosunku do cukru. Przemawia to za tem, że niema istotnej różnicy w przemianie węglowodanowej u cukrzycowych i bezcukrzycowych pod wpływem insuliny, jak chcą niektórzy autorowie. Wyniki naszych badań świadczą, że kwas mleczny zarówno u ludzi, jak u zwierząt, badanych naczczo po insulinie, nie posiada skłonności do wzrostu, jak utrzymują Isaac i Adler, oraz Briggs i inni. Twierdzenie tych autorów, że przy hipoglikemji po insulinie zmniejszeniu się cukru towarzyszy równowartościowe (ekwimolekularne) zwiększenie kwasu mlecznego, w naszych licznych badaniach z ludźmi i zwierzętami (22 króliki), potwierdzenia nie znalazło. Przeciwnie, nasze doświadczenia wykazały, że zawartość kwasu mlecznego we krwi po insulinie częściej maleje. Fakt ten nabiera dużego znaczenia w związku z wielokrotnie i ostatecznie stwierdzonem zmniejszeniem zawartości organicznie związanego fosforu we krwi po insulinie (Horrop i Benedict, Savino, etc. (Zwiększenie glikogenu w wątrobie i laktacidogenu w mięśniach po insulinie staje się jasnem; sądzić należy, iż odbywa się ono kosztem kwasu mlecznego i organicznie związanego fosforu, których ilość we krwi maleje.

* * *

Jeżeli zestawimy wyniki dotychczasowych badań nad mechanizmem działania insuliny, to należałoby uznać, że insulina, przynajmniej w pierwszym okresie swego działania, poprzedzającym okres wzmożonego spalania, wpływa również na polimeryzację glikozy, kwasu mlecznego, wzgl. aldehydu glicerynowego w kierunku syntezy laktacidogen-glikogen.

* * *

Całkowity wynik naszej pracy sprowadza się do wniosków następujących:

1) Naczczo u bezcukrzycowych i cukrzycowych przeciętna zawartość kwasu mlecznego we krwi jest w przybliżeniu jednakowa i wynosi u pierwszych 14·2, u drugich 15,9 mgr — %.

2) Wprowadzenie cukru trzcinowego per os wywołuje hyperacidlaktemję, zarówno u cukrzycowych, jak i bezcukrzycowych. U cukrzycowych jednak wzrost zawartości kwasu mlecznego jest znaczniejszy, niż u bezcukrzycowych. Hyperacidlaktemja u cukrzycowych występuje szybciej i trwa dłużej. U bezcukrzycowych hiperacidlaktemję poprzedza okres niezmienionego, lub nieco obniżonego poziomu kwasu mlecznego, trwający około 45 minut.

3) Podanie cukru trzcinowego przy jednoczesnem zastrzyknięciu insuliny wywołuje hiperacidlaktemję u cukrzycowych i bezcukrzycowych.

4) U ludzi i zwierząt naczczo insulina sama wywołuje częściej hipoacidlaktemję, nieraz jednak poziomu tego nie zmienia.

Piśmiennictwo.

1) Almagia i Embden: Hofm. Beitr. 7, 298, 1905. — 2) Barcroft: Phil. Trans. Roy. Soc., 206, 49. — 3) Barr i Green: Journ. of. biol. Chem. — 4) Berlinblau: Chemische Zentr. 7. 57, 1888. — 5) Bickel i Collazo: Ueber d. Mechanismus d. Insulinwirkung. D. med. Woch. 45. 1923. — 6) Bissinger, Lesser i Zipf: Kl. Woch. 49. 1923. — 7) Blatherwick, Bill i Hill: Journ. of biol. Chem. 59. XXXVI. 1924. — 8) Brigss, Koeching, Doisy i Weber: Journ. of biol. Chem. 58. 1924. — 9) Brugsch i współpracownicy: Biochem. Zeitschr. 147—150. 1924. — 10) Clausen: Journ. of biol. Chem. 52, 263. 1922. — 11) Collazo, Händel i Rubino: Experim. Beitr. zur Insulinfrage. II. D. med. Woch. 28. 1924. — 12) Id.: Ueber d. Wirkungsmechanismus d. Insulins. Kl. Woch. 8. 1924. — 13) Cori C. F.: Proc. of the Soc. Exper. Biol. and. Med. 21, 7, 417. 1924. — 14) C. F. Cori, G. T. Cori i G. W. Pucher: Jour. of pharm. and exper. therapeutic. 21, 377. 1923. — 15) Embden, Schmitz i Baldes: Biochem. Zeitschr. 45. 1912. — 16) Embden i Isaac: Z. f. physiol. Chem. 99. 1917. — 17) Embden i Salomon Hofm.: Beitr. 5, 507. 1904 i 6, 63, 1904. — 18) Embden i współpr.: Bioch. Zeitschr. 45. 1912. — 19) Frank i Isaac: Archiv. für exp. Path.&Pharm. 64, 293. 1911. — 20) Fries: Bioch. Zeitschr. 35. 1911. — 21) Horrop i Benedict: Proc. of the Soc. for. Exper. Biol. and Med. 20, 8. 1923.— 22) Isaac: Zeitschr. für. phys. Chem. 100. 1917. — 23) Dudley i Marrian: The bioch. Journ. 17, 435. 1923. — 24) Embden i Laquer: Z. für phys. Ch. 93. 1914. — 25) Geelmuyden: Klin. Woch. 2. 1923. — 26) Isaac i Adler: Kl. Woch. 27. 1924. — 27) Log: Journ. of. physiol. 58, 455. 1924. — 28) Jerusalem: Bioch. Z. 12. 1908. — 29) Meyerhof: Kl. Woch. 5. 1922. — 30) Von Noorden i Embden: Zentr. f. das ges. Phys.&Path. des Stoffw. 1. 1906. — 31) Perlyzweig, Latham i Keefer: Proc. of the Soc. for. Exper. Biol. and Med. 21, 33. 1923. — 32) Ryffel: Jour. of. Phys. 39. 1909. — 33) Savino: Comptes rend. de la Soc. de Biol. 91, 29. 1924. — 34) Schmitz: Bioch. Z. 45. 1912. - 35) Id.: Kl. Woch. 9. 1922. — 36) Parnas i Wagner: Bioch. Z. 61. 1914. — 37) Wigglesworth, Woodrow, Smith i Winter: Journ. of Physiol. 57, 447. 1923 — 38) Winter i Smith: Ib. 58, 327. 1924. — 39) Von Noorden i Isaac: Kl. Woch. 2. 1923.

Wykład kliniczny.

Prym. Doc. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

Krwawienia maciczne u kiłowych*).

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Tak odnośne piśmiennictwo, jakoteż i doświadczenie kliniczne poucza, że krwawienia z macicy zdarzające się u kobiet dotkniętych kiłą, nie należą do spraw zbyt często spostrzeganych. Nie mogę podać Panom procentowo, lub oznaczyć liczbowo, ile kobiet kiłowych cierpi na krwawienia maciczne na tle kiłowem, jak również nie jestem w stanie obliczyć, u ilu kobiet skarżących się wogóle na krwawienia z macicy, kiła jest ich bezpośrednią przyczyną. Sam za mało spostrzegałem odnośnych przypadków, a i w dotyczącem tych spraw piśmiennictwie, znalazłem zaledwie tu i ówdzie sporadycznie przytaczane kazuistyczne opisy, a nigdzie liczbowego zestawienia, któreby mi pozwoliło na wysnucie wniosków w tym kierunku. Jestto zresztą rzecz łatwa do wytłumaczenia rzadkością występowania omawianego powikłania.

Poruszając dzisiaj przed Panami sprawę krwawień z macicy u kiłowych, nie mam zupełnie zamiaru omawiać różnych postaci kiły z jakiemi się spotykamy w macicy. Zastanawiam się nad niemi tylko o tyle, o ile to jest niezbędnie koniecznem do wytłómaczenia zajmującego nas objawu chorobowego, i wspominam li tylko te, które w krwawieniach macicznych odgrywają pewną rolę, pomijając równocześnie wszystkie inne milczeniem.

Przechodząc do właściwej sprawy nadmieniam, że krwawienia z macicy u kiłowych, podzieliłem zresztą zupełnie dowolnie, na krwawienia mające swoje źródło w zmianach kiłowych, spotykanych na części pochwowej, oraz szyji, i krwawienia, których przyczyny szukać należy w schorzeniu kiło-

*) Wykład wygłoszony na Zjeździe dermatologów w Krakowie w r. 1924.

wem trzonu macicy. Podział ten uzasadnia odmienne zachowanie się tych dwóch części macicy, odcinka biernego i czynnego już nawet wśród warunków i czynności fizjologicznych.

Krwawienia powstające skutkiem zmian kiłowych, usadowionych na części pochwowej i szyji macicy, omawiam bardzo krótko Nie mają one bowiem, zdaniem mojem, większego znaczenia teoretycznego, a niewielkie praktyczne. Punktem wyjścia dla nich stać się mogą sprawy chorobowe kiły trzeciorzędnej, takie jak kilaki, a raczej wrzody kiłowe, znajdujące się na dolnym odcinku macicy. Wspomniane postacie chorobowe mogą się rozkrwawić i stać się nawet źródłem znacznych krwotoków (Spinelli i Mandlener) niezależnie od okresu miesiączkowego u kobiety i to najczęściej pod wpływem urazu n. p. badania lub *coitus*. Są to więc, jak z tego widać, krwawienia raczej przygodne.

O wiele większe zainteresowanie i zaciekawienie budzą krwawienia, mające swoją przyczynę w zmianach wywołanych kiłą w trzonie macicy, do których omówienia z koleji rzeczy teraz przystępuję. Wchodzą tu w grę sprawy dwojakiego rodzaju.

Jako pierwsze wymieniam kilaki trzonu macicy. Schorzenia niezmiernie rzadkie, a cechnjące się powiększeniem całej, lub części macicy, upławami brudno-śluzowo-ropnemi i częstokroć także mniejszemi lub większemi krwawieniami, powstającemi od czasu do czasu nieregularnie, samoistnie, lub pod wpływem urazu. Kilaki w trzonie macicy tworzą albo guzy ograniczone (Morgan, Leber) w ścianie i mogą być wówczas mylnie rozpoznane jako włókniaki, lub też występują w postaci rozlanego owrzodzenia całej, lub części powierzchni wnętrza trzonu, sięgając rozmaicie głęboko w mięśniówkę macicy (Hoffmann). W tym przypadku mogą powodować mylne rozpoznanie raka trzonu.

Na drugiem miejscu stawiam sprawy, na które zwrócili pierwsi uwagę Dalsch i Morasini. Autorowie ci stwierdzili mianowicie, że już we wczesnych nawet okresach kiły mogą się pojawiać samoistne krwawienia z macicy. Krwawienia te zachowują początkowo zazwyczaj typ miesiączkowy, później go jednak, w miarę trwania choroby zatracają. Nie jest to wszakże regułą, bo mogą one tak samo dobrze od pierwszej chwili przebiegać jako krwawienia nieregularne, bez określonego charakteru. Stopień ich i czas trwania jest także indywidualny. W ciężkich przypadkach, krwawienia te mogą trwać bezustannie, zaledwo z kilkudniowemi przerwami, doprowadzając do bardzo znacznej niedokrewności. Nadmienić dalej należy, że częściej spotykamy się z nimi w późniejszych okresach kiły, niż we wcześniejszych. Dlatego też opisywano je przeważnie w kile trzeciorzędnej. Lecz i w kile drugorzędnej przytrafić się mogą (Garofalo, Dreyer i Muratow). Zdarzają się one także w kile wrodzonej (Morisani, Muratow) u młodych dziewcząt, a nawet u noworodków (Szukowski). Niektórzy twierdzą, że krwawienia te mogą rozwijać się w łączności z ostatnim porodem, lub poronieniem (Garofalo, Muratow). Wreszcie są spostrzeżenia przemawiające za tem, że krwotoki u niektórych kobiet, występujące stale po porodach i poronieniach, są powodowane zmianami kiłowemi w macicy (Bradleys, Sagnet, Trepaut. Bezwzględnie wszystkie te rodzaje krwawień, cechują się tu nadzwyczajną uporczywością i odpornością, na działanie środków leczniczych, stosowanych zazwyczaj przeciw krwawieniom z macicy. Tak samo prawie bez wpływu na nie pozostaje wyskrobanie błony śluzowej trzonu (Spinelli, Jaworski, Muratow). Ustępują dopiero pod wpływem leczenia przeciwkiłowego.

Dwa takie właśnie przypadki miałem sposobność spostrzegać w ostatnich czasach. Pierwszy z nich u mnie na oddziale położniczym i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, drugi w mojej praktyce prywatnej. Ten drugi tem ciekawszy, bo dotyczył kiły wrodzonej, jak to panowie sami będziecie mogli wywnioskować.

Krótki opis tych przypadków poniżej przytoczę.

Przypadek I. L. p. 25/924. S. F. 20-letnia. Nie rodziła, nie roniła. Podaje w wywiadach, że zaraziła się kiłą, przed trzema laty. Leczyła się, lecz leczenie przerwała i niedokończyła. Od roku, mniej więcej zmienił się u niej typ miesiączek. Krwawienia, które trwały do czterech dni i były średnio obfite stawały się z biegiem czasu powoli coraz dłuższe i obfitsze. Wreszcie od pół roku mniej więcej, typ czterotygodniowy miesiączki zatracił się zupełnie, i krwawi od siedmiu tygodni prawie bez przerwy.

Leczona była przetworami sporyszu, wstrzykiwaniami wyciągu przysadki mózgowej i mleka, bez wyniku. Dwa razy skrobano, także bezskutecznie.

Badanie wykazało macicę prawidłowej wielkości dość twardą, pozatem żadnych zmian w narządach rodnych. Odczyn Wassermanna silnie dodatni.

Wyskrobano wnętrze macicy, usuwając zaledwo nieznaczne drobne strzępeczki błony śluzowej. Materjału do badania histologicznego było tak znikomo mało, że nic na podstawie niego, nie można było orzec. Skrobanka pozostała bez wpływu na nasilenie krwawienia. Chorą wypuszczono do domu z tem, by poddała się leczeniu przeciwkiłowemu. Zgłosiła się w trzy miesiące podając, że po sześciu wstrzykiwaniach salwarsanu i jednej serji wcierań, krwawienia uregulowały się i znowu miewa miesiączki prawie prawidłowe.

Przypadek II. R. M. 17-letnia zgłosiła się do mnie dnia 15. X. 1923 r. Nie rodziła, nie roniła. Podaje w wywiadach, że ojciec umarł na porażenie postępujące, a ona sama urodziła się trzy tygodnie za wcześnie. Pierwsza miesiączka w piętnastym roku życia; od tego czasu nieregularnie, co kilkanaście dni dostaje większych, lub mniejszych krwotoków, trwających rozmaicie długo. Leczyła się na prowincji u lekarzy zwykłemi środkami działającemi na krwotoki maciczne, ale jak dotąd bezskutecznie.

Badaniem przez odbytnicę (błona dziewicza utrzymana) nie stwierdziłem żadnych zmian w narządach rodnych. Odczyn Wassermanna dodatni, żadnych znaków kiły wrodzonej niema.

Opierając się na powyższych danych, rozpoznałem u niej krwawienie na tle kiłowem. Przepisałem leczenie przeciwkiłowe. Leczyła się u jednego z Kolegów w Lublinie wstrzykiwaniami rtęci. Jak mnie informowała listownie, już w dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia, krwawienia się unormowały. Miesiączki przychodziły co 26 dni i trwały przez 5 dni. Stan taki trwa do dziś dnia.

W obu przytoczonych powyżej przypadkach, uderza nas pewne podobieństwo w przebiegu choroby. Rzuca się w oczy bezskuteczność środków leczniczych wszystkich, poza środkami przeciwkiłowemi. Wynik leczenia potwierdza w zupełności rozpoznanie i nic nie pozostawia do życzenia. W drugim przypadku zasługuje na uwagę pozatem ten szczegół, że mieliśmy tu do czynienia z kiłą wrodzoną, a nie nabytą. Okoliczność stosunkowo bardzo rzadka, lecz zwracają już na nią uwagę w swoich pracach Dalsche, Morisani, Muratów i Szukowski.

Czemże sobie tłumaczyć i gdzie szukać przyczyn tych krwawień. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że powoduje je kiła jako taka. Na to zgadzają się wszyscy badacze, zajmujący się tą sprawą (Dalsche, Morisani, Muratow, Jaworski, Steinberg i inni), za tem przemawia skuteczność leczenia przeciwkiłowego, za tem wreszcie badania histologiczne macic, uzyskanych z tych przypadków.

Macice takie, jak to słusznie twierdzi Jaworski, są bardzo często powiększone i wybitnie stwardniałe. Stwardnienie to może zajmować całą macicę, lub też tylko jej większy, lub mniejszy odcinek. Bardzo często umiejscawia się ono w dolnej części macicy, niekiedy przechodząc na tkankę łączną przymaciczną. W naszym pierwszym przypadku stwierdziliśmy to stwardnienie, w drugim zaś nie. Nie jest to więc, jak już choćby z tego widzimy, objaw stały i charakterystyczny; często wcale go nie spotykamy. Nie możemy więc, jak to niektórzy z autorów twierdzą, przypisywać mu większego znaczenia rozpoznawczego, ani też nie możemy w objawie tym, dopatrywać się głównej przyczyny krwawień. Chociaż nie można również z drugiej strony, nie zgodzić się z tem, że upośledzona, skutkiem stwardnienia macicy, kurczliwość jej ściany, względnie jej mięśnia, może wpływać korzystnie na nasilenie fizjologicznych krwawień. Zrozumiemy to łatwo, jeśli sobie uprzytomnimy, że światło naczyń krwionośnych, biegnących pomiędzy pojedynczemi beleczkami mięśnia macicznego, może być zamknięte skutkiem skurczów mięśnia. Stwardnienie zaś ściany macicy upośledza, nie ulega najmniejszej wątpliwości, należyte kurczenie się mięśnia i może powodować przedłużenie fizjologicznych krwawień, uniemożliwiając rychłe zamknięcie się światła naczyń.

Głównej jednak przyczyny tego rodzaju krwawień z macicy u kiłowych, szukać należy gdzieindziej, a mianowi-

cie w zmianach powstałych pod wpływem kiły, w samychże naczyniach krwionośnych, biegnących tak w mięśniu, jakoteż i w śluzówce macicy. Zmiany te znajdowano przy badaniu histologicznem macic takich, uzyskanych jużto przy pomocy zabiegu, już to na sekcji. W początkowych okresach schorzeń ograniczały się one tylko do ścian naczyń tętniczych i cechowały się bujaniem warstwy wewnętrznej ściany naczynia, z równoczesnem powstawaniem nacieków drobno-komórkowych w ich warstwie zewnętrznej. W późniejszych okresach, stwierdzano także zmiany w warstwie środkowej ścian naczyń, oraz w tkance otaczającej naczynia tętnicze. Zmiany te, okazały się typowemi zupełnie zmianami, kiłowego zapalenia tętniczek i tkanki łącznej około-tętniczej, (Morisani, Recasens). One to doprowadzają do nadmiernej kruchości naczyń i do niemożności samoistnego ich zamknięcia się skutkiem zwyrodnienia, ich tkanki sprężystej. W następstwie tego przychodzi do pękania naczyń i do krwotoków. Rzecz jasna, że każde przekrwienie w narządach rodnych, powiększa prawdopodobieństwo uszkodzeń ścian naczyniowych, w skutek zwiększonego ciśnienia w nich i dlatego też mamy zazwyczaj w pierwszym rzędzie do czynienia ze zwiększonemi krwawieniami miesięcznemi, a dopiero w miarę wzmożenia się zmian w ścianach tętnic, te zbyt długie miesiączki zmieniają się na zupełnie nietypowe krwawienia.

Co się tyczy rozpoznania klinicznego omawianej ostatnio sprawy, to nadmienię, na co sądzę, wszyscy panowie ze mną się zgodzą, że nie należy ono zupełnie do łatwych zadań. Najrozmaitsze i wielorakie przyczyny krwawień macicznych, musi się naprzód wykluczyć, nim się rozpozna ową »*metropathia luctica*«; tę bowiem nazwę uważam za najodpowiedniejszą dla tej postaci chorobowej. Wywiady stwierdzające przebyłą, lub wrodzoną kiłę, w wywiadach stwierdzone poronienia, nieczasowe i przedwczesne porody, odczyn Wassermanna dodatni, stwierdzenie innych objawów kiły, ułatwiają w wysokim stopniu rozpoznanie. Utrudniają je zaś, brak zmian anatomicznych przy badaniu oburęcznem, lub co najwyżej obecność objawów przewlekłego zapalenia mięśniówki i śluzówki macicy. Zawodzi niejednokrotnie i badanie histologiczne wyskrobanej błony śluzowej, bo bardzo skąpa, prawie znikoma ilość materjału, uzyskana najczęściej w tych przypadkach, nie zawsze pozwala na postawienie rozpoznania. Z tego względu, o ile w przypadkach nie ulegających wątpliwości, lub tych, w których obecność kiły stwierdzono, uważam stosowanie leczenia przeciwkiłowego natychmiast za bezwzględnie wskazane, o tyle w przypadkach wątpliwych, tam gdzie kiły stwierdzić nie możemy, radzę w pierwszym rzędzie myśleć raczej o innej przyczynie krwawień i leczyć chorą w zwykły sposób, środkami farmaceutycznemi, stosowanemi ogólnie przy krwawieniach z macicy, nawet skrobanką, o ile niema przeciwskazania do niej, a w razie dopiero bezskuteczności tych sposobów postępowania, polecić na wszelki przypadek, zanim przystąpimy do bardziej radykalnych metod, leczenie przeciwkiłowe.

Uzasadniam to moje stanowisko, rzadkością występowania krwawień macicznych, natury kiłowej; w stosunku do częstości krwawień z macicy, wywołanych innemi sprawami. Sądzę, że postępując w ten sposób i pamiętając o omawianem schorzeniu, zaoszczędzimy całemu szeregowi kobiet, niepotrzebnego wyjęcia macicy, lub przedwczesnego wytrzebienia i zaniku narządów rodnych, w skutek zbędnego leczenia promieniami Roentgena.

Z praktyki.

Dr. Tadeusz PAWLAS. Kraków.

W sprawie leczenia rzeżączki reargonem.

Z Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych U. J.,
Dyrektor: Prof. J. Lenartowicz

i z Oddziału dla Chorób Skórnych i Wener. szpit. św. Łazarza
Prymarjusz: Doc. F. Walter.

Z początkiem roku bieżącego E. Klausner i W. Wiechowski wprowadzili w lecznictwo rzeżączki nowowynaleziony przez siebie środek t. zw. »Reargon«. Jest to połączenie glikozydów roślinnych z solami srebrowemi, przyczem w środku tym zawarta jest rzekomo 10-krotnie większa ilość srebra niż w innych dotychczas używanych połączeniach srebrowych (*Albargina, choleval, protargol i t. d.*).

W Nr. 1. Dermatologische Wochenschrift z roku 1924. Klausner i Wiechowski 1) opisują, w jaki sposób doszli do wytworzenia reargonu, pouczają o sposobie stosowania go i podają dotychczasowe zadziwiające wprost wyniki lecznicze uzyskane w leczeniu rzeżączki u mężczyzn, we wszystkich tych przypadkach, w których zakażenie wystąpiło, przed 3. a najwyżej 5. dniami, a w których mimo mikroskopowego stwierdzenia dwoinek wiewiórowych w wydzielinie, nie było jeszcze silniejszych objawów zapalnych ze strony błony śluzowej cewki, a pierwsza część moczu była jeszcze prawie czysta lub bardzo lekko zmącona. Były to zatem przypadki nadające się szczególniej do leczenia poronnego. W przypadkach tych przy stosowaniu 10-minutowych wstrzykiwań reargonu w odstępach 1-no godzinnych znikały dwoinki wiewiórowe z obrazu mikroskopowego już po 3 lub 4 wstrzykiwaniach. Chorzy wstrzykiwali reargon jeszcze dwa dni po 4-ry razy dziennie przy ciągłej kontroli mikroskopowej wydzieliny z cewki. O ile w drugim i trzecim dniu leczenia dwoinek mikroskopowo nie znaleziono, leczenie uważano za skończone. W ten sposób udało się Klausnerowi i Wiechowskiemu wyleczyć rzeżączkę, według ich twierdzenia, w licznych przypadkach w przeciągu 2 do 3 dni, a w jednym przypadku nawet w 12-stu godzinach.

Świetne wyniki uzyskali również wymienieni autorzy w leczeniu reargonem ostrej i chronicznej rzeżączki przedniej części cewki. Zalecają oni w tych przypadkach wstrzykiwania reargonu 4 do 5 razy dziennie po 10 minut trwające, polecając choremu, aby jak najdłużej po wstrzykiwaniu nie oddawał moczu, przez co płyn wstrzykiwany zostaje długo w zetknięciu z błoną śluzową cewki. Przy tego rodzaju postępowaniu uzyskiwali Klausner i Wiechowski wyleczenie ostrej, podostrej czy chronicznej rzeżączki w przeciągu 8 do 14 dni.

Nadzwyczaj korzystne, ciekawe, przytem bardzo zastanawiające wyniki mieli ci autorzy w ostrej i chronicznej rzeżączce tylnej części cewki moczowej. W przypadkach tych polecali chorym wstrzykiwać 5% reargon, tak jak przy leczeniu przedniej części cewki — i mimo, że nie stosowali żadnego innego leczenia, nie podawali żadnych środków balsamicznych, proszków czy choćby ziółek moczopędnych, uzyskiwali samoistne ustąpienie objawów rzeżączkowych z tylnej części cewki we wszystkich tak leczonych przypadkach. Oznaczałoby to niesłychane skrócenie czasu trwania choroby w przypadkach, w których proces rzeżączkowy zaatakował już tylną część cewki moczowej, i uczyniłoby zbytecznem używanie wszelkich zabiegów instrumentalnych.

Nic dziwnego, że wieści o tym »cudowym« środku przedostały się rychło do prasy codziennej (praskiej i wiedeńskiej), a autor jednego z artykułów w entuzjazmie idzie tak daleko, że prorokuje, iż przez wprowadzenie tego środka rzeżączka będzie mogła zniknąć zupełnie z pośród cywilizowanego świata (»...*der Gonorrhoe im Umkreise der zivilisierten Welt der Garaus gemacht werden könne*«).

W ślad za pierwszą pracą Klausnera i Wiechowskiego ukazała się w kilka miesięcy później również w »Derm. Wochenschrift« (Nr.14.), druga z kolei praca Klausnera (2), potwierdzająca w pełni znakomite działanie reargonu, stosowanego w zakresie jeszcze znacznie szerszym i zalecająca jeszcze goręcej stosowanie tego niezwykłego środka.

Wyniki Klausnera potwierdził rychło M. Joseph (3), ogłaszając w »Deutsche Med. Woch.« (Nr. 11.) znakomite wprost działanie reargonu w leczonych przez niego przypadkach. Osiągał on tak przy poronnem leczeniu rzeżączki jak i w sprawach dłużej trwających wyniki znakomite, nie ustępujące w niczem wynikom opisywanym przez Klausnera. Chorych zgłaszających się nie później jak w 3 dni po zakażeniu, leczył poronnie w ten sposób, że polecał im wstrzykiwać 5% reargon co godzina lub co 1 ½ godziny i płyn wstrzyknięty zatrzymywać po 10 minut. Chorzy ci wstrzykiwali w 1 i 2 dniu nawet w nocy. Zupełne, szybkie wyleczenie uzyskał M. Joseph we wszystkich swoich przypadkach. Bardzo dobre wyniki przy stosowaniu reargonu w przypadkach nadających się do leczenia poronnego uzyskał, również H. Popper (4). Haas i Zimmern (5) podają (50 leczonych przypadków), że dobre wyniki poronnego leczenia reargonem są procentowo znacznie wyższe niż po wszelkich innych używanych dotychczas środkach i metodach leczniczych. Leczenie niepowikłanej rzeżączki trwało w ich przypadkach nieco dłużej niż u Klausnera (z reguły więcej jak 12 dni),

w każdym jednakowoż razie krócej, niż przy stosowaniu innych preparatów srebrowych. Natomiast przy leczeniu rzeżączki tylnej części cewki nie widzieli dobrych skutków w takim zakresie, jak Klausner. Pozatem w czasie leczenia rzeżączki przedniej części cewki spostrzegali często przejście sprawy chorobowej na tylną część cewki. Nadto w 2 przypadkach wystąpiło zapalenie najądrza, a w 4 przypadkach zapalenie stercza. W zastarzałych przypadkach leczonych długo innemi środkami osięgali dobre wyniki, stosując obok mięsienia na zgłębniku i rozszerzenia cewki także wstrzykiwania reargonu.

Freund (6) widzi w reargonie bardzo pożądane wzbogacenie zapasu naszych dotychczasowych licznych, ale przecie niewystarczających środków przeciw-rzeżączkowych — nie jest jednakże tym środkiem zachwycony. Spostrzegał on wprawdzie w wielu przypadkach dobre wyniki, jakoteż zupełny brak podrażnienia ze strony błony śluzowej cewki, (przytacza między innemi przypadek, gdzie jeden z chorych wstrzykiwał reargon w zwykłem 5% stężeniu 15 razy w przeciągu 24-ch godzin, nie wywołując podrażnienia cewki), zwraca jednakże równocześnie uwagę na to, że spostrzegał także cały szereg przypadków, w których nie tylko wystąpiło podrażnienie błony śluzowej cewki,ale doszło również następowo i do pojawienia się powikłań. W jednym przypadku wystąpiło zapalenie najądrza, w drugim silny obrzęk napletka, w innym naciek okołocewkowy i powiększenie gruczołów pachwinowych — w kilku dalszych przypadkach sprawa przeniosła się na tylną część cewki.

Zachęcony wynikami jakie osiągnęli Klausner, a później Joseph rozpocząłem leczenie rzeżączki reargonem w dosyć szerokim zakresie, stosując go w Klinice dermatologicznej U. J., na Oddziale wenerycznym Szpitala św. Łazarza, a częściowo i w praktyce prywatnej w 39 przypadkach, wyłącznie u mężczyzn. Między leczonemi przypadkami znajdowało się 5 przypadków rzeżączki wczesnej, nadającej się do leczenia poronnego, 17 przypadków rzeżączki ostrej przedniej części cewki, 6 przypadków rzeżączki podostrej i chronicznej przedniej części cewki i 11 przypadków rzeżączki ostrej i podostrej przedniej i tylnej części cewki moczowej. Przy stosowaniu reargonu trzymałem się, o ile możności, wskazówek podanych przez Klausnera i Wiechowskiego. We wczesnych przypadkach, nadających się do leczenia poronnego polecałem wstrzykiwać co godzinę, tak długo jak to wogóle było możliwe. We wszystkich innych przypadkach wstrzykiwali chorzy 5 razy dziennie. Płyn wstrzyknięty zatrzymywal chory 10 minut. Po wstrzykiwaniu chorzy nie oddawali czas dłuższy moczu, aby jak najdłużej reargon działał na błonę śluzową cewki. Roztwory reargonu przyrządzałem chorym w przeważnej ilości przypadków, przedewszystkiem we wszystkich przypadkach leczonych w klinice i w szpitalu, sam osobiście, aby się przekonać, czy przetwór był dobrze rozpuszczony i czy nie było jakichkolwiek ziarenek lub grudek, które mogłyby spowodować drażnienie błony śluzowej cewki. Również pokazywałem chorym w jaki sposób mają wstrzykiwać i pilnowałem wszystkich pierwszych wstrzykiwań dotąd, aż się przekonałem, że chorzy wykonują zabieg ten pod względem technicznym bez zarzutu. Wszystkie dalsze wstrzykiwania odbywały się pod ścisłą kontrolą pielęgniarzy szpitalnych. Roztwory przygotowywano stale świeżo, tak, że chorzy wstrzykiwali zawsze roztwór przygotowany co najwyżej przed 24 godzinami. Mimo to wszystko wyniki nie mogły ani w przybliżeniu dorównać wynikom osiągniętym przez Klausnera, a potwierdzonym przez próby Josepha.

Najlepsze stosunkowo wyniki osiągnąłem w przypadkach nadających się do leczenia poronnego.

W jednym z tych przypadków uzyskałem zupełne wyleczenie po dwóch dniach, w drugim po 6 dniach stosowania reargonu. Oba te przypadki dotyczyły słuchaczów medycyny, przyczem w pierwszym przypadku chory wstrzykiwał reargon w pierwszym dniu tylko 5 razy, a w drugim 3 razy zatrzymując każdorazowo lek w cewce po 10 minut. Chory ten w tym samym dniu, w którym zgłosił się do leczenia, wyjechał do małego miasteczka na prowincję, skąd miał po czterech dniach powrócić i zgłosić się do kontroli, ewentualnie do dalszego leczenia. Przyrządziłem mu 100 cm³ 5% reargonu, pouczyłem go, jak ma sam roztwory sporządzać i zapisałem mu 3 dalsze flaszeczki na drogę. Miało mu to wystarczyć aż do powrotu. Chory w pośpiechu zostawił kupione flaszeczki w domu, a zabrał ze sobą jedynie gotowy, przyrządzony przezemnie roztwór, który mu wystarczył jedynie na 7 wstrzykiwań wykonanych, jak wyżej wspomniałem, w przeciągu 2 dni, poczem wobec braku apteki w danej miejscowości, nie wstrzykiwał już ani reargonu ani też żadnego innego środka przeciw-rzeżączkowego. Po 4-ch dniach przymusowej przerwy we wstrzykiwaniach, chory ów zgłosił się ponownie. Nie znalazłem u niego wówczas i w dniach następnych ani śladu wycieku. Mocze były w obu częściach czyste, zupełnie przeźroczyste. Wykonana prowokacja i parokrotne późniejsze badania kontrolne wykazały w przypadku tym zupełne wyleczenie. Chory wspomniany zgłosił się do leczenia w 60 godzin po podejrzanym stosunku, nie spostrzegłszy przedtem u siebie niczego podejrzanego poza lekkiem swędzeniem w cewce. W bardzo skąpym wycieku śluzowym z maleńką domieszką ciałek ropnych stwierdziłem już jednak dosyć znaczną ilość dwoinek wiewiórowych.

W drugim przypadku dotyczącym również słuchacza medycyny objawy stwierdzone przy pierwszem badaniu były podobne do wyżej opisanych. Stosunek podejrzany przed trzema dniami — od kilku godzin swędzenie w cewce. Wydzielina z cewki bardzo skąpa, śluzowo-ropna. Spora ilość dwoinek wiewiórowych. Chory rozpoczął natychmiast (8 rano) wstrzykiwać reargon w odstępach półtora godzinnych. Po 4 wstrzykiwaniach (3 popołudniu) w wycieku bardzo skąpym barwy brunatnawej dwoinek wiewiórowych mikroskopowo nie znalazłem — również ciałek ropnych było nie wiele i to nie typowych, natomiast przeważały złuszczone nabłonki i śluz. Podobny stan stwierdziłem dwukrotnie i w drugim dniu choroby. Mimo to jednak kazałem jeszcze choremu wstrzykiwać 5 dni po 5 razy dziennie i wówczas dopiero przerwałem leczenie. Badanie mikroskopowe po prowokacji roztworem Lugola nie wykazało niczego podejrzanego. Chory zgłaszał się jeszcze kilkakrotnie dla kontroli, poczem uznałem go za wyleczonego.

Trzy dalsze przypadki dotyczyły również chorych nadających się w zupełności do leczenia poronnego; nie poszło ono jednak tak szczęśliwie jak w dwóch wyżej wspomnianych przypadkach. Jeden chory leczył się 22 dni (dwoinki utrzymywały się w preparacie mikroskopowym 13 dni) u drugiego zaraz w 2 dniu wstrzykiwania wystąpił bardzo silny obrzęk napletka i tak silne podrażnienie i bolesność cewki moczowej, że chory bezwarunkowo nie chciał nadal wstrzykiwać reargonu. Zmusiło mnie to do stosowania innego preparatu srebrowego, który chory znosił dobrze. W piątym przypadku u chorego, który również skarżył się na silne pieczenie w cewce po wstrzykiwaniach reargonu, znalazłem jeszcze w 15-ym dniu leczenia dwoinki wiewiórowe. Pozatem w tymże 15-tym dniu leczenia wystąpiło u chorego silne parcie i bolesność przy oddawaniu moczu. Przy badaniu oba mocze okazały się silnie zmącone. Przeszedłem wówczas do podawania środków wewnętrznych (*balsamica)*, a po ustąpieniu ostrych objawów zapisałem do wstrzyknięć zamiast reargonu inne preparaty srebrowe, które chory znosił znacznie lepiej niż reargon.

Przy leczeniu przypadków rzeżączki ostrej przedniej części cewki, w których sprawa chorobowa była już zbyt daleko posunięta, aby można przeprowadzić leczenie poronne, chorzy wstrzykiwali reargon tylko po 5 razy dziennie (w odstępach 3 godzinnych), wyniki nie były lepsze od uzyskiwanych dotychczasowemi preparatami srebrowemi, a w całym szeregu przypadków były wręcz złe. Na 16 przypadków leczonych reargonem w 2 przypadkach przyszło w ciągu leczenia do ostrego zapalenia gruczołu krokowego, w 2 do ostrego zapalenia najądrza, w 1 przypadku wystąpiło krwawienie końcowe, a wreszcie w 4 innych przypadkach wystąpiło ostre zapalenie tylnej części cewki. W 2 przypadkach przejście procesu rzeżączkowego na tylną część cewki nastąpiło już w 3-cim dniu wstrzykiwań reargonu. W wszystkich tych przypadkach przerwałem stosowanie reargonu i wróciłem do powszechnie używanych środków leczniczych. Z pozostałych 7 przypadków, w których reargon nie doprowadził do pojawienia się powikłań, przerwałem stosowanie tego środka w 4 przypadkach, ponieważ mimo bardzo starannego wstrzykiwania w 15, 18, a nawet 21-m dniu leczenia znajdowałem jeszcze dwoinki wiewiórowe w preparatach mikroskopowych i to w znacznej ilości. We wszystkich tych przypadkach wstrzykiwania innych preparatów srebrowych (choleval, albargina, hegonon) doprowadziły w bardzo krótkim czasie do zniknięcia dwoinek z preparatów mikroskopowych.

Pozostałyby więc tylko 4 przypadki wyleczone reargonem z tych 2 po 18 dniach wstrzykiwania, 3 po 24, a 4 po

29 dniach leczenia. Szybkie wyleczenie uzyskałem właściwie tylko w 2 przypadkach; wyleczenie bowiem rzeżączki ostrej w 4 tygodniu leczenia zdarza się często i przy stosowaniu środków leczniczych zwykle używanych.

W 6-ciu przypadkach rzeżączki chronicznej przedniej części cewki również nie miałem dobrych wyników.

Na tych przypadkach przekonałem się, że reargon nie ma zupełnie tego głębokiego działania (*Tiefenwirkung*) jakie przypisują mu Klausner i Wiechowski. W przypadkach, w których stosowałem wstrzykiwania reargonu bez żadnego innego leczenia pomocniczego, dwoinki wiewiórowe albo wogóle mimo 3 tygodniowego wstrzykiwania nie znikały z wydzieliny cewki, albo też w przypadkach gdzie ich już mikroskopowo nie znajdywaliśmy, mimo 10 do 14-dniowych dalszych wstrzykiwań reargonu ukazywały się z powrotem w kilka dni po zaprzestaniu leczenia. Nie lepsze działanie okazywał reargon u chorych, u których stosowałem mięsienie cewki na zgłębniku i równocześnie 10-ciominutowe wstrzykiwania reargonu.

Poza próbami leczenia reargonem rzeżączki ostrej czy chronicznej przedniej części cewki zastosowałem leczenie reargonem również w 11 przypadkach ostrej lub podostrej rzeżączki cewki tylnej w myśl bardzo interesującego spostrzeżenia Klausnera, o którem wyżej wspominałem, że w przypadkach schorzenia tylnej cewki udaje się samemi wstrzykiwaniami reargonu do przedniej części cewki usunąć to powikłanie z reguły już po kilku dniach. Potwierdzenie tych spostrzeżeń Klausnera wprowadziłoby przewrót w naszem dotychczasowem zapatrywaniu i postępowaniu przy schorzeniu tylnej części cewki i pozwoliłoby nam zarzucić dotychczasowe postępowanie wyczekujące i leczyć miejscowo bez narażenia chorego na możliwe powikłania. Niestety i tutaj wyniki zawiodły nasze oczekiwania. Na 11 przypadków w 2 tylko doprowadzono leczeniem miejscowem przedniej części do stałego wyjaśnienia się drugiej porcji moczu i to w przypadkach, w których sprawa nie była zbyt ostra, a zmętnienie moczu było niewielkie. W pozostałych 9-ciu przypadkach mimo dwutygodniowego leczenia reargonem zmącenie drugiej części moczu utrzymywało się nadal, nadto w dwóch przypadkach wystąpiło znaczne zaostrzenie się sprawy chorobowej, silne parcie i dosyć obfite krwawienie po każdorazowem oddawaniu moczu — w 2 przypadkach doszło do ciężkich powikłań (w 1 przypadku zapalenie najądrza i gruczołu krokowego, w 2 przypadku obustronne zapalenie najądrzy). W 5-ciu przypadkach (3 przypadki, w których druga porcja moczu była mętna mimo leczenia przedniej części cewki, i 2 przypadki, w których w czasie leczenia proces rzeżączkowy przeszedł na tylną część cewki (zastosowałem za radą Doc. Waltera przepłukiwania pęcherza sposobem Janeta rozczynami reargonu 1 : 250. Przepłukiwania te nie dały lepszych wyników niż dotychczas stosowane przepłukiwania rozczynami nadmanganianu potasu 1 : 4.000. W 3 przypadkach osiągnęliśmy oczyszczenie się drugiej części moczu, w 2-ch przypadkach już po 5, w 3-cim po 8 przepłukaniu. W pozostałych 2-ch przypadkach rzeżączka zaostrzyła się i musieliśmy przepłukiwania przerwać, odczekać jakiś czas aż do uspokojenia się procesu chorobowego, poczem dopiero zastosowane przepłukiwania rozczynami nadmanganianu potasu doprowadziły rychło do dobrych wyników.

Na podstawie wyników leczniczych uzyskanych w leczonych przez nas przypadkach nie można w żadnym razie uważać reargonu za środek tak idealny, jak chcą tego jego wynalazcy. Pod względem działania bakterjobójczego na dwoinki wiewiórowe stoi on bezwarunkowo niżej od przetworów takich jak hegonon, protargol a przedewszystkiem choleval czy albargina, mimo iż procentowo zawiera znacznie więcej srebra od wymienionych połączeń. (Reargon zawiera 6% srebra, a więc jego 5% roztwór zawiera 0·3% srebra, podczas gdy zwyczajnie używane do wstrzykiwań roztwory albarginy zawierają około 0·03%, roztwory protargolu około 0·04% a cholevalu około 0·025% Ag.). Wiemy jednakowoż z naszych dotychczasowych doświadczeń, że do zniszczenia dwoinek wiewiórowych nie jest konieczne działanie środków o dużej zawartości procentowej srebra. Mała procentowo ilość srebra zawarta w albarginie, w cholevalu i t. d. jest zupełnie wystarczająca do zniszczenia tych dwoinek wiewiórowych, które znajdują się w miejscach dla tych środków dostępnych. Środkiem lepszym będzie ten, którego działanie wnikające w głąb cewki będzie silniejsze — tej zaś zalety w reargonie nie spostrzegaliśmy w większym stopniu. Wysoka zawartość procentowa soli srebrowych w reargonie jest mojem zdaniem jednym z najważniejszych powodów wywołujących przy stosowaniu tego środka tak wielką ilość powikłań. Najwyższe od samego początku stężenie reargonu nie pozwala na późniejsze zwiększenie stężenia stosowanego środka, a wiemy, że w leczeniu rzeżączki bardzo korzystnie działa wolna ale ciągła zmiana stężenia stosowanych leków a obok tego czasowa zmiana stosowanych przetworów.

Działanie lecznicze jest wówczas silniejsze, gdyż nie dopuszcza do przyzwyczajenia się dwoinek wiewiórowych do stosowanego przetworu leczniczego. Stroną ujemną reargonu jest również to, że jest bardzo drogi (mniej więcej 18 razy droższy od przetworów albarginy albo cholevalu).

Jedyną zaletą reargonu byłoby to że chorzy podmiotowo znoszą go dobrze — również jednakże nie stale, lecz w większości przypadków: dlatego też środek ten działa najlepiej w przypadkach, nadających się do leczenia poronnego. Chory bowiem, nie odczuwając bólu przy wstrzykiwaniach, może te wstrzykiwania robić częściej niż jest to możliwe przy innych środkach. Jest to jednakże bronią obosieczną w przypadkach, w których nie doprowadza się szybko (poronnie) do wyleczenia. Środek ten bowiem nie wywołuje tylko podmiotowo objawów zadrażnienia, w rzeczywistości drażni śluzówkę cewki bardzo silnie, czego dowodzi bardzo wielka ilość złuszczonych nabłonków w preparatach mikroskopowych. Jak zaś wiemy, powinniśmy przy leczeniu rzeżączki unikać zadrażnienia śluzówki, każde bowiem jej zadraźnienie prowadzi do silnego pomnożenia się liczby dwoinek wiewiórowych (niejako miejscowa prowokacja) i ułatwa występowanie powikłań.

Zestawiając wyniki uzyskane przez nas w leczeniu reargonowem, z wynikami uzyskanemi przez Klausnera a później przez Josepha, widzimy bardzo daleko idące różnice. Dlaczego działanie reargonu w tamtych przypadkach było tak zupełnie inne niż w naszych, wytłumaczyć trudno. W pierwszym rzędzie nasuwałaby się myśl, że preparaty przysyłane do Polski, a więc wyrabiane »na wywóz« są gorsze niż używane na miejscu. Możliwe jest także to, że reargon psuje się po pewnym czasie, mimo iż jest wzorowo opakowany — lub też może fabrykacja przetworu (wyrabiany przez fabrykę chemiczną »Norgine« w Praga-Uście n. Ł.) wogóle w ostatnich czasach się zepsuła. Przemawiałby za tą ostatnią możliwością fakt spostrzegany przezemnie, że nieliczne dobre wyniki po wstrzykiwaniach reargonu uzyskaliśmy przy stosowaniu pierwszych próbek tego przetworu, przysyłanych do aptek krakowskich — a odwrotnie wyniki ostatnich prób w październiku i listopadzie b. r. prób przeprowadzanych na oddziale chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza wypadły najgorzej. Chorzy tego okresu najwięcej się skarżyli na pieczenie przy wstrzykiwaniu — dwoinki wiewiórowe nie ustępowały nawet do trzech tygodni i najwięcej wówczas spostrzegaliśmy powikłań.

Za możliwością gorszej wartości preparatów później wyrabianych przemawiałoby także to, że po pierwszych ocenach entuzjastycznych (Klausner i Wiechowski (1), Klausner (2), Joseph (3), nieco później pochlebnych (Hugo Popper (4), Haas i Zimmern (5), R. Imhofer (7), który stosował reargon w rhinitis w tamponach, wyników uzyskiwanych przy leczeniu reargonem, pojawił się w ostatnich czasach szereg publikacyj, które w reargonie nie widzą zgoła zalet przypisywanych mu przez jego twórców.

I tak H. Lamprecht (8) stwierdza wprawdzie brak objawów podrażnienia przy wstrzykiwaniu reargonu i jego działanie znieczulające, nie osiągnął jednakże w żadnym przypadku wyleczenia poronnego w przypadkach wczesnych. Także i w przypadkach dalej posuniętych nie spostrzegał Lamprecht żadnych innych zalet tego środka w stosunku do innych dotychczas używanych przetworów M. Hosse i H. Weitgasser nie stwierdzili takiego braku

bolesności i objawów zadrażnięnia, jak to twierdzą wynalazcy. Zdolność bakterjobójcza reargonu nie była w żadnym z ich przypadków dostateczną. Wielokrotnie w czasie leczenia spostrzegali przejście procesu tryprowego na tylną część cewki, a w 6 na 15 wogóle leczonych przypadków u mężczyzn spostrzegali wystąpienie tak ciężkich powikłań, jak zapalenie stawu kolanowego, ostre zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie pęcherza, nacieki około-cewkowe i t. d.

Częste przechodzenie rzeżączki na tylną część cewki widział również E. Ostwald (10) w przypadkach leczonych przez siebie. Podaje on również w swej pracy, że w kilku przypadkach rzeżączki cewki przedniej (zaliczanych przez niego do t. zw. »*Gonorrhoea anterior profunda*«) mimo dwu i trzymiesięcznego leczenia reargonem, nie uzyskał wyleczenia. W leczeniu rzeżączki cewki tylnej i rzeżączki powikłanej miał prawie same złe wyniki.

W polskiem piśmiennictwie znalazłem tylko jedną pracę o reargonie, a mianowicie krótkie, ale treściwe sprawozdanie Monisa (11) z wyniku doświadczeń przeprowadzanych na oddziale wenerycznym szpitala powszechnego we Lwowie. Są one również bardzo niekorzystne we wszystkich niemal leczonych przypadkach.

Piśmiennictwo.

1) E. Klausner, W. Wiechowski: Reargon, ein neuer Weg der Silbertherapie bei der Gonorrhoe. Derm. Wochenschrift. 1924. Nr. 1. — 2) E. Klausner: Ergebnisse der lokalen Behandlung der Gonorrhoe mit Reargon. Derm. Woch. 1924. Nr 14. — 3) M. Joseph: Deutsch. Med. Woch. 1924. Nr. 11. — 4) Hugo Popper: Deutsche Med. Woch. 1924. Nr. 30. — W. Haas, F. Zimmern: Erfahrungen mit Reargon bei Gonorrhoe. Derm. Woch. 1924. Nr. 21. — 6) E. Freund: Erfahrungen mit Reargon. Derm. Woch. 1924. Nr. 23. — 7) R. Imhofer: Reargon in der Rhinologie. Med. Klin. 1924. Nr. 27. — 8) H. Lamprecht: Erfahrungen mit Reargon. Wiener Klin. Woch. 1924. Nr. 30. — 9) M. Hasse, H. Weitgasser: Erfahrungen mit Reargon. Wien. Klin. Woch. 1824. Nr. 17. — 10) E. Ostwald: Zur Reargonbehandlung der Gonorrhoe. Derm. Woch. 1924. Nr. 46. — M. Monis: Reargon w leczeniu rzeżączki. Polska Gazeta lekarska 1924. Nr. 47.

Dr. Zofja WOJNO Warszawa.
Dr. Marja DUNIN-KARWICKA.

Rak gruczołów tarczkowych powiek (glandulae tarsales Meibomi).

Do najczęściej spotykanych nowotworów powiek, należy rak, biorący początek w skórze. Rzadkością natomiast jest rak wychodzący z gruczołów tarczkowych. Lagrange w swojem wyczerpującem dziele — »*Traité des tumeurs de l'oeil*« wydanem w 1904 roku wylicza 8 znanych w piśmiennictwie przypadków raka gruczołów tarczkowych, z tych dwa jednak niepewne; jeden z nich podany przez Richet'a nie był badany histologicznie, a drugi Gosselin'a uważany był przez samego autora za gruczolak, a nie za rak. Scherer w 1914 roku podaje ogólną liczbę nowotworów gruczołów tarczkowych (raka i gruczolaka) na 30, a ostatnio Riva w 1922 roku dolicza się w piśmiennictwie 16 przypadków raka i 24 gruczolaka.

Przytoczona powyżej statystyka upoważnia mnie do opisania przypadku raka gruczołów tarczkowych, który był operowany w Instytucie Oftalmicznym w roku ubiegłym.

Chora M. K., lat 78, po przybyciu do Instytutu zeznaje, że przed 6 miesiącami zauważyła na powiece górnej prawego oka guzek wielkości ziarnka grochu. Guzek ten szybko się powiększał. Z początku bólu w oku chora nie odczuwała; dopiero od kilku tygodni guz uciska na oko powodując ból.

Badanie dało wynik następujący:

Guz górnej powieki prawego oka wielkości średniego orzecha amerykańskiego sprawia, że cała powieka bardzo jest powiększona, a w szczególności wielokrotnie grubsza niż normalna. Tylko niewielka część powieki (mniej więcej $1/_{6}$) od strony nosa wydaje się być wolna od guza, który natomiast sięga do kąta zewnętrznego powiek. Guz jest niebolesny o spoistości chrząstkowatej, powierzchni guzkowatej, granicach przy macaniu dobrze wyczuwalnych; leży całkowicie w obrębie powieki, nie przechodząc nigdzie w jej otoczenie. Skóra powieki sinawa, zawiera żyły wyraźnie rozszerzone, ale pozatem jest niezmieniona i nad guzem przesuwalna. Tylko nad przednią krawędzią brzegu powieki w pasie 3–5 mm szerokim, skóra zrośnięta jest z guzem.

Tylną powierzchnię powieki można obejrzeć po odciągnięciu jej ku przodowi; odwrócić jej niepodobna. Trzecia jej część od strony nosa jest pokryta jest spojówką, która poza przekrwieniem i miernem zgrubieniem nie wykazuje żadnych zmian. W zewnętrznych natomiast $2/_{3}$ powieki spojówki niema; widzimy tu powierzchnię guza żółtawej barwy guzkowatą, pokrytą siateczką naczyń krwionośnych. W paru miejscach na niewielkiej przestrzeni powierzchnia guza, uległa rozpadowi; pokryta jest ona w tych miejscach białemi grudkami wielkości ziarnka piasku, które łatwo dają się usuwać wacikiem.

Brzeg powieki w wewnętrznej połowie zaczerwieniony i rozszerzony. Odległość od krawędzi przedniej do tylnej dosięga tutaj 5 mm. W połowie skroniowej brzeg jest bledszy i nie rozszerzony, lecz raczej zwężony wskutek tego, że krawędź tylna i część przestrzeni między-krawędziowej, wraz z ujściami gruczołów uległa rozpadowi. Gruczoły przeduszne i podszczękowe niewyczuwalne.

Guz wyłuszczono i wykonano operację plastyczną (Dr. Sławiński) w celu zastąpienia usuniętych części powieki. Zabieg chora zniosła doskonale, wypisano ją ze szpitala w trzy tygodnie po operacji — zdrową.

Więcej chora do nas już się nie zgłaszała. W kilka miesięcy jednak po jej wyjściu z Instytutu dowiedziałam się od innej mieszkanki tej samej wsi, że chorej M. K. utworzył się ponownie guz tej samej powieki, którego dać operować nie chce.

Już badanie kliniczne wzbudziło we mnie podejrzenie, że mamy do czynienia z tak rzadko spotykanym guzem złośliwym gruczołów tarczkowych, bez trudu bowiem odnajdywałam w naszym przypadku cechy uznane za charakterystyczne dla nowotworów tego rodzaju, przez Lagrange'a Scheerera, Pereyra i innych. Konsystencja chrząstkowata, powierzchnia guzkowata, zabarwienie od strony spojówki białawe, lub żółtawe guza powieki pokrytego skórą nad nim przesuwalną i nienaruszoną, są to cechy, na których klinicysta, zdaniem tych autorów, powinien opierać rozpoznanie nowotworu gruczołów tarczkowych. Szybki wzrost guza przemawia za rakiem, a przeciwko gruczolakowi. Zajęcie gruczołów chłonnych zdarza się nawet w przypadkach raka gruczołów tylko wyjątkowo. W naszym przypadku za złośliwością nowotworu, poza szybkością wzrostu przemawiało zrośnięcie z nim skóry nad brzegiem powieki, oraz rozpad guza, widoczny w paru miejscach.

Badanie histologiczne usuniętego guza, dokonane przez Dr. Marję Dunin-Karwicką, potwierdziło w zupełności badanie kliniczne, jak to widać z następującego opisu.

Nadesłany do badania histologicznego guz powieki posiadał wymiary i kształt orzecha amerykańskiego, powierzchnię częściowo owrzodziałą i pagórkowatą (od strony spojówki), konsystencję twardą, przekrój zrazikowaty, barwy szarawo-żółtawej.

Makroskopowo robił on wrażenie *adenoma sebaceum*.

Badanie drobnowidowe stwierdziło obraz histologiczny raka o typie *carcinoma alveolare*, guz składa się mianowicie z rozmaicie ukształtowanych pełnych (bez światła) gniazd nieprawidłowo bujających komórek nabłonkowych, zlewających się już często w całe pola nabłonkowe, rozmieszczonych wśród łączno-tkankowego podścieliska. Komórki te posiadają jądra różnego kształtu i wielkości, przeważają jednak duże, blado barwiące się jądra z wyraźnem jąderkiem owalnem, lub okrągławem, często trafiają się mniej lub więcej prawidłowe figury karjokinetyczne, zaródź komórek zawiera wielką obfitość kulek tłuszczowych (prep. barwione Sudanem III).

Łączno-tkankowe podścielisko guza nosi charakter twardej, zbitej tkanki łącznej z jakiej się składa *tarsus*. Jest ono w olbrzymich wprost rozmiarach nacieczone tłuszczowo, przyczem obok kulek i kul tłuszczowych widzimy całe złogi igieł tłuszczowych. Skutkiem tego niezwykle obfitego nacieku tłuszczowego powstają niecodzienne obrazy, gdyż oprócz wrzecionowatych komórek łączno-tkankowych, naładowanych kuleczkami tłuszczowemi na obu biegunach, lub pojedynczych komórek o zarodzi zastąpionej w znacznej części przez dużą kulę tłuszczową, jak to zwykliśmy widywać w tkance tłuszczowej, znajdują się całe ogniska, a często już i całe pola tłuszczowo przekształconych komórek, te ostatnie mniejsze są i nieco inaczej wyglądają niż komórki właściwej tkanki tłuszczowej; bezsprzecznie jednak są tego samego pochodzenia.

Skupienia tłuszczowo przekształconych komórek ulegają często martwicy i rozpadowi, taki sam los spotyka sąsiadujące z niemi odcinki gniazd nowotworowych i trudno jest nieraz rozstrzygnąć, jakiego pochodzenia jest dane ognisko, sądzimy jednak, że chociaż tego rodzaju rozpad podścieliska łączno-tkankowego należy do rzadkości, to oba te źródła trzeba brać w rachubę, tem bardziej, że przy zaburzeniach w odżywieniu podścieliska cierpią oczywiście również odżywiane przez niego odcinki nowotworu.

To niezwykle daleko posunięte stłuszczenie guza objaśnia nam jego wygląd makroskopowy.

Nowotwór zajmuje całą grubość powieki, sięgając z jednej strony do jej spojówki z drugiej — do skóry; tak jedna, jak i druga, tam gdzie je widać na preparatach, są przeważnie wolne od gniazd nowotworowych, tylko z rzadka widać wkroczenie tych ostatnich do obu tych formacyj; na jednym preparacie utkanie nowotworowe sięga w jednem miejscu aż pod sam nabłonek skóry.

Gdzieniegdzie widać drobne resztki zwieracza powieki.

W znajdującej się na preparatach skórze powieki widać gruczoły łojowe i gruczoły Moll'a (*glandulae ciliares*), w spojówce zaś — cewki gruczołu łzowego dodatkowego, niema natomiast nigdzie ani śladu gruczołów tarczkowych. Tak nabłonek płaski wielowarstwowy skóry, jak i nabłonek walcowaty wielowarstwowy spojówki powieki jako też pochewki włosowe skóry (rzęsy) i wszystkie wzmiankowane formacje gruczołowe znajdują się w stanie zupełnego spokoju i nidzie nie wykazują najmniejszego bujania.

Biorąc pod uwagę:

1. zupełny brak na wszystkich przekrojach gruczołów tarczkowych,

2. wykluczenie wszelkich innych źródeł jako podłoża, z którego mógłby wyjść w danym przypadku rak,

3. charakter ognisk nowotworowych, które w miejscach młodszych układem swym wyraźnie przypominają układ gruczołów tarczkowych,

4. wreszcie niezwykle bogatą zawartość tłuszczową (gruczoły tarczkowe, jak wiadomo, obfitują w tłuszcz), przychodzimy do wniosku, że mamy do czynienia z rakiem pierwotnym tychże gruczołów.

Stosowaliśmy barwienie hematoksyliną-eozyną skrawków parafinowych i barwienie Sudanem III. w połączeniu z hematoksyliną skrawków mrożonych.

Piśmiennictwo.

1) Lagrange. Traité des tumeurs de l'oeil. 1904. T. II. str. 733. — 2) v. Michel. Handbuch der gesamten Augenheilkunde Graefe-Saemisch. 1908. T. V. 1. str. 323. — 3) Fuchs. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie. 1878. T. XXIV 2. str. 158. — 4) Salzman. Arch. f. Augenhk. 1891. T. XXII. str. 292. — 5) Sourdille. Arch. d'Ophthalmologie. 1894. T. XIV. str. 179. — 6) De Schweinitz. Centralblatt f. prakt. Augenhk. 1894. str. 489. — 7) Gross. Centralblatt f. prakt. Augenhk. 1896. str. 217. — 8) Scheerer. Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1914. T. LII. str. 86. — 9) Cavara. Centralblatt f. d. gesamte Ophthalm. 1920. T. III. str. 570. — 10) Riva. Centralblatt f. d. gesamte Ophthalm. 1923. T. IX. str. 456. — 11) Pereyra. Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1922. T. LXIX.

Oceny i sprawozdania.

Braun Max. **Historja naturalna pasorzytów zwierzęcych człowieka. (Naturgeschichte der tierischen Parasiten des Menschen).** Lipsk. Nakład C. Kabitzsch. Wydanie VI. 1925. Stron 608, z 416 rycinami. Cena 19·50 marek zł., (w oprawie 21·60 m.).

Książka Brauna stanowi samoistną całość, obejmującą wszystkie dotąd wykryte pasorzyty zwierzęce, jakie się napotyka u człowieka. Jako poradnik w przypadkach rzadszych jest to książka niezbędna, zwłaszcza, że nader liczne ryciny bardzo ułatwiają posługiwanie się nią lekarzowi nawet mniej obeznanemu z morfologją pasorzytów. Autor, wieloletni profesor zoologji i anatomji porównawczej w Królewcu, opiera się na ogromnem doświadczeniu własnem i na gruntownem zużytkowaniu piśmiennictwa (które podaje w osobnym dodatku); w ostatniem wydaniu uzupełnił swą książkę nowemi zdobyczami i dodał 38 rycin. — Kliniczną i terapeutyczną stronę tego działu nauki opracował prof. Seifert. Książka jego, stanowiąca również całość dla siebie, tworzy wraz z książką prof. Brauna dwie części wydawnictwa p. t.: »Pasorzyty zwierzęce człowieka, wywołane przez nie choroby i ich leczenie«. (Die tierischen Parasiten des Menschen, die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen und ihre Heilung).

r.

Bumba: **Die Kehlkopftuberculose vom Standpunkte der immunbiologischen Forschung.** (Gruźlica krtani ze stanowiska badania odporności biologicznej). Curt Kabitzsch. Leipzig.

Autor przy gruźlicy krtani stara się przesunąć ustrój w stan jaknajsilniejszej anergji pozytywnej injekcjami tuberculomucyny Wełemińskiego, lecząc zresztą następowo samą krtań dotychczas stosowanemi metodami. Jest to więc właściwie praca poświęcona leczeniu tuberkuliną gruźlicy wogóle, w której obserwacje co do gruźlicy krtani odgrywają podrzędną rolę. Nie zastanawiając się nad nierozstrzygniętą sprawą swoistego działania tuberkuliny, należy jednak zwrócić uwagę na słabe strony tego leczenia, a mianowicie na wymagane duże doświadczenie praktyczne i ogromnie sumienne badanie chorego, możliwe tylko w szpitalach, wzgl. zakładach specjalnie leczeniu gruźlicy poświęconych, aby sprawy chorobowej nie pogorszyć. Co do wyników leczenia to zdawałyby się one bardzo zachęcające, statystyka jednak jest robioną na podstawie tylko 39 przypadków przy nieokreślonym czasie obserwacji 6—31 miesięcy. Uderza mała ilość przypadków leczonych w stosunku do materjału jakim autor rozporządzał, czerpiąc go aż z 4-ch zakładów, co musi dać powód do przypuszczenia, że materjał do tego leczenia był specjalnie dobieranym, co zresztą do pewnego stopnia sam autor przyznaje twierdząc, że stadjum 3-cie anergji, do leczenia tą metodą nie nadaje się, z pierwszych zaś dwóch stadjów nie podaje autor procentowej ilości przypadków. Również czas obserwacji jest za krótki, aby móc już po sześciu miesiącach oświadczyć, że w przypadkach tych nastąpiło wyleczenie.

Dlatego też zdaje mi się wskazanem wstrzymanie się z tą metodą leczenia na szerszą skalę, aż do czasu jej ewentualnego udoskonalenia i rozstrzygnięcia jej rzeczywistej swoistości.

Przeworski.

S. Jessner. **Hautveränderungen bei Erkrankungen der Atmungsorgane.** Nakładem Curta Kabitzscha w Lipsku 1925 roku. Str. 58.

W przedmowie zaznacza autor, że z przyjemnością powraca (broszurka jest drugiem poprawionem wydaniem) do tematu ulubionego, przed laty opracowanego, bo może w krótkiej i zwięzłej formie przypomnieć lekarzowi praktykowi, zarówno dobrze interniście, jak dermatologowi, tą tak starą, a niestety tak często idącą w niepamięć prawdę, że skóra nie jest narządem osłaniającym tylko nasz ustrój, ale, że związana jest tysiącem nici z życiem całem ustroju, i że zaburzenia w którymkolwiek narządzie wewnętrznym odbijają się bardzo często w sposób mniej lub więcej wybitny na skórze.

»Opukiwać, wysłuchiwać, posługiwać się mikroskopem, badaniami chemicznemi i fizykalnemi i ponadto wiele jeszcze więcej, trzeba umieć. Ale przytem nie powinno się zapominać o metodzie najprostszej: o przyjrzeniu się choremu, o widzeniu makroskopowem, bo ono niejednokrotnie jest drogowskazem dla zmierzającego ku rozpoznaniu lekarza«.

Temu też najprostszemu, najpierwotniejszemu sposobowi badania poświęcona jest cała broszurka. Wartość jej polega na tem, że autor w sposób przystępny i jasny wyjaśnia, jak wiązać umiejętnie nietylko objawy chorobowe, ale i wszelkie zmiany na skórze, dotyczące choćby jej wejrzenia, że zmianami narządów oddychania, co o tych lub owych zmianach myśleć, jak je zużytkować, by na ich podstawie powziąć podejrzenie, że w tym a nie innym kierunku należy skierować główną uwagę. Nie brak w tej broszurce niemal niczego na co starzy praktycy, nie rozporządzający dzisiejszemi środkami badania z konieczności zwracali uwagę nie brak też i uwag i spostrzeżeń nowszych, zwłaszcza, gdy

autor omawia zmiany gruźlicze w skórze. Z rzeczy dawno znanych, a w badaniu dziś często pomijanych, podkreśla S. znaczenie sinicy skóry i rozmaitych odmian tej sinicy, barwę skóry bladą lub z wypiekami, rozszerzenie żył skórnych, opryszczki, potówkę i t. p. objawy, banalne na pozór, a mające przecież swoje klinicznie uzasadnione znaczenie. Nieżyt nosa, rozedma płuc, krztusiec, błonica, zapalenie płuc w rozmaitych odmianach, zapalenie opłucnej, wysięki i guzy śródpiersia są tematem pierwszej części tej broszurki. Resztę poświęca S. stosunkowi skóry do gruźlicy płuc, przyczem rozróżnia objawy skórne towarzyszące gruźlicy płuc, ale nie będące same przez się schorzeniami gruźliczemi skóry, i rozmaite odmiany istotnych gruźliczych schorzeń skóry. Przy omawianiu nieżytów błony śluzowej nosa pominął autor (zapewne przez przeoczenie) tak często towarzyszące im opryszczki i nie mniej częste, zwłaszcza u dzieci, liszaje.

Książeczkę napisaną żywo, zajmująco i jasno przeczyta z przyjemnością (i pożytkiem) tak internista, jak i dermatolog.

Lenartowicz (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Revue du Trachome.
Nr. 1. 1925.

Jeandelize i Bretagne. **Jaglica w Lotaryngji.** Lotaryngja znana jest jako kraj wybitnie przemysłowy, obfitujący w liczne fabryki soli, sody, żelaza i metali.

W braku odpowiedniej ilości miejscowych rąk roboczych, posługuje się od dawna przemysł fabryczny robotnikami sprowadzonymi z zagranicy, w szczególności włoskimi, którzy ze sobą do kraju wprowadzili jaglicę. Także reszta ludności częściej teraz zapada na jaglicę, zwłaszcza u dzieci zdarzają się liczne przypadki tej choroby.

Autorowie powołują się na skromną statystykę własnych spostrzeżeń i kończą swe sprawozdanie apelem do Ligi dla zwalczania jaglicy, by przez stosowne pouczenie lekarzy i ludności oraz ścisłą kontrolę szkół i warsztatów pracy przeciwdziałała rozpowszechnianiu się tej choroby.

Sédan i Hermann. **Leczenie wrzodów i uporczywych zapaleń rogówki przy jaglicy zapomocą plastyki spojówkowej.** Na podstawie czteroletnich doświadczeń dochodzą autorowie do następujących wniosków:

a) wyniki natychmiastowe: ustanie bólów, umożliwienie energicznego leczenia miejscowego (rogówka przykryta spojówką nie pozostaje w ciągłym kontakcie z chorobowo zmienioną spojówką powieki górnej), zanik częściowy lub całkowity łuszczki, zależny od peritomji, stanowiącej pierwszy akt operacji, szybkie zbliznowacenie zmian rogówkowych, ustąpienie światłowstrętu i łzawienia, nawet na oku nieoperowanem;

b) wyniki ostateczne: w większości przypadków znajduje się po odkryciu rogówkę w okresie bliznowacenia a często znikają ciężkie powikłania. Oddzielenie spojówki od rogówki zapomocą nożyka Graefego zawsze się udawało a w kilku przypadkach zastali autorowie pod przyczepioną spojówką przeźroczystą rogówkę.

Plastykę spojówkową wykonuje się po poprzedniem znieczuleniu zapomocą zastrzyku podspojówkowego 2% roztworu synkainy z adrenaliną. Założone szwy same puszczają po upływie czterech dni. Opaski nie należy zakładać.

Szczególną uwagę zwracają autorowie na leczenie worka spojówkowego. Wobec tego, że przykryta rogówka chronioną jest przed działaniem środków żrących należy energicznie stosować leczenie spojówki. Atropina zaś działa bardzo dobrze na tęczówkę przez zasłonę spojówkową. Wogóle wskazanem jest utrzymywanie oka przez cały czas, w którym szwy trzymają, jakby w kąpieli maści antiseptycznych (kseroform, aristol lub siarkan miedzi).

Aubaret, Rouslacroix i Hermann. **Nowe badania histologiczne i cytologiczne nad jaglicą.**

Morax. **Trudności rozpoznawania jaglicy.** Ogłoszenie dekretu zmuszającego do obowiązkowego zgłaszania przypadków jaglicy, jako choroby zakaźnej skłoniło autora do zastanowienia się nad trudnościami, jakie napotyka klinicysta przy rozpoznaniu różniczkowem schorzeń spojówki o typie mieszkowym. Ominięcie pomyłek w tym względzie jest w szczególności ważnem w krajach, gdzie jaglica występuje tylko wyjątkowo. Dwie zasadnicze właściwości cechują mieszek jagliczy: jedna cecha niestała, występująca tylko przy mieszkach większych, polegająca na tem, że mieszek taki łatwo przy ucisku daje się opróżnić ze swej zawartości a druga to fakt, że każdy mieszek jagliczy pozostawia w swym końcowym okresie rozwojowym bliznę w spojówce.

Na dalszym planie pozostają powikłania ze strony rogówki przy jaglicy.

Z chorób spojówki, wchodzących w zakres rozpoznania różniczkowego wymienia M. w pierwszym rzędzie nieżyt mieszkowy z pływalni (*conj. follic. de piscine »Schwimmbadconjunctivitis«* niemieckich autorów). Jest to nieżyt spojówki spotykany u osobników uczęszczających do publicznych pływalni, trwający 2—4 miesięcy, nie powodujący powikłań rogówkowych i ustępujący bez pozostawienia blizn. M. podaje historje chorób i zdjęcia autochromowe kilku przypadków przez siebie spostrzeganych.

Wydzielina spojówkowa tych przypadków chorobowych jest w wysokim stopniu zaraźliwą — badania mikroskopowe nie wykryły jeszcze zarazka chorobotwórczego.

Okres wylęgania się tej choroby tak samo długi, jak przy doświadczalnej jaglicy u człowieka. Na podstawie spostrzegania tych przypadków wypowiada M. twierdzenie, że zarazek chorobotwórczy znajduje się poza obrębem pływalni a woda w pływalni gra tylko rolę przenośnika zarazków znajdujących się u kilku kąpiących się.

Kiła spojówki o typie mieszkowym mało jest znaną i rozpoznawaną. Zwłaszcza w przypadkach, w których nacieczenie spojówki tarczkowej opiera się zwykłemu leczeniu, należy myśleć o możliwości zakażenia krętkami.

Dwa przypadki szczegółowo przez M. opisane służą za dowód tego twierdzenia.

Nieżyt mieszkowy o wielkich mieszkach i ostry nieżyt mieszkowy zależny od przewlekłego ropnego zapalenia woreczka łzowego wchodzą także w ramy tych rozważań.

Sédan. **Jaglica w Marsylji w roku 1923.** Wśród chorych zasięgających porady w klinice ocznej w Marsylji znajduje się 15% jagliczych. Ta liczba wzmaga się obecnie wskutek trudności emigracyjnych i ostrych przepisów przy lądowaniu w Ameryce. Chorzy na jaglicę pochodzący z Korsyki, Azji mniejszej, Afryki, Turcji i Rosji zapełniają miasto i zwiększają odsetek chorych na jaglicę w poradniach szpitalnych. W szkołach w Marsylji liczba dzieci jagliczych w wieku od 5 do 14 lat wynosi 6 do 7.000.

Tak więc Marsylja stała się ośrodkiem dla spostrzegania jaglicy rozmaitego pochodzenia, prawdziwą pracownią i polem do badań naukowych, co wobec powołania do życia Ligi dla zwalczania jaglicy, w szczególności należy zaznaczyć.

Aubaret. **Walka z jaglicą. Nauczanie i propaganda zapomocą filmu.** Film służący dla tych celów składa się z dwóch części.

Pierwsza część wskazuje, czem jest jaglica, jaka jej jest istota i jakie są związane z nią niebezpieczeństwa, druga zaś, jak można jaglicę uleczyć. Autor przygotowuje także do wyświetlania film, któryby pokazał, jak w lżejszych przypadkach chory sam może się leczyć i uniknąć zaniedbania choroby, obfitującej w tak zgubne następstwa.

W. Reis (Lwów).

Endocrinology.
Vol. VIII. Nr. 4. 1924.

Moore R. Carl. **Zachowanie się wszczepionych jąder, doświadczalny kryptorchizm, wycięcie vas deferens, wyłączenie worka mosznowego i zastosowanie ciepła.** Powtarzając doświadczenia Steinacha, Sanda, oraz przy przeszczepianiu jąder u samców i morskich świnek pod skórę, śródmięśniowo i do jamy otrzewnowej znajdywał autor normalny stan komórek nasiennych przewodzików, czyli stwierdził możliwość normalnego rozwoju tychże w zmienionych warunkach. W doświad-

czalnym zaś kryptorchizmie spostrzegał, podobnie jak Beran, w jądrach brak komórek nasiennych spowodowany uciśnieniem przewodów nasiennych nadmiernem wybujaniem komórek Leydiga. Jak wiadomo, niektóre ssaki, jak szczur, morska świnka, królik zachowują otwartą komunikację między workiem mosznowym a jamą otrzewnową, a przez skurcz mięśni mosznowych jądra mogą być wciągnięte do jamy otrzewnowej lub z niej wyjść. Przez podwiązanie albo zaszycie kanałów pachwinowych i pozostawienie jąder w jamie brzusznej, bez ucisku jednak na sznur nasienny, wywoływał autor już po 7 dniach objawy zwyrodnienia nabłonków nasiennych, a po 20 dniach uzyskiwał typowy obraz histologiczny kryptorchizmu (zanik kanalików nasiennych z nadmiernym rozwojem komórek śródmiąższowych). W innem doświadczeniu po 24 dniowem zatrzymaniu jąder w jamie brzusznej zwalniał jedno jądro z powrotem do worka mosznowego, a zabiwszy zwierzę po $2^1/_2$ miesiącach znajdywał on w jądrze zwolnionem nawrót do normy rozwoju przewodzików nasiennych, podczas gdy w drugiem stwierdził, jak zwykle, zwyrodnienie tychże. Analizując ten fakt, autor wypowiada przypuszczenie, że worek mosznowy spełnia swoistą rolę u ssaków w zróżniczkowaniu się komórek nasiennych. Autor znając szybkość zwyrodnienia w jądrach zatrzymanych w kanałach pachwinowych, lub w jamie otrzewnowej, wyjaśnia, że zwyrodnienie jąder po podwiązaniu sznura nasiennego lub też w wytworzeniu się zrostów w kanałach pachwinowych lub jamie otrzewnowej, uzyskiwane przez innych autorów (Ancel i Bouin i t. d.), mogą być tłumaczone samym faktem pobytu w jamie brzusznej. Przez pomiary ciepłoty w jamie otrzewnowej i w worku mosznowym stwierdził autor różnicę około 8° C; w innej serji doświadczeń jego, zanurzanie na 5 minut jąder w słonej wodzie o ciepłocie 37° C powodowało po 5 dniach zupełne zwyrodnienie kanalików nasiennych. Podobne rezultaty uzyskał i Fukui.

Z doświadczeń tych i spostrzeżeń wynika, że worek mosznowy u ssaków należy uważać za miejscowy termoregulator dla jąder, wyposażony w czynność regulującą przy zróżnicowaniu komórek nasiennych, z tego też wynika dalej wytłumaczenie celowości budowy anatomicznej worka mosznowego, pozbawionego tkanki tłuszczowej, a zaopatrzonego obficie w tkankę mięśniową, powodującą przy zmianach otaczającej ciepłoty skurcz lub rozkurcz worka.

A. T. Rasmussen. **Ilościowe studja nad przysadką mózgową.** Autor posługiwał się własną techniką (opisaną w roku 1922, w Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. (N. Y.), 1922, 19, 146), i oznaczył przeciętną wagę przysadki na 0·6 g. przy wymiarach 13 mm średnicy poprzecznej, 10 mm średnicy strzałkowej i 6 mm średnicy pionowej. U mężczyzn (w 50 przypadkach) znajdywał on niższą wagę, niż inni autorowie, prawdopodobnie z powodu usuwania twardej opony i lejka. Wpływ wieku uwydatnia się tem, że najwyższa waga jest między 35 a 45 rokiem życia, a najniższa między 46 a 62, również waga przysadki dotrzymuje kroku wzrostowi u ludzi w pełnym wieku (między 20 a 45). Autor stwierdza dalej ważną okoliczność, a mianowicie niestosunek między wagą przysadki, a wielkością i objętością siodełka tureckiego.

Co do stosunku procentowego w częściach przysadki między sobą, to autor przytacza następujące przeciętne liczby: *Pars anterior* 72%, *pars nerv.* 18%, *pars intermedia* 2% i *capsula* 8% całej wagi przysadki, a waga *pars anterior* waha się między 48,38% a 86,89% całej przysadki, zależnie od wieku. *Pars nervosa* jest względnie najmniejszą u młodych, a stosunek jej procentowy waha się między 6,7% a 30,36%, najwyższa zaś w wieku 35—45. *Pars intermedia* ulega największym wahaniom (od 0,78% do 2,06%). W 3 przypadkach t. zw. *hypopituitarismus post-adolescentium* znalazł autor normalne liczby przysadki — stąd wnosi, że wobec braku zmian ilościowych w przysadce trzeba przypuszczać zmiany histologiczne.

Co do stosunku komórek w *pars anterior*, to autor znalazł przeciętnie 50% kómórek niebarwiących się *(chromofob)*, 35% kwaso-chłonnych i 15% zasado-chłonnych.

C. M. Wilhelmi. **Wtórna czynność przysadki mózgowej ze wzmożoną czynnością tarczycy. Opis klinicznego przypadku.** Autor, opierając się na anatomo-fizjologicznej klasyfikacji zaburzeń przysadkowych Engelbacha i Tierney'a (swoista czynność każdej części przysadki: przedniej, kierującej wzrostem kośćca, rozwojem i czynnością narządów płciowych wraz z powstaniem wtórnych cech płciowych — tylnej, kierującej przemianą materji), przyjmuje, iż może istnieć wzmożenie lub zmniejszenie czynności obu części przysadki lub też każda część może być z osobna we zmożonej lub osłabionej czynności. I tak wzmożona czynność przedniej części przysadki w okresie przed dojrzewaniem płciowem wzmaga rozwój kośćca, czyli wpływa na rozrost, o formach i stosunkach zresztą proporcjonalnych. Engelbach i Tierney rozróżniają trojaki typ wzrostu: normalny, akromegaliczny i eunuchoidalny (za podstawę proporcjonalności wzrostu i części ciała między sobą służą liczby t. zw. wymiaru górnego i dolnego t. j. od szczytu głowy do spojenia kości łonowej i od podstawy do spojenia). Niedomoga zaś (hipofunkcja) tylnego płatu przysadki daje wybitniejsze objawy, niż jego hiperfunkcja, i to z zakresu przemiany materji: niską podstawową przemianę, zwiększoną tolerancję węglowodanową, niskie ciśnienie krwi, podnormalną ciepłotę ciała, zwolnione tętno, atoniczne zaparcie, otyłość w pasie i sutkach, znaczne męczenie się, ogólną niemoc, bóle głowy, i czasem zaburzenia w wydzielaniu moczu (moczówka prosta). Ważnem jest z punktu rozpoznawczego podkreślić i te objawy — trafia się bowiem, iż pewne przypadki rozpoczynają się wzmożoną czynnością przedniej części przysadki czy to przed, czy to po dojrzewaniu płciowem, a następnie przechodzą w niedomogę jednej lub obu części przysadki. Klinicznie przedstawia się to tak, iż zespołowi gigantyzmu lub akromegalji towarzyszą objawy niedomogi przysadkowej. U panny 21 lat, z ujemną anamnezą rodzinną i dziedziczną, wystąpiły od kilku miesięcy silne bóle głowy, ogromne wyczerpanie z osłabieniem, schudnięcie i brak apetytu, napady omdlenia bez utraty przytomności, zawroty głowy przy zmianie pozycji leżącej lub siedzącej na stojącą, Miesiączkowanie prawidłowe Budowa prawidłowa, o mięśniach prawidłowo rozwiniętych, wzrost 176 cm (górny wymiar ciała 88 cm dolny 88 cm rozpiętości ramion 17. cm). W budowie twarzy zaznaczony prognatyzm. Tarczyca wyraźnie powiększona. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez wybitniejszych zmian.

Ciśnienie krwi 100 –114 mm, rozkurczowe 68—80 mm Uwłosienie i skóra prawidłowe. W moczu brak białka i cukru, ślad acetonu — w krwi Hb 70%, ciałek białych 11.200, czerwonych 3,640.000 — jakościowy stosunek ciałek białych prawidłowy. W surowicy krwi zwiększona tolerancja na cukier gronowy. Odczyn Wassermanna ujemny. Wzmożenie współczynnika oddechowego o 23%. Ciepłota przeważnie podnormalna z podniesieniami przejściowemi w ciągu dnia 37,5. Tętno stale między 60 a 80. Badanie rentgeniczne klatki piersiowej i podstawy czaszki bez wybitniejszych zmian. Próba Goetscha (inj. adrenaliny $^1/_2$ mgr) dodatnia, a pituitrynowa ujemna, po leczeniu zaś kilkotygodniowem dodatnia.

Rozpoznaniem różniczkowem wykluczył autor gruźlicę płuc, neurastenję (znakomity stan zdrowia do czasu wybuchu choroby, brak etjologicznych momentów, wybitne zmiany w przemianie materji, zespół Menière'a z braku charakterystyki objawów) i przechodzi do różniczkowania w zakresie gruczołów dokrewnych.

1. niedomoga gruczołów płciowych niema miejsca wobec prawidłowego rozwoju i czynności narządów płciowych.

2. niedomoga nadnerczy — brak objektywnych danych, albowiem niskie ciśnienie krwi, astenja i t. p. są charakterystyczne i dla niedomogi innych gruczołów dokrewnych, przedewszystkiem tylnego płatu przysadki, a więc niedomoga nadnerczy mogłaby być tylko wtórną.

3. **Przysadka:** część przednia: Objawami przebytej wzmożonej czynności przed dojrzewaniem płciowem, szybki wzrost ciała (osiągnięcie obecnego wzrostu już w 14 roku życia) obok zaznaczonego prognatyzmu dolnej szczęki i inne drobniejsze szczegóły, jak duża głowa, duże ręce i stopy

lecz proporcjonalne, zupełny rozwój narządów płciowych z tendencją do zwiększonego rozwoju macicy.

Część tylna: Objawami niedomogi są niskie ciśnienie krwi, bóle głowy, zwiększona tolerancja dla węglowodanów, uparte zaparcie stolca, uczucie słabości i łatwe nużenie się i zwiększona tolerancja dla pituitryny.

4. **Tarczyca**: Objawy wzmożonej jej czynności i powiększenie gruczołu, zwiększenie współczynnika oddechowego (podstawowa przemiana materji), schudnięcie i dodatni odczyn Goetsch'a.

Z powyższej analizy wynikałoby rozpoznanie: objawy przebytej hiperfunkcji płatu przedniego przysadki przed rozwojem płciowym, obecnie hipofunkcji, czyli niedomogę płatu tylnego po dokonanym rozwoju płciowym przy normalnie funkcjonującym płacie przednim przysadki, nieznaczne wzmożenie czynności tarczycy.

Leczenie polegało na podaniu doustnem wyciągu z przysadki całej oraz dwa razy w tygodniu podskórnie 1 cm^3 pituitryny.

Wywarło ono znakomity skutek w postaci przybytku na wadze 4 kg po 7 tygodniach, ustąpienie bólów głowy i zawrotów, oraz ogólną poprawę. Badanie następowe wykazało teraz podniesienie przeciętnego ciśnienia krwi, powrót do normy tolerancji dla cukru, oraz obniżenie współczynnika oddechowego, dodatnią próbę pituitrynową.

Frederick S. Hammet. **Krzywica i ciałka przytarczyczne.** Autor przestrzega przed łączeniem w związek przyczynowy krzywicy z ciałkami przytarczycznemi (Erdheim) i wykazuje, iż jakkolwiek krzywica i niedomoga ciałek przytarczycznych wywołują obie zwolnienie kostnienia u młodych i rosnących zwierząt, jednak różnią się zasadniczo zaburzeniami w przemianie mineralnej.

W krzywicy bowiem zmniejszona ilość fosforu w krwi przy normalnej zawartości wapna daje zmniejszone miano połączenia fosforu wapniowego, co jest ważnym czynnikiem w tworzeniu się kości, (tran zaś podnosi to miano fosforowe) — w niedomodze zaś ciałek przytarczycznych jest mniej wapnia we krwi przez utratę z ustroju, przy wysokiej zawartości fosforu, co wpływa na skład popiołu kostnego, czyli objaw wprost przeciwny, do krzywicy.

Maciąg (Kraków).

Russki Wiestnik dermatologji.
Nr. 1. r. 1925.

W. Balicka. **Lichen ruber planus u sześciomiesięcznego dziecka.** Autorka szczegółowo omawia piśmiennictwo, poświęcone schorzeniu, podanemu w tytule. W piśmiennictwie mogła ona zebrać zaledwie 9 opisów choroby tej u dzieci w okresie pierwszego roku życia. Rzadkość występywania wspomnianej choroby zachęciła autorkę do ogłoszenia przypadku, który spostrzegała na kobiecym oddziale weneryczno-skórnym R. Leszczyńskiego we Lwowie. W przypadku tym rozpoznano klinicznie: *Lichen ruber planus infantilis partim versum cicatrices hypertrophicas tendens.* Przypadek ten zasługuje na wyróżnienie już nie tylko ze względu na wiek chorego lecz także i ze względu na rozległość samych zmian skórnych, którym towarzyszyły objawy nieżytu przewodu pokarmowego; fakt ten może jeszcze raz potwierdzić zdanie Schütz'a, że w wspomnianych przypadkach zachodzi zapewne autointoksykacja, gdyż w $^1/_5$ części podobnych chorych stwierdzano zwykle nieżyt przewodu pokarmowego. Dalej zasługuje na uwagę nagłe wystąpienie tego schorzenia z wysoką ciepłotą i osutką na całem ciele. Pomimo rozległości zmian skórnych ogólny stan zdrowia jakoteż rozwój dziecka odbywa się zupełnie prawidłowo. Wreszcie autorka zwraca uwagę na sposób inwolucji — w niektórych tylko miejscach pozostała zaledwie pigmentacja, w innych znowu — rozrosłe blizny o spoistości wyraźnie miękkiej.

W. J. (Lwów).

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.
Tom LV.

Seuffer. **Gospodarstwo wodne przy gruźlicy płuc i wpływ na nie środków swoistych i nieswoistych.** Autor stwierdził słuszność wyników poszukiwań Meyer-Bischa o wpływie tuberkuliny, która sprawia zmianę w stosunku pomiędzy wagą ciała a stężeniem surowicy krwi. Nie zgadza się jednak na to, by wpływ tuberkuliny był zawsze ten sam. Nie może metody tej uważać za metodę kliniczną.

Guth. **Gruźlica płuc i układ nerwów roślinnych. Komunikaty trzeci i czwarty.** Allergja zależy od swoistego ustawienia się wrażliwości nerwów roślinnych — na zarażenie lasecznikiem Kocha. Ale i tuberkulina sama przez się wywołuje też allergję i też zależną od stanu nerwów. Dlatego w leczeniu tuberkuliną należy uwzględniać stan nerwów. Autor stosował tuberkulinę współcześnie z adrenaliną; powodzenie tego lecznictwa wymaga podawania naparstnicy i wapnia.

Huebschmann. **W sprawie podziału i powstawania zmian anatomicznych przy gruźlicy płuc przewlekłej.** Autor przypisuje wielkie znaczenie przy powstawaniu gruźlicy przewlekłej rozsiewaniu zarazków drogą krwi — w przeciwieństwie do Aschoffa, który główną drogę upatruje — w tym okresie — w świetle oskrzeli. Autor uważa za możliwe wydostawanie się zarazków nawet z głębi ognisk dobrze otorbionych. Autor daje pierwszeństwo *reinfectioni endogenes* nad *reinfectio exogenes.* Zapobieganie określa, jako stałe utrzymywanie w pogotowiu środków oporności (nieswoistej) ustroju.

Jötten. **Przychodnie przeciwgruźlicze: jakiemi są i jakiemi być powinny.**

Unverricht. **Doświadczenia nabyte przy kaustyce pod kontrolą torakoskopji i laparoskopji.** Autor opiera się na czterdziestu własnych spostrzeżeniach, przepalania zrostów opłucnowych podczas leczenia odmą sztuczną. Korzysta z modyfikacji przyrządu Jacobaensa. Częste bywały powikłania zap. opł. ropnem. W jedenastu przypadkach wynik wolno nazwać zadawalającym.

Winkler. **O jakości szmeru oddechowego.** Autor mówi o czterech rodzajach szmerów: o głośnym, dźwięcznym, wysokim i czystym, lub cichym, bezdźwięcznym, niskim i nieczystym. Oddech fizjologiczny pęcherzykowy jest bezdźwięczny.

Selter. **Obecne poglądy na odporność gruźliczą.**

Krimphoff. **Wartość praktyczna określania szybkości opadania ciałek czerwonych przy gruźlicy płuc.** Autor znajduje parę zastrzeżeń przeciw opieraniu się wyłącznemu na wynikach tej metody przy stawianiu rokowania.

Schmidt. **Wartość kliniczna próby opadania czerwonych ciałek krwi przy rozpoznawaniu gruźlicy płuc.** Uznaje wartość tej metody, jakkolwiek nie jest ona swoista.

Brandt. **Znaczenie zapalenia opłucnej, wikłającego gruźlicę płuc, dla rokowania.** To powikłanie nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy płuc. Po trzech latach od opuszczenia sanatorjum zmarło o wiele więcej tych chorych, którzy mieli to powikłanie, aniżeli przeciętna.

Altesthum. **O szybkości opadania czerwonych ciałek krwi przy gruźlicy płuc.** Autor uznaje dużą wartość tej metody przy określaniu nasilenia sprawy swoistej.

Tom LVI.

Frisch. **O czynności nerek i gospodarstwie wodnem podczas gruźlicy płuc.** W postaciach łagodnych gruźlik z przyjętych płynów wydziela z moczem więcej, aniżeli w postaciach cięższych; należy przypuścić, że zwiększa się tu perspiracja płucna płynu. Przyczynę zmniejszonej ilości moczu u ciężko chorych widzi F. w czynnikach pozanerkowych: w ciśnieniu pęcznienia białkanów osocza krwi, którego (ciśnienia) wzrost hamuje, a obniżenie sprzyja diurezie. Ciśnienie to zależy od stopnia rozproszenia (*dispersitas*) białka osocza, mianowicie: jest ono tem większe, im więcej zawiera cząsteczek białka drobno rozproszonych. Najniższą cząsteczką dispersyjną białka jest fibrinogen. Im cięższa gruźlica, tem jest fibrynogenu we krwi więcej; wraz z tem mamy wówczas zwiększone ciśnienie pęcznienia i zdolność osocza wiązania wody — czyli zmniejszone moczenie. Wydolność nerek w stosunku do wody jest zatem też metodą określania stanu sprawy gruźliczej.

Kern i Béla. **O możliwości wyleczenia gruźlicy prosówkowej płuc.** Przypadek wyleczenia; potem nawrót i śmierć z powodu zapalenia opon mózgowych. Rozpoznanie sekcyjne.

Tuberculosis pulmonis miliaris sanata. Meningitis basilaris tuberculosa.

Spiess. **O próbie opadania czerwonych ciałek krwi przy gruźlicy płuc.** Z pewnemi zastrzeżeniami autor uznaje wielką wartość tej próby.

Eiche. **Wartość rokownicza obrazu krwi przy gruźlicy płuc w przebiegu leczenia sanatoryjnego.** Zwiększona ilość limfocytów i oezyno-chłonnych pozwalają na dobre rokowanie; ale ilość normalna nie wyklucza pomyślnego zejścia choroby. Brak eozyno chłonnych — parokrotnie stwierdzony— daje rokowanie bezwzględnie złe.

Sprawozdanie z posiedzenia niemieckiego »Stowarzyszenia lekarzy sanatoryjnych« w Jenie i Mannheim.

Sprawozdanie z drugiego zebrania niemieckich lekarzy przychodni dla gruźliczych w Mannheim.

Tom LVII. Zeszyt 1.

Wallgren. **Pogorszenie gruźlicy wnęki pod wpływem rumienia guzowatego.** Pięć dokładnie spostrzeganych przypadków, które dowodzą słuszności poglądu, że rumień guzowaty ujawnia skrytą i pogarsza jawną gruźlicę.

Michels. **Badania krwi ze szczególnem uwzględnieniem krwinek eozyno chłonnych po leczeniu tuberkuliną i odmą.** Zwiększona ilość eozyno-chłonnych po tuberkulinie idzie równolegle z poprawą. To samo widzimy przy leczeniu nieswoistem. U czterech z siedmiu leczonych z powodzeniem odmą sprawdzono wzrost ilości eozyno-chłonnych. Autor uważa to za działanie autotuberkulinizacji.

Bratusch-Marrain. **Zaraźliwość gruźlicy oseskόw.** Dwa spostrzeżenia. W jednym przypadku zaraził osesek z otwartą gruźlicą dwa inne.

Vogel-Eysern. **Stosunek przemiany materji do przebiegu gruźlicy.** Doświadczenia oddechowe podług Zuntz-Gepperta doprowadzają autora do wniosku o użyteczności tej metody w celu ujawnienia stanu sprawy gruźliczej w płucach.

Schellenberg i Naucke. **Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi przy gruźlicy.** »Dla oceny charakteru anatomo-patologicznego sprawy chorobowej w płucach daje niepewną podstawę«. Dla oceny rokowania zdaje się ta próba być pożyteczną, »szczególniej w przypadkach ciężkich a klinicznie-prognostycznie wątpliwych«.

Dudden. **O rozwoju fizycznym dziecka gruźliczego.** Autor ostrzega przed przypisywaniem zbyt wielkiej wartości — przy rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci — takim objawom, jak: długość ciała, waga, grubość podściółki tłuszczowej.

Schlaepfer. **Wpływ przewlekłych stanów zastoinowych w płucu na powstawanie połączeń atypowych z żyłą pustą górną; zawiera przyczynek do zagadnienia zatoru powietrznego w krążeniu wielkiem i sercu prawem.** Jeżeli istnieją współcześnie: przewlekły zastój w żyłach płucnych i zrosty opłucnej, natenczas dochodzi do powstawania połączenia pomiędzy żyłami płucnemi i żyłą pustą górną poprzez zrosty opłucnowe. Zranienie takiego połączenia podczas leczenia odmą sztuczną może być przyczyną zatoru gazowego w sercu prawem.

Patschkowski. **Pylice płuc wśród górników węglowych w Westfalji.** *Anthracosis* i *chalicosis* są częste; pierwsza jest postacią mniej szkodliwą. Gruźlica przyłączająca się do *chalicosis* przebiega złośliwie.

Gehrcke. **Torakoskopja jako środek pomocniczy rozpoznawczy i leczniczy przy chorobach narządów klatki piersiowej.** Rozpoznawczo należy stosować torakoskopję przy cierpieniach opłucnej; leczniczo — w celu przepalenia zrostów podczas leczenia odmą sztuczną. Nie należy jednak torakoskopować świeżej odmy, ponieważ opłucna jest jeszcze bardzo łatwo urażalna, reaguje wysiękiem.

S. Sy.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 46.

E. Epstein. **Przyczynek do patologji, chemji i systematyki choroby Gauchera.** Z objawów klinicznych ch. G. wysuwa się na plan pierwszy bardzo znaczne, nieraz wprost niezwykłych rozmiarów dochodzące powiększenie śledziony, powiększenie wątroby bez płynu w jamie brzusznej oraz znaczna niedokrewność bez charakterystycznych zmian w obrazie krwi. Przebieg choroby jest wybitnie przewlekły.

Od czasu odkrycia tego stanu chorobowego przez Gauchera w r. 1882 znanych jest 31 przypadków (łącznie z 6 przypadkami autora), w których rozpoznanie ustalono przez wynik obdukcji względnie przez badanie histologiczne wyciętej *e vivo* śledziony. Anatomicznie cechuje się ch. G. wielkokomórkowemi zmianami w t. zw. układzie histjocytarnym śledziony, wątroby, szpiku kostnego i tkanki limfoidalnej. Komórki te są wielkie, okrągłe, jasne i zawierają nader liczne jakby »wodniczki«, wypełnione jednorodną substancją.

Co do histjogenezy tych komórek istniało zapatrywanie Schlagenhoufera, jakoby proces ten polegał na pierwotnym przeroście śledziony z proliferacją tkanki siateczkowej. Dopiero badania Goldmanna, Aschoffa i jego uczniów (przedewszystkiem Kyiono, który uważa komórki aparatu śródbłonkowo-siateczkowego jako stałe a krążące we krwi monocyty jako wolne histjocyty za jednolitą pod względem biologiczno-czynnościowym całość t. zw. układ histjocytarny) wykazały, że ch. G. jest schorzeniem systemowem elementów komórkowych wspomnianego układu histjocytarnego, równorzędnem z podobnemi schorzeniami układu szpikowego i chłonnego narządów krwiotwórczych. Badania autora potwierdzają w zupełności powyższe zapatrywanie.

Co do chemicznego składu substancji, stanowiącej treść »wodniczek« komórek Gauchera, badania własne autora, przeprowadzone w instytucie Pregla w Grazu, wykazały, że substancja ta niema jednolitej budowy chemicznej, stanowi raczej kompleks ciał, z których najważniejsze zidentyfikował prof. Lieb jako t. zw. kerazynę z grupy cerebrozydów (sfingogalaktozydów); również wchodzą w skład substancji Gauchera nierozpuszczalne w eterze, rozpuszczalne zaś w alkoholu połączenia z grupy nasyconych fosfatydów; natomiast wykluczyć można z pewnością cholesterynę względnie estry cholesterynowe, jakoteż rozpuszczalne w eterze lecytyny.

Co do etjologji to przyczyna pierwotna jest nieznana. Familijne występowanie ch. G. we więcej niż jednej trzeciej części przypadków jakoteż przewaga udziałów w zachorzeniach osobników płci żeńskiej nasuwa na myśl przypuszczenie o konstytucjonalnej dyspozycji jednostki. Doświadczenia zaś Kuczinskiego, który przez długotrwałe podawanie zwierzętom pożywienia bogatego w lipoidy i białko względnie przez krócej trwające wstrzykiwanie tych ciał zdołał wywołać zmiany całkiem podobne do objawów ch. G. u ludzi, pozwalające przyjąć istnienie jakiegoś czynnika trwającego, który przewlekle drażni i pobudza do bujania układ histjocytarny. Taką rolę mogłaby odgrywać np. gruźlica, którą stwierdzono sekcyjnie w zwyż 20% przypadków ch. G. jako przyczynę śmierci.

H. Gödel. **Przyczynek do znajomości t. zw. miąższowych krwotoków żołądka.** Opis przypadku, który zakończył się zejściem śmiertelnem w tydzień po ostatnim krwotoku wśród objawów ostrej niedokrwistości. Obdukcja nie wykazała żadnego wrzodu ani żadnych zlokalizowanych zmian w przewodzie pokarmowym, natomiast stwierdzono znacznego stopnia miażdżycę naczyń żołądka z wytworzeniem prosówkowych tętniaków oraz przewlekły stan zapalny błony śluzowej żołądka. Autor zwraca uwagę, że schorzenie naczyń żołądka musi wpływać niekorzystnie na czynności żołądka, czego anatomicznym wyrazem jest przewlekły nieżyt żołądka. Klinicznie zatem trzeba przy zaburzeniach ze strony żołądka myśleć także o naczyniach żołądka, jako o ewentualnej przyczynie choroby.

T. Koizumi. **Eksperymentalny przyczynek do działania krysolgnau na lasecznika gruźlicy.** Badania autora wykazują dowodnie, że krysolgan niema żadnego wpływu na przebieg gruźlicy nawet w najdogodniejszych warunkach, a także *in vitro* nie udało się zabić lasecznikόw gruźlicy zapomocą 1% roztworu krysolganu.

Finkel (Lwów).

Zeitschrift für die gesammte experim. Medizin.

Bd. 43.

P. Freund. I. **O wpływie thyreoidyny na przebieg gruźlicy eksperymentalnie wywołanej u świnek morskich.** Autor zakaził 12 świnek morskich gruźlicą, poczem od 7-go dnia injekcji podawał siedmiu świnkom *thyreoidynę* w dawce po 0,02 dziennie; pięć pozostałych służyło dla kontroli. Okazało się, że wszystkie żywione *thyreoidyną* zaczęły natychmiast opadać na wadze i ginęły najpóźniej w 8 tygodni od zakażenia, podczas gdy kontrolne znajdowały się jeszcze w dobrym stanie i ginęły w 99—106 dniu.

Stąd autor wysnuł wniosek, że *thyreoidyna* skraca życie gruźliczych świnek morskich – wpływając bezpośrednio na przebieg gruźlicy.

I. R. Petroff. **Badania nad wydzielaniem żółci. I sze doniesienie.** Tworzenie się żółci jest ciągłe, przyczem ilości żółci, które z *ductus choledochus* (po podwiązaniu *d. cysticus)* u jednego i tego samego zwierzęcia się wydzielają, są przy odczytywaniu w odstępach 1 min. stałe. Wydzielanie żółci zależne jest od ruchów oddechowych — niezależne natomiast od ciężaru ciała i wątroby.

II. doniesienie. Autor wywoływał u królików i psów acholję w ten sposób, że głodził zwierzęta i równocześnie odprowadzał żółć na zewnątrz. W ten sposób materjał potrzebny do budowy pojedynczych składników żółci ulegał wyczerpaniu. Przy sposobności autor przekonał się, że ciężar gatunkowy i procentowa ilość kwasów żółciowych w wypływającej żółci opadają znacznie poniżej normy podczas głodzenia i odprowadzania równocześnie żółci na zewnątrz — wzrastają natomiast przy samem tylko głodzeniu.

Po wprowadzeniu żółci do organizmu — acholja szybko ustępowała (o ile oczywiście zwierzę wytrzymało eksperyment i zostało przy życiu) — z czego wynika, że mimo acholji funkcja komórek wątrobowych zostaje utrzymaną.

Nie udało się natomiast usunąć tej doświadczalnie wywołanej acholji przez wprowadzenie do ustroju sekretyny — kwasu solnego — drażnienie prądem elektrycznym miąższu wątrobowego, nerwu kulszowego — nerwu błędnego, mimo, iż funkcja komórek wątrobowych była zachowana.

Kylin. **Studja nad zawartością soli wapniowych we krwi.** Jak badania ostatnich lat wykazały nadmiar jonów wapniowych wzmaga skurcz serca — nadmiar jonów potasowych — rozkurcz.

Kraus i uczniowie wykazali, że działanie potasu identyczne jest z działaniem kwasów, soli wapniowych z działaniem ługu.

Ponieważ Straub wykazał, że w stanach niewyrównania wad serca ilość zasad we krwi się zmniejsza — autor chciał się przekonać, jak się przedstawia koncentracja soli wapniowych we krwi i przesiękach właśnie w stanach niewyrównania wad serca — i stwierdził, że rzeczywiście w tych stanach ilość soli wapniowych we krwi wybitnie opada poniżej normy — wzrasta zaś w przesiękach.

Na tej podstawie autor począł podawać w klinice chorym z wadami serca w okresie niewyrównania sole wapniowe — o wynikach ma donieść w następnej pracy.

F. Bertram. **O znaczeniu caseosanu w leczeniu cukrzycy.** Autor wywoływał u psów cukrzycę przez podwiązanie i przecięcie *ductus pancreaticus* i przekonał się, że można w ciągu 24 godzin obniżyć ilość cukru we krwi do normy — a z moczu zupełnie go usunąć przez podanie 0,75 cm^3 *caseosanu* na 1 kg ciała.

Dotyczy to psów w dobrym stanie po operacji będących, bo w przypadkach uszkodzenia wątroby lub gorączki *caseosan* zupełnie nie wpływał na ilość cukru.

Niestety w klinice doświadczenia te zawiodły — okazało się, że w ciężkich i średnio ciężkich przypadkach cukrzycy *caseosan* nie działał zupełnie — a tylko w lekkich przypadkach można było przy użyciu *caseosanu* podnieść tolerancję i wpłynąć dość szybko na wzrost wagi ciała.

H. Küstner. **Przyczynek do nauki o zapaleniu.** Autor wywoływał procesy zapalne na spojówce królika i przekonał się, że przekrwienie bezpośrednio występujące jest wprawdzie następstwem działania czynnika szkodliwego (termicznego w doświadczeniach autora), ale może ono też wystąpić na drodze odruchowej. Chemotaktyczne wywędrowanie leukocytów nie zmienia się po przecięciu nerwów czuciowych — wzmaga się po sympatektomji — słabnie przy ograniczeniu dopływu krwi tętniczej, względnie przy obniżeniu ciepłoty.

E. Gilbert. **O wydzielaniu soli wapniowych drogą żółci.** Z doświadczeń przez autora przeprowadzonych wynika, że wątroba obok nerki jest głównym organem wydzielającym sole wapniowe. I tak żółć zawiera $^2/_3$ tej ilości soli wapniowych, które są wydzielane moczem.

Czapnicki (Kraków).

Münchener mediz. Wochenschrift.

Nr. 50. 1924.

W. Lahm. **»Vagintus, nowy środek do leczenia upławów«,** kwaśny preparat kolloidalnego glinu (alkaliczny preparat pod nazwą *»alformin«* używany jako *adstringens* do płukaniu jamy ustnej), stosowany przy upławach daje dobre naogół wyniki. Preparat ten powstrzymuje rozwój *bact. coli*, *bac. pyocyaneus* i *bac. proteus*, znacznie zmniejsza wzrost stafylokoków, nie przeszkadzając rozwijaniu się *sarcin*. Niestety nie przeszkadza również rozwijaniu się dwoinek Neissera, ani *oidium albicans*, nadto preparat w handlu się znajdujący jest niejałowy.

Nr. 51. 1924.

E. O. Manojłow. **Dalsze doświadczenia z moją reakcją chemiczną krwi do oznaczenia płci u ludzi i zwierząt, a przez chlorofil u roślin.** Przy użyciu trzeciej modyfikacji swojej reakcji autor otrzymywał 86—96% wyników dodatnich, odróżniając krew osobników męskich i żeńskich. Przy badaniu krwi pępowinowej jego metodą uzyskano 79% dobrych wyników. Badanie krwi ciężarnych pozwoliło w 72% do 88% przypadków rozpoznać płeć płodu.

Nr. 52. 1924.

E. Gurewicz. **Oznaczenie płci płodu przy pomocy chemicznej reakcji krwi matki według Manojłowa.** W 87—89% badanych krwi matek oznaczono dobrze płeć płodu.

Nr. 51. 1924.

Rissman. **Czas trwania ciąży, a rozwój dziecka.** Na podstawie dokładnych pomiarów uważa autor za dzieci donoszone, t. j. przynajmniej 280 dni po menstruacji, albo 270 dni *post coitum*, te dzieci, które mają przynajmniej 50 cm długości, przy wadze przynajmniej 3000 gr, i z obwodem głowy przynajmniej 33 cm. Płody, nieposiadającę powyższych wymiarów uważa za niedonoszone.

W. Meyer. **Nasze doświadczenia z hypophenem Gehe.** W 120 przypadkach położniczych stwierdzono:

1. W pierwszym okresie porodowym działanie *hypophenu*, podobnie jak i pituitryny i pituglandolu, nie daje pożądanego wyniku.

2. Koniec pierwszego okresu porodowego w przypadkach pierwotnie słabych bólów porodowych *(inertia uteri primaria)* i wtórnego osłabienia bólów porodowych *(inertia uteri secundaria)* daje wyniki bardzo dobre (chemiczne kleszcze według określenia Liebmanna) w 70% przy ujściu zupełnie lub prawie zupełnie rozwartem, a główce płodu na dnie miednicy lub przynajmniej po przejściu wchodu największym wymiarem. Uszkodzeń płodów nie obserwowano. *Hypophen* daje słaby efekt u starych pierwiastek, u których długo trwał pierwszy okres porodowy. Dawkowano w tych przypadkach 5 cm^3 wśródmięśniowo.

3. W drugim okresie porodowym (w kilku przypadkach dawkowano również 1 cm^3 wśródżylnie) jest efekt również dobry.

4. W trzecim okresie porodowym działanie *hypophenu*, podobnie, jak i pituitryny i pituglandolu, jest najefektowniejsze i to również w przypadkach *retentio placentae post partum*, jak i w przypadkach atonicznego krwotoku.

Za błąd w sztuce uważa ręczne wydobycie łożyska, bez poprzedniej próby usunięcia łożyska po injekcji wśródżylnej preparatu z przysadki mózgowej.

Ponadto stosowano (6—8—10 cm^3 w fizjologicznym roztworze soli od 2 g. wśródżylnie) w przypadkach *ileus atonicus* z bardzo dobrym wynikiem i również z dobrym

wynikiem w przypadkach ciężkich stanów septycznych do podtrzymania i poprawy czynności serca, i to przy dawkowaniu w odstępach 1—2—3 godzinnych podskórnie naprzemian 1 cm^3 20% koffeiny, $^1/_2$—1 cm^3 epinefryny lub suprareniny i 1 cm^3 pituglandolu albo *hypophenu*.

Dr. Mueller.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 stycznia 1925.

Przewodniczy prof. Majewski.

Obecnych 109 członków.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne o zmarłym członku Towarzystwa św. p. prof. Fr. Nowotnym — poczem przystąpiono do przedstawienia sprawozdań ustępującego Wydziału za rok 1924.

Przewodniczący dziękuje członkom Zarządu za współpracę — członkom Towarzystwa za pilne uczęszczanie na posiedzenia Towarzystwa i prelegentom za liczne i wartościowe odczyty.

Kol. Zubrzycki odczytuje **sprawozdanie roczne.**

Ruch naukowy i towarzyski w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem był nie mniej ożywiony, jak w roku ubiegłym. Posiedzeń naukowych odbyło się w roku 1924 31, średnia liczba uczestników wynosiła około 80. Na posiedzeniach wygłoszono 31 odczytów, przedstawiono 85 przypadków. Przemawiało w dyskusji 86 kolegów. Z 31 odczytów było z zakresu: historji med. 2., epidemjologji 1., chorób wewnętrznych 9., chorób dzieci 2., chorób oczu 1., chorób nerwowych i umysłowych 4., chirurgji 3., chorób kobiecych i położnictwa 2., anatomji patol. 2., fizjologji 3., spraw ogólno lekarskich 2. Z przypadków przedstawionych przypada, na: chirurgję 11, higjenę 1., choroby krtani 3., choroby wewnętrzne 14., choroby skórne i weneryczne 15., choroby oczu 6., choroby kobiece i położnictwo 21., choroby dzieci 1., medycynę sądową 5., radjologję 1., choroby nerwowe i umysłowe 9.

Zabierali głos w Towarzystwie, bądźto wygłaszając odczyty, bądźteż przemawiając w dyskusji, nie tylko członkowie Towarzystwa, ale także goście, jak n. p. kol. Domaszewicz ze Lwowa, p. Rostworowski i dyr. Miksiewicz z Krakowa.

Sprawa prenumeraty Polskiej Gazety lekarskiej znowu była omawiana na jednem z posiedzeń.

Poza posiedzeniami naukowemi odbywały się w Towarzystwie lekarskiem zebrania towarzyskie, na których zaproszeni goście wygłaszali odczyty. Zebrań tych było 3, a wypełniły je odczyty »O psychologji narodów« (Rostworowski), »O podatku majątkowym« (Jaśkowiec). »Czy należy wierzyć Euklidesowi« (prof. Wilkow).

Ruch członków w Towarzystwie przedstawiał się następująco: przyjęto nowych członków 25, zmarło 5, wystąpiło 9, obecnie liczy Towarzystwo 259 członków.

Żywotności Towarzystwa dowodzi pozatem i to, że poza sprawami naukowemi i ogólno-lekarskiemi, zajmowało się T wo kwestjami społecznemi, i tak odbyło jedno posiedzenie wspólnie z Tow. higjenicznem; na jednem poruszono sprawę subskrypcji akcji Banku emisyjnego, a na innem wreszcie sprawę Ratunkowego Komitetu biskupiego, przyczem uchwalono dobrowolnie opodatkować się na cele tego komitetu. Zebrano razem, jak dowodzą kwity, 1,217,270.000 Mkp., które odesłano na ręce skarbnika Komitetu.

Kol. Maksymiljan Blassberg: **Sprawozdanie ustępującego bibljotekarza Krakowskiego Tow. lekarskiego za rok 1924.** Z końcem roku 1924 znajduje się w bibljotece 12.395 dzieł, broszur i monografij oraz 786 czasopism i wydawnictw perjodycznych zainwentaryzowanych i skatalogowanych. W ciągu roku 1924 wypożyczono z bibljoteki książek lub czasopism 42 — zwrócono 29 — pozostaje zaległych na rok następny 13. Liczba członków, korzystających z bibljoteki w roku 1924 wynosiła 18. Jak dawniej, tak i w roku 1924 otaczał bibljotekę niezmienną, szczególną opieką prof. Ciechanowski, nadsyłając wciąż liczne czasopisma i książki. Oprócz tego wpłynęły w ciągu roku znaczniejsze i cenne dary od drów Grzybowskiego, Kunickiego, prof. Talko-Hryncewicza i dr. Weinsberga. Stan kasy podręcznej wynosi 1 zł.

Ostatnie lata wykazały zastój w rozwoju bibljoteki, na co złożyły się 3 ważne czynniki. Jednym z nich były stosunki wywołane przez wojnę, gdyż powołanie bibljotekarza do wojska spowodowało długą przerwę w urzędowaniu. Drugim czynnikiem było zwinięcie »Przeglądu lekarskiego«, wskutek czego bibljoteka doznała dotkliwego ubytku licznych najnowszych czasopism lekarskich oraz licznych najnowszych dzieł recenzyjnych, stale nadsyłanych do bibljoteki przez redakcję »Przeglądu lekarskiego«. Trzecim wreszcie były trudności finansowe Towarzystwa. Z powodu braku środków pieniężnych nie można było książek, ani pism kupować, ani też opłacać pomocnika bibljotekarza, jak dawniej. Przez miesiące zimowe z powodu nieopalania bibljoteki urzędowanie bibljotekarza szwankowało. Z powodów powyższych musiano zwinąć czytelnię najnowszych czasopism. Ten czas krytyczny starał się bibljotekarz zużytkować na katalogowanie i inwentaryzację zaległości wojennych oraz na odtworzenie katalogu działowego, któryby ułatwiał pracownikom naukowym orjentację w materjale bibliotecznym. Nadto w ciężkim okresie dewaluacji pieniędzy posprawiał on pulki na książki, wypełniające dwie sale nowe, użyczone bibjotece przez Izbę lekarską, a część przepełnionej bibljoteki przeniósł w uporządkowanym stanie do jednej z tych nowych sal. Nowy Zarząd bibljoteki, zastając w obecnej chwili zdrowsze stosunki finansowe, będzie musiał pozyskać odpowiednie fundusze dla naprawy powyższych braków i pchnięcia rozwoju na nowo na właściwe tory, oraz ukończyć przy pomocy płatnego funkcjonarjusza inwentaryzację zaległości i katalog działowy. Nie należy zaniedbać tej bibjoteki, która już dotąd wielu pracownikom przysłużyła się wydatną pomocą w pracy naukowej, a w przyszłości przy odpowiednich środkach może i powinna celowo i planowo podążać w kierunku spełniania swych szczytnych zadań. Ustępując z Zarządu Bibljoteki wyraża kol. B. szczere podziękowanie Zarządowi za życzliwe poparcie jakiego jako bibljotekarz zawsze t. j przez lat kilkanaście od niego doznawał.

Sprawozdania z działalności za rok 1924 złożyli również: Skarbnik kol. Ackerman, gospodarz domu kol. doc. Seńkowski i redaktor »Polskiej Gazety lekarskiej« kol. prof. Lenartowicz i komisja szkontrująca, która postawiła wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującemu Wydziałowi.

W dyskusji nad sprawozdaniem redaktora Pol. Gaz. lek. zabierał głos kol. A. Wachtel.

Po zamknięciu posiedzenia sprawozdawczego przewodniczący otwiera zwyczajne posiedzenie naukowe i zawiadamia o mającym się odbyć w dn. od 23—28 kwietnia II. Kongresie francusko-polsko-lekarskim w Paryżu — na który to Komitet paryski zaprasza serdecznie lekarzy polskich wraz z żonami i córkami.

Delegatem Krak. Tow. lek. na Kongres wybrano przez aklamację prezesa Towarzystwa prof. Majewskiego.

Przewodniczący w dalszym ciągu posiedzenia zdaje sprawę z działalności Towarzystwa francusko polskiego i zawiadamia o zaproszeniu Krak. Tow. lekarskiego in gremio do zwiedzenia szpitala izraelickiego. Zawiadamia również, że Zarząd bibljoteki Bratniej Pomocy Medyków ma zamiar, celem poprawienia swego stanu finansowego, urządzić w bieżącym karnawale »Bal lekarski« i zwraca się do Krak. Tow. lekarskiego z prośbą o poparcie balu przez danie mu swej firmy i przez jak najliczniejszy współudział członków.

Wniosek Zarządu w sprawie poparcia tego przedsięwzięcia i wzięcia czynnego udziału uchwalono jednogłośnie.

Kol. Szancenbach wygłasza odczyt p. t.: **Wrażenia z podróży po Ameryce.**

Dyskusji po odczycie nie było.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe w dniu 13 lutego 1924.

Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 102 członków.

1. Przewodniczący a) zawiadamia, że 1 i 2 lutego odbył się we Lwowie Zjazd Zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich, na którym reprezentował Towarzystwo Lekarskie;

b) odczytuje pismo polskiej Komisji międzynarodowej współpracy umysłowej (przy Instytucie popierania polskiej twórczości naukowej »Kasa im. Mianowskiego«) o konieczności przyjścia z pomocą bibljotece uniwersyteckiej w Tokio, zniszczonej poczas wielkiej katastrofy, jaka dotbnęła Japonję zeszłej jesieni; komisja zwraca się z propozycją nadesłania ofiar w książkach na powyższy cel.

Kol. Franke proponuje, ażeby z bibljoteki Towarzystwa Lekarskiego posłać wszelkie duplikaty polskie.

Kol. Leszczyński podnosi, że jedynie Japonja pospieszyła z pomocą przed kilku laty przy ewakuacji dzieci polskich. Obecnie musimy okazać sympatję naszą Japonji i gotowość współdziałania z nią w sprawie odbudowy jej skarbów cywilizacyjnych.

Postanowiono wysłanie duplikatów z bibljoteki Towarzystwa bibljotece uniwersyteckiej w Tokio. (Wszelkie ewentualne dary należy skierować do Związku Polskich towarzystw naukowych, Lwów, ul. Zimorowicza 9, względnie do Kasy im. Mianowskiego, Warszawa, Nowy Świat, pałac Staszica).

2. Kol. Laskownicki wygłasza **„Obecny stan techniki zabiegów wewnątrzpęcherzowych i w tylnej cewce“.** (Całość wydrukowana będzie w »Przeglądzie Chirurgicznym«).

Odczyt niniejszy jest zebraniem pewnej części doświadczeń i obserwacyj, poczynionych na oddziałach prof. Leguen'go i Mariona w Paryżu.

Podstawą zabiegów, jakie w pęcherzu wykonywać możemy, jest **metoda elektrokoagulacji.** Metoda ta polega na przemianie prądu elektrycznego (110 Volt) w prąd o wysokiem na-

pięciu (około 20 tysięcy Volt), a o małej stosunkowo sile (150–300 miliamperów). Heitz Boyer i Marion używają metody odmiennej, a mianowicie t. zw. **naiskrzania** (*étincellage*).

Metoda ta polega na tem, że przez jeszcze większe wzmożenie napięcia, a znaczne zmniejszenie siły prądu uzyskuje się iskry prawie zimne, przez co działanie na okolicę miejsca chorego jest minimalne. Elektrokoagulacja powoduje podwyższenie się ciepłoty na końcu sondy do 300—500 i 800° C. Metoda naiskrzania jest bezpieczniejszą i działa lepiej; rzadko również wywołuje krwotoki po odpadnięciu strupa z miejsca operowanego. Zasadniczą różnicą między jedną a drugą metodą jest to, że przy stosowaniu elektrokoagulacji dotykamy sondą miejsca chorego, co spowoduje znaczne podwyższenie się ciepłoty z powodu nagłego oporu, jaki prąd o wysokiem napięciu przy przejściu z przewodnika dobrego do złego napotyka (działanie czysto termiczne), przy stosowaniu naiskrzania energja potencjalna prądu wyładowuje się częściowo w postaci iskry, co powoduje raczej mechaniczne działanie prądu o wysokiem napięciu. Obie metody stosuje się przedewszystkiem w **leczeniu brodawczaków pęcherza**. Tam, gdzie nie można operować za pomocą wziernika (n. p. z tego powodu, że guz jest zaduży) niszczy się guz za pomocą jednej z tych metod po otwarciu pęcherza drogą nadłonową, by uniknąć wszczepienia brodawczaka w bliznę pooperacyjną. Do tego celu skonstruowano specjalne dość grube sondy. Zabieg zmuszeni jesteśmy niekiedy rozłożyć na kilka posiedzeń, gdy brodawczaków jest wiele lub są dość duże. W ostatnich czasach poleca Heitz Boyer wykonanie zabiegu o ile możności na jednem posiedzeniu w znieczuleniu przewodowem lub w uśpieniu. W ostatnich czasach zastosowano **elektrokoagulację w leczeniu owrzodzeń gruźliczych pęcherza**, nie ustępujących pod wpływem zwykle stosowanego leczenia, po usunięciu pierwotnego ogniska n. p. chorej nerki.

Elektrokoagulacja daje również dobre wyniki w **zapaleniach pęcherza**, określanych we Francji jako *cystites vegetantes* i w leczeniu pojedyńczych owrzodzeń trójkąta Lieutauda pochodzenia niegruźliczego. Poza temi metodami dobre usługi oddaje **wziernik operacyjny Papina**, który pozwala operować w pęcherzu za pomocą nożyka, nożyczek, łyżeczki, kleszczyków, i kleszczy do biopsji.

Wielkie usługi oddaje zwłaszcza łyżka w schorzeniach takich, jak owrzodzenia pęcherza inkrustowane lub wrzód modzelowaty pęcherza.

Ze zabiegów, jakie dokonać można na ujściach moczowodowych, wymienić trzeba na pierwszem miejscu przepalenie lub nacięcie ujścia, ulegego **torbielowatemu rozszerzeniu**, czego następstwem jest zwężenie światła ujścia. Naiskrzenie ujścia, którego nie można zasondować z powodu zmian w postaci *oedema bullosum*, pozwala zasondować je po kilku dniach. Także i leczenie brodawczaków śródściennej części moczowodu tutaj należy.

W usuwaniu **kamieni uwięzgniętych w ujściu** mamy do wyboru dwie metody: możemy rozszerzyć ujście przez nacięcie go nożykiem Papina lub za pomocą sondy elektrokoagulacyjnej, albo też możemy próbować usunąć kamień kleszczykami Papina.

Czynnem również powinno być nasze stanowisko w przypadkach uwięzgnięcia kamienia w części miedniczowej lub lędźwiowej moczowodu. Czasem wystarcza już zmienienie pozycji uwięzgłego kamienia za pomocą cewnika moczowodowego, czasem dopiero pozostawienie cewnika na 24 godzin powoduje odejście kamienia. Najpopularniejszą metodą jest **wstrzykiwanie** do moczowodu ogrzanej do 40° **gliceryny (10—12 cm³)**, co przez rozszerzenie moczowodu i uczynienie jego błony śluzowej śliską, ułatwia usunięcie się kamienia. Rozmaite przyrządy, służące do rozszerzania moczowodu, względnie do ściągnięcia kamienia w dół, mało znalazły zastosowania.

Do wykonywania zabiegów w szyjce pęcherza i w tylnej części cewki najlepiej nadaje się **uretrocystoskop Mac Carthy'ego**. Za pomocą tego przyrządu możemy leczyć wszystkie schorzenia tych okolic albo przez stosowanie elektrokoagulacji, albo też przez użycie narzędzi Papinowskich. Zwłaszcza do leczenia małych gruczołaków stercza, wystających do światła cewki (*prostatiques sans prostate*) lub schorzeń wzgórka nasiennego (*verumontanum*) instrument ten doskonale się nadaje.

W dyskusji kol. Leńko: prelegent dał wyczerpujący pogląd na stan techniki zabiegów śródpęcherzowych i śródmoczowodowych i poruszył sprawę, będącą jeszcze zaledwie w zaczątku, leczenia instrumentalnego w tylnej części cewki, *veru montanum* i woreczkach nasiennych. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że opisane przez prelegenta naiskrzanie i elektrokoagulacja, przy zmianach chorobowych, o których tu słyszeliśmy, na błonie śluzowej pęcherza lub ujściach moczowodowych, należą do zdobyczy technicznych ostatnich lat, rzeczywiście wykonywanych. Posiadając stosowane instrumentarjum, pracujemy nawet w bardzo trudnych przypadkach doskonale pod kontrolą oka. Odszukanie elektrodą szypułki brodawczaka niezawsze się udaje, pewniejsze jest niszczenie od powierzchni w głąb przez odgraniczenie odcinków. Elektrokoagulacja pozostanie dla moczowodów najbardziej ekonomicznym dla zdrowia chorego zabiegiem, ponieważ bez otwierania pęcherza usuwamy torbiel, albo wypadnięcie błony śluzowej, lub brodawczaka moczowodu. Elektrokoagulacja usuwa groźne objawy nowotworu złośliwego, krwotoki, choć będzie zabiegiem tylko łagodzącym, a podobnie jak po niezupełnem wyskrobaniu brodawczaków, n. p. żołędzi lub skóry, widziano wyleczenie, tak elektrokoakulacja złośliwych brodawczaków pęcherza przynosi dłuższą poprawę. Na szeregu własnych preparatów, które mówca podaje do oglądnięcia, można studjować rozwój sposobów leczenia brodawczaków pęcherzowych lub moczowodu: jeden pochodzi jeszcze z roku 1898, inne z późniejszych lat; wszystkie, usunięto z otwartego pęcherza; kilkanaście usunął mówca śródpęcherzowo pętlą galwanokaustyczną, inne palnikiem platynowym. Dwa kapitalne okazy wskutek swoich rozmiarów nie nadawały się do leczenia techniką nowoczesną usuwania narośli z pęcherza; jeden z przed 20 lat, wagi przeszło pół kg. usunął mówca z zachowaniem wielkiej części pęcherza; drugi z 3. II. b. r., usadowiony na szerokiej podstawie, usunął mówca po wycięciu trzech czwartych ścianych pęcherza tak, iż został trójkąt i część pęcherza zeszyta w wąski kanał do wprowadzenia cewnika na stałe; ten nowotwór przerastał głębsze warstwy ściany.

Preparatów z ostatnich lat nie może mówca naturalnie pokazać, ponieważ po termokoagulacji nic nie pozostaje z nowotworu; atakować można brodawczaki większe, niż orzech włoski, i wystarcza czasem jedno posiedzenie, by guz zniknął zupełnie. Zauważyć należy, że omówione przez mówcę zachęcające wyniki, osiągnięte naiskrzaniem lub elektrokoagulacją, nie wykluczają po otwarciu pęcherza, ewentualności zabiegu operacyjnego krwawego, który zawsze jeszcze pozostałby w razie, jeżeliby nie dopisały tamte sposoby.

Kol. Mehrer metodę tę stosuje od lat 11 aparatem firmy Agena, aparatem małym, wystarczającym dla potrzeb urologa. Aparat działa dwubiegunowo. Operował nim cały szereg brodawczaków pęcherza, usadowionych w najrozmaitszych miejscach. Najdogodniej, najprzyjemniej jest operować na tylnej dolnej ścianie pęcherza, mniej dogodnie na przedniej górnej ścianie z powodu trudnego dostępu. Mówca zrobił spostrzeżenie, że metoda ta nie daje rezultatu dodatniego przy brodawczakach złośliwych, przyczyniając się tem do wczesnego rozpoznania. Przy brodawczakach złośliwych, chociaż nastąpi zbielenie, to na 11. posiedzeniu stwierdzić można, że brodawczak nie tylko się nie zmniejszył, ale nawet powiększył. Następnie **rozszerzenie torbielowate moczowodu** (*dilatatio cystica*) leczą się zapomocą tej metody na jednem posiedzeniu. Mówca próbował tej metody w **ulcus vesicae simplex** z wynikiem ujemnym. **Przy przewlekłem zapaleniu pęcherza** (*cystitis cystica*) otrzymujemy dobre rezultaty, lecz tu w tem schorzeniu metoda jest bardzo mozolna, wymagająca dużo cierpliwości tak ze strony chorego, jak i lekarza. Metodę tę stosować można także w schorzeniach cewki tylnej, używając do znanych uretroskopów dla cewki tylnej odpowiednich zgłębników. Na ostatnim Zjeździe urologów w Berlinie w 1924 r. demonstrował Pretorius nową sondę dla elektrokoagulacji, której dobroć polega na tem, że jest do optyki stale przytwierdzona. Następnie zaznacza, że wszystkie metody, podane przez mówcę, przy **kamieniach moczowodowych** są mniej lub więcej dobre, czasami jednak obejść się można bez zabiegów instrumentalnych, stosując podskórnie **injekcje papaverini** w dawkach wysokich 3—4 razy dziennie po **0.04**, po których to wstrzykiwaniach kamienie moczowodowe czasami same odchodzą.

Kol. Laskownicki za najlepszy instrument uważa ogólnie we Francji używany do uretroskopji tylnej **uretrocystoskop Mac Carthy'ego**. Co do leczenia nowotworów złośliwych pęcherza, to tylko udaje się nam je uleczyć drogą operacji w bardzo wczesnym okresie. Częstokroć jednak jesteśmy bezradni. Recydywy po t. zw. radykalnych operacjach występują bardzo szybko. Leczenie zapomocą naświetlania promieniami Roentgena i radium zawiodło również. Na klinice prof. Leguen'ego leczenie to zarzucono, spostrzeżono bowiem, że metoda ta powoduje szybsze rozrzucenie się raka po całym organizmie. Jako leczenie paljatywne w celu powstrzymania krwotoków wchodzi w rachubę elektrokoagulacja. W ostatnich czasach zastosowano w **leczeniu nowotworów złośliwych pęcherza wśródżylne zastrzykiwaniami mesotorium**, które powodują zatrzymanie się całej sprawy, ustanie krwotoków i poprawienie się ogólnego stanu chorych.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 11 stycznia 1925.

Przewodniczy kol. Stawiński.

1. Gożdzicki odczytuje **sprawozdanie z posiedzeń klinicznych za 1924 r.** i zawiadamia, iż wyszedł z druku VII. t. Pamiętnika Klinicznego Szp. Dz. Jezus za rok 1922. Następny tom, obejmujący następne dwa lata, ukaże się wkrótce.

2. Górski przedstawia chorą 1. 54., z przypuszczalnem **nietypowem porażeniem postępowem**; chora przybyła do szpitala nieprzytomna z porażeniem prawej połowy ciała i drgawkami, które się powtarzały 13 razy w ciągu kilku godzin. Przypuszczano wylew krwi do mózgu lub mocznicę. Badanie moczu dało wynik ujemny, jak również badanie krwi, Wassermann ujemny. Płyn mózgowo-rdzeniowy przeźroczysty, w osadzie dużo leukocytów. Po nakłuciu lędźwiowem nastąpiły drgawki i poraże-

nie po 24 godzinach. Powróciła przytomność. Na dnie oka zmian niema. Po powrocie do zdrowia chora zdradza nadmierną ruchliwość, do pewnego stopnia megalomanję. Rozpoznanie przypuszczalne nietypowe, porażenie postępujące ogniskowe.

Dyskusja. Orzechowski sądzi, że przeciwko temu rozpoznaniu przemawia brak odczynu Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, za niem przemawia nagły początek, podwyższenie ciepłoty ciała i nagła poprawa. Należy jeszcze chorą obserwować oraz wziąć pod uwagę możliwość ograniczonego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

3. Freyówna przedstawia chorego **z guzem stoku Blumenbacha** i opisuję szczegółowo podmiotowe i przedmiotowe objawy tego cierpienia. Roentgenogram czaszki wykazał dość wielkie ognisko o nierównych konturach na przednio-dolnej części kości klinowej i nieznaczne zaciemnienie l. jamy Highmora (Putjanowski).

4. Zabawska-Domosławska przedstawia 15-letnią chorą **z zupełnem odwróconem ułożeniem trzew.**

Dyskusja. Puławski przypomina, że piśmiennictwo, tyczące się przemieszczenia trzew, jest nader skąpe. Wyczerpującą pracę o tym przedmiocie i własne 2 spostrzeżenia ogłosił H. Rupert. Stawiński miał do czynienia z 2 choremi (obie dziewczyny), u pierwszej wyrostek i wątroba były przemieszczone na lewo, w drugiej jedynie wyrostek. Drozdowicz przemieszczenie trzew spotyka poraz pierwszy, chociaż prześwietlał do 40.000 osób. Zaznacza, że jedynie prześwietlenie, a nie klisza, mogą być pewnym dokumentem roentgenologicznym, a to ze względu, że, jedni roentgenolodzy wkładają klisze do kaset emulsją ku górze, inni ku dołowi kasety.

5. Puszet przedstawia preparat **raka wpustu i przełyku z przebiciem do płuc, rozpoznanem za życia.** Kliniczne rozpoznanie było związane z pewnemi trudnościami, gdyż do pewności rozpoznania brakowało wyczuwalnego guza, również zdjęcie roentgenologiczne nie wykazało ubytków cieniowych, przełyk również okazał się zupełnie drożny dla zgłębników i sondy żołądkowej. Kiedy później wystąpiły objawy zapalne ze strony lewego płuca, nasunęło się przypuszczenie, czy nie stoją one w związku z zajęciem przełyku (trudności w przełykaniu, nierówności ściany w dolnej części przełyku widoczne na roentgenogramie). Dokonana punkcja próbna do płuca ustaliła dopiero rozpoznanie przedziurawienia przełyku do płuca z wytworzeniem ogniska rozpadowego.

Dyskusja. Składowski zwraca uwagę, że guz przypomina raczej raka żołądka z pierwotnem usadowieniem przy wpuście. Do dobrego rozpoznania przyczyniło się również badanie otrzymanej zawartości przy nakłuciu próbnem: kwaśny odczyn i obecność części pokarmowych.

6) Arciszewski pokazuje przypadek **nietypowego przebiegu włóknikowego zapalenia płuc** na tle niedomogi serca wskutek starej wady i żółtaczki o charakterze czynnościowym, mechanicznym i hemolitycznym. Nietypowość zapalenia płuc polegała na tem, że objawy wysłuchowe i opukowe przemawiały za zapaleniem płuc odoskrzelowem, badanie zaś moczu (0.4 gr. chlorków na dobę) i wywiady za włóknikowem.

Dyskusja. Janowski w dłuższem przemówieniu uzasadnia rozpoznanie w danym przypadku żółtaczki trojakiego pochodzenia: czynnościowego, zastoinowego i hemolitycznego.

Wacław Goździcki, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne we Lwowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 12 października 1924 r.

Przewodniczy: kol. Zalewski.

Obecnych 10 członków.

1. Kol. Zalewski przedstawia dwa przypadki **nosa siodełkowatego**, w których wykonał plastyczną operację podniesienia grzbietu przez wszczepienie blaszki kostnej, wziętej z okostnej kości piszczelowej. W obu przypadkach zapadnięcie się nosa wystąpiło wskutek trzeciorzędnej kiły przegrody nosa.

W przypadku pierwszym dokonał wszczepienia przez cięcie Chomickiego, mianowicie na końcu nosa poprzeczne cięcie około $1^1/_2$ cm, przez które wprowadzony nożyk wytworzył kanał aż do szkieletu kostnego nosa — przez ten kanał wprowadził blaszkę kostną i ranę zeszyto. Wygojenie nastąpiło przez rychłozrost.

W przypadku drugim — część przednia nosa była dobrze utrzymana, lecz na przejściu części chrząstnej w kostną bardzo było silne zbliznowaciałe wpadnięcie. Cięcie w tym przypadku poprowadził poprzecznie u nasady nosa. Trudności sprawiało oddzielenie części miękkich w miejscu zbliznowacenia, lecz w końcu udało się wytworzyć kanał i wprowadzić blaszkę kostną. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się mała przetoka w miejscu dawnej blizny, która w ciągu dalszego leczenia zamknęła się. Mówca podnosi wartość powyższego zabiegu, przedewszystkiem ze względów kosmetycznych, ponieważ chorzy z siodełkowatemi nosami czują się bardzo upośledzeni.

2) Kol. Dobrzański omawia przypadek **plastycznego zeszycia tchawicy:** a) Chory przed 4 miesiącami dokonał zamachu samobójczego przez przecięcie głębokie brzytwą na wysokości chrząstki pierścieniowej. Był w leczeniu na oddziale nerwowym z powodu depresji psychicznej, a prócz tego w ambulatoryjnem leczeniu na Oddziale chir. Szpitala powszechnego we Lwowie. Zakażenie rany było tak silne, że gojenie trwało przez $2^1/_2$ miesięcy, przyczem po wygojeniu się rany pozostał otwór średnicy $1^1/_2$ cm i silne zbliznowacenie części miękkich okolicy rany. — Chodziło o zamknięcie otworu, którego dokonano przez plastyczne zeszycie. Cięcie okrężne z odległości $^1/_2$ cm od brzegu otworu, podpreparowanie skóry aż do brzegu i zeszycie brzegów pierścienia skóry poprzecznie ponad tem zeszycie skóry podłużnie. W miejscu skrzyżowania się szwów powstała mała przetoka, która w kilka dni później zamknęła się. Mówca podnosi, że zwyczajnego zeszycia po naświeżeniu brzegów otworu nie można było w tym przypadku zrobić z tego powodu, że ubytek w szkielecie chrzęstnym był duży (obejmował bowiem przednią część chrząstki pierścieniowej i dwa pierwsze pierścienie tchawicy). Zeszycie zwykłe jednostronne prócz tego, że dałoby zwężenie tchawicy, nie doprowadziłoby do zamknięcia tchawicowego, a sposób podany przez Thosta (odpreparowanie płatu skórnego) nie dał się zastosować z powodu silnego zbliznowacenia okolicy otworu tchawicowego.

b) Przypadek **przewlekłego ropienia ucha środkowego z przetoką za uchem** w środku blizny pooperacyjnej, wykonanej przed kilku laty. W przypadku tym po nacięciu skośnem i odsunięciu części miękkich okazało się, że jestto perlak (cholesteatoma), który wypełniał znaczną część wyrostka sutkowego, a ku górze spowodował rozmiękczenie kości aż do opony twardej środkowej jamy czaszkowej. Ubytek kostny w tym przypadku po wykonaniu operacji radykalnej był bardzo wielki. Ażeby przyśpieszyć wygojenie wpuklono w otwór kostny płat części miękkich odpreparowany z przodu (między cięciem a małżowiną). Obnażony z naskórka tak, że wypełnił on część jamy kostnej i pokrył odsłoniętą oponę twardą. W przebiegu pooperacyjnym w 5 tygodni nastąpiło całkowite zarośnięcie rany pooperacyjnej i prawie bez wgłąbienia w miejsce dużego ubytku kostnego. Mowca podkreśla wielką wartość wszczepiania płatu sposobem, podanym przez Zalewskiego, w przypadkach dużego ubytku kostnego. Wszczepienie to przyspiesza gojenie przez bujne wytwarzanie ziarniny w jamie i przez to nie daje wgłębienia w miejscu operacji, jak to często bywa w podobnych przypadkach.

W dyskusji kol. Skrowaczewski i Lehm podnosili wartość plastyki nosa siodełkowatego, o ile nie nastąpi wessanie się blaszek kostnych. Kol. Zalewski podnosi, że w kilku przypadkach, w których ubytek pooperacyjny w wyrostku sutkowym był duży, wszczepiał płat części miękkich z bardzo dobrym skutkiem i poleca metodę tę jak najgoręcej.

Posiedzenie naukowe w dniu 13 listopada 1924 r.

Przewodniczy: kol. Zalewski.

Obecnych 12 członków.

1) Kol. Dobrzański przedstawia chorą **z herpes zoster oticus.** Chora ta jest chorą od 2 tygodni; wystąpiły u niej najpierw bóle w lewej połowie twarzy a w 4 dni później porażenie lewej połowy twarzy i przytępienie słuchu w lewem uchu, oraz zawroty głowy i niepewny chód. Obecnie stan się przedstawia w ten sposób, że na lewej małżowinie usznej są widoczne strupki i plamki (*herpes auriculae*).

Stwierdza się nadto porażenie nerwu twarzowego lewego i zajęcie nerwu słuchowego lewego. Zespół ten schorzenia trzech nerwów wystąpił w takiej samej postaci, jak to opisał Körner. Według Frankl-Hochwartha jest to postać schorzenia nerwów mózgowych, nazwana przez niego *polineuritis cerebralis menieriformis.* Etjologja tego schorzenia dotychczas jest niewyjaśniona. Co się tyczy zaś *herpes auriculae*, który towarzyszy temu zespołowi schorzeń, to nie zawsze musi on występować. Güttich na 10 przypadków zespołu Körnera widział w 2 tylko *herpes*, inne go nie miały.

2) Kol. Lehm przedstawia rzadki przypadek **przerostu migdałka językowego**, który spostrzegał w stanie ropnego zapalenia, przyczem można było widzieć czopki ropne, jak na migdałkach podniebiennych. Obecnie mamy tylko ogromny przerost tego migdałka, który dochodzi do wielkości orzecha włoskiego.

3. Kol. Dobrzański pokazuje: a) **Ciało obce (fasola), wyjęte z lewego oskrzela** u chłopca 7 letniego przez tracheobronchoskopję dolną. Fasola pozostawała przez 3 dni w oskrzelu, przyczem dawała już bardzo silne objawy duszności i wywołała ciężki stan chorego — wielką duszność i sinicę. Po wykonaniu tracheotomji w znieczuleniu miejscowem i wprowadzeniu rury bronchoskopijnej można było widzieć fasolę, tkwiącą w prawem oskrzelu i zwężającą mniej więcej do połowy światło lewego oskrzela. Przy pomocy haczyka tępego (w modyfikacji prof. Zalewskiego) udało się fasolę wydostać. Mówca zwraca uwagę na dogodność wykonania zabiegu nawet u dzieci w znieczuleniu miejscowem;

b) **50 groszówkę w przełyku** u 2 letniego dziecka wyjęto przy pomocy wziernikowania przełyku. Wydobycie przedstawiało trudności z powodu młodego wieku dziecka i wązkości wprowadzonej rury;

c) **Koral w jamie nosowej** wielkości dużego grochu wydobyty z lewej jamy nosowej u 3 letniego dziecka. Koral ten

pozostawał w nosie przez 8 miesięcy, powodując ropną wydzielinę, obrzęk nosa i lewej połowy twarzy. Rodzice dziecka szukali porady u miejscowego lekarza zaraz po przypadku, ale ten pocieszył, że w nosie nic niema.

4) Kol. Krygowska przedstawia przypadek **trzeciorzędnej kiły nagłośni** z przykurczem tejże ku tyłowi, wskutek czego chory odczuwał duszność. Odczyn Wassermanna w krwi ujemny, w płynie mózgo-rdzeniowym dodatni (++++). Zastosowano leczenie przeciwkiłowe.

5) Kol. Zabłocki przypadek **ropnia obustronnego okołomigdałkowego**, w którym nastąpiło zejście śmiertelne. Mimo obustronnie wykonanych nacięć ropni i wstrzykiwań propidonu zakażenie ogólne rozwinęło się szybko, tak, że w ciągu 3 dni doprowadziło do zgonu.

6) Kol. Kuźniar przedstawia przypadek **śródbłoniaka szczęki górnej** wielkości dużego orzecha włoskiego, wpuklające, znacznie boczną ścianę jamy nosowej do światła. Operacyjnie, wychodząc z cięcia w przedsionku ust, udało się guz w całości wyłuszczyć. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie charakterystyczne dla śródbłoniaka. Charakterystyczną w tym przypadku jest względna dobrotliwość guza, który, według podania chorego, miał się rozwinąć od $1\frac{1}{2}$ roku. Gruczołów podszczękowych wyczuć nie można było, wskutek czego też ich nie wyłuszczano. Mówca podkreśla dobrotliwość i stosunkową rzadkość występowania śródbłoniaka w tej okolicy.

Nad przedstawionemi przypadkami wywiązała się **dyskusja**, w której zabierali głos kol. Zalewski, Reinhold, Skrowaczewski, Lehm, Dobrzański i Zabłocki.

Dobrzański, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Poznaniu.

Posiedzenie naukowe w dniu 14. marca 1925.

Przewodniczy kol. Gantkowski.

Obecnych 60 członków.

1. Kol. Zeyland przedstawia przypadek guza, wychodzącego z lewego jajnika o charakterze **cystadenoma multiloculare carcinomatosum**, stwierdzonego na sekcji u osobnika liczącego lat 21. Guz ten ze względu na silne zrosty z jelitami cienkiemi oraz ułożenie w jamie brzusznej (miednica mała zupełnie wolna), przedstawiał znaczne trudności w rozpoznawaniu klinicznem.

Dyskusja. Kol. Jurasz podkreśla, że, jakkolwiek sprawa całkowicie należy do klinicysty ginekologa i sam nie rozporządza zbyt wielkim materjałem w tym kierunku, to jednak stwierdził, że wczesna operacja i dalsze zastosowanie Roentgena daje jak najlepsze wyniki. Kol. Bajoński zapytuje, czy drugi jajnik jest wolny, podając przy tem, że w takich przypadkach najczęściej następuje przerzut do drugiego jajnika. Kol. Skubiszewski wyjaśnia, że w tych wszystkich przypadkach, w których chodzi o jednoczesne powstawanie spraw nowotworowych, należy brać, raczej za podstawę sprawę nieprawidłowego rozwoju jajników, niż przerzut.

2. Kol. Skubiszewski referuje **mesodermoma malignum angioblasticum testis** (*sarcome angioplastique Malassez et Monod*), omawiając piśmiennictwo; kol. Skubiszewski zwrócił uwagę, że tą sprawą zajmowali się francuscy badacze, poczynając od r. 1878. Następnie mówca przytoczył własny przypadek. Nowotwór dotyczył mężczyzny 25 letniego. Punktem wyjścia było lewe jądro, w którem wzrósł nowotwór w postaci guza wielkości 16/17 cm, dalej szerzył się drogą naczyń chłonnych poza otrzewnowych aż do lewej nerki. Guzowate liczne ogniska o zabarwieniu czerwonawem w wątrobie zasadniczo różniły się od tych ognisk, które były w jądrze i w jamie brzusznej. Badanie drobnowidowe ognisk w wątrobie wykazało, że nowotwór składa się z olbrzymich komórek z kilkoma jądrami w nich. Protoplazma posiada liczne wypustki, przeplatające się między sobą, w protoplazmie tych komórek często spotyka się czerwone krwinki. Komórki te okalają szczeliny i jamki wypełnione krwinkami białemi i czerwonemi. Mówca na podstawie utkania określił ten przypadek jako *mesodermoma malgnum angioblasticum* lub *sarcome angioplastique Malassez et Monod.*

Dyskusja. Kol. Gantkowski zapytuje, jaki wpływ ma wnętorstwo na sprawę powstawania nowotworów w jądrze. Kol. Skubiszewski odpowiada ze tutaj chodzi zwykle o zaburzenia rozwojowe i, w myśl poglądów Wilmsa, istotnie jest raczej embrjoma czyli możnaby mówić w większości przypadków o trzech listkach zarodkowych. Przy sprawach nowotworowych tego rodzaju we wczesnym okresie, opierając się na piśmiennictwie, operacja daje wyniki dobre. Kol. Joncher zapytuje, czy w komórkach olbrzymich, opisanych przez mówcę, stwierdza się młode krwinki czerwone. Kol. Skubiszewski — nie. Kol. Kurkiewicz. Obrazy drobnowidowe oraz przedstawione tablice przedstawiają stan uwsteczniania się naczyń. Obecność krwinek czerwonych w komórkach olbrzymich uważa za fagocytozę, z czem zresztą zgadza się i kol. Karwowski.

Kol. Skubiszewski zauważa w związku z dyskusją, że puste przestrzenie w komórkach olbrzymich są bądź zmianami wodniczkowemi, bądź powstały na skutek wypłukania glikogenu i że krwinki czerwone raczej prędzej dostały się drogą mechanicznego wtłaczania do tych jamek, niż na skutek fagocytozy, chociaż jedno i drugie może mieć tutaj miejsce.

3. Kol. Węsław referuje przypadek **nosacizny u człowieka**. Przypadek dotyczy mężczyzny lat 27, zwłoki, którego były przesłane do Zakł. Anat. Pat. U. P. z oddziału chorób skórnych Szpitala Miejskiego z rozpoznaniem »kiła«; na sekcji stwierdzono bardzo liczne ubytki skóry twarzy, szczególnie w okolicy czoła i warg. Oprócz tego na skórze prawego łokcia i uda oraz żołędzi widoczne były guzki o brzegach sinawych, a w środku żółtawych. Na błonie śluzowej krtani, szczególnie nagłośni, ubytki. W obydwóch płucach na całej przestrzeni wyczuwają się guzki wielkości od 0.2 do 2 cm w średnicy. Na przekroju są guzki żółtawe, treści kruchej lub półpłynnej. W górnym płacie prawego płuca oprócz tego stwierdza się jamki tejże wielkości, co guzki. W jądrze prawem oraz najądrzu ogniska żółtawe, kruche od 0,3 do 3 cm średnicy. Badanie drobnowidowe wykazało, że środkowa część opisanych guzków składa się z tkanki, uległej martwicy koagulacyjnej oraz karjorektycznej z charakterystycznem zbijaniem się okruchów jąder w duże bryły (*chromatotexis*) na obwodzie tych ognisk tkanka wykazywała nacieczenie przez leukocyty.

Ten zespół objawów dawał możność rozpoznania nosacizny (malleus). Badanie bakterjoskopowe skrawków barwionych metodą Löfflera na laseczniki nosacizny wykazało obecność w ogniskach martwicowych i dokoła nich laseczek tej długości, co gruźlicze, lecz nieco grubszych.

Dyskusja. Kol. Jezierski dodaje do referatu dane z wywiadów, osobnik przed przybyciem do Poznania przebył grypę, prócz tego Wassermann dał ++++. Rozpoznano *lues maligna* i przekazano chorego do Kliniki chorób skórnych.

Kol. Karwowski. Guz w okolicy prawego ramienia wyglądał na guz kiłowy i dodatni wynik zastosowanego leczenia swoistego zdawał się potwierdzać rozpoznanie. Przedstawione preparaty drobnowidowe i obraz mikroskopowy całkowicie przekonywują go, że jest to nosacizna. Kol. Skubiszewski. podnosi na podstawie piśmiennictwa, że nosacizna czasami bywała rozpoznawana jako kiła, grypa, a nawet dur brzuszny. Kol. Lubieniecki podkreśla, opierając się na materjale spostrzeganym w Rosji, że nosacizna nie jest zbyt zaraźliwą. Kol. Gantkowski zauważa, że w tych przypadkach, kiedy chodzi o nosaciznę u koni, obsługa rzadko podlega zakażeniu. Kol. Jezierski zapytuje o różniczkowe metody badania bakterjoskopicznego.

Kol. Węsław odpowiada, że zakażenie może mieć miejsce od człowieka do człowieka, przytaczając jako przykład dr. Laskoskiego i leczącego dr. Jawdyńskiego (w r. 1895). Barwienie różniczkowe było dokonane z wynikiem dodatnim.

Czyżek, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Zebranie doroczne w dniu 11 marca 1925.

Przewodniczący dr. Wernic, zaznaczył na wstępie znaczne ożywienie działalności Towarzystwa. Towarzystwem zaczynają się interesować w 10-ym roku jego istnienia, zarówno sfery rządzące, jak i szersze sfery ludności. Oprócz oddziałów w Warszawie, Wilnie, Poznaniu, Białymstoku powstał oddział w Katowicach, oraz powstaje we Włocławku. Towarzystwo posiada swoich członków korespondentów w Krakowie, Lwowie, Częstochowie, Grudziądzu, Łomży, Płocku, Piotrkowie, Radomiu, Kielcach, Lublinie. Wydawane jest pismo kwartalne »Zagadnienia Rasy«, rozsyłane bezpłatnie członkom, administracja pisma znajduje się w biurze dzienników »Promień«, Widok 19. Biuro Towarzystwa mieści się Jasna 11 m 4, a redakcja i Prezydjum Al. Jerozolimska 16.

Następnie przewodniczącym wybrano Ministra Simona, asesorami redaktora Plewińskiego i sędziego Łopatto i pisarzem dr. Arenwalda. Sprawozdanie z działalności Zarządu Towarzystwa, który odbył 12 posiedzeń, odczytał dr. med. Włodzimierz Gawroński. Sprawozdanie z sekcji zapobiegania i lecznictwa odczytał dr. Reise, sprawozdanie z sekcji prawno-społecznej p. s. Łopatto. Z Sekcji Eugenetycznej dr. J. Zalewska, z sekcji wychowania dr. Włodzimierz Gawroński, z sekcji dochodów niestałych dr. Kazimierz Krajewski, z sekcji propagandy dr. Reise. Przyjęto regulamin sekcji oraz dokonano wyborów. Do Zarządu wybrano: Ministra Simona, prof. Venuleta, mecenasa A. Jurkowskiego, oraz dr. Szulca, dr. Wacława Sterlinga, dr. Wowkonowicza, dr. Pieńkowskiego i Panią Kołaczkowską. Do Komisji Rewizyjnej wybrano Pana Heronima Wyczułkowskiego, Pana J. Moldenhawera, oraz dr. Zaranka-Horbowskiego.

Adres Towarzystwa: Warszawa, Jasna 11 m. 4.

Sekretarjat: *S. Łowińska.*

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Sprawozdanie z działalności za rok 1924.,

Dokończenie.

W sprawie zatargu lekarzy w Białymstoku z Zarządem Kasy chorych odbyło się w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej posiedzenie z udziałem przedstawicieli Zarządu N. I. l. zapro-

szonych przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia. Ponieważ główną przyczyną tego zatargu była osoba komisarza Kasy chorych, a nie sprawy zasadnicze, przeto przedstawiciele Zarządu N. I. l. wypowiedzieli się za brakiem dostatecznych podstaw do trwania zatargu z powodu jednej osoby, nie stojącej na wysokości swego zadania. Kiedy zaś Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwróciła się do Zarządu N. I. l. z prośbą o przesłanie aktów z wyniku dochodzeń przeciwko Komisarzowi Kasy chorych w Białymstoku (komisarzem był lekarz), Zarząd N. I. l skierował sprawę tę do Izby Warszawsko Białostockiej, jako instytucji uprawnionej do rozpatrywania sprawy w pierwszej instancji.

W sprawie zatargu Izby Krakowskiej z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia z powodu obejmowania **stanowiska lekarza więziennego** przez jednego z lekarzy w Krakowie Zarząd N. I. l, powiadomiony przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, która zawiesiła decyzję Izby Krakowskiej co do nieobejmowania stanowiska, będącego przedmiotem sporu, ze względu na ważność tej sprawy, zwrócił się do Izby Krakowskiej z prośbą o nadesłanie informacji i dokumentów. Jak się okazało z wyjaśnienia Izby Krakowskiej i z dokumentów, nadesłanych przez Izbę Krakowską, że Izba Krakowska nie wezwała lekarza więziennego do zrzeczenia się jego stanowiska, a tylko przestrzegła lekarza, który miał objąć stanowisko lekarza więziennego, przed przyjmowaniem posady bez poprzedniego porozumienia się z Izbą Krakowską w imię godności i interesów stanu lekarskiego, a że sprawy godności i interesów stanu lekarskiego należą do kompetencji Izb lekarskich, a nie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, przeto postanowiono podać do wiadomości Izby Krakowskiej, że Zarząd N. I. l. jest zdania, że zarządzenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia jest nieuzasadnione.

Na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Zarząd N. I. l. zwrócił się do Izby Krakowskiej o rozpatrzenie sprawy jednego z lekarzy, praktykujących w Busku. Pozostali lekarze, praktykujący w Busku, zwrócili się z pismem do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, w którem to piśmie zagrozili wyjazdem z Buska, jeżeli nie będzie powstrzymany ów lekarz w swej nieetycznej działalności. Sprawa ta została przekazana przez Izbę Krakowską Sądowi Izby Krakowskiej; dotąd jeszcze nie jest rozstrzygnięta.

Z inicjatywy Izby Poznańsko-Pomorskiej oraz Towarzystwa lekarzy polaków na Śląsku Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w dniu 26. X. 1924 r. zwołała konferencję w sprawie utworzenia Izby lekarskiej na terenie Województwa Górno-Śląskiego. Na konferencji tej, która odbyła się pod przewodnictwem Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia przy udziale dwóch przedstawicieli Izby Naczelnej, przedstawiciela Izby Poznańsko-Pomorskiej Dyrektora Górno-Śląskiego okręgu zdrowia oraz dwóch przedstawicieli organizacyj lekarskich na Górnym Śląsku, polaka i niemca, jednomyślnie uznano potrzebę utworzenia Izby lekarskiej na Górnym Śląsku. Na podstawie tej uchwały ma być wniesiony do Izb Ustawodawczych projekt rozciągnięcia Ustawy o Izbach lekarskich na Województwo Górno-Śląskie.

Na skierowane do Zarządu N. I. l. przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia zapytanie, jakie jest zdanie Izby Naczelnej co do projektu składania sprawozdań Izb lekarskich do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, Zarząd N. I. l. przesłał odpowiedź, że projekt ten jest sprzeczny z art. 26. Ustawy o Izbach lekarskich, a nadto Zarząd w projekcie tym nie dopatruje się nic takiego, coby było pożądane dla dobra stanu lekarskiego lub też sprawy ogólnej. W związku z tą odpowiedzią otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pismo z prośbą, ażeby sprawozdania roczne Izb lekarskich były przesyłane Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w 2 egzemplarzach, a to w tym celu, ażeby jeden egzemplarz mógł być przesłany do odnośnego Województwa. Wobec tego Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich Izb lekarskich z prośbą, ażeby zarówno regulaminy izb i sądów, jak też i sprawozdania roczne były nadsyłane Izbie Naczelnej w 3 ch egzemplarzach, gdyż dwa egzemplarze tych dokumentów muszą być przesłane Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Za pośrednictwem Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych odpowiedź **w sprawie używania przez Izby lekarskie Orła Państwowego w pieczęciach.** Minister zgodził się na używanie Orła Państwowego w pieczęciach, ale tylko w połączeniu z symbolicznym znakiem lekarzy. Opracowany przez jednego z grawerów projekt pieczęci — Orzeł państwowy w połączeniu z czarą Hipokratesa — został przesłany w końcu grudnia roku ubiegłego Ministrowi Spraw Wewnętrznych do zatwierdzenia.

Na pismo **w sprawie spółek lekarzy w Warszawie** dla dostarczania adresów, skierowane przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia do Izby Naczelnej z prośbą o opinję, czy spółki te nie działają wbrew etyce lekarskiej i ze szkodą lekarzy, Zarząd N. I. l., po otrzymaniu opinji w tej sprawie wszystkich izb, które to opinje są zgodne z opinją Zarządu N. I. l., odpowiedział, że spółki lekarzy, mające na celu dostarczanie chorym adresów lekarzy, nie udzielające bezpośrednio pomocy lekarskiej, lecz mające na celu reklamę niektórych lekarzy, są oparte na zasadach pośrednictwa i reklamy na zasadach sprzecznych z etyką, godnością, powołaniem i obyczajem stanu lekarskiego, i są zarówno szkodliwe dla chorych, jako nie bezstronne, jak i dla stanu lekarskiego, i dlatego takie spółki powinny być rozwiązane.

Na zaproszenie Generalnego Sekretarjatu Komitetu Ekonomicznego Ministrów Przewodniczący Izby Naczelnej brał udział w posiedzeniach w **sprawie zwalczania drożyzny w kraju**, przyczem miał możność dać wyjaśnienia co do niesłusznych zarzutów pod adresem stanu lekarskiego w sprawach nadmiernie wysokich honorarjów, pobieranych przez lekarzy, co jakoby ma się przyczyniać również do zwiększenia drożyzny.

Czynności Izby Naczelnej w stosunku do innych urzędów centralnych polegały przeważnie na pośredniczeniu pomiędzy temi urzędami, a poszczególnemi izbami lub też innemi instytucjami lekarskiemi. Za pośrednictwem Izby Naczelnej został rozesłany okólnik Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych o stosunku lekarzy wojskowych do Izb lekarskich. Ten sam Departament przesłał Izbie Naczelnej pismo w sprawie opracowania metod poboru rekruta na zjazd medyków i farmaceutów wojskowych w Paryżu, przesłał Izbie Naczelnej informacje co do wymienionego zjazdu z prośbą o propagowanie wśród lekarzy.

Od Urzędu Skarbowego otrzymano pismo o roli Izb lekarskich w sprawach odwoławczych co do wymiaru podatków. Izby lekarskie dla komisji odwoławczych są stroną informacyjną i tylko pod tym względem wpływać mogą na decyzję komisji odwoławczych.

W stosunku do poszczególnych izb lekarskich czynności Zarządu N. I. l. w okresie sprawozdawczym polegały na zatwierdzaniu ustaw i regulaminów na popieraniu spraw poszczególnych izb w urzędach centralnych i wreszcie na pośredniczeniu pomiędzy temi izbami, a urzędami centralnemi. Przesłany przez Izbę Poznańsko-Pomorską projekt statutu Kasy Pogrzebowej został zatwierdzony przez Zarząd N. I. l. po uprzedniem dopełnieniu wymaganych przez Ustawę o Izbach lekarskich formalności.

Przesłany przez Izbę Poznańsko-Pomorską projekt regulaminu Sądu tej Izby nie został jeszcze uzgodniony i wskutek tego dotąd nie mógł być zatwierdzony.

Na pismo Izby Lwowskiej w sprawie regulowania rachunków za czynności sądowo lekarskie Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich izb z zapytaniem, czy na ich terenach były również zażalenia w tej sprawie. Po otrzymaniu odpowiedzi Zarząd N. I. l. zwrócił się do Ministerstwa Sprawiedliwości z poparciem słusznych żądań Izby Lwowskiej i z prośbą o uregulowanie opłat za czynności sądowo-lekarskie tam, gdzie w tej sprawie dotąd stosunki są anormalne.

Na pismo Izby Lwowskiej z przedstawieniem nadmiernych formalności, wymaganych od lekarzy, rozpoczynających praktykę lekarską, przez urzędy starościńskie i wojewódzkie, Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich izb z zapytaniem, czy wymagane formalności są usprawiedliwione. Na zapytanie to odpowiedziała tylko Izba Lubelska, że lekarze, nie mający obywatelstwa polskiego, takie trudności mieli, lecz w ostatnich czasach sprawa ta jest rozstrzygnięta pospiesznie i zgodnie z potrzebami miejscowemi. Wobec takich wyników ankiety Zarząd N. I. l. nie uważał za wskazane zwracanie się w tej sprawie do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Izba Krakowska kilkakrotnie poruszała sprawę wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia **pozwoleń praktyki lekarskiej na czas określony bez zgody Izby lekarskiej.** Zarząd N. I. l., podzielając w zupełności pogląd na tę sprawę Izby Krakowskiej, zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o ścisłe przestrzeganie Ustawy o Izbach lekarskich. Sprawa ta była również poparta przez przewodniczącego N. I. l. osobiście podczas konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia i można mieć nadzieję, że została zakończona w znaczeniu pomyślnem dla izb lekarskich.

Od Izby Warszawsko-Białostockiej wpłynął projekt zwrócenia się do Ministerstwa Sprawiedliwości w następujących dwóch sprawach:

1. ażeby odpisy wyroków, w których zasądzeni są lekarze, były przesyłane izbom lekarskim;
2. ażeby w sprawach zawodowo-lekarskich Sądy zwracały się do izb lekarskich w celu wyznaczenia ekspertów.

Projekt Izby Warszawsko-Białostockiej przyjęto i zwrócono się do Ministerstwa Sprawiedliwości z odpowiednim memorjałem w tej sprawie. Jako odpowiedź na ten memorjał otrzymano odpis okólnika Ministerstwa Sprawiedliwości do wszystkich sądów I. i II. instancji w sprawie udzielania Izbom lekarskim odpisów wyroków, zapadłych w sprawach karnych przeciwko lekarzom. Okólnik zarazem nadmienia, że w sprawach, w których jest poruszona strona zawodowo-etyczna lekarzy lub stanu lekarskiego i w których z tego względu jest potrzeba wysłuchania znawców, wskazanem byłoby powoływać jako znawców przedewszystkiem przedstawicieli izb lekarskich.

Okólnik ten przesłano wszystkim izbom lekarskim.

Od Izby Łódzkiej otrzymano następujące 3 wnioski z prośbą, ażeby Izba Naczelna w sprawach, poruszonych w tych wnioskach, wystąpiła samodzielnie:

1. Zmiana Ustawy o Kasach chorych.
2. Sprawa leczenia umysłowo chorych.
3. Przywrócenie urzędów lekarzy sądowych.

W sprawie wniosku pierwszego zostały wniesione przez Zarząd N. I. l. poprawki do projektu nowelizacji ustawy o Kasach chorych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Pozostałe dwa wnioski będą w odpowiedniej chwili uwzględnione.

Na skierowane przez Izbę Lwowską do Zarządu N. I. l. zapytanie, jakie jest zdanie Izby Naczelnej co do zamierzonego wprowadzenia **taryfy lekarskiej** w izbach. Zarząd N. I. l. odpowiedział, że Urzędy Wojewódzkie mają prawo żądać wprowadzenia taryfy lekarskiej, ale z uwzględnieniem par. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. W sprawie tej Zarząd N. I. l. otrzymał od Izby Lwowskiej drugie pismo z zawiadomieniem, że na posiedzeniu tej Izby w dniu 2 listopada 1924 r. zapadła uchwała, ażeby Izba Lwowska wystąpiła o zmianę w drodze Ustawodawczej art. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej, gdyż, zdaniem Izby Lwowskiej, wprowadzenie taryfy lekarskiej uwłacza godności stanu lekarskiego a wobec tego Izby lekarskie dążyć powinny do zmiany artykułów ustaw tego rodzaju. W sprawie taryfy lekarskiej Zarząd N. I. l. był odmiennego zdania. Przewidziany przez art. 21. cennik poborów lekarskich bynajmniej nie jest cennikiem, którego skala ma obowiązywać w każdym poszczególnym wypadku. Każdemu lekarzowi przysługuje prawo pobierania honorarjum podług swego uznania i cennik obowiązuje tylko w razie, o ile chory nie wiedział lub nie był uprzedzony o wymaganiach lekarza. Cennik więc będzie regulatorem cen tylko w przypadkach nieporozumień między lekarzem, a chorym i będzie przyczyniał się do polubownego załatwienia sprawy bez uciekania się do sądu. Z tych więc powodów Zarząd N. I. l. przyszedł do wniosku, że wprowadzenie taryfy lekarskiej, zdaniem jego, nie przynosi ujmy stanowi lekarskiemu, ani też mu nie szkodzi. Opinję tę przesłano Izbie Lwowskiej.

Od Izby Lubelskiej Zarząd N. I. l. otrzymał dwa pisma w sprawach, dotyczących **pojmowania Ustawy o Izbach Lekarskich.**

Na zapytanie pierwsze, kto ma prawo być obecnym na posiedzeniach Sądu Izby, Zarząd N. I. l. wypowiedział się, jak następuje:

Zarząd N. I. l. rozumie ustęp art. 38 Ustawy — rozprawy są tajne — w ten sposób, że podczas całych rozpraw mają prawo być obecni, oprócz stron i ich zastępców (obrońców), tylko członkowie Sądu w składzie orzekającym i rzecznik dyscyplinarny, zaś świadkowie kolejno każdy podczas swojego zeznania, a rzeczoznawcy według orzeczenia Sądu.

Na zapytanie drugie, jak, zdaniem N. I. l, należałoby komentować ustęp II. art. 8 Ustawy o Izbach lekarskich, a mianowicie, czy liczba wybranych delegatów do Izby Naczelnej pozostaje do końca trzechlecia bez zmiany, czy też w razie powiększenia się liczebności Izby aż do prawa posiadania o jednego więcej delegata, Izba powinna takowego wybrać dodatkowo na jednem z rocznych zebrań bieżącego trzechlecia — Zarząd N. I. l. wypowiedział się za pierwszem komentowaniem Ustawy i zawiadomił o tem Izbę Lubelską.

Zarząd N. I. l. rozpatrzył **odwołania, wniesione za pośrednictwem Izby Lwowskiej przeciw wpisowi do kasy ubezpieczeniowej** dwóch członków Izby Lwowskiej i wypowiedział się, jak następuje:

Ponieważ uchwała w sprawie przymusowego ubezpieczenia członków Izby Lwowskiej w kasie pensyjnej dla wdów oraz ubezpieczenia na wypadek choroby zapadła zgodnie z art. 4 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich i ponieważ uchwała ta została zatwierdzona na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 27. I. 1924 r., przeto uchwała ta stała się prawomocną i obowiązuje wszystkich członków Izby Lwowskiej. Na tej podstawie Zarząd N. I. l. postanowił uchylić przesłane odwołania przeciw wpisowi do kasy ubezpieczeniowej we Lwowie i postanowił zawiadomić o tem lekarzy, którzy wnieśli odwołania, za pośrednictwem Izby Lwowskiej.

Od Izby Lwowskiej Zarząd N. I. l otrzymał zawiadomienie o powziętej przez tę Izbę uchwale w sprawie przyłączenia się do rezolucji pierwszego Polskiego naukowego Zjazdu Dentystycznego we Lwowie w lipcu 1923 r., domagającego się **przemiany Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie na klinikę stomatologiczną Uniwersytetu Warszawskiego.** W wymienionej sprawie Zarząd N. I. l. podzielał w zupełności pogląd Izby Lwowskiej. To też Zarząd N. I. l nie uwzględnił prośby o poparcie projektu Ustawy Izby Dentystów, przesłanego Izbie Naczelnej przez Związek Zawodowy lekarzy dentystów w Państwie Polskiem.

Zarząd N. I. l. otrzymał w roku ubiegłym listę lekarzy od wszystkich Izb z wyjątkiem Izby Łódzkiej. Sprawozdania za rok 1923 Zarząd N. I. l. otrzymał od Izb Poznańsko-Pomorskiej, Lubelskiej i Lwowskiej. Regulaminy Izby i Sądu Zarząd N. I. l. otrzymał tylko od Izby Lubelskiej.

W sprawie Sądu N. I. l. w celu uniknięcia nadmiernego biurokratyzmu, a także, wobec przeciążenia pracą Izby Naczelnej i jej Sądu, Zarząd N. I. l. uchwalił jednomyślnie, że w sprawach sądowych Sąd N. I. l. ma prawo komunikować się z innemi izbami bez pośrednictwa Zarządu N. I. l.

Zarząd N. I. l. w sprawach zawodowych zwracał się niejednokrotnie do Głównego Zarządu Związku lekarzy Państwa Polskiego i odwrotnie rozpatrywał i popierał projekty Związku.

Z inicjatywy Związku Zarząd N. I. l. wystosował memorjał do Ministra Skarbu w **sprawie pobierania podatku przemysłowego od lekarzy.** W memorjale tym zwrócono uwagę, że od lekarzy napływają skargi nie na nadmierne obarczenie ich podatkami, lecz na wadliwy system wyznaczania podatków przez Izby Skarbowe, które nad deklaracjami złożonemi przechodzą do porządku dziennego i same oznaczają wysokość zarobków, zaliczając w ten sposób bez podstawy ludzi lojalnych i uczciwych do grona niesumiennych i szkodników Państwa.

Z inicjatywy Związku Zarząd N. I. l. zwrócił się do wszystkich izb z prośbą o wypowiedzenie się w **sprawie obejmowania posad w kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych.** Ponieważ Izby Warszawsko-Białostocka, Lubelska i Łódzka wypowiedziały się przeciwko wszelkim ograniczeniom w tej sprawie, Izby Krakowska i Lwowska są przeciwne obejmowaniu miejsc w kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych, a Izba Poznańsko-Pomorska jest zdania, że sprawa ta może być wtedy dopiero rozstrzygnięta, kiedy będzie ustalony stosunek lekarzy wojskowych i urzędowych do izb lekarskich — Zarząd N. I. l. postanowił wnieść tę sprawę, jako nieuzgodnioną, na posiedzenie ogólne N. I. l.

Sprawy skierowywane do Zarządu N. I. l. wskutek nieporozumienia, były przekazywane instytucjom właściwym i sprawa Koła lekarzy w Ciechocinku — Izbie Warszawsko-Białostockiej, skarga na lekarza z Opatowa — Izbie Krakowskiej i skarga sędziego śledczego pow. Stołpeckiego na lekarza z Iwieńca — zwrócona z powrotem ponieważ ziemia Nowogrodzka nie jest objęta przez organizację izb lekarskich, nad któremi Naczelna Izba ma władzę, przyczem nadmieniono, że wymieniona sprawa powinna być skierowana do miejscowych władz sanitarnych wojewódzkich.

Dla ścisłości wspomnieć tu należy jeszcze o jednej skardze, która wpłynęła do Zarządu N. I. l. od adwokata z Inowrocławia dr. Gryziewicza, pełnomocnika 5-ciu lekarzy, którzy **w czasie bezkontraktowym objęli posady w Kasie chorych w Inowrocławiu.**

Była to skarga na Izbę Poznańsko-Pomorską oraz żądanie, ażeby zarówno Izba Poznańsko-Pomorska, jak też i Izba Naczelna, wypowiedziały się w sprawie artykułu w Nowinach lekarskich, w których to artykułach owi lekarze przedstawieni zostali w niekorzystnem świetle.

Na to dziwne conajmniej żądanie Zarząd N. I. l. odpowiedział, co następuje:

1. Zarząd N. I. l. nie stwierdza niewłaściwego i krzywdzącego traktowania w odpowiedzi Izby Poznańsko-Pomorskiej.
2. Zarząd N. I. l. uważa, że treść odpowiedzi, udzielonej przez Izbę lekarską zapytującym, zależy wyłącznie od niej i dlatego nie uważa za stosowne wpływać w tym kierunku.
3. Zarząd N. I. l. uważa, że Izba lekarska nie jest obowiązana udzielić odpowiedzi, czy solidaryzuje się z artykułem, nie w jej imieniu ogłoszonym.
4. Z tego też powodu Zarząd N. I. l. uważa żądanie Pana, ażeby Naczelna Izba lekarska ogłosiła oświadczenie, czy solidaryzuje się ze wspomnianym artykułem za wysoce niewłaściwe i odpowiedzi na nie odmawia.
5. Zarząd N. I. l. niniejszem oświadcza, że wypowiadanie Sądu, jakoby Izba lekarska Poznańsko-Pomorska potraktowała mocodawców Pańskich krzywdząco, zanim fakt taki został stwierdzony przez władze właściwe, jest niedopuszczalnem i że o fakcie tym Zarząd N. I. l. poda do wiadomości Izby lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Na posiedzeniu Rady Izby Warszawsko-Białostockiej w dniu 14. XII. 1924 r. członek Izby Naczelnej dr. Jan Adamski zrzekł się mandatu i na jego miejsce powołano dr. Zofję Garlicką. — Na posiedzeniu tem była rozpatrywana sprawa wyborów do Izby Naczelnej przez Izbę Warszawsko-Białostocką w roku 1923. Wyrok Trybunału Administracyjnego orzekł, że ordynacja wyborcza przy wyborach do Izby Naczelnej należy do kompetencji Rady Izby a nie Ministerstwa Zdrowia, jak to miało miejsce przy wyborach do Izby Naczelnej w 1923 r. Wobec tego Rada Izby Warszawko-Białostockiej zarządziła do Izby Naczelnej nowe wybory, które to wybory skład delegatów od Izby Naczelnej pozostawiły bez zmiany.

W końcu nadmienić należy, że Izba lekarska była reprezentowana na Zjeździe lekarzy i działaczy samorządowych w Łucku, na jubileuszu Towarzystwa lekarskiego w Lublinie, na Zjeździe naukowym i koleżeńskim w Poznaniu, na dorocznym obchodzie święta I baonu sanitarnego w Warszawie.

Sekretarz:	Przewodn. Naczelnej Izby lek.
Dr. Bełkowski.	*Dr. Bączkiewicz.*

W sprawie Kasy emerytalnej przy Lwowskiej Izbie lekarskiej.

Zebranie lekarzy w Stanisławowie.

W sprawie Kasy emerytalnej przy lwowskiej Izbie lekarskiej odbyło się przed kilku tygodniami w Stanisławowie zebranie lekarzy, na którem na wniosek kol. F e r e n s i e w i c z a uchwalono zaprosić delegatów Izby lwowskiej, którzyby wyjaśnili stronę techniczną ubezpieczenia i porównali projekt sanocki z projektem izbowym.

Dnia 22 marca b. r. odbyło się w Kasie Oszczędności drugie zebranie kolegów stanisławowskich przy udziale prez. P a p é e g o i kol. D o l i ń s k i e g o Eug. ze Lwowa. Przewodniczył kol. G u t, sekretarzem był kol. M a y e r.

Posiedzenie zagaił kol. Ferensiewicz, witając delegatów, i przedstawił szereg przykładów ubezpieczenia wdów i sierót na podstawie projektu izbowego.

Następnie kol. Papée w obszernym referacie przedstawił historję wysiłków lekarzy w kierunku ubezpieczenia wdów i sierót w dawnym zaborze austrjackim od r. 1900. Próby te jednak nie zostały uwieńczone pożądanym skutkiem t. j. nie rozszerzyły się, ponieważ ubezpieczenie nie było obowiązkowe dla wszystkich lekarzy. Dopiero ustawa o Izbach lekarskich a w następstwie tego inicjatywa Izby lwowskiej, zatwierdzona przez Izbę Naczelną, która nakazała obowiązkowe ubezpieczenie wszystkim członkom, pchnęła tę sprawę na właściwe tory. W konsekwencji Izba lwowska odbyła szereg posiedzeń i konferencyj z technikami asekuracyjnymi, dyrektorami instytucyj ubezpieczeniowych i znawcami — czego owocem był projekt regulaminu w wyjątkach odczytany kolegom. Towarzystwa ubezpieczeń, zapytywane o wysokość wkładek dla członków Izby w razie, gdyby objęły we własny zarząd takie ubezpieczenia, podawały cyfry znacznie wyższe od tych, które można było ofiarować kolegom, co było zrozumiałe, dlatego, ponieważ administracja jest tańsza w Izbie, a instytucja nie jest obliczona na zyski. Pozornie lepsze warunki, ofiarowywane ubezpieczonym przez niektóre towarzystwa, polegają na tem, że towarzystwa przyjmują tylko zdrowych ludzi na podstawie świadectwa lekarskiego, podczas gdy Izba obowiązkowo musi przyjmować wszystkich. Ten moment, że wszyscy muszą należeć, a więc i początkujący lekarze, finansowo słabsi — decydował o tem, że przyjęto jako najniższe ubezpieczenie sumę 1500 zł., a wkładkę kwartalną 45 zł. Można jednak podwyższyć to ubezczenie do 6000 zł. za wkładkę 180 zł. kwartalnie.

Po wysłuchaniu referatu i wyjaśnienia kol. Dolińskiego w sprawie dewaluacji i lokaty kapitałów — zebranie uchwaliło prosić Izbę, aby wzięła pod uwagę, czy nie możnaby po 5-ciu latach wyczekiwania podnieść świadczenia z 20% na 30%, i obniżyć górnej granicy wieku, uprawniającego do poboru renty na starość do 65 lat.

Po przemówieniach szeregu kolegów kol. Ferensiewicz zakończył zebranie stwierdzeniem, że po wyjaśnieniu delegatów niema podstawy do opozycji przeciw projektowi Izby, i podziękował delegatom za przybycie.

Izba lekarska Lwowska.

Posiedzenie Komitetu Kasy ubezpieczeniowej w dniu 11. marca 1925 (Wydziału Kasy chorych Lekarzy) w własnym domu przy ul. Zyblikiewicza l. 23

Obecni: Prez. Dr. J. Papée, Prof. Dr. Nowicki, Dr. Moszkowicz I. Dr. Eug. Doliński i buchalter Krywald.

P. Krywald przedstawił stan Kasy.

Zarząd wysłał 632 upomnień z powodu niezapłacenia należytości przez członków po koniec marca 1925 i rozesłał przez inkasenta 247 upomnień we Lwowie.

Ze szpitala państwowego lwowskiego, mimo wysłania zbiorowego urgensu do Dyrekcji, nie nadeszło dotychczas żadne pismo, ani Kasa nie otrzymała od lekarzy szpitalnych zaległości.

Z kolei odczytano pisma kolegów, zgłaszających o wielokrotne podwyższenia wkładek i świadczeń. Uchwalono poniżej wymienionych kolegów przyjąć do Kasy, zgodnie z ich żądaniami.

1. Dra Józefa Czaczkowskiego, proszącego o 10-krotność (10 Zł świadczeń dziennie) od 1. stycznia 1925.
2. Dra Roberta Drezdnera o 4-krotność (4 Zł świadczeń dziennie) od 1. stycznia 1925.
3. Dra Leopolda Schellenberga o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
4. Dra Stanisława Kwiatkiewicza o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
5. Dra Feliksa Tokarskiego o 10-krotność od 1. stycznia 1925 roku.
6. Dra Emanuela Damańskiego o 6-krotność od 1. stycznia 1925.
7. Dra Michała Ferensiewicza o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
8. Dra Mieczysława Nartowskiego z Krakowa o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
9. Prof. Dra Witolda Nowickiego o 4-krotność od 1. kwietnia 1925.
10. Prez. Dra Jana Papéego o 10-krotność od 1. kwietnia 1925 roku.
11. Dra Adama Lewintera o 10-krotność od 1. kwietnia 1925 roku.
12. Dra Jana Osadnika z Przeworska o 10-krotność od 1. stycznia 1925.
13. Dra Wiktora Borysiewicza z Monasterzysk o 10-krotność od 1. stycznia 1925.

Przyznano Kolegom i Koleżankom zasiłki za czas choroby, względnie za czas niezdolności do pracy (porody):

1) Koledze Dr. S. z L. wypłacono 220 Zł; koledze S. K. z L. wypłacono 61 Zł.

Równocześnie uchwalono napisać do ordynującego kol. Dr. P. ze Lwowa z prośbą o wyjaśnienie, ile razy odwiedzał chorego kolegę i jakie jest jego zdanie co do dalszego przebiegu choroby, ponieważ jest to potrzebne do wymierzenia zasiłku.

3) Kol. D. 38 zł i zażądać stosownie do regulaminu dostarczenia dodatkowo świadectwa lekarskiego; 4) kol M. z Ż. 73 zł.; 5) koleżance F. K. T. 72 zł.; 6) kol. M. z T. uchwalono wyjątkowo przyznać 53 zł. i sumę tę wypłacić, chociaż kolega 9 miesięcy nie wpłacał wkładek; 7) koleżance Cz. 26 zł.; 7) kol. Z. A. z T. 62 zł.; 9) kol. S. P. z D. przyznano za r. 1924 130 zł. i uchwalono zwrócić uwagę, że, według regulaminu, pretensje po upływie pół roku ulegają przedawnieniu; 10) kol. R. J. z S. przyznano 14 zł.; 11) kol. B. L. z K. na razie do końca lutego b. r. (ponieważ dalej choruje) 48 zł.; 12) koleżance G. A. F. z K. 86 zł.; 13) kol. S. Sz. ze L. 24 zł.; 14) koleżance H. H. B. z B. 140 zł. i uchwalono zwrócić uwagę, że w r. 1925 wkładek nie płaciła i poprosić dla formy o świadectwo lekarskie; 15) koleżance K. L. 78 zł.; 16) kol. T. T. ze L. 140 zł.; 17) kol. W. A. na wyjazd zagranicę w r. 1924 odmówiono przyznania zasiłku z powodu więcej niż 6-cio miesięcznego przedawnienia pretensji (zgodnie z regulaminem). Ogólnie wypłacono 1265 zł.

Uchwalono wezwać kolegów do regularnego płacenia wkładek, aby nie utrudniać wypłat, które z rozszerzeniem Kasy będą coraz wyższe.

Koło Chełmskie Związku Lekarzy P. P.

Niniejszem zawiadamiamy Ogół Kolegów, że pomimo ostrzeżenia, umieszczonego w pismach lekarskich o nieobejmowaniu posad w Kasie chorych w Chełmie bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Chełmskich, znalazły się pojedyncze jednostki, które posady w Kasie chorych objęły.

Na wezwanie Związku, skierowane do nich, by zrzekli się tych posad, jako pozostających pod bojkotem, odpowiedzieli odmownie.

Wobec tego piętnujemy postępowanie niekoleżeńskie tych lekarzy i podajemy ich nazwiska do wiadomości Ogółu Kolegów.

Nazwiska tych lekarzy są: dr. Adolf Bratus, dr. Aleksander Sadowski i dr. Piotr Pruski.

Chełm, dnia 17. III. 1925 r.

Dr. T. Gniazdowski Sekretarz: *Dr. E. Łuczkowski* Przewodniczący Koła.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wzywa swych członków, aby przy wysyłaniu chorych bezwzględnie omijali zdrojowiska niemieckie oraz wybrzeża gdańskie. W razie konieczności leczenia poza granicami Państwa, należy kierować chorych do zdrojowisk czesko-słowackich i francuskich oraz nad morze rumuńskie, jugosłowiańskie, włoskie i francuskie.

Redakcja otrzymała.

Doc. dr. Klein Stan. Primäre Cholangitis. Odb. z Ergebnisse der gesamten Medizin. t. VI.

J. Olbrycht. Kraków. Etude expérimentale de la Pathogénie de la mort par brulure. Odb. z Revue de Médecine.

J. Olbrycht and M. Ramult. On certain alterations in suprarenal bodies in the anaphylactical shock and after the parenteral introduction of different albugineous substances. odb. z Bulletin de L'Acad. de Sc. Medic. Kraków. t. III. 1923. fasc. 1—2.

J. Olbrycht u. Ramult. Der Einfluss der Verbrühung, des anaphylaktischen Schockes und der parenteralen Zufuhr verschiedener Eiweiss-stoffe auf das histologische Bild der Nebennieren. Odb. z Deutsch. Ztsch. f. gesamte gericht. Mediz. t. III. zesz. 5.

J. Olbrycht. Zur Kasuistyk der selteneren Vergiftungsarten. odb. z Deutsch. Ztsch. f. ges. gericht. Mediz. t. IV. zesz. 3.

Dr. Ign. Dembicki. Ciechocinek. Środki lecznicze, sposoby i zakres ich stosowania oraz wskazania. 1925. Higjena ciała. Nr. I. marzec. 1925.

W. Nowicki. O chorobach zakaźnych. Bibl. higjeniczna Nakł. Książnica—Atlas. 1925.

Nr. 15. 12. kwietnia 1925 Rok IV

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Łucja FREY, asyst. kliniki. Warszawa.

Przyczynki do nauki o topografji w trzonie mózgowym.

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. K. Orzechowski.

I.

Ogniska w wyższych piętrach mostu Varola.

Mimo wielkich zdobyczy neurologji ostatnich dziesiątków lat w dziedzinie topografji rdzenia przedłużonego i mostu, nauka o umiejscawianiu i znaczeniu różnych ośrodków i dróg zajmujących tę część trzonu mózgowego pozostawia jeszcze wiele do życzenia.

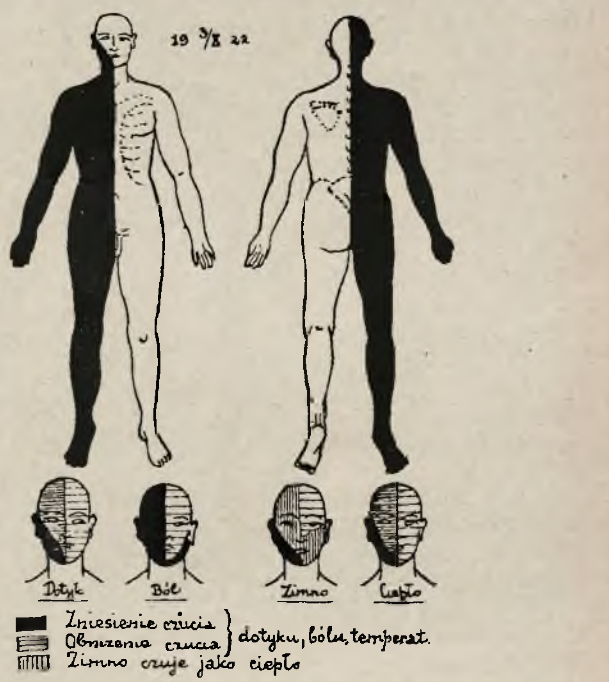
Jest to teren, w którym na małej przestrzeni mieszczą się liczne twory nerwowe, ztąd też małe ogniska mogą prowadzić do nader bogatego w szczegóły, obrazu klinicznego. Sprawą powodującą dość często powstawanie tu ognisk ściśle ograniczonych, jest zamknięcie światła tętnicy móżdżkowej dolnej tylnej, lub przedniej, wreszcie tętnicy rdzeniowej przedniej. Poza typowemi objawami dla ognisk w różnych miejscach przekroju i na różnej wysokości tu usadowionych zdarzają się też objawy rzadziej spotykane, dotąd niewyjaśnione. Dlatego ciągle jest jeszcze usprawiedliwione zbieranie materjału kazuistycznego, który odpowiednio dobrany i dokładnie obserwowany, obserwowany przytem także w kierunku zaburzeń klinicznych poprzednim badaczom nieznanych — musi się z czasem przyczynić do uzupełnienia rozbudowy naszych wiadomości o topografji mostowo-opuszkowej. Podane poniżej przypadki są przykładem tego, jak wiadomości nasze w tym zakresie są niezupełne i jak wymagają dalszych poszukiwań.

Przypadek I*).

45-letni robotnik F. S., w 1918 r. przechodził hiszpankę, wśród której wystąpił zez i podwójne widzenie, trwające przez 2 miesiące. Potem czuł się zdrowym do 22. IX. 1922 roku. Tego dnia poczuł że jakby prąd elektryczny przeszył prawą połowę ciała. Trwało to chwilę, poczem pracował dalej, a nawet jeszcze nazajutrz poszedł do zajęcia. Dwa dni potem dostał silnego zawrotu i szumu w głowie. Prawe kończyny zaczęły mu słabnąć, tak, że nie poszedł do pracy. Następnego dnia z powodu silnych wymiotów i zawrotu głowy nie mógł już wstać z łóżka. W ciągu dalszych 2 dni wystąpiło zboczenie oczu i skrzywienie twarzy w stronę prawą, głuchota lewego ucha i utrudnienie połykania. 28. IX. zgłosił się do kliniki. Potator. Palił dużo. Kiły nie przechodził.

Stan chorego:

Źrenica prawa większa od lewej, obie dobrze reagują na światło. Gałki oczne stale zboczone na prawo, lewa zupełnie, prawa prawie zupełnie. Przy ruchu zamierzonym gałek w lewo nie dochodzą one nawet do pozycji pośredniej, przyczem ruch prawej gałki jest nieco wydatniejszy. Zbieżność prawej gałki 0, lewej słaba. Przy patrzeniu jednoocznem ruchliwość gałek zachowuje się tak samo. Próba Rosta ujemna. Lewy zwacz napina się gorzej. Odruch rogówkowy po lewej 0. Znaczne zaburzenia czucia na twarzy po stronie prawej, mniejsze po lewej (zob. szemat Nr. 1). Na języku i błonie śluzowej jamy ustnej obniżenie czucia bolowego, cieplikowego i dotykowego, po stronie prawej znaczniejsze. Zupełne porażenie cał go lewego VII. z częściowym odczynem zwyrodnienia (11. X.). Przewodnictwo powietrzne zniesione po stronie lewej, kostne obniżone i skrócone dla tonów niskich, począwszy od C_1, dla wysokich zniesione, przy braku zmian wziernikowych. Podniebienie po lewej unerwia nieznacznie gorzej, odruch podniebienny lewy nieco słabszy. Krtań bez zmian. Tętno 55. Język przy wysuwaniu zbacza na prawo. W pierwszej chwili po wysunięciu zmienia kształt tworząc łódkowate zagłębienie w stronę prawą. Prawa połowa języka jest wiotka i sprawia wrażenie mniejszej. Siła w prawych kończynach nieznacznie upośledzona. W ciągu pierwszego tygodnia dwukrotnie wystąpiło zupełne prawie porażenie kończyn prawych, górnej w stopniu większym i dolnej, które do kilkunastu godzin ustępowało. Odruchy ścięgniste i okostnowe po lewej są prawidłowe, po prawej miernie wzmożone. Babiński po prawej +. Odruchów obronnych brak. Odruchy zatrzaskowe i przeciwnicze słabe, może po lewej nieco silniejsze. Odruchy brzuszne po prawej zniesione, po lewej z początku obecne, w kika dni później zniknęły. Odruchów jądrowych brak. Chodzić nie może, nawet podtrzymywany przez 2



osoby, kończyną prawa zostaje w tyle; chory słania się w prawo. Stojąc pada silnie w prawą stronę, pada także, gdy siedzi, ma nawet w leżącej pozycji wrażenie, że głowa spada w stronę prawą. Wszystkie rodzaje czucia zniesione na prawej połowie ciała, a także czucie ułożenia tak, że chory mając zamknięte oczy szuka lewą ręką swojej prawej dłoni, barku, nawet nie znajduje prawego ucha. Astereognozja prawej dłoni. Wybitna hipotonja prawej kończyny górnej (odruch m. trójgłowego prawego o charakterze wahadłowym), mniejsza kończyn dolnych. Diadochokineza po prawej zniesiona. Próby chwytania, nawracania i odwracania przedramienia, wypadają w sensie hipermetrji. Przy chodzeniu prawa kończyna górna zwisa jakby bezwładna. Próba na niezborność wykazuje bardzo znaczne zaburzenie prawej ręki. Chory wykonywa ruch polecony bardzo powoli, mimo nakazu szybkiego wykonania, na pewną odległość (około 10 cm) przed osiągnięciem celu ruch zostaje na chwilę wstrzymany, palec dość dziwnie zgięty cofa się następnie w tył i za chwilę posuwa o tyleż naprzód, wykonując w ten sposób szereg wahadłowych ruchów o tej samej mniej więcej rozpiętości w płaszczyźnie strzałkowej, potem przekroczywszy płaszczyznę pierwotnego wstrzymania ruchu, zbliża się ku nosowi; tuż opodal nosa pojawiają się wahania w płaszczyźnie czołowej, jak przy niezborności wiądowej i ostatecznie palec trafia źle. Wahania o tym samym typie t. j. w płaszczyźnie strzałkowej w pewnem oddaleniu od nosa, później w czołowej, bliżej nosa, nieco tylko mniejsze, utrzymują się też przy otwartych oczach. Sposób podawania ręki asynergiczny w ruchach nadgarstka i palców. Przy próbach wymagających poziomego ustawienia ramienia, n. p. przy badaniu na mijanie, prawe ramię bezwzględnie opada, mimo, że niedowład ruchu uniesienia jest tylko niewielki. W kończynie dolnej prawej silna niezborność hipermetryczna. Nieznaczna ataksja lewej kończyny górnej, brak jej w lewej kończynie dolnej. Oczopląs kolująco-poziomy tylko przy spojrzeniu na prawo w kierunku przeciwnym do ruchu wskazówki zegara. Przy płukaniu ucha prawego zimną wodą, samoistny oczopląs staje się powolniejszy. bardziej poziomy, a przy patrzeniu w lewo zjawiają się od czasu do czasu poszczególne ruchy kolujące w kierunku ruchu wskazówki zegara na oku prawem, lewa zaś gałka pozostaje nieruchomą. Padanie w prawo staje się silniejsze, prawidłowy odczyn mijania jest zaznaczony w lewej kończynie, prawa opada jak zwykle. Przy próbie kalorycznej z lewego ucha oczopląs w stronę prawą jest wybitniejszy, o tym samym charakterze co przed płukaniem, skłonność do

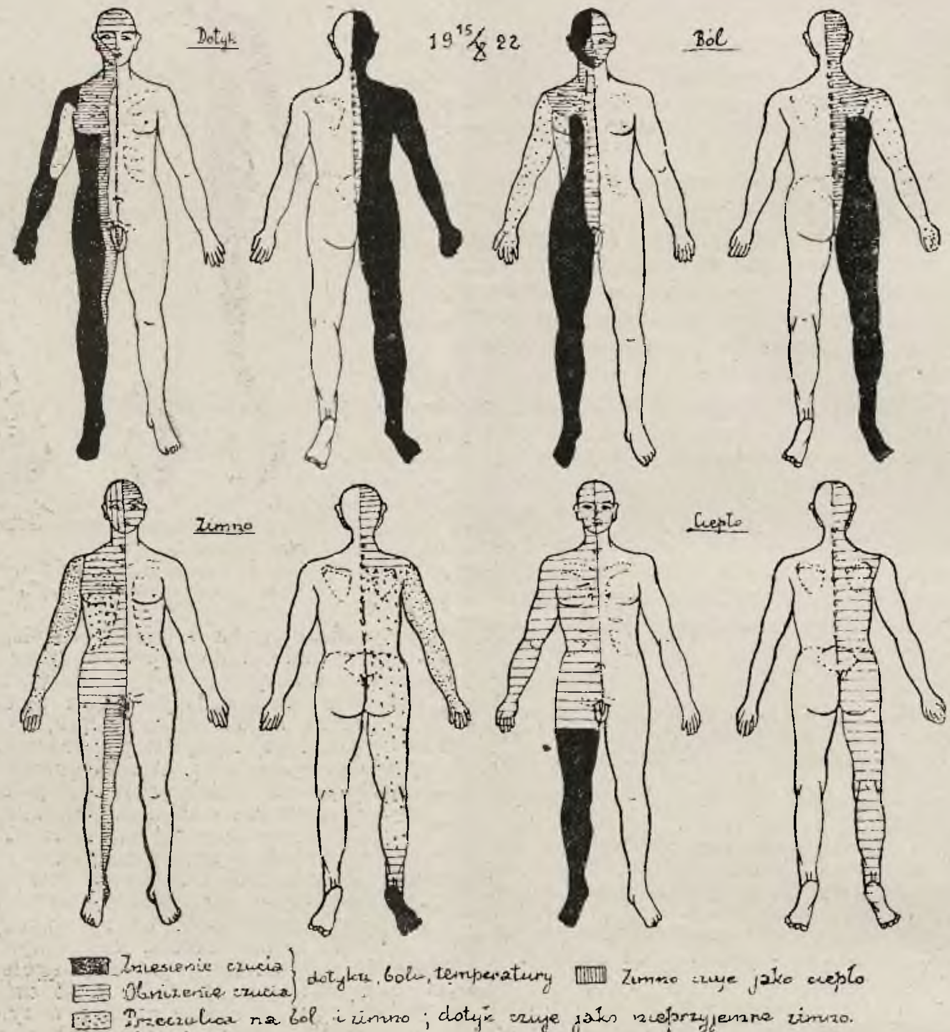
*) Przypadek ten był pokazywany na Posiedzeniu Warszawskiego Tow. Neurol. w listopadzie 1922 r.

padania w lewo i mijanie zaznaczone. Przy badaniu obu uszu trzeba było użyć wprost ogromnej ilości zupełnie zimnej wody. Galwanicznie przy 8 M. A. nie otrzymało się odczynów. Nieznaczne zmiany naczynioruchowe i odżywcze po stronie prawej: żyły na przedramieniu i udzie prawem węższe. Pobudliwość na bodźce mechaniczne ściany żylnej na prawej kończynie górnej większa, zwłaszcza po próbie z zimną wodą (wpadanie żył na dłuższy czas pod poziom skóry). Stopa prawa nieco chłodniejsza, skóra na niej wydelikacona.

Stan wewnętrzny:

II ton nad aortą zaakcentowany. Rozlany nieżyt oskrzeli. Wątroba macalna na 2 palce niżej łuku, tkliwa. Gruczoły pachwinowe wielkości fasoli, twarde. Próba Wassermanna z surowicą krwi +++ z płynem mózgowo-rdzeniowym —. Płyn mózgowo-rdzeniowy: ciśnienie, stosunki morfologiczne i chemiczne prawidłowe. Mocz bez zmian. Ciśnienie tętnicze 100 (max. Riva Rocci).

móżdżkowe prawostronne utrzymują się w wybitnym stopniu. Badanie jest obecnie przejrzyste, gdyż stanu nie wikła już ani niedowład, ani zaburzenia czucia mięśniowego, a jednak chory w dalszym ciągu wykazuje niezborność tego samego typu, adiadochokinezę, objaw zgięcia biodrowego i resztę wyszczególnionych wyżej objawów móżdżkowych. Opadania gwałtownego kończyny górnej prawej brak, jednak nadal obserwuje się samoistne mijanie jej w dół i to we wszystkich stawach, a w słabszym stopniu także w dolnej kończynie prawej. Oczopląs w stronę prawą, jak przedtem. Przy spojrzeniu w lewo wykonuje prawa gałka ruchy nystagmoidalne wskutek skłonności do cofania się w prawo (pozostałość po początkowem zboczeniu). Próba kaloryczna z ucha prawego: oczopląs obu gałek w stronę lewą, ze skłonnością do zbaczania na prawo, gałka lewa wykonuje zatem już teraz ruchy i to w kierunku działania mięśnia skośnego górnego. Odczynowe mijanie w dół prawej kończyny górnej nasila się tak znacznie, że chory nawet przy otwartych oczach nie może utrzymać kończyny po-



Stan chorego w 2 tygodnie po wstąpieniu do kliniki zaczął się stale poprawiać. Z końcem października 1922 r. stan był następujący:

Może już chodzić nawet bez laski, chód przytem ostrożny z rozstawionemi stopami, prawą nogą niezborny. Niedowład kończyn prawych prawie ustąpił, upośledzenie czucia powierzchownego poprawiło się (zob. szemat Nr. II.), w miejsce zniesienia wystąpiło częściowo obniżenie, a miejscami przeczulica na ukłucia (przy kłuciu chory doznaje uczucia nieprzyjemnego chłodu) a zwłaszcza na zimno. Na kończynie górnej prawej przeczulica ta była tak silna, że przy dotykaniu probówką z wodą wodociągową, chory doznawał uczucia lodu, a równocześnie w kończynie zresztą hipotonicznej występował krótkotrwały przykurcz tak silny, że nie można jej było przez chwilę zgiąć biernie w łokciu. Upośledzenie czucia ułożenia ograniczyło się do palców prawej kończyny górnej, a w dolnej do stopy. Czucie wibracyjne w porównaniu ze stroną lewą obniżone. Poprawa dotyczy również, choć w niewielkim stopniu, i górnej gałązki VII. Chory zaczął marszczyć słabo czoło, zamykać powiekę. Gałka oczna prawa dochodzi już w zupełności do wewnętrznego kąta oka, lewa nieco wydatniej wychyla się w lewo, niż z początku. Badanie na podwójne obrazki wykazuje porażenie lewego nerwu odwodzącego. Język jeszcze zbacza nieco na prawo. Niezborność po stronie lewej bardzo nieznaczna. Objawy

ziomo, usprawiedliwiając się, że ją coś ciągnie w dół. Wynik próby kalorycznej z ucha lewego, jak przedtem.

Stan z połowy listopada 1922 r.:

Źrenice równe, lewa szpara powiekowa szersza. Ruch zbieżności obustronnie bardzo słaby. Przy spojrzeniu w bok obserwuje się współruchy żuchwy, a mianowicie wychylanie się jej w kierunku spojrzenia (po obu stronach jednakowo silne). Nadto przy patrzeniu w prawo uwidacznia się działanie dźwigacza powieki, lewej, wskutek czego staje się widoczny rąbek twardówki nad tęczówką lewego oka. Żwacze napinają się jednakowo. Odruch żuchwowy wzmożony. N. VI. jak poprzednio. Poprawa w zakresie lewego nerwu VII. postąpiła. Siła w kończynach prawych dobra, za wyjątkiem nieznacznego niedowładu uścisku dłoni i zgięcia w biodrze. Odruchy ścięgniste, okostne i skórne jak przedtem. Drżenia włókienkowe w mięśniu naramiennym po stronie prawej, (które może przy poprzednich badaniach przeoczono). Odruchy zatrzaskowe z prostowników, zginaczy palców i mięśnia dwugłowego po lewej bardzo żywe, po prawej nieobecne, z mięśni naramiennych obustronnie obecne. Odruchy przeciwnicze może po prawej żywsze. Na kończynach dolnych odruchy przeciwnicze i zatrzaskowe obustronnie b. słabe. Zmiany naczynioruchowe i odżywcze jak przedtem. Thermoasymetrji wyraźnej niema. Odczyn włosoruchowy obustronnie bardzo żywy. Pobudliwość

mechaniczna mięśni wszędzie nieco wzmożona. Czucie wykazuje teraz przeważnie hipestezję na wszystkie rodzaje, w niektórych tylko miejscach utrzymuje się jeszcze przeczulica lub zniesienie czucia. Czucie wibracyjne jak przedtem. Czucie ucisku obniżone po stronie prawej (ucisk 150 gr po stronie prawej uczuwa jak 100 po lewej). Czucie ułożenia nieznacznie obniżone w prawej kończynie górnej. Stereognozja prawie dobra. Z objawów móżdżkowo-przedsionkowych stwierdza się jeszcze obecnie ze strony prawej kończyny górnej wyraźną niezborność o charakterze dysmetrycznym, utrzymującą się nawet przy otwartych oczach, dodatnią próbę Thomasa i chwytania, wyraźne upośledzenie diadochokinezy przy braku właściwej asynergji, utrzymywanie się wahadłowości odruchu z mięśnia trójgłowego i samoistne mijanie w dół ze wszystkich stawów. W kończynie dolnej prawej zaznaczona lekka niezborność o typie tabetycznym i objaw zgięcia biodrowego (*flexion combinée*), w słabym stopniu. Chód kurczowo-niezborny, przyczem składnik niezborności uwydatnia się lepiej przy zamkniętych oczach. Przy próbie Romberga chory słania się teraz lekko w lewą stronę (może wskutek nadmiernej korekcji padania w prawo). Oczopląs niezmieniony. Odczyny przy płukaniu uszu wszystkie prawidłowe; oba przedsionki są teraz łatwo pobudliwe, mijanie prawej kończyny górnej ku dołowi utrzymuje się obok mijania w stronę prawą. Przy próbie obrotowej w stronę lewą, z głową przechyloną w lewo, w pierwszej chwili skłonność mijania do góry, później kończyna opada w dół. Przy obrocie w prawo w tejże pozycji opadanie kończyny wybitniejsze. Dotychczas chory znosił próby płukania bez odczynu podmiotowego, obecnie zaczyna się skarżyć na niemiłe senzacje. Słuch w uchu lewem ciągle jeszcze znacznie upośledzony.

Stan obecny z czerwca 1924 roku:

Chory pracuje ciężko jako druciarz w fabryce, czuje się zupełnie dobrze. Przy spojrzeniu na boki oczopląs poziomo-kołujący. Lewa gałka niezupełnie dochodzi do kąta zewnętrznego. Zaznaczony niedowład lewego dolnego VII. Słuch w uchu lewem bardzo nieznacznie obniżony. Objawów piramidowych brak. Lekka dextrometrja kończyny górnej prawej i ślad niezborności kończyny dolnej prawej, przy braku mijania w dół. Romberg 0. Chód dobry, bez zbaczania nawet przy zamkniętych oczach. Czucie zaburzone tylko na odsiebnej części podudzia i stopy prawej (czucie dotyku obniżone, czucie ciepła zniesione, a przeczulica na ból i zimno).

W danym przypadku ognisko musi obejmować okolicę czepca w dokrzyżowej części mostu po stronie lewej (Atlas Marburga fig. 29) Sądząc ze stanu nerwowego w 2 lata po napadzie, mógł uledz silniejszemu zniszczeniu tylko niewielki obszar, mianowicie przestrzeń zawarta między korzonkami VI. i VII., przyczem te ostatnie i ciało czworoboczne *(c. trapesoides)* doznały tylko nieznacznego uszkodzenia. Jako granice przestrzeni zmienionej wogóle patologicznie należy przyjąć: przyśrodkowo, od góry, pęczek podłużny tylny (porażenie spojrzenia), od dołu zaś przyśrodkową część wstęgi (zaburzenia czucia na tułowiu po stronie prawej), bocznie, rdzeniowy korzonek V. (zaburzenia czucia po lewej stronie twarzy), grzbietowo, wtórna droga V. (zaburzenia czucia na twarzy po stronie prawej), brzuszną częścią wreszcie dosięga ognisko piramid (objawy kurczowe po prawej). W kierunku osi długości, ognisko dosięgałoby ruchowego korzonka V. (niedowład lewego żwacza), dokrzyżowo zaś dotyka ono jądra dwuznacznego (niedowład podniebienia po lewej). Objawy pozostające w związku ze zmianami na obwodzie obszaru chorobowego cofnęły się dosyć szybko. Co do ciała powrózkowatego to najprawdopodobniej nie zostało ono zajęte sprawą chorobową. Objawów móżdżkowych po stronie ogniska nie mieliśmy z wyjątkiem lekkiej i krótkotrwałej niezborności górnej kończyny lewej. Natomiast na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwał się zespół objawów móżdżkowych prawostronnych, bo zespół ten wraz z porażeniem VI. i VII. najdłużej się utrzymywał.

Od czego go uzależnić? Przy dodatkowem ognisku prawostronnem dającem tak doniosłe i długotrwające objawy, należałoby oczekiwać objawów ze strony innych torów, jąder czy korzonków strony prawej; tego zaś w naszym przypadku nie mamy. Skrzyżowanej zaś drogi móżdżkowej, której obrażeniem po stronie lewej możnaby wytłumaczyć u naszego chorego objawy prawostronne, nie znamy na pewne. O ile z początku objawy móżdżkowe nastręczały trudności w ocenie z powodu wybitnych zaburzeń czucia, to w dalszym przebiegu, gdy zaburzenia czucia ustąpiły, pochodzenie móżdżkowe tych objawów nie ulegało wątpliwości. W szczególności bardzo silnie wyrażoną była niezborność i mijanie w dół prawej kończyny górnej ze wszystkich stawów i to także w czasie, gdy ani zaburzeń piramidowych, ani czucia ułożenia już nie stwierdzaliśmy.

Jedyny przypadek z przeciwstronnemi zaburzeniami móżdżkowemi podał w piśmiennictwie nam dostępnem André Thomas [2]), uzależniając je od zajęcia środkowej drogi czepcowej. Mybyśmy odnieśli te objawy raczej do zajęcia włókien korowo-mostowo móżdżkowych, które przy zaburzeniach móżdżkowych mają większe znaczenie, niż się dotąd przypuszczało, których neurony po przejściu szwu zdążają przez środkowe nóżki móżdżkowe do półkuli móżdżkowej drugiej strony.

Włókna tego systemu wychodzą z płatu czołowego i skroniowego, wedle Marburga [3]) głównie z tych ich części, w których kończą się włókna przedsionkowe i włókna dla proprioceptywnego czucia ciała. Zajęcie tych włókien tłumaczyłoby może tak znaczną i niezwykłą niezborność tego przypadku, a ponadto samoistne, bezwzględne opadanie kończyny niezależne od zmian w czuciu ułożenia.

Z innych objawów tego przypadku należałoby podnieść zachowanie się czucia powierzchownego, które, z początku zupełnie zniesione, ustąpiło szybko miejsca przeczulicy, miejscami bardzo znacznej, poczem przeczulica przeszła w dalszym przebiegu w obniżenie czucia. Zasługuje więc na uwagę, że w pewnym okresie sprawy chorobowej zaburzenia czucia zbliżały się do typu wzgórkowego. I pod tym względem przypadek nasz podobny jest do przytoczonego przypadku André-Thomas'a.

Z pośród kategorji czucia głębokiego utrzymywało się najwyraźniej tylko obniżenie czucia uciskowego, co obserwowano niejednokrotnie a uzależniano od zaburzeń móżdżkowych.

Zachowanie się języka, mianowicie zbaczanie w stronę przeciwną ognisku, możemy odnieść do zajęcia drogi piramidowej dla jądra nerwu XII, w torze korowo-opuszkowym, którego włókna przebiegają, jak wiadomo, na tej wysokości mostu, jeszcze we wstędze przyśrodkowej. Nie możemy objawu tego uzależniać od zniszczenia korzonka ruchowego V., jak to czyni Wallenberg [4]) w jednym ze swoich sekcyjnych przypadków, ponieważ u nas korzonek ruchowy V. był conajwyżej nieznacznie tylko zajęty. Co do unoszenia się brwi prawej przy patrzeniu w prawo, to nie wdając się bliżej w tłumaczenie tego objawu, zaznaczamy tylko, że tego rodzaju współruchy między nerwem odwodzącym a mięśniem czołowym bywały dotychczas opisywane prawie wyłącznie w niedowładach mięśni gałek ocznych, które u nas po stronie prawej nie wchodzą w rachubę

O ile chodzi o rodzaj sprawy chorobowej, która doprowadziła w tym przypadku do ogniska rozmiękczynowego w moście, to powolny rozwój sprawy chorobowej, brak objawów udarowych i dodatni odczyn Wassermanna przemawiają za zakrzepem, zależnym od kiłowego zapalenia błony wewnętrznej tętnicy, która ten obszar unaczynia t. j. tętnicy móżdżkowej dolnej przedniej, a dokładniej mówiąc jej odgałęzienia tu się znajdującego, tętnicy korzonkowej dla nerwu twarzowego.

Przypadek II.

Przypadek ten podajemy łącznie z poprzednim ze względu na ich podobieństwo objawów, chociaż etjologicznie i anatomo-patologicznie przedstawia się on zupełnie inaczej.

Chory G. M. lat 24, zgłosił się do kliniki 18. VI. 1924 r. W wywiadach poza wrzodem miękkim w 1918 roku nic się nie stwierdza godnego uwagi do r. 1919, w którym rozpoczęło się obecne cierpienie. W czerwcu r. ub. chory zauważył niedomykanie prawego oka, w grudniu porażenie całego nerwu twarzowego prawego, z początkiem 1924 roku porażenie spojrzenia w prawo i pogorszenie słuchu w prawem uchu. Od czasu do czasu miewał wymioty, bóle i zawroty głowy. Powoli wystąpiła niepewność w chodzeniu, a następnie drętwienie w kończynach lewych. Od półtora miesiąca nie słyszy zupełnie na ucho prawe. W ostatnich 3 tygodniach objawy te nasiliły się. Od tygodnia chory ma trudność w oddawaniu moczu. Żonaty, ma jedno dziecko zdrowe, żona nie roniła.

19. VI. 1924 r. stwierdzono następujące zmiany w stanie nerwowym:

Węch dobry. Źrenica lewa oddziaływa na światło nieco

---

[2]) Encephale, Janvier 1922.
[3]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd 81, 1924.
[4]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd 27.

gorzej niż prawa. Zbieżność gałki lewej gorsza niż prawej, jednak wcale dobra. Lekkiego stopnia zespół Claude-Bernarda Hornera po prawej, obok porażenia nerwu odwodzącego prawego i niedowładu spojrzenia w prawo. Przy spojrzeniu w stronę lewą widoczny jest gruby oczopląs poziomy ze skłonnością do odchylenia się gałek w stronę prawą (zaznaczony niedowład spojrzenia w stronę lewą). Początek zapalenia prawego nerwu wzrokowego. Odruch rogówkowy po stronie lewej żywy, po prawej -0-. Porażenie całej ruchowej gałązki V. prawej. Czucie bólu, dotyku i uciskowe dość znacznie upośledzone po prawej stronie twarzy, lekkie obniżenie czucia cieplikowego po lewej. Smak obniżony w przednich 2/3 częściach języka po stronie prawej. Zupełne porażenie całego nerwu twarzowego z częściowym odczynem zwyrodnienia. Zupełna głuchota ucha prawego przy prawidłowym stanie wziernikowym. Podniebienie po stronie prawej unerwia gorzej. Odruch podniebienny prawy -0-, lewy słaby. Lekki niedowład prawej struny głosowej (Dr. Tryjarski). Głos głuchy z przydźwiękiem nosowym. Ruchy czynne w kończynach górnych i dolnych wszystkie zachowane, z dobrą siłą. Odruchy ścięgniste i okostne w kończynach górnych żywe, z kości promieniowej i łokciowej po lewej żywsze. Ogólna hipotonja miernego stopnia. Odruchy kolanowe obustronnie żywe, prawy wahadłowy, Achillesa równe. Odruchy przeciwnicze i zatrzaskowe obustronnie bardzo słabe. Babiński po stronie lewej +. Odruchy brzuszne i jądrowe żywe, równe.

Zespół móżdżkowo-przedsionkowy:

Wybitne padanie w stronę prawą, nawet w pozycji siedzącej. Objaw zgięcia biodrowego obustronnie +, po prawej >. Chód niezborny ze zbaczaniem w prawo. Diadochokineza po prawej gorsza niż po lewej. Lekka niezborność dysmetryczna prawej kończyny górnej, przy próbie palec-nos po stronie lewej, chory zatrzymuje palec mniej więcej 10 cm przed celem, wykonuje szereg ruchów dość szerokich w płaszczyźnie strzałkowej w tył i naprzód, wreszcie przekracza niewidzialną płaszczyznę, od której palec jakby się ciągle odbijał, zmierza do nosa i trafia wcale dobrze. Przy próbie pięta-kolano obustrona lekka niezborność. Oczopląs (zob. wyżej). Samoistnego mijania brak. Próba kaloryczna z ucha prawego: Oczopląs silniejszy od samoistnego z dodatkiem kołowania, niedowład spojrzenia w stronę lewą wyrażający się skłonnością do zbaczania w prawo nasila się, mijanie prawidłowe. Bardzo silne padanie w stronę prawą przy zwrotach głowy w stronę prawą i lewą padanie w prawo utrzymuje się. Przy płukaniu ucha lewego nie otrzymuje się mijania, chory pada nadal w prawo, oczopląs w stronę lewą staje się słabszy, a niedowład spojrzenia w prawo wybitnie się nasila. Czucie cieplikowe, dotykowe, uciskowe, wibracyjne i badane cyrklem Webera obniżone na całej lewej połowie ciała, bólowe w tym samym zakresie zniesione. Czucie ułożenia zniesione w palcach lewej stopy. Objawów naczynioruchowych i odżywczych brak. Mierna sztywność karku i Kernig, częste wymioty.

Nakłucie lędźwiowe:

Płyn pod nieznacznie wzmożonem ciśnieniem, wodojasny, ciałek białych 20 cm^3, białka 0,033%, Nonne-Apelt ujemny. Próba Wassermanna wykonana z krwią i płynem dała wynik ujemny i to także po prowokacyjnej dawce Hg i neosalwarsanu.

Stan wewnętrzny:

Serce w granicach prawidłowych. Wybitne akcentowanie II. tonu nad aortą. Tętno 72, miarowe, dobrze napięte. Stan podgorączkowy. W prawym szczycie przytłumienie i oddech zaostrzony. Śledziona i wątroba niemacalne. Roentgenogram wykazuje znaczne zajęcie zatoki Highmora i w mniejszym stopniu zatoki czołowej prawej. 30. VI. otworzono jamę Highmora i czołową, wydobyto znaczną ilość ropy i usunięto obfitą ziarninę. W ropie znaleziono paciorkowce hemolizujące. Ponieważ chorego krótki czas potem zabrano do domu, dalsza obserwacja urywa się.

Co do rozpoznania, to wchodziły tu w grę albo guz miąższowy albo ropień przerzutowy w moście. Ostatnie przypuszczenie było o tyle mało prawdopodobne, że nic w wywiadach nie wskazywało uprzedniego istnienia ropienia jam, które w skutek zajęcia nerwu V. prawego, mogło się było rozwinąć niepostrzeżenie w ciągu cierpienia nerwowego. Skłaniając się do rozpoznania guza zajmującego bardzo ograniczoną przestrzeń mostu, zamieszczamy opis tego przypadku — pomimo, że przypadki guzów dla celów badań topograficznych mało się nadają — głównie ze względu na zachowanie się niezborności bradyteleokinetycznej. Przypadek ten upodabnia się zresztą objawowo z przypadkiem poprzednim tak dalece, że ognisko chorobowe należy umiejscowić na bardzo bliskim przekroju. Ognisko sięga tutaj mniej głęboko w kierunku brzusznym (piramidy prawie wolne) natomiast rozciąga się bardziej dośrodkowo zajmując nawet przeciwległy pęczek tylny (obustronny niedowład spojrzenia). Nieco inaczej zachowują się objawy atakt yczne, mamy tu bowiem niezborność lekkiego stopnia, lecz obustronną. Niezborność kończyn prawych odnosimy do zajęcia toru rdzeniowo-móżdżkowego brzusznego. Ataksja kończyny dolnej lewej jest dość zrozumiała wobec zniesienia czucia ułożenia na stopie lewej, natomiast niezborność kończyny górnej lewej odnieślibyśmy, jak wyżej, do częściowego zajęcia toru korowo-móżdżkowego lub — jak to czyni André-Thomas (zob. wyżej) do środkowej drogi czepcowej. W przypadku poprzednim drogi tej nie braliśmy w rachubę, gdyż zajęcie toru korowo-móżdżkowego pozostającego w związku z czuciem proprioceptywnem, mogłoby prawdopodobnie raczej tłumaczyć samoistne opadanie kończyny (porównaj przyp. I.).

Należy jeszcze zastanowić się nad rodzajem niezborności, w obu tych przypadkach. W obu występuje wybitnie objaw bradyteleokinezy opisanej przez Söderbergha[5]) i Schildera[6]). Objaw ten polega na tem, że palec w pewnej odległości od celu zatrzymuje się na pewien czas, poczem chory po omacku (*»tastend«*) szuka nosa. W 2 przypadkach Schildera występowały obok tego objawu w drugim okresie ruchu t. j. już po zatrzymaniu się palca wahania o dość wielkiej rozpiętości w kierunku ruchu, lub bezładne, przypominające drżenie zamiarowe. Takie wahania obserwowaliśmy w obu naszych przypadkach, z tą tylko różnicą, że w przypadku drugim ruchy dokonywały się jedynie w płaszczyźnie strzałkowej, w przypadku zaś pierwszym występowały ponadto po przejściu zapory Söderberghowskiej i po okresie wahań w kierunku strzałkowym, wahania w płaszczyźnie czołowej, poczem dopiero palec dochodził dysmetrycznie do celu. Zatrzymywanie się ruchu przed osiągnięciem celu i to stale w tej samej mniej więcej od niego odległości, bylibyśmy skłonni podciągnąć pod pojęcie niezborności dysmetrycznej, w przeciwieństwie do Schildera, który przypisuje swojej bradyteleokinezie objawową samodzielność. Jest to zdaniem naszem dysmetrja dokonująca się w stosunku do płaszczyzny czołowej. Analogicznie do sinistro- i dextrometrji t. j. dysmetrji w stosunku do płaszczyzny środkowej ciała (median), hipo- i hipermetrji t. j. dysmetrji w stosunku do płaszczyzny poziomej, nazwalibyśmy ten objaw anterometrją. Przyjmując istnienie dysmetrji strzałkowej musimy przyjąć istnienie, obok przypadków z niedochodzeniem do celu, takich także, w których palec sięga poza cel w kierunku strzałkowym. Byłaby to posterometrja. Naszem zdaniem są to te przypadki niezborności móżdżkowej, w których chory przy danej próbie gwałtownie, bezwzględnie, uderza palcem w twarz lub nos, o ile go trafia w przypadkach czystej posterometrji. Tak pojęta bradyteleokineza jest więc tylko jedną z odmian dysmetrji.

To tłumaczenie nie obejmuje ruchów wahadłowych, które obserwowaliśmy w obu naszych przypadkach anterometrji. Analogiczne wahania spotykamy czasem także i w innych rodzajach dysmetrji, i wynikają one widocznie z identycznego mechanizmu fizjopatologicznego. Jest to prawdopodobnie zaburzenie harmonijnego zespolenia inerwacji zależnej od podniet proprioceptywnych z jednej strony, i inerwacji dowolnej z drugiej strony. W każdym razie jest to drugi składnik zaburzenia atakt ycznego, niezależny od dysmetrji, której może on towarzyszyć lub też może go brakować.

Wykład kliniczny.

Dr. Henryk HILAROWICZ, asyst. klin. Lwów.

Wrzód żołądka i dwunastnicy oraz jego leczenie chirurgiczne w świetle nowszych badań*).

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Wśród niezwykle obfitego chirurgicznego piśmiennictwa wrzodu żołądka i dwunastnicy dają się w chwili obecnej wyodrębnić dwa zasadnicze kierunki badań; odpowiadają one

[5]) Neurol. Zentralbl. T. 38. str. 463.

[6]) Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psych. Bd 47, 1919.

*) Według odczytu wygłoszonego na Posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 20 lutego 1925 r.; praca ta stanowi niejako dalszy ciąg sprawozdania poglądowego umieszczonego w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr. 18/19, 1923.

dwom podstawowym zasadom teorji powstawania wrzodu — zasadzie przyczyn i zmian miejscowych, oraz zasadzie czynników ogólnych, konstytucjonalnych, których miejscowym tylko wyrazem, jednym z objawów ma być wrzód.

Kierunek pierwszy reprezentuje głównie dążność do wykazywania tła anatomicznego, podłoża wrzodu w samej błonie śluzowej żołądka; kwestją tą, istnienia zmian w tej ostatniej, wyprzedzających powstanie wrzodu zajmowano się dotąd mało, stosunkowo do bardzo wielkiej ilości prób doświadczalnych wywołania sztucznego wrzodu i różnych teorji jego powstania.

W pracach autorów dawniejszych, a też i w niektórych podręcznikach nowszych spotyka się twierdzenie, że przewlekłe zmiany zapalne znajdowane równocześnie z wrzodem trawiennym są jego następstwem; obecnie zdaje się przeważać pogląd odwrotny, a mianowicie że właśnie wrzód trawienny jest zmianą wtórną, która powstaje na tle już przedtem istniejącego zapalenia. Już Jaworski (1) dowodzi w r. 1886 i 1888 na podstawie swych badań klinicznych, że obok przypadków trwałego zwiększonego wydzielania kwaśnego soku żołądkowego na tle nerwowem (Rejchmann [2] — 1882) bez zmian anatomicznych, bywają i takie, które są spowodowane zmianami zapalnemi w błonie śluzowej; jeżeli przytem za główną przyczynę wrzodu trawiennego uważa nadmierną kwasotę — to pośrednio jest ojcem teorji o pierwotności zmian zapalnych w błonie śluzowej żołądka jako przyczyny wrzodu.

Kwestją tą, stanowiącą przedmiot dalszych dawniejszych badań Cruveilhiera, Hayema, Matthiego, Moullina a zwłaszcza Nauwercka i Heyrowsky'ego, którzy wskazywali na związek drobnowidowych nadżerek (erozji) spotykanych w stanach przewlekłego zapalenia z wrzodem trawiennym zajmują się obecnie wyczerpujące prace Salzmann'a, Konjetzny'ego (3), Störk'a (4), Kalimy (5) i Moszkowicza (6). Autorzy ci swierdzają zgodnie obecność zmian, określanych zbiorowo jako »*gastritis*« we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka (100 %), podczas gdy Lange, Heyrowsky oznaczali dawniej ich częstość na 50%; najwybitniejsze zmiany znaleziono zawsze w częściach blizkich odźwiernika, natomiast dno żołądka w 1/3 przypadków (Kalima) okazało się od nich wolnem. Jako najważniejsze, charakterystyczne cechy takiego przewlekłego zapalenia przy wrzodzie trawiennym opisano: niestosunek pomiędzy elementami gruczołowemi a tkanką podścieliskową w jednym i w drugim kierunku, zanik, bujanie, zmianę charakteru gruczołów, miejscowe zjawianie się nabłonka o cechach nabłonka jelitowego, nacieki drobnokomórkowe w tkance podścieliskowej, złożone głównie z komórek plazmatycznych, zwiększenie ilości i przerost mieszków chłonnych, pozostających w ścisłym związku z nadżerkami opisanemi jeszcze w r. 1892 przez Gerhardta, którym przypisują szczególne znaczenie w powstawaniu wrzodu; z innych zmian należy wymienić rozrost błony mięsnej własnej śluzówki, przemiany szkliste w tkance łącznej, pozostające ewentualnie w związku z obfitem występowaniem ciałek Russla. Podobne zmiany w błonie śluzowej żołądka stwierdzono także (Konjetzny, Kalima) i przy wrzodzie trawiennym dwunastnicy w znacznej odsetce przypadków, a badania materjału uzyskanego operacyjnie na Klinice Lwowskiej potwierdzają tę, nader doniosłą okoliczność.

Szczególną uwagę zwrócono na wspomniane wyżej wyspy nabłonka jelitowego, określane nazwą metaplazji, które spotyka się w około 50% przypadków wrzodu a zawsze przy raku; obecność tych wysp nabłonka, przypominającego zupełnie budową swych komórek typowy nabłonek jelita odnosili niektórzy (Bonnet, Schäfer, Harris) do takichże wysepek pochodzenia zarodkowego, z któremi jednak, jak wykazali Schmidt, Faber, Salzmann, Lange, Bloch, Fischl zdają się nie posiadać nic wspólnego. Większość anatomo-patologów uważa je za zmiany patologiczne, za wyraz zwyrodnienia błony śluzowej w której elementy szlachetniejsze, wydzielnicze ustępują miejsca niższym, mniej wartościowym.

Moszkowicz, który w swej pierwszej pracy określa wyspy nabłonka jelitowego wprost jako miejsca odpowiadające zagojonym nadżerkom mieszkowym, tak charakterystycznym dla zmian zapalnych żołądka skłonnego do wrzodu (»ulkusbereit«), spotkawszy się z krytyką Kalimy, wyraża się w swej ostatniej, bardzo cennej rozprawie (7) nieco inaczej. Zarzuca miano »*gastritis*« dla określenia ogółu odpowiednich zmian spotykanych w ścianie żołądka, a to zbyt chwiejne i zmienne pojęcie zapalenia zostawia tylko dla użytku klinicznego; powołując się na zapatrywania Aschoffa, Borsta, Herxheimera ujmuje powyższe zmiany jako wynik z jednej strony; uszkodzenia tkanek, a z drugiej naprawy, regeneracji, względnie hyperregeneracji i regeneracji chorobliwej; od stosunku wzajemnego tych procesów destrukcji i odnowy zależy charakter spotykanych zmian. Błona śluzowa żołądka objawia zrazu bardzo żywą czynność regeneracyjną względem uszkodzeń pochodzenia urazowego czy toksycznego; jeżeli wpływy te zbyt często się powtarzają, siła regeneracyjna słabnie, co objawia się różnie: zjawia się nadżerka, wrzód jako szczególnie silny wyraz zniszczenia, podtrzymanego działaniem trawiennem soku, lub też powstaje regenerat jakościowo i ilościowo zmieniony, mniej wartościowy, — zanik błony śluzowej, wyprzedzany zwykle przez metaplazję w nabłonek jelitowy; w tym okresie najczęściej też się zdarza przejście w bujanie nowotworowe. Do objawów chorobliwej regeneracji zalicza też Moszkowicz opisane i przez innych zjawianie się gruczołów o typie gruczołów odźwiernikowych w dnie żołądka (gruczoły pseudoodźwiernikowe, Störk), które uważa za jednoznaczne z trzecią formą gruczołów opisanych jako niepatologiczne gruczoły pośrednie (Intermediärdrüsen) przez Oshikawę (8), leżące na granicy części odźwiernikowej i dna; Oshikawa sam zauważa stały przyczynowy związek wrzodu z powyższemi gruczołami. Zapatrywania Moszkowicza że wrzód powstaje jako cierpienie miejscowe na tle zmian wyżej opisanych podzielają także i inni. Kalima zwraca uwagę na wspomniane wyżej występowanie zmian gastrytycznych przy wrzodzie dwunastnicy jako na dowód pierwotnego ich charakteru; zmiany te, które doprowadziły do wrzodu w dwunastnicy pozostały w czystej niejako postaci w żołądku. Zwolennikiem teorji o pierwotnym charakterze zmian zapalnych w żołądku przy wrzodzie jest również Konjetzny, według którego nie znamy żadnych faktów, które mogłyby przemawiać za wtórnem ich pochodzeniem, a objawy ze strony układu nerwowego towarzyszące cierpieniu mogą być wywołane zmianami miejscowemi. Konjetzny opiera się na swych przypadkach w których istniały długotrwałe, typowe objawy wrzodu żołądka lub dwunastnicy, uleczonych przez wycięcie części odźwiernikowej, w której stwierdził bardzo rozległe zmiany zapalne jako stadjum poprzedzające wystąpienie wrzodu lub raka Powyższe teorje bynajmniej nie wykluczają faktu, że już istniejący wrzód podtrzymuje i pogarsza pierwotny stan zapalny w żołądku.

Zasada uznawania pierwotnego charakteru zmian zapalnych w żołądku przy wrzodzie, odgrywających rolę w jego powstaniu, ma ważne znaczenie przy ustaleniu wskazań operacyjnych, o czem niżej.

Z pośród teorji ogólno-konstytucjonalnego pochodzenia wrzodu żołądka i dwunastnicy coraz więcej zwolenników zyskuje w ostatnich czasach teorja zaburzeń w układzie nerwowym, przyczem wzrasta dążność do ustalenia typu konstytucji wrzodowej, zależnej czy to od układu nerwowego czy też od zaburzeń w czynności narządów o wewnętrznem wydzielaniu i w składzie surowicy krwi. Powstała po wielu pracach klinicznych i próbach doświadczalnych licznych autorów teorja wagotoniczno-spastyczna Bergmann'a (9), który opierał się na »stigmatach« nerwowych stwierdzonych w 90% przypadków wrzodu, zachęciła do licznych dalszych poszukiwań w tym kierunku. Jedni budują swą teorję na wrodzonej konstytucji — jak Stiller, Störk, Bauer, Peritz i Fleischer, Margolis (10) który stwierdził w 92 % przypadków objawy nerwicy układu wegetatywnego inni zaś łączą ją w związek przyczynowy ze zmianami nabytemi. Tu należą interesujące badania Hollera (11), Gottfrieda i Veczlera którzy uważają za przyczynę zaburzeń w unerwieniu żołądka przewlekłe zmiany zapalne w nadprzeponowej

części układu wegetatywnego, spowodowane w 80% sprawą zakaźną jak gruźlicą, kiłą, grypą, przewlekłemi zmianami włóknistemi w śródpiersiu lub też wpływami trucizn jak nikotyny lub ołowiu; autorzy ci powołują się na wyniki badań Pollaka, który stwierdził zmiany zapalne w rdzeniu przedłużonym u osobników chorych na wrzód żołądka, dotyczące dróg trzewiowych nerwu błędnego, a spowodowane przez różne wpływy zakaźne, toksyczne i cierpienia układu nerwowego. Większość przypadków wrzodu ma być takiego pochodzenia »neurogennego«, niewielka zaś ilość ma pozostawać w związku z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego i te właśnie przypadki są według Hollera oporne w leczeniu ciałami białkowatemi (*vaccineuriną*). Teorja Rössla, że wrzód żołądka jest chorobą »drugą«, wtórną zyskuje na wartości.

Niebrak też i przeciwników teorji nerwowej — jak n. p. Lehmann który stwierdził w zaledwie 20% przypadków wrzodu »stigmata« nerwowe, Jatrou, Strasser, Clairmont, Konjetzny i inni zwolennicy teorji przyczyn miejscowych, którzy uważają objawy nerwowe za następstwo wrzodu. Pośrednie niejako stanowisko zajął Stahnke (12) na podstawie swych doświadczeń, w których starał się wykluczyć stwarzane zazwyczaj przez innych nienaturalne warunki jakie wynikają z odpreparowywania lub przecinania nerwów błędnych; zapomocą częstego drażnienia nerwów błędnych specjalną elektrodą wprowadzaną psom przez przełyk do okolicy wpustu uzyskał po dłuższym okresie czasu silne wzmożenie wydzielania, znaczny wzrost kwasoty i siły trawiennej, przewlekłe zmiany zapalne, a wreszcie owrzodzenia błony śluzowej. Zjawiska te łączy w jeden związek przyczynowy przypuszczając, że i u człowieka wrzód powstaje wprawdzie na tle miejscowych zmian zapalnych — lecz że te ostatnie są spowodowane zmianami w układzie nerwowym. Z pomiędzy innych prac w tym kierunku z ostatnich czasów należy wspomnieć o próbach Bedariby (13) który uzyskał wrzody żołądka zapomocą wstrzykiwania neuriny w jego ścianę, oraz Hayaski'ego (14), któremu udało się u świnek morskich drogą wywoływania anafilaksji uzyskać skłonność do stanów spastycznych i owrzodzenia w błonie śluzowej żołądka.

W poszukiwaniu przyczyn wrzodu żołądka natury ogólnej zwrócił się w innym kierunku Kohler (15), którego zainteresowała na nowo sprawa antypeptycznych własności surowicy krwi u chorych na wrzód, zbyt mało, jak słusznie zauważa, dotąd uwzględniana. Jeżeli własności ochronne ściany przeciwko działaniu trawiennemu, czy też wszystkich tkanek (por. Katzenstein, Kawamura, Fiori, Hilarowicz [16]), Dragstedt, Lester i Arkell (17) zależą od zawartości w nich antypepsyny (Weinland, 1903) to *vice versa* u osób chorych na przewlekły wrzód żołądka siła ta powinna być słabszą. Badania w tym kierunku prowadzili Lieblein, Jochmann i Kantorowicz lecz wyniki ich były tak zmienne, że Oppenheimer nie przypisywał im żadnego znaczenia. Kohler, przypuszczając że powodem tego było użycie sztucznego soku żołądkowego, wykonał szereg prób u zdrowych i u chorych na wrzód żołądka, przyczem badał zawsze siłę antypeptyczną surowicy chorego względem jego własnego soku; te badania porównawcze wykazały stały, niezależny od kwasoty danego soku żołądkowego niestosunek pomiędzy siłą antypeptyczną surowicy a siłą trawienną soku u chorych na wrzód w odróżnieniu do prawidłowego hamowania u zdrowych. Według Kohlera próba ta, łatwa do wykonania dzięki zastosowaniu metody kolorymetrycznej ma być pewnym (w 97% przypadków) pomocniczym środkiem rozpoznawczym w schorzeniach żołądka. Badania nad zachowaniem się siły antypeptycznej u operowanych z powodu wrzodu żołądka, u ciężarnych, oraz nad jej zmianami wywołanemi wstrzykiwaniem ciał białkowatych i in. toczą się obecnie na Klinice lwowskiej. Jasnem jest że prace powyższe musiały zachęcić do prób leczenia wrzodu żołądka antypepsyną, a Katzenstein, Fuld, Neumayer opisali zadawalające wyniki. Ilowcow uzyskał podwyższenie własności antypeptycznych surowicy krwi przez wstrzykiwanie wśródotrzewnowe pepsyny u psów, a jak wykazały badania Grucy i Jankowskiej (18) można rzeczywiście wywołać u zwierzęcia zmiany własności tych w obydwóch kierunkach zależne jednak w znacznym stopniu od sposobu i ilości podanej pepsyny; przy próbach leczenia należałoby według G. używać bardzo małych dawek celem uniknięcia wstrząsu i działania wprost przeciwnego.

Kwestja ogólno-konstytucyjnych przyczyn wrzodu żołądka wiąże się z badaniami nad zmniejszoną skłonnością do tegoż u ciężarnych, u których, jak zwrócili uwagę Rosenfeld, Anerodias, Ploennia, Chabannes, De Play Kurz, Sminder, następuje znaczna poprawa, jeżeli wrzód istniał przedtem, a przebicie wrzodu należy do największych rzadkości. Silvestri (19) odnosi ten korzystny wpływ ciąży do wyrównywania się wahań pomiędzy nerwem błędnym a współczulnym na podstawie swych doświadczeń; owrzodzenia w żołądku, które uzyskał przez wycięcie nadnercza i przytarczycy u psów i królików nie występowały u samic ciężarnych. Szenes (20) tłumaczy zależność gojenia się wrzodu od ciąży warunkami mechanicznemi, zmianami ukrwienia żołądka powodującemi obniżenie kwasoty, wspomina jednak o wpływie zmian w wydzielaniu wewnętrznem.

Coraz częstsze opisy przypadków z typowemi, długoletniemi objawami wrzodu żołądka lub dwunastnicy, którego jednak przy operacji nie można było znaleźć, zachęciły w ostatnich czasach wielu autorów do dokładniejszych poszukiwań za miejscową, anatomiczną przyczyną takich dolegliwości. O zmianach zapalnych błony śluzowej wykrytych w tego rodzaju przypadkach przez Konjetzny'ego wspomniano już wyżej. Tu poruszymy jeszcze sprawę zmian łącznotkankowych na zewnętrznej, powierzchni żołądka, która interesuje wielu autorów. I tak Doberer (21) wyodrębnił obraz chorobowy, który określa jako *perigastritis adhaesiva* analogicznie do *pericholecystitis i peri-appendicitis*, charakteryzujący się objawami klinicznemi wrzodu a przy operacji tylko zrostami w okolicy odźwiernika i tylnej ściany żołądka, przerostem zwieracza i skłonnością do skurczów. Podobne formy kliniczne opisali Schneider (22), Förster, Walzel, Zander (23) i Makai (24). Schneider przypisuje im pochodzenie zapalne, podobnie jak Zander, który odnosi owe zmiany łączno tkankowe na tylnej ścianie żołądka do przebytych ostrych stanów zapalnych trzustki (*pancreatitis acuta serosa*). Natomiast Makai nie uznaje genezy zapalnej opisanych przez siebie zmian — które nie są »zrostami« we właściwem tego słowa znaczeniu, lecz przedstawiają się jako cienkie, błyszczące, przejrzyste i ukrwione błonki pochodzenia zarodkowego, podobne bardzo do nieraz równocześnie istniejących błon na kiszce ślepej i okrężnicy wstępującej (Jackson, Duval) inne oświetlenie rzucają na tę sprawę wywody Payra (25) o konstytucji hipoplastycznej, charakteryzującej się z jednej strony skłonnością do bujania tkanki łącznej, samoistnych zrostów błon surowiczych, zesztywnienia stawów i t. d. z drugiej istniejącą równocześnie słabością mniej wartościowej tkanki łącznej, która ułatwia powstanie przepuklin i zniekształceń a zależy od niedomogi elementów elastycznych (Hueck).

Drugą jednostką chorobową która pozostaje w związku z klinicznemi objawami wrzodu żołądka lub dwunastnicy oraz powikłaniami po operacjach żołądkowych w rodzaju operacji Rydygiera jest przewlekłe zagięcie obwodowego odcinka dwunastnicy o którem wiele w ostatnich czasach pisano. Schorzenie to występuje albo samoistnie powodując objawy podobne do wrzodu żołądka lub dwunastnicy (Gregoire) lub też ujawnia się dopiero po operacjach wycięcia wrzodu przywracających połączenie żołądka z dwunastnicą (Rydygiera, Kochera, Finneya, Haberera) pod postacią mniej lub więcej ostrej wysokiej niedrożności jelitowej i rozstrzeni żołądka (Heile, Kostliwy (26), Pototschnig (27), Zoepffel (28), Schoemaker, Mayer (29). Jedni, jak przedewszystkiem Haberer (30), Duval (31) uważają za przyczynę wymienionego cierpienia mechaniczne zwężenie dwunastnicy wywołane uciskiem silnie napiętej krezki lub tętnicy krezkowej górnej — uznając tem samem istnienie tętniczo-krezkowej niedrożności. Haberer

stwierdził takie stosunki roentgenologicznie i w czasie operacji. Mac Kenty odnosi zwężenie do pozycji stojącej u człowieka przyczem pewien stopień zwężenia jest fizjologiczny, inni jak Nesbitt, Tinkham, Barling, Zoepfel, Könneke, Meyer, Sokołow, Lewin, Wideróe, skłaniają się do mechanicznej teorji zwężenia. Natomiast Melchior (32) kładzie główny nacisk na zaburzenia czynnościowe, atonję dwunastnicy, która pozostaje w związku z wrodzonem jej rozszerzeniem, opisanem przezeń jako »*megaduodenum congenitum*«, a widzianem również przez Gregoire'a, Judda, Gamberiniego i in.; Melchior wskazuje trafnie na podobieństwo takiego wrodzonego przerostu dwunastnicy do podobnego zjawiska w jelicie grubem oraz cienkiem (Torkel). Niejako godzą obie teorje doświadczenia Koennekego (33), który wykazał że u psów nie można wywołać obrazu rozstrzeni żołądka i dwunastnicy ani przez jej porażenie wywołane przecięciem nerwów błędnych, ani też przez wytworzenie sztucznej przeszkody na granicy dwunastnicowo-jelitowej; dopiero obydwa warunki równocześnie powodują typową rozstrzeń żołądka i dwunastnicy. Czysto więc mechaniczna przeszkoda nie wystarcza, musi istnieć równocześnie i zależnie od zaburzeń w innerwacji, osłabienie ścian żołądka i dwunastnicy, które nie mogą pokonać już przedtem istniejącej przeszkody.

Coraz większe wymagania pod względem ścisłości wskazań operacyjnych powodują dążność do sprecyzowania metod badania schorzeń żołądka umożliwiających rozpoznanie przed operacją. Beck, Elsner, Schindler a przedewszystkiem Sternberg (34) polecają na nowo bezpośrednie oglądanie wnętrza żołądka zapomocą wynalezionych przez nich przyrządów – gastroskopów, analogicznie do cystoskopji. Sposób ten nie jest zbyt bezpieczny, gdyż Sternberg, który rozwodzi się szeroko nad sposobami uniknięcia niebezpieczeństw sam przeżył wypadek śmierci spowodowany gastroskopją, a opisany niedawno przez Sauerbrucha (36). Hammesfahr uważa laparotomię próbną za zabieg mniej ryzykowny jak gastroskopja, nie mówiąc o jej brakach, z których najważniejszym jest niemożność obejrzenia całego żołądka.

Większe nadzieje mogłyby rokować badania Gundermanna i Düttmanna (36) nad wydzielaniem wody i soli u chorych na wrzód lub raka żołądka, gdyby im naraz z wielu stron nie zarzucano nieścisłości metodyki i bezwartościowości praktycznej. Według G. i D. mianowicie chorzy na wrzód okazują niezmienione wydzielanie wody przy dobrym wywozie soli, chorzy na raka odznaczają się ograniczeniem wywozu soli, przy zrazu dobrem a w późniejszych stadjach zmniejszonem wydzielaniu wody. Bonn (37), Marr (38), Schlesinger (39) odmawiają na podstawie podobnych badań wartości praktycznej powyższej metodzie. Z innych metod — Schemensky (40) stara się zastosować oznaczenie wskaźnika stalagmometrycznego moczu do rozpoznania cierpień żołądkowych. Riabow i Smotrow, Goldstein zajmują się na nowo próbą Wolff-Junghausa dla rozróżnienia wrzodu od raka żołądka, o próbie Kohlera na własności antypeptyczne surowicy wspomniano już wyżej. Bode (41) poleca gorąco interferometryczną metodę badania surowicy krwi (Hirscha) na odczyn Abderhaldena dla odróżnienia wrzodu od raka żołądka.

Inni starali się o podanie cech rozpoznawczych dla odróżnienia wrzodu od raka już po otwarciu jamy brzusznej, co niezawsze jednak jest łatwem a nieraz jak wynika z badań Konjetzny'ego i po otwarciu żołądka jest niemożliwem. Schneider (42), zwrócił szczególną uwagę na zachowanie się powiększonych gruczołów chłonnych w okolicy żołądka i podaje jako charakterystyczną dla wrzodu obecność ich w obydwóch krzywiznach, podczas gdy przy stanach zapalnych woreczka żółciowego gruczoły mogą się pojawić tylko w krzywiźnie małej; przy przewlekłem zapaleniu błony śluzowej żołądka bez wrzodu — gruczołów powiększonych S. nie widywał. Flörcken (43) przeciwnie stwierdził, że nieraz rzecz ma się odwrotnie, gdyż według niego około 50% wrzodów może przebiegać bez powiększenia gruczołów, natomiast często powiększają się one przy stanach zapalnych, zwłaszcza o ile tyczą się one mieszków chłonnych; w każdym razie jednak obecność powiększonych gruczołów skłania F. do resekcji.

Wymienione wyżej wyniki badań nad pochodzeniem wrzodu nie pozostały bez wpływu na wskazania operacyjne ogólne i szczegółowe. Zwrot ku teorjom ogólno-konstytucjonalnym pociągnął za sobą pewną, zaznaczającą się w ostatnich czasach większą powściągliwość w leczeniu operacyjnem, dążność do wykorzystania sposobów leczenia nieoperacyjnego. Należą tu interesujące próby leczenia wrzodu wstrzykiwaniami nowoprotiny, opisane świeżo przez Pribrama (44) na podstawie 3-letniej obserwacji; leczenie ma polegać na występowaniu reakcji ogniskowej, a objawia się obniżeniem pobudliwości nerwu błędnego i współczulnego, ustępowaniem spazmów, znikaniem niszy i t. d. Istnieją jednak przypadki oporne, w których poleca Pribram wycięcie części odźwiernikowej. Pletnew (45) zastosował nawet zjawianie się reakcji ogniskowej po wstrzykiwaniach nowoprotiny w celu odróżnienia wrzodu od nerwicy żołądka. Dobre wyniki po nowoprotinie opisali też Grote i Bergmann, którzy tłumaczą je korzystnem działaniem na naczynia krwionośne. Odmienną proteinoterapję zastosowali Holler i Veorler (11), używając, dobranej do swej teorji zmian w układzie nerwowym, wakcyneuryny, a też i yatrenu i opisali bardzo dobre wyniki, spowodowane, jak sądzą, reakcją ogniskową w schorzałych nerwach.

Postęp w leczeniu nieoperacyjnem względnie przygotowaniu chorego do operacji może stanowić polecane przez Einhorna i Bockusa (46) karmienie chorych na wrzód specjalnym zgłębnikiem dwunastnicowym wprowadzonym głęboko do jelita przy równoczesnem wprowadzaniu środków leczniczych do żołądka. Nie można natomiast przywiązywać nadziei do prób zmniejszenia kwasoty zapomocą naświetlania promieniami Roentgena (Menzer i in.), gdyż obniżenie to jest nietrwałe i ustępuje miejsca wyrównawczemu zwiększeniu kwasoty jak też i wykazały badania Czeżowskiej (47).

Ze stanowiska zarówno teorji zmian miejscowych jak i teorji ogólno-konstytucjonalnych uzasadnionym się wydaje zwrot ku sposobom operacyjnym doszczętnym, na niekorzyść zabiegów zachowawczych, przedewszystkiem zespolenia żoł.-jelit. Szczególnie daje się on zauważyć w piśmiennictwie niemieckiem, w którem nie spotyka się obecnie takich hymnów pochwalnych o zespoleniu jak jeszcze w r. 1921; natomiast z pomiędzy autorów francuskich, a zwłaszcza amerykańskich, wielu poleca obecnie zespolenie żoł.-jelit. jako metodę wyboru przy różnego rodzaju wrzodach, szczególnie w połączeniu z przypaleniem dna wrzodu lub jego małem wycięciem (Balfour (48), Hartmann (49), Christoph, Serrada, Sullivan, Warren), rezerwując wycięcie doszczętne dla odpowiednich przypadków (Hartman, Deaver, Levissohn) i uznając wówczas jego zalety.

Do dawniej podnoszonych wad zespolenia, jak pozostawienie wrzodu, niebezpieczeństwo krwotoku, przebicia i przejścia w raka, którem to ostatniem niebezpieczeństwem zajmuje się obecnie wielu autorów (Konjetzny, Finsterer [50], Morley, Cheever) przybyły nowe względy. I tak, Konjetzny uważa przewlekły stan zapalny żołądka za przeciwskazanie do zespolenia, utrzymując że chorzy tacy znoszą je szczególnie źle; cyfra 100% spotykanych przy wrzodzie zmian zapalnych mówi tu sama za siebie. Według K. tylko doszczętne wycięcie najwięcej zmienionej odźwiernikowej części żołądka może w tych przypadkach być skutecznem, gdyż usuwa przyczynę dolegliwości podłoże wrzodu i raka (leczenie przyczynowe). Następnie w przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy w których na pierwszy plan wybijają się objawy nerwowe, stany spastyczne, wyniki po zespoleniu mają być według Hohlbauma (51) i Pribrama (52) bardzo korzystne Jeżeli dodamy do tego przypadki z anatomicznem zwężeniem odźwiernika, przy których wykonane zespolenie równa się zrazu wyłączeniu odźwiernika, dziś prawie zupełnie zarzuconemu, a wreszcie przypadki z znacznem rozszerzeniem żołądka, w których jak to widziano na Klinice Lwowskiej zespolenie nic nie pomaga — to przyznać należy że wskazania do zespolenia ograniczają się coraz bardziej.

Podobnie i jedno z głównych do niedawna wskazań zespolenia a mianowicie wrzód dwunastnicy, przy którym Küttner i Melchior polecali zespolenie jako metodę wyboru z powodu zbyt wielkiego rzekomo niebezpieczeństwa wycięcia, traci coraz więcej na znaczeniu, dzięki pracom Clairmonta i Haberera; wycięcie doszczętne wrzodu dwunastnicy stosuje się coraz częściej, a przy zachowaniu ostrożności nie przedstawia ono wiele większych niebezpieczeństw jak wycięcie wrzodu żołądka. W przypadkach zaś, w których doszczętne usunięcie wrzodu dwunastnicy jest niemożliwe, poważną konkurencję dla zespolenia stanowią zabiegi półradykalne. Jedyne, uznawane dotychczas przez zwolenników wycięcia, wskazanie do zespolenia — t. j. zbyt wielkie trudności techniczne usunięcia wrzodu żołądka lub dwunastnicy i zły stan ogólny chorego ogranicza się mianowicie w dalszym ciągu przez wprowadzenie sposobów półdoszczętnych; należy tu t. zw. palliatywne wycięcie części odźwiernikowej, polecane przy wrzodzie nieodźwiernikowym przez Mandlenera (53) przy wrzodzie dwunastnicy i wpustu przez Flörckena (54) a w formie rozszerzonego wycięcia i części dna żołądka przez Finsterera (55). Kreuter, Schmieden, Enderlen i in. opisali po sposobie tym bardzo dobre wyniki. Jeżeli wrzód żołądka jest usadowiony bardzo wysoko lub jest bardzo rozległy i szeroko drąży, takie wycięcie samej tylko części odźwiernikowej z pozostawieniem wrzodu i połączenie żołądka z jelitem końcowo-bocznie sposobem Krönleina-Reichla jest bardzo racjonalnem a na Klinice lwowskiej stosowano je nieraz z bardzo dobrym wynikiem również i przy nienadających się do wycięcia wrzodach dwunastnicy. Łączy ono korzyści zespolenia z trwałem obniżeniem kwasoty przez zniesienie drugiej, chemicznej fazy wydzielniczej oraz usuwa najwięcej schorzałą część żołądka; nie jest zaś zabiegiem trudniejszym i wiele dłuższym jak zespolenie. Zresztą i wzgląd na zły stan chorego można osłabić przez odpowiednie przygotowanie go przed zabiegiem zapomocą zwłaszcza wlewań dożylnych cukru gronowego kroplowych lawatyw odżywczych, zasadnicze stosowanie znieczulenia miejscowego i cały nowożytny leczniczy aparat pooperacyjny; chorzy, tak przygotowani, znoszą dobrze nawet rozległe doszczętne wycięcie żołądka mimo bardzo złego stanu sił przed operacją.

Dążność do zastąpienia niefizjologicznego zespolenia, żoł.-jelit. innemi zabiegami zachowawczemi wyraża się nadto w silnym zwrocie ku zabiegom na odźwierniku, któremu już dawniej Haberer przypisywał szczególną i główną rolę w powstawaniu różnych dolegliwości, nawrotów i powikłań po operacjach; toteż H. polecał przedewszystkiem wycinanie odźwiernika jako warunek uleczenia. Obecnie z różnych stron polecają zabiegi unieszkodliwiające działanie odźwiernika przez jego przecięcie, względnie plastykę.

Braitzew (57) w przypadkach wrzodu nieodźwiernikowego, Gregory (56) w przypadkach, w których mimo objawów wrzodu — przy operacji nie stwierdza się go, polecają dawną pyloroplastykę Heineke-Mikulicza, Grekow, Fedoroff, Petrow, Martynoff, Horsley polecają ją również przy wrzodzie nieodźwiernikowym. Ochleker (58) radzi unikać zespolenia a stosuje w wypadkach, w których usunięcie wrzodu przedstawia trudności gastro-duodenostomię w połączeniu z przecięciem zwieracza odźwiernika, a więc operację Finney'a ulubioną w Ameryce, i opisuje łatwą jej technikę. Tego rodzaju zabiegi na odźwierniku najlepiej uzasadnia Payr (59) porównując przecięcie odźwiernnika do przesunięcia lub rozciągnięcia zwieracza odbytu przy rozpadlinie jako źródła bólów i spazmów. Payr poleca przecięcie zwieracza odźwiernika nad śluzówkowe, t j. zabieg Weber-Ramstedta stosowany u oseskόw, jako bardzo łatwy, szybki a nie grożący operowanemu najmniejszem niebezpieczeństwem; jako wskazania wymienia wszelkie stany spastyczne odźwiernika przy wrzodzie lub bez wrzodu, przy wiądzie rdzenia, opadnięciu żołądka, oraz przy raku nie nadającym się do wycięcia.

Jakkolwiek więc istnieje jeszcze poważny zastęp zwolenników zespolenia jako głównego sposobu leczenia przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy, to jednak przewaga na korzyść innych sposobów, uzasadniona wynikami nowszych badań staje się coraz wyraźniejszą. Są to przedewszystkiem zabiegi doszczętne, polegające na wycięciu wrzodu wraz z częścią odźwiernikową lub z częścią dna żołądka, które mają na celu uzyskanie zmiany w stosunkach wydzielniczych, korzystnej dla trwałego uleczenia (por. Spr. pogl. w G. lek. 18-19 1923), oraz usunięcie najwięcej zmienionej zapalnie części żołądka. Zabiegi które nie spełniają tego warunku, jak wyłączenie odźwiernika, zwykłe zespolenie oraz wycięcie żołądka poprzeczne i wycięcie częściowe krzywizny małej tracą na wartości. Jako najkorzystniejsze bywa uznawane połączenie pozostałej części żołądka z dwunastnicą, gdyż przywraca stosunki zbliżone najwięcej do naturalnych; zresztą najwięcej zwolenników ma połączenie końcowo boczne Kroenleina-Reichla, przekroju pozostałej części żołądka wprost z jelitem czczem. W razie gdy doszczętne wycięcie wrzodu czy to żołądka, czy to dwunastnicy przedstawia trudności techniczne lub niebezpieczeństwa wchodzą w grę zabiegi półdoszczętne, usuwające samą tylko część odźwiernikową, które czynią zadość wskazaniom operacyjnym lepiej jak zespolenie; to ostatnie należy jednak zarezerwować jako bezsprzecznie wartościową metodę leczniczą (Hilarowicz [60]) dla tych wypadków, w których rozległość i charakter wrzodu uniemożliwia i półdoszczętne wycięcie. Wreszcie w przypadkach odpowiednio dobranych należy się spodziewać dobrych wyników po zabiegach znoszących czynność samego tylko odźwiernika.

Piśmiennictwo.

1) D. Med. Woch. 47—49. Wien. Med. Woch. 49—52., Gazeta Lek. 1888. 24 25. — 2) Gaz. Lek. 1882, 26; 1883, 44. — 3) Arch. f. Kl. Chir. 129., D. Z. f. Chir. 184. — 4) Wien. Kl. Woch. 22, 4. 5) Ar. f. Kl. Chir. 128. — 6 i 7) Ar. f. Kl. Chir. 122, 132. — 8) Virchovs Ar. 248. — 9) Mitt. a. d. Grgeb. 36, suppl. — 10) Pol. Gaz. lek. 1923, 34. — 11) Ar. f. Verd. Kr. 29, 31, 32. — 12) Ar. f. Kl. Chir. 132. 13) Ar. ital di Chir. IX, 12. — 14) Z. f. ges. exp. Med. 24, 13. — 15) Mitt. a. d. Grgeb. 37. — 16) Polski Przeg. Chir. T. III., 2. — 17) Arch. of. Surgery 8,3. — 18) Pol. Przegl. Chir. T. III., 3. — 19) Policlinico XXVII. — 20) Mitt. a. d. Grgeb. 37. — 21) Zb. f. Chir. 1924, 32. — 22) Zb. f. Chir 192 . 4. — 23) Zb. f. Chir. 1924, 48. — 24) Zb. f. Chir. 1924, 47. — 25) Zb. f Chir. 1921, 21. 26) Zb f. Chir. 1923, 35. — 27) Zb. f. Ch. 1923, 35. — 28) Zb. f. Ch. 1923, 32. — 29 Kl. Woch. 1922, 6. — 30) A. f. Kl. Ch. 132. — 31) Ar. de mal. de l'ap. dig. 14, 3. — 32) Arch. f. Kl. Ch. 125, 128, Zb. f. Ch. 1924, 49. — 33) Brunn's B. 127, D. Z. f. Ch. 175. — 34) D. Z. f. Ch. 183. — 35) Zb. f. Ch. 1924, 38. — 36) Mitt. a. d. Grgeb. 36. — 37) Mitt. a. d. G. 34. — 38 i 39) Mitt. a. d. G. 36. — 40) Mitt. a. d. G. 34. — 41) D. Z. f. Ch. 181. — 42) Zb. f. Ch. 1923, 40. — 43) Zb. f. Ch. 1925, 1. — 44) Kl. Woch. 2, 46. — 45) D med Woch. 49, 34. — 46) Journ. of. t. Am. med. Asocc. 82, 1924. — 47) Pol. Gaz. Lek. 1923, 50 i 51. — 48) Ann. of. surg. 79, 3. — 49) Scalpel 76, 45. — 50) Ar. f. Kl. Ch. 131. — 51) Zb. f. Ch. 1923, str. 291. — 52) Zb. f. Ch. 1925, 5. — 53) Zb. f. f. Ch. 1923, 34, 1924, 35. — 54) Zb. f. Ch. 1923, 45. — 55) Ar. f. Kl. Ch. 131; Zb. f. Ch. 1924, 42. — 56) Zb. f. Ch. 1924, 33. — 57) Nowy Chir. Ar. 1923, 12. — 58) Zb. f. Ch. 1923, 39. — 59) Zb. f. Chir. 1924, 44. — 60) Pol. Przegl. Chir. T. III., 3.

Z praktyki.

Mieczysław GOLDMAN. Warszawa.

Postać lędźwiowa samoistnego zapalenia opon miękkich. Rzadka jednostka chorobowa.

Z oddziału chorób wewnętrznych Władysława Janowskiego w Szpitalu Dziec. Jezus w Warszawie.

Poniżej podajemy przypadek, który nie został za życia stanowczo rozpoznany dzięki temu, że w ciągu dłuższego początkowego okresu choroby wysuwał się na pierwszy plan zespół objawów, pozwalających przypuszczać zapalenie wyrostka robaczkowego, ewentualnie schorzenie w obrębie pęcherzyka żółciowego.

Chora lat 45, panna, z zawodu pracownica w papierni, przybyła dnia 14. VI. 1924 r. Podaje, że zachorowała sześć dni przed przybyciem do szpitala, nagle poczuła ogólne osłabienie, chęć do snu, ból głowy, łamanie w kościach i dreszcze. Twierdziła, że przeziębiła się poprzedniego dnia po wyjściu z łaźni. Zmuszona była położyć się do łóżka, przyczem stale bolała ją cała prawa połowa ciała, szczególnie prawy bok, przy głębszem oddychaniu ból się wzmagał, w przeciągu tygodnia trwał z jednakowem nasileniem; chora stale odczuwała nudności oraz

brak łaknienia. W dniu zachorowania miała rozwolnienie, w ciągu następnych dni zaparcie stolca. Kaszlała i odpluwała niewiele. Przed chorobą łaknienie miała mierne, po jedzeniu odbijania, nudności ani wymiotów nie miewała. Odczuwała bicie serca od czasu do czasu duszność. Mocz oddawała prawidłowo. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 16-tym roku życia i utrzymywało się do 25 roku, od tego czasu krwawień macicznych nie miała, czasami pojawiały się upławy. W dzieciństwie przechodziła płonicę, ospę wietrzną, odrę. W roku 1916 ym przechodziła krwawą biegunkę. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny: budowa wątła, odżywienie mierne, powłoki skórne zabarwione prawidłowo, śluzówki bladawe, gruczoły chłonne wyczuwalne na szyi, małe, twarde, niebolesne. Tarczyca niepowiększona. Ciepłota 37,2°. Tętno — 70 uderzeń na minutę, miarowe, średnio napełnione, napięte. Oddechów 32 na minutę. Czaszka niebolesna na ucisk, uzębienie dobre, migdałki małe, różowe. Język nieobłożony. Szyja dość długa, ruchomość szyi i kręgosłupa prawidłowa, zwłaszcza nie było sztywności. Klatka piersiowa płaska, długa, kąt międzyżebrowy ostry, międzyżebrza szerokie, niebolesne na ucisk. Ruchy oddechowe powierzchowne, gdyż głębszy oddech wywoływał nasilenie bólu w brzuchu. Wypukowo górna granica płuc od tyłu sięga do VII. kręgu szyjnego, dolna w X-tym międzyżebrzu, ruchomości nie stwierdzono. Nieznaczne stłumienie nad lewym szczytem do grzebienia łopatki, pozatem odgłos wypukowy normalny. Nieznaczne osłabienie oddechu nad lewym szczytem, pozatem oddech pęcherzykowy. Z przodu górna granica $2^{1}/_{2}$ palca powyżej obojczyków, dolna w V-tem międzyżebrzu. Ton wypukowy normalny, oddech pęcherzykowy osłabiony. Granice serca wypukowo normalne, tony czyste, głośne, między niemi krótki szmer telesystoliczny u wierzchołka. Brzuch wzdęty, ton wypukowy bębenkowy, znaczna bolesność na ucisk w okolicy pęcherzyka żółciowego oraz niżej po stronie prawej. Wątroba oraz śledziona niepowiększone. Źrenice okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływują prawidłowo. Odruchy skórne i ścięgnowe — prawidłowe. Mocz cewnikowany w ilości 150 cm³ ciemno-żółty, mętny, kwaśny, c. g. 1017, chlorków 6,4 gr na litr. Białka, cukru, acetonu, kw. dwuoctowego — nie stwierdzono, barwików żółciowych i kw. żółciowych — 0, urobilinogen i urobilina nieco zwiększone, odczyn dwuazowy ujemny. Osad dość obfity, liczne nabłonki wielokątne i płaskie, pojedyncze leukocyty co 2—3 pola widzenia. We krwi brak leukocytozy. Zgłębnikowanie dwunastnicy nie udało się, gdyż zgłębnik w ciągu $1^{1}/_{2}$ godz. nie przeszedł do dwunastnicy.

Opierając się na powyższych badaniach skłonni byliśmy umiejscawiać cierpienie w jamie brzusznej nie rozstrzygając między cierpieniem pęcherzyka żółciowego, a jakiemś nietypowem zapaleniem wyrostka robaczkowego. W przeciągu następnych trzech tygodni stan chorej nie ulegał większym zmianom, ciepłota nie przekraczała 37,5°, wzdęcie brzucha stopniowo się zmniejszało i pozornie wszystko szło ku lepszemu, nie dając podstaw do ściślejszego ustalenia rozpoznania w jednym z powyższych dwóch kierunków. Leczenie było objawowe — Nagle wieczorem dnia 26. VI. stan gwałtownie się pogorszył. Ciepłota podniosła się do 39,2°, tętno 100, chora skarżyła się na senność, silny ból głowy, wielkie pragnienie, w ciągu najbliższej nocy wymiotowała dwa razy. Nazajutrz podczas wizyty stwierdzono wybitną sztywność karku, objaw Kerniga i Brudzińskiego. Brzuch miała wtedy miękki. Płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał pod dużem ciśnieniem, był wyraźnie mętny, białka 0,6‰, Nonne-Appelt wybitnie dodatni, ilość leukocytów w płynie wynosiła 34300 na 1 cm³ podług Thoma-Zeissa, posiew dał wynik ujemny. We krwi stwierdzono leukocytozę neutrofilną, ilość ciałek białych = 15000,

wzór:	00	00081	316

Rozpoznaliśmy *meningitis seroso-purulenta*, nie mogąc sobie zdać sprawy, w jakim stosunku cierpienie to pozostaje do przypuszczalnego w ostatnich czasach nietypowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Stan chorej szybko się pogarszał i po upływie trzech dni zmarła.

Rozpoznanie anatomo-patol. brzmiało w sposób następujący: »*Leptomeningitis fibrinoso-purulenta spinalis ad pontem progrediens. Dilatatio totius cordis subsequente degeneratione adiposa myocardii. Pleuritis productiva parietalis et diaphragmatica. Infiltratio adiposa hepatis et renum. Tumor lienis subacutus. Oedema loborum inferiorum pulmonis utriusque. Tracheobronchitis chronica.*

Największe zmiany znajdują się w obrębie rdzenia kręgowego, głównie w okolicy lędźwiowej. Opona twarda rdzenia mętna, pokryta złogami włóknika, opony miękkie zgrubiałe, pokryte włóknikiem oraz treścią mazistą. Rdzeń bardzo blady, rysunek wyraźny. W całej jamie czaszkowej drobne wybroczyny, z kanału kręgowego wydobywa się płyn śmietankowaty. Opony miękkie u podstawy zwłaszcza w okolicy móżdżku nieco zmętniałe, tamże naczynia silnie nastrzyknięte. Pęcherzyk żółciowy spadnięty, miernie wypełniony żółcią, nieco śluzu, rysunek błony śluzowej zachowany. W jamie brzusznej wogóle zmian patologicznych nie stwierdzono, kątnica ruchoma, wyrostek robaczkowy na własnej krezce zwisa ku miednicy małej. W opłucnej prawej powrózkowaty zrost z przeponą i mocny od tyłu, w dolnej części opłucna ścienna bardzo zgrubiała, jakby polukrowana, takie same ogniska na opłucnej przeponowej. Zgrubienia w opłucnej lewej podobne jak w prawej.

Mieliśmy więc do czynienia z zapaleniem ropnem opon miękkich, które, jak widać z opisu anatomicznego, zaczęło się w okolicy kręgów lędźwiowych, a następnie stopniowo przeniosło się wyżej. Co do etjologji tej sprawy, to należy przypuszczać, że była to sprawa pierwotna i aczkolwiek posiew płynu dał wynik ujemny, obraz anatomo-patol. przemawiał za *meningitis spinalis epidemica*. Dość duże zmiany w obu opłucnych są zmianami staremi i nie wykazały żadnego zaostrzenia sprawy chorobowej, tak że możemy z dużem prawdopodobieństwem wyłączyć je, jako ewentualny punkt wyjścia sprawy chorobowej.

Powracając do strony klinicznej należy sobie wytłumaczyć bóle utrzymujące się stale w jamie brzusznej po stronie prawej, jako skutek zajęcia przez sprawę chorobową odpowiednich korzonków nerwowych co mogło powodować wyraźnie zaznaczoną przeczulicę odpowiednich odcinków skóry, bolesność na ucisk głębszych części jak mięśni i t. d., co miało właśnie miejsce w naszym przypadku, oraz stan wzmożonego napięcia mięśni powłok brzusznych, występującego w różnych miejscach brzucha w przebiegu choroby. Dopiero po badaniu pośmiertnem stały się dla nas zrozumiałemi bóle głowy i senność chorej w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w szpitalu. Z objawów tych jedynie pewna senność chorej była dla nas niezrozumiała i w dalszym przebiegu choroby. Bezstronność nakazuje przyznać, że wszystkie przytoczone powyżej objawy mogłyby wystarczyć do przyżyciowego rozpoznania sprawy zapalnej w oponach mózgowych, ograniczonej do ich części lędźwiowej. Gdybyśmy o istnieniu podobnej jednostki chorobowej wiedzieli to nagłe wystąpienie gwałtownych objawów ogólnych na 2 dni przed śmiercią byłoby wtedy ostatecznem potwierdzeniem tego rodzaju wczesnych przypuszczeń. Niestety nie wiedzieliśmy, że podobne ograniczone zapalenie opon mózgowych opisano już, jako oddzielną postać kliniczną. Dopiero po śmierci chorej dowiedzieliśmy się w rozmowie od dr. Zandowej, że podobna postać, jako wielka rzadkość istnieje. To stało się powodem ogłoszenia naszego przypadku, jako ciekawego przyczynku do tej rzadkiej postaci spraw ograniczanych w oponach mózgowych, w celu ostrzeżenia innych od popełnienia naszego błędu.

Po odpowiednich poszukiwaniach literackich stwierdziliśmy, że pierwszy tego rodzaju przypadek, klinicznie daleko bardziej jaskrawy, gdyż dający bóle strzelające do kończyn dolnych, ale trwający też długo, bo 8 tygodni, opisali w r. 1909 Déjerine i Tinel. Płyn mózgowo-rdzeniowy w ich przypadku był krwawy i wyhodowano z niego *meningokokki Weichselbauma*. Autorowie proponowali nazwę dla swego przypadku: *meningite cerebro-spinale fruste, radiculite lombo sacrée*, lub *meningite de la queue de cheval*.

De Massary i Chatelain opisali przypadek, w którym zmiany oponowe przez cały czas choroby były umiejscowione wyłącznie w części lędźwiowej rdzenia i cały przebieg symulował *myelitis transversa*.

O ile wiemy poza przytoczonemi dwoma spotrzeżeniami innych w piśmiennictwie niema — w każdym razie nawet najnowsza monografja Doptera więcej ich nie podaje.

Piśmiennictwo.

1) Déjerine et Tinel: Societé de Neurologie 6 mai 1909 r. — 2) Massary et Chatelain: Meningo-myelite méningococcique á localisation exclusivement dorso-lombaire et simulant la myélite transverte. Societé de Neurologie 10 fevrier 1910 r. — 3) Dopter: L'infection méningue. 1921.

Dr. Benedykt FROMMER. Drohobycz.

Przypadek owrzodzenia pierwotnego na sromie 11 miesięcznego oseska.

Wypadki owrzodzenia pierwotnego na częściach rodnych u małych dzieci są bardzo rzadkie.

W literaturze mnie dostępnej znalazłem tylko 1 przypadek *ulc. dur. Vulvae* (Zentr. Bl. 1922/IV. Fraser A. Reit. i wzmiankę w Zentr. Bl. 1925|XV H. 5/6 Serra Alberto).

Wypadek niniejszem zreferowany zasługuje na wspomnienie tak ze względu na bardzo rzadko dotychczas opisane umiejscowienie, jak i ze względu na prawdopodobny sposób zakażenia.

Dnia 14. VIII. 1924 r. zjawia się w mej ordynacji ze swem 11-miesięcznem dzieckiem matka ze skargą na »czyraczek« zauważony na sromie swego dziecka. Moje badanie nieszczepionego wogóle dziecka okazuje:

Na wielkiej wardze sromowej dziecka znajduje się płaski wrzód wielkości 5 groszy o konsystencji średnio twardej, o ostrych, nieco wzniesionych brzegach, obustronne obrzmienie gruczołów pachwinowych. Zatem klinicznie niezaprzeczalny twardy wrzód. Drobnowidowo, krętki blade w obfitej ilości. Reakcja Wassermanna ujemna. Zresztą żadnych objawów, ani na skórze, ani na błonach śluzowych, inne gruczoły nie powiększone. Robię natychmiast inj Neosalv. 0,05 w żyłę skroniową. Dnia 28. VIII. drugi Wassermann + + +, dziecko poddaję kombinowanemu leczeniu (wcierki i Neosalv.).

Interesował mię sposób zakażenia tego dziecka. W tym celu całe otoczenie dziecka poddałem dokładnemu badaniu i mogłem stwierdzić, że zarówno ojciec, jak i matka, jakoteż we wspólnem mieszkaniu żyjący wuj i babka dziecka są zdrowymi i tak klinicznie, jak i surowiczo wolnymi od przymiotowego schorzenia. W końcu podaje mi matka, że 5 tygodni przed zgłoszeniem się u mnie bawiła na wsi u swoich rodziców i posługiwała się tam pieluszkami sąsiadek, o ile jej własnych zabrakło i przypomina sobie, że dziecko tej sąsiadki miało jakieś »pryszczyki« na ciele.

Uważam zatem za bardzo prawdopodobne, że zakażenie nastąpiło tą drogą — drogą pieluszki innego przymiotowo chorego oseska.

Z historji medycyny.

Dr. S. GROSGLIK. Warszawa.

W setną rocznicę pierwszej litotrypsji.

Ku czci Civiale'a *).
(1792 –1867).

> „Un calculeux est soumis à l'opération de la lithotritie, la pierre est broyée, les débris sont expulsés, les souffrances cessent, la santé revient: autant déffets que chacun peut voir et apprécier".
> *Civiale (1864).*

W tych prostych słowach, wyrzeczonych na krótko przed śmiercią, zawarł Civiale całą treść postępowania, które 40 lat przedtem ku wielkiemu pożytkowi cierpiących zapoczątkował i któremu całe swe pełne chwały życie poświęcił. Właśnie w r.b. upłynęło 100 lat od czasu wykonania pierwszej operacji kruszenia kamienia w pęcherzu moczowym. Do operacji stanął Jean Civiale młody i nieznany jeszcze wówczas lekarz paryski.

Na wniosek Civiale'a Akademja Nauk w Paryżu wydelegowała dwóch swoich członków Chaussier i Percy, którym polecone było zbadanie nowego sposobu usuwania kamienia z pęcherza bez uciekania się do operacji cięcia. W dniu 13 stycznia 1824 r. wysłannicy ci przybyli do mieszkania Civiale'a, gdzie zastali liczny poczet najwybitniejszych przedstawicieli ówczesnego świata lekarskiego, zwabionych nowością pomysłu.

Operacji poddawał się osobnik 32-letni, który od czterech blisko lat cierpiał na kamień i w obawie przed cięciem uchwycił się nowej, niewypróbowanej jeszcze metody, jako ostatniej deski ratunku. Ułożywszy chorego na łóżku i stwierdziwszy jeszcze raz zapomocą cewnika obecność kamienia. Civiale napełnił pęcherz wodą, cewnik usunął i z nadzwyczajną zręcznością narzędzie swoje wprowadził. Namacawszy kamień, śrubę, łączącą składowe części narzędzia, rozluźnił, ukryte dotąd szczypce trójramienne wysunął, kamień uchwycił i uwięził i świder w ruch puścił. Trzy razy operator dał choremu wytchnienie, trzykrotnie zapuścił świder w głąb ciała obcego, i za każdem poruszeniem dało się słyszeć trzeszczenie rozpadającego się kamienia. Wrażenie było imponujące zwłaszcza, gdy chory po skończonym zabiegu oddał szczątki skruszonego kamienia wraz z zawartością pęcherza. Cały zabieg trwał około pół godziny, poczem chory odjechał do domu.

Następne dwa seanse odbyły się w tych samych warunkach w odstępach siedmiodniowych, w wyniku czego chory został całkowicie uwolniony od kamienia, którego średnicę oceniono na cal bezmała. Wkrótce potem miał Civiale możność dokonania przed tą samą komisją i w obecności licznych świadków dwóch nowych operacji ze skutkiem również pomyślnym. Na posiedzeniu w dniu 22. marca tegoż roku członkowie komisji złożyli Akademji bardzo szczegółowy raport, w którym z wielkiem uznaniem wyrażają się o nowym pomyśle Civiale'a i dochodzą do wniosku, że metoda ta, stanowiąca nową epokę w sztuce lecznictwa »*est également glorieuse pour la chirurgie française, honorable pour son auteur et consolante pour l'humanité*«.

Narodziny litotrypsji stały się faktem dokonanym.

Ażeby dokładnie ocenić wysoką doniosłość pomysłu Civiale'a, należy uprzytomnić sobie, że działo się to w okresie, kiedy nie znano jeszcze środków znieczulających, o antiseptyce zaś nie było mowy. Litotomja pod postacią licznych odmian cięcia kroczowego, zwanego poprostu „*taille*", należała do najstraszliwszych operacji, i kto mógł unikał jej jak ognia, nie chcąc narazić się na cierpienia podczas zabiegu i na wynik wątpliwy. Szczególnie dużo ofiar zabierało cięcie wśród osób starszych, nic więc dziwnego, że zaledwie około 2% tej kategorji chorych, jak twierdzi Thompson, decydowało się na operację. Największy kontyngens operowanych stanowiły dzieci, u których szanse były bez porównania lepsze

To też dbały o swoją reputację chirurg tylko w ostateczności stosował cięcie u osób starszych w myśl wskazówek Celsa, który zalecał operację tylko w razach wyjątkowych. „Nie można również — pisze on — przystępować do niej w każdej porze czasu, ani w każdym wypadku tego rodzaju, lecz tylko na wiosnę, u osób młodych, które przebyły dziewiąty a nie przekroczyły czternastego roku życia". Jak słuszną była na owe czasy przestroga Celsa, dowodzi fakt, że słynny w XVIII w chirurg angielski Cheselden na 213 operacji cięcia miał 135 dzieci poniżej lat 10 z trzema zejściami śmiertelnemi, zaś chorych powyżej lat 50 wszystkiego 14, z których zmarło aż 6, co stanowi 42,85%. Niemniej ponuro brzmią cyfry śmiertelności po operacji cięcia, podane przez innych autorów Souberbiele n. p., który uchodził za bardzo szczęśliwego operatora, ogłosił w N-rze 22 pisma „Censeur (1826), że z 52 chorych (bez określenia wieku), u których wykonał cięcie w latach 1824—1825, zmarło 18 czyli 34,6%. Statystyka, obejmująca wyniki, jakie otrzymali niektórzy chirurgowie paryscy w latach 1824 1835 w praktyce prywatnej, zawiera ogółem 190 przypadków cystotomji ze 106 zejściami śmiertelnemi (55,6%). Tak duża śmiertelność zależała jednak od tego, że wśród operowanych przeważali dorośli (52) oraz osoby powyżej lat 60 (102) u których cięcie daje najgorsze wyniki Tylko pod tym kątem widzenia dadzą się pogodzić sprzeczne napozór wnioski dwóch współczesnych sobie znakomitych chirurgów francuskich — Sabatiera i Richeranda, z których pierwszy utrzymuje, że po cięciu kamienia ginie jeden na 4—5 chorych, podczas gdy według drugiego śmiertelność wynosi przeszło 50%.

Oczywiście Sabatier obliczył procent śmiertelności bez względu na wiek chorych, Richerand zaś oparł swój sąd na wynikach, otrzymywanych przy operowaniu dorosłych i starców. Zastraszająca śmiertelność (50%) po cystotomji w szpitalu paryskim Charité w latach 1806—1831 tłumaczy się tem, że na 70 chorych było zaledwie 5 dzieci, reszta — dorośli (42) i starcy (23).

W tym samym zaś czasie śmiertelność w szpitalu Hotel-Dieu wynosiła tylko 28%, gdyż ilość dzieci stanowiła prawie połowę (na 100 chorych 46 dzieci). Najlepszemi wynikami poszczycić się może przytułek w Lunéville, ufundowany przez króla Stanisława Leszczyńskiego specjalnie dla ubogich dotkniętych kamicą, która w owym czasie przerażająco grasowała w Lotaryngji i okolicy. Otóż w ciągu 90 lat (1738—1828) wykonano w tym zakładzie 1492 operacji kamienia z ogólną śmiertelnością 10%; z tej liczby chorych na dzieci przypada 1130 ze śmiertelnością 8%, reszta to dorośli (342) i starcy (20) ze śmiertelnością zaledwie dwa razy wyższą (16,3%). Jest to rekord nietylko w stosunku do wyników, osiągniętych we Francji, lecz musi być uznany za wszechświatowy, albowiem nie znamy żadnej innej statystyki, w której wyniki cięcia byłyby tak pomyślne. Według najbardziej rozpowszechnionych obliczeń Smitha z r. 1820, obejmujących wyniki cystotomji w 34 większych miastach angielskich, jak Norwich, Bristol, Leeds i innych, śmiertelność ogólna przy znacznej liczbie dzieci wynosiła około 25% z wyjątkiem Norwich, gdzie jeden zgon przypada na 7 chorych (14,3%), a zatem śmiertelność była większa niż w Lunéville.

Dwie wielkie statystyki, ułożone przez Civiale'a według wieku operowanych, bardzo dosadnie uwypuklają różnicę, jaka zachodziła między śmiertelnością po cystotomji u dzieci i u dorosłych. Pierwsza obejmuje 2398 przypadków z ogólną śmiertelnością 406 (16,6%). Jeżeli jednak podzielić operowanych na kategorje według wieku, to się okaże, że na 1548 dzieci od 1—14 lat zmarło 179 czyli 11,6%, na 689 od 15—59 lat zmarło 141 (około 20,5%), zaś na 161 starców od 60 - 83 lat (powyżej 78 było tylko 3) zmarło 86 (53,4%). Druga tablica uwzględnia materjał świeższy dokładniej oprawcowany; obejmuje ona 1072 operowanych i zebrana została ze statystyk poszczególnych krajów i miast Tu procent śmiertelności u dzieci do lat 14 wynosi 21,7 (na 505 operowanych), podczas gdy u dorosłych i starców niewiele tylko przewyższa cyfry, przytoczone w tablicy poprzedniej.

Obok wieku niepośledni wpływ na wynik operacji wywierała także wielkość oraz ilość kamieni w pęcherzu Earle w Anglji wykazał, że większość chorych, u których wydobyto duże

---

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Francusko-Polskiego w sali wykładowej Anatomicum w Warszawie d. 20. listopada 1924 r.

lub liczne kamienie, ginie szybko po operacji, co stwierdza również tablica, ułożona przez Crosse'a, według której przy kamieniu wagi do 1 uncji na 529 chorych zmarło 47 (8,88%), powyżej 1—2 uncji na 119 chorych zmarło 18 (15.12%), od 2—3 uncji na 35 zmarło 16 (45,8%) i t. d. Oczywiście o ile wzrost śmiertelności z wiekiem zależy od mniejszej odporności ustroju, o tyle przy większej objętości kamienia, trudniejsze jest jego wydobycie, w następstwie czego łatwiej o uszkodzenia poboczne, wpływające ujemnie na wynik operacji.

Tak stała sprawa leczenia kamicy pęcherzowej, gdy w roku 1817 Civiale, jeszcze będąc studentem medycyny, podjął próby, zmierzające ku zastąpieniu operacji krwawej środkami bardziej łagodnemi i zarazem mniej niebezpiecznemi. Pierwotną myślą jego było zastosowanie środków chemicznych, które, wprowadzone do pęcherza zapomocą specjalnych narzędzi, miały na celu rozpuszczenie kamienia. Pomysł ten jednak, wyłożony w pracy *„Quelques détails sur un lithontriptique"* i przesłany w r. 1818 ministrowi spraw wewnętrznych w celu uzyskania subsydjum zbyty został milczeniem. Wkrótce i sam Civiale przekonał się, że tą drogą niewiele zdziała, przeto pierwotny swój projekt zarzucił i z całą energją zwrócił swe wysiłki w kierunku zbudowania narzędzia, którem by można było kamień w pęcherzu uchwycić i na piasek skruszyć. Jakoż po przezwyciężeniu licznych trudności i dokonaniu całego szeregu zmian i ulepszeń udało się Civiale'o-wi marzenia swoje w czyn wprowadzić i skonstruować narzędzie, które odpowiadało wszelkim jego wymaganiom. Narzędzie to, znane pod nazwą *„pince a trois branches"*, składało się z następujących części:

1) rurki zewnętrznej czyli pochwy (*gaine*), zaopatrzonej na końcu zewnętrznym w rękojeść;

2) rurki wewnętrznej czyli szczypców (*pince a trois branches, trilcobe litholabe*), nieco dłuższej od poprzedniej i rozszczepionej na końcu pęcherzowym w trzy nierównej długości ramiona elastyczne haczykowato zakrzywione; koniec zewnętrzny posiada skalę, pozwalającą odczytywać stopień rozchylenia się ramion podczas wysuwania ich z rurki zewnętrznej. Obie te rurki, zrobione ze stali, są proste i zaopatrzone na końcu zewnętrznym w zakrętki uszczelniające.

3) Trzecią część składową stanowi świder (*foret, per forateur stilet, lithotriteur*) złożony z mocnego pręta stalowego, zakończonego z jednej strony główką zębatą o trzech podłużnych, wyżłobieniach, w których układają się ramiona szczypców w przyrządzie zamkniętym; koniec zewnętrzny posiada skalę, która pozwala ocenić średnicę uchwyconego kamienia, oraz rolkę nagwintowaną (*poulli brissé*) służącą za punkt oparcia dla ręki lub dla struny smyczka, wprawiającego świder w ruch. W tym ostatnim wypadku Civiale posługiwał się tokarką (*tour*), podobną do tokarki, używanej przez zegarmistrzów. Łączył ją za pomocą uchwytu z pochwą narzędzia, sprężyna zaś popychała perforator w kierunku kamienia, gdy smyczek wprawiał w ruch rolkę. Narzędzie złożone ma kształt prostego zgłębnika o powierzchni gładkiej i przy pewnej wprawie daje się z łatwością wprowadzić do pęcherza. Przystępując do operacji, należy pęcherz napełnić wodą. Po wprowadzeniu narzędzia wymacuje się niem kamień, odkręca się śrubę w rękojeści pochwy i wpycha się litholab w głąb pęcherza; ramiona jego uwolnione z uwięzi rozchodzą się i obejmują ciało obce, które znajduje sobie drogę bądź przez szczeliny boczne między ramionami, bądź też przez otwór główny u szczytu narzędzia. Uruchomiamy wówczas świder, którego główka opuszcza się na kamień, i w ten sposób kamień zostaje uwięziony między haczykami szczypców a świdrem. W większości przypadków samo naciśnięcie główki wystarcza, aby kamień uległ skruszeniu (*écrasement*). W razie nieustępliwości kamienia wykonywa się kilka obrotów główki zapomocą rolki, którą wprawia się w ruch ręką lub też smyczkiem po uprzedniem połączeniu narzędzia z tokarką. Borowanie to (*broiement*) trwa dopóty, dopóki rolka nie zetknie się z zakrętką szczypców. Wówczas dopiero tokarkę się odejmuje i robi nową próbę zgniecenia wydrążonego kamienia. Niekiedy dla dopięcia celu należy kamień prześwidrować w kilku kierunkach.

Każdy seans trwa 5—10 minut, niekiedy nieco dłużej, zależnie od wytrzymałości i stanu ogólnego chorego, całkowite zaś usunięcie kamienia wymagało nieraz kilku a nawet kilkunastu seansów przy większych rozmiarach ciała obcego. Zapomocą tego narzędzia można było kruszyć kamienie nie większe od jaja kurzego. Mniejsze odłamki powstałe przy kruszeniu chory wydalał wraz z moczem, większe wymagały ponownego kruszenia.

Oto w krótkich zarysach postępowanie któremu przeznaczone było pchnąć sprawę leczenia kamicy pęcherzowej na zupełnie nowe tory i zająć jedno z najbardziej zaszczytnych miejsc w chirurgji XIX w. Należy z uznaniem podnieść stanowisko Akademji Nauk, która po wysłuchaniu entuzjastycznego sprawozdania delegatów swoich nowy ten pomysł gorąco poparła i w następstwie wyróżniła zaszczytnie, przyznając Civiale'owi wielką nagrodę chirurgji (nagrodę Montyono). Dzięki wzrastającej wciąż liczbie chorych wyleczonych sprawa ta nabrała rozgłosu nawet w krajach odległych, skąd zjeżdżali się do Paryża chirurgowie w celu bliższego poznania metody Civiale'a. Wkrótce otwarto w szpitalu Neckera specjalny oddział dla dotkniętych kamicą, gdzie kruszenie odbywało się publicznie i bezpłatnie, co w niemałym stopniu wpłynęło na spopularyzowanie nowej metody. Tu zdumiewał Civiale wszystkich fenomenalną wprost zręcznością we władaniu narzędziem i ściągał coraz to nowe rzesze łaknących uzdrowienia z jego ręki. W dziele swojem *»Traité de l'affection calculeuse«* (Paris 1838) podaje Civiale listę imienną 307 chorych, których zoperował nową metodą w okresie czasu od r. 1824—1836. Z tych w wieku od lat 7—20 było osób 6, od 20—40 lat — 55, od 40—60 lat — 105, wreszcie od 60—80 lat — 138. Całkowite wyzdrowienie nastąpiło u 296 chorych, zmarło 7 mężczyzn w wieku od lat 60—78, u których choroba zdołała uczynić znaczne postępy, niedokończyło kuracji 3; w jednym przypadku wynik pozostał niewiadomy. Śmiertelność wynosi zatem niespełna 2,24%, cyfra nieznana do tego czasu w kronikach lekarskich i tem świetniejsza, że została osiągnięta przy nikłej liczbie dzieci i znacznej ilości osób w wieku podeszłym, które masowo ginęły przy operacji cięcia. Leczenie trwało od 11—68 dni (średnio około 41 dni), liczba seansów wynosiła średnio około 5, ogółem zaś było seansów 1535.

Rzecz jasna, że metoda, która dokonała istnego przewrotu w sposobie leczenia kamienia, wzbudziła wielkie zainteresowanie i stała się przedmiotem ożywionych rozpraw. Podczas gdy jednak ogół a zwłaszcza chorzy z entuzjazmem witali nową erę, jaką pomysł Civiale'a zdawał się zapowiadać, chirurgowie zajęli od pierwszej chwili wrogie względem tej metody stanowisko.

Kwestjonowano prawa autorskie Civiale'a, podawano w wątpliwość cyfry, które ten od czasu do czasu ogłaszał w celu wykazania wyższości litotrypsji nad cięciem, starano się wreszcie zdusić pomysł w samym zarodku. Pierwsi wysunęli pretensje swoje dwaj rówieśnicy Civiale'a, Amussat i Leroy d'Etiolles, którzy współcześnie z nim rozpoczęli byli pracę w tym samym kierunku i później zasłynęli jako doskonali chirurgowie. Ze szczególną gwałtownością uderzył Leroy, który starał się udowodnić, że to on pierwszy wpadł na pomysł kruszenia kamienia, i że jemu przeto należy się zasługa wynalazku. Z podobnem zastrzeżeniem wystąpił w osobnej broszurze pierwszy chirurg J. C. M. cesarza Austrji v. Kern, który, piętnując dążenia do zastąpienia cięcia kruszeniem jako „zdradę główną przeciw sztuce i ludzkości", prawa pierwszeństwa rewindykuje na rzecz lekarza bawarskiego Gruithuisena, a to na tej zasadzie, że ten jeszcze w roku 1813 ogłosił był odnośną pracę w salcburskiej gazecie lekarskiej.

Rzecz dziwna, że i w prasie francuskiej wywody v. Kerna znalazły życzliwy oddźwięk, choć sam Gruithuisen nigdy swoich pretensji w tym kierunku nie zgłaszał. Za dalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli wchodzić tu w bliższe roztrząsanie tego sporu, ograniczę się tylko na wzmiance, że Civiale w całym szeregu artykułów zwłaszcza zaś w słynnych swych *„Lethres sur la litothritie"* (1827—1837) dał równie ciętą, jak i pełną erudycji odprawę tym uroszczeniom, mającym tylko pozór słuszności. Prawdą jest niewątpliwą, że myśl usuwania kamieni z pęcherza zapomocą kruszenia kiełkowała już w mózgach lekarzy z XVI w., a nawet wcześniej, że szczypce trójramienne były używane niekiedy w celu wydobywania kamieni z cewki moczowej i że szczypce te były wzorowane na kulociągach, wynalezionych przez Alfonsa Ferri oraz André de la Croix.

Otóż pewne podobieństwo do tych kulociągów posiadają zarówno narzędzie Civiale'a, jak i Leroy oraz Gruithuisena, nikomu jednak przed Civialem nie udało się zbudować narzędzia, które mogłoby służyć do kruszenia kamieni w pęcherzu moczowym. Zresztą uroszczenia Leroy zostały ostatecznie odparte w liście, jaki doń wystosował Percy, jeden z delegatów Akademji do oceny pomysłu Civiale'a. Narzędziami temi, pisze Percy, *„vous reussiez bien surement pu faire une des brillantes opérations dont M. Civiale nous a rendus témoins"*. Niemniej jednak Akademja, która popierała gorliwie każdy wysiłek, dążący do postępu wiedzy, wyróżniła zaszczytnie i tych współzawodników Civiale'a, udzielając wszystkim trzem nagrody pieniężne tytułem zachęty (*prix d'encouragement*).

Gdy w ten sposób zamach na prawa autorskie Civiale'a spalił na panewce, musiał on wytrzymać szereg ataków ze strony tych, którzy za wszelką cenę pragnęli zachować dawne metody operowania. Był to okres, kiedy znakomity chirurg francuski Dupuytren, wielce wpływowy członek Akademji i twórca cięcia dwustronnego (*taille bilatérale*), ten właśnie sposób propagował jako najbardziej skuteczny w zwalczaniu kamienia, bezwzględna zaś krytyka cięcia, z jaką występował Civiale, oraz wzrastająca wciąż liczba uzdrowionych przez litotrypsję niebardzo sprzyjały zamierzeniom Dupuytrena, nie mogły go przeto usposobić przychylnie dla nowej operacji, tem bardziej, że nie był on w stanie opanować techniki litotrypsji, do której przystąpił bez należytego przygotowania. Niepowodzenia, jakich doznawał przy każdej niemal próbie kruszenia, zwalił Dupuytren na samą metodę, która jednak w rękach Civiale'a dawała świetne wyniki. Stąd walka zacięta przeciw metodzie i jej autorowi, walka, nie przebierająca w środkach, do której stanęli wszyscy niezdolni uporać się z nowem zadaniem z braku wyszkolenia. Głoszono więc na wsze strony, że litotrypsja jest zabiegiem wysoce niebezpiecznym i ginie od niej więcej chorych niż po cięciu, że należy wyprowadzić z błędu publiczność, obałamuconą kłamliwemi obietnicami że Akademja powinnaby raczej zająć się wyplenieniem chwastu, który zbyt bujnie rozrósł się pod jej własnemi skrzydłami, że operacja ta w porównaniu z cięciem stanowi metodę, która tylko wyjątkowo może znaleźć zastosowanie w bardzo małej ilości przypadków, że niebezpieczeństwem grozi wprowadzenie do cewki narzędzi prostych, że chorzy, którzy szczęśliwie uniknęli śmierci po litotrypsji, zmuszeni są odbywać bardzo długą rekonwalescencję i że przeciwnie cięcie jest mniej bolesne i mniej niebezpieczne

że wreszcie jest ono dostępne dla wszystkich chirurgów, podczas gdy litotrypsja wymaga nadzwyczajnej zręczności.

Te i tym podobne twierdzenia z gruntu fałszywe opierano niestety na rozmyślnem paczeniu faktów, podrabianiu statystyki i drogą pamfletową puszczono w obieg celem ośmieszenia i zdyskredytowania metody Oczywiście Liviale i tu nie został dłużny odpowiedzi i w szeregu pism z całą bezwzględnością demaskował i piętnował swoich przeciwników. Wreszcie w sprawę tę wdała się Akademja i w r. 1833 wyłoniła komisję w osobach Boyera. Larrey'a i Double'a z poleceniem zbadania stanu rzeczy w oddziale przeznaczonym dla chorych kamicowych w szpitalu Neckera. Wysłuchawszy sprawozdania delegatów, Akademja wyniosła uchwałę, w której stwierdza całkowicie prawa autorskie Civiale'a i podnosząc jego wielkie zasługi dla sprawy leczenia kamicy, orzeka, że *„l'Académie est heureuse de pouvoir répéter et de confirmer de rechef ce quelle avançait en mars 1824 par la bouche de ses illustres rapoorteurs Chaussier et Percy"*. Otrzymał więc Civiale zupełne zadośćuczynienie za wszystkie szykany, jakie znosić musiał dlatego tylko, że epokowem swojem odkryciem wywrócił stary porządek, tak wygodny dla rutynistów. Wprost druzgocząca była dla wrogów jego opinja rzeczoznawców którzy, acz w gruncie niechętnie dlań usposobieni, musieli wyraźnie stanąć po jego stronie: *„Il nous est démontré* — piszą oni w swoim raporcie — *que M. Civiale s'est tenu dans le vrai, et que la mortalité, par suite de l'application de la lithotritie, est de 1 sur 4%, et une fraction"*. Ale ani powaga Instytutu ani też opinja biegłych nie zdołały uciszyć wzburzonych fal rozszalałej namiętności i bezprzykładna nagonka, której echa rozbrzmiewały nawet jeszcze i po śmierci Civiale'a, trwała nadal. Tymczasem Civiale pracował bezustannie nad udoskonaleniem swojego pomysłu, ogłaszał coraz to nowe dzieła i czynił wszelkie wysiłki aby metodę, w której skuteczność głęboko wierzył, udostępnić dla wszystkich Sława jego i wzięcie rosły z dnia na dzień. Nie szczędzono mu zaszczytów i odznaczeń. W r. 1834 otrzymał fotel w Akademji Lekarskiej. w r. 1847 zostały mu otwarte podwoje Instytutu, dzieła jego tłumaczono na obce języki. Oddział dla dotkniętych kamicą w szpitalu Neckera obliczony początkowo na 12 łóżek, został w r. 1856 rozszerzony do 26, zaś w r. 1864 przekształcony na ogólno-moczowy. Tu mógł Civiale prowadzić wykłady dla studentów i wykonywać obok kruszenia kamieni także wszelkie inne zabiegi urologiczne. Oddział ten, wyposażony na wsze czasy przez Civiale'a, został w roku 1890 wcielony do Uniwersytetu i funkcjonuje dotychczas, jako klinika urologiczna.

Do r. 1866 wykonał Civiale 1600 litotrypsji na ogólną liczbę 2700 chorych kamicowych. Między operowanymi figurują nazwiska aż 133 lekarzy, a wśród nich jeden z pierwszych zawdzięczał swoje ocalenie Civiale'owi słynny profesor Dubois, nestor ówczesnych chirurgów francuskich, ten sam, który zaledwie kilka lat przedtem poczytywał litotrypsję za pomysł szaleńczy.

* * *

Pod jednym tylko względem musimy przyznać słuszność przeciwnikom Civiale'a a mianowicie gdy utrzymują, że operacja kruszenia wymaga wyjątkowej zręczności Istotnie posługiwanie się prostolinijnem i skomplikowanem narzędziem Civiale'a nie było bynajmniej łatwe i tylko po dłuższej wprawie można było odważyć się przystąpić do operacji. Zlekceważenie tego kardynalnego warunku bywało niejednokrotnie źródłem rozczarowań; narażało ono operatora na fiasko, chorych zaś na wielkie cierpienia a nawet utratę życia Niemożność wprowadzenia narzędzia, drogi fałszywe, bezplanowe błądzenie po pęcherzu w daremnej pogoni za kamieniem, niefortunne lawirowanie przy usuwaniu narzędzia wskutek niedokładnej znajomości jego konstrukcji, maltretowanie ściany pęcherza a nawet przebijanie tejże wraz z wynikającemi stąd następstwami — oto niepowodzenia, jakie spotykały najlepszych nawet chirurgów, którzy dufając w swoją technikę przy operacji cięcia, lekkomyślnie próbowali szczęścia w sztuce kruszenia Te właśnie trudności w opanowaniu techniki, stanowiły słabą stronę metody Civiale'a i przyczyniły się do tego, że nie znalazła ona należytego rozpowszechnienia i byłaby może pozostała przywilejem szczupłej garstki specjalistów, a nawet uległa zapomnieniu, gdyby narzędzie było zachowało swoją pierwotną postać. To też niemałą przysługę wyświadczył sprawie tej Heurteloup wynalezieniem w r. 1832 nowego kruszydła, które nazwał *„percuteur courbe a marteau"* i które stało się pierwowzorem dla wszystkich tego rodzaju narzędzi w przyszłości. Miało ono kształt zakrzywionego cewnika metalowego i składało się z 2-ch części, u których krótsza, zwana gałęzią żeńską, wydrążona jest rynienkowato na całej długości i przeznaczona do przyjęcia drugiej gałęzi dłuższej, zwanej męską. Każda z tych gałęzi posiada na końcu pęcherzowym dziób, ustawiony pod kątem rozwartym i uzbrojony w zęby, na końcu zaś zewnętrznym zaopatrzona jest w rękojeść. Narzędzie to wprowadza się do pęcherza w stanie zamkniętym i po namacaniu kamienia rozsuwa się dzioby i chwyta ciało obce jak w kleszcze: kilka uderzeń młotka w rękojeść gałęzi męskiej wystarcza, aby kamień rozleciał się na kawałki.

Połączonemi wysiłkami chirurgów i mechaników francuskich udało się narzędzi to doprowadzić z biegiem czasu do wysokiego stopnia doskonałości. A więc rękojeści narzędzia nadano kształt wydłużonego bębna o powierzchni żeberkowatej w celu zapewnienia mocnego ujęcia pełną dłonią, Siłę młotka zastąpiono śrubą, ukrytą w oprawie na zewnętrznym końcu gałęzi męskiej i śrubę tę połączono z łatwo uchwytnem kołem, służącem do wprowadzenia jej w ruch. Na oprawie śruby umieszczono skalę, która pozwala określić średnicę uchwyconego kamienia. Aby zaś śruba nie krępowała swobody ruchów gałęzi męskiej, Civiale wpadł na wysoce dowcipny pomysł zastąpienia zwykłej nakrętki (mutry) zamkiem w postaci sprężystej nakrętki rozciętej (*l'crou brisse*), ukrytej w rękojeści gałęzi żeńskiej i dającej się łatwo otworzyć lub zamknąć zapomocą klucza. Przy ustawieniu klucza pionowem obie połówki nakrętki odskakują od śruby, gałąź męska zostaje uwolniona i może być poruszana tam i z powrotem, pozwalając na szybkie uchwycenie kamienia Do miażdżenia kładziemy klucz poziomo, połówki nakrętki momentalnie zbliżają się do siebie i wchodzą w ścisły kontakt ze śrubą, którą wprawiamy w ruch zapomocą koła. Łączenie i rozłączanie nakrętki dokonywa się jednem naciśnięciem palca Gdyby kamień okazał się za twardy, wyłączamy czasowo śrubę i uderzeniami młotka w sztyft, przymocowany do osi koła, rozbijamy go lub zmieniamy jego układ molekularny o tyle że już łatwiej poddaje się następczemu działaniu śruby. Mechanizm ten wykonany przez firmę Charriere i ulepszony przez Collin'a znakomicie przyśpiesza tempo operacji.

Rozlicznym zmianom podlegał również koniec pęcherzowy litotryptora. Najbardziej celowym okazał się dziób okienkowaty (*mors fénêtré*) pomysłu Reliqueta o szerokim otworze w gałęzi żeńskiej, okratowanym sterczącemi z obu stron zębami Otwór ten przepuszcza wszystek piasek i mniejsze odłamki, dzięki czemu narzędzie nie ulega zamuleniu, daje się łatwo zamknąć i bezpiecznie z pęcherza usunąć.

Wszystkie te ulepszenia dokonane już były około połowy zeszłego stulecia i uczyniły z litotryptora narzędzie podręczne i łatwe w użyciu. Odbiegło ono wprawdzie znacznie od pierwotnego typu, nadanego mu przez Civiale'a, lecz służyło do tego samego celu i zjednywało litotrypsji coraz to większą liczbę zwolenników. Aliści sama operacja pozostawiała jeszcze dużo do życzenia: była długa, męcząca i niepewna, szczególnie w przypadkach kamieni większych. Powstała w czasach, kiedy o środkach znieczulających nie było jeszcze mowy, wymagała ona kilku, a niekiedy nawet kilkunastu seansów, ażeby całkowicie uwolnić pęcherz od ciała obcego. Ale nawet już po wprowadzeniu chloroformu rzadko kto stosował ten środek przy kruszeniu kamienia, idąc w tem za przykładem Civiale'a. który podczas operacji uważnie śledził wrażliwość chorego i według niej odmierzał długość każdego seansu. W ciągu całego aż nazbyt nieraz długiego okresu operacyjnego pozostawione odłamki drażniły pęcherz zatykały cewkę, co niejednokrotnie zmuszało do stosowania bolesnych zabiegów. Niewiele pomagały tu płukania pęcherza przez cewnik, również nie na wiele zdały się proponowane tu i ówdzie aspiratory, których działanie było zazwyczaj wadliwe. To też z wielkiem uznaniem spotkała się reforma. której konieczność podkreślał już z naciskiem Heurteloup w r. 1857, w czyn wprowadził ją jednak dopiero chirurg amerykański Bigelow w r. 18 8. Treścią zasadniczą pomysłu Bigelowa jest uwolnienie chorego od kamienia w jednym seansie, warunkami zaś nieodzownemi dla dopięcia tego celu — uśpienie chorego dla wykonania całej operacji odrazu bez względu na czas jej trwania, rozbicie kamienia na jak najdrobniejsze odłamki i natychmiastowe ich wypompowanie. Potrzebny do tego aparat składał się z możliwie grubych litotryptorów, odpowiedniego kalibru zgłębników metalowych i pompy (aspiratora).

Po dokładnem sproszkowaniu kamienia wprowadza się do pęcherza cewnik metalowy, który zostaje połączony z pompką kauczukową napełnioną wodą. Woda wpędzona do pęcherza nagłem naciśnięciem pompy wprowadza w wir odłamy kamienia, które po ustaniu ciśnienia opadają na dno zbiornika, stanowiącego część składową pompy. Po kilku naciśnięciach wszystkie odłamki, mogące przedostać się do cewnika, zostają ewakuowane, pozostałe zaś większe należy zmiażdżyć i w podobny sposób usunąć Ponieważ główną cechą tego postępowania jest szybkie opróżnianie pęcherza z odłamków, nazwał Bigelow swoją metodę litolapaksją (*lithos* — kamień, *lapaxis* — opróżnianie). Francuzi ochrzcili ją nazwą *lithotritie a séanses prolongés* w odróżnieniu od postępowania Civiale'a — *lithotritie a courtes séances répétées*.

Śmiały pomysł Bigelowa szybko wywalczył sobie prawo obywatelstwa w Ameryce, skąd przedostał się do Europy i znalazł zastosowanie powszechne. Przyczynił się do tego w niemałym stopniu rozkwit antyseptyki, dzięki której litotrypsja stała się zabiegiem zupełnie bezpiecznym. Cenną wreszcie przysługę wyświadczyły litotrypsji nowe metody badania, które dały nam w ręce niezawodny sposób naocznego stwierdzenia, czy zabieg został wykonany doszczętnie i czy nie zachodzi potrzeba usunięcia niedokruszonego odłamka. Wziernik pęcherzowy Nitzego i promienie Roentgena wytrąciły przeto ostatnią broń tym wszystkim którzy uparcie twierdzili, że jedynym zabiegiem doszczętnym może być tylko cięcie pęcherza. Recydywa kamienia, którą, przeciwnicy litotrypsji chętnie kładą na karb kruszenia, zdarza się przecież i po cięciu, albowiem zależy ona od konstytucji chorego, której i cięcie nie jest w stanie zmienić.

Dziś dzięki wszystkim wymienionym wyżej ulepszeniom litotrypsja obleciała świat cały, i nie ma chyba zakątka kulturalnego na kuli ziemskiej, dokądby nie dotarła w swym pochodzie zwycięskim, niosąc ulgę licznym rzeszom cierpiących. Nie małą jest to zasługą dwóch koryfeuszów chirurgji moczowej a uczniów Ci-

viale'a, mianowicie Thompsona w Anglji i Guyona w Paryżu, którzy mistrzostwem wykonania zjednali litotrypsji licznych zwolenników wśród swych słuchaczy. Ma ona obecnie zastosowanie znacznie szersze niż za czasów Civiale'a i jest bezspornie operacją wyboru, gdyż, jak słusznie wyraził się Guyon, nie zna ona w rękach doświadczonych *»ni morbidité, ni mortalité«*. Dopiero w przypadkach gdzie kamień urósł do zbyt wielkich rozmiarów lub okazuje wyjątkową twardość, w przypadkach nie dającego się zwalczyć zapalenia, połączonego ze znacznem zmniejszeniem pojemności pęcherza, wreszcie wszędzie, gdzie droga do pęcherza nie jest wolną o tyle, aby narzędzie swobodnie przepuścić — we wszystkich tych rzadkich zresztą przypadkach cięcie pęcherza wchodzi w swe prawa. Nie jest to jednak ta operacja, która prowadziła do kamienia poprzez krocze i w swych licznych odmianach przetrwała niemal do końca ubiegłego stulecia, aż wreszcie poszła w zapomnienie zupełne. Mówiąc o cięciu, mam na myśli cięcie nałonowe — *sectio alta,* które wykonane po raz pierwszy przez słynnego lekarza prowansalskiego P. Franco i przezeń do publicznej wiadomości podane w r. 1561, zaś szczegółowo opisane w r. 1581 przez Rousseta, przechodziło różne koleje, zanim je wydobył z lamusa i znacznie ulepszył brat Come, który w r. 1779 dał klasyczny jego opis. Było ono jednak przez czas długi znów zapomniane i zaniedbane na rzecz tak popularnego podówczas cięcia kroczowego, aż ostatecznie zostało do praw przywrócone w końcu wieku zeszłego i pod opiekuńczemi skrzydłami antyseptyki próbowało nawet zmierzyć się z litotrypsją, będącą już wówczas w pełnym rozkwicie. Próba ta jednak wypadła dla cięcia niekorzystnie, albowiem pomimo znacznych ułatwień w technice wykonania należy ono do zabiegów ciężkich i daje jeszcze dziś dość wysoką śmiertelność. Dlatego też musiało zadowolić się drugiem miejscem w arsenale leczniczym kamienia pęcherzowego i znaleść zastosowanie tylko w przypadkach, nienadających się do kruszenia. Postulat ten, wysunięty już przez Civiale'a i obecnie uznany jednomyślnie przez wszystkie ciała lekarskie za jedynie słuszny, nie jest niestety dość przestrzegany, i dziś jeszcze giną od cięcia ludzie nawet wtedy, gdy operacja wewnątrzpęcherzowa mogłaby być wykonana ambulatoryjnie bez żadnego niemal ryzyka. Należy jednak spodziewać się, że to niczem nieusprawiedliwione uprzedzenie do litotrypsji, mające niewątpliwie swe źródło w braku należytego wyszkolenia, minie wreszcie ku wielkiemu pożytkowi cierpiących. Paralelę między obu temi postępowaniami trafnie przeprowadził Cathelin i wyraził zręczną grą słów, które ujął w następujący aforyzm: *»La lithotritie est une petite affaire pour le malade mais une grosse affaire pour le chirurgien, tandis que la taille est une petite affaire pour le chirurgien mais une grosse affaire pour les malades«.*

U nas kruszenie kamienia wykonał po raz pierwszy Lebrun w r. 1884 w szpitalu Dzieciątka Jezus, posługując się narzędziem Heurteloup, i po pięciu seansach otrzymał wynik pomyślny. Przez dłuższy czas jednak stosowano tę operację tylko wyjątkowo. Na szersze wody wypłynęła ona dopiero dzięki J. Kosińskiemu, Wł. Orłowskiemu, W. Sankiewiczowi i W. H. Krajewskiemu, którzy korzystali już z narzędzi udoskonalonych i metodyki nowoczesnej i coraz częściej oddawali pierwszeństwo tej metodzie operacyjnej przed cięciem. Niepospolitą biegłością wykonania oraz doskonałemi wynikami szerzyli oni kult dla Civiale'a wśród młodego pokolenia lekarzy i zapewnili jej prawa obywatelstwa w Polsce.

Oddając hołd Civiale'owi za to, że sto lat temu ideę poczytywaną przedtem za utopię w czyn wprowadził i stworzył podwalinę dla nowej a tak zbawiennej metody leczniczej, że z wielkim zapałem w ciągu całego życia pracował nad jej udoskonaleniem, utrwaleniem i rozpowszechnieniem; że wreszcie potrafił zwycięsko odeprzeć zakusy odnarodowienia wynalazku, będącego bezsporną chlubą chirurgji francuskiej, sądzę że najgodniej uczczę pamięć tego zasłużonego męża, jeżeli na zakończenie przytoczę tu własne jego słowa wypowiedziane w przedmowie do dzieła *»De la lithotritie«* (1827) i *»C'est en France que la lithotritie a été créée, et que ses succès ont constaté son importance«.*

Przegląd piśmiennictwa.

Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.

Nr. 8.

Snapper. **O metodzie spektroskopowej wykazywania obecności krwi w kale.** Metody barwne dla wykazywania obecności krwi w kale, jak próba guajakowa, benzydynowa i pyramidonowa, oparte na obecności oxydazy w hemoglobinie są źródłem wielu błędów:

1) ponieważ nie są specyficzne dla hemoglobiny i mogą dawać wyniki dodatnie przy obecności innych ciał zawierających oxydazy.

2) ponieważ związane są z obecnością żelaza w hemoglobinie i mogą wypaść ujemnie tam, gdzie podczas pasażu przez jelita, została ona rozłożona na pochodne, pozbawione żelaza, jak n. p. porfiryna.

Badanie spektroskopowe, wykazując swoiste widma dla hemoglobiny jak i jej pochodnych, usuwa możliwość błędów. Ujemną stronę tej metody t. j. mniejszą czułość od prób barwnych usunąć można przez dodanie $^1/_4$ objętości pirydyny i kropli roztworu siarczanu amonowego do kału, zadanego poprzednio acetonem dla usunięcia wody i substancyj barwnych, odsączonego i roztartego z kwasem octowym.

Przy zastosowaniu powyższych przepisów, metoda spektroskopowa nie ustępuje próbie benzydynowej pod względem czułości.

Wykazanie obecności porfiryny w stolcu jest ważne zwłaszcza tam, gdzie większa część hemoglobiny uległa rozpadowi, tak, że pomimo znacznego krwawienia próby barwne dają wynik słabo dodatni. Zjawisko to zauważyć można często przy obecności raka w przewodzie pokarmowym.

Dla powstania porfiryny z hemoglobiny koniecznym jest jednak dopływ żółci do jelita.

O ile chodzi o znaczenie praktyczne wykazywania obecności drobnych ilości krwi w stolcu, to jest ono niewielkie dla rozpoznania wrzodu okrągłego żołądka. Wedle statystyki autora u 25% chorych z wrzodem okrągłym żołądka krwawień ukrytych nie stwierdzamy: naodwrót wykazać je można u 40% chorych na inne cierpienia, jak kamienie żółciowe, nieżyt worka żółciowego, miażdżyca tętnic i t. d.

Stwierdzenie stałej obecności małych ilości krwi w kale ma jednak wielką wartość dla rozpoznania guzów złośliwych przewodu pokarmowego.

Należy jednak pamiętać, że niekiedy, (według autora w 16% przypadków) cała ilość hemoglobiny może zostać rozłożona aż do porfiryny.

Zdaniem autora nieobecność widma spektroskopowego porfiryny w kale przemawia przeciw sprawie nowotworowej przewodu pokarmowego.

Fr. Montier. **O perforacji wrzodów żołądkowo-dwunastnicowych.** Przedziurawienie wrzodu okrągłego żołądka jest zjawiskiem złożonem, w którem gra rolę tak czynnik mechaniczny jak i infekcyjny. Może ono przebiegać ostro jako nagłe pęknięcie do wolnej jamy otrzewnowej, lub zwolna, przy równoczesnem tworzeniu się zmian kompenzacyjnych w otoczeniu.

Przebieg ten uwarunkowany jest przez wiek wrzodu, stopień zakażenia, intenzywność krwawienia i obrzęku w tkankach. Wrzód zabliźniony może uledz przedziurawieniu, bądź z przyczyn mechanicznych, bądź przez zaostrzenie sprawy zapalnej, dzięki zachowanym w bliźnie drobnoustrojom.

Każdy wrzód zwłaszcza przedziurawiony, należy uważać za zakażony. Fakt ten tłumaczy niektóre powikłania pooperacyjne, jak też zaostrzenia sprawy chorobowej, występujące niekiedy po długich okresach spokoju.

Nr. 9.

P. Duval, J. Gatellier, H. Béclére. **O radjografji z profilu dla odróżnienia cieni pochodzących od kamieni nerkowych i żółciowych.** Zdjęcia radjograficzne z profilu pozwalają odróżnić cienie kamieni nerkowych od żółciowych. Te ostatnie umiejscowione są przed trzonami kręgowemi, tuż pod oponami brzusznemi podczas gdy cienie kamieni nerkowych zarysowują się na tle trzonów. Wyjątek stanowią przypadki hydronefrozy ze zmianą położenia nerki ku przodowi, przy których cienie kamieni mogą być zbliżone do tych, które znajdujemy przy kamicy żółciowej.

Podobne umiejscowienie cieni mogą dać również zwapniałe gruczoły przy-okrężnicowe.

A. Weiss i P. Porcher. **O zmianach anatomiczno-fizjologicznych w odcinku końcowym przewodu pokarmowego, wywołanych przez usunięcie okrężnicy.** Operacyjne usunięcie okrężnicy, częściowe lub zupełne, wywołuje po pewnym czasie mniej lub więcej wyraźne zmiany morfologiczne w zakresie końcowego odcinka jelita cienkiego, jak i w zakresie, kiszki prostej.

Autorowie poddali badaniom radjologicznym szereg chorych, u których przed kilku, względnie kilkunastu miesiącami wykonano kolektomję i stwierdzili u wszystkich znaczne rozdęcie końcowego odcinka jelita cienkiego, zaś w jednym przypadku ogromne rozszerzenie ampullae recti. Powyższe części jelita musiały bowiem objąć fizjologiczną rolę kątnicy

i esicy, a to zatrzymywanie treści w celu zagęszczenia i uformowania jej.

Autorowie przypuszczają że pod wpływem zmnienionej roli w procesie trawienia, muszą również w strukturze histologicznej śluzówki końcowego odcinka jelita cienkiego zajść głębsze zmiany. Fakt, że występujące w pierwszych tygodniach po operacji biegunki ustępują z czasem samoistnie, świadczyłby za zmniejszeniem wydzieliny gruczołowej, a nabyciem zdolności resorbcyjnych przez błony śluzowe tego odcinka jelita.

Z. Czeżowska (Lwów).

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Nr. 3. 1925.

Laurent. **Leczenie epithelioma twarzy wstrzykiwaniami formolu** Autor otrzymuje dobre i szybkie zbliznowacenie przy epithelioma twarzy wstrzykiwaniami formolu. W obserwacji ma kilka przypadków, które leczył w ten sposób przed 14-tu laty. Świeżo obserwował 2 przypadki, które były poddane radjoterapji bez widocznej poprawy, tymczasem formol sprowadził zbliznowacenie po 8 tygodniach. Zastrzykuje formol kropelkami u podstawy ogniska chorobowego po poprzedniem znieczuleniu miejscowem. W taki sposób udaje się niekiedy szybciej otrzymać zbliznowacenie niż naświetleniami.

Parturier. **Kolka wątrobowa, ciąża i odporność.** Podczas gdy ciąża stwarza predyspozycję do cholecystitis, a zwłaszcza do kamicy żółciowej, autor zrobił spostrzeżenie, że kolka wątrobowa jest nadzwyczaj rzadka podczas ciąży, aż do okresu po porodzie, kiedy to ona zdaje się dosięgać swego maximum częstości u kobiety. Autor starał się sprecyzować związek ciąży z objawami bolesnemi kolki żółciowej i badał szczegółowo w tym celu 25 chorych. U 3 chorych (11,5%) autor stwierdził, że kolka lub jeden z objawów zaczynały się podczas ciąży, u 23 (88,5%) kolka wątrobowa istniejąca przed ciążą uległa podczas ciąży przerwie, ażeby powrócić z silniejszem nasileniem po porodzie.

Podobne spostrzeżenia dla pewnych chorób zrobili inni autorowie.

Widal, Abrami i Gennes (Presse Medicale 1922) spostrzegali znikanie zupełne objawów astmy podczas ciąży i nawrót tychże po porodzie.

Prof. Sergent (Konfer. międzynarodowa w Lozannie 1924 r.) często obserwował zahamowanie pochodu gruźlicy podczas ciąży i rozwinięcie się jej szybkie i gwałtowne po porodzie.

Prof. Lépine komunikuje, że ciąża wywiera hamujący wpływ na napady epileptyczne.

Z powyższego widać, że rzadkość pewnych chorób i szoków anafilaktycznych podczas ciąży przeciwstawia się ich częstości po porodzie.

Stan tej szczególnej odporności zależy zapewne od zmian w wewnętrznem wydzielaniu. Nieczynność jajnika, a zwłaszcza wydzielina ciałka żółtego, pozostającego czynnem przez cały czas ciąży, odgrywa rolę ważniejszą i ogólniejszą, niż to myślał początkowo Frank R. (1922), przypisując jej jedynie powodowanie odporności miejscowej na śluzówce macicy. Oprócz nich działa tutaj cały system gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (a zwłaszcza tarczyca), powodując głębokie zmiany wegetatywnego systemu nerwowego.

Autor — opierając się na swych badaniach — sądzi zgodnie z Garrelon, Santenoise i Finel, że organizmy wagotoniczne są bardziej wrażliwe na trucizny i szoki anafilaktyczne, organizmy zaś sympatykotoniczne są bardziej odporne.

Kończąc autor przeprowadza analogję między kolką wątrobową i szokiem proteinowym.

Nr. 6. 1925.

Marinesco i Paulian. **Rozbiór anatomokliniczny jednego przypadku cukromoczu akromegalicznego z zmianami w tuber cinereum.** Patogenja cukromoczu, obserwowanego w połowie przypadków akromegalji weszła w nowy okres od czasu badań Camus, Gournay i Grand'a, ogłoszonych w roku zeszłym w biuletynach Akademji Medycznej.

Autorzy ci na podstawie licznych doświadczeń doszli do wniosków:

1) uszkodzenie tuber cinereum jest zdolne do wywołania cukromoczu bardziej trwałego i ważnego, niż cukromocz przez ukłucie klasyczne Claude Bernarda;

2) ośrodek, którego uszkodzenie wywołuje cukromocz jest jądrem paraventricularnem, położonem w sąsiedztwie jądra własnego tuber cinereum. Sąsiedztwo tych dwu jąder pozwala myśleć, że one oba mogą odgrywać rolę w cukrzycy. Możliwe, że jeden warunkuje polyurję, drugi glikozurję, objawy które mogą przebiegać bądź łącznie, bądź oddzielnie.

Marinesco i Paulian podają szczegółowe badanie kliniczne i anatomopatologiczne jednego przypadku akromegalji z cukromoczem u kobiety 55-letniej. Autorzy znaleźli znaczne zmiany chroniczne i podostre w tuber cinereum. Na podstawie badań tych autorzy dochodzą do wniosku, że rola tuber cinereum w fizjologji patologicznej cukrzycy u osobników dotkniętych akromegalją jest niezaprzeczalna.

Prof. Gillot. **Nowy sposób profilakcji kokluszu** Zabieg profilaktyczny. Autor podaje bardzo prosty, wygodny i przystępny dla wszystkich lekarzy praktyków sposób zapobiegania kokluszowi. Polega on na injekcji podskórnej całkowitej krwi ludzkiej dzieciom w środowiskach epidemicznych.

Autor używał zwykle w tym celu 2—5 cm³ krwi ojca lub matki dziecka, niezależnie od tego, czy przechodzili oni koklusz, czy też nie. Podczas silnej epidemji kokluszu w roku ubiegłym w Algierze badanie swe przeprowadził na klinice dziecinnej w Algierze i doszedł do wniosków:

1) wszystkie dzieci, którym wstrzyknięto krew przed okresem kataralnym (zdrowe), były zabezpieczone przed chorobą;

2) te dzieci, którym wstrzyknięto krew w okresie kataralnym, przebyły koklusz nadzwyczaj złagodzony;

3) injekcje robił jednorazowo w ilości 2 do 5 cm³.

K. Tyszka (Lwów).

Annales of Surgery.

T. LXXX/6 1924.

Baufard Janes. **Czerniak łożyska paznokcia (melanoma).** Trzy przypadki czerniaka łożyska paznokcia palucha, na tle urazu, mianowicie: po urazie rozwinęła się sprawa przypominająca zanokcicę, — leczenie jednakowoż, jak dla spraw zapalnych było bezskuteczne; dopiero przepaleuie lub wyłyżeczkowanie doprowadzało do wygojenia; atoli w krótkim stosunkowo czasie tworzy się w tem samem miejscu owrzodzeuie, pokryte granulacjami, — szybko rozszerzające się, zawierające ograniczone pola ciemne (barwikowe). Przy wycięciu próbnem stwierdzono pod drobnowidem obraz »melanoma«; wykonano przeto amputację palca; niedługo jednak potem ukazały się przerzuty w różnych okolicach, szybko rosnące, choć nie zawsze zawierające charakterystyczny dla »melanoma« barwik. Wszystkie przypadki skończyły się śmiertelnie.

Autor zwraca uwagę, że czasem czerniak łożyska paznokcia bardzo przypomina zanokcicę, lecz przebiega bardziej przewlekłe i zawiera barwik, — dalej zaznacza, że rozpoznanie należy postawić szybko, zwłaszcza przy pomocy drobnowidu, by móc wcześnie zastosować leczenie doszczętne i nie dopuścić do uogólnienia sprawy.

Witt Andrus. **Sposób leczenia złamania trzonu kości udowej.** Autor przymocowuje sznur z ciężarem do deseczki, leżącej w pętli z opaski, przytwierdzonej do podudzia powyżej kostek; następnie drugą pętlę z opaski, lub kompresu zakłada na podudzie; sięga ona od kostek do główki strzałki, a uwieszona jest na cienkim drążku z którego obu końców biegnie sznur ku górze, przechodzący przez krążek, posiadający ciężar; ponieważ pierwsza siła ciągnie udo przy nodze w ułożeniu półzgięcia w kolanie w kierunku linji poziomej, druga zaś działa prostopadle do niej mianowicie ku górze, to wypadkowa tych sił działa w kierunku ułożenia uda; 3-cia wkońcu pętla założona jest na dolną część uda; — od niej biegnie sznur, przechodzący przez krążek, — biegnący następnie ponad głową i zwisający ku dołowi przez drugi krążek; sznur obciążony jest ciężarem przy części łóżka głowowej; ta pętla ma za zadanie przy złamaniu dolnej $^1/_3$ części

uda ciągnąć górny koniec obwodowego odłamka do linji odłamka górnego. Dodać należy, że krążki, przez które przechodzą sznury dwu ostatnich pętli są przymocowane do drewnianej listwy, która na dwu kółkach może się poruszać wzdłuż osi długiej łóżka, — na sztabie żelaznej, przytwierdzonej do drewna nad łóżkiem. Ta kombinacja ciężarów i sił umożliwia ewentualne poruszanie się chorego, nie burząc kierunku ani siły ciągnienia; jeżeli naprzykład chory podciągnie się ku głowowej części łóżka, przesuwa się równocześnie nad nim drążek z krążkami, utrzymując krążki w tym samym, co zawsze stosunku do pętli. Tak więc pielęgnowanie chorych jest znacznie dostępniejsze tu, niż przy innych metodach wyciągu. Metodę powyższą stosował autor w 11-tu przypadkach; w 8-miu prześwietlenie wykazało ułożenie odłamków zadowalające, — w 3-ech zaś, trzeba było zastosować wyciąg dodatkowy; wynik był dobry. Ciężar dla pętli dolnej u dorosłego mężczyzny wynosił 24 funtów, — dla środkowej $10^1/_2$ funta, — dla górnej 12 funtów; jeżeli prześwietlenie wskaże, że ułożenie odłamków jest dobre, można po 2—3 dniach, usunąć $^1/_3$ ciężaru. — Czas stosowania wyciągu wynosił przeciętnie 33 dni.

Georg Wlsey. **Późny nawrót po doszczętnem usunięciu raka piersi.** W. podaje 4 przypadki nawrotu raka piersi; w dwu przypadkach nawrót powstał w tem samem miejscu w 12 i 11 lat po pierwotnym zabiegu; w trzecim przypadku w 16 lat po zabiegu w drugiej piersi; — w czwartym przypadku w 16 lat po zabiegu powstały przerzuty w jamie brzusznej, — natomiast nawrotów w tem samem ani przerzutów w drugiej piersi nie było. Autor przytacza niektóre daty statystyczne nawrotów raka piersi, stwierdzające, że nawroty te są niejako regułą, tylko czas ich wystąpienia zależy od doszczętnego usunięcia pierwotnego guza wraz z gruczołami i pooperacyjnego naświetlania.

Clyde Roeder. **Ulepszony sposób aseptycznego zespolenia jelita.** Jelito zostaje zmiażdżone na szerokość około 0·5—1 cm., w dwu miejscach pod kątem 50°, najlepiej zaciskadłami Doyena; następnie zakłada się w zmiażdżone miejsca po dwa wązkie zaciskadła; jelito między niemi, jakoteż krezkę, przynależną do części mającej być usuniętą, po podwiązaniu kilkoma podwiązkami przecina się żegadłem; wzdłuż brzegu zmiażdżonych miejsc na granicy z częścią zdrową zakłada się ciągły szew materacowy z cienkiego a silnego jedwabiu, którego końce z obu stron, po ukończeniu szwu, zostają przetarte wacikiem napojonym czystym fenolem; — zapomocą więc tego szwu, zbliża się oba końce pętli jelitowej; jest to szew czasowy; końce jego pozostawia się w zaciskaczu; ponad szwem, czyli obwodowo od niego leżą obie zmiażdżone części jelita (wraz z zaciskadłami wązkiemi), które odcina się żegadłem w pewnej odległości od szwu. Ponad linją złączenia zakłada się szew Lemberta, — następnie czasowy szew materacowy przecina się u jednego końca i wyciąga. Światło zamknięte zmiażdżonemi końcami jelita, przywraca się zapomocą palca wskazującego i kciuka, otwierając zespolenie, mające zwykle wystarczającą szerokość.

Archives of Surgery.
Marzec 1924.

Brooks a. Jostes. **Opis nowej metody badania krążenia kończyn.** Autorowie mierzą temperaturę tkanek zapomocą galvanometr-termometru, mianowicie: pokój zamykają, oznaczają jego ciepłotę, — miejsce na kończynie znaczą jodyną, napajają $^1/_2$% procainą, wkłuwają podskórnie igłę termometru i odczytują galvanometr. Jeżeli teraz założy się opaskę Esmarcha, ciepłota opada, — po usunięciu natomiast opaski znowu się podnosi. (Zależne to jest od zamknięcia czy otwarcia światła tętnicy).

Badania te przeprowadzono na 18 osobach i stwierdzono, że:

1) u osób, u których tętnice były normalne, ciepłota opadała po zamknięciu tętnic, — wznosiła się zaś natychmiast po otwarciu ich.

2) u osób, których tętnice nie były normalne t. j. patologicznie zwężone (miażdżyca, zgorzel) ciepłota po zamknięciu krążenia opadała, — po otwarciu zaś podnosiła się, ale dopiero w 2—7 minut, lub wogóle się nie podnosiła. Z tego wynika, że różnica w szybkości podnoszenia się ciepłoty tkanek leżących obwodowo od zamknięcia tętnicy jest wskaźnikiem wielkości zwężenia tejże. Różnice światła tętnic są uwidocznione w pracy kilku roentgenogramami.

Simon H. **Ropień Brodiego.** A. przedstawia 26 przypadków swoich i 13 z kliniki Mayo. Ropień Brodiego jest to ognisko zakaźne w części gąbcz. kości długich, blizko linji nasadowej niewytłumaczonego pochodzenia; trwać może bardzo długo w utajeniu z powodu odporności ustroju i otoczenia ropnia wałem sklerotycznym, mogąc się stać czynnym przez uraz lub ostre zakażenie. Jego objawy są: ból, często rozszerzenie w kości, — ciepłota normalna, — rzadko leukocytoza; przytem ropień ten ma rzadko skłonność do tworzenia martwiaków i przebicia. Przy różnicowaniu należy mieć na uwadze: zapalenie kości stwardniające włókniste (ciepłota, leukocytoza, — usadawia się raczej w środku kości i t. d.) zapalenie okostnej i kości kiłowe (Wa., — wywiady).

Cysty kości (brak bolu, — Roentgen i t. d.).

Gruźlica (Ropień zwykle mniejszy, okostna naokoło mało, lub nie zgrubiała, ma tendencję do przebicia i t. d.).

Leczenie: wyłyżeczkowanie i drenaż.

Bucket. **Aseptyczny szew jelit.** B. wspomina krótko autorów zajmujących się poprz. asept. szwem jelit i przedstawia swój pomysł: naczynia krezkowe na przestrzeni, która ma być wycięta zostają podwiązane i przecięte; następnie autor przecina jelito między dwoma podwiązkami z silnego jedwabiu, żegadłem, — oba końce wpukla jak wyrost. robaczk., — i w tem położeniu ustala, wiążąc końce silnym jedwabiem, potem oba końce znowu odcina żegadłem tak, że teraz w każdym mamy podwójną ścianę, mianowicie: ścianę jelita zdrowego, związanego jedwabiem tuż przy cięciu, — a wewnątrz kawałek wpuklony, utrzymany w tem położeniu przez wspomianą podwiązkę jedwabną., ale już nie będący dalszym ciągiem ściany jelita zdrowego, ponieważ część się odcięło żegadłem II. — Następnie zakłada się szereg szwów z cienkiego jedw. na oba końce, najpierw luźno, potem się ściąga, — przyczem otrzymujemy następujące stosunki: oba końce jelita połączone a w środku wolno odcięte kawałki wpuklonych poprzednio końców, które przez lekki ucisk nad linją szwów, przesuwają się niżej, otwierając tem samem światło zszytego jelita.

Autor podaje rysunki, które znacznie ułatwiają zrozumienie metody. Doświadczenia przeprowadzał na psach, które po operacji szybko zdrowiały. Jako zalety metody podaje: pojedynczość zabiegu, bezpieczeństwo przed zakażeniem, — możność zastosowania operacji na jelicie cienk. i gr. bez zastosowania specjalnego materjału i narzędzi.

Kolodny A. **Pierwotny wielokrotny śródbłoniak kości.** Mężczyzna lat 48 ma silne bóle w biodrze lew., — nodze praw., — i między łopatkami. Badaniem stwierdza się: guzy na obu łopatkach, nad kostką zewnętrzną, prawą, — i na lewym guzie siedzeniowym. Badaniem mikroskopowem rozpoznano: pierwot. wielokrot. śródbł. Autor zaznacza, że przy różnicowaniu należy pamiętać o raku z przerzutami (badanie mikroskopowe).

Cutler i inni. **Zwężenie ujścia żylnego lewego.** Po omówieniu objawów klinicznych i zabiegów w zakresie serca, przechodzą autorowie do opisu swych doświadczeń:

a) Zamknięcie krążenia: po otwarciu worka osierdziowego, uciskają duże naczynia i stwierdzają, że serce mimoto pracuje nadal do 8 minut; jednak jeśli krążenie jest zamknięte dłużej niż 3 minuty, to chociaż później wraca do normy i serce prawidłowo pracuje, zwierzę ginie do kilku dni w objawach sztywności stosu i mięśni, — czyli, że centralny system nerwowy a zwłaszcza komórki piram. kory, mają mniejszą odporność na zatrucie niż inne tkanki.

b) Stworzenie zwężenia zapomocą szwu i radu: po otwarciu worka osierdziowego, zakładają szew jedwabny na końcu serca, zapomocą którego trzymają serce nieco wyciągnięte, następnie zakładają szew w okolicy pierścienia uszk.-komór, chcąc w ten sposób spowodować zwężenie; jednak po zabiegu zamiast szmeru rozkurczowego lub przedskurczowego, stwierdzano szmer skurczowy, który stale się zmniejszał i po kilku tygodniach znikał; przy sekcji znajdywano zastawki normalne,

szwu brak. Ponieważ więc to się nie udawało, poczęli stosować emanację radu mianowicie: wkładano 4—12 ziarenek radu na podstawę pierścienia dwudzieln. Żaden pies nie zniósł radu dłużej nad 3 miesiące, — a po zabiciu stwierdzano reakcję w tem miejscu, w postaci obrzęku i przekrwienia, zwężenia natomiast pierścienia nie było.

c) Zabiegi przy pomocy noża bez przerywania krążenia: wprowadzają w okolicę części tylnej pierścienia uszk.-komor. komory lewej nóż (na końcu zakrzywiony, mający ostrze po stronie wklęsłej, na długiej rączce), — dochodzą do zastawek, które przecinają; po zabiegu słyszalny szmer skurczowy. Zwierzęta szybko przychodziły do zdrowia. Używają także specjalnego »valvulotomu«, składającego się z dwu części, wchodzących w siebie przez uciśnięcie trzonka, którego koniec w kształcie piramidy jest ostry, — blizko zaś wierzchołka znajduje się wcięcie w obu częściach, które przez uciśnięcie trzonka zmniejsza się i jeżeli w niem znajdzie się jakaś tkanka, przetnie ją i usunie do wnętrza trzonu. Po nacięciu więc lewej komory w wierzchołku serca wprowadzają przez nacięte miejsce »valvulotom« kierując go ku zastawce; jeśli część zastawki wejdzie do wcięcia »valvulotomu« uciskają trzon wycinając część zwężonej zastawki, po wyjęciu »valvulotomu«, zakładają szew w miejscu naciętem. Poza doświadczeniami na zwierzętach, wykonali autorowie ten zabieg w 4-ch przypadkach zwężenia ujścia żylnego lewego u ludzi; mianowicie:

1. Przyp. — dziewczynka lat 11, cierpiąca na brak tchu, ataki krwioplucia, — badaniem stwierdzono typowe objawy zwężenia. Leczenie wewnętrzne bez skutku. Wykonano «valvulotomję«: z cięcia podłużnego od rękojeści mostka do $^1/_2$ odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, otwarto worek osierdziowy od przodu i dołu, przecinając na pewnej przestrzeni przeponę; następnie między dwoma szwami, za które przytrzymywano serce, nacięto mięsień komory lewej, wprowadzono »valvulotom« i wycięto część zastawki; założono szew na ranę mięśnia sercowego i zamknięto worek osierdziowy, do którego wlano 20 cm roztworu fizjolog. Na Cl. — Po operacji szmer rozkurczowy nad końcem serca pozostał, a skurczowy stał się silniejszy; dziecko szybko wraca do zdrowia, — żyje już rok po zabiegu, ma się dobrze.

W przypadku 2, 3 i 4-tym przypadku wykonano podobny zabieg. — wszystkie jednak skończyły się śmiercią, mianowicie: w 2-gim śmierć nastąpiła wskutek wady sercowej, która zabiegiem nie dała się usunąć, — w 3-cim stwierdzono na sekcji krwotok do worka osierdziow., pewnie wskutek stałego krwawienia ze zrostów serc. osierdz., — w 4-ym śmierć nastąpiła w sześć dni po zabiegu wskutek obustronnego zapalenia płuc, — czyli jest 75% śmiertelności, jednak nie wskutek samego zabiegu, lecz czynników następowych.

Janik (Lwów).

Annales de Médecine légale.

Nr. 4. 1924.

M a r t i n. **Projekt organizacji medycyny sądowej we Francji.** Ponieważ we Francji jest za mało specjalistów do rozstrzygania zawiłych spraw sądowych radzi autor ustanowić prócz lekarzy sądowych z dyplomami medycyny sądowej i psychjatrji specjalistów konsultantów. Wynagrodzenie lekarzy sąnowych, obecnie tak małe, możnaby powiększyć z pomocą urzędów miejskich, sędziowie zaś powinni zawsze wzywać przedewszystkiem lekarza sądowego jako znawcę.

D u v o i r. **T. zw. zapalenie nerek urazowe.** Mimo że teoretycznie zapalenie nerek urazowe dałoby się przyjąć, (po zranieniu nerki, urazie w okolicę lędźwiową, wstrząśnieniu całego ciała), zwłaszcza że w drugiej nerce niejednokrotnie po jednostronnym urazie występuje także zapalenie, to jednak praktycznie niema to większej wartości gdyż nie znało się stanu każdej nerki przed urazem; także opisywane przypadki nie dają pewności w tym względzie. Z punktu widzenia sądowo-lekarskiego jednak należy uznać, że wypadek może powodować zapalenie nerek, przedewszystkiem zaś może je pogorszyć. Co do niezdolności do pracy to ona waha się przy zapaleniu jednostronnem od 0—30%, przy obustronnem od 30 do 50%, a nawet do 70%, zależnie od wpływu zapalenia nerek na stan ogólny i od jego charakteru.

G a d i o t i H e y d e n. **Uproszczony sposób sądowej fotografji metrycznej.** System fotografi Bertillona jest mało używany z powodu znacznej ceny potrzebnych instrumentów. Heindl (Holandja) podał nową metodę fotogrammetrji bez specjalnych instrumentów, przy pomocy kwadratu o znanych wymiarach, który umieszcza się na podłodze w miejscu zdjęcia i z wielkości powstałego na odbitce trapezu można oceniać odległości i wielkość fotografowanych przedmiotów. Opierając się na metodzie autorowie podają swoją nową, używając dwu kół o znanych promieniach, które rysuje się na podłodze i przy pomocy prostych rysunków z elips na odbitce można określić wielkość każdego przedmiotu. Ma wyższość nad sposobem Heindla, że aparat fotograficzny nie musi być ustawiony równolegle do podłogi.

Annales de Medicine legale.

Nr. 5.

V e r v a e c k. **O postępowaniu wobec winowajców.** Mimo ostatnich badań na polu kryminologji i mimo uchwały w duchu nowoczesnem, nie postępuje się wobec winowajców przy wymiarze kary w myśl zasad ochrony socjalnej i profilaksji kryminalnej i nie uwzględnia się na równi z wielkością przewinienia indywidualności przestępcy, Częściowa zmiana postępowania karnego w tym duchu jest projektowana w Belgji. Ewolucja ujęcia kary przedstawia się w sposób następujący:

Początkowo celem było ukaranie i odpokutowanie, potem zaprowadzono tylko więzienie, wreszcie i to więzienie ograniczono tylko do pozbawienia wolności. Prócz ukarania starano się też odstraszyć winowajcę od recydyw; dotychczasowe jednak kary przeważnie zupełnie mijały się z tym celem. Według nowej koncepcji antropologicznej leczy się więźniów fizycznie i moralnie według dyrektyw na podstawie analizy ich osobowości, oddzielając osobniki chore i anormalne od normalnych. Celem obecnego więzienia jest nie tylko być domem pokuty, rozmyślań ale i domem pracy, szkołą, szpitalem, sanatorjum, lub też schroniskiem bezpieczeństwa. Autor zwraca uwagę, że łatwo przy obecnym stanie rzeczy, umysłowo chory bywa wypuszczany z więzienia, gdy przejdą jego cięższe objawy chorobowe; z punktu widzenia ochrony socjalnej w większej ilości przypadków takie osobniki należy dłużej zatrzymywać, lub przynajmniej otaczać opieką. Między chorymi umysłowo musimy odróżnić dwie grupy: 1) których trzeba leczyć (manja, melancholja, delirjum, dementia precox, paralisis gener., dementia senilis); 2) antisocjalnych, do których należą przedewszystkiem psychopaci konstytucjonalni i do których się zbliżają debile, degeneraci dziedziczni i imbecile. Małą grupę stanowią monomani, toksykomani, neuropaci, histerycy i epileptycy, rzadko neurastenicy. Z tych grup jedni są niebezpieczni ze względu na ich konstytucjonalne dążności, inni w następstwie reakcji zbrodniczych wywołanych przez ich choroby umysłowe. Należy więc postępować z nimi rozmaicie; względem jednych, którzy zawsze będą nienormalni, należy stosować wychowywanie i ochronę społeczną, względem drugich leczenie psychjatryczne. Według statystyki jest więcej, bo do 70% antysocjalnych przestępców niż chorych umysłowych. Projekt nowej ustawy o postępowaniu wobec przestępców we Francji atakuje stanowczo niekorzyść umieszczania degeneratów i psychopatów konstytucjonalnych wraz z chorymi umysłowo, co się często dzieje z różnych powodów. Projekt belgijski, mający znacznie więcej zalet, jest według autorów doskonały.

V e r g e r i L a n d e. **Tabes a wypadki przy pracy.** Autorowie wychodząc z ogólnego zapatrywania, że niema tabes bez lues, uważają, że żaden uraz żadnego rodzaju nie może wywołać tabes i to nietylko u nieluetyka, ale także u luetyka bez objawów tabetycznych; u tabetyka jednak urazy mogą wywoływać objawy, które byłyby nie wyszły na jaw bez urazu, lub też ujawniając pewne objawy zwracają uwagę na objawy luetyczne. Do najczęstszych następstw urazu należą u tabetyków złamania, które łatwo przychodzą do skutku wobec zmian w kościach, artropatje, również ataksja, która może się też ujawnić po wypadku. W ogłoszonych przez autorów przypadkach wypadek ujawnił dotąd niewidoczny wiąd.

Przy rozważaniach sądowo-lekarskich należy upewnić się o diagnozie wiądu przed wypadkiem a oceniać nie samą chorobę, tylko bezpośrednie i pośrednie następstwa wypadku, choroby bowiem za jego konsekwencję uważać nie można; uraz natomiast może w tych wypadkach działać pogarszająco.

Parisot i Lucien. **Spostrzeżenia sądowo-lekarskie nad rzadkiemi lub nietypowemi kształtami błony dziewiczej.** Rozważając rozwój embrjologiczny błony dziewiczej, podają autorowie genezę form rzadkich i atypowych i na tej podstawie a także według własnej statystyki uważają formę płatową za najbardziej normalną i najczęstszą. Jako formy nietypowe ze stanowiska sądowo-lekarskiego określają wszystkie te, które dają powód do mylnych sądów, a więc te, przy których albo wskutek obecności wrębów wrodzonych fałszywie rozpoznano deflorację, lub gdy mimo coitus błona dziewicza jest nietkniętą. Autorowie podają środki pomocnicze djagnostyczne, ogólnie jednak znane by uniknąć tych błędów.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

Nr. 12. 1924.

Bachmann. **Pomiary antropologiczne i ich znaczenie dla higjeny wieku dziecięcego i niemowlęcego.** Ocenianie wieku dziecka na podstawie różnych zestawień długości ciała i wagi nie daje dobrych wyników, gdyż zestawienia te albo są robione na materjale dzieci dobrze rozwiniętych (Camerer) lub dzieci proletarjatu (Nicefor). Przy porównywaniu dzieci co do rozwoju należy brać pod uwagę nietylko rok, ale i dzień urodzenia, ewentualnie należy brać poprawkę z obliczonego przyrostu miesięcznego. Pomiary muszą się odbywać u znacznej ilości osobników w tej samej porze dnia, dzieci muszą być zdrowe, tej samej rasy i tej samej warstwy społecznej. Z pomiarów najlepiej brać długość ciała, obwód klatki piersiowej przy głębokim wdechu i wydechu i wagę ciała; inne pomiary są też cenne. Schlossmann, Murschhäuser i Pfaundler mierzą też w ostatnich czasach powierzchnię ciała. Quetelet podaje stosunek między wagą a długością ciała (cyfry odpowiedniejsze dla dorosłych), Livi stosunek między 3-cim pierwiastkiem wagi a długością ciała, Rohrer stosunek wagi ciała do 3-ciej potęgi długości. Ważniejsze znaczenie ma stosunek obwodu klatki piersiowej do długości ciała (Livi) i stosunek wysokości siedzeniowej do wagi (Pirquet). Dokładne pomiary w tym duchu dla dzieci 6-cio i 7-mioletnich w ostatnich czasach wykonali Lampert i Bachauer. Obok jednak tych ścisłych pomiarów trzeba przy ocenianiu rozwoju dziecka polegać też na osobistem doświadczeniu badającego lekarza. Pomiary takie mają znaczenie praktyczne; stwierdzają one wpływ wojny na rozwój fizyczny dzieci, oraz wykazują, że dzieci chowane w złych warunkach są znacznie gorzej rozwinięte i że pewne zawody upośledzają rozwój fizyczny; w tych przypadkach należy się starać o środki zaradcze. Przy pomiarach odbywa się też badanie lekarskie, przez które zwraca się uwagę na pewne choroby, rozwijające się u dziecka.

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.

Tom IV. Z. 5. 1924.

Kalmus. **O pseudologia phantastica i jej znaczeniu sądowem.** Pseudologia phantastica ma według autorów znacznie większe znaczenie sądowo-lekarskie niż jej się przypisuje; jest ona często zapoznana i mało uwzględniana i to nietylko przez laików, ale i przez organa policyjne, prawników i lekarzy. Autor podaje kilka przypadków, gdzie wiele pracy kosztowało rozpoznanie u danej osoby faktycznego stanu Przy ocenianiu pseudologia phantastica nie wystarczy tylko dojść do wniosku, że dana osoba wierzy w swe kłamstwo, ale trzeba też wykazać patologiczne podłoże, jakiem najczęściej jest niedorozwój fizyczny, podłoże histeryczne, lub degeneratywne. Autor radzi szczególnie dokładnie badać psychjatrycznie w tym kierunku wtedy, gdy oskarżenie przeciw pewnej osobie polega na zeznaniach jednego świadka, zwłaszcza gdy jest to świadek młodociany lub kobieta, przyczem badający powinien mieć zupełną swobodę badania i ochronę prawną.

Piga. **Rzadki przypadek samobójstwa.** Autor podaje przypadek samobójstwa, który mógł budzić podejrzenie morderstwa, u mężczyzny 40-letniego, u którego stwierdził 3 rany kłuto-cięte za szyi, poziome i skośne, długości od 1 do 3 cm., oraz 10 ran kłutych w okolicy serca, pionowo biegnących, od ½ do 4 cm długości. Na małym palcu ręki prawej po stronie wewnętrznej rana cięta 1 cm długa, mniejsza ranka z płatem skórnym 7 mm długa po stronie promieniowej palca wskazującego tej samej ręki, obok zaś niej drobna ranka cięta. Przy oględzinach wewnętrznych stwierdzono dwukrotne przecięcie 5-tej i 6 tej chrząstki żebrowej, 9 ran kłutych serca, wszystkie przechodzące do komór, oraz 3 rany kłute płuc, rany zaś na szyi dochodziły aż do gardła. Rany zostały zadane nożem kuchannym. Kobieta posądzona o morderstwo miała jedną ranę kłuto-ciętą 2 cm długą na szyi i 2 rany cięte na palcach ręki prawej. Za morderstwem mogłoby przemawiać 9-krotne zranienie serca, ale wiadomo, że rany serca bezpośrednio nie muszą być śmiertelne, mogły być zresztą zadane bardzo szybko; bliższy jednak charakter ran (rany krótkie klatki piersiowej na małej przestrzeni, równoległe, rany na szyi od strony lewej ku prawej i w dół) wraz z wynikiem śledztwa prowadzą autora do wniosku, że miał do czynienia z samobójstwem. Rany cięte palców powstały przy trzymaniu noża w ręce.

Schwarzacher. **Znaczenie mierzenia przewodnictwa elektrycznego jam serca dla diagnozy śmierci z utopienia.** Pierwszy Carrara, potem Revenstorf wprowadzili tę metodę jako środek pomocniczy przy diagnozie śmierci z utopienia, jednak mimo lat 20-tu, przez które się ją stosuje, niema ona praktycznego znaczenia Chcąc się przekonać o wartości tej metody, autor często ją stosował, badając w tym kierunku krew z prawej i lewej komory ze zwłok osób zmarłych z różnych powodów i w różnym czasie po śmierci i przekonał się że metoda ta może dawać wyniki tylko w bardzo krótkim czasie po śmierci i że może mieć zastosowanie tylko w dobrze urządzonem laboratorjum.

Katz. **O zatorach tłuszczowych serca.** Autor badał płuca na obecność zatorów tłuszczowych w 600 zwłokach osób zmarłych z różnych powodów i stwierdził je w 194 przypadkach z tego w 133 przypadkach uszkodzeń kośćca i części miękkich, w pozostałych zaś 61 przypadkach schorzeń wewnętrznych. W wymienionych 133 przypadkach uszkodzeń tylko w 8 miu przypadkach i to przeważnie uszkodzeń miednicy uznał autor zatory tłuszczowe jako przyczynę śmierci, we wszystkich innych uszkodzenia tłumaczyły śmierć same przez się Z chorób wewnętrznych najczęstsze zatory tłuszczowe w płucach stwierdza się przy śmierci wskutek zmian w naczyniach i to często przy śmierciach nagłych, gdzie nie jest wykluczony upadek w chwili śmierci i wstrząśnienie systemu kostnego; w tych jednak przypadkach raczej zmiany w sercu a nie zatory tłuszczowe należy uważać za przyczynę śmierci. Stosunkowo często dały się wykazać zatory tłuszczowe u powieszonych, którzy byli dotknięci zmianami miażdżycowemi naczyń, stwierdzono je też w kilku przypadkach ciężkich infekcji (sepsis post abortum, tbc. z kacheksją, długotrwała pneumonja); autor tłumaczy je częściowo zmianami tłuszczowemi w sercu, częściowo ropniami np. przy sepsis lub też nieznacznemi wstrząśnieniami przy osłabionem sercu, można je też uważać za objawy agonalne. Ważnem jest wykazanie zatorów tłuszczowych w płucach noworodków, które urodziły się nieżywe; autor uważa je za przyczynę śmierci a ich powstanie tłumaczy wstrząśnieniami przy porodzie w łonie matki. W 3 przypadkach śmierci wskutek oparzenia stwierdził też autor zatory tłuszczowe, które tłumaczy znacznem zniszczeniem części miękkich; w jednym przypadku stwierdził zatory w następstwie eklampsji po porodzie. W licznych badanych świeżych przypadkach utopienia autor nie stwierdził zatorów tłuszczowych. Zagadnienie zatorów tłuszczowych jako przyczyny śmierci ma szczególnie ważne znaczenie dla lekarza sądowego, zwłaszcza wtedy, gdy zmiany patologiczne stwierdzone przy sekcji nie wystarczają do wytłumaczenia przyczyny śmierci.

Dürig. **Częściowo powietrzne płuca u dziecka zmarłego przed urodzeniem.** Kobieta, która miała za kilka dni odbyć poród, została zamordowana przez rany rąbane głowy i szyi. Przy sekcji jej zwłok, która odbyła się w 30 godzin po śmierci, znaleziono w macicy pęcherz płodowy utrzymany, w nim zaś płód donoszony obumarły, którego jednak prawe płuco na

brzegu płatu dolnego i środkowego było nieco powietrzne i te skrawki pływały. Ponieważ powietrze tu z zewnątrz dostać się nie mogło, autor przypuszcza aspirację powietrza przez przecięte duże żyły szyjne matki, skąd dostało się ono do żył macicy i przez dyfuzję wskutek wdechów duszącego się dziecka do obiegu krwi.

Szulisławska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 stycznia 1925.

Przewodniczy Kol. Majewski.

Obecnych 117 członków.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia przewodniczący zawiadamia o Cyklu wykładów Tow. higjenicznego i zachęca lekarzy do wzięcia jak najliczniejszego udziału. Wykłady odbywają się w poniedziałki od godziny 7½ w Muzeum Przemysłowem.

Kol. Henryk Wachtel wygłasza rzecz p. t.: **Wspomnienie o Janie Bergonié.**

W dyskusji kol. Blassberg wspomina, że Bergonié był wielkim zwolennikiem esperantyzmu w medycynie.

Kol. Zieliński Marcin wygłasza odczyt: **Charakter a budowa ciała.**

Istota charakteru buduje się z uczuciowych i popędowych elementów psychiki i wyraża się pewnym sposobem reagowania na podniety otoczenia. Te przejawy afektywne związane są z czynnością gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego. Wpływ gruczołów dokrewnych ujawnia się w pewnych okresach życia (pokwitanie, przekwitanie, miesiączkowanie) w towarzystwie zmian układu wegetatywnego, a poszczególne przebiegi wzruszeniowe charakteryzują się niemi wybitnie (krzywe oddechu, tętna, wydzielanie potu, śliny). Biologja nowoczesna stwierdza, że zaburzenia gruczołów dokrewnych, a raczej zespołów tych gruczołów z przewagą jednego, idą w parze ze zmianami w budowie ciała i wyglądzie zewnętrznym (tarczyca — karłowatość, przysadka — akromegalia, gruczoł płciowy — eunuchoidyzm). — W tych faktach zyskujemy podstawę do przyjęcia korrelacji biologicznej między charakterem a struktnrą cielesną człowieka. Badania genealogiczne pozwalają śledzić przedstawicieli tej korrelacji w szeregu pokoleń, tam, gdzie mamy do czynienia z psychozami endogenicznemi, konstytucyjnemi. Myśl tę ujął ściśle i zastosował w badaniach klinicznych Kretschmer. Z badań jego wynika, że istnieje kilka typów budowy ciała, mających odpowiedniki charakterologiczne. Wyjaskrawieniem tych charakterów są obrazy chorobowe, których istotne rysy psychologiczne są te same. Budowie psychicznej (typ oddechowy, artretyczny innych autorów) odpowiada charakter cyklo-thymiczny i psychoza maniakalno-depresyjna, budowie atletycznej lub astenicznej z odmianami dysplastycznemi odpowiada charakter schizo-thymiczny i psychozy schizofreniczne.

Badania własne referenta, przeprowadzone na 50 przypadkach konstytucyjnej postaci padaczki, t. zw. padaczki właściwej, pozwoliły wyróżnić w tej grupie na tle budowy atletycznej lub asthenicznej dysplastyczność jako cechę wybitnie charakterystyczną (niestosunek kończyn do tułowia, silny rozwój kośćca przy małym wzroście i t. d. Tej formie chorobowej odpowiadały przedewszystkiem t. zw. charakter epileptoidalny, porywczość, egocentryzm, pedantyczna dokładność.

W dyskusji kol. I. Talko-Hryncewicz zabrał głos dla wyjaśnienia z punktu antropologji badań właściwości duchowych człowieka. Zwrócił uwagę na to, że mówca zarzucił antropologom, oddanym wyłącznie badaniom somatycznym, pewien sceptycyzm co do badań psychicznych. Pochodzi to stąd, że nauka o człowieku, opierając się wyłącznie na badaniach ścisłych, nie chce zejść z tego stanowiska i odrzuca to, czego nie może ująć cyrklem i miarą, tem więcej, że do czasów ostatnich badania psychiczne nie wytworzyły żadnej ściślejszej metody. Próby dotychczasowe zawiodły i były zapomniane, począwszy od jednego z pierwszych w Europie, który się tego podjął, slynnego filozofa XV. w. Jana z Głogowa prof. Akad. Krakow., który na zasadzie zewnętrznego wyglądu starał się rozpoznawać cechy duchowe. Po trzech wiekach myśl ta odżyła w XVIII. w. w fizjonomistyce Lafatera, a później znowu w badaniach Galla i jego ucznia Spürzheima. Lecz, kiedy te badania zeszły na manowce i poniekąd skompromitowały powagę wiedzy, zostały zapomniane. Nowoczesna medycyna dla swych celów praktycznych wprowadziła dwie odmiany konstytucji w zależności od zmian w wewnętrznych czynnościach gruczołów *habitus asthenicus* i *habitus apoplecticus*, różniących się pod względem cech anatomiczno-morfologicznych, fizjologicznych i właściwości patologicznych. Mówca zastosował to nie dawno przy pomiarach antropometrycznych i znalazł n. p., że lud krakowski posiada w znacznej części konstytucję apoplektyczną. Konstytucje mają związek z budową szkieletu, stosunkiem jego oddzielnych części, układem mięśniowym i tłuszczową podściółką, lecz i z budową czaszki i twarzy. Kretschmer w swej ostatniej pracy (Körperbau i charakter 1924 rok) przyjmuje, oprócz dwóch tych samych prawie zasadniczych typów, astenicznego i atletycznego (odpowiadającego mniej więcej apoplektycznemu), jeszcze i trzeci pikniczny i każdemu z nich przypisuje pewien temperament, i te lub inne cechy duchowe, usposabiające do pewnych chorób psychicznych. Ponieważ pracę swą Kretschmer opiera na typach antropologicznych, dlatego mówca wypowiada swe zdanie, że do wagi i pomiarów tułowia kończyn należałoby włączyć obwód głowy, jej długość i szerokość, jak również pomiary twarzy, które więcej dać mogą, niż przytoczone rysunki czterech konturów.

Niewątpliwą zasługą Kretschmera pozostanie przyjęcie za podstawę badań psychjatrycznych typów antropologicznych, co w przyszłości znajdzie zastosowanie nie tylko w psychjatrji, lecz prawdopodobnie i w antropologji w celu określenia temperamentów i charakterów, czy to przy badaniu rodzin oddzielnych, jak i większych grup ludzkich narodów i ras. O zainteresowaniu powszechnem tym przedmiotem krakowskich psychjatrów, świadczy najlepiej nawiązujący się z tego powodu bliższy kontakt z zakładem antropologji.

W dalszym ciągu w dyskusji zabierali głos kol. Rose i kol. Bociański, który zwraca uwagę, że na budowę zewnętrzną zarówno czaszki, jak i kośćca, wpływać mogą czynniki przypadkowe, których nie można uważać za pochodzenia endogenicznego. Na formę czaszki może mieć wpływ niewątpliwie sam mechanizm porodowy, który konfiguruje główkę nieraz na całe życie. Co zaś do ogólnej budowy kośćca, to niektóre typy, a w szczególności typ przedstawiony przez mówcę jako atletyczny, zniekształcony, może mieć wpływ krzywica, nieraz nawet późno przebyta. Na chorobę tę składać się może nietylko wadliwy chemizm komórek, ale także czynniki zewnętrzne, jak światło, odżywianie i t. d.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe w dniu 20 lutego 1924.

Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 115 członków.

1) Przewodniczący a) zwraca się z apelem do członków Towarzystwa o wzięcie udziału w Zjeździe lekarskim francusko-polskim, który odbędzie się w Paryżu w kwietniu b. r. Szczegóły w Gazecie lekarskiej;

b) zawiadamia, że zapowiedziany odczyt kol. Groera: »Wrażenia z Jugosławji« nie odbędzie się z powodu choroby mówcy.

2. Kol. Meisels przedstawia przypadek ze **zmianami w kościach obu przedramion i stawów nadgarstkowych.** U kobiety 43 letniej, krępej postaci, uderza krótkość kończyn górnych. W stojącej pozycji sięgają końce palców do granicy pomiędzy środkową a górną trzecią częścią uda. Krótkość ta jest



spowodowana przedewszystkiem niezwykłą krótkością przedramion. Ruchy w stawach nadgarstkowych, z wyjątkiem lekkiego upośledzenia supinacji, są zupełnie prawidłowe.

Badanie roentgenowskie wykazuje: kości obu przedramion krótkie, grube, struktura części gąbczastej i zbitej prawidłowa; kość promieniowa wygięta łukowato w części środkowej ku stronie wewnętrznej, w nasadzie od strony stawu łokciowego pochylona jest ku stronie kości łokciowej. Nasada ta przebiega skośnie schodkowato ze strony dystalno-lateralnej ku stronie

proxymalnej-wewnętrznej, gdzie tworzy staw z główką kości łokciowej. Kierunki oddalonych powierzchni nasad kości promieniowej i łokciowej tworzą ze sobą kąt ostry zamiast prawidłowej linji łukowatej. Kości nadgarstka i śródręcza są prawidłowe. Na zdjęciu bocznem przebiega kość promieniowa prawie prostolinijnie, istnieje tylko lekkie wypuklenie ku stronie dłoniowej w części środkowej. Nasada nie wykazuje skrzywienia, ani ku stronie dłoniowej, ani ku stronie grzbietowej. Szkielet ramion i kończyn dolnych jest zupełnie prawidłowy w budowie i konturach. Zmian krzywicowych nie można nigdzie stwierdzić. Próba Wassermanna we krwi jest ujemna.

Obraz roentgenowski przypomina zniekształcenie w szkielecie stawu nadgarstkowego, opisane przez Madelunga. Brak tu tylko skrzywienia ku stronie dłoniowej dystalnej nasady, które nadaje rękom charakterystyczny wygląd nadwichnięcia dłoniowego w stawie nadgarstkowym, względnie w rzadkich przypadkach skrzywienia nasady ku stronie grzbietnej, nadwichnięcia grzbietowego (subluxacji dorsalnej). Badanie roentgenowskie tych przypadków wykazało, że niema tutaj prawdziwego nadwichnięcia, lecz jest skrzywienie dystalnej nasady kości promieniowej w płaszczyźnie strzałkowej i pochylenie ku stronie łokciowej. W przypadku przedstawionym wystąpiło z nieznanych przyczyn zniekształcenie tylko w jednej płaszczyźnie. Mimo braku pochylenia w płaszczyźnie strzałkowej, które nadaje rękom ten charakterystyczny wygląd, należy przypadek ten zaliczyć do zniekształceń Madelunga, jako jednostronnie rozwinięta postać tego zniekształcenia.

W dyskusji kol. Schramm: Przypadku przedstawionego przez kol. Meiselsa nie mógłby uważać jako tak zwane zniekształtnienie Madelnnga., przy tem bowiem zboczeniu rozchodzi się o wygięcie dolnego końca kości promieniowej ku stronie dłoniowej, wskntek czego powierzchnia stawowa k. promieniony ma przebieg skośny, zatem i nadgarstek ustawiony jest skośno, a ręka wygląda podobnie, jak przy zwichnięciu w stawie nadgarstkowym. Zboczenie to bywa nabyte jako skutek pewnych zajęć zawodowych.

Obustronne, zupełnie jednakie zboczenie kości promieniowej w środkowej jej części, jakie widzimy w przypadku przedstawionym, niedorozwój przedramienia, choć w nieznacznym stopniu, każe raczej przypuścić, że mamy do czynienia z wadą rozwojową nieznanego powodu.

W odpowiedzi kol. Meisels zaznacza, że przypadek przedstawiony nie posiada wprawdzie wszystkich cech zniekształcenia Madelunga, jak to już wyżej zaznaczyłem, jednak mimo to należy go do grupy zniekształceń, objętych tą nazwą, zaliczyć. Przemawiają za tem zarówno wygięcie łukowate kości promieniowej, jak i najbardziej charakterystyczna dla tego zniekształcenia zmiana w ustawieniu kości nadgarstka w stosunku do kości przedramienia.

Obustronność zmian i występywanie ich przedewszystkiem u osobników płci żeńskiej jest objawem przy tem zniekształceniu bardzo często występującym.

Przypadek ten przedstawia tylko niezupełną, pozorną formę tego zniekształcenia.

Kol. Hilarowicz wygłasza referat p. t. **»Wrzód żołądka i dwunastnicy oraz jego leczenie chirurgiczne w świetle nowszych badań.** We wstępie omawia zasadnicze kierunki badań lat ostatnich nad powstawaniem wrzodu, a mianowicie z jednej strony nad przyczynami miejscowemi, z drugiej ogólno-konstytucjonalnemi. Z pierwszych prac najważniejsze są prace, wykazujące przewlekłe zmiany zapalne w ścianie żołądka jako anatomiczne tło wrzodu, który wielu autorów uważa za makroskopowy wyraz już przedtem istniejących pierwotnych zmian drobnowidowych; kierunek drugi wyraża się w zwrocie ku teorjom nerwowym, opartym między innemi na obecności zmian anatomicznych w układzie wegetatywnym, obejmuje też badania nad zaburzeniami czynności narządów o wydzielaniu wewnętrznem i własnościami antypeptycznemi surowicy krwi u chorych na wrzód. Jako pozostającą w związku z leczeniem chirurgicznem, omawia mówca sprawę przypadków, charakteryzujących się objawami wrzodu, którego jednak przy operacji nie stwierdza się, następnie obrazy chorobowe, spowodowane zmianami łączno-tkankowemi nazewnątrz żołądka oraz przewlekłem zwężeniem dwunastniczo-jelitowem.

Wpływ omówionych wyników badań na leczenie operacyjne wyraża się z jednej strony w nieco zwiększonej powściągliwości operacyjnej i chęci wykorzystania innych środków, przedewszystkiem leczenia ciałami białkowatemi, z drugiej **w zwrocie na korzyść metod doszczętnych**, a przeciw zespoleniu żołądkowo-jelitowemu; zwrot ten jest szczególnie wyraźny u chirurgów niemieckich, mniej wyraźny u francuskich i amerykańskich. Zespolenie traci na wartości zarówno ze stanowiska teorji zmian miejscowych, jak i teorji nerwowej, tudzież ze stanowiska technicznego, co tyczy się zarówno wrzodu dwunastnicy jak i wrzodu żołądka; co do tych ostatnich względów, konkurencję dla zespolenia stanowią zabiegi półradykalne, polegające na usunięciu samej tylko części odźwiernikowej z pozostawieniem wrzodu, a które odpowiadają różnym celom operacyjnym, lepiej jak zespolenie. Wreszcie w wielu przypadkach korzystniejsze, jak zespolenie, zdają się być szczególnie w ostatnich czasach polecane zabiegi, znoszące czynność samego odźwiernika. Metody doszczętne, polegają na usunięciu wrzodu wraz z całą częścią odźwiernikową, przyczem rodzaj połączenia nie odgrywa zasadniczej roli. W niektórych przypadkach nie dających się doszczętnie ani pół doszczętnie operować, zespolenie zachowuje swą dużą wartość leczniczą.

Referat objaśniono rysunkami i przykładami z materjału Kliniki Lwowskiej, której stanowisko odpowiada przedstawionym zasadom leczenia chirurgicznego.

W dyskusji kol. Schramm: jak z przedstawienia przedmiotu, wypowiedzianego przez kol. Hilarowicza, wynika, stanowisko Kliniki Lwowskiej w sprawie leczenia operacyjnego wrzodu żołądkowego uległo znacznej zmianie. Na Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie przed dwoma laty przemawiał S. za gastroenterostomją. Dzisiaj na podstawie obfitszego materjału i dłuższej obserwacji przeszedł mówca stanowczo do obozu zwolenników operacji radykalnej. Prace doświadczalne tak licznych autorów niemieckich, amerykańskich i francuskich, jakoteż doświadczenia, robione na Klinice Lwowskiej, zwłaszcza liczne doświadczenia dra Hilarowicza na zwierzętach, dowodzą, że jedną z głównych, jeżeli nie jedyną przyczyną wrzodu okrągłego żołądka, są przewlekłe zmiany zapalne w błonie śluzowej, zwłaszcza w części przyodźwiernikowej. Wycięcie więc tej części żołądka wraz z znajdującym się tam wrzodem usuwa nietylko doszczętnie wrzód, ale także działa zapobiegawczo przeciw tworzeniu się nowych wrzodów. Możemy to przyjąć z tem większą pewnością, że badania chemiczne wydzieliny żołądkowej po operacji tak rozległej wykazują, że kwasota soku żołądkowego zostaje przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków stale zmniejszona, znika więc jeden bezwątpienia z najważniejszych powodów powstawania wrzodu.

Przekonaliśmy się też, że śmiertelność bezpośrednia po nawet rozległem wycięciu żołądka jest prawie taka sama, jak po zwykłem zespoleniu tylnem, natomiast następowe powikłania, jak krwotoki, powstanie nowych owrzodzeń w żołądku, a zwłaszcza w miejscu zespolenia w jelicie cienkiem, zaburzenia w krążeniu treści jelitowej, są bez porównania rzadsze; unika się też niebezpieczeństw a pozostawienia wrzodu z już rozpoczynającem się zwyrodnieniem rakowatem, jakoteż późniejszej przemiany wrzodu w nowotwór, a jestto powikłanie częstsze, niż dawniej przypuszczał. Zespolenie wykonujemy obecnie tylko w przypadkach, w których bardzo rozległe zrosty z otoczeniem, głębokie owrzodzenia, sięgające daleko w miąższ trzustki lub wątroby, wreszcie bardzo nędzny stan odżywienia chorego nie pozwalają na wycięcie żołądka, które zawsze jest zabiegiem większym, niż zespolenie. Zdarzały się nam też przypadki, w których badanie kliniczne jak najdokładniejsze kazało rozpoznawać przewlekły wrzód żołądka, który mimo stosowania racjonalnego leczenia środkami wewnętrznemi nie goił się; po otwarciu jamy brzusznej jednak wrzodu nie stwierdzono; w przypadkach takich zastosowaliśmy kilkakrotnie z dobrym wynikiem polecane już dawniej przez Braicewa, a niedawno znów wprowadzone przez Payra przecięcie zwieracza odźwiernika, nie przecinając błony śluzowej.

Kol. Grek: Przyjęty dziś ogólnie pogląd, iż wrzód żołądka lub dwunastnicy nie jest cierpieniem miejscowem, lecz w ogromnej większości przypadków następstwem schorzenia ogólnego, wymaga w pierwszym rzędzie leczenia zachowawczego, leczenia nie tylko żołądka, lecz całego chorego organizmu. Prawidła, podane kiedyś przez Leubego i Ziemsena, wymagające kilkutygodniowego leżenia w łóżku, przestrzegania odpowiedniej nie drażniącej djety, wreszcie stosowania szeregu środków, mających zobojętnić lub też obniżyć wydzielanie kwasu solnego, mają w leczeniu zawsze jeszcze podstawową rolę. O dobrych wynikach przy tego rodzaju leczeniu poucza codzienne doświadczenie kliniczne. W przypadkach, w których chory ze względów socjalnych nie może pozwolić sobie na zaniechanie pracy przez czas dłuższy, leczenie wewnętrzne prowadzone ambulatoryjnie daje często również korzystne wyniki, jeżeli tylko chory przestrzega leczenia djetetycznego i wskazówek lekarskich. Z pewnością leczenie wewnętrzne wrzodu żołądka jest leczeniem bardzo uciążliwem już choćby z tego względu, że rozciągać się musi nie na tygodnie, lecz na długie miesiące, jeżeli nie na lata. Jedną z najczęstszych przyczyn nawrotu cierpienia jest zbyt szybkie zaniechanie przez chorych odpowiedniej djety, odpowiedniego zachowania się.

Liczba uleczonych przypadków, dzięki leczeniu wewnętrznemu, zwiększy się znacznie, jeżeli się uwzględni, że wiele wrzodów żołądka lub dwunastnicy jest zawsze jeszcze nie rozpoznawanych, a kryje się często pod nazwą »przewlekłych nieżytów« lub »nerwic« żołądkowych. Co do metod rozpoznawczych, pamiętać należy o utajonem krwawieniu, tak charakterystycznem dla wrzodów żołądka lub jelit. Znikające krwawienia świadczą często o postępującem zabliźnianiu się wrzodu. W leczeniu wrzodów żołądka również zabieg chirurgiczny ma poważne znaczenie, musi on mieć jednak zawsze swoje ścisłe wskazania. W przypadkach, w których wskutek wrzodu lub też następstw tegoż wystąpią zaburzenia w czynności mechanicznej żołądka, gdzie mimo systematyczne leczenie objawy wrzodu nie ustępują, przy *ulcus callosum*, przy utrzymujących się lub często powtarzających się krwawieniach, a wreszcie w przypadkach przebicia jedynie zabieg chirurgiczny przyniesć może uleczenie.

Kol. Pisek: Ani terapja, stosowana przez internistów, a jeszcze mniej terapja chirurgiczna, jest idealną. Wszak dziś uważa się, wrzód żołądka w przeważnej części przypadków nie

za schorzenie miejscowe, lecz jako skutek schorzenia ogólnego pozażołądkowego, a tylko nieliczna grupa przypadków powstaje z przyczyn miejscowych, ale także dla tych przypadków przyjąć należy szczególniejszą wrażliwość chorobową »gotowość« schorzenia.

Nerwopochodne, w myśl teorji Bergmanna, wrzody żołądkowo-dwunastnicowe różnego zresztą rodzaju, stanowią też przeważającą ilość przypadków, jak to dowodzi częstość wrzodów właśnie u wago- i sympatikotoników. Mechaniczna teorja Aschoff'a o »cieśni, a więc lokalistyczna, zwalczająca teorję Bergmana, znajduje też dużo przeciwników. Mimo to pogląd, że wrzód jest wyrazem zaburzeń odżywczych nerwopochodnych, że ustrojowa lub nabytą skłonność trzewowego układu nerwowego nerwów, układu wegetatywnego odgrywa tu rolę zasadniczą, ma coraz więcej zwolenników. Znaną też jest rzeczą, że u tych chorych widzi się często przypadłości naczyniowo-ruchowe, szczególnie u kobiet. Niektórzy autorowie stwierdzają obecnie kapilaroskopijne obrazy, cechujące nerwice naczyniowe (O. Müller, a z polskich Rosenberg w Łodzi P. G. l. Nr. 5. str. 125). W bardzo wielu przypadkach (Holler i Velczer mówią o 63), etjologja wrzodów ma tło gruźlicze, również t. zw. zespół śródpiersiowy (*»mediastinaler Symptomencomplex**) u tych chorych należy do często spotykanych (Marcovich 78%) zaś Cade i Ravauet podają, że 28% chorych tych okazuje gruźlicę. Widać więc, że w następstwie powstać mogą w narządach wykonawczych, zależnych od owych śródpiersiowych schorzeń pni nerwowych, także i troficzne zmiany więc i wrzody żołądkowo-dwunastnicowe. Ciekawe światło rzucają na tę sprawę wyniki sekcyjne, w których stwierdzono schorzenia w rdzeniu przedłużonym w zwojach jądra nerwu błędnego lub też sąsiedztwa. Szereg danych wskazuje, że wrzód nie jest schorzeniem miejscowem.

Leczenie chirurgiczne we wrzodzie ma swoje ścisłe wskazania i na zawsze pozostanie dla pewnej grupy wrzodów, czy też okresów ich, jedyną terapją. Możliwie, że także przecięcie wielkiej ilości nerwów zmienia zasadniczo czynność innych grup nerwowych, a więc zbliżałby się zabieg chirurgiczny, jak sądzi Stierlin, poniekąd do leczenia przyczynowego. Podnieść jednak należy, że przecież pewna odsetka operowanych zapada po niejakim czasie na nowo na stare przypadłości.

Przypadki takie dowodzą, że zabieg chirurgiczny, wykonany według ogólnie uważanych najlepszych sposobów, nie usuwa zboczeń ustrojowych, usuwa tylko ich wytwór, a nie przyczynę. Ten względ skłonił też wielu chirurgów do stosowania metod bardziej radykalnych.

A jak się przedstawia leczenie internistyczne? Przypadki samoistnego wyleczenia się lub samoistnej poprawy znacznej, nasuwają przypuszczenie, że zabieg chirurgiczny może mieć tylko względną wartość. W praktyce codziennej stwierdza się, że należyte leczenie internistyczne, konsekwentne, daje w całym szeregu przypadków znakomite wyniki. Nawet w przypadkach żołądka klepsydrowatego i w drugim żołądka kaskadowatego u kobiety ciężarnej uzyskałem poprawę znakomitą leczeniem wewnętrznem. Jako pomocniczy czynnik obok swoistej djety, typowego leczenia alkaliami w różnych modyfikacjach, leczenia oliwą, papaweryną i atropiną — reprezentującemi niejako terapję przyczynową — służy ebecnie i dawkowana roentgenoterapja okolicy żołądka lub śródpiersia. Na zarzut, że leczeniem internistycznem osiągamy w najlepszym razie ustąpienie dolegliwości, okres dłuższy lub krótszy utajenia wrzodów — odpowiada mówca, że okres ten trwa nieraz latami, a nawroty konsekwentnie leczone również dają wyniki dobre. Nawet naj owszy sposób leczenia ambulatoryjnego zdaje się czasem dla niektórych przypadków wystarczającym.

Od dwóch lat terapja wrzodów weszła w nowy okres. Pogląd, że dążyć należy do terapji przyczynowej, przeciw szkodliwości wytwarzającej schorzenie nerwów żołądkowych i ich następstwom, że podłożem są tu schorzenia ustrojowe, skierowały usiłowania lecznicze do proteinoterapji, a raczej do terapji ciałami pobudzającemi (*Reizkörpertherapie*). Znamienne, że początek zrobili nie interniści, ale sami chirurdzy. (Pribram na klinice chor. Biera). Wstrzykiwania śródżylne dały na dziesiątkach przypadków u różnych autorów (Holler Fischl i i.) nieraz zdumiewające wyniki. Zadaniem internisty jest najściślejsze rozpoznanie, stosując wszelkie metody rozpoznawcze. Pamiętać przytem należy, że stopień kwasoty dużo na znaczeniu stracił, że *anaciditas* często jest tylko pozorną, że w 20% chorych z rakiem żołądka stwierdzono [1]) wolny HCl i t. d. i t. d. Pamiętać wreszcie musimy, że i Roentgen z ujemnym wynikiem nie wyklucza wrzodu, słowem obraz, cały zespół objawów daje dopiero ścisłe rozpoznanie. Nawiasowo nadmienia mówca, że do badania utajonego krwawienia najlepiej nadaje się metoda Wohlgemuta [2]).

Na pytanie czy choroba wrzodowa ma być domeną terapji internistycznej, czy chirurgicznej, oświadcza mówca:

I. Każdy przypadek niepowikłanego wrzodu należy do zakresu medycyny wewnętrznej. Należą tu również przypadki t. zw. »wrzodów utajonych«.

II. Objaw nyży nie jest wskazaniem do operacji.

III. Przypadki zwężenia znacznego stopnia »10—12 godz. pozostałość«, *ulcera callosa*, leczone bezskutecznie systematycznie, nieustające bóle długotrwałe, przypadki przebicia lub grożące przebiciem, wzrastające wyniszczenie chorego, nakoniec stanowisko społeczne chorego — oto wskazania operacyjne.

Wszak Mayo, chyba kompetentny, dopiero wtedy operuje wrzód, gdy »7 internistycznych kuracyj« przedtem przeprowadzono [3]). Nie od rzeczy będzie jeszcze raz przypomnieć, że sprawa przejścia wrzodu w raka jeszcze nie jest załatwiona, narazie co do dwunastnicy jest wielce wątpliwą.

Kol. Węgłowski uważa, że wrzód żołądka, czy też dwunastnicy, należy do internisty, dlatego też u niego w szpitalu chorzy podobni są skierowywani na oddział wewnętrzny, który dopiero ewentualnie odpowiednie przypadki przeznacza do operacji. Co do wyboru metody operacyjnej, to W. jest dotychczas przeciwnikiem operacji radykalnej, gdyż po tej są częstsze nowe wrzody trawienne w jelicie cienkiem, krwotoki; również daleko większy procent śmiertelności jest przy resekcji niż przy zespoleniu. W roku ostatnim na kilkadziesiąt gastroenterostomij W. nie miał ani jednego przypadku śmierci. Kol. Schramm w odpowiedzi zaznacza, że daleko rzadziej po resekcji są wrzody, jak również i krwotoki.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

*) Kraemer'a stłumienie międzyłopatkowe, Koranyi'ego Spinalgia tamże, okrąg skórnej hiperalgji, objaw d'Espine'a, gościec międzyłopatkowy.

[1]) Panchet i Hirschberg. Arch. d. mal. de l'app. digest. Nr. 7. 1924.

[2]) Benzidini puri 0,50, Acidi acetici (50%) gr 50. S. I.; Glycosae 5,0, Ortizon 2, Alcohol (50%) 50. Po 2 krople I. i II. dają niebieskie zabarwienie w przyp. dodatnich.

[3]) Med. Kl. Nr. 17. 1924. Str. 556.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 sierpnia 1924.

Przewodniczy kol. Drożdż.

Obecnych 13 członków i 1 gość.

1. Kol. Jaczewski pokazuje dwie chore kiłowe z rzadkiem umiejscowieniem cierpienia; jedną z objawami wtórnemi na skórze i umiejscowieniem pierwotnem o stwardnieniu równocześnie na 4 palcu ręki lewej i 3 — prawej w postaci zanogcicy — oraz drugą — z rzadką postacią kiły liszajowatej.
W dyskusji zabierał głos kol. Cynberg.
2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.
3. Omawiano sprawę organizacji bankietu w dniu 7 września 1924.
4. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.
5. Przez balotowanie przyjęto na członka kol. Rupniewskiego.
6. Kol. Garbaczewski odczytał sprawozdanie z miejskiego Wydziału zdrowia za 1923 rok.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 września 1924.

Przewodniczy kol. Drożdż.

Obecnych 14 członków i 5 gości.

1. Kol. Kożuchowski pokazuje kilkuletnią dziewczynkę która od 2 lat ma otwór w powłokach brzusznych, z którego wystaje guz około 10 cm długości (najprawdopodobniej jelito grube). Przypuszczalną przyczyną było zapalenie wyrostka robaczkowego. Chora ma być operowaną.
2. Kol. Jaczewski pokazuje dwa przypadki pozapłciowego zakażenia kiłowego: pierwszy — pierwotne stwardnienie na trzecim członie trzeciego palca ręki prawej; drugi — owrzodzenie pierwotne na prawym migdałku.
W dyskusji zabierali głos koledzy Krysiński i Garbaczewski.
3. Kol. Drożdż pokazuje chorego z połowicznym postępującym zanikiem twarzy na tle uderzenia przed 3 laty.
4. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.
5. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.
6. Kol. Kożuchowski omawia 4 przypadki szpitalne:
a) Osesek (chłopiec) z zakażoną pępowiną. Stan ogólny bardzo ciężki. Po wycięciu zakażonej pępowiny i zastrzyknięciu propidonu szybko zdrowieje;
b) niewiasta lat 46 z guzem ruchomym w jamie brzusznej. Rozpoznano nerkę ruchomą, zrobiono zabieg ustalenia nerki, bóle nie ustały. Dokonano laparotomji i znaleziono wydłużony płat wątroby, dochodzący aż do pachwiny, pod nim wielki woreczek żółciowy i w wspólnym przewodzie żółciowym duży kamień. Usunięto woreczek i kamień. Bóle ustały;
c) mężczyzna lat 28 z przebiciem wrzodu trawiennego żołądka. Po dokonanym zabiegu sprawa skończyła się pomyślnie
d) płód wydobyty z jamy brzusznej.
7. Przeznaczono 647 złotych, zebranych na bankiecie, na fundusz stypendjalny Towarzystwa.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 października 1924 r.

Przewodniczy: kol. Drożdż.

Obecnych 14 członków i 3 gości.

1. Kol. Drożdż pokazuje chorego z drganiem warg po nagminnem zapaleniu mózgu.

2. Kol. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.
3. Przez balotowanie przyjęto na członka kol. Klukowskiego.
4. Kol. Lerkam wygłosił referat: O drgawkach porodowych.
W dyskusji zabierali głos koledzy Czerwiński, Garbaczewski, Waśkowski, Biliński i Drożdż.
5. Kol. Garbaczewski składa sprawozdanie rachunkowe komitetu jubileuszowego.
6. Kol. Przewodniczący składa sprawozdanie rachunkowe z pracowni anatomo-patologicznej.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 października 1924 r.
Przewodniczy: kol. Drożdż.
Obecnych 13 członków 2 gości.

1. Kol. Drożdż pokazuje przypadek drgania (tic) po obwodowem porażeniu nerwu twarzowego.
2. Kol. Czerwiński omawia operowany przez siebie przypadek wielki go włókniaka macicy. Po usunięciu macicy wraz z przydatkami, przebieg był bez powikłań, zwrócono tylko uwagę na długo trwający bezmocz. Po 8 dniach chora zmarła. Sekcja wykazała, jako przyczynę śmierci, podwiązanie obu moczowodów. Kol. Czerwiński przytacza statystykę i mówi, że tego rodzaju przypadków opisano wiele.
W dyskusji zabierali głos koledzy Jaczewski, Wąsowski, Sitkowski i Drożdż.
3. Kol. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.
4. Przez balotowanie przyjęto na członka kol. Moroza.
5. Kol. Skibiński referuje obszerne sprawozdanie ze zjazdu okulistów we Lwowie.
6. Kol. Morozowa składa sprawozdanie z działalności pracowni anatomo-patologicznej.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 listopada 1924 r.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 22 członków i 6 gości.

1. Kol. Drożdż pokazuje przypadek acrocyanosis chronica hypertrophica C ssirera.
2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
3. Kol. Jan Arnsztajn i Veit wygłosili referat »O chorobie Vaquez'a (Rzecz przeznaczona do druku).
4. Przyjęto projekt regulaminu funduszu stypendjalno-zapomogowego przy Lubelskiem Towarzystwie lekarskiem.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 listopada 1624.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 19 członków i 5 gości.

1. Kol. Drożdż przedstawił chorego z bezwładem postępującym, leczonego zimnicą z bardzo pomyślnym wynikiem.
2. Por. Jan Gawroński wygłosił I część odczytu »O gazach bojowych«.
3. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
4. Kol. Drożdż zakomunikował o konferencji, jaka odbyła się w Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia z kierownikiem uzdrowiska dla dzieci zolzowatych w Busku; odczytał sprawozdanie z działalności tego uzdrowiska i odezwę, nawołującą do popierania go.
Po dyskusji, w której zabierali głos koledzy: Czerwiński, Cywiński, Dziemski, Garbaczewski, postanowiono powołać Komisję w składzie wice-prezesa Towarzystwa kol. Wąsowskiego, jako przewodniczącego; kol. Garbaczewskiego i Cywińskiego, jako członków, która to Komisja ma zredagować odezwę, nawołującą do jak najwydatniejszego popierania uzdrowiska.
5. Kol. Krysiński zabiera głos w sprawie szerzącej się epidemji płonicy i zawiadamia o bardzo dodatnich wynikach szczepień zapobiegawczych w powiatach radzyńskim, zamojskim i lubelskim.
W dyskusji nad tą sprawę zabierali głos kol. Brajczewski, Cywiński i Garbaczewski.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 grudnia 1924.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 22 członków i 6 gości.

1. Kol. Rogoziński pokazał 3 letnie dziecko po operacji guza w brzuchu. Guz ważył 8 funtów. Badanie mikroskopowe guza w Pracowni Lub. T-wa lek. wykazało, iż jest to śluzako-kostniako-mięsak. Kol. R. uważa, iż należy chorego naświetlać, aby uniknąć nawrotu.
2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
3. Odczytano podanie kol. Gąsiorowskiego z Puław o przyjęcie go w poczet członków Towarzystwa i bieżącą korespondencję.
4. Kol. Drożdż, w związku z przypadkiem pokazanym na poprzedniem posiedzeniu, wygłosił referat »O leczeniu kiły zimnicą«.
W dyskusji nad tym referatem zabierali głos: kol. Mandelbaum, Cynberg, Krysiński, Wąsowski, Wośkowski i Distler.
5. Kol. Wąsowski zdał sprawozdanie z prac Komisji, redagującej odezwę w sprawie sanatorjum dla dzieci zołzowatych w Busku i odczytał odezwę, zredagowaną przez Komisję.
Po dyskusji, w której zabierali głos: kol. Kujawski, Sitkowski St., Cywiński, Krysiński, Drożdż i Brzeziński uchwalono wydrukować odezwę w miejscowej prasie i przesłać odezwę do sejmików i magistratów na terenie Województwa Lubelskiego.
6. Postanowiono zaprenumerować na rok 1925 następujące pisma: Polską Gazetę Lekarską, Nowiny Lekarskie, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Wiener Klinische Wochenschrift, Klinische Wochenschrift, La presse médicale i Bulletin de la Société médicale des Hopitaux de Paris.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 grudnia 1924.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 18 członków i 6 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
2. Por. san. Gawroński wygłosił II. część swego odczytu: »O gazach bojowych«.
3. Przyjęto w poczet członków T-wa kol. Gąsiorowskiego.

Dr. Br. Sitkowski, sekretarz.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 lutego 1925 r.

Przewodn. kol. K. Opoczyński, sekr. kol. E. Czarnecki.

Obecnych 99 osób, w tej liczbie 50 członków T-wa.

1. Z powodu śmierci członka T-wa, ś. p. prof. Tadeusza Budzińskiego, zmarłego dn. 14 lutego b. r., prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne; obecni uczcili pamięć przez powstanie. Następnie życiorys zmarłego kolegi skreślił kol. W. Giedgowd. Kol. E. Mancewicz ofiarował Towarzystwu maskę Zmarłego.
2. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dnia 4 b. m.
3. Kol. Ch. Zarcyn — a) pokaz dziecka w wieku 6 miesięcy 3 dni, któremu w 11 dniu życia dokonał operacji z powodu rozszczepienia kręgosłupa — (*spina bifida*); wynik operacji dobry, niedowład, który był pierwotnie, został; stale jednak spostrzega mówca w tym kierunku polepszenie; jest wodogłowie, mimo to dziecko umysłowo rozwija się dobrze. Wyniki operacji w podobnych przypadkach są niezadowalniające, dając zazwyczaj wielką odsetkę śmiertelności.

Dyskusja. Kol. L. Łukowski — zna pokazane dziecko z poprzedniej obserwacji, wynik operacji świetny, rokowanie jednak złe, ponieważ dziecko ma wodogłowie, cierpi na niedowład dolnych kończyn, pęcherza i prostnicy. Kol. A. Karnicki. Czy wobec niepomyślnego przebiegu podobnych przypadków wskazany jest wysiłek chirurgów? W odpowiedzi kol. Zarcyn zauważa, że ze słów matki stan dziecka stale się polepsza, niedowładu pęcherza niema; wodogłowie z 49 cm po upływie 3 miesięcy doszło zaledwie do 50 cm. Co zaś do umysłowych zdolności przy wodogłowiu, przypomina, że sławny Helmholtz cierpiał na tę wadę.

b) Preparat makroskopowy dużej części kości goleniowej, uzyskany drogą operacji u 6-o letniego dziecka z powodu zapalenia szpiku kostnego. Nastręczały się pewne trudności w rozpoznaniu; powstawało przypuszczenie skrobiowatego zwyrodnienia na tle procesu ropnego, trwającego od roku. Operacja doszczętna z usunięciem znacznej części kości goleniowej, wobec niezupełnie pomyślnego przebiegu przy pozostawieniu trumienki. Podobny sposób operacji stosuje referent dość często z wynikiem zadawalniającym.

c) Preparat wyrostka robaczkowego, uzyskanego drogą operacyjną po upływie 30 godzin od pierwszego napadu; mimo stosunkowo krótkiego czasu od chwili napadu wyrostek uległ dość znacznej martwicy.

d) Preparat makroskopowy uchyłku Maeckel'a, uzyskany drogą operacyjną u dziecka w wieku 1 roku 10 miesięcy. Dziecko przed wstąpieniem do szpitala chorowało 2 tygodnie. Ze słów otoczenia można było przypuścić wgłobienie jelit. W szpitalu stwierdzono z prawej strony brzucha guz; operacja — pętla jelit skręcona, jak sznurek.

Dyskusja: Kol. K. Michejda w sprawie przypadku drugiego ma wątpliwości i zastrzeżenia, że trumienka jest niezdolna do życia — ma dobre wyniki przy pozostawieniu sekwestru. Niezawsze, gdzie się robi resekcje kości następuje powrót do normalnego stanu, powstać bowiem może *pseudoarthrosis*. We wszystkich podobnych przypadkach należy ściśle indywidualizować. Kol. Trzeciak mówi o przypadku, w którym zaczęto operację, przypuszczając, że jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono uchyłek Maeckel'a. Kol. L. Achmatowicz. Jak prędko regeneruje się kość po operacji doszczętnej?

W odpowiedzi Kol. Ch. Zarcyn zgadza się z wywodami Kol. K. Michejdy. W sprawie regeneracji kości stwierdza, że na podstawie obrazu roentgenowskiego odnowienie kości posuwa się z dwóch stron w postaci stożków, których spotkanie

następuje, zależnie od wielkości braku kostnego, mniej więcej po upływie 3 miesięcy.

4. Kol. M. Eiger wygłasza rzecz p. t.: **Wpływ chemji fizycznej na fizjologję i medycynę współczesną.**

Dyskusja. Kol. S. Schilling-Siengalewicz podkreśla doniosłość zmian koloidalnych tkanek i krwi w pewnych procesach chorobowych, jak również ważność działania niektórych ciał, które, zdaje się, li tylko swoim stanem fizykalnem mogą wywołać znaczne zmiany w ustroju. Mówca przytacza bardzo ciekawe doświadczenia Gye i Purdy, które wykazały na zwierzętach, że momentem patogenicznym w powstawaniu marskości wątroby są koloidalne zawiesiny krzemianów. Opierając się na tem, że koloidy krzemianów są znacznie rozpowszechnione w niektórych produktach spożywczych i używkach (n. p. w litrze piwa około 400—500 miligr.) sądzi mówca, że marskość wątroby u ludzi mogłaby być również wynikiem fizykalnego działania krzemianów na miąższ wątrobowy (streszczenie własne). Kol. E. Czarnecki: Ostatniemi czasy na podstawie badań z zakresu nauki o koloidach zaczęto stosować zabiegi leczenia. Wobec stwierdzonego niejednokrotnie faktu, że przy gruźlicy występuje nadmierne napięcie powierzchniowe w surowicy krwi badacze amerykańscy przeprowadzają wstrzykiwania soli żółciowych lub rozczynów mydła z rzekomo zachęcającym wynikiem. Wobec kwestjonowania przez referenta drugiej części tezy Lumière'a: L'état colloidal conditionne la vie; la floculation détermine la mala die et la mort«, stwierdza, że cały szereg spostrzeżeń, w pierwszym zaś rzędzie szok anafilaktyczny, gdzie niewątpliwie w wielu przypadkach powstaje flokulacja, potwierdza słuszność tego twierdzenia. Na podstawie prac Darranyi zaznacza, że we wszystkich stanach chorobowych, w których powstaje wytwarzanie się toksyn (rozpadowe gruźlicze, nowotwory złośliwe i t. p.), spotyka się wzmożoną chwiejność stanów koloidalnych surowicy krwi, która wzrasta równolegle z nasileniem objawów. Z drugiej strony badania Herzfelda i Klingera wykazały, że w procesach chorobowych ze wzmożonym rozpadem białkowym, zwiększa się we krwi ilość globulin. Być może, iż chwiejność stanów koloidalnych w wymienionych cierpieniach można postawić w zależność ze zjawianiem się w surowicy krwi tej stosunkowo dużej cząsteczki białka. Kol. K. Opoczyński mówi o ogromnej metamorfozie, jaka powstaje w pojęciach badaczy różnorodnych dziedzin w związku z rozwojem nauki o koloidach. Odpowiada prof. M. Ejger.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Posiedzenie sekcji eugenicznej.

Prof. Venulet wygłosił oddzyt: **O konstytucji ustroju ludzkiego.** Mówca w jasny sposób określił, co pojmuje pod nazwą konstytucji. Jest to suma cech i własności, które odziedziczamy po rodzicach. Konstytucja ustroju zależy od właściwości komórek płciowych obu rodziców Odróżniamy cztery typy normalne, oraz niezliczoną ilość typów przejściowych. Typami normalnemi są: 1) Typ oddechowy (górale), w których jest przedewszystkiem rozwinięta klatka piersiowa, twarz jest długa, pociągła, jama brzuszna w stosunku do klatki piersiowej jest niewielka. 2) Typ trawienny znamionuje się rozwojem jamy brzusznej i dolnej części twarzy (eskimosi). 3) Typ mięśniowy, najbardziej harmonijny, występujący u atletów, był on ideałem starożytnych Greków. 4) Typ mózgowy, z przewagą rozwoju czaszki, słabszym wzrokiem i budową. Do typów konstytucyj chorobowych, wymienić należy: artretyczny, gruźliczy, wysiękowy. Lecz i każdy poszczególny narząd ustroju posiada ją i każda z wielu komórek, z których ustrój jest zbudowany. Komórka składa się z zarodzi i jądra. Najważniejszą częścią jądra są barwikowe cząsteczki, zwane chromosomami, które uważamy za nosicieli cech dodatnich i ujemnych. Ilość chromosomów w jądrze komórki rozrodczej jest dla każdego gatunku stała. U ludzi wynosi 24. Nie wszystkie chromosomy posiadają wartość jednakową. Jedne z nich mogą być roznosicielami cech dodatnich, inne ujemnych. Przed połączeniem się komórki płciowej męskiej i żeńskiej, tracą one połowę chromosomów. Od przypadkowości podziału chromosomów zależy jakość cech przekazanych powstającemu organizmowi. Nie wszystkie cechy jednak przejawiają się u dziecka, niektóre z nich występują później, inne zaś przez całe życie są utajone, lecz mogą wystąpić u potomstwa. Nie znając biologicznej przeszłości rodziców, nie możemy wyrokować o dziedziczności. O dziedziczności konstytucji najlepiej przemawia do nas wrażliwość na niektóre choroby zakaźne (błonica). Wiadomo, że dorośli w 80% nie są wrażliwi na błonicę, 20% jest wrażliwych i ci ostatni posiadają dzieci specjalne i wrażliwe na błonicę. Konstytucja ustroju jest stałą i niezmienną. Zmiany te jednak mogą występować tylko wówczas, gdy konstytucja ustroju na to pozwala. Z punktu widzenia eugenicznego, ma duże znaczenie ta okoliczność, że braki konstytucji poszczególnych osób można do pewnego stopnia wyrównać dzięki czynnikom zewnętrznym (sporty, wybór zawodu, tryb życia), zwłaszcza stosując je zapobiegawczo. Fatalizm, jaki wynika z określenia niezmienności konstytucji, nie jest zupełnie usprawiedliwiony.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.
Sekcja pedjatryczna.

1. Sekcja pedjatryczna, mającego się odbyć w lipcu 1925 roku XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, będzie poświęcona wyłącznie gruźlicy dziecięcej.

2. Programowe referaty wygłoszą:

Prof. Groer: »O patogenezie prosówki gruźliczej«.

Prof. Jonscher: »O gruźliczem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych«.

Dr. Kopeć: »Gruźlica wieku dziecięcego w świetle liczb«.

3. Prekluzyjny termin zgłaszania innych referatów z tejże dziedziny ustala się na dzień 1-go maja 1925 roku.

4. Ze względu na krótki czas trwania sekcji pedjatrycznej (1 dzień) będą wygłoszone przedewszystkiem referaty, będące w ścisłym związku z referatami programowymi oparte na spostrzeżeniach własnych. Kwalifikacje referatów ustala wyłoniona specjalnie ad hoc Komisja Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

5. Mówcy wraz ze zgłoszeniem referatu winni przedstawiać dokładne streszczenia.

Referaty bez streszczeń nie będą uwzględniane.

Prezes: *Michałowicz.* Sekretarz: *Barański.*

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy P. P. Obwód Łódzki.

Sprawozdanie z działalności Zarządu za rok 1924.

W dniu 1-go stycznia 1924 r. ilość członków w Związku Obw. Łódzkiego wynosiła 231; w roku sprawozdawczym zmarło kolegów 3-ch.

Dr. Maksymiljan Kon, dr. Stanisław Kon i dr. Kazimierz Jokiel.

Opuścił Łódź 1 lekarz. Przybyło 185, a więc w dniu 1-go stycznia b. r., ilość członków wynosiła 412.

W roku sprawozdawczym odbyło się 13 posiedzeń Zarządu Związku, nadto Prezydjum Związku uczestniczyło prawie we wszystkich posiedzeniach Zarządu Sekcji, na których omawiano sprawy natury zasadniczej.

Odbyto szereg konferencyj z Zarządem Kasy Chorych, zarówno w sprawie umowy głównej, jak i w sprawach cennikowych; niejednokrotnie interwenjowano w sprawach kasowych w Ministerstwie Pracy i Op. Sp.

Związek poprowadził energiczną akcję przeciwko zaangażowaniu na stanowisko dyrektora Kasy Chorych dra med. Szaykowskiego, ze względu na poważne zarzuty czynione mu przez Naczelną Izbę lekarską.

Akcja ta została uwieńczona powodzeniem, co było dowodem moralnych sił i powagi Związku

Prezydjum Związku interwenjowało w sprawie zatargu między Zarządem, a lekarzami Kasy Chorych w Pabjanicach, dzięki czemu zatarg został szybko zlikwidowany.

W sprawie zorganizowania pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, Zarząd Związku konsekwentnie stał na swem pierwotnem stanowisku, domagając się wolnego wyboru lekarza i jednostkowej opłaty za porady lekarskie. Dzięki zdecydowanemu stanowisku Związku, sprawa ta została w Łodzi po części rozwiązana zgodnie z naszemi na tę sprawę zapatrywaniami.

W końcu roku sprawozdawczego, zorganizowany został Okręg Łódzki Związku Lekarzy P. P.

Dnia 23 listopada 1924 r. odbył się w Łodzi Zjazd delegatów Związku Województwa Łódzkiego, na którym wyłoniono tymczasowy Zarząd Okręgu.

Szczegółowe sprawozdanie ze Zjazdu wydrukowane zostało na szpaltach »Nowin Lekarskich« (Nr. I. 1925 r.).

Z ramienia Zarządu Obwodu Łódzkiego, weszli do Zarządu Okręgowego Koledzy: Rosiewicz, Knichowiecki i Szyfman.

Stworzenie Okręgu ma doniosłe znaczenie ze względu na ustalenie tą drogą żywego kontaktu, między członkami Związku całego Województwa, co jest niezbędne dla ujednostajnienia linji naszego postępowania w stosunku do Okręgowego Związku Kas Chorych w sprawie pomocy lekarskiej dla urzędników panstwowych i innych aktualnych spraw życia lekarskiego.

Oto w krótkich zarysach najważniejsze momenty z działalności Związku za rok sprawozdawczy.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.
Okrąg Małopolski w Krakowie.

Ostrzeżenie!

Wydział Okręgu Małopolskiego Zw. Lek. P. P. ostrzega kolegów przed przyjmowaniem posad lekarzy kasowych w Powiatowej Kasie chorych w Drohobyczu. Lekarze Powiatowej

Kasy chorych w Drohobyczu poczynili odnośne kroki dla poprawy swych dotychczasowych marnych płac.

Za Wydział Okręgu:

Dr. Żydłowicz Wład. sekretarz. *Dr. Cercha M.*, prezes.

Okrąg Małopolski Związku Lekarzy P. P. w Krakowie.

Protokół 285 posiedzenia Wydziału w dniu 21 lutego 1925 r.

Dr. Fonferko referuje treść pisma dr. Porajewskiego z Sanoka w sprawie taks sądowych lekarskich. Przyjęto do wiadomości z tem, że referat dr. Fonferki uwzględnia sprawy poruszone przez dr. Porajewskiego.

Na pismo Wydziału Wykonawczego w sprawie terminu Walnego Zebrania Delegatów Zw. L. P. P. uchwalono zaproponować, by termin Walnego Zebrania delegatów Związku złączyć ze zjazdem przeciwgruźliczym, mającym się odbyć między 16 a 19 maja b. r. w Krakowie; po Zjeździe możnaby urządzić wycieczkę do miejscowości kąpielowych. Przyjęto do wiadomości zaproszenie na Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie.

Odczytano list dr. Oskara Hoffnera z Drohobycza; uchwalono odpowiedzieć, że wykluczenie go ze Związku przez Obwód Drohobycki Wydział Okręgu przyjął w swoim czasie do wiadomości.

Odczytano pismo Obwodu Drohobyckiego, w sprawie wolnego wyboru lekarza w Powiatowej Kasie chorych w Drohobyczu.

Odczytano pismo »Nowin Lekarskich« w sprawie napisania artykułu konkursowego o organizacji lekarzy w Polsce.

Odczytano list Wydziału Wykonawczego, wyjaśniający, że absolwenci Instytutu dentystycznego w Warszawie nie stoją na równi z lekarzami, wychowankami Uniwersytetów, wobec czego ci pierwsi nie mają prawa przystępywania do Związku Lekarzy P. P. Wyjaśnienie to uchwalono przesłać Obwodowi Drohobyckiemu.

Uchwalono przesłać podobizny zmarłych prezesów Okręgu Małopolskiego prof. dr. Jordana, prof. dr. Wicherkiewicza i dr. Damskiego, jakoteż zbiorową fotografję obecnego Wydziału Redakcji »Nowin Lekarskich« do numeru na zjazd delegatów.

Uchwalono umieścić odpowiednie ostrzeżenie co do przyjmowania posad lekarskich w Pow. Kasie chorych w Tomaszowie Mazowieckim.

Odczytano pismo »Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża« w sprawie opustu 50% od honorarjów lekarskich dla jego członków. Uchwalono odpowiedzieć, że lekarze udzielają zasadniczo 50% opustu niezamożnym urzędnikom, nieposiadającym majątku i żyjącym wyłącznie ze służbowych poborów. Lekarze nie mogą zobowiązać się do udzielania opustu wszystkim członkom Stowarzyszenia Polskiego Złotego Krzyża, gdyż między nimi są także zamożni ludzie, którzy mogą płacić pełne honorarja bez uszczerbku dla siebie. Odczytano pismo Obwodu Drohobyckiego w sprawie Związku Lekarzy kasowych. Uchwalono zwrócić się jeszcze raz do Kolegów lwowskich, będących członkami Okręgu, w sprawie zorganizowania Obwodu lwowskiego.

Odczytano zgłoszenie się na członka Okręgu dr. Leona Weissmanna z Gródka Jagiellońskiego i uchwalono przyjąć go pod warunkiem, że zrzeknie się posady kontraktowego lekarza dla leczenia funkcjonarjuszy państwowych, jaką tam piastuje.

Odczytano pismo dr. Wacława Juengsta z Boryni w sprawie proponowanej mu przez starostwo taryfy za leczenie urzędników celnych. Uchwalono zaproponować, by interesowany zgodził się, względnie zażądał za leczenie tych urzędników w miejscu 50% zwyczajowego honorarjum, za dojazdy zaś do przeważnie bardzo odległych posterunków opuścił 25% z prywatnych honorarjów.

Protokół 286 posiedzenia Wydziału w dniu 28 lutego 1925 r.

Odczytano pismo dr. H. z Ch. co do ordynowania dla członków Pow Kasy chorych w Ch. podczas stanu bezkontraktowego lekarzy tejże kasy. Dr. B. referuje sprawę minionego stanu bezkontraktowego w tej kasie i zarzuca dr. H., że leczył w czasie bezkontraktowym chorych kasowych na szczegółowe, piśmienne polecenie zarządu kasy. Na dowód tego przedkłada kartki kasy chorych, z któremi chorzy udawali się w krytycznym czasie po poradę lekarską wyłącznie do dr. H. Nadto dr. B. zwraca uwagę i zaznacza z naciskiem, że zarząd kasy wysyłał chorych najętemi przez siebie furmankami, wręczając członkom kasy polecenie leczenia do dr. H.

Lekarzom Pow. Kasy chorych w Białej uchwalono odpowiedzieć na zapytanie, że czterolecia należy liczyć od stałych poborów.

Artykuł dr. Izydora Wildera z Drohobycza i dr. Józefa Bednarskiego z Alwerni przekazano Komisji Redakcyjnej celem przesłania do »Nowin Lekarskich«.

Dr. E. Zadurowicz ze Sambora proponuje podwyższenie wkładki do Kasy pogrzebowej. Propozycję uchwalono przedstawić Walnemu Zebraniu Okręgu w dniu 29 marca b. r.

Dr. Stanisław Skoczek z Husiatyna prosi o polecenie lekarza na posadę w Powiatowej Kasie chorych w Husiatynie, jej oddziele w Kopyczyńcach, gdzie pozatem jest dobra praktyka prywatna i mieszkanie.

Protokół 287 posiedzenia Wydziału w dniu 7 marca 1925 r.

Dr. Stefanowi Szatce z Baranowa pod Tarnobrzegiem uchwalono wyjaśnić, że do wydawania kartek pośmiertnych na grzebanie zwłok upoważnionym jest jedynie lekarz oglądacz, płatny przez gminę.

Dr. Bronisławowi Majewskiemu z Przemyśla uchwalono odpisać, by co do zamierzonego wystąpienia z Okręgu postąpił w myśl statutu, a nie »zawiadamiał« o tem Wydziału przez zwracanie listów skarbnika o wezwanie do zapłacenia wkładki ze swoim dopiskiem »nie przyjęto«.

Odczytano i przyjęto sprawozdanie z czynności Wydziału za rok 1924 i uchwalono ogłosić drukiem i rozesłać członkom.

Protokół 288 posiedzenia Wydziału w dniu 14 marca 1925 r.

Przewodniczący wyjaśnia sprawę Walnego Zebrania Delegatów Związku Lekarzy P. P., który miał się odbyć w bieżącym roku w Krakowie. Z przyczyn od Wydziału Okręgu niezależnych Wydział Wykonawczy przeniósł zjazd delegatów z Krakowa do Warszawy, uzasadniając to tem, że według statutu, zjazd delegatów musi się odbyć w kwietniu, podczas, gdy Wydział Okręgu proponował termin w połowie maja, czego Wydział Wykonawczy nie uwzględnił.

Znaczną część posiedzenia zabrała dyskusja nad Walnem Zebraniem Okręgu i żywotnemi sprawami z niem związanemi.

Za Wydział:

Sekretarz: *Dr. W. Żydłowicz m. p.* Prezes: *Dr. M. Cercha m. p.*

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Zarząd Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 19 lutego r. b. postanowił obrać Polską Gazetę Lekarską za organ urzędowy Izby upoważnił Prezydjum do zwrócenia się w tej sprawie do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej.

Naczelnik Izby: *Dr. A. Przyborowski* Pisarz Izby: *Dr. Ignacy Sochacki*

Wiec lekarski we Lwowie.

W sobotę dnia 4. b. m. odbył się w sali posiedzeń Rady miejskiej Wiec lekarzy lwowskich przy udziale kilkuset kolegów. Celem wiecu było omówienie wspólne piekących spraw zawodowych, wzajemne co do nich porozumienie i powzięcie uchwał, jako wyrazu opinji i żądań wielkiego zastępu lekarzy. Wiec został zwołany przez komitet, złożony z szeregu poważnych kolegów starszych, wśród nich także członków Zarządu Izby lwowskiej, jakoteż kolegów młodszych, którzy szczególnie odczuwają obecne ciężkie czasy dla zawodu lekarskiego, spowodowane coraz większem socjalizowaniem wolnego zawodu lekarskiego.

Sprawę reaktywowania Okręgu Związku lekarzy P. P. w obrębie Izby lekarskiej lwowskiej referował kol. Zgórski. Nad sprawą tą rozwinęła się dyskusja, w której niemal jednomyślnie podnoszono potrzebę reaktywowania Okręgu lwowskiego, któryby w zgodnem współdziałaniu z Izbą bronił jak najusilniej zagrożonych słusznych praw zawodowych. Nieliczni przeciwnicy Związku oświadczali się raczej za tworzeniem Związków poszczególnych grup lekarzy, uważając, że one skuteczniej mogą bronić interesów lekarzy. Ostatecznie uchwalono potrzebę reaktywowania Okręgu Związku lekarzy P. P. w obrębie Izby lekarskiej lwowskiej i wybrano komitet, który ma się zająć przeprowadzeniem tej uchwały w porozumieniu z Głównym Zarządem Związku lekarzy P. P. w Warszawie.

Z kolei prezydent kol. Papée referował sprawę nowelizacji Ustawy o ubezpieczenia na wypadek choroby. Co do poszczególnych artykułów proponowanej Ustawy referent skrytykował art. 3., który podaje, jako górną granicę obowiązkowego ubezpieczenia, kwotę dochodów 750 zł.; granica ta wprost wypacza zasadnicze pojęcie zadania Kas chorych, a tem samem pociągnęłaby za sobą wprost ruinę gospodarczą stanu lekarskiego. Kasy chorych winny być zdecentralizowane; wielkie zakłady przemysłowe, handlowe, gwarectwa węglowe i t. p. powinny mieć własne, autonomiczne Kasy chorych. Górna granica dochodów osób obowiązanych do ubezpieczenia nie powinna przekraczać 200 zł. miesięcznie. Również niemożliwe jest do przyjęcia postanowienie art. 8., które pozwala na należenie do Kasy chorych osobom, których dochód miesięczny nie prze-

kracza 1500 zł. miesięcznie. Odnośnie do art. 33, należałoby ograniczyć uprawnienie korzystania z ubezpieczenia osobom zamieszkującym razem z ubezpieczonymi, a niepodlegającym przymusowi ubezpieczeniowemu. Referent omówił między innemi ustęp 2. art. 42. w sprawie wyboru lekarzy, oświadczając się, zgodnie z dawniejszą uchwałą Izby lek. lwowskiej, za wolnym wyborem lekarzy w Kasach chorych. W ten sposób będą z Kasy chorych korzystać istotnie wszyscy jej członkowie i to z większą korzyścią, co jest zupełnie jasnem. Co do ustępu 5., który ma być dodany, a według którego w razie strejku lekarzy kasowych mają wszyscy lekarze danej miejscowości udzielać posady członkom Kasy za połowę wynagrodzenia, przyjętego w danej miejscowości — to jestto pomysł, który sprzeciwia się konstytucji i prawom zasadniczym obywateli Państwa; oświadczyły się też przeciw niemu jednomyślnie wszystkie zrzeszenia lekarskie. Referent omówił nadto inne punkty zamierzonej nowelizacji. Po krótkiej dyskusji uchwalono rezolucje, idące po myśli już dawniejszych uchwał Izby lek. lw. (patrz Polska Gazeta lek. Nr. 41. 1924).

Następnie kol. Zgórski wygłosił referat na temat: Stosunek lekarzy do Kasy chorych i wolny wybór lekarzy. Referent omówił wyczerpująco temat powyższy i oświadczył się za wolnym wyborem lekarzy kasowych, zarówno ze względu na dobro chorych, jak i lekarzy — zwłaszcza wobec przynależności do Kas chorych ogromnych rzesz ludności. Że wolny wybór jest możliwy i dobry świadczą o tem stosunki w Poznańskiem, niemniej w Niemczech. Podnoszone przez przeciwników ujemne jego strony, dadzą się doskonale usunąć przez odpowiednią organizację, jak n. p. nadużycia ze strony ubezpieczonych, a nawet ze strony lekarzy t. j. niepotrzebne pomnażanie wizyt lekarskich i t. p.

Korr ferat na powyższy temat wygłosił kol. Landau; zdaniem jego przeprowadzenie wolnego wyboru jest niemożliwe i mieści w sobie wiele niebezpieczeństw; mówca podniósł, że liczba lekarzy kasowych przy obecnym stanie jest tak znaczna, że chory może dowolnie wśród nich wybierać tego, do którego ma zaufanie; w leczeniu chorych ubezpieczonych stosuje się dziś wszelkie najpostępowsze sposoby, na które też Kasy wcale nie żałują wydatków. Lekarze kasowi tworzą związki, dzięki też czemu mogą dostatecznie i solidarnie bronić swych praw i zapobiegać nadużyciom. W razie wprowadzenia wolnego wyboru suma 20% ogólnego dochodu Kasy, przeznaczona jako wynagrodzenie dla lekarzy, będzie tak rozproszkowana, że niewiele przyjdzie z niej dużej liczbie lekarzy, którzy będą lekarzami kasowymi z wolnego wyboru. Z tych powodów jest on przeciwnikiem wolnego wyboru lekarzy w Kasach chorych.

W nader ożywionej dyskusji zabierali głos liczni mówcy; niemal wyłącznie oświadczają się oni za wolnym wyborem; podnosili oni, między innemi, że w samym Lwowie liczba osób korzystających z Kasy chorych wynosi około 165 tysięcy; podnosili dalej niestosunkowo niski procent dochodów przeznaczonych dla lekarzy, tem więcej, że Kasa chorych jest w stanie zakupywać z własnych funduszów (we Lwowie) szereg budynków wielkiej wartości. Przytaczali oni również przykłady niekorzystania z pomocy lekarskiej szeregu członków, którzy, natrafiając na trudności w uzyskaniu porady, rezygnują z niej i udają się do lekarza niekasowego, szczególnie, o ile chodzi o pomoc w porze nocnej. Wprawdzie w niektórych przypadkach Kasa płaci honorarjum lekarzowi niekasowemu, jest ono jednak za niskie.

Po zamknięciu dyskusji uchwalono domagać się wprowadzenia wolnego wyboru lekarzy w Kasach chorych.

Wykonanie powziętych uchwał oddano komitetowi, który ma się zająć sprawą reaktywowania Okręgu Związku lek. P. P. w obrębie Izby lwowskiej.

Ogólny nastrój licznego zebrania, szczególnie u kolegów młodszych, był wyrazem ich ciężkiego położenia, w przemówieniach zaś kolegów starszych przebijała troska i poważne obawy o przyszłość dotąd wolnego zawodu lekarskiego.

r.

Do wiadomości Szan. Kolegów.

Wszyscy koledzy, zamierzający ubiegać się o posady w Spółce Brackiej G. Śląska (Tarn. Góry), a nie orjentujący się dostatecznie w tutejszych stosunkach, zechcą we własnym interesie przed przyjęciem ich zasięgnąć koleżeńskich informacyj u podpisanego: Dr. *Eugenjusz Krajewski*, Bielsznice (G. Śląsk) Lecznica Bracka.

Dr. Henryk ALLERHAND. Lwów.

Usterki i niedomagania rządowego projektu ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) przeszło do porządku dziennego nad projektem ustaw dentystycznych, złożonym przez Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, uwzględniającym zarówno stosunki obecne, jak i stosunki mające się ukształtować w przyszłości. Projekt ten proponował trzy ustawy wzajemnie się uzupełniające i normujące trzy zasadnicze w dentystyce sprawy, a mianowicie:

1. nauczanie dentystyki,
2. praktykę dentystyczną,
3. sprawę techników dentystycznych.

Projekt rządowy sprawy studjów zupełnie nie uwzględnia i toleruje nadal dotychczasową niejednolitość studjów, możliwości różnorakie partactwa i poświęca Skarb Narodu: zdrowie publiczne na ołtarzu krótkowzrocznej polityki oportunistycznej. Projekt wniesiony obecnie na wokandę sejmową różni się wprawdzie w pewnych nieistotnych zresztą szczegółach od pierwotnego projektu rządowego; zmiany te są widocznie wynikiem konferencji międzyministerjalnej, w której przedstawiciele innych Ministerstw wypowiadali swe krytyczne uwagi. Natomiast zupełnie pominięto przedłożenia organizacyj fachowych. Sposób ignorowania opinji publicznej przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, podobnie, jak i tajemniczość, którą cały projekt okrywano, jest co najmniej dziwny i wywołać musi przykre zdumienie wśród dzisiejszych postępowych stosunków, gdzie głos organizacyj społecznych we wszystkich dziedzinach życia publicznego padać winien ważko na szalę.

W szczególności przewiduje projekt rządowy liczne postanowienia, które będą dopiero później zapomocą specjalnych rozporządzeń wykonawczych sprecyzowane; trudno więc sobie na razie wyrobić opinję o wartości praktycznej tych postanowień. Już art. 1. przewiduje w ust. c) »jednoroczną praktykę dentystyczną w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu«. Znać na stylizacji tego ustępu niewolnicze naśladowanie ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej z 2. XII. 1921, DZURP 105, poz. 762, która przewiduje dla osób chcących się zajmować praktyką lekarską, rok praktyki szpitalnej, bądź w czasie studjów, bądź też po ich ukończeniu.

To postanowienie Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej jest jedną z usterek tej ustawy i domaga się bezwzględnie nowelizacji. Trudno się zgodzić na takie postawienie sprawy: »albo, albo«. Ustawa winna niedwuznacznie zażądać od przyszłych lekarzy rocznej praktyki szpitalnej po ukończeniu studjów, mającej świeżo upieczonym doktorom dodać wyszkolenie praktyczne. Wzorem pod tym względem jest niemiecki »praktisches Jahr«. Przy obecnej stylizacji ustawy każdy medyk postara się o frekwentowanie w czasie studjów oddziałów szpitalnych przez przeciąg jednego roku, (jak to zresztą miało miejsce także dawniej i ma miejsce obecnie), zbierze dotyczące poświadczenia od poszczególnych kierowników oddziałów szpitalnych, będących zwykle i tak profesorami nadzwyczajnymi, wykładającymi na swych oddziałach, i w ten sposób wartość postanowień ustawy będzie sprowadzona do zera.

Jeszcze gorzej, wprost beznadziejnie niejasno, przedstawia się sprawa z »jednoroczną praktyką dentystyczną«. Już w tem jednem z pierwszych postanowień projektu rządowego mści się połowiczność, z jaką cała sprawa została postawiona. By tę połowiczność tem lepiej uplastycznić, pozwolę sobie na chwilę przypomnieć stanowisko Związku Stomatologów Lwowskiej Izby lekarskiej, skrystalizowane w licznych poprzednich enuncjacjach, a ostatnio w Projekcie Ustaw Dentystycznych, rozesłanym wszystkim czynnikom zainteresowanym, Ministerstwom, tudzież wszystkim PP. posłom i senatorom. Oto tezy naszego stanowiska stomatologicznego, na którem niewzruszenie stojąc, pragniemy, wzorem innych państw kulturalnych, rozwiązać janusową kwestję dentystyki w Polsce. Dadzą się one streścić pokrótce w sposób następujący:

1. Dentystyka (stomatologja) jest gałęzią medycyny.
2. Dentysta musi być lekarzem.
3. Nauczanie dentystyki winno się odbywać, podobnie jak nauczanie innych specjalności lekarskich, jedynie w ramach uniwersyteckich Wydziałów lekarskich.
4. Wykonywanie dentystyki w praktyce ma podlegać tym samym normom prawnym i zwyczajowym, co wykonawstwo praktyczne innych specjalności lekarskich.
5. Osobne studjum dentystyki, specjalne szkoły dentystyczne, są nieracjonalne; jeżeli takie stosunki istnieją jeszcze gdziekolwiek zagranicą, to są urządzeniem szczątkowem.
6. Państwowy Instytut Dentystyczny, jako instytucja likwidatorska na czas wojenny, winien jak najrychlej ulec likwidacji śladem analogicznych innych »komisyj likwidacyjnych«.
7. Kwestja specjalizacji w dentystyce jest na razie kwestją otwartą, podobnie jak kwestja specjalizacji w innych działach medycyny. Uregulowanie (bardzo zresztą trudne) nastąpić winno w ustawie specjalizacyjnej, zapowiedzianej w art. 8. ust. 2. Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej.

Oto stanowisko stomatologiczne; jest ono jasne, niedwuznaczne, nie dopuszcza żadnych odmiennych interpretacyj. Nie zmienia tego faktu ani okoliczność, że dzisiejsze stosunki i w Polsce i zagranicą odbiegają wielokrotnie od tego stanowiska. Mając możność ustawodawczego ukształtowania stosunków, winniśmy uczynić to w sposób najdoskonalszy.

Jakżeż w świetle powyższego zapatrywania przedstawi się postulat »jednorocznej praktyki dentystycznej w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu«? Co to takiego: »praktyka dentystyczna«? Co to takiego praktyka w jednej gałęzi medycyny? Wszak to nic innego, jak specjalizacja, którą zapo-

wiada wspomniany wyżej art. 8. Ustawy o praktyce lekarskiej. Projekt więc rządowy antecypuje tę mającą się ukazać ustawę i żąda dla dentystyki stanowiska wyjątkowego. Lecz równocześnie trudno sobie wyobrazić możliwości tej »praktyki dentystycznej«. »Praktyka dentystyczna« — to nie jest analogon do »praktyki szpitalnej«, wymaganej ustawą lekarską. Praktyka szpitalna polega na kolejnem przejściu wszystkich oddziałów szpitalnych celem praktycznego zaznajomienia się z wszystkiemi gałęziami medycyny, stanowiąc w ten sposób nader cenne uzupełnienie studjów lekarskich. A jak to będzie z tą »praktyką dentystyczną«? Gdzie będzie się ona odbywała? w jaki sposób, pod czyjem kierownictwem i nadzorem? Oto szereg pytajników, które projekt rządowy pozostawia bez odpowiedzi. To niewolnicze trzymanie się stylizacji Ustawy o praktyce lekarskiej okaże się również nieracjonalnem w pewnych innych postanowieniach, o których poniżej.

Dalszą usterką projektu rządowego, jest art. 3. Przyznaje on łaskawie osobom, które posiadają prawo wykonywania praktyki dentystycznej, prawo używania tytułu »dentysta«. Intencją projektodawcy było zapewne przeciwwstawienie tej nazwy nazwie »lekarz-dentysta«, która w byłym zaborze rosyjskim i pruskim jest w użyciu. Niewątpliwie ani »Zubnoj wracz« ani »Zahnarzt« nieda się poprawnie pod względem językowym spolszczyć przez »lekarz-dentysta«, które to określenie jest pleonazmem, lecz przez »dentysta«, podobnie, jak n. p. »Augenarzt« — okulista, a nie lekarz-okulista i t. d., lecz z drugiej strony winno się liczyć z warunkami życiowemi, które tytuł »lekarz-dentysta« sankcjonują. Określenie »dentysta« jest bezsprzecznie językowo poprawne, lecz dlaczegóż uniemożliwić określenie »stomatolog«, które dla specjalności danej jest odpowiedniejsze, tudzież określenie »specjalista chorób jamy ustnej i zębów«, które jest równie uzasadnione, jak określenia innych specjalności lekarskich.

Art. 6., znowuż mechanicznie przepisany z Ustawy lekarskiej, wydanej przed Ustawą o powszechnym obowiązku służby wojskowej, jest dzisiaj bezprzedmiotowy; w razie powszechnej mobilizacji znajdzie się w armji walczącej dość dentystów, jeżeli tylko zostaną odpowiednio użyci w zakresie swej specjalności.

W art. 8. przykro dotyka określenie »gabinet«; należałoby je zastąpić określeniem odpowiedniejszem n. p, »praktyka« lub »ordynacja«.

To samo dotyczy art. 9.

Co do przychodni dentystycznych, to były one dotychczas niejako »malum necessarium«; tolerowanie ich nadal, jako przedsiębiorstwa zarobkowego, utrzymywanego przez osoby z dentystyką nic wspólnego nie mające, jest nieracjonalne. Przychodnie takie winni utrzymywać jedynie specjaliści, lub instytucje, n. p. Kasy Chorych.

Stylizacja art. 12. jest niebardzo szczęśliwa: »Kontrola sanitarna« budzi różne niebardzo sympatyczne asocjacje, pozatem u osób z pełnym dyplomem lekarskim jest objęta już postanowieniami Ustawy o praktyce lekarskiej«.

Ustęp II., o pomocniczym personalu dentystycznym, obejmujący artykuły 13., 14., 15., wprowadza do już istniejącego chaosu dentystycznego żywioł nowy: »laboranta dentystycznego«; niewiadomo, czy ten homunculus spreparowany na prędce w retorcie ministerjalnej, rozwiąże kwestję; obawiamy się, że ją jeszcze bardziej awikła.

Sprawa techników dentystycznych została obecnie przeniesiona do »postanowień przejściowych«. W zasadzie skazuje projekt rządowy stan ten na etat wymarcia i osładza mu tę niewesołą perspektywę znacznemi rozszerzeniami uprawnień. A cóż to za ludzie będą ci »laboranci dentystyczni«, o których powyżej była mowa. Czyż to nie będą znów technicy dentystyczni w zmienionej postaci? Artykuły, odnoszące się do uprawnień techników dentystycznych, pozostały w obecnym projekcie rządowym te same, co i w poprzednim. Przyznają one technikom dentystycznym, którzy zdadzą egzamin praktyczny przed specjalną Komisją egzaminacyjną przy Województwie, tudzież technikom, będącym piętnaście lat w zawodzie, prawo, prócz zwykłych czynności techniczno dentystycznych, wykonywania »wszystkich zabiegów na zębach«. W ten sposób jednem pociągnięciem maszyny pisarskiej przyznaje projekt rządowy prawo wykonywania wszystkich) nawet najtrudniejszych zabiegów dentystycznych, a więc resekcyj korzeni i t. p., technikom dentystycznym, posiadającym jedynie wykształcenie mechaniczne. Hojność jest zaletą, ale nie z cudzej kieszeni! W przeciwwstawieniu do tych superliberalnych koncesyj przewidywał Projekt Ustaw Dentystycznych, ułożony przez Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, umożliwienie koncesjonowanym technikom dentystycznym wykonywania swych nabytych uprawnień stosownie do dzisiejszego stanu protetyki dentystycznej przez zezwolenie na wykonywanie następujących czynności: usuwanie kamienia nazębnego, czyszczenie zębów, szlifowanie zębów i korzeni, branie odcisków celem sporządzenia dostawek zębowych wszelkiego rodzaju, sporządzanie tych dostawek i osadzanie dostawek (protez) w jamie ustnej. Do zabiegów czysto leczniczych, wzbronionych technikom dentystycznym, należą natomiast: leczenie miazgi zębowej i korzeni, wypełnienie (plombowanie) zębów, wszystkie zabiegi krwawe, tudzież wstrzykiwania poddziąsłowe i podskórne.

Z napięciem śledzić będziemy dalszy rozwój ustawodawstwa dentystycznego na terenie sejmowym; mamy nadzieję że opinje organizacyj fachowych zostaną przy tem w większej mierze, niż dotychczas, uwzględnione.

(Uwaga). Kolegom, interesującym się powyższą sprawą, zostanie na życzenie przesłany bezpłatnie egzemplarz Projektu Ustaw Dentystycznych, ułożonego przez Związek Stomatologów Lwowsklej Izby Lekarskiej.

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Wiadomości bieżące.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wzywa swych członków, aby przy wysyłaniu chorych bezwzględnie omijali zdrojowiska niemieckie oraz wybrzeża gdańskie. W razie konieczności leczenia poza granicami Państwa, należy kierować chorych do zdrojowisk czesko-słowackich i francuskich oraz nad morze rumuńskie, jugosłowiańskie, włoskie i francuskie.

Kraków.

Prof. dr. Józef Latkowski został mianowany profesorem zwyczajnym chorób wewnętrznych i dyrektorem II. kliniki chorób wewnętrznych w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Ze świata.

Międzynarodowy Instytut Bibljografji lekarskiej w Genewie utworzono w styczniu b. r. Ma on ułatwiać badania bibljograficzne zapomocą kart analitycznych (*fiches analytiques*) zawierających treść prac. Cały materjał podzielony jest na trzy grupy. Abonament uprawnia do 250 kart w grupie, a wynosi za grupę 15 fr. za wszystkie 3 grupy 40 fr. Karty mają tekst w języku francuskim; w razie dostatecznej liczby abonentów mają być wydane także w języku angielskim i niemieckim.

Od szczepienia ochronnego przeciw ospie w Anglji było w r. 1923 na podstawie t. zw. klauzuli sumienia uwolnionych 284.551 dzieci Wynikiem tego przełamania przymusu szczepienia jest niemożność opanowania ospy w Angglji, czego dowodem 150 nowych przypadków ospy, zaszłej w jednym tygodniu t. j. od 8—14 lutego b. r.

Otwarcia nowych Uniwersytetów i Persji nastąpiło z początkiem b. r. Nowy Uniwersytet we Florencji składa się z 5 Wydziałów, w tem Wydział lekarski.

Liczba studentów medycyny w Niemczech stale spada. W lecie 1923 r. było ich 12.558 (w roku 1914 — 29.440), w roku 1924 było medyków 9.376. Również liczba kobiet studjujących medycynę, mianowicie z 2013 w r. 1923 spadła na 1368 w lecie 1924.

Komitet nagrody Boylstona Uniwersytetu Haward w Bostonie zawiadamia, że w bieżącym roku jest do rozdania nagrody powyższa w sumie 500 dol. Temat pracy z zakresu medycyny jest dowolny. Prace należy nadsyłać do 31 grudnia b. r na ręce sekretarza: dr. H. Christian, Pa er Bent Brigham Hospital, Boston.

Sprostowanie.

W nr. 13. P. G. L w artykule dr. K. Kuhla na str. 301. wiersz 40. od góry ma być: stany podgorączkowe do 37.5 — zamiast 38.5. na str. 303 w tabelce ma być: »Ilość płytek na 1000 erytrocytów« zamiast na 100.

Nr. 16. 19. kwietnia 1925. Rok IV

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. A. SABATOWSKI. Lwów.

O dwufazowości zjawisk w przyrodolecznictwie.

Badania doświadczalne nad sposobem działania czynników przyrodoleczniczych stanowiły do niedawna mniej pociągający teren pracy naukowej. Wyniki bowiem tych badań były często diametralnie przeciwne, a w niektórych przypadkach nie spostrzegano wogóle żadnego wyniku charakterystycznego.

Dopiero szeroka rozbudowa nauki o wstrząsie i nadwrażliwości, a zwłaszcza badania nad sposobem przebiegania wstrząsu l e k k i e g o dały podstawę do rozwikłania przyczyny niepowodzeń dawniejszych w studjach nad bodźcami fizjatrycznemi. Rozpatrzenie jednego przykładu z tego zakresu najlepiej tę rzecz wyjaśni.

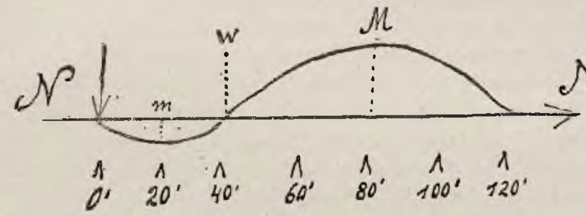
Weźmy n. p. przypadek lekkiego wstrząsu białkowego, jaki się spostrzega u osób n a d w r a ż l i w y c h na białko po wypiciu naczczo 200 g. mleka. Badając krew tego osobnika, spostrzegamy po 15 min. od spożycia mleka wyraźne zmniejszenie się ilości ciałek białych, zwłaszcza wielojądrzastych, które potęguje się w ciągu dalszych 15 minut, a potem się cofa i przechodzi zwolna w leukocytozę wielojądrzastą o różnem indywidualnie nasileniu. Równolegle z tem zjawiskiem, choć niezupełnie równoczasowo, zachodzą w tym przypadku zmiany co do czasu krzepnienia krwi, jej rozwodnienia i odwodnienia i t. d. Jeśli u osobnika tego będziemy leczyli jego nadwrażliwość i po dłuższych odstępach czasu ponawiali omawianą próbę, otrzymywać będziemy zjawisko leukopenji coraz słabsze i krótsze, podczas gdy zjawisko leukocytozy będzie się utrzymywać, tak, że w końcu nie można będzie sposobu oddziaływania tego osobnika odróżnić od zwykłej reakcji »leukocytozy trawiennej«. Podobnie do zaniku możemy doprowadzić fazę leukopeniczną u takiego osobnika, jeśli bodziec (w tym wypadku mleko) stosować będziemy w dawkach początkowo znikomo małych, potem stopniowo i ostrożnie zwiększanych. Jest to też jedna z najpewniejszych metod leczniczych w takim przypadku. Jeśli dodam jeszcze, że leukopenja trawienna (wstępna) jest tak fizjologiczną dla dziecka jak leukocytoza (bez dostrzegalnej fazy leukopenicznej) dla zdrowego człowieka dorosłego, to wyczerpałem już te momenty, na których przyjdzie mi się oprzeć. Dodać tylko trzeba, że u człowieka nigdy nie spostrzegamy po doustnem stosowaniu białka trwałej i j e d y n e j fazy leukopenicznej, co da się uzyskać łatwo u zwierzęcia uczulonego w ś m i e r t e l n y m wstrząsie anafilaktycznym drogą podskórną lub dożylną.

Opisany powyżej przykład stanowi typowe zjawisko d w u f a z o w o ś c i odczynu ustrojowego, zjawisko oddawna w medycynie znane, uwzględniane już dawniej w hydroterapji*) i w farmakoterapji, a obecnie nabierające jeszcze większego znaczenia nietylko teoretycznego ale i praktycznego we fizjatrji (fizjoterapji).

Jakże na tem tle przedstawia się sprawa owych nieudałych badań fizjatrycznych?

Przedstawmy sobie graficznie przebieg takiego dwufazowego zjawiska i możliwości jakie przy jego ujmowaniu przez nas zachodzić mogą.

Jeśli przez linję N—N, oznaczymy stan równowagi ustroju, a więc poziom, dokoła którego oscylują w małych wychyleniach (zależnych od drobnych wpływów postronnych i ustrojowych) — wszystkie tzw. normalne wartości ustroju, a więc jego ciepłota, wymiana gazowa, obraz cytologiczny i chemiczny krwi etc. — to krzywa, oplatająca tę prostą oznacza wychylenia pewnych funkcji ustroju od normy, przyczem wielkość odchylenia tych dwu linji wyraża wielkość zboczenia funkcji. Zwyczajowo, określamy wychyleniem w dół niedomogę (hipofunkcję), zaś wychyleniem w górę nadczynność (hiperfunkcję) jakiegoś czynnika czy objawu ustrojowego (ciepłoty, cukru krwi, ilości leukocytów i t. d.).



Strzałka oznacza chwilę zadziałania bodźca, cyfry na dole ilość minut, upływających od tej chwili; W oznacza punkt węzłowy, m i M maksymalne punkty wychyleń.

Wyobraźmy sobie teraz na tym wykresie poprzednio omówiony przypadek leukopenji trawiennej i przyjmijmy, że kilku badaczy w takich samych przypadkach rozmaicie ułoży sobie tok badania. Ten, który pobierać będzie krew co 20 minut (jak na wykresie oznaczono), będzie miał rzetelny obraz zjawiska, o ile będzie badał dostatecznie d ł u g o. Ten, który się zadowoli badaniem co 40 minut, będzie sądził, że przez pierwszy okres 40-minutowy obraz krwi się nie zmieniał wcale, a przez dwa następne rozegrała się l e u k o c y t o z a przejściowa (faza druga trwa zwykle kilkakrotnie dłużej niż pierwsza); ten, który badał krótko a w częstych odstępach, np. co 10 minut, może nabrać przekonania, że zjawisko całe polegało jedynie na przelotnej l e u k o p e n j i, która przeszła w stan normy; nakoniec badacz, który zadowoli się jednem badaniem, a trafi co do czasu w punkt węzłowy lub tuż koło niego, twierdzić będzie, że ten rzekomy bodziec wogóle pozostał b e z w p ł y w u na zachowanie się krwi, gdyż ilość ciałek — albo się wogóle nie zmieniła, albo tylko w granicach błędu technicznego.

Mogłoby się wydawać, że za długo się rozwodzę nad rzeczami tak prostemi, a jednak cierpliwe przejrzenie prac klinicznych niedawnej jeszcze doby wykazuje klasyczne przykłady tego rodzaju nieporozumień. Sprawa ta nie jest przytem tak prosta, jakby się to wydawało, gdyż tak c z a s t r w a n i a jak i n a s i l e n i e każdej fazy, a zwłaszcza pierwszej może być, przy jednakowo silnym bodźcu, bardzo rozmaite, a to zależnie od konstytucji, stanu zdrowia (człowiek chory, zdrów, ozdrowieniec), wieku, płci (okres miesiączkowy, climax etc.), pory dnia i stanu przewodu pokarmowego i wielu innych czynników, które dają nam też możność modyfikowania odczynu w kierunku dla nas pożądanym.

Dodaję tu nawiasem, że zjawisko dwufazowe może przebiegać po krzywej w kierunku przeciwnym (z fazą wzmożenia funkcji wzgl. objawów na pierwszem miejscu) co zresztą nic w istocie rzeczy nie zmienia.

Jeśli chodzi o pierwszeństwo historyczne, to prawdopodobnie właśnie w jednym z działów fizjatrji, w h y d r o t e r a p j i, odczyn dwufazowy był najwcześniej w ogólnym zarysie poznany i leczniczo wyzyskiwany, ale zarazem też pewne zagadnienia z hydroterapji zdrojowiskowej (tzw. balneoterapji) do ostatnich czasów nie mogły się doczekać rozwią-

*) Jako przykłady przytaczam: dwufazowość dermografji, zblednięcie i zaczerwienienie skóry po silniejszych bodźcach cieplnych, osłabienie a potem wzmożenie uczucia dotyku po tych bodźcach, hipalgezję i hiperalgezję po kwarcówce (Groër i Jasiński), zwolnienie a potem przyśpieszenie oddechu w kąpieli anizotermicznej dla skóry, leukopenję i leukocytozę następową po piciu wód anizotermicznych dla żołądka (Filiński, Sabatowski i Kmietowicz), wzmożenie przemiany podstawowej w kąpieli ciepłej, a potem spadek (Delcourt-Bernard i Mayer) i t. d.

zania z powodu zbyt powierzchownej znajomości tego odczynu w warunkach patologicznych. Utrudniał też poznanie tych warunków działania ów fatalny podział fizjatrji na hydroterapję, balneoterapję, talassoterapję, termoterapję, aeroterapję, klimatoterapję i wiele jeszcze innych, zupełnie zbędnych i nierzeczowych poddziałów. Było to o tyle szkodliwe, że, podtrzymując złudzenie o ogromnej rozmaitości bodźców, nie nasuwało potrzeby porównywania rozmaitych postaci bodźców w ich oddziaływaniu na jeden i ten sam objaw chorobowy.

Klasycznym przykładem tych trudności teoretycznych, nad któremi praktyka przechodziła zwycięsko do porządku dziennego, była sprawa sposobu działania kąpieli z bezwodnikiem węglowym na zaburzenia w krążeniu krwi i to na zaburzenia o tak diametralnie przeciwnym charakterze jak niedomoga mięśniowa i hipertonja. Ogromna ilość mniej lub więcej skomplikowanych teoryj świadczy o tem, jak uparcie szukano wyjaśnienia i jak wszelkie usiłowania były bezskuteczne. Tymczasem porównanie wyników leczniczych dodatnich, uzyskiwanych rozmaitemi metodami przyrodoleczniczemi, odrazu naprowadza na myśl, że działanie kąpieli szczawnych (kwasowęglowych) niczem istotnem się nie różni od działania metod mechanicznych, światłoleczniczych, proteinoterapji, leczenia piciem wód i t. d. I tak, biorąc pod uwagę hipertonję niepowikłaną, widzimy, że tak korzystnie na jej zmniejszenie wpływa kąpiel szczawna, jak zabiegi wodolecznicze inne, z wody słodkiej lub mineralnej (solanki, siarczanki), a dalej mięsienie ciała, ostrożne wygrzewanie diatermją, gimnastyka lecznicza, naświetlanie słoneczne lub kwarcówką, wstrzykiwania ciał białkowych, siarki koloidalnej lub cukru, silne ograniczenie pożywienia, picie wód hipotonicznych i t. d. Odwrotne zboczenie, hipotonję układu krążenia leczy się obecnie we fizjatrji rozmaitemi zabiegami wodoleczniczemi (na pierwszem miejscu znów kąpielami szczawnemi), mięsieniem całego ciała, mięsieniem wibracyjnem klatki piersiowej (szcz. okolicy serca), gimnastyką leczniczą, naświetlaniem, wstrzykiwaniem cukru, a nieraz i ograniczeniem pożywienia. Jak widać, lista środków leczniczych w obu przypadkach jest prawie identyczną; mało pozycji brakuje w drugiej i trudno osądzić, czy doświadczenie lat najbliższych i tych luk jeszcze nie zapełni.

Oczywiście, że kąpiel szczawna jest bodźcem silniejszym niż zwykła słodkowodna, a znów słabszym niż zastrzyk np. novoprotiny lub siarki koloidalnej. Ogromną wziętość wyrobiła jej jednak głównie ta okoliczność, że przy lekkości bodźca, dawkowanie go »na oko«, bez kontroli lekarskiej przy samej kąpieli, nie naraża zwykle na niebezpieczeństwo przedawkowania. Gimnastyki oporowej, mięsienia lub diatermji żaden chyba lekarz przy zboczeniach krążenia nie zastosuje bez osobistej kontroli przy pierwszych zabiegach!

Dawniejsze teorje działania tych kąpieli operowały zwykle momentem rozszerzenia koryta krwi w skórze, przez co znikały jakoby opory obwodowe przy hipertonji, a także i przy niedomodze krążenia praca serca się ułatwiała. Spostrzeganemu zaś nieraz, przelotnemu zwężeniu naczyń skórnych, jakie spostrzegano przed ich rozszerzeniem, przypisywano znaczenie ledziutkiego bodźca ćwiczebnego. Jeśli ten bodziec ćwiczebny był pomyślany niejako fizjologicznie, to ulga w oporach obwodowych, trwająca półtorej godziny na dobę, niemogła być poważnie brana w rachubę, zwłaszcza, jeśli uwzględnimy, że prawo Dastre-Morata o wzajemnym antagoniźmie naczyń trzewiowych i obwodowych zostało na nowo potwierdzone w doświadczeniach nad wstrząsem.

Chory narząd krwionośny musimy uważać przedewszystkiem za nadwrażliwy. Jako taki reaguje on już na takie dawki bodźców, jakie zdrowego narządu nie są w stanie wyruszyć z równowagi, a reaguje tak, jak zboczenie z równowagi wegetatywnej w danym wypadku dyktuje. Dawka umiarkowana bodźca przeciwdziała zboczeniu układu wegetatywnego, dawka zbyt silna pogłębia jeszcze to zboczenie. Tem się tłumaczy przeciwne działanie tychsamych bodźców w cierpieniach wprost przeciwnej natury, możliwość zaszkodzenia lub dopomożenia choremu zapomocą tego samego bodźca w różnem tylko dawkowaniu oraz bezskuteczność wszelkich bodźców w przypadkach »schyłkowych« lub oddawna względnie skompenzowanych, gdzie brak równowagi wegetatywnej odgrywa już tylko minimalną rolę.

To twierdzenie uzasadniam następującemi przesłankami. Bodźce przyrodolecznicze przypominają pod wieloma względami bodźce farmakologiczne i nic w tem dziwnego. Kiedyś będzie je można ułożyć w jeden szereg bodźców, gdy bliżej jeszcze ich przyrodę poznamy. Na razie — wracając do powyższego przykładu, widzimy, że większość bodźców, tak fizjatrycznych, jak farmakologicznych, wykazuje nikły wpływ na narząd krążenia zdrowy, a bardzo silny na narząd chory. Jako ilustracja tego niech służy wpływ naparstnicy na rytm i wydatność ewolucji serca i wpływ zimnych okładów, wibracyjnego mięsienia okolicy serca (wstrząsanie!) lub ostrożnie dawkowanej pracy mięśniowej. Tak naparstnica jak i wspomniane czynniki fizjatryczne powodują przy stanach niedomogi krążenia poprawę, zaznaczającą się zwolnieniem i pogłębieniem akcji serca i zmniejszeniem rozszerzonej sylwetki sercowej w obrazie roentgenologicznym. Objawów tych napróżno zwykle szukać będziemy, stosując te same bodźce w przypadkach sprawnego mięśnia sercowego. Niedarmo też tym zabiegom fizjatrycznym przypisywano już oddawna działanie »naparstnicze«.

Naparstnica, stosowana w nadmiarze, powoduje wprost przeciwne objawy w stosunku do swych leczniczych. Tosamo da się wywołać nadmiernem stosowaniem wielu bodźców fizjatrycznych (wibracja, ćwiczenia oporowe, cieplejsza kąpiel lub zbyt często powtarzana etc.). Nie ulega też wątpliwości, że w zakładach przyrodoleczniczych uzyskuje się czasem zamiast popraw, pogorszenia. Wreszcie pewna ilość przypadków jest oporna tak na leki nasercowe apteczne jak i fizjatryczne. To jest grupa trzecia, bardzo nieliczna.

Tak samo ma się rzecz z przypadkami hipertonji. I tu leki apteczne i fizjatryczne, nie wykazujące prawie żadnego działania na narząd ortotoniczny (prawidłowy), działają wybitnie obniżająco na ciśnienie krwi w przypadkach hipertonji. Pewna ilość przypadków tych zachowuje się opornie wobec obu grup leków. W przyrodolecznictwie widuje się nawet przypadki pogorszenia, zwłaszcza gdy chory niewłaściwie się zachowuje np. chodzi zamiast leżeć w okresie leczenia i t. p. Pogorszenia po lekach aptecznych jeszcze trudniej jest ocenić co do ich przyczynowości i stąd nie mamy wiadomości o tem.

Zachowanie się osobników zdrowych wobec tych bodźców fizjatrycznych wykazuje zwykle szybko i nikle przebiegający odczyn dwufazowy, tak co do ciśnienia krwi jak i rytmu serca, u osobników zaś chorych można czasem wyłapać nikłą fazę ujemną (t. j. kierunku istniejącego zboczenia krążeniowego), natomiast faza dodatnia jest zwykle dużo wyraźniejsza i dłużej trwająca.

Nietylko bodźce o znaczeniu leczniczem mogą wykazywać fazę ujemną (pogorszenie), przelotną (t. zw. »reakcja zdrojowiskowa« w pierwszych dniach leczenia) lub trwalszą (nieudałe terapeutycznie przypadki), lecz naodwrót bodźce o nasileniu i charakterze uszkadzającym, chorobotwórczym, dają też fazy »ujemne« przed swoją właściwą fazą (»dodatnią«), która dla ustroju może być ciężkiem przejściem. Taka faza »ujemna« daje się najłatwiej wykazać przez wahania istniejącego już stanu nadwrażliwości. Wykazałem ją też u chorych z osutką kiłową kwitnącą, którym wlałem śródżylnie znaczne ilości wody przekroplonej lub zasolonej (1). Chore te wykazały po 24 godzinach przybladnięcie osutki bardzo wyraźne, poczem dalsza doba przyniosła silny odczyn Jarisch-Herxheimera. Ciepłota ciała również w pierwszej dobie opadła nieco niżej normy, w drugiej zaś podniosła się do stanu gorączkowego.

U trzech chorych z podostrym nieżytem pęcherza moczowego, bardzo ściśle obserwowanych (w tem jeden lekarz), zauważyłem, że objawy pęcherzowe, jak lekkie parcie na mocz, uczucie ucisku nad spojeniem łonowem, zmętnienie moczu od nabłonków i t. d. — znikały przez kilkanaście do 24 godzin po takich urazach, które w dalszym ciągu nieuchronnie prowadziły do okresowego pogorszenia

objawów. Urazy takie jak spółkowanie, użycie alkoholu, lekkie zmarznięcie w nogi, dawały w pewnym okresie tej choroby wyraźną fazę »negatywną« wstępną.

Wreszcie jedna chora z gośćcem dnawym podostrym leczona atofanem, piperazyną i naświetlaniami kwarcówką, użyła — bez mojej wiedzy — gorącej kąpieli »ziołowej«, a czując się nazajutrz zupełnie wolną od bólów, powtórzyła ten zabieg. Trzeciego dnia szalone bóle przykuły chorą do łóżka.

Przypominam nakoniec, cytowany przez angielskich lekarzy, zwyczaj chorych na dnę, że, aby się przez jedną choć dobę uwolnić od dolegliwości, zjadają potężną porcję mięsa.

Wśród chorób ostrych i przewlekłych spotykamy również zjawiska, które nazwać trzeba przez analogję »fazą ujemną« a które pojawiają się jako następstwa albo pierwszego urazu chorobowego albo powikłania. I tak stwierdzili Bouchard, a także Wunderlich ciepłoty subnormalne w pierwszej chwili dreszczu przy poczynającem się zapaleniu płuc. Ciepłoty te bardzo rychło przechodziły w wysokogorączkowe. Teissier opisuje napady zimnicy z ciepłotą 35·9° C. Jako objawy wstrząsu wikłającego chorobę uważamy występowanie hipotermicznych stanów po zbyt brutalnem chłodzeniu chorego kąpielą **), po wielkich dawkach środków przeciwgorączkowych, po przedziurawieniu trzewiów w czasie choroby i t. d. Przedziurawienie takie daje też inne zjawisko dwufazowe: pierwotne zwolnienie a następowe silne przyśpieszenie tętna.

Także doświadczalnie wywołane wstrząsy wykazują dwufazowość, o ile tylko zwierzę nie ulegnie pod pierwszym naporem urazu. Opisywane przez innych i przez nas (2) lekkie wstrząsy cieplne, dalej białkowe, po tuszu chińskim i t. p. wykazują bardzo pięknie dwufazowość. Neszkovic wykazał (3) u królika beztarczycowego dwufazowość w ciśnieniu krwi wśród wstrząsu anafilaktycznego, z którego zwierzę uszło z życiem, podczas gdy nieoperowane zwierzęta w tych samych warunkach padły wśród jednostajnego a szybkiego spadku ciśnienia.

Wszystkie te fakty świadczą o powszechności prawa dwufazowości odczynów ustrojowych. Charakter odczynów (ciepłoty, obrazu i ciśnienia krwi, wymiany pierwiastków etc.) przemawia za ich wegetatywnem pochodzeniem, co tu i ówdzie doświadczenie farmakologiczne już naocznie potwierdziło przy pomocy alkaloidów swoistych dla jednej z obu grup przeciwważnych (»błędna« i »współczulna«).

Zbyt mało się jednak dziś jeszcze zwraca uwagę na to, że, jak empirja terapeutyczna uczy, odczyny w ustroju zdrowym wykazują inną krzywą przebiegu niż w ustroju chorym i że porównywanie takich dwu doświadczeń zawsze wykaże znaczną niezgodność, a nawet sprzeczność, że niezgodność będzie nawet między sposobem reagowania dwu ustrojów chorych, gdyż ten, który szybko zdąża do zdrowia, da inny odczyn niż ten, który kieruje się ku schyłkowi. Stąd tyle sprzeczności w wynikach badań nad działaniem bodźców fizjatrycznych. Jedni robili je na zdrowych, inni na chorych, inni znów na materjale ozdrowieńczym klinik i szpitali. Wynikły stąd tezy i zgodne i sprzeczne z doświadczeniem uzdrojowiskowem.

Kwestja wielkości dawki jest wogóle najważniejszym czynnikiem, który pozostaje w rękach lekarza. Święcące swe czterdziestolecie istnienia, prawo Arndt-Schulza o przeciwnem działaniu małych i wielkich dawek oraz zasada Schulz'a o odmiennem reagowaniu na leki narządów zdrowych a chorych — znajdują pełne zastosowanie we fizjatrji. Jako klasyczny przykład niech posłużą doświadczenia Loranta nad działaniem stosowanych doustnie soli sodowych, potasowych i wapniowych (w postaci chlorków, siarczanów, fosforanów i węglanów) na wydzielanie cukru z moczem u djabetyków. Małe dawki wszystkich tych soli zmniejszały cukromocz, bardzo wielkie dawki działały przeciwnie, zaś średnie dawki obniżały czasowo (I faza), poczem znów lekko zwiększały (II faza) cukromocz. Stosowanie małych dawek przez czas dłuższy dawało najlepsze wyniki; cukromocz a następnie i przecukrzenie krwi znikały. Arnoldi widywał przy piciu zwykłej, gorącej wody spadek przecukrzenia krwi, a z drugiej strony nieraz poprawę przy niedocukrzeniu (hipoglikemji). Na osobniki o prawidłowym poziomie cukru we krwi bodziec ten był bez wyraźnego wpływu.

Tolerancję na cukier można u diabetyków wydatnie zwiększyć przez naświetlania kwarcówką (Pincussen, Rothmann), natomiast na krzywą cukru krwi po spożyciu 100 g. dekstrozy przez osobniki zdrowe, nawet silne naświetlania pozostają bez wpływu (Rothmann) podobnie jak i na przecukrzenie krwi po adrenalinie (u zdrowych). H. Zondek opisuje w ostatnich latach (4) dwufazowość działania hormonów, przyczem pierwsza faza przebiega w sposób ogólnie typowy dla danego hormonu, zaś druga w sposób odwrotny. Tak np. adrenalina daje naprzód podwyższenie ciśnienia i przecukrzenie krwi, zaś następowe obniżenie ciśnienia krwi i niedocukrzenie, pituitryna daje u zwierząt naprzód diurezę a potem anurję. Insulina (w odpowiedniej dawce) powoduje hipoglikemję, a potem hiperglikemję. Pierwszej fazie towarzyszy zmniejszenie przemiany gazowej ustroju, zaś drugiej wzrost tej przemiany (Gabbe). Badania dalsze Zondeka nad możliwością dowolnego wpływania na wzmożenie tej lub owej fazy działania insuliny, doprowadziły do wniosku, że bardzo mały dodatek chlorku wapnia lub magnezu do bardzo małych dawek insuliny wyraźnie wzmacnia fazę hiperglikemiczną w doświadczeniu na psie.

Doświadczenie to pozwala nam wglądnąć nieco głębiej w stosunki obu faz do siebie. Jeśli w doświadczeniach Loranta wielkość dawki decydowała o tym stosunku, to tu znów wpływ elektrolitów na komórki ustroju rozstrzygał o nim. Jest to spostrzeżenie dla fizjatrji tem cenniejsze że właśnie wpływ elektrolitów wód mineralnych na sposób przebiegania odczynów leczniczych jest jeszcze mało zbadany i kryje prawdopodobnie dużo bardzo ważnego materjału dla przyrodolecznictwa.

Piśmiennictwo.

1) Pols. Gaz. Lek. 1924 Nr. 49 i Cpts. Rds. Soc. Biologie Tom 92. r. 1925. — 2) Polsk. Gaz. Lek. Nr. 23 r. 1923 i Cpts. Rds. Soc. Biologie Tom 89. r. 1923. — 3) Cpts. Rds. Soc. Biologie Tom 91. r. 1924 refer. w Polsk. Gaz. Lek. Nr. 16 r. 1925. — 4) Deut. Med. Wcch. 12. r. 1924. — Zeitschr. f. Klin. Med. 99. r. 1923 i Klin. Woch. 1 r. 1925.

**) W rezultacie otrzymujemy wówczas następową hiperpireksję jako dowód spotęgowania nadwrażliwości ustroju. Umiarkowane stosowanie kąpieli daje, przeciwnie, spadek gorączki i innych objawów nadwrażliwości.

Dr. fil. i med. Jerzy KAULBERSZ, Kraków.
st. asystent Zakł. fizjol. Uniw. Jag.

Parę spostrzeżeń fizjologicznych z wycieczki na szczyt Mont-Blanc.

Korzystając z kilkotygodniowego pobytu w Szwajcarji na demonstracjach lozańskiego fizjologa Arthus'a z zakresu anafilaksji, wybrałem się w sierpniu zeszłego roku na szczyt Mont-Blanc. Obok niezliczonej ilości ciekawych wrażeń turystycznych wycieczka ta dała mi możność przekonania się na sobie samym o niektórych zmianach, zachodzących w ustroju pod wpływem wysoko-górskiego klimatu oraz zrobienia paru okolicznościowych spostrzeżeń na moich trzech towarzyszach wycieczki (jednym lekarzu angliku i 2-ch przewodnikach z Chamonix) i na sobie samym. Tylko takie obserwacje mogłem naturalnie robić, które nie wymagały zastosowania większych przyrządów, gdyż nie była to ekspedycja naukowa, a tylko prywatna wycieczka, w dodatku bardzo krótka, gdyż z Chamonix wszystkiego dwudniowa. Siłą więc rzeczy spostrzeżone zjawiska były nietylko następstwem wpływu wysokogórskiego klimatu, ale częściowo też i zmęczenia.

Ponieważ chodziło mi głównie o przekonanie się, czy nastąpią zmiany we krwi, przeto, po kilkakrotnem liczeniu sobie ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny w Lozannie przed wejściem na Mont-Blanc, wziąłem ze sobą na wycieczkę tylko przyrządy do oznaczania ilości hemoglobiny, liczenia

ciałek czerwonych i zabarwienia preparatu krwi: nowo kupiony w Bernie Szwajc. hematometr Sahli'ego, komorę Bürkera i Thoma-Zeiss'a z odpowiedniemi pipetami i fizjologicznym rozczynem soli, oraz barwik May-Grünwald'a. Określenie ilości hemoglobiny i zabarwienie preparatu krwi w całości wykonałem na samem Mont-Blanc, dla liczenia zaś ciałek czerwonych z powodu niemożności zabrania z sobą w góry mikroskopu, na miejscu tylko zebrałem krew do pipety, i rozcieńczyłem, a mieszaninę przelałem do małego szklanego naczyńka, ściśle dającego się zamknąć i umieszczonego w pudełeczku, znajdującem się zwykle w każdym aparacie Sahli'ego dla $^1/_{10}$ n. HCl. Liczenie zaś wykonane zostało w Chamonix w sanatorjum dr. Torbeille w 24 godziny po pobraniu krwi z palca. Jednocześnie pierwszego dnia po powrocie z Mont-Blanc obliczałem w Chamonix ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny w swej świeżej krwi i obliczanie to powtarzałem przez 6 następnych dni w Lozannie zawsze o tej samej porze (między 10-tą godziną przed południem).

Pobranie krwi z palca na Mont-Blanc i oznaczanie ilości hemoglobiny odbyło się w $1^1/_2$ godziny po pobycie na samym szczycie w obserwatorjum meteorologicznem Vallot, położonem na wysokości 4362 metrów, a więc 448 metrów pod szczytem. Szczyt sam przedstawia bowiem dzisiaj zupełnie pustą śnieżną powierzchnię, na której przy panującej w czasie mojego pobytu temperaturze — 18° C (było to 12 sierpnia o 9 rano) i szalonym wietrze o pobieraniu krwi i obliczaniu ilości hemoglobiny mowy być nie mogło. Znajdujące się na szczycie Mont-Blanc od roku 1895 do 1908 obserwatorjum astronomiczne Jansena zupełnie już zostało zniesione, gdyż, jako zbudowane na lodzie bez oparcia o skałę, powoli zagłębiało się coraz bardziej pod powierzchnię, a przez wytworzenie się szczeliny pod samą budowlą uszkodzone zostały jego ściany. Dzisiaj śladu już tej budowli niema, resztki desek w ostatnich latach zniesione zostały do obserwatorjum Vallot.

Zamierzałem zrobić też parę spostrzeżeń z wykluczeniem czynnika zmęczenia, co byłoby możliwe na zwierzętach ze sobą zabranych. W tym celu wziąłem ze sobą z Lozanny dwie świnki morskie w małej klateczce, którą przewodnik niósł na szczyt przywieszoną do plecaka. Niestety, szalony huragan śnieżny podczas schodzenia ze szczytu do obserwatorjum Vallot i wielkie zimno, a może i sam wpływ wysoko-górskiego klimatu sprawiły, że przed dojściem powrotnem ze szczytu do obserwatorjum Vallot zwierzęta zginęły. Ograniczyłem się wobec tego tylko do badań na sobie (u towarzyszów moich krwi nie pobierałem, gdyż nie miałem sposobności badania ich krwi przed wycieczką i przez szereg dni po wycieczce), i aczkolwiek pewną rolę w zmianach, jakie u mnie zaszły, odgrywał też czynnik zmęczenia, to jednak ponieważ zmiany te związane były z wejściem na wysokość 4810 metrów i ponieważ obliczałem ilość krwinek i hemoglobiny w mej krwi przez tydzień po pobycie na Mont Blanc, zdecydowałem się zrobić o nich wzmiankę i przytoczyć przy tej sposobności wyniki najważniejszych prac, jakie z zakresu badań krwi w górach istnieją. Sądzę, że wobec znacznych rozbieżności zarówno co do wyników spostrzeżeń, jak i co do poglądów na zmiany, jakim ustrój podlega w górach, oraz wobec wielkich różnic indywidualnych, na które literatura alpinizmu wskazuje, parę tych spostrzeżeń będzie drobnym dodatkiem, zasilającym spostrzeżenia w różnych miejscach zrobione.

Przed wyprawą na Mont-Blanc kilkakrotne liczenie krwinek czerw. w Lozannie wykazało u mnie 4,400.000—4,800.000 w 1 mm³, a hemoglobiny 76—82 według Sahli'ego. Dnia 10. VIII. w dzień wyjazdu do Chamonix o godz. 10-tej rano ilość krwinek wynosiła 4,500.000, a ilość hemoglobiny 80 według Sahli'ego. Na Mont-Blanc dnia 12. VIII. o $10^1/_2$ rano ilość hemoglobiny okazała się 95 według Sahli'ego, powiększenie wynosiło więc 19%; ilość krwinek czerwonych, obliczona już w Chamonix, — 5,800.000, powiększenie 29%. Wzmożenie więc ilości krwinek było większe od wzmożenia ilości hemoglobiny. Krew wzięta pierwszego dnia po zejściu z Mont-Blanc w Chamonix, zawierała 6,000.000 c. cz. i 102 hgl. według Sahli'ego. Pomimo więc zejścia do Chamonix, ilość krwinek czerw. i hemoglobny powiększyła się dalej, przyczem w porównaniu do dnia poprzedniego więcej powiększyła się ilość hemoglobiny, względem ilości zaś stwierdzonych przed wycieczką w Lozannie, większą stosunkowo była jeszcze ilość krwinek, gdyż wzmożenie ilości ich wynosiło 33%, a hemoglobiny — 27,5%.

Zmiany we krwi wskutek wycieczki na Mont-Blanc.

Data i miejsce badań		Ciałka czerwone (komora Bürkera).	Hemoglobina (według Sahli'ego).
10. VIII.	Lozanna	4.500.000	80
12. »	Mont-Blanc	5.800.000	95
13. »	Chamonix	6.000.000	102
14.	Lozanna	5.400.000	96
15. »	»	4 800.000	95
16.	»	4.600.000	91
17. »	»	4.500.000	85
18. »		4.600.000	80
19. »		4.650,000	82

Ciekawym wynikiem dalszych obliczań, robionych przez 7 dni codziennie po zejściu z Mont-Blanc, jak wskazuje przytoczona tablica, było to, że zmniejszanie się ilości krwinek, i hemoglobiny, następowało nierównolegle, że znacznie prędzej, bo już na trzeci dzień powróciła do normy ilość krwinek, natomiast powiększone ilości hemoglobiny utrzymywały się przez cały prawie tydzień. Tak n. p. 4-tego dnia po zejściu z Mont-Blanc ilość krwinek wynosiła 4.600.000, a hemoglobiny 91 (Sahli). Piątego dnia ilość krwinek 4.500.000, a hemoglobiny 85, 6 tego dnia dopiero ilość hemoglobiny obniżyła się również do 80. Zarówno więc powiększanie, jak i zmniejszanie się ilości hemoglobiny odbywało się wolniej aniżeli krwinek. Jeżeli uwzględnić ilość hemoglobiny znajdującą się w każdej krwince czerwonej, to w czasie pobytu na Mont-Blanc i pierwszego dnia po zejściu ilość jej w każdej krwince była mniejszą, aniżeli w dniach poprzedzających wycieczkę, drugiego dnia po zejściu — taka sama, a w dalszych trzech dniach — większą. Tem samem wskaźnik hemoglobiny w pierwszych dniach się zmniejszył, a w następnych powiększył. Ponieważ dla obliczania krwinek stosowałem zarówno komorę Thoma-Zeiss'a, jak i komorę Bürkera, przeto miałem sposobność porównywania cyfr, otrzymywanych jednym i drugim sposobem. Stanowczo znacznie stalsze cyfry dawało zawsze liczenie krwinek przy używaniu komory Bürkera. Zdaje się, że główna wada komory Thoma-Zeiss'a, mianowicie szybkie opadanie krwinek w kropli krwi przed nałożeniem jeszcze szkiełka nakrywkowego, i wskutek tego nagromadzenie się krwinek w środku, a płynu, ubogiego w ciałka krwi na obwodzie po nałożeniu szkiełka, jest rzeczywiście dość znaczną. Zanim spróbuję dać przypuszczalne objaśnienie zmian we krwi, które zaszły u mnie, przytoczę wyniki najważniejszych prac z zakresu badań krwi w górach. Punktem wyjścia dla tych badań było w ósmym dziesiątku lat zeszłego stulecia wypowiedziane najpierw przez francuskiego fizjologa Bert'a (1) przypuszczenie, że ustroje, żyjące w górach, przystosowują się prawdopodobnie do tych zmienionych warunków życia, że z powodu zmniejszonego ciśnienia, a tem samem zmniejszonej ilości tlenu, może powiększoną jest u nich ilość substancyj tlen pochłaniających. Dla sprawdzenia tego przypuszczenia kazał sobie Bert przesłać do Francji próbki krwi zwierząt żyjących na wysokości około 4000 metrów w Andach i znalazł, że rzeczywiście krew tych zwierząt zawiera więcej tlenu, aniżeli krew zwierząt tego samego gatunku żyjących w nizinie. Pod wpływem tych pierwszych prób udał się w r. 1888 fizjolog Viault (2) z Bordeaux sam do Ameryki południowej, gdzie stwierdził, że ludzie i zwierzęta, żyjący tam na dużych wysokościach, mają większą ilość krwinek i hemoglobiny i, co najciekawsze, że nietylko tam stale osiedli,

jak przypuszczał Bert, ale też i świeżo przybyli, jak on i jego towarzysze, już po krótkim czasie zmianom tym podlegają.

Badania te, podjęte wpierw przez szkołę francuską, były dalej na wielką skalę prowadzone w dziewiątym dziesiątku lat przez niemieckich Szwajcarów i Niemców. Szczególnie wielka liczba prac w tym kierunku wyszła ze szkoły Miescher'a, fizjologa bazylejskiego, którego uczniowie: Egger, Karcher, Suter, Jaquet i in., badania przeprowadzali na nieznacznych stosunkowo wysokościach (1000—2000 m) w Engadinie i w Jurze Szwajcarskiej, wielu zaś badaczy (szkoła Zuntz'a, Durig, Cohnheim, Laquer, Kestner i in.) od r. 1894 pracowało na Monte-Rosa, gdzie na wysokościach 2900 i 4560 m. założone zostały przez Mosso pracownie dla wysokogórskich badań fizjologicznych. Niektóre spostrzeżenia dokonane zostały na Peak-Pick w Kolorado i w ostatnich czasach znów w Andach przez fizjologów angielskich i amerykańskich (Schneider, Haldan, Douglas, Barcroft). Wyniki tych badań początkowo naogół bardzo były niejednolite: gdy uczniowie szkoły Miescher'a znajdują już po krótkim czasie pobytu w górach powiększenie ilości krwinek często ponad 50%, to inni autorowie jak Abderhalden (3) stwierdzają powiększenie tylko bardzo nieznaczne, a niektórzy, jak Loewy (4) w wielu przypadkach nie znajdują wcale większych ilości. Jedną z przyczyn tych rozbieżności była niedokładność w metodzie badania. Kiedy zamiast komory Thoma-Zeiss'a stosować zaczęto komorę Bürker'a, cyfry nieco się ujednostajniły, otrzymywano średnio koło 10% powiększenia ilości krwinek czerw. na wysokościach około 1800 m (Bürker [5], Czaandyk 6]), na wysokościach zaś wielkich, około 4000 m cyfry nadal pozostały dość rozbieżne, tak n. p. Fuchs (7) na Monte-Rosa stwierdził powiększenie wynoszące 48,5%, Cohnheim (8) zaś nie znalazł wcale wzmożonej ilości krwinek. U dzieci powiększenie krwinek w górach bywało większe, niż u dorosłych, u niedokrwistych większe niż u zdrowych.

Z ilością krwinek powiększa się, też ilość hemoglobiny, lecz, według większości badaczy, powiększanie to nie zupełnie jest równoległe. Zarówno pierwsi autorzy francuscy, jak i szkoła Miescher'a, znajdują powiększenie hemoglobiny mniejsze od przyrostu, natomiast Abderhalden (3) i Weiss (9) stwierdzają zupełną równoległość w powiększaniu się. I tutaj niedokładności, posługiwanie się rozmaitemi przyrządami, były przyczyną dość rozbieżnych wyników. Kiedy jednak Bürker (5) zastosował najdokładniejszą metodę oznaczania ilości hemoglobiny, mianowicie spektrofotometr Hüfner'a (w sanatorjum Schatzalpe nad Davos na wysokości 1800 m), to i wtenczas okazała się znaczna nierównoległość między powiększaniem się ilości hemoglobiny i krwinek, u jednych powiększała się więcej ilość hemoglobiny, u innych ilość krwinek, również nierównoległe było opadanie do stanu prawidłowego po zejściu w niziny. Nierównoległość taką zauważyli też już i na Mont-Blanc francuscy fizjologowie Guillemard i Moog (10), którzy pracując na królikach i świnkach morskich między rokiem 1900 a 1910, doświadczenia robić mogli na samym szczycie Mont-Blanc w istniejącym tam wtenczas obserwatorjum Jansen'a.

Nierównoległość w zmianach ilości hemoglobiny i krwinek w górach ma ważne znaczenie dla szeroko omawianego pytania, czy zmiany te we krwi są bezwzgl. czy też wzgl. Pierwsi badacze przyjmowali stanowczo, że zmiany te są bezwzględne, że już nawet przy bardzo krótkim pobycie w górach następuje tworzenie się nowych krwinek. Dowodem tego bezwzględnego powiększania się miały być tu i ówdzie bardzo jednak rzadko spotykane krwinki cz. jądrzaste, oraz powstawanie w pierwszym czasie pobytu w górach mikrocytów, czyli małych krwinek cz. o małej zawartości hemoglobiny. Ponieważ na krwinki jądrzaste natrafiano bardzo rzadko, przeto Zuntz (11) zastosował inny sposób, pozwalający wnosić o charakterze zmian we krwi w górach, mianowicie porównawcze badanie szpiku kostnego zwierząt, zabitych po pewnym czasie przebywania w górach i po przebywaniu w nizinie. Szpik pierwszych miał charakter szpiku czynnego, był czerwony, szpik drugich był żółty, nieczynny. Sama równoległość w powiększaniu ilości krwinek i hemoglobiny świadczy, według Bürkera (5) o tworzeniu się nowych krwinek czerwonych w górach, gdy nierównoległość taka zachodzi zwykle przy regeneracji krwi n. p. po krwotokach, kiedy ilość krwinek czerwonych powiększa się szybciej od ilości hemoglobiny. Laquer (12) w ostatnich latach potwierdza wpływ gór na tworzenie się nowych c. cz. krwi przez doświadczenia, polegające na wypuszczaniu zwierzętom pewnej ilości krwi i śledzeniu czasu, potrzebnego do zupełnej regeneracji krwi w górach w porównaniu do zachowania się tak samo traktowanych zwierząt i w nizinie; czas ten okazał się w górach znacznie krótszym, aniżeli w nizinie. Forbes (13), uczestnik ostatniej wielkiej amerykańsko-angielskiej ekspedycji w Andy z r. 1922 pod kierownictwem Barcroft'a, badał budowę pomnożonych krwinek cz. w górach i stwierdzał dużo ciałek młodych z siatką i plamkami, barwiącemi się na niebiesko fioletem krezolowym. Czem wyżej badacze pracowali tem ilość tych krwinek cz. z siatką była większą, u tuziemców mniejszą, niż u przybyłych. I te spostrzeżenia przemawiają więc za przerostem szpiku kostnego w górach.

Dalszą metodą, która pozwala nam wnosić o charakterze zmian we krwi w górach, jest oznaczanie ogólnej ilości hemoglobiny przez wykrwawienie i wypłukiwanie wszystkich narządów we wodzie, drobno pokrajanych.

U zwierząt, które dłuższy czas przebywały w górach, ogólna ilość hemoglobiny była większą niż u takich samych zwierząt, pozostających przy temże odżywianiu w nizinie. Zuntz (11) robił te badania na zwierzętach dłużej chowanych na górze Brienzer Rothorn, Jaquet (14) w Davos, Abderhalden (3) w St. Moritz, Weiss (9) na Pilatus. Według Zuntz'a bezwzględna ilość hemoglobiny powiększona była o 20%, według Jaquet'a o 20—30%. Nie tak przekonująco wypadły w tym samym kierunku doświadczenia robione przez Abderhalden'a i Weiss'a. Ci autorowie na materjale, złożonym z królików, białych szczurów i świnek morskich nie stwierdzają bezwzględnego powiększenia ilości hemoglobiny, tylko względne, i w związku z innemi swojemi spostrzeżeniami, mianowicie równoległością w powiększeniu ilości hemoglobiny i krwinek cz., wypowiadają przypuszczenie że w górach nie nastaje tworzenie się nowych elementów krwi a tylko skurcz naczyń i wyjście osocza z naczyń krwionośnych. Wyciśniętą zostaje część osocza, zawierająca mało substancji suchej, część zaś bogatsza w składniki stałe i elementy krwi pozostaje w naczyniach, o czem wnosimy z powiększonej, według Abderhaldena (3), w górach koncentracji osocza. Również niektórzy inni badacze, jak n. p. Grawitz (15) nie uznawali zapatrywania o tworzeniu się nowych krwinek w górach, i sądzili, że główną przyczyną zwiększonych ilości hemoglobiny i krwinek cz. w jednostce krwi jest jej zgęszczenie, spowodowane większem parowaniem w suchem i rozcieńczonem powietrzu. Na to jednak, żeby takie zgęszczenie krwi nastąpiło, utrata wody musiałaby być bardzo dużą, ustrój straciłby bardzo na wadze, z czem się w górach nie spotykamy, a pozatem u zwierząt, podlegających w prawidłowych warunkach dużym utratom wody, ubytki wody bardzo szybko zostają wyrównane, tak samo, jak doprowadzenie dużych ilości wody nie zawsze, według badań Magnus'a (17) na psie, krew rozcieńcza. Również nie jest z pewnością stwierdzone, czy wogóle w górach parowanie z ustroju jest większe, niż w nizinie: pewnem jest tylko to, że ilość wody oddanej z ustroju na drodze czysto fizycznej przez nasycenie powietrza oddechowego w płucach parą wodną, jest w górach z powodu suchości powietrza większą, natomiast ilość wody, parującej z całego ciała, według niektórych badaczy, np. Guillemard'a i Moog'a (17) którzy doświadczenia swoje robili na Mont-Blanc, jest mniejsza, niż w nizinie, gdyż zmniejszona znacznie jest ilość wody, oddawanej przez skórę, oraz ilość moczu; według zaś badań Cohnheim'a i Kreglinger'a (8) przeprowadzonych na Monte-Rosa, ogólna ilość wody, oddanej w górach, jest większą, niż w nizinie. Czy więc w górach przy spoczynku ustroju krew jest zgęszczoną, nie jest rzeczą do dziś dnia pewną, ważnem w tym kierunku byłoby bezsprzeczne stwierdzenie, czy koncentracja osocza podlega zmianom, lecz i tu wyniki badań są rozbieżne. Gdy Abderhalden, jak już wspominaliśmy, stwierdził powiększenie

koncentracji, to uczniowie szkoły Zuntz'a powiększenia ciężaru właściwego surowicy w górach nie znajdują. Zarówno więc pogląd Abderhalden'a, jak i Grawitz'a, na zmiany we krwi w górach, szerszego oparcia nie ma, a najprawdopodobniejszem jest przyjęte dziś ogólnie przypuszczenie, że po pewnym czasie pobytu w górach rzeczywiście następuje tworzenie się nowych krwinek czerwonych.

Dużo trudności sprawia jednak wytłumaczenie tego nagłego, często po paru godzinach już następującego powiększenia ilości krwinek czerwonych, takiego właśnie, jakie i na sobie w czasie wycieczki na Mont-Blanc stwierdziłem. I chociaż u mnie napewno powiększenie to częściowo przynajmniej wywołane było zgęszczeniem krwi z powodu dużej utraty wody w pocie podczas marszu, to jednak wiadomo, że takie powiększenie ilości krwinek cz. następuje także po kilku godzinach jazdy balonem w wysokich przestrzeniach. Pierwsi autorowie i szkoła Miescher'a tłumaczyli sobie i te nagłe zmiany szybkiem powstawaniem nowych krwinek czerwonych. Ponieważ trudno jednak przypuszczać, ażeby szpik kostny oddziaływał tak szybko — i to przy ciśnieniu atmosferycznem, przy którem ilość tlenu we krwi prawie zupełnie jeszcze nie jest zmniejszoną, — wytwarzaniem nowych krwinek cz., przeto Bürker przyjmuje, że powstaje tutaj uruchomienie zapasowego, niezupełnie rozwiniętego materjału, znajdującego się w każdym szpiku kostnym. Materjał ten szybko się zużywa, czego następstwem jest powstające w parę dni po powiększeniu — chwilowe zmniejszenie ilości krwinek czerwonych.

Inne zapatrywanie na nagłe zmiany we krwi pochodzi ze szkoły Zuntz'a. Najważniejszą rolę ma tu grać inne rozmieszczenie składników krwi w układzie krwionośnym. Z powodu zimna i innych ciągle silnie działających czynników meteorologicznych kurczą się naczynia włosowate obwodowe, i krwinki cz. wypchnięte z nich zostają do naczyń większych. Jeżeli się robi nakłucie, a zwężenie tych naczyń obwodowych jest bardzo znaczne, to krew wogóle może się nie pokazać, przy zrobieniu zaś nakłucia głębszego natrafia się już na naczynia większe, w których znajduje się wypchnięta tam z obwodu większa ilość krwinek cz. Jeżeli zaś przy powierzchownem nakłuciu, naczynia włosowate obwodowe nie zupełnie jeszcze są zwężone, to wtenczas wypływa krew o mniejszej ilości krwinek cz. Współpracownicy Zuntz'a na Monte-Rosa otrzymywali cyfry, często w krótkich odstępach czasu bardzo zmienne zależnie od tego, czy krew pobierali na lodowcu, czy w ciepłej izbie, czy w świetle, czy w ciemności. Na Mont-Blanc Guillemard i Moog stwierdzali u świnek morskich i białych szczurów hiperglobulję w naczyniach ucha, natomiast hipoglobulję w naczyniach głębokich, dopiero od ósmego dnia pobytu na Mont-Blanc i w dużych głębokich naczyniach ilość krwinek cz. się powiększała. Przed dwoma laty Liebesny (18) badał u osób, które świeżo w góry przybyły, krążenie w naczyniach włosowatych paznokcia, skórnym mikroskopem Lieben'a i Schwann'a przy 60-krotnem powiększeniu i zauważył, że obieg krwi u tych osób jest wolniejszy, że tworzą się u nich złogi krwinek cz. w naczyniach włosowatych, u osób zaś dłużej w górach przebywających zmian tych nie zauważył. Dlatego sądzi, że rzeczywiście inne rozmieszczenie składników krwi jest główną przyczyną spostrzeganych zmian we krwi w czasie pierwszych dni pobytu w górach. Przyjęcie jednak tego wyłącznie objaśnienia nie tłumaczyłoby zauważanej tak często właśnie w pierwszym czasie pobytu na dużych wysokościach nierównoległości w powiększaniu się ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, o którem i ja miałem sposobność się przekonać, i dlatego sądzę, że prawdopodobnem jest, iż rzeczywiście w pierwszym czasie jakieś niedorozwinięte czerw. krwinki krążą w naczyniach.

Przytoczone tutaj zmiany we krwi u mnie podczas pobytu i po wycieczce na Mont-Blanc tłumaczę sobie w sposób następujący:

Powiększenie ilości krwinek cz. i hemoglobiny w dobę po przyjściu w góry było prawdopodobnie następstwem z jednej strony zgęszczenia krwi, gdyż utrata wagi, o czem dalej wspomnę, była u mnie bardzo wielka, z drugiej strony uruchomieniem niezupełnie rozwiniętych jeszcze krwinek cz. na co wskazywałaby nierównoległość w powiększeniu się ilości krwinek cz. i hemoglobiny. W tem, że pierwszego dnia po zejściu z Mont-Blanc, badanie krwi w Chamonix wykazało jeszcze bardziej powiększoną ilość krwinek cz., a szczególnie hemoglobiny, niema nic dziwnego, gdyż cały dzień poprzedni spędziłem na bardzo dużych wysokościach i dopiero późnym wieczorem doszedłem do Chamonix. Prawdopodobnie wtenczas już, po dniach działania wybitnie wysokogórskiego klimatu, tworzenie się nowych krwinek czerwonych o dużej zawartości hemoglobiny już się rozpoczęło. Nierównomierne opadanie zaś w następnych dniach tłumaczyłem sobie tem, że niedorozwinięte krwinki cz., które po dobie już w obiegu krwi krążyły, szybko się rozpadły, oraz że pod wpływem bodźca, którym przez 2 dni był wybitnie wysokogórski, na 3 dzień również jeszcze górski klimat, (gdyż Chamonix leży na wysokości około 1000 m), tworzenie się nowych krwinek cz., bogatych już w hemoglobinę, przez parę dalszych dni jeszcze następowało, i stąd w 3, 4, i 5-tym dniu po zejściu z Mont-Blanc ilości hemoglobiny stosunkowo większe były od ilości krwinek.

Nie wspominam tutaj nic o czynnikach, które w górach wywołują te charakterystyczne zmiany, chociaż rozpatrywanie tych właśnie składników wysokogórskiego klimatu w ostatnich latach jest szeroko omawiane, szczególnie w pracach Kestner'a (19). Nie tyle brak tlenu w rozrzedzonem powietrzu, ile obfitość promieni ultrafjołkowych ma być główną przyczyną tych zmian. W monografji fizjologji alpinizmu, którą obecnie przygotowuję do druku będę miał sposobność bliżej wspomnieć o analizie czynników wysokogórskiego klimatu.

W rozciągniętym preparacie krwi swej zabarwionej na Mont Blanc, jądrzastych krwinek cz. nie znalazłem. Ilość limfocytów wynosiła 28%, jednojądrzastych leukocytów 8%, neutrofilnych leukocytów 61%, eozynofilnych 3%. W preparatach zaś zrobionych w Lozannie przed wejściem na Mont-Blanc ilość limfocytów wynosiła — 22%, jednojądrzastych leukocytów — 4%, neutrofilnych leukocytów — 70%, eozynofilnych — 4%. Naogół o zachowaniu się ciałek białych w górach, wiadomości mamy stosunkowo niewiele. Szereg autorów poczynając od r. 1910, jak Stäubli, Baer, Engelmann, Czaandyk (6) znajdują cyfry bardzo różne, w większości jednak przypadków pewne charakterystyczne zmiany dają się zauważyć, mianowicie zmniejszona ilość ciałek białych obojętnochłonnych, powiększona ilość limfocytów aż do 40-tu i kilku %, oraz bardzo zmienna ilość leukocytów jednojądrzastych.

W czasie wycieczki kontrolowałem również swą wagę. Ważyłem się w Chamonix przed wejściem na Mont-Blanc, pierwszego dnia wycieczki rano, potem następnego dnia późnym wieczorem po zejściu z Mont-Blanc w tem samem miejscu, w ciągu następnego dnia 2 razy w tem samem jeszcze miejscu w Chamonix (rano i przed wieczorem), a w ciągu paru dalszych dni raz dziennie w Lozannie. Pomimo, że pożywienia w czasie drogi nie pobierałem mniej aniżeli zwykle (jedynie wieczorem po zejściu z Mont-Blanc, żywiłem się wyłącznie czekoladą szwajcarską i winem francuskiem), ubytek wagi w ciągu 2 dni wycieczki był ogromny: wynosił $3^1/_2$ kilogramów. Pierwszego dnia po zejściu z Mont-Blanc rano waga wynosiła $^1/_4$ kg więcej, niż zaraz po przyjściu wieczorem dnia poprzedniego, a w ciągu tego dnia podniosła się o dalsze $2^1/_2$ kg pomimo nie obfitszego odżywiania się. Następnego dnia powiększyła się jeszcze o 1 kg., tak że na 3-ci dzień po zejściu z Mont-Blanc przewyższała nawet nieco wagę przed wycieczką.

Takie znaczne ubytki wagi po dużych wycieczkach niejednokrotnie zaznaczono w literaturze alpinizmu. Spowodowane one są głównie utratą wody przez pocenie się i wzmożone spalanie. Zdawałoby się, więc, że pobranie większej ilości wody powinno wagę wyrównać; jednakowoż, jak wykazały badania Conheim'a, Kreglinger'a i Tobler'a (8) wyrównanie następuje tylko wtenczas dość szybko, jeżeli pobieramy dostateczne ilości soli kuchennej. W pocie tracimy bowiem duże ilości chloru, szczególnie, jeżeli pocenie jest bardzo obfite. Na litr potu, jak pokazały badania During'a (20) wydzielać się może 1500 mgr chloru, jednak klimat górski

nie wpływa na szczególne wzmożenie wydzielania chloru, w pocie. Jeżeli po znacznej utracie chloru z potem doprowadzać zwykłe pożywienie, to następuje zatrzymanie chloru w ustroju, dochodzące do 14 gr dziennie, czego w innych przypadkach u zdrowego nigdy nie zauważono, jedynie w przypadkach chorobowych przy niedomodze nerek, tworzeniu się wysięków zapalnych, u oseskćw w okresie zdrowienia po zaburzeniach trawienia. Jeśli zaś po obfitym pocie nie doprowadzać chloru do ustroju, czyli stosować djetę bezchlorową, to powrót do prawidłowej wagi następuje bardzo powoli, zdaje się więc, że stosunek H_2O do Cl gra przytem wyrównaniu ważną rolę. Badaniem tego stosunku zajął się Tobler (21) w doświadczeniach na zwierzętach i na dzieciach, które utraciły duże ilości wody, i doszedł do przekonania, że można mówić o trzech rodzajach wody, wydostającej się z ustroju:

1) O t. zw. wodzie koncentracyjnej, opuszczającej ustrój bez domieszki innych składników, co wywołuje skoncentrowanie płynów tkankowych; doprowadzenie samej tylko wody wystarcza dla wyrównania strat przez nią spowodowanych;

2) O t. zw. wodzie redukcyjnej opuszczającej ustrój razem z solą, co powoduje ubytek soli w tkankach; ta woda może być zwrócona ustrojowi tylko razem z solą i

3) o wodzie destrukcyjnej opuszczającej ustrój z uszkodzeniem tkanek.

Przy obfitem poceniu się wydalona zostaje głównie woda redukcyjna. Ażeby ją odnowić, doprowadzona musi być pewna ilość chloru. Jeżeli tego chloru nie doprowadzamy, to woda, którą pijemy, nie zostaje zatrzymana. Rozumieć możemy tę zdolność pobierania wody przez tkanki tylko przy pewnej zawartości chloru, przyjmując, że do czynników, jakie wpływają w komórce na ciśnienie wewnętrzne, należy nietylko ciśnienie osmotyczne, ale i ciśnienie pęcznienia, część ciśnienia osmotycznego może być zastąpiona (skompensowana) ciśnieniem pęcznienia. Pęcznienie zaś kolloidów, jak wykazały badania Martina Fischer,a (22) zależy od obecności soli. Powiększenie wagi bardzo nieznaczne w ciągu nocy, jakie nastąpiło u mnie po przyjściu z Mont-Blanc, tłomaczę sobie tem, że wieczorem po zejściu ze szczytu pobierałem prawie bezchlorowy pokarm; kiedy zaś w ciągu dnia następnego żywiłem się pokarmem zwykłym, zawierającym chlor, a dalej nie pociłem się wyrównanie nastąpiło bardzo szybko i doszło aż do nadmiernego wyrównania strat.

Wpływ soli na zatrzymanie wody w zbiornikach ciała tłumaczy dwa zjawiska, często w górach spostrzegane:

1) że pomimo obfitego pocenia się mocz jest często bardzo rzadki, gdyż pita w czasie wycieczki woda nie zostaje zatrzymana z powodu utraty soli w zbiornikach ciała,

2) że picie wody po dużem spoceniu się nie gasi pragnienia, gdyż wodzie tej brak jest soli. Doprowadzenie zaś soli w czasie marszu wpływać może dodatnio na zaspokojenie pragnienia.

Spostrzeżenia oddychania robiłem głównie wieczorem pierwszego dnia wycieczki podczas pobytu w szałasie Cabane de l'Aiguille du Goûter na wysokości 3817 metrów, w którym spędziliśmy noc, dotyczyły one kilku z pośród obecnych tam osób w 2—3 godzin po przyjściu ich do szałasu. Zaledwie u jednej osoby zauważyłem znaczne przyśpieszenie oddychania, dochodzące do 25 oddechów na minutę, reszta osób miała tylko bardzo nieznacznie przyśpieszony oddech albo wcale nieprzyśpieszony. Mój towarzysz miał ośmnaście oddechów na min., trzej inni turyści szesnaście do dwudziestu oddechów, wszyscy zaś mieliśmy oddechy znacznie głębsze, o ile przez zwykłe oglądanie u innych i wyczucie u siebie samego można było to ocenić. A nawet po dużem zmęczeniu, jak n. p. w czasie pobytu na samym szczycie Mont-Blanc, przyśpieszenie było nieznaczne, u mnie 19, u mego towarzysza 22, u przewodników 20 i 18 na minutę, pogłębienie zaś oddechu było u wszystkich bardzo duże. Z powodu głębszych oddechów w górach wentylacja płucna jest wzmożona, i to jest drugiem, przez wielu badaczy stwierdzonem zjawiskiem przystosowania się ustroju do zmniejszonej ilości tlenu w górach, obok wzmożonej ilości hemoglobiny. Takie wzmożenie wentylacji płucnej następuje wskutek powiększenia ilości podniet, działających na ośrodek oddechowy, a może i przez wzmożenie samej wrażliwości ośrodka oddechowego.

Ponieważ jedną z głównych podniet ośrodka oddechowego jest jak wiadomo, dwutlenek węgla, a ilość jego we krwi w wysokich górach jest zwiększona, przeto zdawaćby się mogło, że ośrodek oddechowy w górach mniej zostaje podrażniony. Głównym jednak czynnikiem, podniecającym ośrodek oddechowy, jest, jak pokazały badania lat ostatnich, koncentracja jonów wodorowych we krwi, a ta wzmaga się przy zmniejszonej ilości tlenu, gdyż wtenczas powstają, jako pośrednie produkty przemiany materji, kwasy organiczne między innemi prawdopobnie kwas mleczny (Galeotti, Cohnheim).

Objętość oddechu w górach, według badań Loevy'ego (4) na Monte-Rosa, w spoczynku wzmożona jest o 1—2 litrów na minutę w porównaniu do objętości oddechu w nizinie; powiększenie wentylacji płucnej zaczyna się już na wysokości 1500 m., a ponad 2500 jest bardzo wyraźne. Przy zredukowaniu ilości powietrza, oddychanego w górach do ciepłoty 0° i ciśnienia 760 mm., cyfry, otrzymywane w górach, są mniejsze, niż w nizinie, gdyż mniejszą jest w górach masa powietrza.

U jednego ze swoich sąsiadów, lekko drzemiącego w szałasie na wysokości 3817 m., spostrzegłem wyraźną kolejność oddechów głębokich i płytkich, czyli okresowość oddechu, zjawisko, które dość często na danych wysokościach występuje.

Co się tyczy tętna, które podczas całej drogi u siebie i swoich towarzyszy szczegółowo badałem, to 1-go dnia wycieczki po 2-godzinnym, dość stromym marszu z wysokości 2400 m. (końcowa stacja kolejki Tramway du Mont-Blanc) do schroniska na wysokości 3167 m w chwili przyjścia wynosiło tętno u mego towarzysza 120, u mnie 112, u przewodników 96 i 92. Po 20 tominutowym odpoczynku u towarzysza 112, u mnie 104, po 45 min. odpoczynku u towarzysza 110, u mnie 96. Po godzinnym odpoczynku w wymienionem schronisku udaliśmy się w dalszą, bardzo stromą 3-godzinną drogę po skałach, otoczonych lodowcem, do szałasu Cabane de l'Aiguille du Goûter (3817 m). Zaraz po przyjściu tam tętno wynosiło u mego towarzysza 160, u mnie 140, u przewodników 120 i 96, po $^1/_2$-godzinnym odpoczynku u towarzysza 128, u mnie 120, u przewodników 108 i 92, po 2-godzinnym odpoczynku u towarzysza 120, u mnie 116, rano przed wyjściem w dalszą drogę po 8 godzinnym odpoczynku u towarzysza 100, u mnie 104, u przewodników 96 i 92. Na samym szczycie Mont-Blanc, po 4-godzinnym dalszym marszu przez lodowce, tętno u towarzysza mego wynosiło 144, u mnie 148, u przewodników 120 i 128. Podczas schodzenia z Mont-Blanc w schronisku Grands-Mulets na wysokości 3051 m u mnie 120, u mego towarzysza 116. Wieczorem po przyjściu do Chamonix tętno moje obniżyło się do 96, a następnego dnia rano w łóżku wynosiło 84. Naogół więc tętno po dużych wysiłkach powracało dopiero bardzo powoli do stanu prawidłowego, czem wyżej w górach, tem wolniej. Badacze, którzy dłuższy czas przebywali na dużych wysokościach, jak Guillemard i Moog na szczycie Mont-Blanc, w obserwatorjum Jansen'a w roku 1906, stwierdzają, że sam pobyt w wysokogórskich okolicach przyśpiesza tętno bez względu na zmęczenie. Przyśpieszenie występuje szczególnie w pierwszym czasie pobytu, powrót do stanu prawidłowego następował dopiero na czwarty dzień. Bardzo charakterystyczną cechą tętna w górach jest jego wielka chwiejność. U człowieka stojącego ilość uderzeń często bywa o 30 większa, niż u leżącego. Niektórzy badacze zapisywali tętno w górach sfigmografem, krzywa nie przedstawia nic szczególnie dla gór charakterystycznego, po marszu występuje typowe tętno zmęczenia z wyraźną nisko położoną falą dikrotyczną.

Przy wstawaniu rano w szałasie na wysokości 3817 m mierzyliśmy sobie ciepłotę ciała. Podwyższenie ciepłoty było bardzo wyraźne: u mnie 37,8° C, u mego towarzysza 37'5° C. Takie podniesienie ciepłoty ciała w wysokich górach nawet w stanie zupełnego spoczynku następuje u bardzo wielu ludzi i trwa zwykle kilka dni. Najprawdopodobniejszą przyczyną jego jest wzmożona przemiana materji. Podczas mar-

szu ciepłota ciała wybitnie się podnosi, dochodząc często do 38° C. Większa ilość ciepła powstaje przy wchodzeniu, chociaż przemiana energji chemicznej mięśnia większa jest przy wchodzeniu. Podczas wchodzenia bowiem część energji chemicznej zużyta zostaje na podnoszenie się, przy schodzeniu zaś prężenie mięśni i powstrzymywanie się wytwarza ciepło. I chociaż przy porównywaniu ilości ciepła, powstałych przy wstępowaniu i przy schodzeniu o tę samą ilość metrów, więcej ciepła wytwarza się przy wchodzeniu, to jednak w jednostce czasu ilość ciepła, powstałego przy schodzeniu jest większą, ponieważ w dół idziemy znacznie szybciej niż pod górę, i to odpowiada też naszym podmiotowym uczuciom: przy wchodzeniu odczuwamy bicie serca, ciężkość oddechu, przy schodzeniu przeważa uczucie gorąca.

Wreszcie spostrzeżenia, dotyczące choroby górskiej. U mego towarzysza, u mnie i u kilku osób, które przebywały przez noc w szałasie na wysokości 3817 m., dolegliwości objawiały się bólem głowy, bezsennością, czego częściową przynajmniej przyczyna była podwyższona ciepłota i wzmożone tętno oraz niezbyt wygodne, ciasne i dość twarde legowisko. Przez całą noc oka nie zmrużyliśmy ani na chwilę. Podczas pobytu zaś na szczycie Mont-Blanc i podczas marszu szczególnych dolegliwości nie odczuwaliśmy. U wielu jednak osób, wchodzących na Mont-Blanc, szczególnie na ostatnim odcinku drogi między obserwatorjum Vallot (4369 m) a szczytem (4810 m) występują wyraźne objawy choroby górskiej, polegające na wielkiej słabości mięśni, potrzebie olbrzymiego wysiłku do wykonania jakiegokolwiek ruchu, mdłościach, wymiotach, sennością, czasem krwotokach z gardła, krtani i płuc, uszkodzeniu słuchu z powodu wypuklenia na zewnątrz błony bębenkowej i innych dolegliwościach. Szereg tych objawów opisany był poraz pierwszy w następstwie pierwszej naukowej wyprawy na Mont-Blanc, dokonanej w 1787 r. przez Saussure'a (w rok po pierwszem wejściu na Mont-Blanc przewodnika Jaques Balmat i Dr. Piccard). Przy niebie niezachmurzonem choroba górska występuje częściej, aniżeli przy mgle i wietrze, co stawiają w łączności z większą jonizacją powietrza przy jasnem niebie. Nie we wszystkich górach ta choroba zjawia się u ludzi na tym samym poziomie: w Andach, Himalajach dopiero znacznie wyżej, aniżeli w Alpach, czego przyczyną są prawdopodobnie inne stosunki ciepłoty, wilgoci, jonizacji, promieniotwórczości. Za najważniejszą przyczynę choroby górskiej większość autorów uważa brak tlenu (Zuntz); natomiast inne zapatrywania, jak zmniejszenie ilości CO_2 we krwi czyli Akapnia (Mosso (23) przepełnienie krwiobiegu płucnego (Kronecher (24) są mniej stosunkowo prawdopodobne.

W fizjologji górskiej pozostaje naogół sporo jeszcze zagadnień niewyświetlonych, w wielu pytaniach mających znaczenie zarówno dla teoretyka, jak i dla praktyka, zapatrywania nie są ujednostajnione, tak, że dalsze badania będą mogły jeszcze wyświetlić niejedną rzecz ciekawą. Dla dorobku naszej polskiej pracy naukowej byłoby napewno bardzo korzystne, gdyby i u nas w górach, dochodzących przecie do 2000 i kilkuset metrów, mogły być przeprowadzone, szczegółowe badania fizjologiczne, gdybyśmy mogli zdobyć się z czasem na założenie pracowni fizjologicznej w górach. Wobec dużego zamiłowania do gór nietylko przyrodników ale i lekarzy, wielu chętnych do badań w górach napewnoby się znalazło, powiększyłaby się też liczba naszych instytucji naukowych i dalibyśmy nowy dowód żywotności naszej myśli naukowej.

Piśmiennictwo.

1) Bert P.: Comptes rend. de l'Acad. d. Sc. 94. 882. — 2) Viault F.: Comptes rend. d. l'Acad. d. Sc. 111, 112 i 114, 1890, 1892. — 3) Abderhalden E.: Zeitschr. f. Biologie. 43. 1902. — 4) Loevy...: Pflüg. Arch. 66. 1897. — 5) Bürker: Zeitschr. f. Biologie. 1913. — Craandyk: Folia haematol 23. 1918. — 7) Fuchs: Sitzb. d. phys.-med. Soziet. in Erlangen. 40. 1908 (cytow. według Bürker'a). — 8) Cohnheim: Kreglinger, Tobler u. Weber. Z. f. physiol. Chemie. 22. 1896. — Guillemard et Moog: Journal de Physiol. et Pathol gener. 9. 1907. 11) Zuntz: Höhenklima und Bergwanderungen. Berlin 1906. — 12) Laquer: Zeitschr. f. Biol. 70. 1920. — 13) Barcroft. Binger, Bock, Doggart, Forbes, Harrop, Meakins and Redfield. Phil. Trans. Roy. Soc. Londo. 1922. Ser. B. 209. — Jaquet u. Suter: Korrespbl. f. schweizer Aerzte. 28. 1898. — 15) Grawitz: Berl. Klin. Woch. 1895 (cytow. według Zuntz'a). — 16) Magnus: Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmac. 44 i 45. — 17) Guillemard et Moog: Jour. d. Physiol. et Pathol. gener. 12. 1910. 18) Liebesny P.: Schw. Med. Woch. 52. 1922. — 19) Kestner: Zeitschr. f. Biol. 73 i 77. Klin. Woch. 1923. II. — 20) Durig, Neuberg, Zuntz: Biochem. Zeitschr. 72. — 21) Tobler: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. 62. 1910. Jahrb. f. Kinderkunde 73. — 22) Martin Fischer: Pfl. Arch. 124. 1908 i Amer. Journ. of. Phys. 20. 1907. — 23) Mosso: Der Mensch auf den Hochalpen. Leipzig. 1897. — 24) Kronecker: Die Bergkranheit. Berlin. Wien. 1903.

F. KMIETOWICZ, iun. Lwów.
H. LENARTOWSKI.

Wpływ promieni Roentgena na inwertazę.

(Z Zakładu farmakologji doświadczalnej U. J. K. i pracowni roentgenologicznej państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie).

I.

Chcąc bliżej poznać naturę inwertazy i ewentualne wpływy czynników świata fizyko-chemicznego, które mogłyby grać rolę w wynikach naszej pracy, podajemy krótką historję badań nad tym zaczynem.

Inwertaza jest fermentem soku jelitowego, rozszczepiającym cukier trzcinowy na lewulozę i glukozę.

Materjalna energja *(sit venia verbo)*, jaką jest promieniowanie różnego rodzaju, może przeprowadzić katalizę (fotokatalizę), jak to wiemy ze światła widzialnego (Neuberg 1913, stosunek życia do światła), promieni radu (v Körösy rozkład $H_2 0_2$) i t. d.

Kataliza więc, która jest przyśpieszeniem powoli przebiegającej reakcji chemicznej przez obecność jakiegoś ciała (Ostwald), w promieniach radu, toru, Roentgena i światła, uzyskuje nowe czynniki natury fizycznej. Wchodzi tu w grę bodziec, a nie realna substancja współdziałająca w procesie katalitycznym. Uraz fal elektronów, fal o różnej długości bez względu na swe pochodzenie wprowadza pewne zmiany w zaczynach, których następstwem jest przyśpieszenie katalizy. (Insult mechaniczny, Pordes).

Poza uczynnianiem aktywatorami, kinazami i kofermentami, istnieje więc jeszcze obszerne pogranicze ze świata fizykalnego, ze świata energji kinetycznej.

Rozpatrując kolejno różne czynniki widzimy, że światło słoneczne (Emmerling 1901) szkodzi zaczynom w roztworach wodnych nie szkodzi jednak w stanie suchym lub roztworach obojętnych. Szczególnie widmo widziane ma bardzo niewielki wpływ na siłę zaczynów, a Grecu stwierdził przy niem nawet podniesienie siły katalitycznej amylazy: Jedynie przy obecności tlenu promienie widzialne stają się szkodliwemi (Jodlbauer i Tappeiner 1908, Agulhon 1912, Fritsche 1921), powodując utlenienie. To fotodynamiczne działanie światła bywa wzmożone przez sensibilizatory t. j. ciała z fluorescencją jak eozyna, hamująca działanie diastazy, lipazy surowicy, papajotyny i inwertazy (Pincussen 1922—24). Działającemi zdają się być wtedy promienie zielone i jasnoniebieskie, nawet przy rozcieńczeniu eozyny 1:400,000, a inwertazy 1,1,000.000. To samo tyczy się n. p. i trypsyny, na którą światło niema wpływu, dopiero po dodaniu do niej eozyny (Pfeiffer i Bayer 1921).

Z promieni pozafiołkowych, więc z widma słonecznego niewidzialnego, najsilniej działają promienie o fali 297—302 $\mu\mu$ (Burge, Fischer, i Neill 1916), Chauchard i Mazoué (1911) twierdzą jednak, że inwertaza jest wcale oporną na porażające działanie tychże promieni. Ahulhon widział wzmożone niszczące działanie promieni pozafiołkowych na inwertazę przy obecności ozonu. Tu przy dostępie tlenu tworzy się woda utleniona, jako pomocniczy czynnik niszczący.

Co do radu, tak przy dodaniu soli radowych (Bergell i Braunstein 1905) jak i emanacji (Jansen) do roztworu, inwertaza zachowuje się obojętnie. Natomiast naświetlenie radem działa szkodliwie na inwertazę (Henri i Mayer 1904), chociaż niektórzy autorowie nie widzieli też żadnego wpływu (Jodlbauer 1904, Aergell).

Zwrócić musimy także uwagę na ciepłotę, która przy katalitycznym procesie inwersji cukru trzcinowego ma doniosłe działanie przyśpieszające, właściwe wszystkim zaczynom, przy inwertazie jednak szczególnie wyraźne.

Ozon samoistnie działa intenzywnie niszcząco na inwertazę (Siegmund 1905).

Inwertaza ma swoje optimum działania w stężeniu jonów wodorowych przy małej kwasocie.

Z szeregu paralizatorów najprostszym przykładem specyficznego hamowania zaczynów w ich działaniu są produkty rozpadu n. p. działaniu inwertazy przeszkadza nadmiar glukozy (Müller, Thurgau i Henri, Armstrong 1907) także fruktozy, nie jest ona jednak hamowaną przez galaktozę, mannozę, mannit, dulcit i t. p.

Prace Pincussena wykazały, że zaczyny najłatwiej jest uszkodzić n. p. promieniami pozafiołkowemi w optymalnym ich punkcie działania, t. zn. wtedy, kiedy są one najbardziej intenzywne, najżywsze, jakby zjonizowane. A im dalej są od warunków najwyższej swej wartości agresywnej, więc w stanie jakby utajenia lub ochronione wałem dodanych innych substancji, albo zwiększone własną koncentracją, wtedy stają się trudniej dostępnemi dla promieni. Zwiększenie cząsteczek wpływa chroniąco, zmniejszenie osłabia ich zdolność obronną.

Ciekawem jest zjawisko, że w życiu embrjonalnem człowieka najwcześniej występującym zaczynem jest inwertaza, a najpóźniej laktaza.

II.

Biodynamiczne własności promieni Roentgena w stosunku do inwertazy nie były dotąd rozpatrywane, o ile mogliśmy stwierdzić.

Wobec tego postanowiliśmy zbadać tę sprawę.

Inwertazę otrzymywaliśmy z sokiem jelitowym psa z przetoki Thiry-Vella. Naświetlone promieniami Roentgena porcje soku znajdowały się stale w tych samych warunkach, w jakich były porcje kontrolne. Szczególnie światło dzienne i ciepłota w termostacie były skrupulatnie kontrolowane.

Inwersję cukru trzcinowego mierzyliśmy dostatecznie czułą metodą kolorymetryczną Folina-Wu.

Cyfry, które podajemy są wielkościami względnemi i oznaczają przyrost glukozy, powstałej z inwersji cukru trzcinowego. Cyfry te dają dokładne ilościowe wyobrażenie o każdorazowem natężeniu siły hydrolitycznej fermentu.

Do konserwacji soku jelitowego używaliśmy toluolu, który jak wiadomo, ma tylko nieznaczny wpływ hamujący na fermenty, znakomicie konserwując roztwory tychże.

Dawkę powierzchniową promieni Roentgena oznaczaliśmy w jednostkach Holzknechta (H).

W 340 oznaczeniach rozpatrywaliśmy kolejno szereg zagadnień, jakie wyłoniły się przy obserwacji dynamicznych własności inwertazy.

Zaraz w pierwszem doświadczeniu przekonaliśmy się, że po naświetlaniu inwertazy dawką 6 H, przy odległości ogniskowej 23 cm, 120 K V napięcia, sączku 3 mm glinu i rurze systemu Coolidge'a — siła hydrolityczna zaczynu w stosunku do kontrolnej normy wzrosła blisko o 100% po 2 godzinach inwersji w termostacie, mianowicie:

bez naświetlania (N) = 45
po naświetlaniu 6 H = 70

Ta aktywacja zaczynu powtarzała się stale w całej serji dalszych doświadczeń kontrolnych.

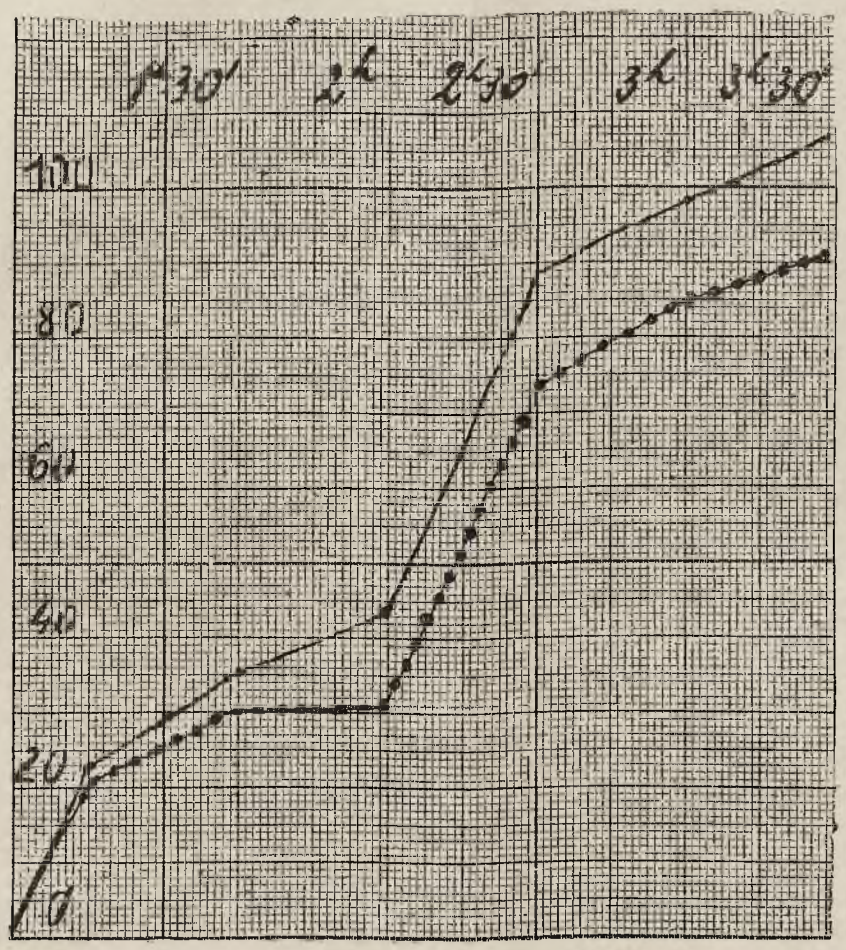
Tak było z czystym sokiem jelitowym. Kłaczki natomiast, które histologicznie składają się z komórek złuszczonego nabłonka, tłuszczowo zwyrodniałego, ze śluzu i bakteryj, naświetlone promieniami Roentgena dawały znacznie większą inwerzję cukru w tym samym czasie, co czysty sok jelitowy. I tak w pierwszem doświadczeniu:

N = 43
po 6 H = 77

W innem doświadczeniu kłaczki:

N = 49, a następnie 77
po 30 H = 68, a potem 97,

podczas kiedy czysty sok w tym czasie zinwertował tylko do 23 i 40.



Tą specjalnie silną aktywację w kłaczkach należałoby wyjaśnić uczynnieniem inwertazy, po uwolnieniu jej ze stanu profermentu, w jakim ona znajduje się w wydalonych komórkach przybłonkowych.

Musimy też podkreślić, co już Kmietowicz i Tumidajski zauważyli przy prolipazie i protrypsynie, że tak inwertaza w czystym soku jelitowym, jak i w kłaczkach, poddana badaniu inwertującemu cukier w 24 godz. od naświetlania promieniami Roentgena, wykazuje wzmożoną siłę hydrolityczną. I tak zaraz na drugi dzień po pierwszem oznaczeniu wzrosła siła katalityczna inwertazy:

N soku = 32, N kłaczków = 48 (w kontroli).

6 H soku po 24^h = 73, 6 H kłaczków po 24^h = 100 (po Roentgenie).

Chcąc się przekonać, jak wyglądałaby krzywa wykreślona z cyfr ilości zinwertowanej saccharozy i czasu inwersji, przy pobieraniu próbek w tym przypadku co 30 minut przy ciepłocie 37^0 C w termostacie, przebadaliśmy szeregi cukru trzcinowego, zaszczepione zaczynem inwertazy w 1 godzinę po naświetlaniu dawką 30 H promieni miękkich Roentgena.

Z krzywej tej widzimy, że inwertaza naświetlona rozszczepia szybciej i silniej cukier w stosunku do normy, wyciągniętej na wykresie kropkami.

Następnem zagadnieniem, jakie się nam nasunęło, było ustalenie najmniejszej dawki podnoszącej siłę katalityczną inwertazy, oraz próby określenia granicy dawki porażającej. W obu tych przypadkach stosowaliśmy promienie miękkie bez sączka przy 120 K V i 23 cm odległości.

W cyklu tych doświadczeń przekonaliśmy się, że już 2, a nawet 1 H podnosi siłę katalityczną inwertazy.

Różnice nawet drobne metodą kolorymetryczną chwyta się w najsubtelniejszych nasileniach barwy, w tym przypadku niebieskiej, bardzo dokładnie i pewnie, byleby przy oznaczeniach zachować te same odczynniki, (jednakowe oświetlenie i ten sam badacz). Indywidualna percepcja barw może powodować różnicę kilku podziałek (2—4), szczególnie w obrębie barwy granatowej, o silnem natężeniu.

Otóż różnice po 2 H były:

N = 15, 65,
po 2 H = 20, 87;
1 H = 78,
2 H i 10 H = 93;

w 2 godziny w innem doświadczeniu

N = 55,

innym razem w oznaczeniach co godzinę:

N = 0, 27, 43, 41,
1 H = 22, 53, 67, 80;

raz oznaczone po dwóch godzinach:

N = 60,
1 H = 65, 2 H = 74, 10 H = 76.

Mniej wyraźnie występowała natomiast górna granica dawki, t. j. granica porażająca zdolność katalityczną pozytywną, a raczej powodująca katalizę opóźnioną, czyli negatywną. Zależy ona od nasycenia soku jelitowego zaczynami. Im sok jest bardziej koloidalny, mniej zbliżony wyglądem do mętnej wody, tem trudniej jest obniżyć jego siłę rozszczepiającą. Granica waha się między 60 a 100 H promieni miękkich, jako początkowe dawki niszczące. Widzimy z tego, jak nadzwyczaj czułemi na promienie Roentgena są zaczyny, a równocześnie, jak ogromnie opornemi na zniszczenie.

Spostrzeżenie to mogłoby być wskazówką dla pewnych biologicznych i dynamicznych własności zaczynów, któreby można w pewnych warunkach odpowiednio zużytkować.

Dawka hamująca szczególnie silnie zaznacza się po zaszczepieniu zaczynu w 24 godzin od naświetlania.

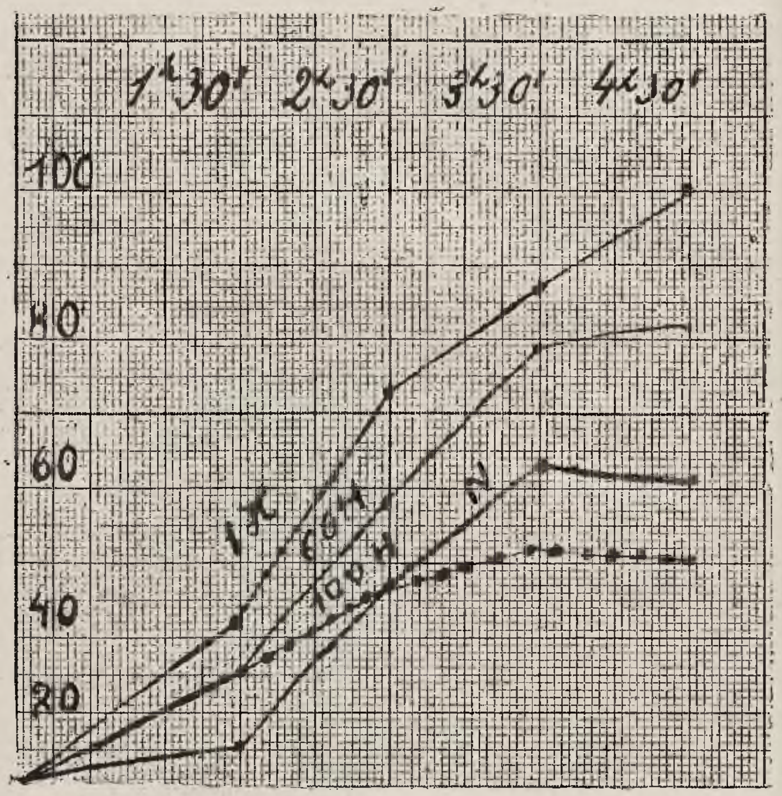
Ilustruje to wykres:

na którym 1 H daje szybką i silną inwersję cukru, 60 H jeszcze wcale wydatną, 100 H natomiast zaczyna wykazywać zwolnienie reakcji w stosunku do normy.

Optymalną dawką uczynniającą, czyli zmniejszającą wewnętrzne opory przy powstawaniu procesu katalitycznego inwertazy, są granice między 6 a 20 H.

Ze względu na sposoby terapji interesowało nas naturalnie także i zagadnienie *dosis refracta.*

Tu przeprowadziliśmy doświadczenia w dwóch grupach. W jednej dodając co 24 godzin tej samej porcji soku jelitowego nowe 10 H, w drugiej 30 H.



W grupie 10 H zaszczepiony zaczyn zaraz po naświetleniu promieniami Roentgena, oznaczany co godzinę wykazał różnice:

N = 0, 5, 37, 47,
po 10 H = 13, 26, 56, 74;

po 24 godzinach naświetlony dalszemi 10 H dał:

N = 0, 16, 22, 31, 48,
20 H = 15, 27, 52, 55, 69;

po dalszych 24 godzinach dodawszy po raz trzeci 10 H otrzymaliśmy:

N = 0, 18, 20, 61,
30 H = 18, 26, 49, 77.

Widzimy tu stały z samego początku przyrost siły katalitycznej po nowem podnieceniu, po każdej nowej dawce. W grupie 30 H stosunki były następujące:

N = 21, (30), 31, 74, 83,
po 30 H = 23, (35), 44, 89, 98,

w 24 godzin po dalszych 30 H:

N = 28, (—), 57, 72, 84,
60 H = 42, (—), 80, 88, 106,

po 48 godzinach i nowych 30 H:

N = (—), (—), 38, (—), (—), 72,
90 H = (—), (—), 28, (—), (—), 42,

Tu podniecenie drugiej dawki, ustąpiło po dawce trzeciej zahamowaniu katalizy pozytywnej; proces inwersji cukru zaczął się opóźniać, zaczyn został porażony w swej sile hydrolitycznej. Wynik ten zgadza się z poprzedniemi naszemi spostrzeżeniami i może służyć za wyjaśnienie przez analogję biologiczną do częstości powtarzania dawek roentgenowskich.

Dotąd używaliśmy tylko promieni miękkich. Należało zbadać różnicę w biodynamicznem działaniu promieni miękkich a twardych. Naświetlanie promieniami miękkiemi stosowaliśmy bez sączka lub przez 1 mm Al, twardemi przez 0,5 mm Cu + 1 mm Al.

Wyniki były jednozgodne; i tak liczby uzyskane co 1 godzinę po 10 H twardych i miękkich dla soku czystego były:

N = 24, 50, 65,
(promienie twarde) T = 30, 61, 79,
(promienie miękkie) M = 30, 62, 80,
dla kłaczków:
N = 56, 83,
T = 67, 105,
M = 67, 104,
w innem doświadczeniu po 2 godzinach:
N = 55
T 1 H = 75, 2 H = 91, 10 H = 90,
M 1 H = 78, 2 H = 93, 10 H = 93.

W końcu szereg badany co godzinę przy 10 H miękkich lub twardych dał:
N = 0, 0, 37, 47,
T = 13, 29, 54, 72,
M = 13, 26, 56, 74,

Zaznacza się tu lekkie opóźnienie katalizy na niekorzyść promieni filtrowanych twardych. Jest to jednak różnica, chociaż stała, ale tak niewielka, że praktycznie niema potrzeby brać jej w rachubę przy rozpatrywaniu biodynamicznych własności promieni Roentgena.

Zorjentowawszy się w narastaniu szybkości katalitycznej, przeszliśmy do zagadnienia, czy w naświetleniu temi samemi dawkami będziemy mieli jakieś różnice w maximum katalizy w ciągu kilku dni. Aby sam proces nie był hamowany nadmiarem glukozy, jako swoistym paralizatorem, szczepiliśmy 0,5 cm^3 soku w 50 cm^3 4% saccharozy. I tu okazało się, że jednak po 3 dniach zaznaczyły się różnice w ilości zhydrolizowanego cukru na korzyść silnych dawek roentgenowskich, a mianowicie:
N = 15,
1 H = 16, 60 H = 28,
lub po 4 dniach:
N = 15,
7 H = 20, 30 H = 31.

Ostatnie zagadnienie jakie nas czekało, było stwierdzenie, jak zachowuje się zaczyn zaszczepiony w kilka dni po naświetleniu. Tu także wypadło ono na korzyść zaczynu naświetlonego przed 6 dniami:
N = 67,
10 H = 75.

D ł u g o w i ę c p o t e n c j a l n i e u t r z y m y w a ł a s i ę w n a ś w i e t l o n y m f e r m e n c i e w z m o ż o n a s i ł a k a t a l i t y c z n a, która potrafiła rozwinąć swe działanie jeszcze w tydzień od naświetlenia promieniami Roentgena. Ta właściwość zaczynów daje jeszcze jedno potwierdzenie i ciekawy wgląd w możliwość utajenia się skutków naświetlania i w długotrwałe następowe narastanie i utrzymywanie się objawów przyczynowo ściśle ze sobą związanych.

III.

Promienie radowe β różnią się od roentgenowskich tylko krótszą falą. Katoda wyrzuca elektrony słabiej, mniej szybko niż rad, wobec czego i efekt jest słabszy. Zarówno promienie γ, jak i roentgenowskie mają własności biodynamiczne i one to niszczą tkankę, powodując oparzenie, one wyświetlają płyty fotograficzne i t. d.

Od promieni α i β różnią się tem, że nie odchylają się w polu magnetycznem, ani elektrycznem, nie są więc naładowane ani ładunkiem dodatnim, ani ujemnym.

Promienie α posiadają 1/10—1/20 szybkości światła, mając dużą masę. Są to bowiem naładowane dodatnio atomy czyli jony helu; z tego też powodu są mało przenikające, gdyż zatrzymuje je już warstwa powietrza 2·5 — 8·5 cm gruba.

Promienie β są tak szybkie, jak światła t. j. 300 000 km. na 1 sekundę i są elektronami ujemnemi, poruszającemi się nadzwyczaj chyżo.

Energja tych wszystkich promieni nie jest wybitna. R u t h e f o r d o w i udało się w r. 1919 rozbić atom azotu zapomocą promieni α. W chwili zderzenia się α cząsteczki o ogromnej energji kinetycznej z rdzeniem azotu, zostaje z tego rdzenia wyrzucony jon wodoru, a że ma mniejszą masę od α cząsteczki, szybkość jego jest znaczniejsza.

Skutki tych promieni, jak i promieni światła widzialnych i niewidzialnych, gdzie w grę wchodzi elektron, będący czystą elektrycznością i nie mający w sobie nic z materji, jakby się zdawało, mimo, że jego masa nie jest równą zeru; ale równa się 1/800 części atomu wodoru, a rośnie z szybkością jego poruszania się, tak, że ma się wrażenie jakoby masa była wogóle natury elektromagnetycznej — skutki więc tych promieni muszą ujawniać się zawsze.

Ciekawa praca Altstaedta (1924) nad uczulaniem tuberkuliny promieniami Roentgena przeszła niespodziewanie, jak dotychczas bez echa. Tuberkulina naświetlana coraz silniejszemi dawkami, a następnie szczepiona naskórnie wykazała wzmożoną stopniowo reakcję skórną. Szczepiona jednak po 24 godzinach nie różniła się od szczepień kontrolnych. Ciało biologicznie martwe, jakiem jest tuberkulina, zostało w swem działaniu dynamicznem wzmocnione przez naświetlenia promieniami Roentgena.

Wszędzie doznaje się wrażenia, jakby promienie Roentgena z m n i e j s z a ł y o p o r y w e w n ę t r z n e, hamujące pewne ciała w rozwoju swej siły.

Streszczając wyniki naszych badań, musimy stwierdzić, że działanie katalityczne inwertazy zostaje wybitnie przyśpieszone zapomocą promieni Roentgena. Siła ta jakby się wylęgała do 24 godzin w środowisku zaczynu, który został naświetlony.

Dawka podnosząca siłę fermentu jest bardzo niska; dużo natomiast trzeba zużyć energji promienistej, aby obniżyć siłę normalną zaczynu.

Granice dawki optymalnej są dość szerokie.

Zasadniczej i wybitnej różnicy między promieniami miękkiemi i twardemi nie spostrzegaliśmy. Twarde są jednak nieco słabsze w swej sile uczynniającej.

Nowe, średnio silne naświetlania powodują nowy przyrost siły katalitycznej fermentu.

Maximum katalizy jest większe dla zaczynu naświetlonego.

Zaczyn naświetlony przechowuje w sobie potencjalnie siłę wzmożonej katalizy długo po naświetleniu.

Wobec czego obok szeregu wniosków, jakie możnaby wysnuć z tych spostrzeżeń, musimy podkreślić spostrzeganą po dużych dawkach promieni późną zmianę siły fermentu, którego szybkie wyczerpywanie się, może być dowodem, przemawiającym przeciw zbyt wysokim dawkom w terapji. Dawki te mogłyby osłabiać siłę obronną organizmu, obniżając nawet napięcie tychże, jakie były przed naświetlaniem. To obniżenie ujawnia się dopiero później negatywnemi wynikami w organiźmie chorym, którego nietylko nie wsparto siłą promieni, ale nawet jeszcze osłabiono.

W końcu, częstość i wysokość powtarzania dawki może być tutaj przez analogję biologiczną rozpatrywana i porównywana.

Te charakterystyczne cechy dynamiki naświetlanego zaczynu, mogłyby nam tłómaczyć niejeden objaw, spostrzegany w leczeniu promieniami Roentgena, a dotychczas niezrozumiały, oraz nasuwają szereg nowych zagadnień.

Dr. Władysław FUCHS-DYBOWSKI, mjr. lek. Lwów.

Badania lekarskie uczestników kursu narciarskiego.

Z pracowni sportowo-lekarskiej Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu J. K. we Lwowie Dyr. Prof. Dr. M. Franke i Sekcji Higjeny Sportu Polsk. Tow. Higjenicznego we Lwowie.

Dzięki zezwoleniu i intenzywnemu poparciu władz wojskowych możliwem było przeprowadzenie w ciągu ubiegłej zimy badań lekarsko-sportowych na uczestnikach kursu narciarskiego wojskowego w Worochcie. Badania te objęły początkowo 45 uczestników, po 4 i $^1/_2$ tygodniach zostały ponownie przeprowadzone u 25 osobników poprzednio badanych:

Dzieliły się one na badania antropometryczne, obejmujące wysokość ogólną, wysokość tułowia samego, obwody piersiowe wdechowe i wydechowe na wysokości podpachowej i na wysokości wyrostka mieczykowatego, obwód szyi, brzucha, rozpiętość ramion, obwody ramienia, przedramienia, uda i łydki,

w skurczu i rozkurczu. Dalej szły badania dynamometryczne; oceniane dynamometrem Collina, ścisk ręką prawą i lewą, rozciąg oburęczny oraz siłę wyprostną całego ciała. III-ą i IV-ą grupę stanowiły pomiary narządów oddechowego i krwionośnego, obejmujące pojemność życiową płuc, rytm oddechowy przed i po zmęczeniu, możność wstrzymania oddechu przed i po zmęczeniu, oznaczanie maksymalnego ciśnienia wydechowego, oznaczanie zdolności do utrzymania ciśnienia 40 mm rtęci przez dłuższy czas; tętno normalne i po zmęczeniu, szybkość powrotu tętna do normy po zmęczeniu, oznaczenie ciśnień tętniczych — maksymalnego i minimalnego — wedle oscyllometru Pachona.

Mimo małej liczby osobników badanych dwukrotnie dały jednak badania te wyniki tak jednolite i w jednym dążące kierunku, że pozwoliły na wyciągnięcie z nich całego szeregu wniosków, bądź to teoretycznych bądź też praktycznych.

Badania antropometryczne wyjaśniły w znacznym stopniu duże trudności, na jakie napotykają kierownicy kursów w prowadzeniu nauki jazdy na nartach; — trudności te polegają na konieczności indywidualizacji nauki, zwłaszcza z chwilą opanowania przez kursistów pierwszych podstawowych ewolucji, skutkiem ogromnej nierównomierności w postępach uczni. Zrozumiemy łatwo, że trudności te są ogromne, jeśli porównamy pomiary n. p. Nr. 15., K. S., wysokość 185 cm, obwód piersiowy wdechowy górny 102 cm, dolny 98 cm, amplituda oddechowa 10 cm, pojemność życiowa 4000 cm. sześc., zdolność do wysiłku tak duża, że trzeba dwa i trzykrotnie większej pracy od naznaczanej innym przy próbach dla podniesienia tętna do 120, a tętno to wraca po 80 sekundach zupełnie do normy; Nr. 32., S. J., wysokość 180 cm, obwód piersiowy wdechowy górny 93 cm, dolny 89 cm, amplituda oddechowa 4—5 cm. Pojemność oddechowa 3800 cm kub., zdolność do wysiłku tak mała, że tętno, bardzo łatwo ulegające przyśpieszeniu do 120, jeszcze po 150 sekundach wykazuje zwyż 100 na minutę. Tak wielkie różnice daje nam kurs wojskowy, w dodatku ochotniczy, na który naturalnie zgłosili się ludzie najzdrowsi. O ileż większe więc różnice spotykać musimy między uczestnikami kursów narciarskich cywilnych. Lekarsko rozumiemy więc doskonale potrzebę, wyczuwaną już niejednokrotnie przez empirję sportową, urządzania masowych kursów tylko kilkodniowych dla początkujących narciarzy, później zaś kursów drobnych o niewielkiej ilości uczestników, pozwalających na indywidualne uczenie. W razie uczestnictwa zbyt nierównych sił we wspólnych kursach zachodzi większa możliwość przemęczenia słabszych uczestników, silniejsi zaś mniej na kursie korzystają pod względem rozwoju swych sił fizycznych, wytrzymałości oraz zahartowania ze względu na zbyt niski dla nich poziom kursu.

W dalszym ciągu wykazały pomiary, że kurs narciarski jest znakomitym wprost środkiem odtłuszczającym; prawie 60% uczestników posiadało na początku kursu nieco podściółki tłuszczowej; mimo dobrego odżywiania się, znikała ona z dużą szybkością; n. p. u połowy prawie badanych ponownie ubyło w obwodzie klatki piersiowej tak przy wdechu jak i wydechu 1 do 3 cm z powodu zniknięcia podściółki tłuszczowej; to samo dało się także zauważyć na udach i ramionach nawet, naturalnie w mniejszych granicach 1 do $1^1/_2$ cm. Niestety brak dobrej wagi w miejscowości tej nie pozwolił na ważenie uczestników; obie i jedyne wagi wykazywały »tylko« 7 kg różnicy. Taksamo brak elastometru nie pozwolił na objektywne spostrzeganie różnic w elastyczności i jędrności mięśni; subjektywnie były one bardzo wybitne.

Masa mięśniowa powiększyła się jako taka u 60% kursistów, głównie na udach, ramionach i przedramieniach; szczegółowe cyfry są tu trudne do wywnioskowania ze względu na zniknięcie podściółki tłuszczowej i rozrost mięśni, odbywające się równocześnie. Z tego też powodu nie mogę podać cyfr dla mięśni klatki piersiowej. Tak te pomiary jak i dynamometryczne wykazały bardzo zbawienny wpływ ćwiczeń narciarskich (prawdopodobnie podchodzenia do góry z 2 kijami) na równomierny rozwój mięśni w znacznej bardzo części tych przypadków, gdzie zachodziły wybitne różnice między oboma rękami. Tak n. p. Nr. 5., C. T. wykazuje na początku w dynamometrji 10 kg różnicy między ściskiem ręki prawej a lewej, po kursie różnica wynosiła 2 kg; Nr. 8., G. F. wykazuje 2 cmtrową różnicę w obwodach obu ramion przed kursem, a po nim różnica pozostaje ta sama, mimo, że obwody wzrosły znacznie; różnica między obwodem w skurczu i rozkurczu, wynosząca przed kursem $2^1/_2$ i 1 cm wzrosła na $5^1/_2$ i 4 cm; Nr. 11., K. W., na początku kursu dawał 9 kg różnicy między rękoma w dynamometrji, po kursie wykazywał różnicę 6 kg; Nr. 21., M. S, był może najbardziej uderzającym, różnica skurczowego i rozkurczowego obwodu ramienia wynosiła u niego 3 cm po stronie prawej, 2 cm po stronie lewej przed kursem, tuż przed zakończeniem obie wynosiły 4 cm.

Najważniejszym z dokonanych pomiarów był bezwątpienia pomiar klatek piersiowych, wyniki kursu pod względem zdrowotnym były tu wprost wspaniałe; u 26 uczestników, badanych dwukrotnie, wynosiły różnice obwodów wdechowych i wydechowych tak w górnym (podpachowym) jak i w dolnym (na wyrostku mieczykowatym) wymiarze przeciętnie 55 mm na początku kursu; przy końcu zaś wzrosła amplituda górna przeciętna na 87 mm czyli o 32 mm, dolna na 80 mm czyli o 25 mm. Nietylko mamy więc duży zysk, ale w dodatku części szczytowe płuc zyskały znacznie więcej na wentylacji niż partje dolne. Przypuszczać należy, że korzystny ten wpływ ćwiczenia narciarskiego polega na dwóch sumujących się działaniach. Pierwszem jest okoliczność ta, że podczas nauki jazdy na nartach, kilkugodzinne dziennie ćwiczenie polega na nauce zjazdów; dla zjazdu trzeba wyjść pod górę; już po kilku pierwszych dniach opanowuje kursista technikę na tyle, że zjazd sam łącznie z ewentualnemi upadkami i powstawaniem z nich trwa jednak znacznie króciej niż podchodzenie do góry. W pierwszych dniach $^1/_2$ czasu, w następnych $^2/_3$ do $^3/_4$ zabiera wyjście w górę. Podczas marszu pod górę, czy to na nartach czy na piechotę, pochylenie ciała naprzód jest koniecznem, przeciwdziała ono silnym ruchom oddechowym brzucha i dolnych partji klatki piersiowej, utrudniając je, nie krępując zaś oddechu górną częścią. Byłby to jeden wpływ, nie specyficzny jednak narciarstwu, a wspólny także turystyce górskiej, letniej czy zimowej. Przy wychodzeniu jednak do góry na nartach szkołą norweską, a więc z pomocą dwóch kijów, zaopatrzonych talerzykami, które skutkiem tego nie zapadają się nawet w głębokim i miękkim śniegu, pracują ramiona i ręce wcale poważnie, dźwigając, zależnie od ślizkości śniegu i nart, czasem i dużą część ciężaru ciała do góry. Nawet początkujący narciarz nabywa szybko — zwykle pod kierownictwem dobrego instruktora — zdolności uzgodnienia swego kroku na płask czy pod górę z pracą ramion i z rytmem oddechowym. Praca kijami rytmicznie z oddechem połączona, wpływa niezwykle dodatnio na głębokość oddechu, rozszerzając i zwężając mechanicznie górne części klatki piersiowej. Do dwóch tych wpływów, działających elektywnie, więcej na górną część klatki piersiowej niż na dolną, mógłby się dołączyć trzeci, również wspólny turystyce tak letniej jak zimowej, biernego pociągania ramion w tył — i rozszerzenia w ten sposób górnej i przedniej części klatki piersiowej — przez ciężar plecaka. Działanie to istnieje tylko przy plecaku lekkim lub średnim; przy ciężkiem obarczeniu przeciwdziałamy napięciem mięśni (*deltoideus i pectoralis maior*), ściągamy ramiona i utrudniamy szczytom oddechanie. Na kursie omawianym działanie to nie wchodziło wogóle w rachubę, ponieważ z powodu fatalnych warunków śniegowych odbyły się tylko nieliczne wycieczki dłuższe z obciążeniem podczas marszów.

Pomiary dynamometryczne wybitniejszych wyników nie dały; przeciętnie osiągnięte cyfry na początku kursu i końcu wykazały jedynie bardzo nieznaczne podniesienie siły ściskn rękę prawą i lewą, nieco większe rozciągu oburęcznego i siły mięśni wyprostnych tułowia. Nie należy tu jednak zapominać że w rzeczywistości byłyby wyniki te znacznie korzystniejsze, gdyby nie brak śniegu, najbardziej dający się odczuwać w ostatnich dniach przed drugiem badaniem. Skutkiem braku tego były potłuczenia o twardą »matkę ziemię« większości kursistów, co niepozwalało im na intenzywniejszą dynamometrję. Przybytek wynosił dla ścisku rękoma po 1 kg prze-

ciętnie, dla wyprost i rozciągu oburącz po 3 kg. O wyrównaniu różnic między ręką prawą i lewą już mówiliśmy.

Pomiary pojemności życiowej płuc badanych osobników dały wynik niewielki, wzrost pojemności w ciągu 4 tygodni o 230 cm³ przeciętnie; nie jest to wiele, zwłaszcza jeśli uprzytomnimy sobie, że ogromna większość frekwentantów przybyła z nizin, 100 do 300 m nad poziom morza; wzniesienie się więc wynosiło od 680 do 480 m. Konieczne z powodu różnicy poziomów pogłębienie poszczególnych oddechów miało wpływ także na pojemność życiową. Znając jednak przebieg kursu, niemożliwość intenzywnej zaprawy z powodu marnej pokrywy śniegowej, małą ilość czasu spędzonego przez uczestników na większych wysokościach, zrozumiemy łatwo mały wpływ kursu na pojemność życiową. Przy niewielkich wymogach wystarczało najzupełniej dostosowanie się głębokości poszczególnych oddechów do zmienionych wymogów. Niestety nie mogę podać cyfr bezwzględnych, gdyż pracownia nasza nie posiada spirometrów odpowiednich dla oznaczania poszczególnych wdechów i wydechów. O zmianach zaszłych sądzić możemy jedynie ze zmian zaszłych w rytmie oddechowym. Te zaś są wcale znaczne; normalny rytm oddechowy w spokoju — stojąco — na świeżem powietrzu mierzony, wynosił przeciętnie 15 oddechów na minutę na początku kursu. Pod koniec kursu spadł znacznie, bo na 12 oddechów na minutę. Zmiana jego po mniejwięcej jednakowem zmęczeniu (marsz drogą szybkiem tempem około 300 kroków pod górę i powrót do badającego) po kursie jest już mniejszą; z 19 oddechów na minutę przed kursem spadł na 18. Mamy więc powody do przypuszczenia, że pojemność oddechu poszczególnego powiększyła się w spokoju o $^1/_5$. Możemy to tem pewniej uczynić, że minimalna zmiana po zmęczeniu nie pozwala nam przypuścić, by w ekonomji ustroju zaszły już jakieś zmiany, powodujące oszczędniejsze zużycie tlenu przez pracujący organizm. Cały szereg prac nad przemianą materji podczas pracy, przed i po długotrwałej zaprawie, wykazał dowodnie, że podwyższenie ekonomji ustroju przez zaprawę ma miejsce, ustrój pracuje znacznie oszczędniej, zużywa mniej tlenu, wydziela mniejszą ilość bezwodnika kwasu węglowego, wykonując tę samą lub nawet większą pracę; wyniki takie daje jednak dopiero długotrwała zaprawa. Stąd też łatwo rozumiemy, że 4-tygodniowy kurs dał dopiero początek poprawy oddechania, wykazalny podczas spokoju, ale niewytrzymujący próby nawet średnio wytężającej pracy.

Drugie, przeprowadzone tu doświadczenie nad czasem dobrowolnego wstrzymania oddechu podczas spokoju i po zmęczeniu, dało dość wybitny wynik; w spokoju wynosił czas możliwego wstrzymania oddechu przeciętnie 46 sekund, na końcu kursu wzrósł do 52 sekund; po zmęczeniu jednak pozostał bez zmiany lub nawet obniżył się nieco (o 2 sekundy z 39 na 37). Widzimy więc zachowanie się zupełnie podobne do rytmu oddechowego przed i po zmęczeniu.

Badania maksymalnej siły wydechowej, wyrażonej zapomocą podniesienia słupa rtęci do najwyższej możliwej wysokości siłą wydechu, wykazały wzrost znaczny. Przeciętna przed kursem wysokość 99 mm rtęci podniosła się do 113 mm. Podniesienie słupa rtęci do wysokości 40 mm i na utrzymywanie go na tej wysokości przez czas jak najdłuższy siłą wydechu dało przeciętny wynik 36 sekund na początku, 41 sekund na końcu kursu.

Z wyników tych możemy słusznie wywnioskować: zdrowotny wpływ kursu na narząd oddechowy był bardzo duży i dla uczestników wielce korzystny. Najwyżej ocenić należy powiększenie amplitudy wdechowo - wydechowej, zwłaszcza w wymiarze górnym. Dalej powiększenie siły wydechowej, obniżenie częstości oddechów w spokoju świadczy o znacznem polepszeniu koordynacji mięśniowej i nerwowej; znaczna część uczestników porzuciła typ oddechów nieregularnych, płytkich i powierzchownych, by, pogłębiając je i zwalniając ich tempo, zrobić je znacznie głębszemi i wydatniejszemi. Sprzeczne — zdawałoby się — wyniki prób powstrzymania oddechu i podtrzymywania rtęci znajdują swe wyjaśnienie we wpływie woli. Próby wstrzymania oddechu w spokoju, tak na początku jak i na końcu kursu robione były wspólnie, moment r y w a l i z a c j i wchodził więc w rachubę i powodował większy wysiłek; wyniki odpowiadają więc zupełnie faktycznemu stanowi rzeczy, t. zn. wzrostowi mechanicznej pracy oddechowej, większej jej wydajności i regularności. Ten sam moment rywalizacji odgrywał rolę przy podtrzymywaniu rtęci; badany wprawdzie nie znał czasu, lecz, mając przed oczami drgający słupek rtęci, a otoczony przypatrującymi się kolegami, silił się na jak najlepszy wynik t. zn. najdłuższy czas podtrzymania.

Moment ten rywalizacji odpadał zupełnie przy próbie wstrzymania oddechu po zmęczeniu; próba ta odbywała się jedynie w obecności badającego; najwyżej po dwóch uczestników było razem badanych. Przy pierwszem przeprowadzeniu próby na początku kursu była jednak rywalizacja, gdyż próby odbywały się masowo, a w dodatku, z powodu braku wtedy drugiego lekarza, musieli badającemu pomagać sami badani.

Badania systemu krwionośnego pozwoliły na stwierdzenie zwolnienia tętna normalnego w spokoju — stojąco — o dwa uderzenia na minutę przeciętnie — z 81 na 79 uderzeń na minutę; dalej na ogromną poprawę szybkości powrotu do normy po zmęczeniu: spadek z tętna 120—140 na minutę poniżej 100 wymagał przed kursem 116 sekund przeciętnie, po kursie zaś dokonywał się w niecałych 48 sekundach.

Ciśnienie tętnicze, maksymalne i minimalne, rejestrowane oscyllometrem P a c h o n a, obniżyło się skutkiem kursu. Amplituda pozostała prawie niezmienioną, malejąc jedynie o 2 mm rtęci z 50 na 48. Przed kursem otrzymaliśmy 144 i 94 mm rtęci jako ciśnienia maksymalne i minimalne, po kursie 132 i 84 mm. Wyników badania tętna po zmęczeniu nie podaję, gdyż, nie posiadając żadnego ergometru, nie możliwe było uzyskanie jakichkolwiek ścisłych danych do ilości wykonanej pracy i związanego z tą pracą przyśpieszenia tętna. Jedynie subjektywnie stwierdzono w całym szeregu przypadków, że, o ile przy pierwszem badaniu tylko wyjątkowo zdarzały się osobniki, którym opisywany poprzednio marsz pod górę nie wystarczył do przyśpieszenia tętna do 130—140, to w czasie drugiego badania większość badanych musiała się wcale intenzywnie męczyć nietylko marszem, ale także biegiem i mocowaniem się dla osiągnięcia przyśpieszenia tętna.

Z podanych powyżej cyfr widzimy więc, że krótki 4-tygodniowy kurs powiększył wydajność pojedynczych skurczów serca jedynie bardzo minimalnie; małe bardzo zwolnienie tętna o dwa uderzenia na minutę w spokoju wskazuje na brak jakiegokolwiek powiększenia masy mięśniowej serca lub siły skurczowej pojedynczych skurczów. Tem większym był jednak wpływ kursu na k o o r d y n a c j ę pracy mięśni i serca, na szybkość dostosowania się wzajemnego, a zwłaszcza szybkość powrotu do normy po zmęczeniu. Szybkość, z jaką do tak dużej zmiany doszło, każe nam przypuszczać, że główną, o ile nawet nie wyłączną rolę odgrywają tu wpływy nerwowe na regulację serca. Wielkość zaszłej zmiany oświetla nam jednak jaskrawo, jak ogromnie m a r n o t r a w i m y s i ł y n a s z e, a zwłaszcza siły serca skutkiem braku zaprawy.

Obniżenie ciśnień tętniczych świadczy o bardzo ostrożnem prowadzeniu kursu, które nawet u najsłabszych uczestników nie obciążało zbytnią pracą serca. Dowodzi ono jednak dość znacznej wartości tego rodzaju ćwiczeń jak kursowe dla podwyższenia sprawności aparatu krwionośnego. Lepsza koordynacja pracy mięśniowej i serca, oraz systemu oddechowego, wyłączenie niepotrzebnych w lepiej zaprawianym organiźmie podniet nerwowych, podnoszących ciśnienie naczyniowe, daje nam w wyniku sprawniejsze, lepsze, a równocześnie i ekonomiczniejsze wykonanie pracy fizycznej.

Rozpatrując jeszcze wyniki kursu z punktu widzenia jednostek uczestniczących musimy powiedzieć, że uczestnictwo w tym samym kursie osobników w bardzo nawet dużych różnicach we fizycznem wyrobieniu nie jest wskazane. N. p. Nr 35., W. T., osobnik słaby, wykazuje minimalne wprost zyski, gdyż jedynie wzrosło u niego dość znacznie maksymalne ciśnienie wydechowe (z 55 mm na 90 mm),

rytm oddechowy w spokoju z 12 oddechów na minutę przeszedł na 8, szybkość zaś powrotu tętna do normy podskoczyła 6 krotnie ze 180 sekund na 30. Reszta zmian jest minimalną, także i amplitudy wdechowo-wydechowe płucne nie zmieniły się; zmiana rytmu tłumaczy się znacznem powiększeniem oddechania przeponowego.

Na przeciwnym krańcu stoi Nr. 10., J. F. Uczestnik ten, zwany przez kolegów swych »paskarzem zdrowia«, wykazywał zmiany takie, jak powiększenie amplitudy płucnej wdechowo-wydechowej w wymiarze górnym z 6 cm na 12 cm, w dolnym z 7 na 9 cm; zwiększenie pojemności życiowej o 700 cm kub, zwolnienie rytmu oddechowego w spokoju z 14 na 9; powiększenie siły ścisku ręki prawej o 7 kg, różnicy w obwodach ramienia prawego w skurczu i rozkurczu z 3 cm na $5^1/_2$; powiększenie siły mięśni wyprostnych tułowia o 24 kg. Inne wyniki były korzystne, nie tak jednak wielkie. Jak widzimy więc osobnik średniej budowy i siły, swoją drogą bardzo pilny i obowiązkowy, wedle wyrażenia swych kolegów »zarobił« na zdrowiu w sposób »paskarski«.

Nieco więcej niż Nr. 35, znacznie mniej jednak niż Nr. 10., skorzystał na kursie Nr. 15, K. S., osobnik bardzo silny, o doskonałej. atletycznej budowie ciała, czynny sportowiec i dobry narciarz. Zmian pomiarowych u niego prawie nie było, prócz szybkiego zniknięcia nagromadzonej jesienią podściółki tłuszczowej i powiększenia się amplitudy piersiowej w górnym wymiarze z 5 cm na 10, w dolnym taksamo. Główne różnice wyrażały się w rytmie oddechowym, spadającym z 9 na 5 na minutę i w ogromnej trudności przyśpieszenia tętna powyżej 100; po pracy, która znaczną większość kolegów doprowadziła do 140 i wyżej, jego tętno podniosło się do 108.

Wiek przeciętny uczestników wynosił lat 25; dwaj uczestnicy jednak po lat 29 i 31 znajdują się wśród tych, którzy mieli bardzo dobre wyniki badań.

Zestawiając cały obraz kursu i wyników przeprowadzonych na nim badań, musimy przyznać, że nawet optymizm badającego, wielkiego przyjaciela sportów wogóle a narciarstwa w szczególe, okazał się niewystarczającym. Wyniki przeszły oczekiwania ogromnie, a przecież uprzytomnić sobie należy, że był to materjał wojskowy, więc pozostający cały rok w formie fizycznej, skutkiem ciągłych ćwiczeń. Odsetek oficerów zajętych w biurach był bardzo mały. Dalej warunki śnieżne były zimy tej jak najfatalniejsze, kurs 4-tygodniowy odpowiadał więc najwyżej 3 tygodniom w innych warunkach.

Poza wnioskami praktycznemi, tyczącemi się samego prowadzenia kursów w ten sposób, by dawały maksimum rozwoju fizycznego przy zupełnem usunięciu możności jakichkolwiek szkód, a których omawianie pozostawiam praktycznemu artykułowi, mającemu się pojawić niebawem w »*Lekarzu Wojskowym*« nasuwa się nam konieczność podkreślenia zdrowotnego znaczenia tego rodzaju ćwiczeń, połączonych z pobytem w górach.

Dla ogromnej liczby pracowników umysłowych, biurowych, nietylko młodszych, ale także i w średnim wieku do lat 40, tego rodzaju pobyt w górach porą zimową, połączony z nauką czy też ćwiczeniami narciarskiemi wśród cudownych widoków pasma Czarnohory i w rzeźkiem mroźnem powietrzu stanowiłby istną krynicę odmładzającą, źródło zdrowia i nowych sił, a tem samem i najlepszy odpoczynek.

Doc. Dr. med. i fil. Stefan STERLING-OKUNIEWSKI.
(B. Lekarz zakładowy).

Druskieniki.

Wzdłuż całej północno-wschodniej granicy Rzeczypospolitej i na całym obszarze b. W. Księstwa Litewskiego Druskieniki stanowią od przeszło stulecia jedyne zdrojowisko i miejscowość klimatyczną. Licznie odwiedzane przez magnaterję i szlachtę litewską już w początkach XIX. stulecia, Druskieniki wcześnie zwróciły na siebie uwagę władz ówczesnych i już około 1840 roku zbadał solankę tamtejszą prof. F o n b e r g. W następnych zaś latach — zwłaszcza, gdy z Wszechnicy Wileńskiej przybyli Dr. W o l f g a n g i Dr. P i l e c k i, którzy stali się gorącymi wielbicielami Druskienik i pracowali tam długie dziesiątki lat — ukazuje się szereg spostrzeżeń i prac o tem zdrojowisku. A więc w 1841 roku wychodzi praca Dra W o l f g a n g a »O wodach Druskienickich« (Wilno), w kilka lat później dziełko tegoż autora, opracowane wspólnie ze znakomitym pisarzem naszym Józefem K r a s z e w s k i m, który był jednym z najgorętszych zwolenników i przyjaciół Druskienik (Druskieniki, szkic literackolekarski, Wilno, 1848); dr. P i l e c k i ogłasza kilka artykułów i broszur — jednem słowem, spostrzeżenia się mnożą, rozgłos Druskienik rośnie. I choć ze stanowiska lekarskiego te spostrzeżenia może cokolwiek straciły na wartości, dowodzą one jednak niezbicie skuteczności wód druskienickich, czy to w użyciu wewnętrznem, czy to kąpieli, potwierdzają słuszny rozgłos Druskienik, jako miejscowości leczniczej.

* * *

Druskieniki (200 metrów ponad poziomem morza) leżą w Ziemi Grodzieńskiej, o 47 kilometrów od Grodna, nad samym Niemnem, na prawym, wysokim jego brzegu, na pochylającem się ku rzece płaskowzgórzu, o doskonale przepuszczalnym piaszczystym gruncie (miejscami piasek dochodzi do kilkudziesięciu metrów głębokości); okolone wielkiemi obszarami lasów iglastych i liściastych, znajdują się w obrębie dużych zbiorników wodnych (Niemen i szereg dość dużych jezior). Te pomyślne warunki geologiczne i geograficzne, dzięki którym wahania barometryczne są niewielkie, ciepłota powietrza jest łagodna, a jego wilgotność nawet w najbardziej dżdżystych latach nie przekracza 78—85%, wiatry bywają nieznaczne, a usłonecznienie jest dość silne, — te właśnie warunki sprawiły, że Druskieniki stanowią dobrą stację k l i m a t y c z n ą. To też i na tę korzystną stronę jako uzdrowiska zaczęto w ostatnich czasach zwracać baczną uwagę, czyniąc ze strony Zarządu wszystko, co mogłoby podnieść Druskieniki pod względem przyrodolecznictwa: założono na dużym obszarze (2 hekt.) kąpiele słoneczne i powietrzne, wyzyskano znakomicie przepiękną plażę nadniemeńską, rozszerzono jedyne w swoim rodzaju kąpiele »kaskadowe« na Rotniczance, rzeczce o bardzo szybkim prądzie i niskiej ciepłocie wody. Zawsze jednak — gdy mówimy o Druskienikach mamy na względzie przedewszystkiem ich znakomite ź r ó d ł a l e c z n i c z e, które w liczbie 17 biją w obrębie zdrojowiska i które dzięki swym własnościom leczniczym czy to przy użyciu wewnętrznem, czy w zastosowaniu do kąpieli — jak już powiedzieliśmy — od dawien dawna okryły Druskieniki wielkim rozgłosem.

Pod względem chemicznym źródła druskienickie należą do kategorji zimnych, radjoczynnych solanek chlorobromowych (a sama nazwa miejscowości wyprowadza się od litewskiego słowa »druska« — sól), z niewielką ilością wapnia i magnezu, z domieszką krzemu i potasu, oraz ze śladami żelaza i glinu. Woda ze źródeł 1-go (obecnie t. zw. »Nasza«) oraz 2-go była wielokrotnie badana od czasów prof. Fonberga, przyczem z badań tych wynikałoby, że źródła te z biegiem czasu stały się bogatsze w ilość stałych części. Według ostatniego rozbioru z 1910 r. jedyna i wyłącznie tylko używana do picia w celach leczniczych woda »Nasza« (ze źródła 1-go leżącego nad samym Niemnem) ma skład następujący:

Ciężar gatunkowy wody przy 25^0 C — 1,0041.

Zawartość składników wyrażono w gramach na litr wody przy 20^0 C.

Pozostałość osadu, wysuszonego przy 180^0	7,0192
Sodu	1,7364
Wapnia	0,6002
Magnezu	0,2010
Potasu	0,0140
Tlenku glinu	0,0014
» żelaza	0,0014
Chloru	4,0584
Bromu	0,0069
Kwasu siarczanego (SO^3)	0,1587
Krzemu	0,0332
CO_2 chemicznie związanego	0,1161
CO_2 wolnego i półzwiązanego	0,1530

Pozatem, jak wykazały liczne badania, woda ta, jak zresztą i wody innych źródeł druskienickich, wykazuje obecność wcale silnej emanacji radowej.

Wszystkie te własności wód druskienickich już oddawna, na podstawie czysto życiowego doświadczenia, skłaniały lekarzy do stosowania ich w nieżytach jelit i żołądka, zwłaszcza w cierpieniach ostatniego o zmniejszonem wydzielaniu soku żołądkowego, oraz w chorobach przemiany materji, jak dna, otłuszczenie. Dziś, na podstawie badań prof. Żebrowskiego i Dra Bratkowskiego nad psem z przetoką (według Pawłowa), wiemy, że woda Druskienicka zwiększa znacznie ilość wydzieliny żołądkowej, jej kwasotę ogólną oraz ilość wolnego kwasu solnego; wiemy również, że to właśnie radjoczynność tej wody wpływa nader korzystnie na przebieg spraw życiowych, związanych z przemianą materji, do czego przyczynia się prawdopodobnie do pewnego stopnia również fakt, iż woda druskienicka jest prawie izotoniczna z surowicą ludzką, co ułatwia jej wsysanie się i szybkie działanie na stan koloidalny osocza. Pod względem chemicznym oraz działania na ustrój ludzki, wody druskienickie, stosowane do wewnątrz, podobne są do szeregu słabych solanek, jak Homburg Luisenquelle, Soden (N 1), a przedewszystkiem bardzo zbliżone są do źródła Kissingen Rakoczy; pod względem chemicznym nie wiele się różnią od niego; zawierają mianowicie mniej więcej jednakowe ilości katjonów sodu, wapnia i magnezu, a także anionów chloru i bromu. Woda druskienicka różni się jednak od kissingeńskiej mniejszą zawartością katjonów potasu i żelaza, oraz anionów kwasu węglowego, zwłaszcza wolnego.

Co do sposobu użycia solanki druskienickiej, to w cierpieniach przewodu pokarmowego, podajemy ją zazwyczaj naczczo ewent. powtórnie na jakieś pół godziny przed posiłkiem, zimną lub ogrzaną, zależnie od cierpienia, w ilości 200—400 cm naraz; zaś w chorobach, w których chodzi o przepłukanie ustroju, jak dna, stosujemy większe ilości, do paru szklanek dziennie.

Drugi wielki zakres działania solanek druskienickich w postaci kąpieli znajduje oddawna zastosowanie we wszystkich sprawach chorobowych, w których uciekamy się do tego rodzaju wód, a więc przedewszystkiem: w stanach przewlekłego zachorzenia gruczołów u dzieci, zwykle na tle zakażenia lasecznikami gruźliczemi (zołzy) i zapalenia skóry. stawów, mięśni i t. p.

W połączeniu z kwasem węglowym, solanka druskienicka jako kąpiele kwasowęglowe korzystnie wpływa na początkowe okresy miażdżycy, obniżając na dłuższy przeciąg czasu w sposób wyraźny wzmożone ciśnienie, jak to miałem sposobność sprawdzić drogą licznych badań sfygmomanometrycznych na szeregu odpowiednio dobranych chorych; dalej działa nader korzystnie w nerwicach serca, w pewnych stanach niedomogi mięśnia sercowego i t. d. Również skutecznie działają kąpiele tlenowe na solance druskienickiej w daleko posuniętych cierpieniach mięśnia sercowego na tle miażdżycy ogólnej lub nerek (spostrzeżenia własne), w stanach podniecenia nerwowego i t. p.

Znakomita borowina, wydobywana z sąsiednich lasów, pozwala na stosowanie tych kąpieli w cierpieniach stawowych pochodzenia gośćcowego lub dnawego, w przewlekłych cierpieniach mięśni i nerwów, w bezwładach lub niedowładach, a przedewszystkiem w tak częstych chorobach narządów płciowych kobiecych i wogóle jamy brzusznej (cierpienia wątroby).

Wreszcie po europejsku urządzona wielka sala do zabiegów hydropatycznych, kąpiele elektryczne i świetlne — pozwalają na jaknajszersze wyzyskanie właściwości leczniczych Druskienik, jako uzdrowiska klimatycznego i zdrojowiska.

Streszczając, co powiedziano powyżej o tej miejscowości leczniczej, możemy ująć wskazania do leczenia w Druskienikach w sposób następujący:

1. Okres zdrowienia, wycieńczenie, neurastenja, niedokrwistość (leczenie przeważnie klimatyczne). 2. Cierpienia przewlekłe jelit, trzustki i wątroby, a przedewszystkiem żołądka w stanach niedostatecznego wydzielania soku żołądkowego lub zbyt słabej zawartości w nim kwasu solnego, a także 3. choroby przemiany materji, zwłaszcza dna i otyłość (stosowanie wód druskienickich do wewnątrz). 4. Zołzy, przewlekłe cierpienia skóry, stawów, mięśni, nerwów, kości. 5. Choroby jamy brzusznej i narządów kobiecych rodnych. 6. Przewlekłe cierpienia nerwowe, zwłaszcza powikłane niedowładami wzgl. bezwładami. 7. Choroby serca i naczyń.

W sprawie rozwoju fizjatrji i jej piśmiennictwa w Polsce.

Dzisiejszy zeszyt Polskiej Gazety Lekarskiej jest szóstym z rzędu poświęconym fizjatrji i gałęziom pokrewnym medycyny w ciągu 2 lat *).

Dorobek tych dwu lat jest niewielki, jeśli go zmierzymy miarą innych specjalności lekarskich, mających w Polsce swe liczne warsztaty, jest jeszcze niklejszy w porównaniu do obfitości prac fizjatrycznych, wychodzących z pracowni krajów Zachodu. A jednak, jeśli doliczymy jeszcze kilka przyczynków, rozprószonych w piśmiennictwie polskiem poza ramami tych zeszytów — to można patrzeć z pewną otuchą w przyszłość tego ruchu, który, bez jednego choćby własnego warsztatu naukowego i bez grosza dotacji na własne cele, przecież przełamuje trudności i widocznie posuwa się naprzód.

W ostatnich tygodniach widać coraz żywsze zainteresowanie się sfer kierujących Państwa głównym działem fizjatrji, leczeniem uzdrowiskowem. Zajęcie się to spowodowane jest odczuciem ważności ekonomicznej tego działu lecznictwa w gospodarce państwowej.

Miejmy nadzieję, że niezadługo nadejdzie czas na zrozumienie potrzeby naukowego wyposażenia tego działu na wzór Francji, Anglji, Niemiec, a choćby równocześnie z nami zmartwychwstałej Czechosłowacji, która już dziś ma 3 instytuty naukowe dla fizjatrji z dwoma profesorami i dwoma docentami.

Polska jest dziś Państwem jeszcze niezamożnem i musi być bardzo oszczędną. Zanim więc nadejdzie chwila otwarcia własnych pracowni fizjatrycznych, musi się odwołać do pracy innych instytutów doświadczalnych lekarskich. Sprawozdania z piśmiennictwa obcego, pomieszczone w naszych zeszytach, wskazują, jak wiele prac z zakresu fizjatrji możnaby wykonać w pracowniach zakładów patologji, fizjologji, bakterjologji, klinik lekarskich i t. d. Zagadnienia fizjatryczne są dzisiaj bardzo wdzięcznem polem prac naukowej i byłoby dla nauki polskiej szkodą niepowetowaną, gdyby pracownicy polscy nie wzięli w tej pracy wydatnego udziału.

Bez osobnych instytutów nie będziemy mogli się dłużej obejść. Spowodowane to jest charakterem encyklopedycznym tej wiedzy, która wymaga obeznania z geografją, geofizyką, geologją, antropogeografją a pozatem wykształcenia zarówno w medycynie doświadczalnej, jak i klinicznej. Wyposażenie takiego instytutu, tak instrumentalne, jak lecznicze i bibljoteczne, musi być całkiem osobliwe, mało podobne do utartych form pracowni teoretycznej lub klinicznej. Posługiwanie się więc pracowniami innemi musi być uważane za formę przejściową aby nie tracić cennego czasu i przygotować szereg pracowników dla przyszłych zakładów własnych.

Przyrodolecznictwo polskie nie posiada dziś także dostatecznej ilości zakładów leczniczych. Ilość pomieszczeń i środków leczniczych w Polsce jest jeszcze dziś zbyt szczupłą by mogła zaspokoić wszystkie potrzeby społeczeństwa, choć na razie zubożenie szerokich warstw ludności zatrzymuje ją w domu i nie pozwala na leczenie uzdrowiskowe. Wystarczy jednak kilka lat urodzaju i lepszej konjunktury pieniężnej, aby połowa kuracjuszów musiała wyjeżdżać z kraju dla braku miejsc w uzdrowiskach naszych. Wywozić oni będą grosz polski i ubożyć Państwo

*) Pierwszy zeszyt wyszedł dnia 10. czerwca 1923 roku, jako Nr. 23 P. G. L., następne: Nr. 33 i 46 z 1923 roku i 23 oraz 49 z roku 1924.

a także stan lekarski polski, który i tak jest w trudnem położeniu. Wydatna rozbudowa istniejących uzdrowisk dużo tu pomoże, ale musimy się i z tem liczyć, że uzdrowiska wielkie nie mogą być tanie, a powtóre, że ich rozłożenie w Polsce powinno być bardziej równomierne. Tymczasem posiadamy niewyzyskane skarby n. p. w jeziorach Pomorza i ziemi Wileńskiej oraz w rzekach górskich. O możliwości i łatwości wyzyskania tych wód pisałem w mojej »*Klimato-hydroterapji*« (1923) i w »*Muzeum*« (1924) oraz w »*Przyrodzie i Technice*« (1924). Właściwości tych wód klimat tych okolic wymagają jeszcze bliższego poznania, aby móc zastosować dawkowanie tych bodźców, bez czego o leczeniu nie może być mowy.

Lekarze tych okolic przy ewentualnej pomocy przyrodników profesorów gimnazjalnych, a także letnich ekspozytur z instytutów uniwersyteckich przyrodoznawczych, mogą potrzebne dane fizjograficzne zebrać i stworzyć podstawę pod nowe uzdrowiska. Osady pomorskie stoją pod względem kultury tak wysoko, że mogą dać letnikom i kuracjuszom odrazu pewną ilość pomieszczeń odpowiednich, gdzieindziej pójdzie administracja sanitarna Państwa w pomoc gminom i stworzy tanie uzdrowiska nowe. Lekarz miejscowy obejmie leczenie i nadzór sanitarny, a z czasem z pewnością otworzy własną przychodnię fizjatryczną, pensjonat lub wielką lecznicę. Tak było na Zachodzie, nie inaczej musi być i u nas. Inicjatywa tej sprawy leży w ręku lekarzy-praktyków prowincjonalnych, którzy mają odpowiednie warunki w okolicy. Ich spostrzeżenia, poczynione sumiennie, wedle fachowych wskazówek przyrodników, będą cennym przyczynkiem do polskiej balneografji i skierują zainteresowanie sfer finansowych w daną stronę.

Badania lekarskie nad fizjologją sportu są nietylko ciekawe ze względu na fizjologję i patologję pracy mięśniowej i wysiłku, ale dają też cenne wskazówki dla innego działu fizjatrji, a mianowicie gimnastyki leczniczej wszelkiego rodzaju.

Sporty, wykonywane pod otwartem niebiem, a często w górach, dają też sposobność do spostrzeżeń z zakresu klimatofizjologji i klimatopatologji. Tem cenniejsze są więc dla nas wszelkie rzeczowe prace z tego zakresu.

W zespoleniu jak najliczniejszych sił i wyzyskaniu jak najliczniejszych możliwości leży przyszłość przyrodolecznictwa w Polsce.

Sabatowski.

Oceny i sprawozdania.

Internationaler aerztlicher Fortbildungskursus mit besonderer Berücksichtigung der Balneologie u. Balneotherapie. 1924. Karlsbad, Nakładem G. Fischer. Jena. Str. 424.

Spory, elegancko wydany tom zawiera wykłady, jakie na kursie dokształcającym w r. ub. wygłoszono w Karlsbadzie. Takich kursów i publikacyj rocznych było dotąd sześć. Ilość uczestników z roku na rok rośnie, a publikacje są coraz okazalsze.

Pomysł ściągania licznego koła wybitniejszych profesorów, jako prelegentów i kilkuset (w r. 1924: 595) lekarzy i studentów jako słuchaczy, wysyłanie im potem gratis drukowanego protokołu (który dla innych jest do kupienia za kilkanaście marek zł.) to pomysł i zręczny i praktyczny, zdążający do spopularyzowania Karlsbadu w najszerszych kołach lekarskich. Oceniono też należycie ten krok w Niemczech, gdzie n. p. tego roku już cały szereg zdrojowisk urządza kursy dokształcające, dając uczestnikom wielkie udogodnienia materjalne. Inne uzdrowiska goszczą zjazdy specjalistów w czasie I. lub III. sezonu, także z wielką dla siebie korzyścią. Czas i u nas o tem pomyśleć.

Schall-Heisler. **Nahrungsmitteltabelle.** 7 Auflage. C. Kabitsch. 1925.

Siódme wydanie znakomitego zestawienia cyfrowego zawartości wszelkich środków spożywczych. Ilość białka, tłuszczu, węglowodanów, chlorku sodu, azotu purynowego i wody oraz ogólna wartość kaloryczna 100 danego materjału — oto pozycje podane dla każdego środka spożywczego lub używki. Zestawienie obejmuje kilkaset pozycji. Osobna tablica obejmuje ogólne wartości składników i kalorycznie gotowych potraw (zupy, kaszki, jarzyny, leguminy, kompoty). Dalej widzimy zestawienie zawartości lecytyny, ciał wyciągowych, kwasu szczawiowego, witamin i składników mineralnych w środkach spożywczych i skład wód mineralnych (prawie wyłącznie tylko niemieckie!). Osobne tablice obejmują sposób obliczania odpadków z mięs, jarzyn i owoców, sposób obliczania zapotrzebowania kalorycznego i t. d.

Całość bardzo przejrzyście i praktycznie ułożona.

Sabatowski.

Engelmann. **Balneologja i balneoterapja.** (Bad Kreuznach). (München, Gmelin 1924. 1 M.),

Działanie źródeł leczniczych przy stosowaniu ich zewnętrznem stanowi łagodne ale stałe leczenie podrażniające, którego dodatnie wyniki leżą w przestrojeniu ustroju i szczególnie łatwo działają na skazy konstytucjonalne.

Dorno. **Meteorologja i klimatologja.** (Davos). 1 Heft des Instituts für Hochgebirgsphysiologie.

Chcąc wprowadzić w klimatofizykę i klimatofizjologję podaje autor niezbędne wiadomości z meteoro- i klimatologji. Przechodzi następnie właściwości fizjologicznego działania klimatu wysokogórskiego, zwracając szczególną uwagę na czynnik chłodzący i wysuszający.

Kolhörster. **Promieniowanie atmosfery.** (Hamburg, Grand 1924. 3·60 M.)

Autor dzieli promieniowanie na 4 grupy.

Promieniowanie resztujące, mierzy się siłą jonizacyjną gazu, który jest chroniony od przechodzącego z zewnątrz promieniowania.

Może ona pochodzić od samoistnej jonizacji gazu, od radjoczynnych jego zanieczyszczeń, od promieniowania naczynia, zamykającego gaz.

Promieniowanie powietrza powstaje z emanacji, która opuszcza ziemię i z jej produktów rozpadu w atmosferze. Zostaje ono rozdzielone ruchami powietrza. Różnicę w sile jonizacji nad ziemią i nad morzami przypisuje się promieniowaniu ziemskiemu. Źródłem jego są ciała radjoczynne górnych warstw ziemi, których emanacja dostaje się do atmosfery.

Promieniowanie wyżyn do wysokości kilometra stale opada, następny kilometr jest słabe, a potem zaczyna rosnąć powoli, później coraz szybciej. Źródłem tego ostatniego promieniowania jest kosmos.

F. K.

Major R. W. E. Hingston I. M. S. lekarz wyprawy roku 1924. **Fizjologiczne trudności wyprawy na Mount-Everest.** (Raport odczytany 10. listopada 1924 na posiedzeniu Król. T-wa Geograficznego w Londynie).

Głównemu celowi wyprawy na Mount-Everest zdobyciu najwyższego szczytu świata podporządkowano wszystkie inne; to też badania lekarskie musiały się posługiwać środkami bardzo prymitywnemi, gdyż transport skomplikowanych aparatów był zupełnie niemożliwy.

Zmiany w oddychaniu:

Najwybitniejsze było utrudnienie oddychania, które skutkiem powolnego podchodzenia pojawiało się w słabem stopniu powyżej 4.270 metrów, w silniejsym około 4.300; powyżej 5.800 najlżejsza nawet praca powodowała duże trudności oddechowe. Zawiązanie obuwia, wejście do śpiwora stanowiły ciężką pracę połączoną z trudnościami oddechowemi. Sonervell podaje doświadczenia swe w marszu na wysokości 8.200 m. Każdy krok naprzód wymagał od 7 do 10 kompletnych oddechów. Norton na 8.500 m. w ciągu godziny wspiął się o $24^1/_2$ metra. Zjawisko Cheynes-Stokesa zdarzało się często podczas ekspedycji, najczęściej podczas snu, a zwłaszcza podczas choroby. Szybkie wdechiwanie suchego, zimnego powietrza powoduje zapalenie górnych dróg oddechowych, głównie ból gardła, chrypkę, utratę głosu,

często drażniący suchy kaszel, u jednego połączony z odplu waniem krwi.

Badania zdolności powstrzymywania oddechu dały ogromne skrócenia czasu n. p.

0	metrów,	64 sekund
2.135	„	40 „
4.360	„	39 „
5.030	„	20 „
6.405	„	14 „

Maksymalna siła wydechowa, oznaczana w milimetrach rtęci, wykazuje większe wahania lecz najczęściej zwiększa się n. p. ze 110 mm na poziomie morza do 150 mm przy 6.405 m. Autor przypuszcza, że nie zależy to tylko od wysokości ile od powolnego wznoszenia się, aklimatyzacji i zaprawy (treningu).

Krążenie krwi.

Powyżej 5.800 m widzimy sinicę twarzy, warg, paznokci, chłodne kończyny jako zjawisko bardzo częste; u trzech uczestników występował zawrót głowy, u jednego ustępujący po głębokim oddechu. Raz oziębione na tych wielkich wysokościach kończyny, rozgrzewały się bardzo trudno nawet w śpiworze (Schlafsack).

Tętno podczas spokoju niewiele się podnosi. Norton miał zwykle 40, na wysokości 8.400 m podczas spoczynku wynosiło tętno 60; nieregularności w pulsie występowały podczas ekspedycji często, wybroczyn żadnych nie było. Przyśpieszenie tętna w zależności od wysokości wyglądało jak na tablicy:

Wysokość w metrach	Tętno na min. siedząco	Tętno na min. stojąco	Tętno na min. po ćwiczeniu	Czas powrotu do normy
0	72	72	84	20 sekund
2.135	72	84	96	15 „
4.360	72	84	108	40 „
5.030	72	96	120	20 „
6.405	108	120	144	10 „

Badania ciśnienia krwi Sphygmomanometrem pozostały bez wyniku.

Oznaczenie ilości ciałek czerwonych krwi w milimetrze kubicznym nie było możliwem w surowych warunkach obozów pod Everestem; wykonywano je jedynie do wysokości 5.550 m na płaskowzgórach Pamiru; wyniosło ono tam w czasie od 10. kwietnia: na wysokości 213 m 4,480.000 z biegiem czasu i wznoszenia się doszło w końcu 27. lipca przy 5.550 m do 8,320.000. Ludność centralno-azjatyckiego płaskowyża posiada bardzo wysokie przeciętne: Sarikeli 7,590.000, Kirgizi 7,920.000.

Siła mięśniowa:

Doświadczenia uczestników ekspedycji różnią się znacznie od lotniczych, prawdopodobnie skutkiem powolnego wznoszenia się pierwszych. Niedostateczna wentylacja powoduje szybkie męczenie się nóg, szybko jednak znikające po krótkim odpoczynku. Próba wytrzymałości angielskich wojsk lotniczych podtrzymywania słupa rtęci o 40 mm wysokości, jak najdłużej siłą wydechu, dała bardzo szybki spadek wytrzymałości zależny od wysokości n. p. 45 sekund na poziomie morza do 15 sekund na wysokości 6.405 m. Obserwacje tętna podczas tej próby wykazują początkowo przyśpieszenie tętna, ustępujące potem miejsca zwolnieniu.

Wysoka ta wytrzymałość człowieka zgadza się zupełnie z obserwacją na zwierzętach: gawrony, wrony i sępy towarzyszyły ekspedycji do najwyższych obozów na 7.000 do 8.200 m, mimo, że lot ich w tak rozszerzonej atmosferze stanowi bardzo duży wysiłek.

Zmysły:

Zmian stwierdzono bardzo mało. U dwóch jedynie uczestników wystąpiły zaburzenia smaku. Jeden nie rozpoznawał cebuli na wysokości 5.800 m, dla drugiego pastylki miętowe były bez smaku. W obozie głównym na wysokości 5.030 m zaburzenia znikały.

Bóle:

Jedynie bóle głowy były dość częstem zjawiskiem. Kilku uczestników cierpiało na nie przy pierwszem osiągnięciu płaskowyżu (tybetańskiego?), po aklimatyzacji szybko ustępowały. Także tragarze cierpieli na nie, oraz ludność tubylcza.

Zaburzenia narządu pokarmowego:

Utrata apetytu jest zwykłą na wielkich wysokościach. Powyżej 5 800 m mięso staje się zupełnie niepożądanem, ale potrawy słodkie nieźle jeszcze smakują. Sonervell nie cierpiał powyżej 8.200 m pokarmów stałych, z apetytem zjadał jednak płyny słodkie i owoce. Wymioty nie zdarzały się nawet na najwyższych wysokościach.

Biegunka zdarzała się dość często; wydzieliny zawierały często dużo żółci. Niektóre przypadki nie poddawały się leczeniu i ustępowały dopiero po zejściu do niższych obozów.

Pragnienie jest objawem znacznie poważniejszym, powodowało nawet nieudanie się prób wspinania się. Ustrój traci wodę nie przez pocenie się, a przez narząd oddechowy skutkiem suchego powietrza wdechiwanego. Wysuszenie to ustroju może być tak dużem, że ilość moczu zmniejsza się gwałtownie. Jeden z uczestników oddawał mocz raz na 16—18 godzin na wysokości 6.405 m; drugi po zejściu z 8.540 m oddał mocz dopiero po 24 godzinach.

Działanie na umysł:

Siła woli zmniejsza się pod wpływem wysokości. Pamięć staje się łatwo niedokładną i niepewną. Niema jednak niezdolności do wykonywania pracy umysłowej, a jedynie zebranie się wymaga silniejszego przezwyciężenia się niż zwykle; lenistwo jest większem, a przezwyciężenie go wymaga większego wysiłku. Próby z mnożeniem i dzieleniem nie dały wyraźnych wyników, prawdopodobnie skutkiem doboru zbyt łatwych prób.

W trzech przypadkach jedynie wystąpiło, na niewielkich zresztą wysokościach — 4.270 m i 6.405 m — drżenie powiek i palców.

Sen:

Brak snu zdarzał się często, był jednak nieregularnym. Niektórzy nie cierpieli nań wcale, n. p. Sonervell, śpiący doskonale na 8.235 m.

Zmęczenie lodowcowe:

pojawiało się specjalnie na lodowcu Rongouk, przy przechodzeniu korytarza lodowcowego, a tłumaczyło się przeładowaniem powietrza w korytarzu tym parą wodną do nasycenia. Słońce roztapiało wierzchnią warstwę lodu, warstwa ta parowała szybko, najniższe warstwy atmosfery nasycały się nią, oziębione zaś zetknięciem z lodem, pozostawały nieruchome na dnie korytarza.

Wahania indywidualne:

były duże, jak to zresztą zostało już zaznaczone w pojedynczych omówieniach. Między Europejczykami a tragarzami ze szczepu Sherpa różnica w wytrzymałości była bardzo duża. Mimo, że byli oni słabsi fizycznie, nadążali, obarczeni ciężarami za swymi przewodnikami, Anglikami, idącymi bez obładowania. Autor przypuszcza, że pochodzi to z aklimatyzacji, spowodowanej mieszkaniem stałem około 4.000 m a stałem przenoszeniem ciężarów przez przełęcze około 5.000 m.

Tlen:

Główni dwaj świadkowie zginęli; inni używali go niżej. Naogół jednak dało użycie go bardzo nikłe wyniki. Do 7.600 m wysokości nie przynosił pożytku; wyżej miał przynosić lekką ulgę w oddechaniu, zmniejszał zmęczenie nóg i podtrzymywał ciepłotę.

Aklimatyzacja:

była w wyprawie tej jednym z najważniejszych czynników. Podczas, gdy przy nagłem wzniesieniu się Tissandiera

z dwoma towarzyszami balonem w 1875 roku, dwaj jego towarzysze zmarli między 7.900 a 8.500 m, siedząc w koszu balonu, mogli uczestnicy wyprawy drapać się na szczyt na tym samym poziomie, a w spokoju czuli się nawet stosunkowo dobrze. Wszyscy uczestnicy poprzednich wypraw dostosowywali się do warunków znacznie szybciej niż nowi.

Do wysokości 6.100 m aklimatyzacja jest pewną; powyżej następuje pewnego rodzaju wyścig między szybkością aklimatyzacji a podupadaniem ustroju. Większość jednak uczestników jest zdania, że u już wprawnych na tych nawet wysokościach turystów aklimatyzacja następuje szybciej, niż spadek sił, tak, że osiągnięcie celu — zdobycie najwyższego szczytu świata — jest możliwem nawet bez pomocy tlenu.

Następstwa:

Prawie wszyscy uczestnicy wykazywali rozszerzenie serca. Wszyscy stracili znacznie na wadze.

Odmrożenia występywały w dwóch formach: mokrej z dużymi pęcherzami, pełnymi płynu i suchej, zgorzelowej. Ślepota śniegowa była ciężką i wymagała następowego leczenia; wystąpiła u Nortona na 8.540 m z powodu zdjęcia okularów na litej skale, w zupełnym braku śniegu. Promienie słoneczne działają więc na takiej wysokości szkodliwie nawet odbite od ciemnej skały.

W końcu wyraża autor swoją nadzieję, że szczyt *Everestu* może być zdobytym przez ludzi doskonale wyćwiczonych i zaprawionych, nawet bez pomocy tlenu, w razie sprzyjającej pogody.

Fuchs-Dybowski (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Przyrodolecznictwo (teorja i praktyka.)

Comptes Rendus de la Soc. de Biologie.

Tom XCI. 1924 (lipiec-grudzień).

Mouriquand, Michel i Milhaud. **Wpływ kilku wód mineralnych na stan odżywienia morświnki żywionej prawidłowo lub szkorbutowo.** Aby przekonać się o wpływie wód mineralnych na ustrój, zastosowali autorzy zastrzyki podskórne wody Vichy (Gde Grille, alkaliczo-sodowa właściwa), Challes (siarkowo-sodowa) i Brides (siarczano-solankowa) u morświnek z objawami szkorbutowemi ostremi (przy karmieniu tylko jęczmieniem i aianem) lub — dla kontroli u żywionych świeżą karmą mieszaną. Wodę Vichy stosowano 2 razy tygodniowo w ilości 10 cm³ pod skórę brzucha począwszy od 9 dnia doświadczenia z karmą, wodę Challes 3 razy tygodniowo, po 2,5 cm³, od początku doświadczenia, wodę Brides zarzucono, ponieważ zdrojowisko to nie nadsyłało regularnie świeżych ilości, natomiast zastosowano 1% solankę (3 razy tygodniowo po 10 cm³) u trzeciej grupy zwierząt. W każdej grupie zwierząt jednej wagi 10 było na karmie szkorbutowej, a 6 na zwykłej. Solanka okazała się bez wpływu na przebieg objawów w doświadczeniu, natomiast woda Vichy opaźniała wyraźnie występowanie objawów szkorbutu (średnio o 4 dni), który jednak pojawiał się potem i prowadził do śmierci zwierząt. Woda Challes działała wprost przeciwnie jak Vichy, przyśpieszając występowanie objawów szkorbutu, zwłaszcza krwotocznych, oraz dając objawy osteo-dystroficzne takie, jakie autorzy wykazali u morświnek po silnych dawkach tyreoidyny lub tranu rybiego. Morświnki, żywione świeżą jarzyną wykazywały po wodzie Challes takie same zmiany, jak szkorbutowe, występujące po tym samym czasie lecz tylko na czas krótki i w postaci lżejszej, mimo dalszych zastrzyków. Podawanie zwierzętom soku z cytryny osłabiało jeszcze silniej te zjawiska. Doświadczenia ze siarką koloidalną są w toku.

Piéry, Bonnamour, Milhaud i Guiguonet. **Działanie trujące siarki koloidalnej i wody Challes w zastosowaniu śródżylnem u królika.** Trzy prace na ten temat autorów, ogłoszone — jak i poprzednia — z Instytutu Hydrologji lekarskiej uniwersytetu w Lyonie, zajmują się działaniem wody siarczanej z Challes lub siarki koloidalnej (w rozczynie dextrozy) wstrzykiwanej dożylnie. Oba te siarkowe rozczyny są trujące i tak siarka koloidalna w dawce 0,01 miligrama siarki na 1 kg zwierzęcia, woda Challes w dawce 5 cm³ wstrzykniętej w czasie krótszym niż 40 sekund u królika 2,5 kg wagi. Oba te ciała powodują rychłe wydzielanie się siarkowodoru z powietrzem wydechanem, równocześnie spada ciśnienie krwi i pojawiają się (przy dawkach śmiertelnych) drgawki. Siarkowodór pojawia się znacznie szybciej po wodzie siarczanej. Śmierć następuje przez zatrzymanie oddechu.

Neszkowic. **Rola gruczołu tarczowego w objawach anafilaksji.** Lanzenberg i Kepinow wykazali doświadczalnie ważną rolę tego gruczołu w anafilaksji u morświnek. N. podjął kontrolę tych zjawisk na królikach, ponieważ morświnka nie jest idealnem zwierzęciem doświadczalnem dla anafilaksji, a powtóre, ponieważ odezwały się sprzeciwy z poglądami L. i K. (Appelmans i inni). Króliki uczulano rozcieńczoną trzykrotnie owoalbuminą w 15 lub 40 dni po wyjęciu tarczycy. W obu serjach doświadczalnych okazało się, że tyreoidektomja zupełna nie zapobiega występowaniu zmian anafilaktycznych, lecz je wyraźnie osłabia (na 5 zwierząt padło jedno). Na uwagę zasługuje spostrzeżenie N. że jeden z operowanych królików wśród tak osłabionego wstrząsu wykazał naprzód wzrost ciśnienia krwi w *carotis* (z 10 na 13 mm słupa rtęci) a potem dopiero spadek (na 8 mm). N. kontrolował zawsze następowo, czy wyjęcie tarczycy było całkowite. (Wyniki N. są zupełnie zgodne z mojemi, otrzymywanemi zapomocą bodźców cieplnych na psach beztarczycznych. Patrz Polska Gazeta Lek. 1924. Nr. 23 z dnia 8. czerwca — przyp. refer.).

L. Dautrebande. **O wpływie zimnych kąpieli częściowych na równowagę kwasów i zasad krwi.** Wright i Colebrook wykazali, że krew zwierząt, zanurzonych we wodę lodową ubożeje w dwuwęglany i wykazuje spadek P_H. Autor badał tę sprawę na 5 ludziach, którzy kąpali jedno przedramię w wodzie o ciepłocie 6—9° C. Krew do badania pobierano z żyły łokciowej. Kąpiel trwała od 3 do 65 minut, wyjątkowo 85 min., doświadczenia wielokrotnie powtarzano na tych samych osobnikach. Zmiany miejscowe we krwi żylnej z kończyny ziębionej kąpielą wyrażały się w

1. zagęszczeniu krwi (średnio o 10%), następnie
2. we większej zawartości tlenu (aż do podwójnej zawartości w porównaniu ze stanem przed kąpielą), jako dowód znacznego obniżenia procesu spalania w tkankach,
3. dalej w spadku rezerwy alkalicznej we krwi i wzroście kwasoty aktualnej (w jednym przypadku P_H spadło z 7,32 na 7,19).

Odczyn ogólny objawiał się:

1. w podobnych, choć słabszych zjawiskach we krwi żylnej ramienia drugiego (nie kąpanego).
2. w spadku ciśnienia CO_2 powietrza pęcherzyków płucnych,
3. we wzroście współczynnika oddechowego i wentylacji płuc, oraz
4. we wzroście zasadowości moczu aż do odczynu alkalicznego, a to dzięki zawartości dwuwęglanów.

U jednego osobnika jednak ten ostatni objaw zupełnie zawiódł. Wzrost dwuwęglanów w moczu jest zjawiskiem obronnem ustroju przeciw wzrostowi zasadowości krwi tętniczej. Widocznie więc przy wzroście kwasowości krwi żylnej kończyn górnych rośnie zasadowość krwi tętniczej. Wzmożone przewietrzanie płuc, spadek ciśnienia CO_2 w powietrzu pęcherzykowem i we krwi tętniczej jest przyczyną tej alkalozy tętniczej. Acidozę krwi żylnej tłumaczy sobie autor zwolnieniem krążenia krwi, spowodowanem przez zimno, a to dlatego, że objawy te same spostrzegał we krwi przy doświadczalnie wywołanym zastoju w kończynie. Brak jednak tam było nasycenia tlenem hemoglobiny, jak to się dzieje w zimnej kąpieli. (Współ-odczyn kończyny symetrycznej w zmianach pletysmograficznych wykazał przy kąpielach Winternitz, wahania kwasoty moczu, i to różnokierunkowe Sochański i Vollmer — przyp. refer.).

Coulon. **Wpływ światła słonecznego na pojawianie się spontanicznych nowotworów u myszy białych.** We wielkiej hodowli pracownianej myszy białych, zauważył autor, że

w klatkach, wystawionych wprost na działanie słońca ilość pojawiających się nowotworów była znacznie większa niż w klatkach, które miały tylko rozprószone światło dzienne. Różnice były bardzo znaczne (w ciągu półtora roku na około 300 myszy naświetlanych było 30 rakowatych, zaś na 300 nienaświetlanych tylko 5). Klatki naświetlane zasłonięto potem tekturą i czarnem płótnem, a nienaświetlane wystawiono na działanie słońca. Po 6 miesiącach zanotowano 10 przypadków raka w klatkach ocienionych, a 33 w tych, które zwrócono do słońca.

Wszystkie inne warunki życia zwierząt były zresztą bez zmiany. Inny szczep myszy, hodowanych w cieniu i wykazujący na około 500 sztuk zaledwo jeden przypadek raka w ciągu 2 lat, przyniesiono do sali słonecznej, gdzie 50 sztuk umieszczono do słońca a 50 w klatkach osłoniętych.

Po 10 miesiącach z klatek naświetlanych wykazano 6 przypadków raka, z klatek ocienionych ani jednego. Dowodzi to silnego wpływu światła na warunki pojawiania się raka u myszy białej.

F. Arloing i Sempé. **Wpływ hamujący wód Rodanu i Saony na rozwój drobnoustrojów.** Hankin wykazał działanie bakterjobójcze pewnych wód rzecznych, jak n. p. Gangesu dla mątwika cholery. Odkrycie d'Herelle'a i prace Bordeta posunęły to zagadnienie o dalszy krok naprzód.

Autorzy badali wodę Rodanu i Saony (dopływu Rodanu) na obszarze miasta Lyonu, powyżej ujścia ścieków miejskich oraz użytkową wodę rzeczną, rozprowadzoną rurami po mieście, a filtrowaną powyżej miasta. Próbki tych wód sączono przez sączki świeczkowe L^3 i dodawano w ilości 4 cm^3 do 10 cm^3 zwykłego buljonu, poczem szczepiono prątkami (3 szczepy Koli, paratyfus A, dur brzuszny, czerwonkowy Shiga) i stawiano na 24 godzin do cieplarki (37^0 C).

Wyniki były następujące:

1. próbki wody rzecznej posiadają wyraźne właściwości hamujące wobec prątków Koli, Ebertha i Shiga,
2. prątki okrężnicy (Koli) okazały się najwrażliwsze,
3. woda z Saony okazała się czynniejszą niż z Rodanu
4. woda z Rodanu była wybitnie hamującą wobec prątków durowych.

Tom XCII. 1925 (styczeń—marzec).

F. Arloing i Chavanne. **Własności hamujące wód Izery wobec hodowli prątków.** Dalsza praca w tym kierunku. Wodę pobierano:

1. powyżej miasta Grenoble,
2. wśród miasta,
3. poniżej ujścia ścieków miejskich i
4. 7 klm poniżej miasta.

Technika badania jak poprzednio, wyniki:

1. wody Izery mają właściwości hamujące wobec hodowli płynnych *bac. Eberth* i *paratyph. A*,
2. właściwość ta występuje bardzo silnie poza obszarem miejskim (tak w górę rzeki, jak i w dół),
3. działanie na prątki typu okrężnicy jest słabsze niż wód Rodanu i Saony, zaś na prątek *paratyph. A* silniejsze niż tamtych rzek. (Sprawa ta wymaga i u nas badań ze względu na użytek kąpielowy rzek tak wielkomiejskich, jak i podgórskich oraz jezior i stawów — przyp. refer.).

Loeper i Mougeot. **Działanie uczynniające wód sodowych na amylazy.** R. Glénard, G. Billard i A. Mougeot wykazali poprzednio, że wody Vichy zachowują się jak peroxydazy, obecnie chodziło o zbadanie innych ich właściwości zaczynowych („euzymotycznych, zymostenicznych").

Badano szczawy sodowe, jak Vichy, Vals, oraz wody alkaliczno-wapienne i mieszanego typu, jak Pougues, La Bourboule, Chatel-Guyon, Mont-Dore, Royat — wszystkie zawierające dwuwęglan sodowy.

Pozatem używano sztucznego rozczynu tej soli i zwykłej wody wodociągowej paryskiej. Wody mineralne, jako takie, nie zcukrzają rozczynu skrobiowego lecz dodanie do wszystkich próbek skrobji z wodami powyższemi równych ilości amylazy wykazuje, że zcukrzenie rozczynu skrobiowego w próbkach tych wód mineralnych idzie znacznie szybciej niż we wodzie wodociągowej lub w sztucznym rozczynie dwuwęglanu sodowego.

Proces zcukrzenia idzie tam 3 do 8 razy szybciej, odczyn barwny na skrobię znika 2 do 6 razy prędzej, niż w zwykłej wodzie lub 0,5% sodzie.

Do prób używano amylazy ślinowej, trzustkowej i ze słodu. Działania tego nie można tłumaczyć obecnością sody, gdyż sztuczny jej rozczyn nie działa, ani też obecnością CO_2 gdyż wody odgazowane lub z natury go nie posiadające (Royat) działają równie dobrze, nie konieczną jest tu świeżość wody mineralnej — butelkowane przez 6—7 tygodni lub lekko zagotowane, działają równie dobrze, a więc i stężenie jonów wodorowych jest tu rzeczą uboczną. Autorzy przypuszczają raczej stan koloidowy pewnej części składników mineralnych jako przyczynę tego działania i przypominają, że w roku 1923 Courbin stwierdził dodatni wpływ na ptyalinę wód siarko-wapniowych Bagnères-de-Bigorre.

F. Henrijean i W. Kopaczewski. **Woda żelazista a wstrząs anafilaktyczny.** Autorzy badali silne wody żelaziste belgijskiego zdrojowiska Spa, tuż u źródła, używając do doświadczeń morświnek, uczulanych podskórnie zastrzykami surowicy końskiej. Podczas gdy jedna serja zwierząt pozostawała po uczuleniu przez 20 dni w spokoju, stosowano u drugiej serji co drugi dzień podskórnie po $1/2$ cm^3 świeżej wody mineralnej. Zabieg ten powodował za każdym razem u zwierząt chwilową duszność, drżenie, kiwanie głową, podskoki, a nawet osłabienie kończyn tylnych. Natomiast powtórne zastosowanie surowicy końskiej po 20 dniach, dające u zwierząt pierwszej serji wstrząs śmiertelny, powodowało u serji drugiej jedynie niepokój, duszność, czkawkę i t. p. Stosowanie wody mineralnej nie podskórnie lecz śródotrzewnowo powoduje słabsze uodpornienie, tak że połowa takich zwierząt przecież ginie w przewlekłym wstrząsie (t. j. po 8—10 minutach). Można też uodpornić zwierzęta przez jeden tylko zastrzyk 2 cm^3 wody mineralnej, zastosowany bezpośrednio przed dawką wstrząsową surowicy. Wstrząs jest wówczas bardzo nikły (duszność, spadek ciepłoty). Zmieszanie wody żelazistej z dawką surowicy powoduje wstrząs piorunujący. (Por. prace Billard'a, Kopaczewskiego, Arloing'a, Cahn'a i Sangiorgi nad profilaktycznem działaniem wód mineralnych, referowane w Polskiej Gazecie Lekarskiej: r. 1923 Nr. 23, str. 416; r. 1924, Nr. 23, str. 285; Nr. 24, str. 296; Nr. 49, str. 771 i 772 — przyp. refer.).

Delcourt-Bernard i A. Mayer. **Podstawowa przemiana materji, badana w kąpieli wodnej i w powietrzu.** Badania nad przemianą podstawową (gazową) robiono dotychczas w postawie leżącej, naczczo aby usunąć — o ile możności — pracę mięśniową i trawienną. Terroine polecił umieszczać badane osobniki w kąpieli o ciepłocie 36^0 C (29^0 R) aby uniknąć wszelkiej straty ciepła. Benedict nie uważa tego za konieczne i wykazuje, że człowiek ubrany w ciepłocie pokojowej 18^0 C ma wymianę gazową równą tej, jaką się spostrzega w kąpieli 36^0 C. Autorzy badali przez 3 miesiące dwa wybrane osobniki przy zachowaniu wszelkich ostrożności. Stosowano oba sposoby, Terroine'a i Benedicta naprzemian.

Okazało się, że minimum przemiany materji pojawia się po kąpieli 36^0 C o ile osobnik spoczywa w ciepłocie 18^0 C nakryty. Spostrzegane wtedy wartości są najmniejsze wogóle. Także kąpiele cieplejsze, bo do 38^0 C, które powodują podniesienie przemiany materji, dają następowo spadek przemiany poniżej wartości początkowej. Kąpiele 34^0—36^0 C dają również takie same wyniki. W czasie trwania kąpieli na 36^0 C spostrzega się czasem lekkie podwyżki przemiany materji, tak, że właściwie najczęściej te zniżki poprzedzone są mniej lub więcej silnemi zwyżkami.

H. de Waele. **Przemiana materji i wskaźnik oddechowy w przebiegu wstrząsu.** We wstrząsie trzeba rozróżnić dwa okresy:

1. nerwowy, kiedy nerw błędny gra główną rolę i
2. okres odczynu naczyniowego oraz krwi.

W okresie zapadu oddech jest powierzchowny a P_H krwi opada, w okresie podniecenia i gwałtownego oddechania P_H krwi rośnie. Przy niskiem ciśnieniu krwi i słabej akcji

serca przemiana materji jest nikła, lecz z chwilą zwrotu ciśnienia krwi w górę i pogłębienia akcji serca, przemiana szybko rośnie.

Przyswajanie tlenu rośnie silniej niż wydzielanie bezwodnika węglowego i można stąd wnioskować, że przemiana materji odbywa się przedewszystkiem na koszt białek ustroju. Zjawisko to można spostrzegać u psa lub królika nie uczulonego, po wszelkim zastrzyku ciała białkowego; odbywa się ono jednak pomału i w niewielkim zakresie, przy wstrząsie zaś zjawisko całe idzie szybko i potężnie.

W tym przypadku jest więc to zjawisko prawidłowe, jedynie spotęgowane. (Na tem założeniu, obecnie udowodnionem, oparłem moje wywody w pracy p. t. »*O wpływie bodźców fizykalnych na zachowanie się czerwonych ciałek krwi*« Polska Gazeta Lekarska r. 1923, Nr. 46 i 47 — przyp. refer.).

La presse médicale.
Nr. 7. 1925.

Constant. **Rewizja składu wód mineralnych.** Autor jest zwolennikiem przeprowadzenia dla wszystkich wód mineralnych przez szereg lat stałych badań kontrolnych co 2 lata, naprzemian na wiosnę lub jesienią, celem ustalenia przyrody każdego zdroju. Najbardziej takiej kontroli potrzebują źródła pochodzące ze skał i warstw osadowych górnych, pobierające z nich składniki i zależne w swej wydajności od pór roku (topnienie śniegów, pora deszczów) oraz od intensywnego czerpania w czasie sezonu.

Najmniej zmienne są źródła, zwykle cieplicze, tryskające z głębi skał wybuchowych o wodzie prawdopodobnie nie infiltracyjnej lecz syntetycznej ($O+H_2$); bardziej potrzebujące kontroli są źródła pochodzenia mieszanego z obu poprzednich typów. W typie pierwszym zachodzą nietylko wahania ilościowe wody ale nawet zmiany w mineralizacji i to z roku na rok i w czasie roku. Kontrola wód ma wedle C. dotyczyć następujących cech wody:

1. fluorescencja,
2. wskaźnik refraktometryczny,
3. gęstość,
4. ciśnienie osmotyczne,
5. ciepłota,
6. stopień jonizacji,
7. przewodnictwo elektryczne,
8. kryoskopja,
9. składniki gazowe,
10. radjoczynność,
11. skład chemiczny w jonach dodatnich i ujemnych.

Szereg takich badań dla każdego zdroju pozwoli ustalić jego „historję naturalną“, poczem badania dalsze mogą już być powtarzane w dłuższych odstępach. (Dużo zdrojów polskich ma wogóle od czasu ich eksploatacji jeden jedyny rozbiór i to daleki swą dokładnością od powyższych wymogów — przyp. refer.).

Kosmos.
Tom XLIX. 1924.

Jan Nowak. **Geologja Krynicy.** Perła południowopolskich zdrojowisk, Krynica, pozyskała gruntowne, monograficzne opracowanie przyrody swego podłoża. Po uwagach wstępnych, kreślących główne wyniki badań dawniejszych, opisuje N. stratygraficzną budowę zdrojowiska i okolicy aż po Nowy Sącz na północ i poza granicę państwa na południe (15 stron druku). Dalszy, obszerny (20 stron) rozdział, to tektonika tego obszaru, ilustrowana mapą i rysunkami. Najbardziej nas interesujący rozdział: »budowa geologiczna, a źródła mineralne« (11 stron), objaśniony jest znakami na mapie. Autor podnosi brak związku między występowaniem źródeł mineralnych a formacjami geologicznemi (jedynie czerwone łupki ich nie zawierają nigdy) natomiast objaśnia ich ścisły związek ze zjawiskami tektonicznemi (synklina jako granica płn. wschodnia strefy źródlanej, położenie źródeł na sieci spękań, szczelin i uskoków i t. d.). Bardzo ciekawe i przekonywujące są wywody co do rozmieszczenia dwutlenku węgla wśród warstw geologicznych i co do obszaru źródeł szczawnych, wyciekających wszędzie z warstw młodszych. Prawdopodobnie dolna część warstw oligoceńskich jest tu formacją macierzystą dla dwutlenku węgla, który nasyca wody, krążące w tych warstwach, ułatwiając ich mineralizację przez wyługowanie skał fliszowych. Wzmiankując o procesie „starzenia się źródeł“ na obszarze krynickim i wyborne wyniki nowych wierceń, autor nawołuje do prowadzenia statystyki wydajności źródeł i do wykonywania okresowych badań chemicznych wody.

Życzyć należy wszystkim zdrojowiskom polskim tak pięknych i wyczerpujących monografji, jak ta praca zasłużonego krakowskiego geologa. Stanowić one powinny pierwszą podstawę pod rozumowany plan rozwoju danego zdrojowiska w przyszłości, a oszczędzą napewno wszelkich, niemiłych może, niespodzianek. Jakie widoki odsłania dokładne badanie złóż geologicznych, niech posłuży za przykład ta sama praca, w której autor uzasadnia geologicznie możliwość dotarcia na obszarze Krynicy do solanek jodonośnych i to w niebardzo znacznej głębokości.

Byłby to już trzeci rodzaj wód mineralnych w Krynicy.

Bratislavske lekarske listy.
Nr. 4. 1925.

J. Mrkos. **Hydrologiczne pomiary wysokich Tatr a ich wpływ klimatyczno-zdrowotny.** Praca wykonana w państwowym Zakładzie dla badań kliniczno-klimatycznych w Szrobarowie w Tatrach czesko-słowackich. Autor rozważa wpływ na klimat tatrzański wód jeziornych i płynących z jednej strony, a mokradeł i bagien z drugiej strony, dzieli cały stok południowy Tatr na cztery stopnie i wykazuje zalety i wady ich klimatu zależnie od stosunków hydrologicznych. Najniższy stopień, to doliny Liptowska i Spiska, drugi (750 do 800 m. n. p. m.) to kraina morenowa podnóża Łomnicy Tatrzańskiej, a więc: Smokowiec dolny, Gerlachów i Łuczywna, trzeci stopień obejmuje wały morenowe, na których leży jezioro Szczyrbskie i Wyżne Hagi na zachodzie, a Stary Smokowiec i Nowy Szrobarów i okolice Tatrzańskiej Łomnicy na wschodzie. Górny stopień obejmuje krainę małych jeziorek tatrzańskich i półek śniegowych.

Najwyższa strefa wchodzi w grę tylko jako teren sportowy, natomiast trzeci stopień przedstawia się częściowo jako szereg zamulonych jezior, z których tylko jezioro Szczyrbskie dziś jeszcze istnieje. Opary z mokradeł psują tu miejscami klimat, a komary uprzykrzają często pobyt. Latem obfitość wód tej krainy wpływa łagodząco na wahania ciepłoty dziennej, zimą zamarzanie ich usuwa zupełnie wpływ wody na jakość powietrza.

Wysoka wilgotność powietrza latem w Łuczywnie (II. stopień) powoduje przykre uczucie chłodu nocą. W kolonjach letnich dla dzieci trzeba było nocą nieraz palić w piecach! Jest to następstwo ogromnego parowania mokradeł. Dość marne warunki pod tym względem ma także Dolny Smokowiec, zaś nieco lepsze: Tatrzańska Łomnica (osada), Matljary i Kieżmarskie Żleby. Najlepiej pod względem klimatycznym przedstawiają się: Tatrzańska Polanka, Nowy i Stary Smokowiec, Szrobarów i dziś prawie zupełnie jeszcze niewyzyskane Wyżne Hagi. Dolina Liptowska i Spiska, wymagają meljoracji terenu, często podmokłego, który powoduje zbyt wysoki stan wilgotności powietrza. Panujące tu wiatry zachodnie unoszą nieco te opary. Jest to wogóle kraina zaniedbana pod względem kulturalnym przez poprzedni rząd węgierski, który forsował miejscowości wyżej położone, nie kierując się badaniami klimatu.

Stąd wynikły takie błędy, jak rozbudowa Szczyrby, Dolnego Smokowca i Łomnicy, a zaniedbanie W. Hagów i częściowo Szrobarowa. (Oby ten przykład był dla nas pouczający — przyp. refer.).

Zeitschr. f. klin. Medizin.
Tom CI. 1924.

A. J. Weil. **O następstwach zadziałania bodźców cieplnych.** Zachowanie się ustroju po ustaniu działania bodźców cieplnych mało było dotychczas badane. W. zabrał się więc do zbadania sprawności naczyń włosowatych po kąpielach ciepłych i zimnych. Zastosował on kapillaroskop do oglądania naczyń skóry (zwykle nad stawem nadgarstkowym)

a kawałek lodu jako bodziec termiczny dla badanego pola. Badania prowadził stale na symetrycznych polach skóry obu rąk naprzemian, aby nie stosować lodu zbyt często na to samo miejsce.

Przyłożenie lodu na czas 20 do 40 sekund powoduje u osobników zdrowych, po odjęciu, zniknięcie na czas od $1/2$ do 1 minuty wszystkich naczyń (włosowatych i żyłek) z pola widzenia kapillaroskopu, poczem pojawiają się one z powrotem wśród zaczerwienienia skóry. Krążenie krwi było wyraźnie przyśpieszone, a ilość widzialnych pętli włosowatych wzmożona na okres 1 do 2 minut, poczem wszystko wracało do pierwotnego stanu równowagi,

Krótsze zadziałanie lodu dawało wyniki już niewyraźne, dłuższe — znacznie wybitniejsze.

Jako bodźce kąpielowe stosował 20 minutowe kąpiele o ciepłocie 38° C lub 5 minutowe na 20° C z b. ostrożnem i krótkiem osuszeniem skóry poczem (zwykle już w 3 min, po wyjściu z wanny) poczynało się badanie lodem wedle opisanej metody, zaczynając od tego nasilenia (czasowego) bodźca, jakie przed kąpielą dawało pierwszy wyrąźny wynik (a więc między 20 a 40 sekund). Pod kapillaroskopem przedstawiała się skóra, tak po zimnej, jak i gorącej kąpieli, zwykle dość blada, ilość żyłek i naczyń włosowatych widzialnych skąpa. Odczyn na lód był zawsze słabszy, dopiero po dłuższym czasie (20 minut do 1 godziny) stawał się on tak sprawny, jak przed kąpielą. Ten okres względnej refrakcji trwał indywidualnie długo; jakość bodźca (zimna czy ciepła kąpiel) nie miała tu nic swoistego. Raz nie można było po 4 minutach wywołać odczynu na lód po kąpieli gorącej, to znowu po zimnej, inny osobnik reagował już po 20 minutach, tak po zimnej, jak i po gorącej kąpieli. Do badań używano ludzi t. zw. zdrowych, ozdrowieńców i lekko chorych (!) co oczywiście na wynik badań wpływać musiało. Poza 1 godzinę badań nie przeciągano. (Wyniki d a l s z e mogły właśnie być b. ciekawe — przyp. refer.).

A. Sabatowski.

The Lancet.
14. II. 1925.

J. B a r c r o f t. **Nowa wiadomość o śledzionie.** Autor zajmował się w czasie podróży morskiej do Ameryki południowej oznaczeniami objętości (ilości całkowitej) krwi zapomocą metody tlenko-węglowej Haldanea i Lorrain Smitha, celem uzyskania podstawowych wartości przy poziomie morza. Wartości te potrzebne były autorowi w jego badaniach nad wpływem dużych wysokości nad poziomem morza w Andach, na hemoglobinę. Ku wielkiemu zdziwieniu autora, objętość krwi zaczęła wzrastać z dniem każdym, gdy statek znalazł się na morzu Karaibskiem, wzrastała zaś nietylko objętość osocza krwi lecz i ilość hemoglobiny.

Zjawisko to trwało przez cały czas aż do chwili przybycia do Panamy, gdzie nastąpiła zmiana kierunku krzywej ilości krwi wyrażająca się teraz stałym spadkiem.

Celem wyjaśnienia przyczyny tego zjawiska, dwaj współpracownicy autora zamknęli się w szklanej komorze (Uniw. w Cambridge) na przeciąg trzech dni w ciepłocie 90—95 ° F. Było to właśnie w okresie śniegów. Oznaczenia ilości krwi wykonywane w tem doświadczeniu wykazały zmiany takie same, jakie spostrzegano na morzu z tą tylko różnicą, że wpływ ciepłoty zaznaczał się jeszcze wyraźniej. Mechanizm zjawiska przedstawiałby się więc w ten sposób, że pod wpływem wyższej ciepłoty otwierają się znaczne obszary naczyniowe skóry, krew zaś je wypełniająca musi doznać przyrostu o taką ilość, jaka właśnie jest potrzebna do wypełnienia zwiększonego łożyska krwi. Pozostawało jedynie do wyjaśnienia, skąd ta ilość krwi pochodzi, tem bardziej, że nie było tu wzrostu jedynie ilości osocza lecz też ilości hemoglobiny. W poszukiwaniu takiego narządu, któryby mógł odgrywać rolę zapasowego źródła krwi w ustroju, doszedł autor do przekonania, że śledziona, jako narząd przedstawiający rodzaj zlewiska, gdzie czerwone ciałka krwi znajdują się niejako poza obrębem krążenia, odpowiada najlepiej warunkom, jakie spełniać musi źródło zapasowe krwi pierwszej potrzeby.

Dalsze doświadczenia wykonane na rozmaitych zwierzętach doprowadziły autora do wniosku, że śledziona posiada zdolność wydatnego kurczenia się i że krew znajdująca się w śledzionie jest w znacznym stopniu odcięta od układu krążenia.

Nasuwała się jeszcze konieczność zdobycia naocznego wyobrażenia o wielkości śledziony w warunkach prawidłowych i o wydatności objętościowej skurczów tego narządu. W tym celu zastosował autor prześwietlanie promieniami Roentgena.

Ażeby zaś uczynić widzialnemi zarysy śledziony na ekranie, zastosowano metalowe szwy używane w chirurgji. Zwierzętom otwierano operącyjnie jamę brzuszną i wzdłuż brzegów śledziony przyczepiano szereg szwów metalowych.

Na zdjęciach wykonywanych po wygojeniu się zwierzęcia w różnych warunkach, uzyskano w ten sposób zarysy śledziony, dokładnie odpowiadające rzeczywistości.

Używając metody rekonstrukcji ze zdjęć sporządzanych w dwu płaszczyznach, uzyskał autor modele narządu dające możność ścisłego porównania zmian, wielkości i objętości pod wpływem rozmaitych warunków. Z cyfr uzyskanych w ten sposób wynika, że n. p. u kota w czasie skrwawiania śledziona skurczyć się może z wagi 24,3 gr do 4,1 gr wyciskając powyżej 20 gr krwi, co obliczone w stosunku do całkowitej ilości, stanowi $1/6$ całkowitej ilości krwi. Jeśliby zaś przyjąć, że materjał wyciskany ze śledziony składa się tylko z czerwonych ciałek krwi, to ilość ta w stosunku do całkowitej liczby czerwonych ciałek wynosiłaby $1/3$.

Co się tyczy warunków, mających wpływ na wielkość śledziony, to okazało się, że już niewielki ruch, mało znacząca utrata krwi, lekkie zatrucie tlenkiem węgla, wogóle wszelkie czynniki stwarzające pośrednio czy bezpośrednio zmianę w zapotrzebowaniu krwi, jako nośnika tlenu, mogą powodować skurcze śledziony. Czynniki te działają jednak tylko za pośrednictwem systemu nerwowego centralnego. Na zakończenie zaznacza autor, że pogląd, jaki zdobył w powyższych doświadczeniach nie sprzeciwia się dotychczasowym zapatrywaniom na rolę śledziony w ustroju, lecz czyni je tylko lepiej zrozumiałemi. Objętości zaś krwi nie należy uważać za pewną część wagi ciała, lecz jako fizjolog. zmienną, która zachowuje się rozmaicie, zależnie od: ilości pracy wymaganej od niej, od wielkości łożyska i od śledziony. Śledziona posiada funkcję zupełnie zgodną z jej budową mięśniową, będąc rzeczywiście rezorwoarem czerwonych ciałek krwi przystosowanym zarazem przez swoje *reticulum* do zatrzymywania ich — i do wypchnięcia przez swą muskulaturę, gdy tego zajdzie potrzeba.

Wreszcie jesteśmy w stanie dojść, jak mówi autor, do zrozumiałej oceny, kiedy i dlaczego prawdopodobnie ustrój »*vent its spleen*« daje upust swej śledzionie.

Kurczliwością śledziony i znaczeniem tego zjawiska dla diagnostyki chorób śledziony i guzów jamy brzusznej zajmował się u nas i napisał ciekawą pracę Dr. E. Stefek z klin. lek. lwowskiej w Polskiej Gazecie Lekarskiej r. 1924, Nr. 12 i 13 — (przyp. refer.).

J. Goertz (Lwów).

Deutsche medizinische Wochenschrift.
Nr. 45.

R o h r. **Leczenie krztuśćca kwarcówką.** Dzieci chore na krztusiec po dwudniowem naświetlaniu dostawały w nocy miasto 6 napadów kaszlu tylko 4, po czterech dniach tylko 2, a następnie jeden napad.

Równocześnie znikały częste dotychczas wymioty, towarzyszące kaszlowi. Autor przychyla się tanowczo do leczenia krztuśćca promieniami pozafiołkowemi.

Nr. 46.

S z e m z ö. **Żółtaczka leczona promieniami Roentgena.** Chory na żółtaczkę po naświetlaniu śledziony w roku 1922, wyszedł uzdrowiony.

Żółtaczka znikła, waga ciała wróciła, do normy. Po roku wrócił z podobnymi objawami, ale i z rakiem wątroby, stwierdzonym następnie sekcyjnie. Jest to przypadek wskazujący, aby nie brać zbyt pochopnie wyników dodatnich po naświetlaniu promieniami Roentgena.

Nr. 47.

Pilling. **Naświetlanie krzywicy lampą kwarcową z uczuleniem eozyną.** Wyniki György'ego i Gottlieba przy naświetlaniu kwarcówką z równoczesnem uczuleniem eozyną zostają potwierdzone przy leczeniu krzywiczych dzieci. Dodatnią stroną tego postępowania są względy oszczędnościowe, gdyż w krótszym czasie i przy zużyciu mniejszych ilości prądu działanie promieni pozafiołkowych wywołuje swoje skutki. Nie spostrzegł też autor, aby następowała ze strony eozyny szkoda dla ustroju.

Laqueur i Wiener. **Ogólne działanie naświetlania promieniami pozafiołkowymi błon śluzowych** (Med. Kl. Nr. 7).

Naświetlanie pozafiołkowymi promieniami błon śluzowych wnika daleko głębiej mimo krótkości fal, niż przez skórę. Błony śluzowe są delikatniej zorganizowane i nie posiadają ochronnego barwika, stąd łatwiej głęboko wnikają promienie i powodują wzmożoną absorbcję chemicznie działającego światła do naczyń krwionośnych i narządów.

F. K.

„Der Winter".

Urzędowy organ niemieckiego Związku Narciarskiego w Monachjum 1925.

Brösamlen-Ueberruh. »**Aerztliche Betrachtungen zum Hauptverbandswettlauf des D. S. V.**«

Główne zawody narciarskie niemieckiego Związku narciarskiego w ostatnim sezonie zimowym 1924/25 odbyły się 2 i 3 lutego 1925 w Isny. Uczestnicy tych zawodów zostali poddani badaniu lekarskiemu tak przed, jak i po zawodach, dzięki inicjatywie Dra Mutschlera z Isny przy współudziale Wydziału lekarskiego w Tübingen w osobach Doc Dr. Parrisiusa i Dra Meyer-Lista oraz Dra Hang, asystentki Dra Mutschlera w Isny.

Do biegu stanęło 150 narciarzy, z tych 100 poddało się badaniom lekarskim. Prawie wszyscy od lat uprawiali sport narciarski. Z wyjątkiem lekkich nieżytów górnych dróg oddechowych, nie stwierdzono u współzawodników żadnych zmian chorobowych. Jedynie u jednego z lepszych i wybitniejszych narciarzy znaleziono wadę serca zastawkową, która była w związku z reumatyzmem stawowym, wcześniej nabytym. Trasa biegu wynosiła około 46 klm, przy różnicy w poziomie (w całości) 300 m. Warunki atmosferyczne: Pogodny dzień zimowy, w słońcu, ciepłota — 4/5° C. Najkrótszy czas osiągnął Dietsche, Astglashütte — 1 godz. 18' 55" (I. klasa wieku).

Bezpośrednio po przybyciu do celu poddano sportowców badaniu.

Z osób badanych, było:

56	uczestników	w wieku	od	20—25	lat
27	„	„ „	„	26—30	„
22	„	„ „	„	31—40	„
7	„	„ „	„	41—45	„
1	„	„ „	„	46	„
1	„	„ „	„	59	„

Pierwszym zwycięscą w II klasie (od 40 lat w górę) był 45-letni (czas: 1 godz. 29'). Drugim 59-letni (czas: 1 godz. 41'). Obaj przybyli do celu w nienagannej formie.

Pomiędzy badanymi było: 60 pracowników umysłowych (w tem 22 akademików); 50 rzemieślników. Pomiędzy 18-ma najlepszymi znajdowało się: 12 rękodzielników, 6 pracowników umysłowych. Przeważająca część robotników z pośród wymienionych narciarzy pochodziło z okolic górzystych, gdzie sport ten jest dostępny, podczas gdy o pracownikach umysłowych powiedzieć tego nie można. Żaden z pośród zawodników nie zmienił swego stałego trybu życia ze względu na zawody.

3 osoby były abstynentami alkoholowymi i nikotynowymi; 10 osób było abstynentami tylko alkoholowymi; 23 osoby były abstynentami tylko nikotynowymi.

Po przybyciu do celu zwrócono uwagę w pierwszym rzędzie na wygląd zewnętrzny i formę.

Zdołano poczynić obserwacje tylko na 80-ciu uczestnikach; z tych 17 w bardzo dobrej formie, 48 w dobrej formie, 14 wywarło mniej korzystne wrażenie (między nimi osobnik z wadą serca zastawkową oraz inni z nieżytami dróg oddechowych).

Szczególniejszą uwagę poświęcono obserwowaniu zachowania się systemu krążenia *(Hypertrophia cordis e labore)*. Wszyscy uczestnicy biegu wykazali przyśpieszenie tętna. 100—130 na minutę nie należały do rzadkości. Tętno było przytem małe i miękkie, nierzadko nieco nieregularne, specjalnie u zmęczonych biegiem.

Pomiary ciśnienia krwi przed rozpoczęciem zawodów wykazały, że ciśnienie to nie wykracza prawie poza przeciętną liczbę 120 mm Hg.

I tak u 33	osób	wahało	od	100—120	mm Hg
u 34	„	„	„	120—130	„
u 19	„	„	„	130—140	„
u 9	„	„	„	140—150	„
u 5	„	„	„	ponad 150	„

Przy dokładniejszem badaniu stwierdzono nadruchliwość na tle nerwowem. Pomiary ciśnienia krwi po ukończonym biegu wykazały prawie u wszystkich zmniejszenie RR. tylko u 9 osób ciśnienie lekko wzrosło. Praktyczne wyniki tych badań dadzą się streścić w sposób następujący:

1. Udział w zawodach narciarskich wskazany jest tylko dla osób dobrze wytrenowanych;
2. Osobniki o chorobowych zmianach organicznych, specjalnie zaś serca, nie powinny brać udziału;
3. W razie przejściowej niedyspozycji nie powinno się zmuszać do udziału w zawodach;
4. Przy przyznawaniu nagród, uwzględniać obok istotnych wyników — zewnętrzną formę, konstytucję, wygląd sportowca.

Mutschler. »**Problematisches zum sportlichen Skilauf**«.

Omówienie problemu konstytucji na podstawie wrażeń i uwag lekarskich Dra Parrisiusa, z powodu zawodów narciarskich o mistrzostwo Niemiec na rok 1924.

Według Kretschmera przy rozpatrywaniu konstytucji rozróżniamy 3 typy zasadnicze: 1. astenik, 2. atleta, 3. pyknik. Mamy jednak do czynienia z osobnikami, które nie dadzą się podciągnąć pod żaden z tych typów. Pojęcia atlety nie rozpatrujemy, natomiast przez astenika rozumiemy człowieka o wysokim wzroście, szczupłego, o długiej czaszce, wąskim, długim nosie, długiej szyji, długiej, wąskiej i płaskiej klatce piersiowej, długich kończynach i bardzo wrażliwym systemie nerwowym. Pyknik wykazuje: nieforemny i ociężały tułów, nadmiar tkanki tłuszczowej, obszerne jamy ciała, głęboką klatkę piersiową, krótką, grubą szyję, niski wzrost, wąską obręcz barkową, napiętą, sprężystą skórę.

Kretschmer łączy określoną budowę z określonemi chorobami i przypisuje wymienionym powyżej typom pewne określone cechy charakteru. Według niego pyknik odznacza się skłonnościami dodatniemi społecznie, jak: towarzyskość, dobroć, wesołość, wewnętrzne zrównoważenie. Atleta zaś i astenik: ujemne skłonności ze względów społecznych, jak: nietowarzyskość, brak humoru, powściągliwość, ambicja. Jest to jednak jeszcze sporna kwestja.

W omawianym przypadku okazało się, że:

Z pośród badanych uczestników	50%	należało do typu asteników
	30%	„ „ „ atletów
	20%	„ „ „ proporcjonalnej budowy ciała
	0,9%	„ „ „ pykników.

Pomiędzy 16-ma najlepszymi narciarzami odróżniono:

3 osoby	(19%)	o normalnej proporcji
7 osób	(44%)	asteników
6 „	(38%)	atletów.

Pyknik, zrównoważony psychicznie, nie pożąda sławy, podczas gdy astenik i atleta ubiegają się zawsze o nowe rekordy. Byłoby wskazaną rzeczą zbadać, czy podkładem tego nie są różnice w typach ras, nie zaś w typach osób. Dalszym interesującym faktem, stwierdzonym przez Dra Parrisiusa jest to, że tylko 24 ch biegaczy na dalszą metę nie wykazywało żadnych błędów organicznych.

Obok strumy (wola) wykazanego u 30. uczestników znaleziono przedewszystkiem zaburzenia w układzie naczyniowym.

Warunek dobrej formy (konstytucji) obok osiągniętego czasu powinien dać nowy stopień oceny. Jest to zagadnienie nowego programu wychowania fizycznego pod państwową lekarską kontrolą, wprowadzonego w Norwegji, a od r. 1918 także w Szwajcarji. Przedewszystkiem zgodzić się muszą na to sami sportowcy a następnie sfery lekarskie powinny się odpowiednio wykształcić w tym kierunku.

Dopuszczenie do zawodów powinno być uzależnione od badania lekarskiego.

Przez powołanie fachowych sił z zakresu: anatomji, biologji, chirurgji, higjeny, medycyny wewnętrznej, fizjologji i psychologji powinno się stworzyć sztab naukowy, któryby zbierał dane i opracowywał wyniki, tak z badań poszczególnych, jak i z wyczynów przy zawodach.

Borysiewicz (Lwów).

Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie u. Therapie des Ohres, der Nase u. des Halses v. Passow u Schäffer.

Tom XXI. Z. 1—6.

W. Authon i A. Simons. **Leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena.** W 52 przypadkach gruźlicy krtani, od formy najlżejszej do najcięższej, stosowali naświetlanie krtani promieniami Roentgena ambulatoryjnie, nie zważając na ogólny stan chorego.

W przerwach wolnych od naświetlań zaniechano zabiegów wewnątrzkrtaniowych (kaustycznych lub operacyjnych), by nie zacierać przez to obrazu działania promieni R.

W większości przypadków chodziło autorom o złagodzenie bólów przy połykaniu, nie zważając na sam obraz zmian anatomicznych w krtani. Naświetlano z obu stron szyji i z tyłu stosując dawki bardzo słabe od $^1/_4 - ^1/_2$ dawki rumieniowej na jednem posiedzeniu i na jedno pole w odstępach kilkudniowych (od 8—21 dni); po dwu do trzech naświetlaniach jednego pola przerywano leczenie na najmniej 4 tygodni, następnie zaś stosowano drugą serję naświetlań, o ile zmiany chorobowe tego wymagały.

Przedmiotowo można było stwierdzić nieraz już po pierwszej serji naświetlania zmniejszenie się nacieków i ziarniny lub oczyszczanie się owrzodzeń.

Bezpośrednio po naświetlaniu występowało przekrwienie całej krtani a niekiedy i obrzęk, który po kilku dniach schodził. Większych dawek, jak wyż wspomniane nie stosowali, ponieważ powodują one nieprzyjemne uczucie suchości na błonie śluzowej i obrzęk ślinianek. W większości przypadków po naświetlaniach ból przy połykaniu był znacznie mniejszy — i większa łatwość mówienia, czyli — podmiotowo chorzy mieli się znacznie lepiej. Oceniając jednak objektywnie wyniki naświetlań, autorowie uzależniają je od stanu płuc, a więc, czy mamy do czynienia z gruźlicą otwartą płuc, przy której świeże ciągle zakażanie krtani zaostrza proces, czy też z gruźlicą zamkniętą, w której wynik naświetlań krtani jest znacznie lepszy.

Nadto zależy wynik leczniczy naświetlań od nasilenia zmian w samej krtani. Formy naciekowe i ziarninowe dają najlepsze wyniki, nawet całkowite wyleczenie.

Owrzodzenia są znacznie oporniejsze, chociaż i w tych przypadkach otrzymywano znaczną poprawę, o ile zmiany nie były zbyt rozległe (poprawa w 50—80%).

Rozległa postępująca gruźlica krtani dawała wyniki naświetlań złe (4 przypadki z zejściem śmiertelnem w ciągu kilku tygodni). Nadto formy wysiękowo-naciekowe dawały lepsze wyniki (80% poprawy), niż wysiękowo-wrzodziejące — które pozostawały bez poprawy. Naogół przypadki były najmniej przez 7 miesięcy w obserwacji.

Autorowie zalecają bardzo stosowanie naświetlań promieniami Roentgena w formach gruźlicy krtani produktywnych (ziarninowych — naciekowych i wrzodziejących) przy względnie dobrym stanie płuc. Naturalnie, że i leczenie klimatyczne może być ogromnie pomocnem w uzyskaniu dobrego wyniku przy równoczesnem stosowaniu naświetlań, których działanie można spostrzec dopiero po tygodniach a nawet miesiącach.

Dobrzański (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 stycznia 1925.

Przewodniczy Kol. Majewski.

Obecnych 68 członków i zaproszonych gości.

Przewodniczący dziękuje reprezentantom Krak. Tow. higjenicznego i przedstawicielstwu Kuratorjum Okręgu Szkolnego Krakowskiego i Towarzystwa Miłośników Książki za wzięcie udziału w posiedzeniu.

Kol. Gądzikiewicz wygłosił odczyt p. t.: **»Higjena książki«**. Mówca traktuje sprawę książek z punktu widzenia higjeny wzroku i wykazuje, że książki źle drukowane są jedną z przyczyn powstawania krótkowzroczności, zwłaszcza u młodzieży szkolnej. Podaje kilka dat historycznych, omawia szczegółowo wymagania higjeny, oraz normy tyczące się papieru i druku dla książek szkolnych. Rozpatrując sprawę papieru, rzuca myśl czy nie lepiej byłoby drukować książki przeznaczone dla 1-go roku nauki (elementarze) białemi głoskami na czarnem tle. Uwydatniane w ten sposób głoski łatwiej utrwaliłyby się dziecku w pamięci, a czarne tło zupełnie nie drażniło by siatkówki. Prócz tego litery byłyby przedstawione w ten sposób, jak na tablicy i tabliczkach szkolnych, co miałoby także pewne znaczenie pedagogiczne. Oczywiście ze względów technicznych taki sposób drukowania przedstawiłby znaczne trudności.

Następnie mówca przytacza wyniki badań książek szkolnych, wykonanych dotychczas w Polsce. Okazuje się, że ze zbadanych dotychczas przez niego, Cwajdzińską i Safarewicza 50 książek szkolnych ani jedna nie odpowiadałaby w zupełności nietylko wymaganiom higjenicznym, ale dość łagodnym przepisom normalnym, wydanym przez M. W. R. i O. P.

Wnioski: Prosić M. W. R. i O. P. żeby zarządzić raczyło: 1) zorganizować systematyczne badania książek szkolnych pod względem higjenicznym; 2) nie polecać do użytku szkolnego książek, które nie odpowiadają przepisom normalnym wydanym przez M. W. R. i O. P.; 3) poprawić przepisy normalne zgodnie z wymaganiami higjeny.

W ożywionej dyskusji kol. Janiszewski zwraca uwagę, że książka używana przez czas dłuższy staje się z reguły gorszą pod względem higjeny. Wszystkie wady wychodzą jeszcze bardziej jaskrawo. Na posiedzeniu lekarzy szkolnych zastanawiano się nad tem, czy nie lepiej byłoby wydawać książki w zeszytach. Obawa przeniesienia gruźlicy przez książki jest przy odpowiedniem czytaniu minimalna. Po płonicy odkażenie książek jest konieczne. Powinnoby się rozszerzyć przepisy co do sposobu drukowania książek. Trzeba zwracać uwagę nietylko na higjeniczną, niejako fizyczną stronę książki, ale i na jej duchową stronę — na jej treść.

Kol. Weinsberg przypomina, że znajdywano (kol. Gertler) na zeszytach zarazki błonicy. Do bibljotek publicznych przesyłam wykazy osób zakaźnie chorych z tem, aby przyjmowano książki stamtąd tylko po ich odkażeniu. Nie odniosło to jednak pożądanego skutku. Kol. Bier pyta, czy mówca uwzględniał metodę Schuberta przy badaniu druku książek.

Kol. Majewski: Liczne statystyki wykazują ponad wszelką wątpliwość, że wszelka praca z bliska, a więc także nauka szkolna stanowi jeden z głównych czynników sprzyjających powstawaniu krótkowzroczności. Jeśli chodzi o pytanie, jakim sposobem ta praca z bliska zmienia budowę gałki ocznej, to zapatrywania pod tym względem nie są jeszcze uzgodnione. To jednak już można stwierdzić, że, gdy dawniej główną rolę w tym względzie przypisywano akomodacji, to dziś przeważa zapatrywanie, że nie akomodacja, ale ucisk wywierany przez mięśnie oczne zewnętrzne, które pracują w czasie konwergencji i przy poruszeniach gałek ocznych w czasie lektury, wywołuje deformację gałki ocznej, a mianowicie wydłużenie jej osi przednio-tylnej. Skoro zatem czytanie, zwłaszcza w wieku młodocianym, jest notorycznie połączone z pewnem niebezpieczeństwem dla wzroku, to powinniśmy dbać o to, żeby książki szkolne, przynajmniej pod względem czytelności druku i innych warunków zdrowotności odpowiadały zasadom, które nam mówca dzisiaj przedstawił.

Przedstawiciel kuratorjum p. Zachemski zaznacza, że byłoby pożądane, ażeby odczyt mówcy, rozszerzony uwagami w dyskusji był drukowany w »Przeglądzie pedagogicznym« odnosi wrażenie z zachowania się uczniów, że padanie silnego światła na książkę źle wpływa na wzrok uczniów. Zauważa wówczas silne mrużenie oczu.

P. Wyrobek spotkał w literaturze zdanie, że 1) w szkołach, gdzie poprawiono warunki pod względem higjeny wzroku, wzrok się nie poprawiał — krótkowzroczność rozwijała się w bardzo szerokim zakresie; 2) że żołnierze, którzy wyszli ze szkoły wojskowej, gdzie dużo czytali, a następnie przebywali dużo w otwartych przestrzeniach, gdzie więc wzrok ich był zwrócony stale na dalekie przedmioty — poprawiali swoją myopję w bardzo krótkim przeciągu czasu

Kol. Majewski: Przypadki, o których wspomina prof. Wyrobek, nie są wcale przypadkami myopji prawdziwej. Jest to tak zwana pseudo-myopia spastica vel dynamica. Tego rodzaju przypadki nie mogą wchodzić do statystyki krótko-

wzroczności anatomicznej, to też w razie wątpliwości posługujemy się przy oznaczaniu myopji środkami porażającemi akomodację, jak atropina, homatropina etc.

Kol. Gądzikiewicz w odpowiedzi: Co się tyczy sprawy sanitarnej, a więc przenoszenia zarazków nad sprawą tą mówca nie zatrzymywał się zupełnie, ponieważ jest ona tak obszerna, że wymagałaby omówienie w specjalnie jej poświęconemu referacie. Mówca wykład swój ujął ze strony higjeny wzroku.

W odpowiedzi kol. Bierowi: Metoda Schuberta ulepszona przez Cohna była uwzględniana w pracy mówcy. Jest to jednak metoda jedynie orjentacyjna, pozwala na szybkie rozejrzenie się w zwartości druku, co ma duże znaczenie przedewszystkiem dla lekarzy szkolnych i pedagogów przy ocenie książek pod względem higjenicznym.

Co się tyczy kursywy to jest ona szkodliwa dlatego, że wymiary poszczególnych kresek nie odpowiadają tym normom, o których była mowa. Pozatem pochyłość liter jest również dla wzroku czytającego szkodliwa.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 27 lutego 1925 r.

Przewodniczący kol. Zgórski.

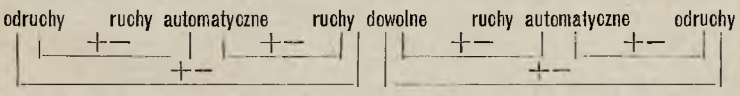
Obecnych 108 członków.

1. Przewodniczący wita jako gościa kol. Dzierżyńskiego z Przemyśla

2. Kol. Meller (jako gość) przedstawia 53 letniego chorego z polycytaemią (9 miljonów czerwonych ciałek), miernym przerostem serca i zmianami miażdżycowemi w zakresie tętnicy głównej, Ciśnienie krwi jednakże nie podwyższone (110—120 mm Gg.). W przypadku tym referent dopatruje się przejścia polycythaemii typu Vaqueza (bez hipertonji i zmian naczyniowych) w formę Geisböcka (z hipertonją i zmianami naczyniowemi), sądząc, że z biegiem czasu po rozszerzeniu się procesu miażdżycowego wystąpi hipertonja. Omawiając sporne przy patogenezie polycytemji kwestje: hiperfunkcja szpiku (Türck, Hirschfeld, Rencki, Mosse), czy też hipofunkcja śledziony (Weinfreud, Eppinger, Senator) sądzi mówca na podstawie przypadków Ashera (po wycięciu śledziony u ludzi zdrowych polyglobulia przejściowa) i Briegera-Forschbacha (po wycięciu śledziony polycythaemia stała), że przy powstaniu polycythaemii współdziała tak »konstytucjonalna hiperplasia szpiku« jakoteż hipofunkcja śledziony pod względem krwiobójczym i hormonalnym. Nie jest wykluczony też wpływ innych narządów o wewnętrznem wydzielaniu. Moment wywołujący jest nieznany, może nim być działanie toksyczne drobnoustrojów, jak to sądzi Rencki.

3. Kol. Wł. Dzierżyński wygłasza wykład: »**Mechanizm czynności ośrodków ruchowych na podstawie ich rozwoju filogenetycznego i obserwacji klinicznej**«.

Wszelka klasyfikacja ruchów jest nieścisła, gdyż najbardziej subtelne ruchy powstały filogenetycznie z odruchów najprostszych. Schematycznie można je podzielić na odruchy, ruchy automatyczne i ruchy dowolne. Częste powtarzanie ruchów dowolnych przeistacza je w automatyczne, a powtarzanie w wielu pokoleniach — w odruchy. Ruchy dowolne, powstałe z odruchów, są źródłem ruchów automatycznych i odruchów. Pomiędzy wskazanemi postaciami ruchów jest też związek nie tylko filogenetyczny lecz i fizjologiczny, gdyż wyższy rodzaj ruchów może hamować lub utrwalać ruchy niższe. Schematycznie łączność tu przedstawia się w sposób następujący:



Ruchy powstają na skutek czynności analitycznej i kojarzącej układu nerwowego. Rozwój torów i ośrodków ruchowych zawsze jest poprzedzony przez rozwój ośrodków i torów analitycznych i kojarzących. Rozwój filogenetyczny układu nerwowego dzielimy na 4 okresy. Okres pierwszy, odcinkowy, polegał na wytworzeniu neuronów czuciowych i ruchowych obwodowych. Okres drugi, odcinkowo-zmysłowy cechuje się powstaniem torów przedsionkowo-rdzeniowych, siatkowo-rdzeniowych, pokrywo-rdzeniowych, które umożliwiłoby wpływ zmysłów na odcinki; uzależniły one ruchy odcinkowe od podniet zmysłowych. Okres trzeci polegał na utworzeniu wzgórza, do którego zaczęły dopływać podniety czucia ogólnego i zmysłów i od którego powstały tory odprowadzające przez kulkę bladą i bezpośrednio do torów odprowadzających zmysłowych i do odcinków (przez jądro czerwone). Wytworzenie wzgórza pozwoliło na subtelniejszą analizę warunków otaczających, a przez to lepsze do nich przystosowanie się. Jednocześnie rozwijał się móżdżek, połączony ze zmysłem równowagi, celem sprawniejszego wykonywania ruchów. Okres czwarty zaczyna się od rozwoju płaszcza młodego. Na początku powstały ośrodki analityczne i kojarzące, które kierowały ruchami przez tory korowo-wzgórzowe, a następnie korowo-rdzeniowe (odcinkowe). Jednocześnie rozwinęły się szlaki korowo-mostowo-móżdżkowe. W móżdżku dokonywuje się praca kojarzeniowa podniet płynących z obwodu, wzgórza (szlak wzgórzowo-oliwkowo-móżdżkowy) i kory mózgowej- Praca ta jest niezbędną dla prawidłowego wykonywania ruchów dowolnych, skojarzonych, reakcyjnych oraz utrzymywaniu równowagi. Z powyższego wynika, że czynność ruchowa zależy od współpracy prawie całego układu nerwowego.

Ruchy dowolne wynikają z czynności psychicznej kory mózgowej, której wynikiem są bodźce, płynące jednocześnie przez tory odprowadzające ku odcinkom, wzgórzowi i móżdżkowi. Bodźce ku wzgórzowi kojarzą się z podnietami, płynącemi ku niemu z obwodu, odpowiednio przekształcają się i płyną dalej przez kulkę bladą ku jądrom czerwonym, oraz ku torom zmysłowym odprowadzającym. Bodźce ku móżdżkowi też kojarzą się z podnietami obwodowemi (w móżdżku) i przeistaczają się w bodźce, płynące ku jądrom czerwonym. W tych ostatnich bodźce móżdżkowe i wzgórzowe kojarzą się i płyną dalej ku odcinkom przez tor czerwono-rdzeniowy. W rdzeniu kojarzą się bodźce z torów piramidowych, zmysłowych (przedsionkowo-rdzeniowe, siatkowo-rdzeniowe, pokrywo-rdzeniowe) i czerwono-rdzeniowych W rezultacie powodują one podrażnienie i zatamowanie odpowiednich neuronów ruchowych obwodowych, a przez to skurcz i rozkurcz mięśni.

Uszkodzenie kulki bladej lub jej torów odprowadzających powoduje zespół parkinsonowski, w którem spostrzegamy ubytek ruchów skojarzonych i reakcyjnych, gdyż są one wykonywane przez czynność kojarzącą wzgórza. Plastyczne wzmożenie napięcia mięśni przy tem zespole, o ile zależy ono od układu współczulnego, może być spowodowane przez skierowanie bodźców wzgórzowych na wyższe ośrodki współczulne, mieszczące się pod wyściółką komory III. Ośrodki najbardziej stare filogenetyczne, t. j. odcinki rdzeniowe, też wykonywują pracę kojarzącą i ruchową poza odżywianiem mięśni. Wyjawia się to w przypadkach powolnego ucisku rdzenia kręgowego. Spostrzegamy wówczas odruchy obronne, które nie są jednakowe przy rozmaitem ułożeniu nóg. Fakt ten stwierdza, że podnieta zewnętrzna kojarzy się z bodźcami płynącemi z obwodu, powodując rozmaite ruchy, zależne nietylko od podniety (zawsze jednakowej), lecz i bodźców wskazanych. Tory zmysłowe, jako wyższe filogenetycznie, spełniają czynność bardziej złożoną. Od wzgórza zależą ruchy reakcyjne i skojarzone z dowolnemi. Móżdżek reguluje prawidłowe wykonywanie ruchów i utrzymywanie równowagi. Bez czynności analitycznej i kojarzącej układu nerwowego ruchy nie mogą być wykonywane.

(Autoreferat).

W dyskusji kol. Domaszewicz: Podnosi duże znaczenie drog pozapiramidowych w zaburzeniach ruchowych, które obecnie dzięki rozwojowi badań anatomicznych i anatomo-porównawczych (Edinger, Monakow, C. i Vogt, Wilson, Hund i wielu innych) pogłębiły znacznie wiadomości o jądrach podstawnych w mózgu i przyczyniły się do zrozumienia wielu niejasnych dotychczas objawów klinicznych. Równoległe prace kliniczne ustaliły, że chorobę Parkinsona wywołują zmiany w układzie palidalnym, zaś pląsawicę, atetozę, torticollis, kurcz torsyjny, i inne pokrewne zaburzenia odnieść należy do zmian w neostriatum. W schorzeniach tych przedewszystkiem mamy do czynienia z zaburzeniami ruchów dowolnych, które zależą — jak to głównie Babiński stwierdził — od wzmożenia czynności mm. przeciwniczych. Mechanizm tej czynności mm. przeciwniczych nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśniony. Z faktów klinicznych jedynie daje się wyciągnąć wniosek, że uszkodzenie ciałek prążkowanych wzmaga czynność układu przeciwniczego i może dawać całą skalę objawów klinicznych zależnie od zmian anatomicznych, zajmujących Neo- względnie Paleostriatum. Że rola dróg pozapiramidowych ma pierwszorzędne znaczenie, dowodzi tego również porównanie zaburzeń ruchowych przy uszkodzeniu tych dwóch układów ruchowych, które wypada na korzyść właśnie układu pozapiramidowego, którego uszkodzenie najczęściej znosi kompletnie wszelkie ruchy dowolne, (daleko posunięta choroba Parkinsona, ciężka forma choreo-atetozy).

Na specjalną uwagę zasługuje wreszcie zdanie wypowiedziane w jednej z ostatnich prac Jarkowskiego, że główne źródło ruchu osobnika leży w jądrach podstawnych, które biorą również udział w zjawiskach afektywnych i są przypuszczalnie ośrodkiem t. zw. przez Jarkowskiego odczynów ekspansywnych.

Pozatem przemawiał w dyskusji kol. Beck.

Sekretarz doroczny: *K. Tyszka.*

Sprawy zawodowe.

Zlikwidowanie zatargu cennikowego w Łódzkiej Kasie Chorych.

Bezrobocie lekarskie, które wybuchło w dniu 16 lutego na tle cennikowem, zostało ukończone w dniu 10 marca r. b.

Żądaniu lekarzy, załatwienia zatargu cennikowego drogą arbitrażu, stało się zadość. Na propozycję p. Ministra Pracy i O. S., p. Sokala, pozostawienia obowiązującej decyzji dla stron obu — jemu, lekarze i Kasa Chorych wyraziły w dniu 7 marca swą zgodę. Zgoda Kasy Chorych na tę propozycję we właściwym czasie wyrażona, zapobiegłaby wogóle bezrobociu.

Następujące momenty z przebiegu bezrobocia zasługują na podkreślenie:

1) W dniu 18 lutego zwołał p. Wojewoda łódzki Darowski, w gmachu Województwa, konferencję, na którą zaprosił Kasę chorych, dyrektora Urzędu Zdrowia, Prokuratora, Inspektora pracy, Komisarza Rządu, Kierownika Urzędu do walki z lichwą, przedstawicieli Magistratu i Naczelnika Izby lekarskiej dr. A. Tomaszewskiego. Ze Związku Lekarzy nikogo nieproszono; dopiero w kilka godzin później konferował p. Wojewoda z Prezesem Związku, dr J. Rosiewiczem. W komunikacie P. A. T. nazwano dr. Tomaszewskiego »przedstawicielem« strajkujących lekarzy. P. Wojewoda zaproponował: przystąpienie natychmiastowe do pracy i wybranie komisji, któraby rozpatrzyła całokształt zatargu, a której decyzje miałyby jedynie wartość moralną, nieobowiązującą. Zarząd Związku propozycje odrzucił, o czem zakomunikował dn. 20. ustnie p. Wojewodzie, który znów przyjął przedstawicieli Związku na czele Komisji w wyżej wymienionym składzie.

2) Wywierano presję na lekarzy wojskowych, by do pracy w Kasie chorych przystąpili. Dzięki staraniom władz Województwa D. O. G. miejscowe wydało pisemny rozkaz stawienia się do pracy w instytucjach Kasy chorych. Lekarzy wojskowych, zatrudnionych w Kasie chorych, jest w Łodzi jedenastu na ogólną liczbę dwustu trzydziestu lekarzy kasowych. Rozporządzenie takie miało zatem jedynie charakter demonstracyjny.

3) Na lekarzy urzędowych, w liczbie trzech, wywierana została taka sama presja. Lekarze urzędowi, jako członkowie Związku Lekarzy, do pracy przystąpić nie mogli; władze zaś administracyjne rozporządzenia na piśmie nie chciały wydać, ograniczając się do nakazu ustnego; przeciw tym kolegom wszczęto dochodzenie dyscyplinarne i zostali oni zawieszeni w urzędowaniu. Dopiero w dniu 9 marca otrzymali oni rozkaz pisemny stawienia się do pracy w Kasie chorych.

4) Lekarzy — obcokrajowców, w liczbie trzech, t j. takich którzy, jakkolwiek od dłuższego czasu praktykują w Łodzi, czynią starania celem uzyskania obywatelstwa polskiego, chciano zmusić do przystąpienia do pracy pod groźbą wysiedlenia; otrzymali oni dn. 28 lutego pilne wezwanie zgłoszenia się do Wydziału Lecznictwa w Centrali Kasy chorych. Wezwanie podpisane przez lekarza naczelnego Kasy chorych, dr. Kłuszyńskiego, dyrektora dr. Arcta (pieczątka ostatniego — miast podpisu). W Centrali Kasy chorych przyjęci zostali w tej sprawie przez dr. Kłuszyńskiego, jego zastępcę dr. Zylbersztajna i jednego z urzędników. Zagrożono im, że w razie nieprzystąpienia do pracy w ciągu 24 godzin, mogą zostać natychmiast wysiedleni. Groźba nie poskutkowała i lekarze ci do pracy nie przystąpili.

* * *

Finansowa organizacja podczas bezrobocia przedstawiała się, jak następuje: z kwot pobranych od chorych kasowych (do 40% porad lekarskich zostało udzielonych bezpłatnie, za zobowiązaniem chorego do zwrotu 3 względnie 10 zł.) co tydzień wpłacali wszyscy lekarze, nie wyłączając i lekarzy prywatnych, 20% na rzecz funduszu zapomogowego. Dla kontroli służyły rozdane wszystkim lekarzom numerowane i ostemplowane przez Związek Lekarzy bloczki, w postaci kwitarjuszy. Z zebranych w ten sposób 20% odtrącań zostały wydane, po zlikwidowaniu zatargu, kolegom którzy złożyli umotywowane podania, pożyczki, względnie zapomogi, z reguły, w żądanej wysokości.

* * *

Na żądanie p. Wojewody kilku lekarzy zostało oddanych do prokuratorji za rzekomą odmowę udzielenia pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach. Trzech z nich, lekarzy kasowych, zostało w pierwszym dniu przystąpienia do pracy, zawieszonych z tej racji w czynnościach lekarzy kasowych przez Zarząd Kasy chorych. Zawieszenie to nastąpiło bez porozumienia się w tej sprawie ze Związkiem Lekarzy, bez zawiadomienia go nawet o tem. W obecnej chwili sprawa ta, w związku z mającą być zawartą umową główną, jest znowu przedmiotem ostrego zatargu.

Zrzeszenie lekarzy ordynujących w uzdrowiskach.

W czasie Zjazdu zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich polskich, obradującego we Lwowie w dniach 1. i 2. lutego b. r. zeszło się z inicjatywy Doc. dr. Sabatowskiego grono lekarzy, biorących udział w Zjeździe celem zastanowienia się, czy nie należałoby zawiązać zrzeszenia lekarzy ordynujących w uzdrowiskach, jako towarzystwa samodzielnego, mającego na celu bądźto pracę naukową, bądźto dokształcającą lekarzy uzdrowiskowych, a wreszcie obronę ich interesów materjalnych. Kol. Sabatowski przedstawił w krótkości potrzebę zawiązania takiego zrzeszenia i naszkicował jego cele i wytyczne przyszłej pracy. Zrzeszenie to miałoby się zająć:

1) uregulowaniem stosunku lekarzy uzdrowiskowych i obroną ich wobec właścicieli uzdrowisk i ich zarządów;

2) stosunkiem ich do sanatorjów, zakładów leczniczych, pensjonatów i innych, wszelkiego rodzaju przedsiębiorstw tak lekarskich jak i nielekarskich w uzdrowiskach;

3) ochroną lekarzy jako lokatorów w uzdrowiskach;

4) obroną lekarzy uzdrowiskowych przed wygórowanem opodatkowaniem;

5) stosunkiem do członków Kas chorych, urzędników i funkcjonarjuszy państwowych, wojskowych i t. d. potrzebujących leczenia w uzdrowiskach;

6) zrzeszenie takie byłoby obowiązane udzielać informacyj lekarzom, mającym zamiar rozpocząć praktykę w uzdrowisku co do wolnych posad, widoków praktyki, stosunków w uzdrowisku i t. d.

7) ujednostajniałoby honorarja lekarzy we wszystkich uzdrowiskach, udzielało informacyj w tej sprawie Wojewódzkim Urzędom Zdrowia;

8) uregulowałoby stosunek lekarzy uzdrowiskowych do lekarzy w miastach i przestrzegałoby zasad deontologji lekarskiej u lekarzy uzdrowiskowych;

9) zajęłoby się urządzaniem zjazdów w uzdrowiskach bądźto ogólno - lekarskich i przyrodniczych, bądźto specjalistów, bądź wreszcie dokształcających tak ogólno - lekarskich, jak i dla lekarzy uzdrowiskowych. Uzdrowiska nadają się do tego celu, poza letnim sezonem znakomicie, dają bowiem spokój do pracy, którego miasto nie daje, rozporządzają wielką ilością wolnych mieszkań i lokali towarzyskich, a w wolnych chwilach dają rozrywki sportowe i piękno przyrody;

a wreszcie 10), urządzałoby wycieczki studentów medycyny i lekarzy celem poznania naszych, a także i obcych uzdrowisk.

Takie zjazdy i wycieczki przyczyniałyby się znakomicie do propagandy naszych uzdrowisk.

Myśl kol. Sabatowskiego została gorąco przez wszystkich biorących udział w zebraniu przyjętą, co dowodzi najlepiej potrzeby zawiązania podobnego zrzeszenia. Wybrano Komitet, który ma się zająć porozumieniem z kolegami nieobecnymi i zorganizowaniem zrzeszenia. Do Komitetu weszli: dr. Ignacy Dębicki z Ciechocinka dla Polski środkowej, dr. Józef Aleksiewicz z Iwonicza dla Małopolski, dr. Stefan Nowakowski z Inowrocławia dla Polski zachodniej i wnioskodawca.

Wszystkich Kolegów, praktykujących w uzdrowiskach, uprasza się usilnie, a zawiązanie wszędzie kół miejscowych i podanie swoich adresów, tak letnich, jak i zimowych pod adresem: Dr. Antoni Sabatowski, Lwów, Asnyka l. 2. Sądzimy, że zebrania miejscowych kół program podany znacznie rozszerzą i wnioski co do statutu uchwalą, poczem projekt statutu, który znajdzie aprobatę Kolegów, zostanie przedłożony Władzom do zatwierdzenia.

Dr. St. Lewicki.

Sprawozdanie z obrad Zjazdu Związku zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich opuściło świeżo prasę nakładem Związku zdrojowisk.

Spora broszura o 46 str. druku 8 ka, której celem przedstawienie zmagań i trosk nielicznej jeszcze rzeszy ludzi, którym dobro, rozwój i przyszłość naszych skarbów narodowych, jakie przedstawiają nasze zdroje — leży na sercu.

Zjazd zwołany do Lwowa, obradował w dniach 1. i 2. lutego w Gmachu Izby Handlowej. Zainteresowanie znaczne, to też Rząd nasz wysłał swych Przedstawicieli, którzy zeprezentowali ministerja. I tak dr. Jan Surawski z Min. Spr. Wewn., do którego resortu należy obecnie Dyrekcja Zdrowia po kasacji tegoż ministerstwa, Min. Oświaty dr. Jan Maszkowski, Min. wojny, kolei i t. d. Z władz lokalnych obecnym był p. Wojewoda dr. Paweł Garapich, Naczelnik dr. Mikołajski, prezes dr. Papée i wiele innych. — Brakło tylko kilku interesowanych właścicieli zdrojowisk, którzy nie chcieli na zjazd się pofatygować lub zastąpić się dali swoimi dyrektorami. — Dawny zabór rosyjski bardzo licznie obesłał zjazd i brał żywy udział w dyskusji.

Referaty obejmowały główne zagadnienia, których wartość i znaczenie tak dla Państwa, dla naszego życia gospodarstwa społecznego i ekonomicznego jak i dla zdrojowisk jest wielkiej wagi. — W referacie doc. dr. Sabatowskiego poruszono znaczenie zdrojownictwa polskiego w gospodarce Państwa. Na razie jest ono niewielkie, musi jednak w bardzo niedalekiej przyszłości stać się czynnikiem pierwszorzędnego dla Państwa znaczenia. Przemysł nasz rozwija się w szybkiem tempie po uzyskaniu bytu niepodległego. Tak samo i przemysł zdrojowy — jako część ogólnego — rozwinąć się musi; w przeciwnym razie będziemy naszych chorych wywozić za granicę W dalszej części referatu przedstawiał mówca rzeczowo sposoby i korzyści rozbudowy i przebudowy naszych zdrojowisk. Inżynier Marcin Maślanka zajął słuchaczy kwestją kredytu inwestycyjnego, zapomocą którego można zdrojowiska nasze postawić na stopie europejskich wymagań i komfortu. Wykazał, że droga uzyskania kredytu jedynie zagranicznego — bo krajowy narazie niedostępny — prowadzi przez Bank Gospodarstwa Krajowego do Min. Skarbu, które jedynie kredyty zagraniczne uzyskać może. Przyczyną tego jest brak na zewnątrz silnej i odpowiedzialnej reprezentacji Związku zdrojowisk, któraby dawała gwarancję konieczną dla kapitału zagranicznego. Zabezpieczenie jest pewne jeśli się zważy, że przemysł zdrojowniczy należy do najrentowniejszych.

Ustawa o Uzdrowiskach, wydana w r. 1922 wymaga gruntownej przemiany. W jakim kierunku i dlaczego, przedstawił prof. Otto Nadolski. Cały szereg pojęć, jak n. p. »Użyteczności publicznej, kolizje z innemi ustawami, brak egzekutywy i rozmaite niejasności Ustawy wyjaśnił referent. Byłoby bardzo pożądanem aby ustawa ta jak najprędzej została zastąpioną przez nową, którą opracowali prof. Nadolski i dr. Westreich.

Z kolei Mecenas dr. Józef Westreich przedstawił ustalenie zasad gospodarczych przyszłego sezonu. Wychodząc z zarzutów, jakie publiczność nasza podnosi, a to drożyznę i brak komfortu, zastanawia się referent nad przyczyną. Są niemi: krótkość sezonu, ściąganie podatków nadmiernych, niekorzystna konjunktura budowlana — w małej mierze nieuczciwość.

Szereg rad skrystalizował refer. nt we wnioskach, które uchwalono.

W dwu końcowych referatach: Dyr. Orbisu p. Varhelyego o komunikacji w odniesieniu do zdrojowisk, poruszono bardzo ważne zagadnienia, które gdyby wprowadzono, oszczędzonoby publiczności wiele trosk, kłopotów i pieniędzy.

Hr. Jan Potocki w referacie swoim poruszył sprawę przyszłości Związku zdrojowisk, którego byt w zmienionych warunkach pracy jest zagrożony.

Dwa wnioski jakie w dyskusji wyłoniły się, a to: posła Medarda Kozłowskiego, idący w kierunku utworzenia Związku Uzdrowisk na wzór Związku Miast i Mec. Westreicha — zamiany Związku na Izbę Zdrojowiskową wywołały bardzo żywą dyskusję. Podniesiono myśl przeniesienia Związku do Warszawy.

Na walnem zgromadzeniu wybrano nowy wydział, w skład którego weszli hr. Jan Potocki, poseł Kozłowski, p. Krusenstern, p. Malinowski, p. Korzuchowski, p. dyr. Varhelli, p. inż. Maślanka, p. dyr. Różycki, p dr. Zakrzewski, p. inż Kotarski, prof. Nadolski, mec. dr. Westreich, doc dr. Sabatowski, dr. Praschil, dr. Józef Aleksiewicz.

Bardzo pouczające o wielu kwestjach sprawozdanie powinno ze względu na poruszone tematy zająć niejednego z lekarzy, ułatwia bowiem poznanie przyczyny niedomagań i braków naszych zdrojowisk.

Książeczkę nabyć można w Związku zdrojowisk i uzdrowisk, Lwów, ul. Jagiellońska 20. (Biuro dyrekcji Orbisu).

Dr. Józef Aleksiewicz.

Ś. p. Dr. Józef KOŁĄCZKOWSKI.

W roku bieżącym poniósł świat lekarski polski bolesną stratę przez śmierć nestora fizjoterapeutów naszych, ś. p. Dra Józefa Kołączkowskiego. Z zapisków własnych Zmarłego wyjmujemy garść szczegółów biograficznych tego pracowitego żywota.

Zmarły urodził się w Szczawnicy w 1842 roku; studja wstępne i średnie odbył w gimnazjum w Nowym Sączu. W r. 1863 z wiosną został skontyngentowany do powstania, do oddziału, który przez organa powstańcze do granicy Król. Polskiego potajemnie nocami był przeprowadzany. Równocześnie wówczas w Austrji zaprowadzony został stan oblężenia, aby nie przepuszczać młodzieży do Królestwa Polsk. Otóż wojsko austr. przytrzymało ten oddział powstańczy i odstawiło go do Tarnowa, gdzie zdolnych zaasenterowano i do wojska austr. przydzielono. Kołączkowski z kilku kolegami został przydzielony do oddziału nowosądeckiego pułku piechoty Nr. 20, a po wyćwiczeniu w mustrze wojskowej, odesłany na Węgry, gdzie jako kadet dosłużył się rangi podoficera i jako taki w roku 1866 odbył kampanię w Czechach, w czasie której został ciężko raniony w rękę i nogę.

Po ukończonej wojnie został uznany za inwalidę z przyrzeczeniem charakteru oficera, czego jednak nie przyjął. Po uwolnieniu ze związków wojskowych powrócił do Nowego Sącza i tam przygotował się do egzaminu dojrzałości w drodze prywatnej. Wreszcie zapisał się w Krakowie na wydział lekarski w Uniwersytecie Jagiell. — Odbył studja z wielkiem przykładaniem się do nauk — skończył je w r. 1872, poczem był asystentem przy katedrze anatomji prof. dr. Teichmanna, zdał egzamina przepisane w r. 1873, a dyplom lekarski otrzymał w roku 1874. — Osiedlił się następnie w Nowym Sączu obejmując szpital powszechny, w którym pracował kilka lat. Prowadził oprócz tego czynną i rozległą praktykę w okręgu nowosądeckim, a od roku 1880 praktykował także w zdrojowisku w Szczawnicy, przebywając tu przez sezony letnie. W tym czasie robił naukowe wycieczki po Niemczech, Szwajcarji, Tyrolu i Włoszech. Od r. 1877 był członkiem Tow. lekarzy b. Galicji, a przez lat kilka przewodniczącym Sądeckiego Koła tegoż Towarzystwa na którego cele zapisał znaczny legat.

W roku 1889 urządził Kołączkowski Zakład wodoleczniczy w Szczawnicy, prawie równocześnie z zakładami Dra Ebersa w Krynicy i Dra Chramca w Zakopanem. W roku 1883 wydał przewodnik, opracowany naukowo, dla lekarzy i kuracjuszów, przybywających do Szczawnicy.

Połączywszy w roku 1895 zakład wodoleczniczy z pensjonatem, rozszerzył go znacznie w czasie od 1907 do 1911 roku, zakładając na południowym stoku góry Bryjarki« rozległy park prywatny, wyłącznie dla kuracjuszów swego pensjonatu przeznaczony.

W czasie swej pracy w Szczawnicy, gdzie stale przebywał, przesiedliwszy się z Nowego Sącza w r. 1895, poświęcał się pracy publicznej i spółdzielczej, będąc członkiem Rady gminnej oraz z wyboru członkiem Komisji Zdrojowej.

Ogromnych zalet charakteru, wielkiej dobroci i pogody ducha, oraz niezmordowanej pracowitości człowiekiem był ś. p. Kołączkowski. Otaczały Go też miłość i szacunek kolegów i pacjentów. Sztandar godności Swego zawodu niósł zawsze wysoko, świadcząc bezimiennie dużo dobrego.

Cześć pamięci wielkiego Obywatela i Lekarza!

Sabatowski

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIII. posiedzenie odbędzie się w piątek dnia 24. b. m. o godz. 6-tej wieczorem. Porządek dzienny: 1. Pokazy chorych, 2. wykład kol. Leszczyńskiego: »**Nasze postępowanie i wyniki przy róży**«.

K. Zgórski, Przewodniczący. *K. Tyszka*, Sekretarz dor.

Warszawa.

W sprawie uzdrowisk krajowych odbyła się 21 marca konferencja delegatów, przybyłych prawie ze wszystkich uzdrowisk, w liczbie 70 osób. Po referatach i dłuższej dyskusji uchwalono: utworzenie na Uniwersytecie Warszawskim specjalnej katedry balneologji i klimatoterapji i utworzenie stałego biura propagandy, którego zadaniem byłoby szerzyć za pośrednictwem prasy korzyści, jakie dają wody i uzdrowiska krajowe. Utworzono Centralne Biuro Uzdrowiskowe w Warszawie (ul. Marszałkowska 130), którego głównem zadaniem jest informacja i propaganda. Wybrany z przedstawicieli uzdrowisk komitet opracowuje nowy statut Związku Uzdrowisk Polskich.

Z kraju.

Na posiedzeniu Komisji budżetowej p. premier Grabski oświadczył: Rząd wprowadza podwyższenie taryf co do paszportów zagranicznych. Idzie w kierunku ograniczeń. Jest planem rządu, aby systematycznie zniechęcać ludność do wyjazdu za granicę, a jednocześnie powiększać te dane, na mocy których ludność mogłaby znajdować u nas to, czego szuka zagranicą. Część pożyczki amerykańskiej będzie użyta na rozbudowę uzdrowisk krajowych, co jest tak samo dobrym interesem ekonomicznym i walutowym jak rozbudowa fabryk.

Pan Premier Grabski jako minister skarbu zapewnił Krynicy na r. 1925 sumę 1,200.000 zł. na rozbudowę gmachów leczniczych, oraz przeznaczył czyste dochody z uzdrowisk państwowych: Busko, Ciechocinek i Krynica w ciągu 5 lat następnych na cele rozbudowy tych uzdrowisk. Ponadto podwyższono cenę paszportów zagranicznych o 50 zł. z przeznaczeniem tej nadwyżki na fundusz inwestycyjny dla uzdrowisk.

Rozbudowa czwartego państwowego zdrojowiska Szkła (w ziemi lwowskiej) projektowana jest na najbliższe lata.

Busk.

Państwowy Zakład Zdrojowy w Busku (ziemi Kieleckiej). Wzrastająca z roku na rok frekwencja Zakładu Zdrojowego spowodowała konieczność budowy nowego zbiornika na wodę mineralną.

Budowa tego zbiornika została ukończona w roku ubiegłym i w danej chwili Zakład rozporządza nowym zapasem wody mineralnej w ilości 1,800.000 litrów, co łącznie z zwiększoną ilością wydawanych kąpieli błotnych, daje możność obsłużenia o 500 osób więcej, jak za lata ubiegłe. Poza tą zasadniczą inwestycją przygotowują się na sezon tak pożądane w Busku place dla kąpieli słonecznych — jeden dla kobiet, drugi dla mężczyzn. Place te, szczelnie ogrodzone, pokryte grubą warstwą czystego piasku, zaopatrzone będą w kabiny do rozbierania, natryski i odpowiednią ilość leżaków. W całym Zakładzie przeprowadza się gruntowny remont, specjalnie zaś odnawia się budynek łazienek błotnych i oddział przyrodo-leczniczy. Piękny park Zakładowy, stosownie do cennych wskazówek dyrektora Warszawskich parków miejskich, p. Danielewicza, został w roku bieżącym częściowo przecięty, częściowo oczyszczony od zbytecznych dzikich krzewów i pokryty nowymi gazonami. Z ramienia Komisji Zdrojowej zorganizowane zostało biuro informacyjne przeznaczone wyłącznie dla obsługi P. P. Kuracjuszów.

Druskieniki.

Sprawozdanie z działalności kolonji leczniczej dla dzieci im. Jędrzeja Śniadeckiego w Druskienikach. W kwietniu 1924 r. p. Michał Malinowski, dyrektor-zarządzający Zdrojowiska w Druskienikach, oddał do rozporządzenia Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie 2

budynki w parku sosnowym w Druskienikach, przeznaczone na kolonję dziecięcą. — Senat Akad. U. S. B. oddał kolonię powyższą pod samodzielny zarząd Kierownika Kliniki Chorób Dziecięcych U. S. B. na podstawach, opracowanych przez Komisję Wydziału Lekarskiego i przyjętych przez Senat. Kolonja otrzymała nazwę Kolonji leczniczej im. Jędrzeja Śniadeckiego. W roku sprawozdawczym Kolonja czynna była w ciągu jednego sezonu, t. j. dni 40. Wobec trudności, związanych z organizacją Kolonji, zakupem inwentarza i wykończeniem budynków, ograniczono się do przyjęcia dzieci z instytucyj, które na mocy osobistego porozumienia z Kierownikiem dopomogły w sfinansowaniu Kolonji; nie poczyniono przeto ogłoszeń publicznych, przyjmując tylko dzieci, zapisane przez Kasę chorych m. Wilna, Magistrat m. Grodna, oraz dzieci pracowników U. S. B. Ogółem leczono w ciągu sezonu 28 dzieci, które przebyły 1104 dni instytutowych. Dzieci wzięły w ciągu sezonu 277 kąpieli (od 10 do 17 kąpieli na dziecko) i korzystały z kąpieli słoneczno powietrznych na terenie, urządzonym przez Zarząd Uzdrowiska do użytku kuracjuszów, jak również z pięknej plaży nad Niemnem, uporządkowanej w roku bieżącym przez Zarząd dużym nakładem kosztów i energji. Wyniki leczenia dzieci były pomyślne: przyrost wagi wahał się od 2 do 5 kg. (przeciętnie 2,5 kg), wygląd i stan ogólny dzieci poprawił się znacznie, poważniejszych zachorowań podczas pobytu w Druskienikach nie było. Budżet kolonji został pokryty z opłat za leczenie, wniesionych przez wymienione instytucje bez udziału finansowego Kliniki, natomiast Klinika przekazała Kolonji część inwentarza z będących w jej rozporządzeniu darów amerykańskich oraz wzięła wydatny udział w organizacji Kolonji i jej prowadzeniu. W roku 1925 Klinika zamierza uruchomić 3 sezony po 500 dzieci, przeznaczając miejsca przedewszystkiem dla dzieci, będących w ciągu roku pod obserwacją Kliniki i zakwalifikowanych przez nią do leczenia solankowego.

Ciechocinek.

W roku bieżącym, poza gruntowną naprawą skutków zeszłorocznej powodzi, a mianowicie przełożeniem wszystkich posadzek w łazienkach i czytelni, odświeżeniem umeblowania i t. p. będzie znacznie rozszerzone pomieszczenie (oddzielne dla mężczyzn i dla kobiet) i uzupełnione urządzenie oddziału wodoleczniczego. Oddział elektroleczniczy otrzyma diatermję i drugą lampę kwarcową. To samo dotyczy wziewalni (inhalatorjum) sala ze specjalnemi aparatami będzie zaopatrzona w nowe urządzenia kanalizacyjno-wodociągowe, urządza się specjalna salka mniejsza do wziewań ogólnych aparatem Jnhabad. Sala duża otrzymuje nowe aparaty Skanta.

Zastosowane będzie ogrzewanie przy źródle solanki pijalnej Nr. 10.

W tym roku wykańcza się rozszerzenie sieci wodociągowej z nowymi odżelaziaczami, filtrami, wieżą ciśnień i całem urządzeniem maszynowem.

Praktykuje u nas 30 z górą lekarzy w rozmaitych specjalnościach; w 120 dworkach posiadamy z górą 3500 pokojów umeblowanych z większemi lub mniejszemi wygodami i komfortem. Szereg dworków skanalizowano systemem Chambaud.

W 4 gmachach łazienkowych zakład ma do rozporządzenia 350 wanien i bez wielkiej trudności może wydać dziennie ponad 400 zabiegów. Stosują się u nas następujące zabiegi — kąpiele solankowe (2—4—6%-we), kwasowęglowe, borowinowe, wziewania sztuczne i naturalne w okolicy tężni, wodo- i elektroterapja, miejscowe kąpiele borowinowe (fasony) i takież okłady, zakład gimnastyki leczniczej z salą Zanderowską, kąpiele powietrzno-słoneczne, kąpiele i plaża Wiślana.

Ciechocinek posiada zupełnie dogodną komunikację kolejową; bezpośrednia — z Warszawą, Łodzią, Poznaniem i Toruniem.

Dla pracującej inteligencji urządzone jest specjalne sanatorjum na 160 osób (4 zmiany w ciągu sezonu po 40 osób), zarządzane przez Komisję Zdrojową, na imię której należy kierować zgłoszenia. Utrzymanie w sanatorjum wynosi połowę kosztu utrzymania w pierwszorzędnych pensjonatach.

Taksa kuracyjna na rok 1925: Od pojedyńczych osób oraz głowy rodziny 20 zł. Od 2-go, 3-go i 4-go członka rodziny 15 zł. Od dzieci do lat 10-ciu i służby 10 zł. Od urzędników państwowych, komunalnych oraz oficerów wraz z rodzinami przybywających na leczenie 6 zł. Od osób niezamożnych (podług decyzji Komisji Zdrojowej) i stałych mieszkańców 4 zł. Prócz tego pobiera się 4 zł. od każdej osoby opłata dla skarbu na rzecz wodociągu.

Ceny pensjonatów: pokój z całodziennym utrzymaniem I-go rzędu od 8 zł. dziennie.

Ceny pokojów w Dworku: od złotych 1 do 4-ch dziennie; 1.50 do 4 zł. na sześć miesięcy. Hotel Milera: pokój od złotych 3 do 5-ciu dziennie.

Kąpiele solankowe od zł. 1·50 do 3, borowinowe 5 do 6., kwasowęglowe 5.50 i 6, łaźnia parowa 1.50.

Iwonicz-Zdrój.

Iwonicz posiada cztery zdroje solankowe naturalne a to: Zdrój »Karola« i »Amelji«. Zdrój »Emmy« (daje wodę wyłącznie do kąpieli, z »Heleny« (zawiera najmniejszą ilość chlorku sodowego), prócz tego zdrój »Józefa«, żelazisty i zdrój »Adolfa», siarczany. Wskazania lecznicze. Ze znakomitym środkiem leczone są: Wszelkie zołzy (oraz gruźlica gruczołów, kości i stawów). Kiła w okresie drugo- i trzeciorzędnym. Krzywica (*rachitis*). Gościec i dna (*Rheumatismus et arthritis urica*). Sprawy zapalne chroniczne: zgrubienia, nacieki, wypociny i wysięki po urazach (złamaniach i zwichnięciach) chorobach ostrych. Choroby serca i naczyń krwionośnych. Choroby układu nerwowego: porażenia, nerwobóle, rostrój nerwowy (neurasthenia), uwiąd rdzenia (tabes). Chroniczne cierpienia żołądka i kiszek. Cierpienia wątroby i dróg żółciowych. Choroby kobiece. W Zakładzie jest 2-ch lekarzy zakładowych dr. Aleksiewicz ze Lwowa i dr. Turzański z Jarosławia oraz 4-ch lekarzy wolno praktykujących. Ilość gości kąpielowych w ubiegłym sezonie 1924 r. liczyła 5.413 osób. Przeważna ilość gości z Królestwa, Małopolski i Wielkopolski, reszta z zagranicy. Mieszkania: Zakład posiada 32 domów mieszkalnych rozrzuconych w przepięknem położeniu po parku, liczących 600 pokoi do wynajęcia. Ceny pokoi wynoszą od 2 -10 zł. dziennie ze światłem elektrycznem i obsługą. Pokoje posiadają przyzwoite i wygodne urządzenia wewnętrzne. Taksa klimatyczna: Wysokość taksy klimatycznej wynosi od 1 osoby 12 zł. od następnych po 8 zł. Dzieci do lat 10-ciu taksy nie płacą. Ilość wanien: Wanien do kąpieli Zakład posiada 239. Ceny kąpieli normalne I. i III. sezonu następujące: I. kl. 3 zł., II. kl. 2.50, III. kl. 1.70, II-go sezonu: I. kl. 4 zł., II. kl. 3.50, III. kl. 2.50. Ceny ulgowe dla urzędników państwowych: I. i III. sezon, I. kl. duża 2 zł., II. kl. 1.60., III. kl. 1.50., II. sezon, I. kl. 3.50., II. kl. 3 zł., III. kl. 2.50. — Z cennika ulgowego korzystają również wszyscy goście w I-ym sezonie, którzy zjadą na kurację najpóźniej do dnia 25 maja 1925 r. W Zakładzie są 2 wzorowo prowadzone restauracje, w których ceny są niższe od cen w pierwszorzędnych restauracjach warszawskich i krakowskich. Prócz tego Zakład posiada: Pensjonat »Zofjówka« p. Klary Studenckiej, Pensjonat »Ustronie« p. Zofji Teodorowiczowej, w których ceny pokoju wraz z utrzymaniem na I szy sezon wahają się od 6 do 12 złotych. Orkiestra wojskowa grywa codziennie dwa razy podczas picia wód od 7-mej do 9-tej rano, od 5 do 7. Zakład otwarty jest od 15 maja do 30 września. Pokoje zaś rezerwuje się na I. sezon od 15 maja, na II. sezon po 1-szym lipca (zależnie od zwolnienia mieszkania przez kuracjuszy z I go sezonu) i na III-ci sezon w początkach sierpnia. Tegoroczne inwestycje. 1) Budowa nowych willi i murowanego Zakładu Zdrojowego na 250 pokojów w toku. 2) Większość pokoi zostało nowo umeblowanych. 3) Poprawiono drogi i wysypano ścieżki spacerowe żwirem i łupkiem.

Jastrzębie-Zdrój.

Z przyłączeniem Górnego Śląska do Rzeczypospolitej Polskiej przypadło Polsce nietylko dużo hut i kopalń, ale także znany w Niemczech i zagranicą zakład kąpielowy w Jastrzębiu Zdroju, dawniej »Koenigsdorff-Jastrzemb«. Piękna ta miejscowość jest położona w południowej części Województwa Śląskiego w powiecie Rybnickiem, w okolicy lesistej i pagórkowatej z cudownym widokiem na blizkie Beskidy. Powietrze nadzwyczaj czyste i zdrowe. Temperatura w sezonie od 1. V. do 1. X. 16° C. Stacja kolejowa i Urząd pocztowy Jastrzębie Zdrój. Cała miejscowość jest przyłączona do sieci wodociągowej, kanalizacyjnej i elektrycznej zakładu kąpielowego. Pomieszczenie znajdą kuracjusze w pensjonatach prywatnych hotelach i Zakładzie »Marjanów«. Wszelkie bliższe informacje udziela zarząd kąpielowy. Całodzienne utrzymanie wraz z pokojem od 4—10 zł. Środki lecznicze: naturalne kąpiele jodowo-bromowe (skład chemiczny: w 1 litrze znajduje się chlorku sodowego 1,4471%; potasowego 0,00069%; wapniowego 0,05515%, jodku magnezowego 16,85 mg na 1 litr; bromku magnezowego 23,71 mg; chlorku barowego i strontowego ślady; węglanu żelazowego 4,3 mg, wapniowego 43,4 mg, magnezowego 1,3 mg, manganu ślady; kwasu krzemowego 2,2 mg; boranu sodowego ślady; substancji organicznej znaczne ślady, taksamo siarczanu i węglanu barowego i fluorku wapniowego znaczne ślady, (kąpiele borowinowe, inhalacje, natryski i terapja elektryczna, diatermia, lampy kwarcowe Jesionka i Roentgen). Ceny środków leczniczych prócz elektroterapji 1—4 zł. Wskazania lecznicze: przeciwko wszelkim przewlekłym zapalnym chorobom kobiecym, katarom, reumatyzmom (gościec stawowy i mięśniowy) chorobom narządu trawienia, przewlekłym cierpieniom górnego odcinka dróg oddechowych i wszelkim chorobom dziecięcym (spec. skrofuloza). Przeciwwskazania: gruźlica płucna, choroby weneryczne w ostrej formie, wszelkie stany gorączkowe). Rozrywki: stary duży przepiękny park oraz 1000 morgowy teren umożliwiają wygodne przechadzki, codzienny koncert; Kino, Radjo i inne rozrywki. Z Katowic odchodzi dziennie 7 pociągów do Jastrzębia Zdroju; jazda trwa 2 godziny przesiada się w Orzeszu.

Krościenko nad Dunajcem w Małopolsce, letnisko z 3 źródłami miner. szczaw alkaliczno słonych, 6 kilometrów przed Szczawnicą, miasteczko powiatu nowotarskiego, 420 m. nad poziomem morza, położone u podnóża Pienin. Zakładu leczniczego w miejscu nie ma. Dwa pensjonaty, liczne mieszkania w domach prywatnych, w budowie dwie nowe wille. Osób przyjezdnych było w sezonie w roku 1924 zwyż 1200. Spodziewany na rok 1925 koszt całodziennego utrzymania wraz z pomieszkaniem 4—7 Zł.

Lekarz Dr. Edward Merkowski ordynuje stale, apteka w miejscu. Okolica piękna i lesista, miejscowość zasłonięta od wiatrów, klimat łagodny górski.

Znana woda krościeńska ze zdroju Stefana, najzamożniejsza w składniki stałe, przedewszystkiem w chlorek sodu i dwuwęglan sodu, działa znakomicie w chorobach narządu oddechowego, pokarmowego i moczowego, dorównuje w zupełności podobnym wodom zagranicznym jak emskiej, selterskiej, gleichenbergskiej, a nawet je przewyższa.

Państwowy Zakład zdrojowy »Krynica«. Sezon letni od 15. maja do 30. października. Sezon zimowy od 1. grudnia do 30. marca. Szczawy alkaliczne, żelazisto-ziemne. Woda »Zubera« najsilniejsza szczawa alkaliczna Europy. Kąpiele mineralne (kwaso-węglowe) i borowinowe. Zakład fizykalno-leczniczy zaopatrzony we wszelkie najnowsze narzędzia. Kąpiele słoneczno-powietrzne. Pierwszorzędne urządzenia mieszkań w domu zdrojowym. Teatr, orkiestra symfoniczna, koncerty, korty tenisowe, Zakład gimnastyczny dla dzieci i t. d. Stacja kolejowa w miejscu. Pociągi bezpośredniej komunikacji z Warszawy, Poznania, Krakowa i Lwowa. Frekwencja kuracjuszy z r. 1924 16.000 osób. Kąpieli i innych zabiegów leczniczych w r. 1924 wydano około 240.000. Budowa centralnych łazienek mineralnych o 260 wannach w toku. Część wanien zostanie oddaną do użytku w roku 1926. Projektowane ceny na r. 1925: Cena pokoju wraz z pościelą i obsługą od 2—6 Zł. Całodzienne utrzymanie od 5—6 Zł. Kąpiel mineralna od 2·20—4 Zł. Kąpiel borowinowa od 3·60—5 Zł. Zabiegi hydro- terapeutyczne 2·50—5 do Zł. W roku bieżącym powstaje nowy Zakład Fizjatryczny Dra St. Lewickiego we willi pod Trąbką. Zakład posiada: diatermję, kąpiele z gorącego powietrza (Bier-Polano), lampę kwarcową, stosuje też elektryzowanie, mięsienie zwykłe i wibracyjne oraz gimnastykę leczniczą.

Krynicka Komisja zdrojowa zamknęła rachunki za rok 1924 znacznym plusem przenoszącym 35 tysięcy złotych. Z dochodów ub. roku zakupiono nadto za 94 tysięcy »Jaworzynkę« okazały dwupiętrowy budynek na tzw. Kazimierzu, w którym mieścić się będzie w przyszłości szpital zdrojowy; na remont elektrowni i zakupno drugiej lokomobili wydano 41 tysięcy, a na wykończenie zakładu ogrodniczego i oranżerji 53 tysięcy. Wydatki administracyjne łącznie z utrzymaniem orkiestry, straży zdrojowej wynosiły przeszło sto tysięcy, a na subwencje miejscowe, dotacja na budowę kanalizacji oraz koszty rekonstrukcji drogi (Krynica-Tylicz) przeszło 21 tysięcy.

Lubień Wielki zdrojowisko siarczano-borowinowe w powiecie Gródeckim. Stacja kolejowa, poczta, telegraf, telefon w miejscu. Odległość od Lwowa 3 kwadranse koleją. Zakład kąpielowy leży w pięknym 60 morgowym parku; tamże kaplica, orkiestra zdrojowa, kasyno, wypożyczalnia książek, apteka. Czterech lekarzy. Łazienki o 60 kabinach. Zakład gimnastyki ortoped. Zandera; wziewalnia siarczana syst. Dra Bullinga; kąpiele elektryczne; emanatorjum radowe. Kąpiele siarczane od 2—3 Zł; borowinowe 5 zł; elektryczne 5 Zł; wziewalnia 2; taksa zdrojowa 15 Zł; pokój z komfortem 3 Zł; utrzymanie całodzienne w restauracji zakładowej 5 Zł; pensjonat pokój i wikt (5 razy dziennie) 10 Zł. Sezon od 15 maja do końca września.

Uzdrowisko Niemirów-Zdrój.

Ceny sezonu 1925.

	Sezon I-y i III-ci	Sezon główny
Kąpiele siarczane I. klasy	2·50	3·50
» » II. »	1·50	2·30
» borowinowe I. klasy	4·00	5·00
» » II. »	3·00	4·00
» » częściowe	2·50	3·00
Zabieg hydropatyczny złożony	2·00	2·50
» » pojedyńczy	1·00	1·50
Kąpiele gazowe	5·00	
» zwykłe	1·50	2·50
» powietrzne i gimnastyka przez 4 tygodnie	12·00	

Cena pokojów 1—4 Zł. Całodzienne utrzymanie w restauracji zakładowej 4—5 Zł. Ceny w pensjonatach 5—8 Zł dziennie od osoby za pokój z utrzymaniem.

Taksa zdrojowa 12 Zł od osoby za sezon — od osoby towarzyszącej 8 Zł. Cena jazdy autobusem Rawa-Ruska dworzec do Zakładu 3 i 4 Zł. Sezon 1-y od 10. V. do 20. VI., II-gi od 20. VI. do 20. VIII., trzeci od 20. VIII. do końca października.

Solec, zakład wód mineralnych siarczano-słonych, ziemia kielecka, sezon od 11-go maja do 20-go września. Zakład, stanowiący obecnie własność inż. Romualda i Włodzimierza Daniewskich, mieści się na paręset morgowej, obficie zadrzewionej przestrzeni, wśród obszernych ogrodów. Kościół na miejscu. Okazały gmach nowych łazienek odbudowywany obecnie po pożarze 1921 r. nie jest jeszcze zupełnie gotowy; budowa jednak posunęła się znacznie i w nadchodzącym sezonie cały już prawie gmach będzie oddany do użytku kuracjuszów, co pozwoli obsłużyć większą niż lat ubiegłych liczbę chorych, zwłaszcza, że uruchomiony w przeszłym roku nowy mechanizm do wydobywania wody mineralnej zapewnia znaczne powiększenie jej ilości po gruntownem oczyszczeniu Soleckiego źródła, przeprowadzonem z wielkim nakładem kosztów w jesieni ubiegłego roku. Środki lecznicze: 1) Woda mineralna Solecka — najsilniejszy ze znanych w Europie zdrój siarczano-słony, zawierający jod i sól glauberską — do kąpieli i picia. 2) Kąpiele mułowe ogólne i częściowe. 3) Kąpielowe igliwiowe i kwaso-węglowe (Neuheimskie). 4) Kąpiele z gorącego powietrza, masaże, lampa kwarcowa, elektryzacja. 5) Pijalnia wód mineralnych, naturalnych i sztucznych.

Ordynować w Solcu w sezonie będzie: kierownik zdroju dr. Krassowski, były lekarz zakładowy zdrojowiska w Busku i inni specjaliści lekarze. Felczerzy, masażystka. Choroby skutecznie leczone: reumatyzm stawowy i mięśniowy, dna, przymiot (syphilis), choroby skórne, zołzy (skrofuły) i krzywica, choroby nerwowe (nerwobóle, ischias), neurastenja, atonja kiszek, początki tabesu, przewlekłe zapalenia stawów i kości.

Wpisy wynosić będą około 15 Zł. Kąpiele mineralne około 2 Zł. Kąpiele mułowe około 5 Zł. Kąpiele mułowe częściowe około 2 Zł. Kąpiele kwaso-węglowe około 3·5 Zł lub więcej, w zależności od poziomu urządzeń łazienkowych.

Kuracjusze, mieszkający w domach zakładowych, korzystają ze zniżki (około 20%) od normalnych cen kąpieli mineralnych i mułowych. Pokój umeblowany z siennikiem od 1.5 Zł (bez pościeli i oświetlenia) do 6 Zł (na dwie osoby z materacem, pościelą i oświetleniem elektrycznem na dobę). Mieszkania familijne z 2 pokojów i kuchni lub przedpokoju od 2 Zł do 5 Zł na dobę (bez pościeli).

Wobec braku i drożyzny pościeli uprasza się Szanownych kuracjuszów o przywożenie pościeli ze sobą. Tylko hotel i pensjonat są zaopatrzone w pościel, inne wille, o ile takowa jest do rozporządzenia.

Obiad z 2 dań od 1.0 Zł. Całodzienne dostatnie utrzymanie około 4—5 Zł.

Zakopane.

Budowa sanatorjum dla nauczycieli szkół powszechnych w Zakopanem na stokach Gubałówki ukończoną zostanie 1-go października b. r. Koszt budowy wynosi 750.000 złotych. Sanatorjum posiadać będzie około 400 pokojów.

Ze świata.

Doroczny zjazd Niemieckiego Towarzystwa Internistów odbędzie się od 20. do 23. kwietnia 1925 jak zwykle w zdrojowisku W i e s b a d e n.

Doroczne posiedzenie Niemieckiego Towarzystwa roentgenowskiego odbędzie się od 25. do 27. kwietnia b. r. w zdrojowisku N a u h e i m.

Wędrowny zjazd neurologów i psychjatrów południowo-zachodnich Niemiec odbędzie się tego roku w zdrojowisku B a d e n - B a d e n.

Zjazd południowo - zachodnich L a r y n g o l o g ó w niemieckich odbył się 8. marca b. r. w zdrojowisku W i e s b a d e n. Tamże odbędzie się kurs dokształcający dla lekarzy od 24. kwietnia do 7. maja, a więc tuż po zjeździe Internistów.

B a d K r e u z n a c h: Kurs dokształcający dla lekarzy od 22. do 24. maja b. r. Temat główny: Zdrowienie ustroju. Zniżone ceny mieszkań, wyżywienia i przejazdu.

Wszechrosyjski Kongres Fizjatryczny odbędzie się w L e n i n g r a d z i e (Petersburgu) w dniach 23. do 27. maja.

D z i e n n i k z j a z d ó w l e k a r s k i c h f r a n c u s k i c h dla spraw f i z j o t e r a p j i: 1) Piąty kongres zdrojowisk, kąpielisk morskich i stacji klimatycznych w P a r y ż u od 2. do 4. kwietnia 1925, 2) Kongres talassoterapji, 22. do 25. kwietnia b. r. w A r c a c h o n (międzynarodowy), 3) Zjazd Towarzystwa Hydrologów i Klimatologów południowo - zachodniej Francji w B o r d e a u x, zapowiedziany na jesień 1925.

K a s a C h o r y c h w P r a d z e (czeskiej) kończy jesienią b. r. budowę wielkiego, krytego basenu pływackiego w samym środku miasta. Basen zbudowany będzie według najlepszych wzorów przy współudziale Ministerstwa Zdrowia publ. z uwzględnieniem wymagań sportowych. Długość basenu 25 m. szerokość 12 m. Woda będzie zimą ogrzewana. Wszystkie urządzenia sportowe będą wprowadzone (skocznia etc). W oznaczone dni tygodnia basen będzie oddany do wyłącznego użytku sportowców. Pozatem korzystać będą z niego wszyscy członkowie Kasy Chorych.

N i e m i e c k i 40 K o n g r e s b a l n e o l o g ó w obradował od 3. do 8. kwietnia b. r. w Karlsbadzie, Marienbadzie i Franzensbadzie (dzięki bliskości wzajemnej tych uzdrowisk). Główne wykłady dotyczyły chorób przemiany materji, serca i narządów kobiecych. Dopuszczono na posiedzenia także i niecżłonków.

Zmarli.

Dr. Walery M o m i d ł o w s k i, Dyrektor służby Zdrowia w wojew. Krakowskiem.

Nr. 17. 26. kwietnia 1925. Rok IV

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Tadeusz WĄSOWSKI, Wilno.
asystent kliniki Otolaryngologicznej.
Dr. Marjan MIENICKI,
adjunkt kliniki Dermatologicznej (gab. Roentgena).

Wpływ promieni Roentgena na krzepliwość krwi i formułę leukocytową w świetle własnych spostrzeżeń.

Z klinik Otolaryngologicznej i Dermatologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownicy: Prof. Dr. Szmurło i Prof. Dr. Z. Sowiński.

Znane od lat kilkunastu działanie dodatnie promieni Roentgena na krzepliwość krwi w stanach krwotocznych stanowi dotychczas kwestję żywo interesującą świat lekarski, zarówno z punktu widzenia teoretycznego jak i praktycznego.

Niepewność działania środków farmaceutycznych w wielu razach w przypadkach krwawienia, a przeciwnie, szybki efekt po naświetlaniu jest tego przyczyną. Z drugiej strony nadzwyczaj ciekawem jest zagadnienie, jak się zachowują stałe składniki krwi oraz jej skład chemiczny pod wpływem naświetlania, oraz na czem polega sprawa zwiększonej krzepliwości krwi pod wpływem naświetlań.

W r. 1905 Gramegma stwierdził wzmożenie krzepliwości krwi po naświetlaniu promieniami Roentgena zwierząt laboratoryjnych. W r. 1912 Triboulet, Albert Weil i Paraf zauważyli w przypadku plamicy polepszenie pod wpływem działania promieni Roentgena, trwające czas dłuższy. W r. 1913 Manuchin podaje własne spostrzeżenie w tej kwestji. W r. 1920 Stephan ogłasza swą pracę p. t. »Reticulo-endothelialer Zellaparat und Blutgerinnung«, w której daje pewne wyjaśnienie przyczyny tych zjawisk. Mianowicie uważa on, że główną rolę odgrywa tu aparat śródbłonkowo-siateczkowy śledziony, który zostaje podrażniony przez naświetlanie promieniami Roentgena.

Inni autorzy, jak Schenes, Tichy, Levy-Dorn i Schulhof, Feissly, Partsch, Wohlisch widzieli wzmożenie krzepliwości krwi nietylko po naświetlaniach śledziony, lecz i innych narządów i części ciała ludzkiego (wątroba, naczynia, szyja, kolano). Canuyt i Wolff otrzymali najlepsze wyniki przy naświetlaniach śledziony i wielkich naczyń; prócz tego Canuyt i Labarre otrzymali pozytywne wyniki z krwią in vitro.

W r. 1921 Neuffer w pracy swej p. t. »Ueber Milzbestrahlung bei Hämophilie« wyraża odmienny od Stephan'a pogląd na istotę zmian wywołujących wzmożenie krzepliwości krwi. Jego zdaniem wzmożenie krzepliwości idzie równolegle do występującego w następstwie naświetlania promieniami Roentgena rozpadu limfocytów i leukocytów. W swej pracy przytacza on spostrzeżenia Heineck'ego, który badał działanie promieni X na śledzionę psów. Widział on mianowicie występujące najsilniej po 12 godzinach od naświetlania zmiany rozpadowe w grudkach chłonnych śledziony, które jednak zostawały już po 14 dniach wyrównane.

Badanie Pagnier'a, Ravina'y i Solomon'a nie potwierdzają zdania Neuffer'a.

Wreszcie istnieje pogląd, że odgrywa tu rolę wstrząs koloidowy, wywołany dostaniem się do krwiobiegu uwolnionych pod wpływem naświetlania ze śledziony ciał białkowych (M. Giraud, G. Giraud, L. Pagés).

U nas wpływ dodatni naświetlań promieniami Roentgena na krzepliwość krwi dokładnie badali, sądząc z dostępnej nam literatury, Semerau-Siemianowski, Misiewicz, Pułjanowski, Kowalski. Ten ostatni uważa, że najbardziej celowe są naświetlania śledziony, gdyż ona więcej niż każdy inny narząd posiada komórek śródbłonkowych, skupionych na względnie małej przestrzeni.

Obserwując na oddziale otolaryngologicznym szpitala wojskowego w Wilnie dwóch chorych ze zmniejszoną krzepliwością krwi (jeden — z krwawieniem nosowem; uniemożliwiającem wykonanie zabiegu na przegrodzie nosa, drugi — z krwotokiem pooperacyjnym z nosa), przedsięwzieliśmy z inicjatywy Prof. Szmurły, kierownika kliniki otolaryngologicznej U. S. B. niniejszą pracę, w celu określenia najdogodniejszej ze względów praktycznych metodyki naświetlań oraz dawkowania, z drugiej strony wyjaśnienia, jak się zachowują w okresie naświetlań stałe składniki krwi tak pod względem ilościowym jak i jakościowym. Wykonane w pierwszym przypadku badanie składników stałych krwi przed i po naświetlaniu, wykazujące pewne zmiany, zachęciło do dalszych obserwacyj w tym kierunku. Liczba badanych przez nas osobników jest względnie niewielka, jednak zmiany w zachowaniu się głównie białych ciałek krwi zasługują na uwagę i pozwalają na pewne niepozbawione znaczenia, uogólnienia.

Krótkie historje chorób pierwszych dwóch badanych są następujące:

I. Józef S. st. szeregowiec 22 lat, budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Uskarża się na trwającą od roku trudność oddychania nosem. Po skaleczeniu łatwo i długo krwawi. Serce, płuca, narządy jamy brzusznej bez zmian, t° — normalna, mocz — N, odczyn Wassermann'a ujemny. Badanie nosa wykazuje przerost obu małżowin dolnych i skrzywienie przegrody nosa w lewo. Postanowiono dokonać resekcji podśluzowej przegrody. Podczas znieczulania pola operacyjnego zastrzyknięciem novocainy z adrenaliną wystąpiło bardzo obfite krwawienie, które zmusiło do zatamponowania nosa. Krzepliwość krwi (met. Sahli) 20—23' (21. VIII.). Choremu 29. VIII. b. r. naświetlano śledzionę, 3. IX. — piszczel, 8. IX. dłoń, 25. IX. — dłoń po uprzedniem nałożeniu na ramię węża Esmarch'a, 27. IX. — płuco, poczem wykonana została bez żadnego krwawienia operacja. Przebieg pooperacyjny normalny.

II. Piotr O. szeregowiec 22 lat, budowy i odżywienia prawidłowego. Chorób żadnych nie przechodził. Rodzeństwo zdrowe. Od 5-ciu miesięcy trudność oddychania nosem. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej bez zmian, t° — normalna, mocz — N, odczyn Wassermann'a ujemny. Badania nosa wykazują przerost prawej dolnej małżowiny w bardzo znacznym stopniu, tylna rynoskopja wykazuje guz z prawej strony jakby zstępujący ze stropu i bocznej ściany nosa, opuszczający się do dolnej części przewodu wspólnego i zrastający się z tylną częścią przegrody. 21. VII. b. r. usunięto zwykłym sposobem muszlę dolną Podczas operacji wystąpił silny krwotok, uniemożliwiający dokończenie zabiegu, wobec czego przewód nosowy szczelnie wytamponowano. Najmniejsza próba wydobycia sączków w okresie pooperacyjnym wywołuje nowe krwotoki, stosowanie zaś surowicy, żelatyny, oraz soli wapnia pozostaje bez skutku. Ciepłota szybko podnosi się, występują objawy zakażenia. Krzepliwość krwi (met. Sahli) 1. VIII. — 11 — 16', a 3. VIII. — 17—20'. Głębsze sączki pozostawiono do 14. VIII., poczem krwotoki ustały. Chory poprawił się. Ponieważ jednak należało operację zakończyć, chory był poddany naświetlaniom promieniami Roentgena. Pierwsze naświetlanie wykonano 31. VIII. (piszczel), drugie (śledziona) — 8. IX. trzecie (dłoń po uprzedniem starannem usunięciu za pomocą masowania krwi żylnej i nałożeniu prócz tego na ramię węża Esmarch'a) — 27. IX. Dnia 29. IX. wykonano operację usunięcia guza sposobem Denker'a (prof. Szmurło), przyczem okres pooperacyjny przeszedł normalnie.

Badania krzepliwości oraz składników stałych krwi w tych dwóch przypadkach były wykonywane bezpośrednio przed naświetlaniem, zaraz po naświetlaniu (10'), w godzinę po naświetlaniu, w 5 godzin, w 27 godzin, w 100 godzin. Prócz tego niekiedy były czynione dodatkowe badania, o ile wymagały tego zmiany w krzepliwości krwi; n. p. po niektórych naświetlaniach zmiany trzymały się ponad 100 godzin, wobec czego badania przedłużały się nawet do godzin 400.

Niekiedy naświetlania następowały szybko po sobie w celu porównania wyników osiągniętych przez to z wynikami otrzymanemi po naświetlaniach pojedyńczych. Naświetlane były różne narządy u tych samych osobników, by sprawdzić, czy wyniki będą się różniły w warunkach tego samego ustroju. Przestrzegaliśmy, by technika naświetlania i dawka zawsze były jednakowe. Naświetlaliśmy jedno pole, odległość

T A B L I C A I. Józef S.*).

Czas badania	Krzepliwość krwi	Ilość hemogl.	b. c	c. c.	płytki	L.	E.	M.	T.	Tü.	My.	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	15—20'	70	8.800	2,950.000	159.300	31%	9,5%	3 %	2,5%	1%	—%	—%	6%	47%	53%
29. VIII naświetlanie śledziony.															
w 10'	14—21'	70	8.100	3,700.000	318.200	36.5	5.5	6.5	0.5	1.5	—	3	3.5	43	49 5
» 1 godz.	7—17	65	8.100	4,100.000	184.500	39	6	3	—	2	—	3	7.5	39.5	50
» 5 »	9—12	65	10.000	4,300.000	216.400	53.5	7	1.5	2.5	0.5	—	—	4	31	35
» 27 »	7—10	70	10.400	2,600.000	83 200	39	4	12	2	1	—	2	1	39	42
» 100 »	17—23	70	6.900	2,750.000	130.500	41.5	3.5	11	—	—	—	3.5	2.5	38	44
3. IX naświetlanie piszczeli.															
w 10'	9—12'	70	6.800	2,500.000	114.750	35.5	3.5	4	—	—	0.5	3.5	3	50	57
» 1 godz.	9 13	65	3.500	3,330.000	183.500	25	7	8.5	—	—	1	4.5	1.5	52.5	59.5
» 5 »	10—12	60	2.800	2,750.000	148.000	40.5	5	7	0.5	--	0.5	3.5	3	40	47
» 27 »	16—20	70	3.200	2,900.000	192.000	45.5	2	8	1	—	1.5	2,5	7.5	32	43.5
» 100 »	13—18	80	5.200	3,150.000	130.200	30	5	15	—	—	—	3	8	39	50
8. IX naświetlanie dłoni.															
w 10'	9—14'	75	5.200	2,750.000	129.250	46	2	8	1	—	—	3	5	35	43
» 1 godz.	8 9	75	4.300	2,800.000	159.600	30	4	24	—	—	--	7	4	31	42
» 5 »	10—13	65	4.400	1,900 000	84.000	36	11	11.5	0.5	—	0.5	3	5.5	32	41
» 27 »	6—12	75	4.900	1,850.000	114.000	28	3	19	1	—	—	1	4	44	49
» 72 »	6—10	65	7.500	3,530.000	127.000	41	1	8	-	—	—	4	4	42	50
» 100 »	9—11	70	6.300	2,000.000	90.000	45	5.5	7.5	—	—	—	1	5	36	4[illegible]
» 124 »	8—11	70	8.000	1,600.000	96.000	45.5	3	5	--	—	—	2.5	6	38	46.5
» 148 »	9—13	70	7.200	2,460.000	113.160	54	6	1	—	—	—	1	6	32	39
» 172 »	10—15	70	8.200	3,000.000	210.000	39	6.5	3	1	—	—	0.5	3	47	50.5
» 200 »	10—12	80	6.600	2,800.000	180.000	49	6	9	—	—	—	—	4	32	36
» 224 »	12—15	60	7.300	2,600.000	222.400	57	4.5	1.5	—	—	—	0.5	3	33.5	37
» 250 »	10—14	75	5.600	2,200.000	154.000	48	4	7	—	—	—	—	2	39	41
» 300 »	10—17	75	8.200	3.250.000	253.000	40	8	6	—	—	—	—	7	39	46
» 350 »	11—12	90	5.600	2,400.000	144.000	42	10	10	—	—	—	—	6	32	38
» 400 »	13—17	80	5.000	2,700.000	189.000	52	6	10	—	—	—	—	8	24	32
» 424 »	9—16	80	3,800	3,250,000	195.000	42	4	6	1	—	—	2	6	39	47

*) b. c. — białe ciałka krwi, c. c. — czerwone ciałka krwi, L — limfocyty, E — eozynochłonne, M — mono i przejściowe T — tuczne, Tü — plazmatyczne, My — myelocyty, Mł — młode, Pał — pałeczkowate, W — wielokształtne, N — neutrofile.

T A B L I C A I. Józef S. ciąg dalszy.

Czas badania	Krzepliwość krwi	Ilość hemogl.	b. c.	c. c.	płytki	L.	E.	M.	T.	Tü.	My.	Ml	Pał.	W.	N.
25. IX naświetlanie dłoni po nałożeniu na ramię węża Esmarch'a.															
w 10'	11 - 15'	80	3.600	2,900.000	174.000	42	6	10	—	—	—	2	4	36	42
» 1 godz.	8–12	80	4.400	2,500.000	175.000	38	2	8	2	—	—	2	6	42	50
» 5 »	6–8	80	4.800	2,700.000	164.700	40.5	4.5	7.5	—	—	0.5	2	5.5	39.5	47.5
» 27 »	6–11	85	6.200	3,100.000	186.000	37	5	7	—	—	—	1	9	41	51
» 48 »	8–12	80	4.000	2,600.000	130 000	50	4	7	—	—	—	—	12	30	42
29. IX naświetlanie płuca.															
w 10'	7–10'	80	6.400	3,700.000	259.000	44	3	6	—	—	—	3	7	37	47
» 1 godz.	5–9	80	5.800	3,250.000	227.500	40	16	6	—	—	—	4	4	30	38
» 5 »	6–10	75	9.600	3,000.000	195.100	24	4	2	—	—	—	2	20	48	70
» 27 »	10–13	90	7.000	3,300.000	198.000	42	2	4	—	—	—	8	10	34	52
» 124 »	8–12	85	7.600	4,200.000	210.000	28	10	8	—	—	—	2	6	46	54
» 300 »	12–14	85	6.400	3,550.000	213.000	32.5	4	4	—	—	—	0.5	7	49	56.5

antykatody od powłoki skórnej wynosiła stale 23 cm; filtr glinowy 1 m/m grubości; obarczenie rury 2 m-amp. przy 135 k. w; dawka 2 H wzgl. 10 X. Aparat »Universal« firmy Siemens i Halske, rura systemu Coolidge'a.

Wobec częstych badań dla określenia krzepliwości krwi nie mogliśmy posługiwać się braniem krwi z żyły, lecz braliśmy ją z nakłótego końca palca (sposób podany w podręczniku Szczepańskiego), sprawdziwszy tę metodę na 50-ciu osobnikach. Z tych 7-miu było zdrowych, pozostali przebywali w szpitalu z rozmaitemi cierpieniami; 24-ch cierpiało na przewlekłe ropienie ucha, 6-ciu na choroby nosa, 12-tu — choroby oczu, w tem 9 z objawami początkowej jaglicy, jeden chory był na zapalenie miedniczek nerkowych. Wiek badanych wahał się między 17—58 l. Przeciętne cyfry krzepliwości krwi wynosiły: dla fazy 1-ej — 9,3', dla fazy 2-ej — 10,1'.

Wzór białych ciałek krwi określany był według szematu Schilling'a (patrz — Schilling: Das Blutbild und seine kl. Verwendung 1924. Str. 32).

Czas badań zazwyczaj przypadał przed jedzeniem lub najmniej 2 godziny po jedzeniu.

Z podanych tablic widzimy, że krzepliwość krwi ulegała zwykle po naświetlaniach wzmożeniu, niekiedy dość znacznemu. U jednego z naświetlanych po naświetleniu śledziony krzepliwość wzmogła się po 27 godzinach z 15—20' na 7—10' t. j. o 100%, powróciła zaś do cyfr pierwotnych po 100 godzinach; u drugiego badanego już po pięciu godzinach krzepliwość krwi dosięgła swego maximum (z 10—18' na 7—10' t. j. o 90%), potem się nieco zmniejszyła, by po 124 godzinach dać cyfry 5—8', potem znów się zmniejszyła, wykazując po 224 godz. 7—9'; w dalszym ciągu krzepliwość słabła, nie dochodząc jednak do cyfr pierwotnych nawet po 400 godzinach.

Po naświetlaniu piszczeli u pierwszego badanego widzimy wzmożenie krzepliwości krwi już po 10 minutach od naświetlania (z 17—23' na 9—12' t. j. o 94%): po 27 godz. krzepliwość wraca prawie do stanu przed naświetleniem. U drugiego widzimy największe wzmożenie krzepliwości dopiero po upływie 124 godz. (z 13—17' na 6—10' t. j. o 85 procent), po 127 godzinach powrót do stanu poprzedniego.

Naświetlanie dłoni u pierwszego badanego, po uprzedniem nałożeniu węża Esmarch'a na ramię, wywołuje zmniejszenie czasu krzepnięcia po 5 godzinach (z 9—16' na 6—8' czyli prawie o 100%), u drugiego zaś przy znaczniejszem anemizowaniu, gdyż przed nałożeniem węża Esmarch'a wyciśnięto możliwie krew żylną z kończyny, — już po upływie jednej godziny od naświetlania krzepliwość nieco się wzmaga (z 13—16' na 10—13' t. j. około 45%), by już po 27 godzinach wrócić do cyfr pierwotnych.

Po naświetlaniu płuca pierwszego badanego po 10' dało się już zauważyć pewne zmniejszenie czasu krzepnięcia, jednak największego stopnia dosięgło ono dopiero po godzinie (z 8—12 na 5—9' czyli prawie 50%). Następnie dały się zauważyć pewne wahania w kierunku przedłużenia czasu krzepnięcia, jednak nieznaczne.

Widzimy więc, iż naświetlania różnych narządów i części ciała tych badanych wywoływało stale wzmożenie krzepliwości krwi. Czas, w którym krzepliwość dosięgała najwyższego stopnia, wahał się między 10 minutami a 124 godzinami od naświetlania. Usunięcie z pola naświetlania znacznej części krwi wpływało nieco ujemnie na stopień wzmożenia krzepliwości, szczególnie zaś jednak na trwałość wyników.

Ilość hemoglobiny ulegała bardzo nieznacznym wahaniom, mianowicie, pewne zwiększenie jej ilości dało się zauważyć u jednego z badanych po 350 godz. od naświetlania dłoni i po 27 godz. od naświetlania płuca.

Co do ilości płytek krwi, to widzimy znaczne jej wahania — zwiększanie się ilości ich do 318,200 u pierwszego badanego w 10 minut po naświetlaniu śledziony, u drugiego do 273,000 po 472 godzinach od naświetlania śledziony, zmniejszanie się zaś do cyfr — 83,200 (po 27 godz. od naświetlania śledziony) u pierwszego i 67,500 u drugiego (po 100 godz, od naświetlania piszczeli i po 5 godz. od naświetlania śledziony). Jeśli te wahania porównać z wahaniami krzepliwości krwi, to zobaczymy, iż u pierwszego przy siedmiokrotnem wzmaganiu się krzepliwości, pięć razy odpowiadało temu zmniejszenie liczby płytek (71,4%), raz jeden zwiększenie (14,3%) raz zaś ilość płytek pozostała bez zmian (14,3%); w okresach zmniejszonej krzepliwości na siedem razy w pięciu obserwowano zwiększenie ilości płytek (71,4%), w dwóch zaś zmniejszenie (28,6%). U drugiego badanego widzimy pod tym względem obraz odmienny. Mianowicie,

T A B L I C A II. Piotr O.

Czas badania	krzepliwość krwi	ilość hemogl.	b. c.	c. c.	płytki	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	13—17'	55	9.700	3,050.000	147.000	24%	4%	2,5%	0,5%	1%	—%	—%	5%	63%	68%
31. VIII. naświetlanie piszczeli															
w 10'	14–17'	70	7.600	2,650.000	82.150	19,5	2	13,5	—	0,5	—	0,5	—	64	64,5
« 1 godz.	11–14	65	6.600	2,250.000	100.000	19,5	6,5	9	—	—	0,5	0,5	1	63	65
« 5 «	8—13	60	6.200	2,350.000	89.000	33	3	8	—	3	0,5	2	3	47,5	53
« 27 «	12—17	60	5.400	3,200.000	128.000	27,5	7,5	7,5	0,5	0,5	0,5	3,5	2	50,5	56,5
« 100 «	6 12	60	3.200	1,500.000	67.500	33,5	4,5	6,5	1,5	—	—	2,5	1,5	50	54
« 124 «	6—10	70	2.700	2,450.000	116.100	22,5	3	6,5	—	—	—	2	5	61	68
« 148 «	12–15	60	6.700	2,700.000	90.200	31	0,5	15	2,5	—	—	3,5	3	44.5	51
« 172 «	10–18	70	3.200	3,000.000	153.000	37	1	11	1	—	—	—	4	46	50
naświetlanie śledziony															
w 10'	9—12'	75	6.000	2,400.000	108 000	25	3	5	0,5	—	—	3	6	57,5	66,5
« 1 godz.	8–12	80	7.000	2,400.000	91.200	27,5	4	6	—	—	1	5	1	55,5	62,5
« 5 «	7—10	65	3.600	2,250.000	67.500	33	6	21	1	—	—	4	2	33	39
« 27 «	7—10	65	4.800	2,250.000	210.000	15,5	0,5	9,5	1,5	—	0,5	3	5	64,5	73
« 72 «	8–12	70	6.600	2,430.000	72.900	41	4	8	—	—	—	—	1	46	47
« 100 «	9—12	60	5.500	2,300.000	103.500	31	5	7	—	—	—	—	3	54	57
« 124 «	5— 8	60	6.000	3,480.000	174.000	23	2	7	—	—	—	0,5	1,5	66	68
« 148 «	9—14	60	5.500	2,730.000	125.580	39	4	3	—	—	—	0,5	1	52,5	54
« 172 «	10—13	65	7.200	2,500.000	110.000	26	4	2,5	0,5	—	—	0,5	5	61,5	67
« 200 «	8—10	60	5.400	2,250.000	162 000	38	4	5,5	—	—	—	0,5	2	50	52,5
« 224 «	7— 9	75	5.500	1,825.000	132,350	39,5	3,5	3	—	—	—	—	2	52	54
« 250 «	9—12	75	4.600	2,250.000	157.500	46	4	2	—	—	—	—	3	45	48
« 300 «	9—13	70	4.600	3,600.000	216.000	32	2	2	—	—	—	2	4	58	64
« 350 «	11—14	75	4.200	3,000.000	180.000	32	8	8	—	—	—	2	2	48	52
« 400 «	12—15	70	4.400	3,700.000	222.000	30	8	6	—	—	—	—	6	50	56
« 472 «	14–16	75	4.800	3,900.000	273.000	40	11	8	—	—	—	—	5	36	41
naświetlanie dłoni (po możliwem usunięciu krwi żylnej i nałożeniu węża Esmarch'a)															
w 10'	11—17'	75	5.200	3,400.000	221.000	42	8	10	—	—	—	1	4	35	40
« 1 godz.	10–13	70	4.000	3,000.000	210.000	45	6,5	4	—	—	—	1,5	7	36	44,5
« 5 «	10—14	75	6.800	3,300.000	214.500	30	4	8	—	—	—	—	6	52	58
« 27 «	13—17	70	4.800	3,300.000	198.000	30	4	10	—	—	—	—	8	48	56
« 124 «	9—13	80	4.800	3,150.000	176.400	36	1	4,5	—	—	—	0,5	4	54	58,5
« 300 «	10—14	70	6.000	3,500.000	192.500	32	3	6,5	—	—	—	—	6,5	52	58,5

przy wzmożeniu krzepliwości w trzech przypadkach widzimy zwiększenie ilości płytek (50%), w trzech zaś zmniejszenie (50%), przy zmniejszonej krzepliwości dwa razy zwiększoną ilość płytek (33,3%), cztery zaś razy zmniejszoną (66,7%).

Stałej więc równoległości w stosunku do zmian krzepliwości krwi w wahaniach ilości płytek po naświetlaniach stwierdzić nie można.

W zachowaniu się czerwonych ciałek krwi nie możemy również zauważyć jakiejś równoległości w stosunku do krzepliwości krwi. U pierwszego badanego w siedmiu razach zwiększonej krzepliwości obserwujemy raz zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi (14,3%), dwa razy zmniejszenie (28,6%), cztery zaś razy ilość ich pozostaje prawie bez zmian (57,1%). Przy zmniejszonej krzepliwości na siedem razy znajdujemy dwa razy zmniejszenie ilości krwinek (28,6%), trzy razy zwiększenie (42,8%), dwa razy zaś ilość ich nie podlega wahaniom (28,6%). U drugiego badanego na sześć razy zwiększonej krzepliwości dwa razy zwiększa się ilość krwinek (33,3%), cztery zaś razy zmniejsza się nieznacznie (66,7%), przy zmniejszeniu krzepliwości — trzy razy ilość ich wzrasta (50%), dwa razy nieznacznie zmniejsza się (33,4%), jeden raz pozostaje bez zmian (16,6%).

Zachowanie się białych ciałek krwi było następujące; u pierwszego badanego podczas wzmożenia krzepliwości krwi zauważamy pięć razy zmniejszenie się ich ilości (71,4%), dwa razy zaś zwiększenie (28,6%), podczas zaś zmniejszonej krzepliwości pięć razy zwiększenie ilości białych ciałek (71,4%), dwa razy zmniejszenie (28,6%); u drugiego badanego zwiększeniu krzepliwości trzy razy towarzyszyło zmniejszenie liczby białych ciałek (50%), raz zwiększenie (16,7%), dwa razy ilość ich pozostała bez zmian (33,3%), przy osłabieniu krzepliwości cztery razy obserwowano podniesienie liczby białych ciałek (66,7%), dwa razy zmniejszenie ich ilości (33,3%).

Z powyższych zestawień widzimy wyraźną równoległość wahań ilości białych ciałek krwi do wahań krzepliwości: okresom zwiększonej krzepliwości odpowiadało zwykle zmniejszenie ilości białych ciałek, okresom zaś osłabionej krzepliwości — zwiększenie ich liczby.

Badając wzór białych ciałek krwi, możemy zauważyć pewne niekiedy dość znaczne wahania ich wzajemnego stosunku, odpowiadające momentom największej i najmniejszej krzepliwości.

U pierwszego badanego podczas wzmożenia krzepliwości widzimy w 57,1% zmniejszenie ilości limfocytów i obojętnochłonnych, natomiast zwiększenie się odpowiednie ilości eozynochłonnych i przejściowych, w chwilach zaś zmniejszonej krzepliwości — zwiększenie się ilości limfocytów 85,7%, obojętnochłonnych tylko 42,9%, ilość eozynochłonnych zmniejsza się w 71,4%, przejściowych zaś w 57,1%. U drugiego badanego podczas wzmożonej krzepliwości ilość limfocytów ulega zmniejszeniu w 50%, obojętnochłonnych tylko w 16,6 procent, ilość eozynochłonnych w większości przypadków spada (83,4%), przejściowe przybywają w 50%. Momentom osłabionej krzepliwości odpowiada w 50% wzrost limfocytów, eozynochłonnych i przejściowych, natomiast liczba obojętnochłonnych w 83,4% zmniejsza się.

W obu przypadkach prócz tego daje się zauważyć niekiedy, szczególnie po naświetlaniach piszczeli, dość znaczne przesunięcie na lewo wzoru obojętnochłonnych (P. J.).

Obserwując w powyższych przypadkach tak znaczne zmiany w zachowaniu się białych ciałek krwi w stosunku do wahań krzepliwości, ograniczyliśmy się w dalszych swych badaniach na innych osobnikach tylko do notowania zmian krzepliwości, ilości leukocytów i określania ich wzoru.

Badanych było sześciu żołnierzy, przyczem wybrani posiadali naogół nieco zmniejszoną krzepliwość: trzech z przewlekłem ropieniem ucha środkowego bez powikłań, dwóch z wyroślami adenoidalnemi; jeden z zarośnięciem choany. Dwom z nich naświetlaliśmy dłoń trzy razy co 24 godziny (dawka 2 H), dwom innym w tych samych warunkach śledzionę, dwaj pozostali otrzymali po jednem naświetlaniu śledziony przy dawce 6 H. Czas badań zwykle przypadał przed jedzeniem lub nie mniej niż w 2 godziny po jedzeniu.

T A B L I C A III. Bolesław K.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü.	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	11—13'	6,800	32%	3%	4,5%	—%	—%	—%	—%	4,5%	56%	60,5%
naświetlanie dłoni.												
w 4 godz.	8—11'	9.200	28	3	5	1,5	—	—	1,5	3,5	57,5	62,5
w 24 »	7—11'	5.400	30	8	4	—	—	—	—	2	56	58
naświetlanie dłoni.												
w 4 »	9—11'	7.600	45	4	3	—	—	—	1	3	44	48
w 24 »	9—10'	7.000	34	5	4	1	—	—	1,5	3,5	51	56
naświetlanie dłoni.												
w 4 «	7—8'	8.000	30	2	12	—	—	—	—	2	54	56
w 24 »	6—8'	7.200	30	6	9	—	—	—	—	1,5	53,5	55
w 48 »	4—5'	8.200	34	2	4	1	0,5	—	0,5	3	55	58,5
w 100 »	7—8'	5.800	50	2	8	—	—	—	—	2	38	40
w 200 »	8—13'	8.800	29	1	7	—	—	—	—	3	60	63

T A B L I C A IV. Stanisław P.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	9—14'	4.200	31%	1%	3,5%	—%	—%	—%	—%	5,5%	59%	64,5%
naświetlanie dłoni												
w 4 godz.	7—9'	6.600	22	2	10	—	—	—	4	6	56	66
w 24 »	11—14;	5.200	42	4	6	—	—	—	1,5	2,5	44	48
naświetlanie dłoni												
w 4 »	7—8'	8.600	31	1	13	1	—	—	1	6	47	54
w 24 »	7—9'	5.000	14	4	12	—	—	—	4	12	54	70
naświetlanie dłoni												
w 4 »	5—8'	5.600	16	6	16	—	—	—	—	8	54	62
w 24 »		8.200	17	2	6	—	0,5	—	—	4,5	70	74,5
w 48 »	8—12'	9.600	20	2	16	—	—	—	1	5	56	62
w 100 »	9—11'	6.000	42	2	10	—	—	—	0,5	9,5	36	46
w 200 „	9—13'	4.200	48	2	11,5	1,5	—	—	—	4	33	37

Tablice III. i IV. przedstawiają wyniki badań, otrzymane po trzykrotnem z przerwami 24-godzinnemi naświetleniu dłoni przy dawce 2 H.

U tych badanych po trzykrotnem naświetlaniu dłoni z przerwami 24-godzinnemi krzepliwość wzrastała już po upływie 4-ch godzin od pierwszego naświetlania nieznacznie, naj-

T A B L I C A V. Bronisław K.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	10—13'	7.400	42%	3%	3%	1%	—%	—%	—%	2%	49%	51%
naświetlanie śledziony.												
w 4 godz.	11—13'	8.200	35	3	14	—	—	—	—	2	46	48
w 24 »	12—15'	8.600	36	4	6	—	—	—	—	6	48	54
naświetlanie śledziony.												
w 4 »	7—12'	6.700	30	2	14	—	—	—	—	5,5	48,5	54
w 24 »	7—11'	6.400	25	4	.10	—	—	0,5	—	8,5	52	61
naświetlanie śledziony												
w 4 »	7—9'	5.400	20	2	6	2	—	—	1	9,5	59,5	70
w 24 »	7—12'	5.300	40	6	10	—	—	—	—	10	34	44
w 100 »	9—13'	6.000	44	4	6	—	—	—	—	6	40	46

większe jednak wzmożenie jej zauważyć się dało dopiero po trzeciem naświetlaniu, przyczem u pierwszego wzrosła prawie trzykrotnie, u drugiego prawie dwukrotnie. Ilość białych ciałek krwi ulegała zwiększeniu. Ilość limfocytów u pierwszego badanego po małym spadku natychmiast po pierwszem naświetlaniu trzymała się na jednej wysokości, dając skoki nieznaczne w kierunku przyrostu w chwilach zmniejszania się krzepliwości. U drugiego badanego widzimy równoległość wahań limfocytów do zachowania się krzepliwości, mianowicie, spadek ich liczby przy wzmożeniu krzepliwości i wzrost przy zmniejszeniu.

W zachowaniu się eozynochłonnych i przejściowych nie można zauważyć jakiejś prawidłowości — ilość ich w chwilach najbardziej wzmożonej krzepliwości w pierwszym przypadku ulegała zmniejszeniu, w drugim przeciwnie wzmożeniu. W zachowaniu się obojętnochłonnych zasługuje na uwagę przesunięcie wzoru ich na lewo (P. J.).

Trzykrotne naświetlanie śledziony dwóch innych dały następujące wyniki (Tablica V i VI).

Krzepliwość krwi u pierwszego zmieniała się bardzo nieznacznie, ulegając na razie nawet osłabieniu. Największe wzmożenie dało się zauważyć w 4 godziny po trzeciem naświetlaniu (około 50%). U drugiego również najpierw wystąpiła faza ujemna, z następnem nieznacznem wzmożeniem krzepliwości (około 50%). Ilość białych ciałek krwi w obu przypadkach zmniejszała się w momentach wzmożenia krzepliwości, zwiększając się przy spadku jej. Limfocyty w obu przypadkach ulegały znacznemu spadkowi podczas wzmagania się krzepliwości, wzrastając liczebnie przy osłabianiu się jej; eozynochłonne nie wykazują większych zmian, naogół liczba ich w pierwszym przypadku wzrasta bardzo nieznacznie po naświetlaniach, w drugim spada. Ilość przejściowych w obu przypadkach wzrasta, obojętno-chłonne wzrastają najpierw liczbowo, ulegając w końcu jednak zmniejszeniu; w momencie największej krzepliwości ilość ich jest największą. P. J. również występuje wyraźnie.

Trzecia para badanych poddana była jednorazowemu naświetlaniu śledziony przy dawce 6 H. (Tablica VII i VIII).

W pierwszym przypadku wystąpiło przedłużenie czasu krzepnięcia, najbardziej zaznaczone po 48 godzinach (z 12' na 21'), w drugim zaś nieznaczny wzrost krzepliwości (z 18' na 11').

Ilość białych ciałek krwi u pierwszego badanego narastała, ulegając spadkowi w momencie największego opóźnienia krzepliwości, u drugiego zaś podczas wzmożenia krzepliwości liczba białych ciałek spadała, narastając równolegle w miarę osłabiania się jej. Liczba limfocytów w obu przypadkach ulegała zmniejszeniu przy wzmożeniu krzepliwości, wzrostowi zaś przy spadku. Ilość przejściowych i eozynochłonnych w pierwszym przypadku po nieznacznych wahaniach w końcu uległa niewielkiemu zmniejszeniu, w drugim eozynochłonne wzrosły, przejściowe najpierw wzrosły, dochodząc jednak potem do cyfr pierwotnych. Obojętnochłonne były w największej ilości w chwilach wzmożenia krzepliwości. P. J. zaznaczone, lecz słabiej, niż w przypadkach poprzednich.

Reasumując powyższe, możemy stwierdzić, że najbardziej wyraźne zmiany zachodziły w zachowaniu się ilości białych ciałek krwi, przeważnie zaś limfocytów. Podczas wzmożenia krzepliwości krwi ilość ich w większości przypadków spadała, niekiedy znacznie, narastając z chwilą zmniejszenia krzepliwości. Naogół jednak po naświetlaniach zauważono więcej niż w połowie przypadków ostateczny przyrost zarówno białych ciałek wogóle jak i limfocytów. W zachowaniu się innych elementów białego wzoru krwi nie mogliśmy zauważyć wyraźnej równoległości w stosunku do zmian krzepliwości krwi.

Nasze spostrzeżenia co do zmian białych ciałek krwi nie są, sądząc z dostępnej nam literatury, odosobnione.

Neuffer notował znaczne wahania ilości białych ciałek po naświetlaniach śledziony. Förster, Heinecke wspominają o rozpadzie białych ciałek przy naświetlaniach.

Mc. Alpin i von Clahn obserwowali w przypadku choroby Hodgkin'a, leczonej promieniami Roentgena, leukopenję, prócz tego brak prawie zupełny eozynochłonnych. Bortier opisuje przypadek anemji z zejściem śmiertelnem przez działanie dłuższe promieni Roentgena u laboranta swego zakładu, gdzie ilość czerwonych i białych ciałek krwi znacznie się zmniejszała.

Według Musante'a naświetlania śledziony wywołują leukopenję, stosunkową limfocytozę. Po naświetlaniach płuc małemi dawkami widział on w pierwszych godzinach neutrofilję przemijającą. W jednym z naszych przypadków po na-

T A B L I C A VI. Antoni G.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü.	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleuiem	10–17'	6.800	35%	8%	4%	—%	—%	—%	—%	3%	50%	53%
naświetlanie śledziony												
w 4 godz.	9–21'	6.200	34	7	5	—	—	—	—	7	47	54
w 24 »	8 19'	5.100	33	6	5	—	1	—	0,5	6,5	48	55
naświetlanie śledziony												
w 4 »	8-16'	5.200	29	7	11	—	—	—	—	8	45	53
w 24 »	8–13'	5.000	25	6	9	—	—	—	1	7	52	60
naświetlanie śledziony												
w 4 »	11–19'	6.800	30	5	2	—	—	—	—	10	53	63
w 24 »	8–15'	5.700	28	6	14	1,5	—	—	—	6,5	44	50,5
w 100 »	10–19'	5.800	32	4	16	1	—	—	—	4	43	47

T A B L I C A VII. Stefan B.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	9–12'	8.400	32%	3%	5%	–%	–%	–%	–%	9%	51%	–%
naświetlanie śledziony												
w 4 godz.	11–13'	8.600	40	1	4	—	—	—	—	8,5	46,5	55
w 24 »	10–13'	10.400	35	4	10	—	—	—	1	2	48	51
w 48 »	14–21'	7.600	37	3	5	—	—	—	—	5	50	55
w 100 »	11–15'	8.700	33	2	11,5	—	—	—	—	12	41,5	53,5
w 150 »	11–13'	11.200	28	1	4	—	—	—	—	6	61	67

T A B L I C A VIII. Józef L.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	12–18'	10,400	24%	3%	3%	1%	–%	–%	–%	9%	60%	69%
naświetlanie śledziony.												
w 4 godz.	9–14'	9.800	25	4,5	5	—	—	—	—	6	59,5	65,5
w 24 »	11–14'	10.200	20	3	6,5	—	—	—	—	8	62,5	70,5
w 48 »	9–11'	8.200	18	5	5	—	—	—	—	9	63	72
w 100 »	11–15'	10.600	27	4	3	—	—	—	1	11	54	66
w 150 »	13–16'	11.000	26	6	3	—	—	—	—	6	59	65

świetlaniu płuca zjawiło się zwiększenie obojętnochłonnych dopiero po 5-ciu godzinach, trwające do 300 godzin.

Jolly i Lacassagne, badając działanie promieni X tak na krew zwierzęcą in vivo jak i ludzką lecz in vitro, przychodzą do wniosku, iż in vitro leukocyty stawiają daleko większy opór promieniom, niż w ustroju, i że leukopenja u zwierząt naświetlanych nie może być uważaną za wyłączny wynik zniszczenia leukocytów krwi.

Poos, Viaenllo spostrzegali zwiększenie ilości leukocytów po naświetlaniach. Wolmerhauser widział po naświetlaniach wzrost ilości leukocytów, zależny, jego zdaniem, od wpływu promieni Roentgena na aparat nerwowo-naczyniowy ustroju, gdyż naświetlanie po uprzedniem zastrzyknięciu 0,0005 pilokarpiny tych zmian nie wywołało.

Vaucher, Gunsett, Sichel, Veigel obserwowali po naświetlaniach dziecka, obciążonego skazą krwotoczną, zwiększenie ilości białych i czerwonych ciałek krwi, również wzrost limfocytów i eozynofilów.

Rösler, zastrzykując dożylnie przetwory wapnia, widział wzrost krzepliwości krwi, jednocześnie spadek ilości płytek krwi, zmniejszenie limfocytów przy wzroście obojętnochłonnych.

Semerau-Siemianowski, Misiewicz i Pułjanowski notują wzrost ilości białych ciałek krwi, częściej bezpośrednio po naświetlaniu; ilość limfocytów i eozynochłonnych wzrastała, obojętnochłonnych zaś zmniejszała się. Cytowani przez nich M. Giraud, G. Giraud i Pagès, jak również Joltrain i R. Bénard notują, występującą równocześnie ze wzmożeniem krzepliwości, leukopenję.

Występująca w naszych przypadkach równoległość do zmian krzepliwości w zachowaniu się białych ciałek krwi, a szczególnie limfocytów, nie pozbawiona jest zdaniem naszem znaczenia.

Według Schmidt'a ważnym czynnikiem w powstawaniu krzepliwości krwi są lipoidy, w których produkcji pierwszorzędną rolę odgrywają limfocyty. Saelhof uważa, że zmiany krzepliwości krwi stoją w związku z destrukcją komórkową. Zdaniem Bergel'a i Resch'a mają limfocyty funkcję wydzielania lipoidów.

Mniemamy, że dalsze badania postawione na materjale laboratoryjnym dadzą miarodajną odpowiedź w tej, zdaniem naszem, ważnej sprawie.

Przechodząc do omówienia strony praktycznej, musimy zaznaczyć, iż od stosowania dawek większych (6 H nie widzieliśmy wyników lepszych aniżeli od dawek mniejszych [2 H]). Pagnier, Rawina i Solomon radzą stosować dawki większe (do 10 H) w przypadkach, gdy małe zawodzą.

Przedawkowanie według Semerau-Siemianowskiego, Misiewicza i Pułjanowskiego nie tylko wywołało fazę ujemną, lecz nie dawało po kilku dniach tej reakcji, jaką spotykano przy dawkach mniejszych.

Naświetlania dawkami małemi co 24 godziny dały nam wprawdzie w większości przypadków efekt, lecz stosunkowo niedługo trwały. Najlepsze wyniki otrzymaliśmy od kilkakrotnych naświetlań małemi dawkami co 5–7 dni.

Co do miejsca naświetlania, to na podstawie naszych spostrzeżeń wynika, iż sprawa te jest dość obojętną. Natomiast naświetlanie dłoni po uprzedniem możliwem usunięciu krwi żylnej i przerwaniu obiegu tętniczej dało wynik mniej dodatni.

Kończąc niniejszą pracę, poczuwamy się do obowiązku złożenia wyrazów wdzięczności Panu Profesorowi Szmurle i Panu Profesorowi Sowińskiemu za cenne rady i wskazówki udzielane nam łaskawie w ciągu niniejszej pracy, Panu Profesorowi Januszkiewiczowi za łaskawe zezwolenie korzystania z bibljoteki klinicznej, oraz Kolegom Ordynatorom poszczególnych oddziałów wojskowych i Kierownikowi wojskowej pracowni bakterjologicznej za pozwolenie korzystania z materjału klinicznego i pracowni.

Piśmiennictwo.

1) Pagnier, Rawina, Solomon: Rayons X et coagulation sanguine. Applications thérapeutigues. (Presse Med. 1924. Nr. 51. p. 543). — 2) H. Neuffer: Ueber Milzbestrahlung bei Hämophilie. (Münch. M. W. 1921. Nr. 2). — 3) G. Canuyt et M. Wolff: Traitement des hémorragies graves par l'irradiation: son action sur la coagulabilité du sang. (Rev. de Lar. d'otol. et Rhinol. 1924. Nr. 14. p. 461). — 4) G. Canuyt et J. Labarre: A propos de l'action hémostatique des rayons X. Etude clinique et thérapeutique. (Rev. de Lar. d'otol. et Rhinol. 1924. Nr. 20). — 5) Gunsett, Vaucher, Sichel et Veigel: Quelques Maladies rares du sang traitées par Radiothérapie de la rate. (Journ. de Radiol. et D'electrol. 1924. T. VIII. Nr. 9. Str. 421). — 6) Semerau-Siemianowski i Misiewicz: Studja nad zaburzeniami w układzie krwiotwórczym. Don. IV. (P. G. L. Nr. 11. 1923). — 7) Semerau-Siemianowski, Misiewicz i Pułjanowski: Badania nad wpływem naświetlania śledziony promieniami Roentgena na krzepliwość krwi. (Med. Doświadczalna i Społeczna 1923. T. II. Zeszyt 3-4). 8) Kowalski: ref. z XXI. Zjazdu chirurgów polskich we Lwowie. (P. G. L. 1924. Nr. 38. Str. 541). — 9) Förster: cyt. wdł. Tumidajskiego (P. G. L. 1923. Nr. 50 i 51). — 10) Heinecke: cyt. wdł. Tumidajskiego (patrz 9) i wdł. Neuffer'a (patrz 2). — 11) K. R. Mc Alpin i W. C. von Clahn: (Arch. of. Int. Med. Wol. 30. Nr. 31. 1922. Str. P. G. L. 1922. Nr. 50). — 12) Bortier: (Journ. of. the Amer. Med. Associat. Nr. 14. 1922. — Str. P. G. L. 1922. Nr. 28). — 13) Musante: (La Riforma Medica. 1922. Nr. 49. — str. P. G. L. 1923. Nr. 20). — 14) Schmidt: (Zur Biologie der Lipoide. 1922. — Str. P. G. L. 1923. Nr. 4). — 15) Rösler: (Wien. Arch. f. In. Med. B. II. H. 2. — Str. P. G. L. 1922. Nr. 1). — 16) J. Jolly et A. Lacassagne: (Str. Journal de Radiol. et D'electrol. 1924. T. VIII. Nr. 2.). — 17) Viaenllo: (Str. Jour. de Radiol. et D'electr. 1924. T. VIII. Nr. 2). — 18) O. Wohlmerhauser: (Str. Journ. de Rad. et D'electr. 1924. T. VIII. Nr. 4). — 19) F. Poos: (Str. Journ. de Rad. et D'electr. 1924. T. VIII. Nr. 3). — 20) Sahli: Lehrbuch der kl. Unt. Meth. 1920. B. II. H. I.). — 21) Naegeli: Blutkrankheit und Blutdiagn. 1923. — 22) Kraus und Brugsch: Specielle Pathologie und Therapie Innerer Krankheiten. B. VIII. 1920. — 23) Schilling: Das Blutbild und seine klinische Verwertung. 1924. — 24) Szczepański: Podręcznik badań chemicznych, drobnowidowych i bakterjologicznych 1923.

W. SZENWIC. Warszawa.

Wartość rozpoznawcza opukiwania górnego przedniego kolca kości biodrowej w ginekologji[1]).

Z oddziału ginekologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze (Warszawa).
Ordynator: Docent Dr. med. Z. Monsiorski.

Rozpoznanie różniczkowe guzów i stanów zapalnych miednicy dużej i małej napotyka częstokroć na trudności; w wielu też przypadkach dopiero po upływie pewnego czasu i po kilkakrotnem badaniu można ustalić rozpoznanie; niekiedy zaś tylko operacja lub oględziny pośmiertne wyświetlają stan rzeczy.

H. Jentter w artykule p. t. »W sprawie rozpoznania różniczkowego wysięków i guzów w miednicy[2])«, podaje nowy sposób rozpoznawania, a mianowicie opukiwanie kolca kości biodrowej.

Opukiwanie kolca daje według tego autora odgłos bębenkowy, a to dlatego, że w miednicy do talerza biodrowego przylegają jelita (z prawej strony kiszka ślepa i jelito kręte, z lewej, — jelito kręte i esica).

Jeżeli między kością miednicy a otrzewną znajduje się guz lub wysięk, to przeszkadza on falom głosowym, i w takim wypadku opukiwanie daje odgłos mniej lub więcej stłumiony; wewnątrzotrzewnowe guzy i wysięki nie wpływają na zmianę odgłosu opukiwania.

[1]) Według odczytu, wygłoszonego na Posiedzeniu Warsz. Tow. Gin. w dn. 20. XI. 1924.
[2]) Zentrallblatt für Gynäkologie Nr. 18. 1924.

W celu sprawdzenia metody powyższej przeprowadzono na oddziale docenta Monsiorskiego systematycznie opukiwanie kolca biodrowego każdej niemal zgłaszającej się chorej.

W stanie normalnym narządów płciowych, podczas ciąży w różnych okresach, w przypadkach silnego zaparcia stolca, przy pełnym pęcherzu moczowym, nie stwierdzono wyraźnej różnicy odgłosu między jedną a drugą stroną.

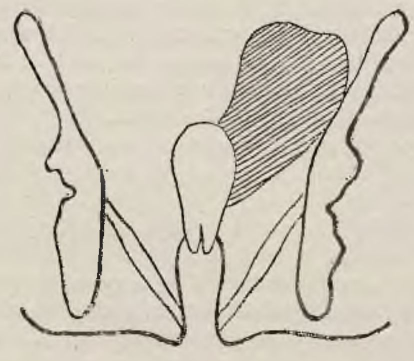
Prócz powyższych przypadków opukiwano:

20 przypadków obustronnego zapalenia przydatków, z których 12 wykazywało wybitniejsze zmiany bądź z lewej, bądź z prawej strony, przyczem przy opukiwaniu nie znajdywano różnicy odgłosu; 2 przypadki powikłane były wybitnem zapaleniem otrzewnej miednicznej, co również nie miało wpływu na odgłos.

4 przypadki jednostronnej torbieli jajnika, w tem jeden ze skręconą szypułą o 630° i powikłany 3-miesięczną ciążą;

2 przypadki podsurowiczego włókniaka, leżącego na talerzu biodrowym;

2 — wodniaka jajowodu, (rys. 1.),

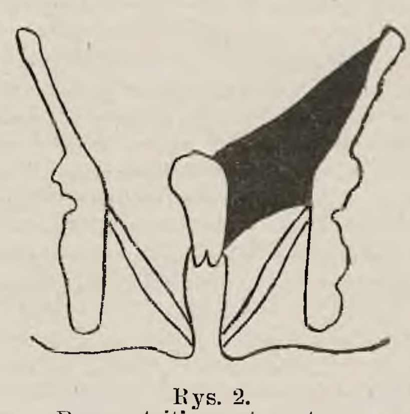


Rys. 1.
Hydrosalpinx sin.

4 — ciąży trąbkowej niepękniętej.

Wszystkie wpomniane przypadki były operowane, przyczem potwierdzone zostały wyniki Jentter'a t. zn. jako guzy wewnątrz-otrzewnowe nie wykazywały przy opukiwaniu różnicy między jedną i drugą stroną.

W 8 przypadkach wysiękowego zapalenia przymacicza po porodzie, wzgl. poronieniu (6 z lewej, a 2 z prawej strony) zauważono wybitną różnicę w odgłosie, w postaci wyraźnego stłumienia (rys. 2.).



Rys. 2.
Parametritis post partum.

2 przypadki nawrotu raka w przymaciczu po usunięciu narządów rodnych drogą brzuszną, dały również wyraźne stłumienie po stronie zajętej masą nowotworową.

W 2 przypadkach zapalenia przydatków, powikłanych zapaleniem przymacicza można było wykazać znaczne stłumienie, które, w miarę zmniejszania się wysięku, stawało się coraz mniej wyraźne. Operacje dokonane później wykazały w jednym przypadku ropniak, w drugim wodniak jajowodu.

2 przypadki ostatnie wykazują, że w zapaleniu przydatków, powikłanem wysiękiem, możemy na mocy wyniku opukiwania kolców, przypuszczalnie określić, czy wysięk wyczuwalny jest zapaleniem otrzewnej miednicznej, czy też za-

paleniem przymacicza. Odpowiednio też możemy sądzić o genezie choroby.

W 1 przypadku ciąży trąbkowej prawej, przy jednocześnie torbielowato zwyrodniałym jajniku, leżącym śródwięzadłowo tuż przy talerzu biodrowym, — wywiady i wynik badania przemawiały za ciążą trąbkową, natomiast opukiwanie wykazało wyraźne stłumienie po stronie prawej, co narazie nie było zrozumiałe. Po otwarciu jamy brzusznej znalazłem ciążę trąbkową i torbielowaty jajnik wielkości pomarańczy, leżący śródwięzadłowo (preparat pokazałem w Tow. Ginekol.).

We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach opukiwanie kolców dało bardziej wyraźną różnicę w odgłosie, niż opukiwanie zwykłe powłok brzusznych.

Sposób opukiwania.

Jentter nie podaje sposobu, jak należy opukiwać i jaki sposób jest najlepszy. Wypróbowane zostały zatem różne sposoby: opukiwanie palcem lub młoteczkiem w palec, w pukadło, w słupek drewniany i wprost w kolec. Najbardziej dogodnem wydaje się nam opukiwanie w palec leżący na kolcu w ten sposób, że opuszka palca leży na grzbiecie kości biodrowej. Niekiedy nadmierny pokład tłuszczowy utrudnia badanie, wówczas nie można się obejść bez pomocy drugiej osoby, która naciąga skórę między dwoma palcami, tak aby przylegała ona mocno do kolca.

Naogół odróżniamy przy opukiwaniu odgłosy: jasny i stłumiony, długi i krótki, wysoki i niski, bębenkowy i niebębenkowy.

Otóż często byliśmy w kłopocie do jakiej kategorji zaliczyć słyszany odgłos.

Zdawałoby się, że odróżnić jasny odgłos od stłumionego jest rzeczą łatwą, jednak okazało się, że niema się tu do czynienia ze sprawami zupełnie wyraźnemi. W przypadkach, w których z jednej strony było w porównaniu z drugą zupełne stłumienie odgłosu, można było mieć prawie zupełną pewność, że po stronie stłumienia przymacicze wykazuje zmiany; w przypadkach zaś, w których między jedną, a drugą stroną była nieznaczna różnica odgłosu, już nie byliśmy w stanie nic pewnego powiedzieć, ponieważ w każdym nawet prawidłowym przypadku istnieje minimalna różnica odgłosu pomiędzy obiema stronami, w zależności od zawartości jelit.

W każdymbądź razie nie zgadzamy się z wynalazcą tej metody co do określenia odgłosu normalnego jako odgłos bębenkowy, bo opukiwanie kości, do której przylega jelito, daje wyraźnie inny odgłos, aniżeli opukiwanie ściany brzusznej, nazwaliśmy przeto ten odgłos normalny odgłosem jasnym.

Określenie »jasny« jest właściwie również nieścisłe: przy opukiwaniu obu stron, znajdywaliśmy często różnice, dla których określenie wysoki i niski, długi i krótki w zależności od zmian, byłoby o wiele odpowiedniejsze.

Takie dalsze różniczkowanie odgłosu, okazało się niemożliwem, ponieważ, jak zaznaczono wyżej, u jednej i tej samej pacjentki znajdywaliśmy często drobne różnice w odgłosie przy codziennem opukiwaniu, jednego dnia n. p. odgłos zdawał się krótszy z lewej strony, drugiego zaś po stronie prawej.

Tak odmienne wyniki spowodowały, że tylko wyraźna różnica była dla nas miarodajną, niewyraźne zaś różnice przypisywaliśmy odmiennej zawartości jelit po obu stronach.

W wyniku naszych badań, możemy stwierdzić, że opukiwanie górnego przedniego kolca kości biodrowej, jest środkiem rozpoznawczym pomocniczym, nie mającym zasadniczego znaczenia.

Tylko zupełnie stłumiony odgłos z jednej strony w porównaniu ze stroną drugą, przemawia za nieprawidłowością w przymaciczu: może to być zapalenie, guz śródwięzadłowy, nacieczenie masą nowotworową, krwiak, lub też zapalenie przydatków, powikłane zapaleniem przymacicza.

Im bliżej ściany miednicy dochodzi owo nacieczenie lub guz, tem wyraźniejsze będzie stłumienie.

W poszczególnych tych przypadkach sposób ten może być cennym środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu (patrz powyżej cytowany przypadek ciąży trąbkowej i śródwięzadłowej jajnika).

Nieznaczne różnice w odgłosie nie mogą mieć wielkiego znaczenia rozpoznawczego.

Z praktyki.

Dr. Albin MUSIAŁ. Lwów.

Wytrzeszcz tętniący gałki ocznej*).

Z kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Bednarski.

Jednym z najważniejszych objawów przy zajęciu oczodołu, lub otoczenia oczodołu, to wysadzenie gałki ocznej, mniejszego lub większego stopnia. Jeśli więc stwierdzamy wysadzenie gałki ocznej, musimy szukać za przyczyną powstawania tegoż. Przyczyna taka może istnieć w samym oczodole, otoczeniu tegoż, to jest sąsiednich zatokach. Ta znów może być zapalna i to w samym oczodole lub otoczeniu, dalej wytrzeszcz mogą powodować nowotwory, zmiany naczyniowe w oczodole, zmiany w kościach czaszki, a nawet przyczyna może być ogólna.

Wytrzeszcz gałki ocznej może być:

1. Zapalny, najczęściej pochodzenia kiłowego lub gruźliczego.
2. Wskutek zakrzepu w zatokach jamistych.
3. Zapalenia otoczki Tennona.
4. Zapalenia tkanki oczodołowej.
5. Zapalenia okostnej lub ściany oczodołu.
6. Skutkiem zajęcia sąsiednich zatok oczodołu.

Pomijając omawianie pojedynczych obrazów chorobowych wytrzeszczu gałki ocznej, pozwolę sobie przedstawić i omówić przypadek wytrzeszczu gałki ocznej tętniącego, obserwowanego na naszej klinice, wytrzeszczu powstałego w następstwie pęknięcia *a. carotis interna* w zatoce jamistej lewej. Z wytrzeszczem tętniącym spotykamy się rzadko. Dość wspomnieć, że na Klinice okulistycznej od roku 1912 do obecnego czasu, z tego rodzaju sprawą chorobową spotykamy się poraz pierwszy. Mniej więcej na 100 tysięcy chorych ambulat. jeden przypadek.

Przypadek podobny widziałem będąc jeszcze studentem na klinice chirurgicznej ś. p. Prof. Rydygiera. Przypadek obecny dotyczy mężczyzny Bł. Z., 24-letniego z powiatu Skałackiego.

Anamneza w krótkości następująca:

Przed dwoma miesiącami, od czasu przyjęcia na klinikę, został pobity przez kolegów laskami po głowie. Stracił wówczas przytomność, miał wystąpić u niego krwotok z lewego ucha. Podbiegnięcia krwawe na powiekach i gałkach ocznych, połączone z obrzękiem. Trzy tygodnie po wypadku, był jeszcze niezupełnie przytomny. Rozmawiał wprawdzie z otoczeniem, lecz nie zdawał sobie zupełnie sprawy z kim właściwie rozmawiał. Po trzech tygodniach obrzęk jak i krwawe zabarwienie ustąpiły, jednak otoczenie, jak i on sam, zauważyli, że lewo oko zaczęło mu coraz więcej wysadzać na zewnątrz. Jednak najwięcej zaniepokoiło go to, że z gałki ocznej zaczęło mu wyrastać mięso na zewnątrz powiek (*chemosis fornicis inferioris*) i to dopiero zmusiło go do szukania porady lekarskiej we Lwowie.

Stan obecny: Na szczycie głowy nieco więcej po stronie prawej daje się stwierdzić blizna 2 cm długa, pozbawiona włosów. W okolicy ucha lewego, w miejscu wyrostka sutkowego kości skalistej, jak i na małżowinie usznej, również blizna. Blizny te pochodzą prawdopodobnie po zadanych ranach tępem narzędziem. Gałka oczna lewa wysadzona na jakie 4—5 milimetrów zbacza na zewnątrz i ku dołowi. Powieka górna obrzękła i opadnięta. Szpara powiekowa wąska. Spojówka gałkowa nieco nastrzykana, żyły natomiast zwłaszcza rzęskowe przednie jak i załamków... grube pokręcone. Spojówka załamka dolnego obrzękła, sterczy jako wał na zewnątrz szpary powiekowej, zgrubiała o powierzchni zeschniętej skutkiem działania czynników zewnętrznych (powietrza) nie zakryta powiekami. Ruchomość gałki ocznej znacznie upośledzona, ku dołowi, na zewnątrz i ku wewnątrz. Upośledzenie ruchomości nie jest wynikiem porażenia mięśni ocznych, lecz skutkiem chemotycznie obrzękłego i zgrubiałego załamka dolnego. Przy zamknięciu oka i patrzeniu w dół zaznacza się oko zajęcze (*lagophthalmus*). Źrenica tak bezpośrednio jak i współczulnie dobrze oddziaływuje. Bystrość wzroku oka prawego prawidłowa, oka lewego nieznacznie upośledzona Vis. ok. pr. 5/5 Vl. 5/10 (czytać nie umie). Dno oka prawego bez zmian. Oko l. Tarcza nerwu wzrokowego o gra-

*) Przypadek przedstawiony w r. 1924 w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem.

nicach prawidłowych. Naczynia tętnicze siatkówki bez zmian. Żyły natomiast grube pokręcone aż do obwodu. Pole widzenia na barwy w granicach prawidłowych. Badanie na oddz. nerwowym (Prym. Dr. Domaszewicz). Porażenie obwodowe wszystkich trzech gałązek nerwu twarzowego po stronie lewej. Nadto porażenie łuku podniebiennego po tejże stronie (*glossopharyngeus*). Badanie ucha w ambulat. Prof. Zalewskiego. W uchu lewem dużo złuszczonego nabłonka, po usunięciu którego stan przedstawia się w ten sposób, jakby było kiedyś pęknięcie górnotylnej ściany, gdzie widoczny jest zaułek. Słuch bez większych zmian. Błona bębenkowa zmętniała i pofałdowana. Wobec tak charakterystycznej anamnezy u naszego chorego nie ulegało wątpliwości z czem w danym przypadku mamy do czynienia. Można było myśleć albo o krwotoku poza-gałkowym, albo o pęknięciu *a. carotis interna* w zatoce jamistej, jednak wobec tego, że oko powoli występowało ku przodowi i to nie bezpośrednio po urazie, ale dopiero później, trzeba było myśleć o pęknięciu *a. carotis interna.* W pierwszym bowiem razie wysadzenie gałki powstałoby natychmiast, a następnie wskutek wsysania krwi przyszłoby do cofnięcia wytrzeszczu gałki ocznej, co w naszym przypadku nie miało miejsca. Z innych objawów przemawiających za pęknięciem *a. carotis* to tętnienie samej gałki ocznej zwłaszcza przy ucisku palcami, przyczem gałka dawała się cofnąć. Najważniejszy objaw to szum, który i sam chory odczuwa, a daje się łatwo stwierdzić osłuchiwaniem okolicy oka. U naszego chorego szum ten doskonale słyszalny nie tylko w okolicy oka, ale prawie na całej głowie, osłuchując zwłaszcza słuchawką. Szum ten powstaje wskutek wydostawania się krwi do zatoki jamistej, przez pękniętą ścianę naczynia, równoczesny ze skurczem serca. Przy ucisku na *a. carotis com.* szum ten natychmiast niknie co i sam chory w tej chwili odczuwa. Jeszcze parę słów dla wyjaśnienia, dlaczego mimo zajęcia wszystkich gałązek nerwu twarzowego nie mieliśmy wyraźnego *lagophthalmus.* Przedewszystkiem dlatego, że mieliśmy znaczne wysadzenie gałki ocznej i obrzęk powieki co też spowodowało opadnięcie tejże. Natomiast przy patrzeniu w dół równocześnie uciskając *a. carotis com. lagophthalmus* wyraźnie się zaznaczał. Nie ulega wątpliwości, że urazem, który spowodował pęknięcie kości skalistej a raczej podstawy czaszki, był uraz zadany w wyrostek sutkowy lewy. (Badanie Roent. *fissura ossis petrosi*).

Przy wytrzeszczu tętniącym należy uwzględnić trzy rodzaje:

1. Wytrzeszcz urazowy.
2. » samoistny.
3. » pozornie tętniący. (Tętnienie udzielone).

Przyczyny pierwszego to urazy wszelkiego rodzaju zadane bezpośrednio w głowę, dalej przy upadku z wysokości, podnoszeniu ciężarów (Z e n t m a y e r). Może wystąpić albo natychmiast po urazie albo nawet po kilku miesiącach od wypadku. H i r s z b e r g obserwował w pół roku po załamaniu podstawy czaszki. B u l l nawet po roku. Co do wytrzeszczu samoistnego, to ten częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzn (praca fizyczna). Przyczyny powstawania wytrzeszczu samoistnego mogą być różne. Najczęściej miażdżyca naczyń, u kobiet znaczny wpływ posiada ciąża, poród, połóg. U dzieci znane wypadki przy kokluszu. Może powstać przy parciu na stolec (przypadek M a r i a n i'ego), wymiotach (E i s e n) a nawet przy gwałtownem kichaniu.

Pozorne tętnienie gałki ocznej zdarza się przy guzach pozagałkowych silnie unaczynionych, wreszcie guzach śródczaszkowych przechodzących do oczodołu, wówczas tętnienie udzielone z mózgu (przypadek D e n i c h e r i 1908).

Co do postępowania leczniczego przy wytrzeszczu gałki ocznej tętniącym, to może być ono albo zachowawcze, albo operacyjne. Przy zachowawczem należy wstrzykiwać wedle L a m e r a u x, B e a u v a i s, P a u l e s c o, S a n t o s, F e r n a n d e z 2% serum żelatyny, dochodząc do kilkudziesięciu wstrzyknięć w przeciągu kilku miesięcy. Sposobem tym czasem udaje się uzyskać wyleczenie. Nadto leczenie uciskowe *a. carotis com.* czyto ręką, czy specjalnie do tego celu służącemi uciskadłami, co jednak wymaga bardzo długiego czasu i najczęściej zawodzi. Pozostaje jedynie zabieg operacyjny. Podwiązanie *a. carotis com.* lub *interna* jedno a nawet obustronne gdy po podwiązaniu po jednej stronie objawy się nadal utrzymują. W przypadkach, gdzie żyły załamków są grube, silnie przekrwione radzą S z y m a n o w s k i, D o l l i n g e r, S a t t l e r, S w a l b a c h równoczesne podwiązanie żyły ocznej i to głęboko w oczodole. Dokładne zebranie przypadków wytrzeszczu tętniącego pochodzenia urazowego jak i samoistnego zawdzięczamy S a t t l e r o w i. Liczba przypadków zebranych przez S a t t l e r a aż do najnowszych czasów wynosi ponad 452. Z przypadków tych 91% pochodzenia urazowego i samoistnego, a tylko 9% przypadków tętnienie było udzielone bądźto od nowotworu unaczynionego bądź to od przepukliny mózgowej. Wedle S a t t l e r a ilość przypadków urazowych do samoistnych ma się jak 3 : 1. Przeciętny wiek w przypadkach pochodzenia urazowego wynosił $28^1/_2$ w samoistnych 44 lat. Samoistny wytrzeszcz gałki ocznej tętniący częściej spotyka się u kobiet 87%, gdy przy urazowych ilość kobiet wynosiła $29^1/_2$%. Urazowy częściej na obu oczach (20%) samoistny natomiast rzadziej (poniżej 10%). Najczęstsza przyczyna urazowego wytrzeszczu to załamanie podstawy czaszki, $^3/_4$ przypadków, potem idą rany postrzałowe w okolicę *a. carotis inter.* wreszcie uderzenie tępem narzędziem w głowę. Wskutek urazu przychodzi do zranienia *carotis interna* w zatoce jamistej, czy to przez oderwany wyrostek klinowaty tylny, albo odprysk blaszki wewnętrznej w zatoce jamistej. Objawy mogą wystąpić bezpośrednio po urazie lub nawet po kilku miesiącach.

Wystąpienie bardzo późne, po kilku miesiącach, tłomaczymy sobie w ten sposób, że ściana naczynia później została naddarta ocierając się o odprysk kostny powstały w chwili urazu, a czemu z drugiej strony sprzyja samo zagięcie naczynia w kanale kostnym. W przypadkach wytrzeszczu tętniącego gałki ocznej przed zabiegiem operacyjnym, należy zawsze próbować leczenia zachowawczego. Na 283 przypadków zebranych przez S a t t l e r'a, w których stosowano leczenie uciskowe w 12 uzyskano wynik zadowalający, w 22 poprawę, reszta bez poprawy. Podwiązanie *a. carotis* należy stosować w tych przypadkach, w których przy ucisku na *a. carotis communis* nie występują groźniejsze objawy mózgowe, w razie przeciwnym operacja przeciwskazana. W każdym jednak razie należy stosować leczenie początkowo uciskowe przez dłuższy czas, dla wytworzenia ubocznego krążenia, wówczas i wynik operacyjny znacznie pewniejszy. Przy podwiązaniu lepsze wyniki utrzymuje się podwiązując *a. carotis interna,* 67% wyleczeń, gdy przy *a. carotis com.* tylko 46%. Pewne różnice zachodzą co do wyników pooperacyjnych w przypadkach urazowych a samoistnych. W pierwszym razie 30% nawrotów, gdy przy samoistnych tylko 11%.

W przypadkach gdzie jednostronne podwiązanie nie dało pomyślnego wyniku, należy wykonać podwiązanie po stronie przeciwnej, jednak nie wcześniej, jak po upływie kilku miesięcy od pierwszej operacji. Co do śmiertelności po podwiązaniu *a. carotis* to wedle statystyki S a t t l e r'a wynosi 18,75%. Że z operacją nie należy się śpieszyć, jak słusznie podnosi S a t t l e r, to potwierdza i nasz obecny przypadek, który zgłosił się powtórnie do nas po sześciu miesiącach.

Stan obecny po sześciu miesiącach od pobytu na klinice w krótkości następujący:

Powieki oka lewego bez obrzęku. Powieka górna przy zamykaniu pozostaje w górze (*lagophthalmus*). Szpara powiekowa znacznie szersza niż na oku prawem. Gałka oczna wysadzona na 4 mil. (*Exophthalmometrem* oko prawe 12 mil., oko lewe 16 mil.). Żyły spojówki gałkowej grube, pokręcone; tak samo natwardówkowe. Żyły załamka dolnego i górnego również grube, pokręcone tworzą wałowate wyniosłości. Przedni odcinek gałki ocznej prawidłowy. Dno oka, bystrość wzroku, jak i pole widzenia prawidłowe.

Charakterystyczny szum dla pęknięcia *a. car. int.* w zatoce jamistej nadal w okolicy oka, jak i na głowie, dobrze słyszalny. Obecnie widzimy więc zmniejszenie objawów zapal., które uwydatnia się obrzękiem powiek, tem wyraźniej natomiast uwydatnia się *lagophthalmus*, przedtem lekko tylko zaznaczony, nadto ustąpienie wałowatego obrzęku załamka dolnego, co przedtem powodowało unieruchomienie gałki ocznej. Ruchy gałki ocznej obecnie prawidłowe. Powstał jednak najważniejszy objaw wytrzeszczu i szum, co też zmusiło chorego w dalszym ciągu do szukania porady lekarskiej prosząc o wykonanie zabiegu operacyjnego. Operacji dokonano 21. X. na oddz. chirurg. (Prof. Ostrowski). W znieczuleniu miejscowem podwiązano *a. carotis communis*. Rana zagojona rychłozrostem. Ze względu na porażenie nerwu twarzowego, niedomykalność powieki górnej, wykonano na klinice siedm dni później zwężenie szpary powiekowej od zewnątrz (*tarsorrhaphia angularis externa*), na przestrzeni dwóch milimetrów. Wyniki pooperacyjne zadowalające do tego stopnia, że nie można zauważyć jakichkolwiek różnic między jednem okiem a drugiem. (patrz zdjęcie z przed sześciu miesięcy Nr. 1. i Nr. 2) po operacji. Szum zupełnie ustąpił, chory również go nie odczuwa.

Zabiegu tego pod względem technicznym niezbyt trudnego nie można jednak uważać za zabieg zupełnie niewinny, jakto niżej zobaczymy. Dnia 11-tego po operacji kiedy chory

zadowolony miał opuścić klinikę, nagle w nocy dostał ataku w następstwie którego wystąpiło porażenie połowicze prawostronne z utratą mowy. W czasie ataku chory blady, oblany zimnym potem, nieprzytomny, źrenice *ad maximum* rozszerzone na światło nie oddziaływują. Po pięciogodzinnem trwaniu objawy ustąpiły zupełnie, tak że rano mimo zakazu chory wstał i czuł się zupełnie dobrze. Jednak była to poprawa tylko chwilowa, gdyż już po dwóch dniach wieczorem nastąpił ponowny atak w którym nastąpiło prawostronne porażenie podobnie jak pierwszy raz — utrata mowy.



Badanie neurologiczne: Porażenie wszystkich trzech gałązek VII po stronie lewej. Szpara powiekowa prawa niezupełnie domykalna, porażenie dolnego twarzowego, po prawej język zbacza na prawo. Hemiplegia z zachowanemi odruchami bez hipertonji: całkowita bezwładność kończyny górnej prawej, w kończynie dolnej prawej nieznaczna siła motoryczna w obrębie zginaczy uda. Babiński +. Odruchy brzuszne po prawej zniesione. Aphasia motoryczna: Chory rozumie wszystko co się do niego mówi.

Chory pozostawał przez przeszło trzy tygodnie w leczeniu kliniki, poczem chorego na żądanie rodziny wypisano do domu jednak bez poprawy.

Z wystąpieniem tego rodzaju powikłań po podwiązaniu *a. carotis com.* należy się zawsze liczyć, jak widzimy z naszego przypadku. Co więc było bezpośrednio przyczyną wystąpienia objawów porażennych u naszego chorego? Podwiązanie samo przez się *arteria com.* nie mogło nam wywołać tych objawów, gdyż od wystąpienia wytrzeszczu upłynęło przeszło pół roku był więc czas na wytworzenie krążenia ubocznego. Podwiązanie mogło być tylko czynnikiem pośrednim. W następstwie podwiązania przyszło do zastoju powyżej, wytwarzania zakrzepu przyściennego, do oderwania tegoż w następstwie krążenia ubocznego prawdopodobnie z drugiej strony przez *circulus arteriosus Villisii* i zaczopowania w lewej półkuli mózgowej, stąd afazja i prawostronne porażenie. Obecnie w trzy miesiące od czasu operacji stan się nieco poprawił (doniesienie z otoczenia chorego) mianowicie o tyle, że chory sam może chodzić, mowa nieco się poprawiła, pozostał jednak niedowład kończyny górnej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

O leczeniu angiolymphą.

W N-rze 13-tym »Polskiej Gazety Lekarskiej« z b. r. ogłosili Koledzy W ę g r z y n o w s k i i W y s o c k i pod powyższym tytułem wnioski ze swoich spostrzeżeń nad angiolymphą, przestrzegając przed bezkrytycznem jej stosowaniem. Lek ten zacząłem stosować w praktyce prywatnej, zachęcony do tego gorąco przez kol. M a l i k a z Radymna, który używa angiolymphy od pierwszego jej ukazania z dobrym skutkiem, przyczem stosuje na raz po 2 fjolki (4 cm^3), codziennie odrazu. Reakcji nie stwierdził. Obserwował on między innemi przypadek gruźlicy krtani, stwierdzony a raczej potwierdzony przez lwowską Klinikę Jana Kazimierza — który doprowadził *ad integrum*. Zastosowałem ten lek początkowo w dwóch przypadkach rozpaczliwych. W jednym rozpoznanie brzmiało: *Infiltratio apicis dextri pulm.* z gorączką ciągłą, wahającą się między 37,4 a 38,5 oraz z miejscową gruźlicą jamy ustnej, głównie dziąseł i podniebienia twardego. W tutejszej Klinice prof. Lenartowicza rozpoznanie potwierdzono i zastosowano przyżeganie miejscowe kwasem mlekowym, które jednak pozostało bez skutku dodatniego. Zastosowanie angiolymphy nie wywołało reakcji gorączkowej, ale natomiast w ciągu 6-ciu tygodni znakomitą, postępującą poprawę zmian w jamie ustnej, tak, że żucie pokarmów przestało być dla chorego męczarnią, a równocześnie poprawił się znacznie apetyt i stan ogólny. W drugim podobnym przypadku z rozpoznaniem: *Infiltratio apicis dextri, tbc. columnae vertebrarum, tbc. ileo-coecalis* wystąpiła wprawdzie czasowa bardzo nieznaczna reakcja gorączkowa, ale równocześnie zatrzymanie się i wybitna postępująca poprawa gruźlicy kiszek i objektywne wykazalne znikanie nacieków lokalnych a nadto znakomita poprawa apetytu i stanu ogólnego.

Powyższe spostrzeżenia nie przeczą zupełnie słusznemu postulatowi Kolegów W ę g r z y n o w s k i e g o i W y s o c k i e g o, aby angiolymphy bezkrytycznie nie stosować. Nie można też na razie na pewno twierdzić, czy tylko *post* czy *propter hoc* wystąpiła poprawa. Jednak jeżeli przypadki takie jak powyższe oraz spostrzeżenia P r a s c h i l'a i W a l k o w s k i e g o należą choćby tylko do wspomnianego przez Kolegów W ę g r z y n o w s k i e g o i W y s o c k i e g o odsetku przypadków poprawy stanu chorobowego, to sądzę, że ciężki stan chorego i jego męki powinny nami kierować, aby w podobnych stanach, bez bezkrytycznego entuzjazmu, ale i bez uprzedzenia i pesymizmu leku tego przynajmniej spróbować, a to tembardziej, że dobrze opracowanych i krytycznych klinicznych obserwacyj jest dotychczas niewiele ogłoszonych a inne leczenie często zawodzi.

Dr. Włodzimierz MARTINIEC. Komarów Lub.

O leczeniu angiolymphą.

Parę lat t. na rynku farmaceutycznym zjawił się nowy preparat francuski Angiolympha dra Rous, reklamowany jako środek swoisty przeciw gruźlicy we wszystkich jej postaciach. W roku 1922 w prasie zagranicznej (Wiener Klin. Wochenschrift, Progrés medical) ogłoszono referaty F r i s c h'a, B a r b i é r'a i innych, o pomyślnych wynikach leczenia tym środkiem. Ponieważ od czasu do czasu w piśmiennictwie naszem spotykam również publikacje o skutecznem działaniu angiolymphy, podaję wyniki swych badań, przeprowadzonych w ciągu przeszło 2 lat praktyki prywatnej na 30-tu chorych. Z tej liczby przypada 6 na gruźlicę chirurgiczną, mianowicie: 1 gruźlicę stawu skokowego, 2 łokciowego, 1 mostka, 2 stawu kolanowego, 3 na zapalenie opon mózgowych u dzieci w wieku od 3—13 lat, 3 na gruźlicę gruczołów szyjnych i 17 na gruźlicę płuc w najrozmaitszych okresach. Chorzy wszyscy gorączkują.

W czasie kuracji angiolymphą, unikałem zawsze stosowania innych środków, które cieszyły się opinją »specyficznych« lub »działających dobrze« n. p. tuberculiny i jej pochodnych, hetolu, krysolganu, surowic i t. d. a to w celu uniknięcia mylnego tłumaczenia.

Najkrótsza obserwacja trwała 3 tygodnie, najdłuższa zaś 2 lata i 2 mieś.

Wyniki otrzymałem następujące:

I. Gruźlica chirurgiczna:

a) We wszystkich wypadkach po wstrzyknięciu podniesienie ciepłoty z 37,6° (średnio) do 38,4°,
b) utrata apetytu w 3 przypadkach,
c) nasilenie objawów ogniskowych w 5 przypadkach,
d) bez zmiany po leczeniu 1,
e) pogorszenie ogólnego stanu zdrowia 5.

Część chorych po kuracji poddała się zabiegom operacyjnym z wynikiem pomyślnym.

II. Zapalenie opon mózgowych gruźlicze *(meningitis basilaris).*

Z 3 przypadków w dwóch stosowałem wstrzyknięcie do kanału kręgowego. Wpływu na chorobę nie zauważyłem najmniejszego. Chorych straciłem.

III. W 17-tu przypadkach gruźlicy płuc zanotowałem:

Podniesienie ogólnej ciepłoty ciała w 12-tu przyp.

Utratę apetytu w 10-ciu.

Nasilenie objawów ogniskowych w 8-miu.

Utratę na wadze w 14-tu.

Zwiększenie się ilości plwociny w 9-ciu.

Ogólne pogorszenie w 15-tu.

Exitus letalis w 12-tu.

IV. W jednym przypadku *tuberculosis disseminata* śmierć nastąpiła, mimo przeszło 60 injekcyj.

Angiolympha stanowczo nie jest środkiem obojętnym, gdyż powoduje bardzo często podniesienie ciepłoty ciała, wpływa częstokroć ujemnie na apetyt i ogólny stan zdrowia. (Część moich chorych która przed leczeniem była jeszcze na nogach — po leczeniu była zmuszona przebywać w łóżku).

Hipoteza że Angiolympha działa »na podłoże« dla prątków — niczem nie jest uzasadniona.

O szybkiem działaniu, jak zresztą całkiem słusznie zaznaczają Dr. L. Węgrzynowski i Dr. J. Wysocki, na stan ogólny w kierunku polepszenia (raczej odwrotnie) jako też na objawy ogniskowe niema mowy.

Angiolympha jest bardzo droga.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. Roman ZAGÓRSKI, dyrektor Zakładu. Kobierzyn.

O Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

(Zarys rozwoju Zakładu po koniec roku 1924).

Wspaniały Zakład Kobierzyński, zbudowany znacznym nakładem pieniężnym przez Galicyjski Wydział Krajowy leży w odległości 9 km od Krakowa na płaskowzgórzu, z którego roztacza się ładny widok: ku północy na Kraków, kopiec Kościuszki i Bielany, ku południowi na Beskidy z Babią Górą. Zakład posiada 104 morgi ziemi, z których 86 otacza na znacznej większości obwodu druciane ogrodzenie siatkowe, zamykając w ten sposób ściślejszy teren Zakładu. Na wielkiej tej przestrzeni rozrzucono w harmonijnym układzie 50 pięknych budynków, zbudowanych według planów biura budowlanego Wydziału Krajowego z inżynierem Władysławem Klimczakiem na czele. Wewnętrzne urządzenia budynków komfortowe, a w części szpitalnej wzorowe pod względem psychjatrycznym.

Osobliwość Zakładu stanowią bardzo rozległe, skomplikowane i różnorodne urządzenia mechaniczne i elektryczne, których nagromadzenie w takiej ilości i różnorodności na jednym terenie stanowi pewnego rodzaju unikat.

Zakład obliczony jest na 550 łóżek dla chorych z możnością rozszerzenia się po wybudowaniu 8 dalszych pawilonów dla chorych do 800 łóżek etatowych.

Budowa Zakładu była już w roku 1914 na ukończeniu, kiedy wybuch wojny światowej uniemożliwił jego otwarcie. W listopadzie 1914 roku grozi Zakładowi zrównanie z ziemią, wojska bowiem rosyjskie zbliżają się do Krakowa, Zakład zaś, jako położony wśród fortów zasłania twierdzy pole obstrzału. Na szczęście przychodzi tylko do wysadzenia w powietrze złóż oksydacyjnych oczyszczalni biologicznej ścieków. Ocalony od zagłady Zakład zajmuje wojskowość i używa go do swych celów. Odbija się to dotkliwie na budynkach Zakładu i jego urządzeniach, które jednak Wydział Krajowy, uzyskawszy kwotę odszkodowawczą, stara się doprowadzić do pierwotnego stanu, a budowę Zakładu wykończyć. W styczniu 1918 roku zostaje wreszcie Zakład otwarty, a to przy pomocy wojskowości, która umieszcza w nim swoich chorych, a w zamian daje do dyspozycji oddział sanitarny niezbędny z powodu braku własnej służby. Na terenie Zakładu działają niezależnie od Dyrekcji, kierownictwo budowy i kierownictwo urządzeń mechanicznych do września 1919 roku oraz kierownictwo budowy bitych dróg w Zakładzie do wiosny 1920 roku.

W kilka miesięcy po otwarciu Zakładu ustępuje główny jego twórca i pierwszy Dyrektor Dr. Jan Mazurkiewicz. Kierownictwo Zakładu obejmuje prymarjusz Dr. Jan Nelken, który jednak już w czerwcu 1919 roku rezygnuje ze swego stanowiska wraz z jedynym lekarzem oddziałowym Drem Ignacym Fuhrmanem. 1 lipca 1919 roku obejmuje kierownictwo Zakładu Dr. Roman Zagórski. W tym czasie prowadzi agendy Zarządu Zakładu trzeci z kolei zarządca.

Z dniem 1 września 1919 roku przechodzi Zakład pod zarząd Ministerstwa Zdrowia Publicznego w Warszawie, w dniu zaś 1 stycznia 1924 roku pod zarząd Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie.

Piąty rok wojny światowej nie jest odpowiednią chwilą do organizowania tak skomplikowanego mechanizmu, jakim jest Zakład psychjatryczny. W latach następnych rozprzężenie ogólne jeszcze się wzmaga, więcej jednak ważą od początku na szali anormalne stosunki natury lokalnej, które nietylko w roku 1918 i 1919, ale także w roku 1921, 1922, a nawet na początku 1924 r. wywołują ciężkie i długotrwałe wstrząśnienia biegu życia zakładowego. Dopiero od wiosny 1924 roku zaczyna się konsolidacja stosunków w Zakładzie a wraz z nią możliwość spokojnej pracy.

Stan Zakładu przedstawia się w drugiej połowie 1919 roku w najogólniejszych zarysach następująco:

Mimo zlikwidowania się kierownictwa budowy Zakładu i kierownictwa urządzeń mechanicznych nie jest Zakład jeszcze wykończony. Z pośród 15 pawilonów dla chorych, 4 są niezdatne do użytku i potrzebują jeszcze znacznych wkładów pieniężnych. Kaplica nie jest jeszcze ostatecznie wykończona. Oczyszczalnia biologiczna ścieków nie pełni swego zadania z powodu nieodbudowania złóż oksydacyjnych. Sieci telefonicznej wewnątrz zakładowej niema. Kanał przechodowy, ciągnący się na przestrzeni 2 km pod ziemią, zagrożony częściowo zawaleniem się. Urządzenia mechaniczne i elektryczne prawie bez wyjątku w stanie złym. Zakład nie przeszedł nadto przez próbę czasu; trzeba się z góry liczyć z możliwością niespodzianek, których istotnie życie nie szczędzi w następnych latach.

Teren Zakładu jest, poza młodocianym laskiem iglastym (7 morgów) i poza młodemi słabo się przyjmującemi drzewami alejowemi wzdłuż główniejszych bitych dróg Zakładu, prawie zupełną pustką. Plan zadrzewienia, wypracowany przez agronoma Zakładu Chojkowskiego, jest szematyczny i istnieje na razie tylko na papierze. Obmyślenie szczegółów i wykonanie planu trzeba z natury rzeczy rozłożyć na szereg lat; przedewszystkiem trzeba rozległy teren Zakładu, który jest przeważnie rumowiskiem gruzów po budowie oczyścić, splantować i rozbudować na nim sieć ścieżek.

W lipcu 1919 roku na 250 chorych niema ani jednego lekarza oddziałowego. Na 8 oddziałach 4 siostry zakonne i 4 osoby świeckie, jako starsze pielęgniarki, wszystkie prawie bez dostatecznego wyszkolenia psychjatrycznego. Kilkanaście osób własnej niższej służby pielęgniarskiej (kobiet i mężczyzn) jest materjałem zupełnie surowym. Liczny zastęp sanitarjuszów wojskowych o organizacji służbowej i dyscyplinie swoistej, nieprzystosowanej do potrzeb Zakładu, jest ciałem obcem, tkwiącem w jego organiźmie. Składa się on w ogromnej większości z żywiołów niechętnych i niemających żadnych kwalifikacyj na pielęgniarzy Zakładu psychjatrycznego; ciągłe wśród nich zmiany personalne jeszcze pogarszają stan rzeczy.

Kąpiele przedłużone nie są jeszcze zdatne do należytej eksploatacji. 8 łóżek siatkowych. Kaftany przymusowe.

Organizacja pracy chorych z natury rzeczy jest w okresie początkowym. Teatr Zakładowy jest jeszcze nieurządzony, scena bez rekwizytów i dekoracyj.

Z pracowni naukowych histologiczna jest wyposażona w przyrządy, ale brak mikrotomów. Gazownia, obsługująca pracownie jest niewykończona. Bibljoteka lekarska liczy tomów 33, bibljoteka dla chorych tomów 325.

W dziedzinie administracji i gospodarstwa Zakładowego jest zupełne rozprzężenie i chaos. Autorytet Dyrektora jest pozorny. Na ważnych posterunkach są przeważnie nieodpowiedni ludzie. Niema prawie ani jednego działu z tego zakresu, któregoby nie potrzeba porządkować i organizować od podstaw. Nadto okazuje się, że Zarząd nie prowadzi od dawna korespondencji, co do konduity osób przyjętych do służby, wskutek czego wśród personalu jest wiele osób o przeszłości niepewnej lub wprost kryminalnej. W maju 1919 roku zachodzi włamanie do Kasy Zakładu, w następnych miesiącach pomniejsze włamania do warsztatów i na oddziałach. W listopadzie 1919 roku jest kilka napadów dezerterów wojskowych, ukrywających się na terenie Zakładu, na mieszkania służby kuchennej i na oddziały ze służbą żeńską. Na oddziałach ginie masowo bielizna i pościel. Inwentarze oddziałowe niezgodne są z oddziałowemi księgami inwentarzowemi, te znów niezgodne z takiemiż księgami w magazynie głównym. Inwentaryzacja mebli zakładowych jest nieścisła. Wielka ilość mebli rozpożyczona jest między funkcjonarjuszami, którzy nie posiadają własnych, przyczem nie można polegać na zapiskach magazynu głównego. Funkcjonarjusze wymieniają meble między sobą, lub zabierają je z opuszczonych mieszkań, z których Zarząd ich nie zabiera. Magazynu technicznego niema. Materjały techniczne są niezinwentaryzowane i rozrzucone w ogromnych ilościach po wszystkich placach, podwórzach, strychach i piwnicach Zakładu (samo ich zwiezienie i segregacja zabrały później 2 miesiące czasu). Magazyn rzeczy chorych jest w skrajnym nieporządku: wypisywani z Zakładu chorzy dostają często rzeczy nieswoje, lub nawet wcale ich nie dostają.

Pola i ogród Zakładu są w stanie zupełnego zapuszczenia i zachwaszczenia; zasadzony w roku 1918 sad o 2.000 drzew owocowych zagrożony zdziczeniem z powodu braku dostatecznej obsługi. Folwarkiem zarządza nie agronom, ale inspicjent, na czem cierpi hodowla inwentarza składającego się z 9 koni, 6 wołów, 8 krów i około 100 sztuk nierogacizny, której niema czem

Opis Zakładu zawarty jest w pracy prof. Mazurkiewicza „*O opiece nad umysłowo chorymi w Galicji i o nowym Zakładzie krajowym w Kobierzynie*“ Przegląd lekarski 1912 Nr. 51.

żywić. Rzeźnia zakładowa funkcjonuje źle. Mięsa niema gdzie w porze ciepłej przechowywać, gdyż chłodni mechanicznej Zakładu nie można uruchomić z powodu braku części składowych, których długo niepodobna wydostać z Czechosłowacji, eksploatacja tej chłodni okazuje się później zbyt kosztowną.

Kancelarja Zarządu wyposażona jest za szczupło w siły urzędnicze. Najwytrawniejsi urzędnicy są chronicznie chorzy i nieurzędują miesiącami. Mnóstwo jest zaległości. Urzędowanie roi się od spraw, jeszcze z czasów budowy, z których każda jest zagmatwana i wymaga osobnych studjów; studjów tych niema komu powierzyć. Ustawicznie napływają nowe sprawy wynikłe z nieporządku i rozprzężenia.

Stosunki komunikacyjne Zakładu są opłakane; połączenia tramwajowego lub kolejowego z miastem niema; gościńce są popsute; środki komunikacyjne Zakładu nie są w żadnej proporcji do jego potrzeb. Tor przemysłowy Zakładu jest w stanie złym.

Obrazu tego dopełniają trudności aprowizacyjne i opałowe, z powodu których Zakład w listopadzie 1919 roku omało nie zostaje zamknięty.

Wobec powyżej opisanego stanu Zakładu nie może być oczywiście mowy o szybkiem jego uporządkowaniu, zorganizowaniu i podniesieniu na właściwy poziom. Potrzeba na to lat pracy, prowadzonej wśród ciągłej i uporczywej walki z przeciwnościami, które piętrzą się chwilami w sposób beznadziejny.

Przedewszystkiem należy:

1) uzyskać odpowiednie fundusze,

2) dobrać stosownych ludzi; tymczasem o jedno i drugie jest właśnie najtrudniej.

Ad 1. Budżetem, który stanowi punkt wyjścia preliminowania wydatków, jest budżet z czasów Gal. Wydziału Krajowego ułożony bardzo oszczędnie i nieliczący się z koniecznością bardzo poważnych wkładów pieniężnych, jakich potrzeba na wykończenie Zakładu i gruntowny remont jego urządzeń. Rozbudowa budżetu dokonywa się mozolnie wśród ciągłych skreśleń ze strony Ministerstwa Skarbu; niweluje ją zresztą z okładem nieustanna dewaluacja. Wprost rozpaczliwie układają się stosunki w drugiej połowie roku 1922 i w roku 1923. Dopiero rok 1924, rok stabilizacji waluty, zmienia zasadniczo sytuację; to też dopiero ten rok pozwala rozwinąć pełną inicjatywę i realizować nie wykonane dotąd zamierzenia.

Ad 2. Dyrektor Zakładu jest w lipcu 1919 roku jedynym lekarzem Zakładu, po koniec roku 1921 prowadzi sam po 2 lub 3 oddziały, mając pod swą bezpośrednią opieką po 150 i więcej chorych. Po koniec roku 1921 całkowicie, a po koniec roku 1923 w znacznej jeszcze części skupiają się w jego ręku bezpośrednio wszystkie prawie agendy zarządu i gospodarstwa Zakładu.

O lekarzy długi czas było trudno; po koniec niemal roku 1919 pracuje w Zakładzie 1 lekarz oddziałowy (Dr. Antonina Tołłoczkówna), w roku 1920 dwóch lekarzy (Dr. Tołłoczkówna i Dr. Władysław Sochacki), w roku 1921, trzech (Dr. Tołłoczkówna, Dr, Sochacki i Dr. Anna Gruszecka), z których jednak na jesieni ustępują prawie jednocześnie Dr. Sochacki i Dr. Gruszecka, wskutek czego Zakład o przeszło 700 chorych pozostaje z jednym lekarzem oddziałowym.

W krytycznej sytuacji ratuje Zakład Ministerstwo Zdrowia Publicznego, delegując po jednym lekarzu z Kulparkowa i z Tworek (Dr. Bronisława Neufeldówna i Dr. Wacław Janowski). Dopiero u schyłku roku 1921 przybywają dwaj nowi lekarze Dr. Władysław Issajewicz i Dr. Eugenjusz Wilczkowski, poczem delegowani lekarze wracają na swe stanowiska w macierzystych Zakładach.

W ciągu roku 1922 ubywa znowu dwóch lekarzy (Dr. Tołłoczkówna i Dr. Wilczkowski) przybywa jednak w maju Dr. Władysław Stryjeński, we wrześniu Dr. Feliks Czarniecki, w listopadzie Dr. Juljusz Morawski i Dr. Wera Morawska. W roku 1923 na wiosnę ubywa Dr. Wera Morawska, od kwietnia 1924 roku przybywa Dr. Władysław Stawarz. Uwzględniając częste i długotrwałe choroby personelu lekarskiego oraz urlopy wypoczynkowe, nie pracuje przeciętnie więcej, jak jeden lekarz oddziałowy w roku 1919, dwóch w roku 1920, trzech w roku 1921, trzech do czterech w r. 1922, trzech do czterech w r. 1923, czterech w r. 1924, przyczem wypada w przecięciu na jednego lekarza do 200 chorych przy napływie chorych, dochodzącym do 800 na rok.

Jeszcze trudniej układają się stosunki w dziale administracyjno-gospodarczym Zakładu. Od roku 1919 3-krotnie zmienia się obsada stanowiska zarządcy Zakładu i dopiero na wiosnę 1924 roku obejmuje Zarząd stosowny kandydat p. Karol Kopjasz i zostaje wkrótce mianowany stałym zarządcą (licząc od początku roku 1918, jest to szósty z kolei zarządca). W składzie personalnym kancelarji Zarządu dokonują się liczne zmiany, dopiero jednak u schyłku roku 1924 stale znacznie za szczupły stan liczbowy personalu poczyna odpowiadać istotnym potrzebom. Na znaczne trudności natrafia dobór właściwych ludzi na bardziej podporządkowane stanowiska w Zarządzie Zakładu; to też szuka się i tutaj często i długo właściwych kandydatów.

Najlepiej i najwcześniej układają się stosunki w zakresie działu technicznego. Prowadzi go od października 1919 roku zasłużony dla Zakładu inżynier Aleksander Boczkowski, ustępuje jednak w maju 1921 roku. Od roku 1922 wchodzi w życie doradcostwo techniczne: doradca dla działu budowlanego i doradca dla działu urządzeń mechanicznych. Doradcami technicznymi są kolejno: inż. Haempel, inż. Heitzman, prof. Akademji górniczej inż. Chromiński, radca Tymczasowego Wydziału Samorządowego inż. Kamieniobrodzki. Dwa podziały działu technicznego prowadzą od roku 1920 mechanik-instalator Bolesław Gośliński i elektro-mechanik Stefan Czaplicki; nadto mechanik-szofer Zygmunt Gośliński prowadzi dział samochodów. Wszyscy trzej właściwi ludzie na właściwych stanowiskach. Bolesław Gośliński oddaje nadto znaczne usługi Zakładowi, pełniąc dodatkowo funkcje inspicjenta technicznego.

Prawie do schyłku roku 1921 utrzymuje się dwutypowość służby pielęgniarskiej i to na obu ich szczeblach. Usiłowania oparcia organizacji służby pielęgniarskiej o świeckie starsze pielęgniarki okazują się daremnemi. Doświadczenia porobione z tym typem służby, wypadają w ogromnej większości ujemnie, w miarę zaś coraz trudniejszej wskutek nadmiernego przepełnienia Zakładu pracy na oddziałach i coraz większych wymagań, stawianych starszemu personelowi pielęgniarskiemu, stają się ciągłe zmiany wśród tego personelu czynnikiem rozprzęgającym organizację szpitala. Wobec tego prowadzenie jednego tylko typu starszych pielęgniarek, a to Sióst zakonnych, jako elementu bardziej karnego i obowiązkowego, okazuje się w stosunkach Kobierzyńskich jedynem racjonalnem wyjściem z sytuacji; dobór jednak i wyrobienie odpowiednich Sióstr dokonywa się oczywiście tylko powoli i stopniowo. Wszystkie Siostry zakonne Zakładu należą do Zgromadzenia Sióstr Służebniczek w Dębicy.

TABELA

ruchu niższej służby pielęgniarskiej od roku 1918 do roku 1924.

Rok	pozostało z roku ubiegłego			przybyło			ubyło			pozostało na rok następny		
	mężczyzn	kobiet	razem	mężczyzn	kobiet	razem	mężczyzn	kobiet	razem	mężczyzn	kobiet	razem
1918	—	—	—	8	24	32	4	15	19	4	9	13
1919	4	9	13	20	61	81	12	41	53	13	29	41
1920	12	29	41	25	101	126	26	89	115	11	41	52
1921	11	41	52	35	65	100	16	28	44	30	78	108
1922	30	78	108	25	57	82	20	59	79	35	76	111
1923	35	76	111	51	93	144	53	94	147	33	75	108
1924	33	75	108	76	78	154	66	77	143	43	76	119

Likwidacja zupełnie nieodpowiedniej wojskowej służby pielęgniarskiej natrafia długo na znaczne trudności, wskutek niemożności pozyskania w krótkim czasie odpowiedniej ilości własnej służby pielęgniarskiej. To też dokonywa się ona stopniowo i dopiero u schyłku roku 1921 dokonuje się całkowicie. Ale także własny materjał służbowy jest z natury rzeczy tylko materjałem surowym. Wyrabianie zeń służby pielęgniarskiej dokonywa się tylko stopniowo i wśród znacznych trudności, wynikających z zasadniczej nieprzydatności znacznej większości tego materjału do zawodu pielęgniarskiego. Rzuca na sprawy te światło tabela ruchu tej kategorji służby od roku 1918 po koniec r. 1924.

Od roku 1921 zasila się dopływ nowego materjału pielęgniarskiego materjałem kandydatów z pod b. zaboru pruskiego, zwłaszcza zaś od czasu redukcji zakładów i służby pielęgniarskiej na Pomorzu, materjał ten jednak służbowy tylko w części spełnia pokładane w nim nadzieje. Wychowanie zresztą własnej służby pielęgniarskiej nie jest zagadnieniem, dającem się rozwiązać w ciągu paru lat; praca ta jest w toku, a rezultaty aczkolwiek jeszcze niezupełne są już niewątpliwe.

W znacznej mierze jest dla pracy tej stracony rok 1922. Rok ten jest rokiem fermentów wśród służby pielęgniarskiej organizowanych z zewnątrz. Na czoło ruchu wysuwają się przeważnie żywioły wichrzycielskie, niepoczuwające się często do obowiązku a żądające rozszerzenia praw; delegacja służby usiłuje współrządzić w Zakładzie. Ujęcie w karby tego ruchu i wyprowadzenie go na właściwe tory daje się osiągnąć dopiero u schyłku 1922 roku.

W lutym roku 1923 rozpoczyna się systematyczne kształcenie służby pielęgniarskiej, na dwu równoległych kursach pielęgniarskich, prowadzonych przez Dyrektora Zakładu. Zakres kursu: Ogólne pielęgniarstwo w najkonieczniejszym skrócie za wyjątkiem szeroko rozwiniętego działu chorób zakaźnych i zasad dezynfekcji, oraz szczegółowo traktowane pielęgniarstwo psychjatryczne, a to pod kątem dążeń postawienia Zakładu na poziomie wzorowego współczesnego Zakładu psychjatrycznego. Nauka na obu kursach trwa do końca czerwca roku 1924. System nauczania: Dyktowanie wykładów i szczegółowe egzaminowanie z wyłożonego materjału wszystkich po kolei uczestników kursów. Na kurs dla starszego personelu pielęgniarskiego uczęszcza osób 19 (prawie wyłącznie Siostry zakonne), na kurs dla niższego personelu pielęgniarskiego osób 16. Do egzaminu końcowego w dniu 3 lipca 1924 roku przystępuje Siostr 12, osób niższego personelu 8 z pomyślnym bez wyjątku wynikiem egzaminu. Od stycznia 1924 roku po koniec kwietnia roku 1924 prowadzi p. Aleksandra Z a g ó r s k a (żona Dyrektora Zakładu) 3 kursy dla personelu zakładowego, w tem także dla personelu pielęgniarskiego, a to kurs dla analfabetów, kurs dokształcający i kurs ogrodnictwa. W 3 tych kursach bierze udział ogółem osób 60.

Oprócz tego w roku 1923 i 1924 odbywają się dla służby odczyty z pokazami świetlnemi z zakresu historji i literatury polskiej oraz geografji ziem polskich.

Do trudności zdobycia odpowiednich funduszów i znalezienia stosownych ludzi dołącza się od roku 1920 zło największe, t. j. przepełnienie Zakładu. Przy końcu roku 1920 liczy Zakład 598 chorych na 432 łóżkach etatowych (względnie po doliczeniu zaimprowizowanych w tym roku 10 łóżek oddziału kolonjalnego na folwarku na 442 łóżkach). Stan łóżek etatowych utrzymuje się na tej wysokości do lipca 1924 roku z powodu braku bowiem dostatecznych kredytów nie można wykończyć i oddać do użytku 4 niegotowych jeszcze pawilonów dla chorych. Tymczasem w roku 1921 mieści Zakład dziennie przeciętnie 650 chorych (najwyższy stan chorych wynosi w tym roku 706), w roku 1922 — 613 (najwyższy stan 661), w roku 1923 — 609 (najwyższy stan 661) w roku 1924 przepełnienie wzmaga się tak gwałtownie, że rok ten zamyka się stanem chorych 815 na 492 łóżkach etatowych.

Przypływ roczny chorych wyraża się następującemi liczbami:

w roku 1918	przyjęto	527	chorych
„ 1919	„	579	„
„ 1920	„	726	„
„ 1921	„	798	„
„ 1922	„	790	„
„ 1923	„	764	„
„ 1924	„	826	„

Ogólna ilość chorych leczonych w ciągu roku wynosi:

w roku 1918	527	chorych
„ 1919	824	„
„ 1920	1.094	„
„ 1921	1.396	„
„ 1922	1.400	„
„ 1923	1.397	„
„ 1924	1.412	„

Ilość roczna przyjęć w stosunku do stanu chorych w dniu 1 stycznia każdego roku stanowi:

w roku 1919	235%
„ 1920	200
„ 1921	133
„ 1922	129
„ 1923	121
„ 1924	141

W stosunku do ilości czynnych łóżek etatowych wynosi obłożenie Zakładu chorymi:

w roku 1920	przeciętnie	135 %	maksymalnie	138 %
„ 1921	„	147	„	157
„ 1922	„	138,6	„	149,5
„ 1923	„	137,8	„	149,5
„ 1924	„	165,6	„	175

Tak znaczny przypływ chorych i, wynikające zeń niepomierne przepełnienie Zakładu, tłumaczy się tem, że Zakład Kobierzyński obsługuje połać kraju o prawie 4 i ½ miljonach mieszkańców (Zachodnia Małopolska i Województwo Kieleckie), podczas gdy n. p. niespełna 4 miljony ludności liczące razem Województwa: Pomorskie, Poznańskie i Śląskie obsługuje 7 wielkich Zakładów psychjatrycznych. Odgrywa tu nadto rolę i ta okoliczność, że większość chorych Zakładu pochodzi z Małopolski, której gminy przynależności nie ponoszą kosztów leczenia za ubogich chorych, wskutek czego gminy te zupełnie przeciwnie, aniżeli n. p. w b. Kongresówce, starają się jak najrychlej chorych oddać do Zakładu i bronią się przed odebraniem ich z powrotem.

Przepełnienie Zakładu byłoby zresztą jeszcze o wiele większe, gdyby nie zaistniała była, dzięki akcji Ministerstwa Zdrowia Publicznego, możność przenoszenia nadmiaru chorych do Zakładów Pomorskich i Poznańskich, do których ogółem przewiezionо z Kobierzyna w roku 1922 i 1923 chorych 387. Niepomierne przepełnienie Zakładu w roku 1924 pochodzi stąd, że w roku tym z powodu przejścia Zakładu pod Zarząd Tymczasowego Wydziału Samorządowego i długotrwałych pertraktacyj o nową umowę ze Starostwem Krajowem Poznańskiem wysyłka chorych do Zakładów Poznańskich nie doszła w ciągu roku do skutku.

Jeżeli przepełnienie stanowi poważną komplikację dla każdego Zakładu psychjatrycznego, to przepełnienie chroniczne, dochodzące do tego stopnia, że Zakład mieści o 75% więcej chorych, aniżeli ma łóżek etatowych, staje się ciężką chorobą, toczącą organizm Zakładu, zwłaszcza, gdy chodzi o Zakład taki, jak Kobierzyński, a więc Zakład młody, kształtujący się dopiero, walczący na każdym kroku z poważnemi trudnościami, o nielicznych siłach lekarskich i wyrabiającym się personelu pielęgniarskim. Przepełnienie takie staje się źródłem ciągłego podniecania się chorych, utrudnia w wysokim stopniu pracę lekarzy i personelu pielęgniarskiego, który w anormalnych warunkach pracy zniechęca się i ustępuje, powiększa wreszcie niepomiernie szanse zawleczenia się do Zakładu chorób zakaźnych, walkę zaś z niemi czyni szczególnie trudną i mało skuteczną.

Taką chorobą zakaźną, która stworzyła dalsze powikłania życia zakładowego stała się czerwonka. Pierwsze przypadki tej choroby stwierdzono w Zakładzie w lipcu 1919 roku. Już dla pierwszego z nich uruchomiono pawilon zakaźny, który odtąd stale jest czynny, przyjęto bowiem od początku zasadę, aby uzdrowieńcy, jako niebezpieczni dla otoczenia z powodu roznoszenia zarazków, przebywali w nim przez przeciąg przynajmniej 6 miesięcy. Mimo tych zarządzeń i starannego przestrzegania zasad odkażania, zapada w Zakładzie na czerwonkę w 1919 roku 19 chorych, w 1920 roku 29 chorych, w 1921 roku szczególniejszego nasilenia czerwonki w kraju i największego po rok 1924 przepełnienia Zakładu 78 chorych, w 1922 roku 27 chorych, w 1923 roku 34 chorych, w 1924 roku 22 chorych (nadto przybyło w tym roku z czerwonką do Zakładu 4 chorych). Mimo przeprowadzania w każdym przypadku kilkakrotnych nieraz badań kału w pracowniach krakowskich, nie zdołano dotąd wykryć rodzaju zarazka chorobotwórczego. Natomiast dodatkowe wywiady, podejmowane od roku 1920, wykazują, że wśród świeżo przyjętych zdarzali się chorzy, którzy niedawno przebyli czerwonkę, o czem w świadectwach lekarskich nie było wzmianki. Dotyczyło to przedewszystkiem oddawanych do Zakładu w roku 1920 żołnierzy. Dalsze badania, przeprowadzone w latach następnych, które przy pomocy Zakładu Epidemjologicznego w Krakowie, zwłaszcza w roku 1923, rozwinięto na wielką skalę, nie zdołały jednak wykryć zarazków, mimo, że przebadano serjowo, następnie zaś osobniczo kał wszystkich chorych i całej służby pielęgniarskiej. Wobec tego wprowadzono w roku 1923 także badanie krwi na odczyn zlepny. Badania te dały niespodziewany wynik: zarówno u chorych świeżo przybyłych, jak i u dawniejszych chorych Zakładu, okazał się w około 10 procentach odczyn zlepny dodatnim bądź na prątek Fleksnera, bądź Schiga-Krusego, bądź na Y. Spostrzeganie kliniczne wykazało, że istotnie w kilku przypadkach chorzy, którzy przybyli do Zakładu z odczynem zlepnym dodatnim, zapadli wkrótce na czerwonkę, przez uzupełnienie zaś wywiadów udało się ustalić, że na kilka miesięcy przed przybyciem do Zakładu, przebyli oni już tę chorobę.

Wobec tego przyjąć należało, że czerwonka zakładowa u tych chorych była tylko nawrotem czerwonki poprzednio przebytej, i że chorzy ci byli roznosicielami zarazków, gdyż na oddziałach, na których przebywali, wytworzyły się bezzwłocznie małe ogniska endemiczne (2 do 3 zachorowań), które za każdym razem po przeprowadzeniu gruntownego odkażenia całego oddziału powiodło się stłumić. Na wiosnę w roku 1924 endemja czerwonki wygasła w Zakładzie i dopiero w lipcu pojawiła się znowu i to wyłącznie prawie na oddziałach infirmeryjnych. Ponowne badania w Zakładzie Epidemjologicznym krakowskim nie dały jednak co do odczynu zlepnego wyników zgodnych z rokiem 1923. Wobec tego przystąpiono do szczepień ochronnych szczepionką przeciwczerwonkową wielowartościową, które są w toku, co nie pozwala jeszcze ocenić ich zapobiegawczej skuteczności.

Oprócz wszystkich powyższych trudności niejako wewnątrz zakładowych niemałą rolę odegrały trudności wynikłe stąd, że Zakład, przeszedłszy w roku 1919 pod zarząd państwowy, dostał się automatycznie w wir zarządzeń o charakterze ogólnopaństwowym, rozwiązujących szematycznie szereg spraw dla życia zakładowego ważnych, a nierzadko zupełnie niedostosowanych do odrębności Zakładu, jako organizmu o specjalnym charakterze. Zwłaszcza objęcie Zakładu nową rachunkowością państwową stworzyło w latach 1922 i 1923 istne koło błędne, uniemożliwiając racjonalną gospodarkę i rozwój zakładu. Dok. nast.

Przegląd piśmiennictwa.

Revue de la Tuberculose.

Nr. 3. 1924.

D u m a r e s t i B r e t t e. **Przepuklina śródpiersiowa w przebiegu odmy sztucznej.** W przebiegu leczenia odmą sztuczną może powstawać powikłanie w postaci prawdziwej przepukliny śródpiersiowej. Na ekranie przedstawia się ona w postaci linji ciemnej, okrągłej, skierowanej wklęsłością ku śródpiersiu, tworząc rodzaj kieszeni. Roentgen pozwala na określenie przepukliny, jako rozciągnięcia przedniej części worka opłucnowego po stronie chorej; wskutek wprowadzonego gazu worek opłucnowy zostaje przepchnięty na stronę zdrową. Powikłanie to nie jest rzadkie. Na 17 przypadków odmy sztucznej autorzy mieli 3 przypadki przepukliny, czyli 17.6%; na 18 przypadków odmy, leczonych w Sanatorjum autorzy mieli 5 przypadków przepukliny śródpiersiowej czyli 27.7%. Przypadki autorów spostrzegane były u osobników młodych. Wszystkie przypadki autorzy widzieli w przebiegu odmy lewostronnej. Przepuklina powstaje wcześnie, gdy odma jest zaledwie wytworzoną. Rozmiary przepukliny były rozmaite, czasami b. duże, wysokość nie przewyższała 2—3 żeber. Ciśnienie wewnątrzopłucnowe we wszystkich przypadkach równało się 0. Objętość przepukliny zmienia się wraz z oddechem, przy wydechu zwiększa się, przy wdechu zmniejsza się; różnica dochodzi do 1—2 centymetrów. Przy przepuklinach widzimy pewne przemieszczenie serca, śródpiersia; przy małych przepuklinach tego nie widać; przepukliny powstają i przy odmie doskonałej i przy odmie częściowej. U jednego chorego wystąpiła silna duszność, czterech pozostałych nie miało żadnych dolegliwości oddechowych; odma była utrzymywana przy ciśnieniu $\pm$ 0. Badanie fizykalne nie wykrywa tego powikłania. Czasami tylko przy dużej przepuklinie w przypadkach odmy lewostronnej — po stronie prawej można było stwierdzić oddech dzbanowy, szmery metaliczne, objaw monety. Przypomina to przeniesienie szmerów ze strony chorej na zdrową przy odmie sztucznej, gdy ucisk jest niedostateczny; przy zwiększaniu ciśnienia szmery te znikają; przy przepuklinie szmery te są pochodzenia opłucnowego, a nie płucnego; nie są one przenoszone, lecz powstają na miejscu: wzmożone ciśnienie zwiększa te szmery oddechowe. Powstawanie przepuklin tłómaczy Nitch w sposób następujący. Śródpiersie posiada dwa punkty słabe: jeden w części dolnej i tylnej, drugi z przodu na wysokości trzech żeber. Powstawanie przepukliny śródpiersia dowodzi istnienia punktu słabego przedniego górnego. Objaw Grocco dowodzi istnienia punktu dolnego tylnego. Przepuklina powstaje wskutek rozciągnięcia opłucnej przez gaz. Na wysokości pierwszych trzech-czterech żeber górnych obie opłucne stykają się prawie ze sobą na linji środkowej. Śródpiersie w tem miejscu posiada tylko luźną tkankę. Gdy opłucna rozciąga się i gdy pewne ciśnienie gazu jest osiągnięte, worek opłucnowy może być w tem miejscu przesunięty poza linję środkową. Mechanizm ten jest wrażliwy u ludzi młodych, jak to bywa przy objawie Grocco, gdy tkanki są jeszcze elastyczne, gdy żadne zapalenie poprzednie nie spowodowało zgrubienia opłucnej. Nie wyjaśniono dotychczas, dla czego spotykamy przepuklinę przy odmie lewostronnej. Przy stwierdzeniu przepukliny należy unikać ciśnienia dodatkowego; gdyż może ono zwiększyć przepuklinę i przesunąć śródpiersie; przepuklina znikała przy wytworzeniu ciśnienia ujemnego. Jednocześnie zjawiał się ponownie kaszel, plwociny i szmery oddechowe. Leczenie przepukliny śródpiersiowej polega na wypuszczeniu gazu i osiągnięciu ciśnienia ujemnego.

Ciśnienie w każdym przypadku odmy sztucznej musi być stosowane indywidualnie, co jest najtrudniejsze w leczeniu; należy jaknajczęściej posługiwać się Roentgenem. Powodzenie metody Forlaniniego zależne jest od stosowania jej przez ręce doświadczone i pewne; każdy inny sposób prowadzi do dyskredytowania tej nadzwyczajnej metody.

O l m e r i C r é m i e u x. **Obecność lasecznikôw Koch'a w płynie dwunastnicowym, otrzymywanym za pomocą zgłębnika.** Możliwość wydalania lasecznikôw gruźliczych za pomocą dróg żółciowych jest oddawna ustalona dzięki badaniom nad bydłem rogatem i świńmi. Calmette i Guerin pierwsi dowiedli faktu wydalania lasecznikôw gruźliczych przez drogi żółciowe. Doświadczenia dowodzą, że lasecznik, zastrzyknięty do żyły, może być znajdywany w żółci. Doświadczenia robione z choremi zwierzętami są jeszcze bardziej przekonywujące. Znajdywano w żółci wołu i świni — laseczniki Kocha. Lydja Rabinowicz wykryła laseczniki w pęcherzykach żółciowych chorego bydła u 12 sztuk na 17.

Dane powyższe zezwalają na wyprowadzenie wniosku, że lasecznik gruźliczy może być wydzielany przez żółć w każdym przypadku gruźlicy. Wydalanie samoistne może być przemijające; może być ono wywołane dawką kalomelu, środkami żółciopędnemi i przeczyszczającemi, tuberkuliną. Czasami wydalanie jest nader obfite.

W kale chorych ludzi i zwierząt już dawno wykryto laseczniki kwasoodporne. Znajduje się je u ludzi nie tylko z gruźlicą otwartą płuc, którzy połykają plwocinę, lecz i u chorych z gruźlicą prosówkową i gruźlicą zamkniętą płucną. Obecnie te laseczniki kwasoodporne uważane są za prawdziwe laseczniki Koch'a. Alexander nie znalazł ani razu lasecznikôw kwasoodpornych w kale 129 nie gruźlików. Na 72 chorych z gruźlicą zamkniętą znalazł je u 52 chorych. Venot i Moreau u 35 chorych z rozmaitemi cierpieniami nie znaleźli nigdy lasecznikôw kwasoodpornych w kale. U 42 chorych z gruźlicą otwartą i u 15 chorych na gruźlicę, nie plujących, znajdywali je zawsze. Poszukiwanie wydzielania lasecznikôw gruźliczych u człowieka za pomocą zgłębnikowania dwunastnicy stosowane było po raz pierwszy w r. 1921 przez Carnot'a i Libert'a. Myślę, że należy poszukiwać lasecznikôw gruźliczych w płynie dwunastnicowym w celu rozpoznawczym.

Autorzy badali u swych chorych treść dwunastnicową naczczo; chorzy łatwo połykali sondę Einhorn'a; ilość czasu potrzebnego na przejście sondy do dwunastnicy wynosiła u chorych od $^1/_2$ godziny do 5 godzin, Autorzy otrzymywali treść dwunastnicową bez wstrzykiwania środków żółciopędnych. Wygląd treści dwunastnicowej był różny; od żółtego przeźroczystego koloru »*chartreuse*« do prawdziwej zupy grochowej, gęstej, zielonawej. Laseczniki Kocha były poszukiwane w preparatach barwionych osadu odwirowanego oraz za pomocą szczepień podskórnych.

Na 10 chorych — w pięciu przypadkach szczepienia świnkom morskim dały wynik dodatni; z tych 5 przypadków tylko 2 miało w plwocinie prątki Kocha. Z 10 przypadków autorów — 2 miało w plwocinie laseczniki Kocha, a 7 nie pluło. Badania autorów doprowadziły do następujących wniosków:

1) Wyniki kilku badań u danego chorego, robionych w odstępach dwumiesięcznych — były zawsze takie same;

2) na 16 badań w jednym tylko przypadku wykryto laseczniki Kocha bezpośrednio w osadzie;

3) szczepienie wypadło dodatnio w jednym przypadku choroby Vaquez'a;

4) w dwóch przypadkach gruźlicy szczepienie wypadło ujemnie.

Naogół badania autorów zgadzają się z badaniami poprzedników i wykazują u niektórych chorych obecność lasecznikôw Kocha w treści dwunastnicowej. Autorzy tłómaczą ich obecność w dwunastnicy w ten sposób. U pewnej liczby chorych powstają one wskutek połykania zakażonej plwociny. U chorych z gruźlicą zamkniętą powstają wskutek wydzielania za pomocą soku trzustkowego a głównie żółci. Wydzielanie za pomocą żółci jest skutkiem obecności lasecznikôw we krwi. Zdaniem Calmett'a laseczniki gruźlicze znajdują się częściej w krwi, niż myślano dotychczas.

Gdy ilość laseczników we krwi jest bardzo znaczna może powstawać generalizacja gruźlicza lub umiejscowienie w kilku narządach. Gdy jest ich niewiele, zostają one z ustroju wydalone zwykłemi drogami wydzielniczemi. Możliwem jest również, że uszkodzenie wątroby jest momentem sprzyjającym wydzielaniu laseczników przez żółć, jak to stwierdzono u zwierząt.

Fakt znajdywania laseczników w treści dwunastnicowej, niezależnie od sposobów jakiemi się laseczniki tam dostają, ma znaczenie rozpoznawcze dla chorych nie plujących, gdyż może przyczynić się do rozpoznania gruźlicy w przypadkach wątpliwych. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Bratislavskê Lekarske Listy.
zesz. 3. 1924.

Prof. Dr. V. Reinsberg. **O znaczeniu dermatologji dla ogólnej praktyki lekarskiej.**

Dr. Antoni Fabian. **O wartości serodjagnostycznej reakcji Meinickego.** Na 1571 badanych przypadków znalazł zgodność z seroreakcją Wassermanna w 96·94% przypadków. Na 3,06% wyników odmiennych:

2,1% BWR dodatni, Meinicke ujemny. 0·7% BWR ujemny, Meinicke zaznaczony. 0·26% BWR ujemny, Meinicke zaznaczony.

Na tej podstawie zaleca reakcję Meinickego w praktyce codziennej.

Dr. Wiktor Sedlak. **Wahania reakcji Bordet-Wassermanna podczas leczenia przeciwkiłowego.** SRW. waha się bardzo często w czasie leczenia specyficznego. Najważniejsze są nagłe zmiany reakcji ujemnej w dodatnią, co się zdarza we wszystkich okresach chorobowych.

Podczas leczenia poronnego przy ujemnej SRW. zdarzają się wahania dodatnie albo w 5—7 tygodni po infekcji (w przypadkach, które dostały się do leczenia w 4—5 tygodniu), albo w 2—3 tygodniu (w przypadkach które dostały się do leczenia w 2 tygodniu po infekcji). Te wczesne wahania świadczą o niezwykłej jadowitości krętka bladego. Na 47 przypadków, 20 okazało dodatnie wahanie w czasie leczenia poronnego i w tych razach leczenie poronne jest niewystarczające. Takie same znaczenie ma dodatnia reakcja w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W 37 przypadkach wrzodu pierwotnego przy dodatniej SRW. tylko w trzech wypadkach było wahanie ujemne w czasie pierwszego, względnie po pierwszem leczeniu. We wszystkich innych przypadkach następowało w miarę leczenia powolne przejście reakcji dodatniej w ujemną.

W przypadkach kiły II. i III. rzędnej w 18 na 31 były wahania. W jednym przypadku, podczas czterech leczeń była reakcja ujemna, po rocznej kontroli udzielono zezwolenia na małżeństwo, a miesiąc potem u obu małżonków SRW zupełnie dodatni.

Wniosek: SRW nie można uważać za jedynie miarodajną w stawianiu rokowania przy kile.

Dr. Richard Prazak. **Hodowle gonokoków na pożywkach z wyciągami ludzkich, zwierzęcych i roślinnych tkanek wedle Giscarda.**

Dr. Frant. Salsa. **Leczenie maściami Andriol-bizmutowemi i Andriol-uranowemi.**

Adolf Meska. **O polskim Neosolutanie.** Między szeregiem preparatów Novarsenobenzolowych użyto w 400 przypadkach Neosolutan Zgierz w dawkach od 0·15—0·9, zarówno u chorych klinicznych jak i ambulatoryjnych. W żadnym przypadku nie zauważono jakichś szkodliwych następstw, tak. że preparat uważa za polecenia godny. Autor zwraca uwagę na stosunkowo niską cenę preparatu, która czyni go dostępniejszym nawet dla ludzi ubogich. *Bohinówna* (Lwów).

The Journal of the Am. Med. Assoc.
T. 81. Nr. 1. 1924.

F. Underhill. **Wpływ soli przeczyszczających przy odwodnieniu ustroju.** Autor doświadczalnie nie podawał psom żywności i wody w ciągu 7—9 dni, co powodowało odwodnienie ustroju. Zagęszczenie krwi autor określał w miarę zwiększenia się w niej zawartości Hb. Następnie wlewał psom zapomocą zgłębnika żołądkowego *Kal.* i *Natr tartaric*, *Natr. sulf.*, *Magn. sulf.* i okazało się, że podanie soli w żadnym przypadku nie wzmogło koncentracji krwi, a w niektórych przypadkach nawet obniżyło ją, co wyraźnie przemawia za tem, że doświadczalnie wywołane zagęszczenie krwi nie zależy od utraty wody do światła przewodu pokarmowego, a raczej nawet spostrzegano zjawisko odwrotne, że woda mianowicie z przewodu pokarmowego przesiąkała wraz z solami do krwi. Z najrozmaitszych przeczyszczających soli, tylko sole magnezu okazywały trujące działanie już po kilku minutach po przedostaniu się do krwi. W doświadczeniach kontrolnych autor pozbawiał psów tylko strawy, nie odmawiając podawania wody. W tych przypadkach nie notowano wystąpienia zagęszczenia krwi a następowe wprowadzenie *Magn. sulf.* nie okazywało objawów toksycznych; bezpośrednią przyczyną zatrucia w tych przypadkach było wyłącznie odwodnienie ustroju, co upoważnia autora do bardzo ostrożnego stosowania *Magn. sulf.* w przebiegu schorzeń, w których ma się podejrzenie w kierunku wzmożonej koncentracji krwi. Autor przytacza zdanie Meltzer'a i Lucasa, którzy przestrzegają wogóle przed niebezpieczeństwem stosowania wspomnianych soli w schorzeniach nerek.

Nr. 5.

A. Elwyn. **Zapalenie płuc pooperacyjne.** Statystyczne dane autora co do częstości występowania zapalenia płuc po przebytych operacjach wykazują, że po zastosowaniu znieczulenia ogólnego stwierdził je w 3% na 1734 wykonanych operacyj i tylko w 2,7% na 399 operacyj, dokonanych w znieczuleniu miejscowem. Autor twierdzi, że zapalenie płuc wywiązuje się zwykle dopiero na trzeci dzień i zazwyczaj po przebytych operacjach przewodu pokarmowego lub przepuklin, dalej woreczka żółciowego i pęcherza moczowego. Po operacjach ginekologicznych i na kończynach zapalenie płuc jest rzeczą rzadką. W przebiegu wspomnianych zabiegów często przychodzi na drodze odruchowej do zwężenia oskrzelików, do niedodmy i zapadnięcie się pęcherzyków przeważnie w dolnych płatach płuc. W tych przyp. roentgenologicznie daje się stwierdzić przemieszczenie serca w kierunku zapadniętego płuca, dalej uniesienie się przepony do góry a objawowo stwierdza się osłabiony oddech oraz przytłumienie wypuku. Zapalenie płuc rozwija się wtórnie w przypadkach istniejącego przed operacją zapalenia oskrzeli z których zakażenie z łatwością przejść może na odcinek dotknięty niedomogą. Również wystąpić ono może w następstwie zużycia za dużych ilości środków znieczulających. Autor sądzi, że zapalenie zachłystowe występuje li tylko przypadkowo i jest zresztą rzeczą rzadką.

Nr. 6.

Ruska Randolt. **Wywody anatomiczne w przypadkach naśladujących gruźlicę płuc.** Autor w 7 przypadkach z objawami klinicznemi gruźlicy płuc stwierdził na sekcji w jednym przypadku pierwotną sprawę rakową obydwóch płuc z rozległemi przerzutami w innych narządach, w drugim przypadku zapalenie wrzodziejące trzech zastawek serca wraz z zaczopowaniem dolnej gałęzi tętnicy płucnej i następowym zawałem rozległym w płacie dolnym płuca prawego; w dwóch dalszych przypadkach — daleko posuniętą pylicę płuc; w piątym przypadku — przerzuty rakowe w płucach z pierwotnego raka włóknistego żołądka, nie przejawiające się klinicznie; w szóstym przypadku — pierwotny śródbłoniak opłucnej, przechodzący na osierdzie i płuco lewe oraz przerzuty do płuca prawego, śledziony, nadnerczy, wątroby; w siódmym przypadku — autor stwierdził mięsaka wrzecionowatego obu płuc z przerzutami na opłucnej. Ciekawem jest w danym przypadku, że nowotwór ten powstał po upływie 11 lat po przebytej amputacji podudzia z powodu mięsaka. Wspomniany przypadek sekcyjny antor uważa za sprawę samoistną, gdyż zwykły okres dla nawrotów wynosi według ogólnie przyjętych danych 2 lata.

Nr. 12.

Fr. W. Peabody i G. O. Broun. **Fagocytoza ciałek czerwonych w przebiegu niedokrewności złośliwej.** Spostrzeżenia autorów, dokonane w przypadkach niedokrewności złośliwej, stwierdzają wybitną żerność ciałek czerwonych przez komórki śródbłonkowe. Najwybitniej fagocytoza ta daje się

zauważyć w szpiku kostnym, oraz w śledzionie, w wątrobie i gruczołach. Nie rozstrzyga natomiast autor kwestji najciekawszej — w jakim stosunku pozostaje żerność ciałek czerwonych do etjologji niedokrewności.

Diehl. **Samoistne pęknięcie torebki śledziony w przebiegu wąglika.** Jestto pierwszy przypadek tego rodzaju, jak twierdzi autor, w piśmiennictwie lekarskiem. Klinicznie u chorego stwierdzono wąglika na szyi, który operacyjnie nacięto na 4-ty dzień choroby. Dnia następnego po przebytej operacji wyhodowano z krwi gronkowca żółtego. Badanie kliniczne stwierdzało bolesność lewej okolicy podżebrza. 7-go dnia choroby bolesność tej okolicy nadzwyczaj wzmogła się a wkrótce potem po upływie 4-ch godzin chory zmarł. Sekcja wykazała dwukrotne powiększenie śledziony a w dolnym jej biegunie podłużne pęknięcie torebki, nie sięgające wgłąb miąższu. Na przekroju miąższ wybitnie przekrwiony, wiotki i nadzwyczaj kruchy. Autor sądzi, że wobec braku ropni przerzutowych w narządach wewnętrznych, stwierdzone pęknięcie odnieść należy do zapalenia samego miąższu śledzionowego i jego obrzmienia. Z wyróżniających się opisów pęknięcia śledziony autor przytacza rozprawę Connors'a z r. 1921, który zebrał 12 przypadków samoistnego pęknięcia torebki śledzionowej przeważnie po przebytej zimnicy, tyfusie, jednego przypadku przy raku wrzodziejącym żołądka oraz jeden przypadek w przebiegu posocznicy. Fieber podaje przypadek pęknięcia śledziony w przebiegu grypy.

Nr. 13.

F. R. Ford. **Cholesteatoma komory III. z objawem Argyll-Robertsona obustronnym.** U mężczyzny lat 35 z objawami klinicznemi wytrzeszczu obu gałek stwierdzono na sekcji nowotwór mózgu o utkaniu, odpowiadającem perlakowi, usadowionemu w wielkiem spoidle mózgu. Guz ten zajmował prawie większą jego część, co musiało powodować ucisk a w następstwie wodogłowie wewnętrzne.

Nr. 23.

J. E. Benjamin i G. S. Lachman. **Przypadek tętniaka zakażonego tętnicy pośladkowej.** Podany przypadek dotyczy kobiety lat 24 z objawami ciężkiej posocznicy ze stwierdzonemi licznemi zatorami podskórnemi, a w okolicy pośladkowej tuż pod skórą zauważono tętniak, wyraźnie tętniący, wielkości 5 : 1. Podczas nakłucia tętniaka wydobyto krew płynną, z której wyhodowano łańcuszkowca zieleniejącego. Nekroskopja w tym przypadku stwierdziła zapalenie wsierdzia złośliwe oraz liczne zawały świeższe i starsze w nerkach i śledzionie. Autorowie przypuszczają, że stwierdzony tętniak jest niewątpliwie pochodzenia zakaźnego.

W. Janusz.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny

T. l. zesz. 3 i 4.

Stef. Szuman. **Definicja pojęć »choroba i zdrowie«.** Nawiązując do zreferowanego już w swoim czasie artykułu prof. Wrzoska »Określenie pojęcia choroby« godzi się wspomnieć o odmiennem określeniu pojęć choroby i zdrowia, podanem przez St. Szumana. Definicja zdaniem jego powinna podawać najbliższy rodzaj i różnicę gatunkową. Na podstawie dłuższych rozważań autor proponuje następujące określenie choroby : Choroba jest anormalnym stanem organizmu, polegającym na reakcji obronno-reparacyjnej tegoż organizmu wobec działań czynników zewnętrznych lub wrodzonych, wprowadzających w organizm destrukcyjne zmiany o sile naruszającej jego sprawność życiową i narażającą jego byt. Choroba jest okresem wzmożonych wysiłków organizmu wobec niezwykłego i niebezpiecznego nacisku bodźców świata.

Zdrowie według niego jest nietylko stanem normalnym organizmu w sensie dodatnim dla zadań życiowych, lecz, ponadto zdrowie jest stanem przystosowania organizmu do zadań życiowych nie tylko zwykłych i codziennych; w zdrowym organiźmie tkwi także siła potencjalna wchodząca w grę wtenczas, gdy wobec zadań nadzwyczajnych organizm winien okazać swe siły odporne.

W. Janusz (Lwów).

Zeitschr. f. klin. Medizin.

B. 101. 1—2. 1924.

Beckmann i van der Reis. **Bakterjologja i terapja zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych.** Ponieważ choroba ta może być przyczyną zakażenia ogólnego, zaniku lub marskości nerek leczenie powinno dążyć nietylko do usunięcia objawów klin., lecz przedewszystkiem do opanowania zakażenia, co daje się wykonać nie w sposób schematyczny, lecz przez leczenie przyczynowe. Schorzenie to trafia się częściej u kobiet zwłaszcza przy sprawach zapalnych dróg rodnych. Czynnikiem etjologicznym jest nie tylko *B. coli,* jakkolwiek to spotykamy najczęściej, ale i inne drobnoustroje jak *B. typhi, paratyphi, enteritidis, faecalis alcaligenes, staphylococcus, streptococcus, b. fluorescens, xerosis, proteus.*

Surowica chorych aglutynuje nieraz dane bakterje, co jest dowodem, że zakażenie dróg moczowych może wywoływać powstanie odp. ciał odpornościowych. Leczenie może opierać się na zmianie odczynu moczu na kwaśny przez podanie 6—9 gr. *ammonii chlorati,* gdyż wykazano, że bakterje mają optimum rozwoju w pewnej koncentracji jonów H, które zostaje zmienione przez podanie powyższego środka, zaś alkalizację da się wykonać przez podanie sody. Pozatem należy zwracać uwagę na odpowiednią dietę. Alkalizacja nie jest w stanie pokonać zakażenia, natomiast zakwaszenie moczu wystarcza nieraz do wyleczenia. Leczenie to opierające się na zmianie odczynu w środowisku zakażonem jest proste i nadaje się bardzo do rozpowszechnienia.

Klemperer i Salomon. **Wartość kliniczna nowszych metod serodiagnostycznych gruźlicy.** Oprócz aglutynacji, precypitacji itp. zastosowano w celach rozpoznawczych gruźlicy odchylenie dopełniacza, przyczem antigenem były różne ciała, jak tuberkulina, zawiesiny prątków, wyciągi z nich i t. d. Badania nowsze wykazały, że w antigenie odgrywają rolę ciała lipoidowe, dlatego też obok prątka wzgl. jego pochodnych zaczęto używać ciał nie specyficznych. Antigen Wassermanna zawiera dodatek lipoidów w postaci wyciągów z tkanek gruźliczych, zaś Besredki lipoidy z żółtka dodanego do pożywki na której hodowano prątki gruźlicze. Autorzy badali te odczyny oraz metodę Sachsa-Klopstocka polegającą na wystąpieniu kłaczków w obecności lecytyny podobnie jak w odczynie Sachsa-Georgi'ego przy kile. Wyniki porównawcze są następujące :

1) przy czynnej gruźlicy Wass. 73·2%, Besr. 89·5%, Sachs-Kl. 82·9%;

2) przypadki w których czynna gruźlica była wykluczona: Wass. 27%, Besr. 46·7%, Sachs-Kl. 35·1%.

3) w przypadkach podejrzanych o proces czynny: Wass. 57%, Besr. 75%, Sachs-Kl. 35%.

Na podstawie tych badań zgadzających się też z badaniami Rabinowitscha, Kwaśniewskiego, Jakóba i innych należy stwierdzić, że odczyny te wypadają dodatnio w dużym % przypadków nie gruźliczych i z tego powodu nie mogą mieć znaczenia rozstrzygającego w przypadkach podejrzanych.

Foldes. **Ilość ciałek czerwonych, jako wyraz zasadowości krwi w chorobach tarczycy.** Autor obserwował zjawisko, że przy zakwaszeniu ustroju *(coma diabet)* występuje zmniejszenie się ilości erytrocytów, natomiast po wstrzyknięciu roztw. sody wartości te się zwiększają. Przypuszczając, że zaburzenia te są wyrazem zmian zasadowości krwi, przeprowadził badania w hyper- i hypothyreosach, w których spotykamy wybitne zaburzenia przemiany ciał białkowych, wskutek czego zależnie od ilości amoniaku, zasadowość krwi zmniejsza się lub zwiększa. Wyniki były następujące: w hyperthyreosach ilość erytrocytów przekraczała wartości prawidłowe, podczas gdy w hypothyreosach ilości te były mniejsze. Po podaniu preparatów z tarczycy ilość ciałek czerw. wzrastała. Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, że zaburzenia czynności tarczycy pociągają za sobą zmiany zasadowości krwi, które wpływają na ilość erytrocytów, czyli, że ilość ta jest wyrazem zasadowych wartości krwi.

Maurer i Siebert. **Przemiana gazowa w chorobach nerek.** Na 20 badanych przypadków u 4 znaleziono wybitne

zwiększenie przemiany energji, przyczem autor zaznacza, że były to przypadki b. ciężkie W dalszych 14, wyniki były bądź w granicach prawidłowych bądź też nieznacznie zwiększone. Obserwacja 2 pozostałych chorych wykazała zwiększenie przemiany gazowej w okresie pogorszenia.

Na podstawie badań przychodzi autor do wniosku, że zwiększenie przemiany materji i podniesienie ciśnienia nie pozostaje w ściślejszym związku, natomiast zaburzenia te należy odnieść do zatrucia, które jest przyczyną pobudzenia ośrodków regulujących przemianę materji.

B. 100. VI. 1924

Schilling, Jossmann, Hoffmann, Rubitschung i Spek. **Zakażenie malarją paralityków; badania krwi biologiczno-kliniczne ze szczególnem uwzględnieniem działania niespecyficznego.** Objawy chorobowe zaczynają się już w dniu zaburzenia wykazując w miarę rozwoju odpowiedni ruch leukocytów. Okresu wylęgania nie można porównywać z naturalną inkubacją, gdyż po zakażeniu sztucznem można już wtedy wykryć pasorzyty w kropli grubej, co przy zimnicy naturalnej zdarza się później. Najwybitniejsze zmiany we krwi następują w czasie pierwszych napadów z dreszczami wykazując przesunięcia w hemogramie Schillinga utrzymujące się przez cały czas choroby, z chwilą zaś gdy obraz ten zbliża się do wartości przeciętnych, jest to oznaka korzystnego przebiegu leczenia. Typowy przebieg dowodzi, że u chorych tych utrzymana jest zdolność pokonania zakażenia, jak również zdolność odnowy krwi. Wszystkie objawy, które obserwujemy w obrazie krwi zimnicy, dowodzą działanie niespecyficznego tego zakażenia gdyż spotykamy te same 3 okresy, które widzimy również i w innych procesach zakaźnych :

1) fazę neutrofilną,
2) fazę monocytów,
3) fazę limfocytów i eozynofilów.

Każdy napad zimnicy wykazuje te zmiany, jak również i cały proces chorobowy, w którym z początku mamy neutrofilję, przy rozpoczęciu leczenia. monocytozę, zaś u ozdrowieńców limfocytozę i eozynof. Równolegle do tych zmian zachowuje się krzywa gorączki, ta jednak nie jest tak czuła jak obraz krwi. Podobne zmiany wywołuje każdy środek drażniący, a nie specyficzny, ale żaden nie działa tak silnie, a zarazem tak mało szkodliwie. Pozatem zimnica przez właściwą sobie obcesowość pozwala na dozowanie dawki drażniącej. Małą szkodliwością dla komórek organizmu można wytłumaczyć brak odporności specyficznej, bo przy zimnicy nieleczonej powstaje *immunitas non sterilisans,* zresztą b. chwiejna.

Kiła natomiast cechuje się brakiem wybitnych odczynów ogólnych, jak gorączka, zmiany we krwi, a odporność specyficzna jest wybitną, wskutek czego krętki osiadając w tkankach zmieniają ich odporność odpowiednio dla siebie. Leczenie malarją schorzeń kiłowych jest działaniem aktywującem protoplazmę w myśl poglądów Weichardta wywołując silne odczyny ogólne, pobudzające tkanki do pokonania czynników szkodliwych, zwłaszcza w przypadkach zakażeń uporczywych w rodzaju *paral. progress.*

Fritz J. **Badania nad hemogramem Schillinga.** Opierając się na pracach Arnetha, wykazał Schilling, że zmiany w $^0/_0$ obrazie krwinek białych mają ważne znaczenie symptomatologiczne, rozpoznawcze i prognostyczne po uwzględnieniu całego obrazu krwi. Badania Josepha i innych potwierdziły te zapatrywania i dzisiaj uważa się obraz krwi w myśl poglądów Schillinga za metodę kliniczną, mającą równe znaczenie, jak krzywa gorączki, tętna, osłuch. lub wypuk. Pomijając opanowanie techniki należy zwrócić uwagę, że każdy hemogram należy oceniać indywidualnie, zadając sobie pytanie jaki jest jego stosunek do całości obrazu klin. a dalej czy wskazuje na ciężkość objawów i jakie daje rokowanie. Autor badał tą metodą szereg chorób jak *polyarth. rrheum, endocarditis rrheum, lenta, sepsis, typhus abd., influenza, tbc. miliaris* i na podstawie 700 badań dochodzi do wniosku, że metoda ta jest ważnem uzupełnieniem obrazu klinicznego.

I. Haendel. **Przemiana gazowa w hipertonjach.** W przypadkach *hypertonia essent,* znalazł Mannsberg wzmożenie przemiany gazowej, które odnosi do działania tarczycy. Autor badał szereg przypadków wzmożonego ciśnienia i przekonał się, że hipertonja u ludzi nerwowych wykazuje duże wahania ciśnienia i tętna, pobudliwości układu naczyniowego, skłonność do tachykardji, a przemiana gazowa jest prawidłowa lub nieznacznie wzmożona. Przy *hypert. essent.* obserwuje się często tachykardję, a przemiana energ. bywa znacznie zwiększona, podczas gdy w *aort. luetica* jest prawidłowa a w *nephrit. chron.* nieznacznie powiększona. Autor nie zgadza się z Mannsbergiem co do wpływu tarczycy i dochodzi do wniosku, że podniesienie ciśnienia zależeć może także od działania nadnerczy, gruczołów płciowych.

E. Levi. **Przyczyna marskości wątroby w polycythaemji.** W pewnej liczbie przypadków polycythaemii leczonej phenylhydrazyną obserwowano marskość wątroby. Autor przypuszcza, że schorzenie wątroby wywołane jest wskutek wzmożonego rozpadu krwinek czerwonych. Phenylhydrazyna przyczynia się do uszkodzenia komórek wątroby w następstwie czego pojawiają się w moczu barwiki żółciowe oraz żółtaczka. Dłuższe leczenie tym środkiem prowadzić może do trwałego uszkodzenia miąższu wątroby i do marskości. Dlatego też autor sądzi, że leczenie phenylhydrazyną powinno być stosowane bardzo ostrożnie. *F. Siedlecki* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 27 stycznia 1925 r.

Przewodniczy prezes Kol. Sawicki.

1. Kol. Michałowicz wygłosił rzecz p. t.: »Nowsze poglądy na płonicę« (przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. Muttermilch zapytuje mowcę, czy jest już zupełnie ustalonym fakt, że paciorkowiec hemolityczny jest drobnoustrojem, który wywołuje płonicę. Czy wielki paciorkowiec hemolityczny i czy samodzielnie, czy też łącznie z innemi. drobnoustrojami. W wielu przypadkach płonicy znajdujemy paciorkowca, ale też łącznie z innemi drobnoustrojami. Był okres w Niemczech, że wszelkie objawy sprowadzano do anafilaksji. Jednak podczas walki w organizmie orjentacja jest trudną. Długie lata upłynęły, a faktem jest jednak tylko anafilaksja laboratoryjna. Mówca twierdzi, iż niezrozumiałą mu jest możność zmiany konstytucji ustroju, o czem mówił prelegent. Konstytucję uważa za rzecz wrodzoną, której zmienić chyba nie można. Prędzej grają tu rolę wpływy nerwowe. Kol. Brokman w odpowiedzi kol. Muttermilchowi w sprawie odkrycia paciorkowca hemolitycznego, jako zarazka płonicy, stwierdza — że pomimo upadku tej teorji, obecnie sprawa ta odżywa znowu. W płonicy — ze śluzu, z ropy, z krwi — daje się wyhodować paciorkowiec hemolityczny. Czy jest on samodzielnym zarazkiem płonicy — z całą pewnością stwierdzić nie można, gdyż może istnieć jakiś nieznany dotychczas drobnoustrój, będący z paciorkowcem hemolitycznym w symbiozie. W każdym razie Dick'om dało się otrzymać toksyny, zapomocą których przeprowadzane są badania odporności, dające wyniki zupełnie pewne. W pierwszych dniach płonicy przeciwjadów w ustroju niema. Powstają one w 2 tygodnie. Cechą okresu anafilaktycznego jest obecność antitoksyny — antianafilaktycznego zaś — brak antitoksyn. W świetle tych badań upada teorja, iż płonica jest sprawą anafilaktyczną. Brokman uważa konstytucję za cechę stałą. Jeżeli paciorkowiec hemolityczny jest zarazkiem wywołującym płonicę, to konstytucją w danym razie jest zdolność organizmu do wytwarzania antitoksyny. Odgrywa też rolę chwilowa wrażliwość usposobienia. Kol. Michałowicz stwierdza, iż nie wiemy jeszcze dokładnie, czy paciorkowiec hemolityczny jest samodzielnym zarazkiem płonicy. Możliwe, że inny drobnoustrój przygotowuje grunkt do działania paciorkowca hemolitycznego. Co się tyczy anafilaksji — jest to sprawa nader skomplikowana. Konstytucję uważa mówca za pojęcie ogólne, jest to zespół cech danego ustroju, pewne cechy ulegają zmianom n. p. z wiekiem: Statystyka anginy wykazuje, że zapadają na nią dzieci od 5–12 roku życia. Choroba trwa do okresu pokwitania. Niektóre cechy konstytucji można zmienić n. p. zapomocą djety bezbiałkowej, leczenia odtłuszczającego, podawania sody. Każdy drobnoustrój potrzebuje pewnego optimum do egzystencji, n. p. *bacterium coli* w nader kwaśnym lub zasadowym środowisku ginie. Drogą, którą możemy dojść do zmiany konstytucji, jest skóra, potężnym zaś środkiem jest słońce. Mówca widział w Leysin roentgenogram z regeneracją 2 kręgów, przedtem zupełnie zniszczonych, po 2-letnim naświetlaniu osobnika na słońcu. Mówca uważa, że układ sympatyczny odgrywa tu dużą rolę.

2. Kol. Radliński wygłosił rzecz p. t. »**Rozpoznawanie schorzeń chirurgicznych okrężnicy**«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Bronowski stwierdza, że obmacywanie brzucha powinno być bardzo dokładne i ostrożne. Bóle, jako cecha rozpoznawcza w schorzeniach esicy, są bardzo ważne. Bardzo dodatni sposób badania stanowi masaż brzucha, uwydatniający stawanie jelit. Proktoskopję uważa mówca za sposób badania niepewny, złudny. Nieraz niewinne przekrwienia na błonie śluzowej, wydać się mogą jako guzy. Kol. Czarkowski stwierdza, że najtrudniejszem zadaniem rozpoznawczem jest ustalenie wczesnego rozpoznania. Ważną rzeczą są wywiady. Mówca zalicza do nader ważnych objawów: dziecinne, tasiemkowate stolce, odchodzenie wiatrów, bóle, krew, w stolcu. Jeżeli przy badaniu proktoskopem — pokazuje się krew, jest to prawie pewną wskazówką, że mamy do czynienia z guzem. Badanie roentgenem często jest zawodne. Mówca uważa za rzecz wielkiej wagi — wysłuchiwanie jelit, można rozpoznać, gdyż wysłuchując jelito — słyszymy plusk (powyżej zwężenia). — Mówca wspomina o przypadku, w którym chory skarżył się na nietrzymanie wiatrów; stwierdził u tego chorego przy dokładnem badaniu plusk; na stole operacyjnym okazało się zwężenie jelita, wywołane przez przyrośnięty sznur sieci. Kol. Szper nawiązuje do 2 przypadków własnych: 30 letni urzędnik przybył z objawami podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W ciągu ośmiu dni stan chorego poprawił się znacznie. Przed wypisem wyczuwał się guz w okolicy poprzecznicy, bolesność nieznaczna w okolicy Mc. Burney'a, jadał, miał wypróżnienia, ale chodził zawsze zgarbiony. Roentgen żadnego zwężenia nie wykazał. 3 stycznia r. b. operacja, zmiany w wyrostku znaczne. Na poprzecznicy twardy guz długości 25 cm. Mówca wykazał *ileo-sigmoidostomję latero-lateralis*. Na 23 dzień chory opuścił szpital zdrów, bez śladu guza, badanie gruczołu usuniętego z krezki wykazało zwykły stan zapalny. Drugi przypadek zaczął się również jako *appendicitis acuta*. Mówca znał chorą oddawna, była zawsze zdrowa; w ciągu 8 dni chora zmarła, na sekcji stwierdzono zupełnie niespodzianie *carcinoma sigmae romanae* z przedziurawieniem. Kol. Sabat stwierdza, że badanie roentgenologiczne okrężnicy należy do najtrudniejszych. Nieumiejętność i brak doświadczenia fachowego może wprowadzić lekarza na błędne drogi. U pewnych osobników dają jelita pewien skurcz spastyczny jelita, łudząco podobny do zwężenia. Mówca stwierdza, że studja roentgenologiczne nie stoją na wysokości zadania. Kol. Czarkowski podkreśla jeszcze raz konieczność uzgadniania badań roentgenologicznych z badaniami klinicznemi. Kol. Zaorski: lekarz kliniczny stawinien być obeznany z badaniem roentgenologicznem, gdyż to ułatwia roentgenologowi i klinicyście zadanie. Kol. Sawicki potwierdza wywody kol. Sabata. Klinicysta powinien śledzić przebieg badania roentgenologicznego. Mówca zna przypadek, gdy dwukrotne badanie roentgenologiczne wykazywało przewężenie jelita. Przy operacji zaś nie stwierdzono żadnej przyczyny zwężenia. Prawdopodobnie był to przypadek skurczu jelita podczas badania. Objaw wywoływania plusku jest znany, ale przy zwężeniu jelit cienkich, gdyż zawartość kiszki grubej przy zwężeniach jest spoistości papkowatej. Jednym z najtrudniejszych — jest rozpoznawanie schorzeń w dolnym odcinku esicy. Tam, gdzie trudno jest coś wymacać, mówca zaleca udawanie się do sposobu Rosenheima. Chorego układa się na prawy bok i wówczas łatwiej wyczuwamy zmiany w okolicy esicy. Charakteru guza możemy u wielu chorych nie określić, nawet na stole operacyjnym. Po wojnie przypadki nowotworów złośliwych u osobników młodych są częstsze. Mówca nawiązuje do 2 przypadków, w których operował młode dziewczyny z powodu guzów poprzecznicy. Jeden z nich był złośliwy, chora w ciągu roku zmarła, druga natomiast po pewnym czasie tak się poprawiła, że można było zamknąć jej *anus contra naturam*.

Sekretarz doroczny: *Byszewski.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 4 stycznia 1925 r.
na oddziale chorób wewnętrznych dr. Stawnickiego.

1. Kol. Stawnicki pokazał i omówił:

a) 2 chorych z rozległemi **zmianami gruźliczemi w płucach**, oraz **objawami Sutherlanda** — wybitne rozszerzenie żyły odpromieniowej w odstępie między naramiennym i piersiowym mięśniem, szorstkość skóry na przedramionach); mówca podaje przyczyny i warunki powstawania tych objawów;

b) chorego na **wiąd rdzenia**: objaw Argyll-Robertsona w oku prawem i odruch opaczny źrenicy w oku lewem;

c) chorego w wieku lat 42 z **porażeniem postępującem w okresie wczesnym**. Odczyn Wassermanna (z surowicą krwi) ++++;

d) chorego w wieku lat 34 z **kiłą mózgu**. Były silne bóle głowy, czasowo utrata przytomności; obecnie: porażenie połowicze lewostronne, jednostronny niedowład dolnych gałązek nerwu twarzowego;

e) chorego w wieku lat 24 z **parkinsonizmem** w następstwie zapalenia nagminnego mózgu;

f) chorego w wieku lat 44 z **zapaleniem nerek**. Do szpitala przybył z objawami mocznicowemi (azotemja), obrzęki kończyn dolnych, ilość dobowa moczu 400,0. Badanie moczu wykazało liczne elementy nerkowe, białka 12‰ podług Essbacha. Ilość mocznika we krwi 120 mlgr na 100 cm³, w moczu 1.2%. Czynnik koncentracyjny mocznika 10. Leczenie: środki czyszczące, upust krwi, bezsolna, bezbiałkowa dieta. Po 4 tygodniowym pobycie wypisany bez objawów.

Kol. Stawnicki omawia sprawę rozpoznawczego znaczenia dla rokowania obecności mocznika we krwi i w moczu oraz prognostyczne znaczenie wzmożonej ilości nieorganicznego fosforu w osoczu krwi, zaznaczając złe znaczenie dla rokowania w zapaleniu nerek ilości nieorganicznego fosforu powyżej 10 mlgr na 100 cm³ osocza krwi (norm. 2—4 mlgr); omawia zasady określania fosforanów we krwi oraz zmiany chemiczne we krwi, wywołane zwiększoną ilością tychże.

2. Kol. Błagowidow pokazał chorą z **zapaleniem wsierdzia** po przebytem zapaleniu gardła oraz wygłasza referat: »**O zapaleniu wsierdzia, rozpoznawaniu, różnicowaniu i leczeniu**«.

W dyskusji brali udział koledzy: Grünwald, Batawia, Tomaszewski, Stawnicki.

3. Kol. Stawnicki pokazał aparat Mac-Lean'a do określania ilości cukru we krwi.

4. Kol. Szaniawski pokazał 3 letnie dziecko, przyjęte do szpitala z **objawami oponowemi i grypowemi równocześnie**. Po 3 dniach objawy **mózgowe** ustąpiły, uwydatniały się natomiast objawy grypowe; rozpoznaje *meningismus* na tle grypy.

Posiedzenie administracyjne w dniu 17 stycznia 1925.

Na propozycję przewodniczącego kol. Rożkowskiego uczczono przez powstanie zmarłego prof. Rzętkowskiego.

1) Kol. Wasilewski pokazał: a) chorą dziewicę (*virgo intacta*) 20 letnią z **chorobą gardła**, trudną do rozpoznania; prawy migdałek zniszczony, języczek również; stosowano tytułem próby surowicę przeciwbłoniczą — bez wyniku; kol. W. uważa rozpoznanie jako niepewne, prawdopodobnie kiła. Tegoż zdania są koledzy Franke i Kędzierski, który opisuje podobny przypadek; b) pokazał chorego, któremu z powodu **nieżytu oskrzeli przewlekłego i duszności** zalecił **stosowanie** do wewnątrz **nalewki jodowej** w dawkach miernych — niebawem nastąpiła wysypka obfita na boku prawym, na twarzy i kończynach górnych, wysypka rozlana, podobna do rumienia; obecnie naskórek łuszczy się; wysypka w tym przypadku nie jest podobna do zwykłej jodzicy. Zdaniem kol. Petrykata jest to *dermatitis toxica*, zależna od nadmiernej wrażliwości na jod.

2) Kol. Łokczewski pokazał noworodka, otrzymanego przy porodzie niewczesnym: przy porodzie w położeniu nóżkowem zauważył **wadę rozwojową w okolicy szyi** (niezwykłą grubość) oraz **wydzielanie się na zewnątrz mózgu**; dziecko ma wadę rozwojową mózgowia — typ hemicefaliczny: czaszka spłaszczona, wydłużona ku tyłowi, osadzona bezpośrednio na tułowiu; (brak szyi); na potylicy i na części piersiowej kręgosłupa otwory — *spina bifida*.



3) Kol. Kahl pokazał **noworodka z przepukliną oponową** wielkości małej pomarańczy w dolnej części *kości krzyżowej*.

4) Wysłuchano **sprawozdań rocznych sekretarza i skarbnika**.

5) Kol. Okuszko wygłosił sprawozdanie z **działalności Izby lekarskiej** krakowskiej za r. 1924.

6) Poczem odbyły się **wybory Zarządu Towarzystwa** z wynikiem poniższym: prezes — kol. Rożkowski, zastępca — kol.

Wrześniowski, sekretarz — Łokczewski, skarbnik — Edw. Kohn, członkowie Zarządu — Stawnicki i Batawia, bibljotekarze — Popkow i St. Kon, kom. rewizyjna — mag. Nowak, kol. Wasilewski i Wołowski.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 14 stycznia 1925

Przewodniczący: M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.

2. Przewodniczący zakomunikował o nadesłanych do bibljoteki Tow. odbitkach prac: Drów Komockiego, P. Słonimskiego i A. Wojciechowskiego.

Postanowiono, aby nadsyłane prace pozostawały na przechowaniu u sekretarza aż do wyboru bibljotekarza.

3. E. Loth zawiadomił o nadesłanych mu czasopismach i pracach z Rosji oraz poruszył sprawę wymiany prac z zagranicą.

4. M. Konopacki wygłosił komunikat na temat: »**Nieco danych histochemicznych o t. zw. jądrze żółtkowem i tworzeniu się żółtka w oocytach żaby**«.

Zapomocą metod mikrochemicznych autor wykazał obecność t. zw. jądra żółtkowego w młodych oocytach z września. Składa się ono ze skupienia ziarenek natury mitochondrialnej i z ziarenek lipoidów. Podczas wzrostu oocytów substancja jądra żółtkowego, niewykazującego żadnego odgraniczenia od reszty ooplazmy, okazuje się raczej substancją żółtkotwórczą. Dzieli się ona na dwie lub trzy części, z których jedna układa się około jądra, druga na obwodzie jaja. Ilość lipoidów wzrasta, tak, że w oocycie ok. 300 u zawiera ich bardzo dużo w obu warstwach. W oocytach ok. 350 u zaczyna się dopiero tworzyć żółtko w obu tych warstwach, prędzej jednak na obwodzie. Ziarenka żółtka barwią się kwasochłonnie.

Za tem, że lipoidy biorą udział w tworzeniu się żółtka, przemawia fakt stopniowego ich zużywania się i to nierównomiernego w całym oocycie: Na biegunie roślinnym, gdzie żółtka wytwarza się więcej, zużywają się one prawie całkowicie, natomiast na biegunie zwierzęcym pewna ich ilość zostaje. Jednocześnie z tym procesem wytwarzają się w oocycie tłuszcze obojętne, również obficiej na biegunie zwierzęcym. W ten sposób już w oocycie ok. 540 u, gdy niema jeszcze barwika, można wykazać budowę biegunową.

Glikogen zjawia się tuż przed wytworzeniem się żółtka również w warstwie obwodowej i około jądra i prawdopodobnie bierze też udział w tworzeniu się żółtka, które stopniowo zmienia swe własności kwasochłonne na zasadochłonne. Rolę przenosiciela tych substancyj zapasowych odgrywa nabłonek folikularny, w którym można wykazać tak obecność lipoidów, jak i glikogenu.

Na podstawie powyższych danych i danych Vossa o umiejscowieniu oksydaz w oocycie t. zw. jądro żółtkowe i masa żółtkotwórcza są pewnemi ośrodkami procesów twórczych dla substancyj zapasowych rozwijającej się komórki jajowej. Komunikat był ilustrowany licznemi rysunkami.

W dyskusji zabierała głos Z. Zakolska.

5. C. Jastrzębiec przedstawił komunikat: »**O zmienności zastawki trójdzielnej w sercu ludzkiem**«.

Na podstawie przeszło 600 spostrzeżeń, z których 100 były poddane analizie szczegółowej, mówca znalazł 28 odmian kształtu zastawki przedsionkowo-komorowej prawej i przyszedł do wniosków następujących:

1) Klasyczna budowa zastawki trójdzielnej została stwierdzona 14% i dlatego nie może być uważana za typową.

2) Pomiędzy płatkami przednim a przyśrodkowym w 90% znajduje się niewielki płatek uzupełniający, nazwany przez prelegenta pośrednim (*c. medialis*). Płatek ten należy uważać za typową składową część zastawki.

3) Płatki zastawki trójdzielnej można podzielić na dwa typy: nie rozszczepione i rozszczepione wcięciami dodatkowemi. Tak pierwsze, jak i drugie mogą być wolne lub zrośnięte z płatkami sąsiedniemi.

5) Rozszczepienie płatka bywa symetryczne (częściej) lub asymetryczne (rzadko).

6) Zrastanie płatków bywa całkowite, t. j. bez śladów wcięcia (asymilacja), lub częściowe, gdy pozostaje pomiędzy niemi płytkie wcięcie, albo istnieje różnica ich długości.

Dane liczbowe i schematyczne rysunki odmian były przedstawione na 10 tablicach.

Omówienie przyczyn kształtu zastawki trójdzielnej mowca odłożył na jedno z posiedzeń następnych.

W dyskusji zabierał głos E. Loth.

6. J. Zweibaum pokazał liczne hodowle śledziony i sieci królika, psa i kota dorosłych w różnych okresach ich wzrostu *in vitro* (metodą Carrela) oraz hodowle fibroblastów na włóknach waty (metodą Fischera), które są obecnie przedmiotem badań prelegenta. Poza pokazem żywych tkanek autor pokazał utrwalone preparaty takich hodowli, zawierające liczne figury mitotyczne. Pokazy mówca poprzedził krótkim referatem o obecnym stanie strony technicznej hodowli *in vitro*.

Sekretarz: *C. Jastrzębski.*

Sekcja sanitarna Tow. Wiedzy Wojskowej w Przemyślu.

Posiedzenie w dniu 5 marca 1925.

Przewodniczący wita Kolegów, którzy okazali chęć naukowej współpracy z lekarzami wojskowymi, poczem następuje szereg pokazów.

1. Ppułk. dr. Kostka pokazuje: a) chorą z rozpoznaniem **erytrodermia** na tle zatrucia mięsem (sardynkami); b) **nietypową postać łuszczycy** (*psoriasis*), umiejscowioną w pachwinach i pachach, podczas gdy łokcie i kolana są wolne; c) **lichen (keratosis) pilaris** - zrogowacenie ujść mieszków włosnych; d. **tuberkulidy**, postać guzkowo-martwicza.

2) Kpt. dr. Jarzyński pokazuje: a) dwa przypadki **złamania miednicy**, dając krótki zarys złamań miednicy wogóle i objaśniając je kliszami roentgenologicznemi; b) przypadek **ciężkiej skrofulodermia**, oraz gruźlicy mostka, leczone z bardzo dobrym wynikiem lampą kwarcową.

3) Mjr. dr. Tatkowski pokazuje chorego z **ciałem obcem** (opiłki mosiężne) **w oku**, które wywołały znaczne bujanie tkanki spojówki.

4) Prof. dr. Dzierzyński wygłosił bardzo wyczerpujący wykład na temat »**Zarys czynności ruchowych mózgu**«.

5) Pułk. dr. Lewicki zwrócił się z apelem do lekarzy rezerw, by uczęszczali na posiedzenia, biorąc udział w pracach Sekcji, oraz w ćwiczeniach aplikacyjnych Korpusu Sanitarnego, obiecując im imieniem Dep. Sanit. pewne ulgi w powoływaniu na ćwiczenia.

Posiedzenie w dniu 7 stycznia 1925 r.

Obecnych 28 lekarzy wojskowych i kontraktowych. Zarząd Sekcji składa sprawozdanie z działalności za rok ubiegły, poczem udzielono im absolutorjum i wybrano nowy Zarząd w składzie: Ppułk. lek. dr. prof. Dzierzyński, przewodniczący, Mjr. lek. dr. Tatkowski, sekretarz; kpt. apt. Czernik, skarbnik

Szef Sanitarny płk. Lewicki stawia wniosek, aby nowy Zarząd urządzał posiedzenia Sekcji conajmniej raz w miesiącu, a mianowicie w każdy czwartek po pierwszym każdego miesiąca, oraz by w posiedzeniach naukowych brali jak najliczniejszy udział lekarze cywilni i rezerwowi. Uchwalono zawiadamiać lekarzy cywilnych i rezerwowych osobnemi zaproszeniami — oraz utworzyć w Szpitalu Okręgowym czytelnię, gdzie w pewnych określonych godzinach możnaby korzystać z fachowych czasopism prenumerowanych przez Sekcję. Na posiedzenia uchwalono zapraszać także oficerów sanitarnych.

1. Ppułk. lek. dr. Kostka wygłosił drugą część swego referatu. Mówca przedstawił dowody, że krętek blady stoi bezsprzecznie w etjologicznym związku do kiły i omówił wyniki ostatnich badań eksperymentalnych na zwierzętach i ludziach w szczególności tyczących się zakaźności objawów kiłowych w poszczególnych okresach choroby wydzielin, wydalin krwi. Następnie mówca skreślił szczegółowo teorję różnorodności krętków bladych. Przy omawianiu patogenezy poszczególnych okresów kiły zwrócił mówca szczególniejszą uwagę na okres pierwszy, jako najważniejszy, bo w tym okresie mamy jeszcze w ręku dalszy los chorego, w nim możemy przez odpowiednie działanie wyleczyć chorobę poronnie. Kiłę pierwotną t. j. okres zakażenia, aż do objawów drugorzędnych nie możemy jak dawniej uważać za okres czysto lokalny, regionarny; nawet najbardziej świeże zakażenie nie jest sprawą lokalną, albowiem już wtedy jad dostaje się poza miejsce infekcji, czyniąc pierwszy krok do ogólnego zakażenia. Doświadczenia wykazują, że krew zawiera krętki już podczas pierwszego okresu wylęgania się choroby, w czasie, gdy wrzód znajduje się jeszcze w rozwoju. I tu leży odpowiedzialne i wdzięczne zadanie lekarza wojskowego oddziałowego, ażeby podczas wizyt lekarskich wykrywać wcześnie zakażenia kiłowe, aby posyłać do leczenia tak oficerów, jak i szeregowych w tym pierwszym okresie kiły, bo wtedy mamy możność przez leczenie poronne zupełnego wyleczenia choroby. Im wcześniej rozpoczniemy leczenie, tem większe szanse w leczeniu. Leczenie kiły winno być zastosowane do indywidualności chorego i opierać się na następujących trzech zasadach: 1) winno rozpocząć się jak najwcześniej, 2) winno być jak najintenzywniejsze, 3) winno uniknąć wszelkiego uszkodzenia chorego, tak przemijającego, jak trwałego.

Mówca wskazuje na niebezpieczeństwo, jakie może wyniknąć z niedostatecznego leczenia salwarsanem i opisuje szeroko powstawanie neurorecydyw. Następnie omówił leczenie poronne, leczenie w okresie drugorzędnym i w okresach późniejszych.

Następnie wywiązała się ożywiona **dyskusja**. Dr. Szwarc zauważył, iż w Niemczech pojawia się znowu zwrot ku leczeniu kiły rtęcią — a do preparatów salwarsanowych odnosi się z pewną rezerwą. Dr. Turnheim i dr. Sohn zauważyli, iż odczyn Wassermanna nie jest bezwzględnym pewnikiem istniejącej kiły, gdyż spotykamy go także przy gośćcu stawowym, po wstrzyknięciu mleka, przy zimnicy i t. p. Mjr. Zacharski uważa za pewny środek rozpoznawczy badanie mikroskopowe limfy aspirowanej z gruczołów chłonnych, Ppułk prof. Dzierzyński mówi o teorjach paraliżu postępowego i wylicza ich trzy. Pierwsza opiewająca, iż istnieją pewne szczepy krętków bladych, wywołujące postać porażenia postępowego, jednak

niczem doświadczalnem nie potwierdzona, druga teorja twierdzi, iż krętki blade przesycone jodem, podczas leczenia tym preparatem, mają pewne powinowactwo do układu nerwowego i tam się głównie umiejscawiają, i trzecia, iż sposób działania leków swoistych na krętki nie jest nam znany. Możliwe więc, że, jeżeli krętki skupiają się koło naczyń, ulegają łatwiej zabiciu przez leki podawane dożylnie czy śródmięśniowo, jeżeli zaś rozłożyły się koło nerwów, nie stykają się z lekiem i wywołują formę objawu paraliżu postępowego. Co do pewnego związku paraliżu ze służbą wojsk., chociażby częściowego, to trzebaby dowieść statystycznie, iż procent paraliżu postępowego wśród wojskowych jest większy, aniżeli wśród osób cywilnych, a tego do tej pory nie spostrzegano. Pewien związek możnaby jedynie przyjąć przy wstrząsach nerwowych, a więc przy zasypaniu ziemią, zranieniu i t. p. Jest stanowczo przeciwny leczeniu paraliżu postępowego szczepieniem plasmodyj zimnicy, gdyż zimnica przybiera często postać trudno uleczalną, a następnie w chory już organizm wprowadza się nowe drobnoustroje, nieobojętne dla organizmu.

2. Dr. Filmowski pokazuje **płód bez mózgu** (*anencephalus*), pochodzący z matki z rodziny gruźliczej, liczącej 27 lat; jest to czwarta ciąża, a płód obecny nie posiada zupełnie mózgu.

I. Zjazd przeciwgruźlicy i IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Krakowie.

Wspólny komitet organizacyjny I. Zjazdu przeciwgruźliczego i IV. Zjazdn lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich (prezes: prof. dr Witold Orłowski, sekretarze: doc. dr. T. Tempka i dr. J. Weisberg) przypomina wszystkim zainteresowanym, że Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925, zaś IV. zjazd sanitarny również w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925 r. W czasie obu zjazdów otwarta będzie wystawa higjeniczna.

Czas przeznaczony na wygłoszenie referatu uzupełniającego nie może przekroczyć 15 minut. Również przypomina się, że skarbnik komitetu (dr. Józef Owsiński, Kraków, Magistrat Miejski, Urząd Zdrowia) przyjmuje zgłoszenia o mieszkania dla uczestników zjazdu najpóźniej do dnia 15 kwietnia 1925 roku. Wkładka uczestnika wynosi dla każdego zjazdu po 10 zł.; nadsyłać ją należy pod adresem skarbnika.

Komitet prosi tak ogół lekarzy, jak i wszystkie instytucje i sfery, mające styczność z problemem sanitarnym, do wzięcia jak najliczniejszego udziału w obu zjazdach.

Doc. dr. Tempka, sekretarz. *Prof. dr. W. Orłowski*, prezes.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.
Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji.

VI. zjazd internistów polskich odbędzie się w Warszawie jednocześnie z XII. zjazdem lekarzy i przyrodników polskich, jako sekcja tego zjazdu. Tematy główne: 1. Choroba Brighta. Referenci: M. Franke (Lwów) i A. Landau (Warszawa). 2. Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną). Referenci: Wł. Jancwski i A. Leśniowski (Warszawa).

Zgłaszający referaty i wykłady winni wraz ze zgłoszeniem nadsyłać krótkie, wyraźnie napisane (najlepiej na maszynie) ich streszczenie, bez których referaty nie będą przyjmowane. Referat może trwać najdłużej 15 minut, przemówienie w dyskusji 5 minut. Ostatni termin zgłaszania 15. maja Adres: Żelazna 4, Szpital Dzieciątka Jezus, lekarz naczelny A. Puławski.

Przewodniczący Sekcji: *A. Puławski.*

Kalendarz Zjazdów.

W Wiesbadenie odbędzie się dnia 20—23 kwietnia Zjazd Internistów niemieckich. Prezes: radca Moritz (Kolonja).

W. Bad-Nauheimie dnia 25—27 kwietnia odbędzie się Zjazd Roentgenologów niemieckich. Prezes: prof. Dietlen (Hamburg, Saar).

W Berlinie dnia 22—23 maja — Zjazd centralnego Komitetu do walki z gruźlicą (Berlin W. 9. Königin Augustastr. 7.).

W Petrogradzie dnia 23—27 maja — Wszechrosyjski zjazd fizjoterapeutyczny.

W Londynie dnia 30 maja — Międzynarodowy zjazd okulistów.

Sprawy zawodowe.

Sąd Naczelnej Izby lekarskiej.

Nieuruchomienie Sądu Naczelnej Izby lekarskiej trwa ponad wszelkie przewidywania. Siedmnaście spraw odwoławczych leży niezałatwionych, hamując wykonanie wyroków Sądów Izb Rzecznicy dyscyplinarni, zasądzeni i inne osoby, które złożyły podania odwoławcze, nadaremnie oczekują rozstrzygnięcia spraw. Tymczasem Sąd naczelnej Izby lekarskiej wbrew własnej chęci i gotowości nie może być uruchomiony.

W celu wyjaśnienia ogółowi lekarskiemu przyczyn tej przymusowej pozornej bezczynności Prezydjum Sądu N. I. L. uważa za swój obowiązek podać do wiadomości Zarządów Izb lekarskich i ogółu lekarskiego, co następuje:

Artykuł 40 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich głosi:

»Zasady, na jakich opierać się będzie organizacja Sądu Naczelnej Izby lekarskiej oraz szczegółowy porządek jego postępowania, określi oddzielny regulamin. Na wniosek Naczelnej Izby lekarskiej regulamin ten ustali Minister Zdrowia Publicznego w oddzielnem rozporządzeniu«.

Tak więc zasady organizacji i porządek postępowania Sądu N. I. l. nie są dane w ustawie. Ma je stworzyć dopiero regulamin. Regulamin ma być przedstawiony przez Naczelną Izbę lekarską (jako jej wniosek). Ministrowi Zdrowia, który ma go ogłosić w oddzielnem rozporządzeniu. Dopiero wtedy Sąd N. I. l. otrzymuje uprawnienie dla swej organizacji i czynności swoich. Do tej chwili nie może zacząć sądzić.

Naczelna Izba lekarska w osobie jej Zarządu zaraz po dokonaniu wyborów na członków Sądu 27. I. 1924 roku, wręczyła Sądowi pierwszy projekt regulaminu wykończonego. Sąd N. I. l. powierzył to zadanie Prezydjum Sądu, jakie wybrał dn. 16. III. 1924 roku. Prezydjum zaprosiło do współpracy wybitnego znawcę prawa sędziego Stanisława Witulińskiego, członka Sądu Najwyższego, opracowało, pilnie korzystając z jego uwag i wskazówek, projekt regulaminu, w początku lipca 1924 roku rozesłało go wszystkim członkom Sądu N. I. l., a Sąd N. I. l. w pełnym składzie na posiedzeniu dnia 14. IX. 1924 roku, po dokonaniu poprawek i dopełnień, projekt zatwierdził. 26. IX. 1924 r. projekt został przesłany do Zarządu N. I. l., który po przyjęciu go bez zmiany, przesłał go dnia 18 X. 1924 r. do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z wnioskiem o ogłoszenie regulaminu tego w oddzielnem rozporządzeniu.

Przez ten czas Prezydjum S. N. I. l. zaznajomiło się ze wszystkiemi sprawami, jakie zostały doń skierowane, i czeka na dzień, w którym wniosek Naczelnej Izby lekarskiej zostanie ogłoszony w oddzielnem rozporządzeniu. Czeka dotychczas bezskutecznie, pomimo starań i przypominań, otrzymując od kilku miesięcy zapewnienia, niesprawdzające się w następstwie. A tymczasem napływają do Sądu ekscytacje o danie biegu sprawom, których niezałatwienie szerzy nieład w Izbach.

Chcąc uchronić Sąd N. I. l. od niesłusznego pomawiania go o bezczynność własnowolną, Prezydjum Sądu N. I. l. pozwala sobie powyższy stan rzeczy podać do powszechnej wiadomości.

Warszawa, 3. IV. 1925 r.

W imieniu Prezydjum Sądu N. I. l.
Przewodniczący Sądu N I. l. *Dr. med. Adolf Kozerski.*
Pisarz Sądu N. I. l. *Dr. Wł. Janowski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Miejskie sanatorjum gruźlicze w Krakowie W grudniu 1924 wskutek uchwały Zarządu miasta dokonano otwarcia w miejskich Zakładach sanitarnych w Prądniku białym sanatorjum dla chorych gruźliczych. — Sanatorjum urządzone jest wedle wszelkich wymogów higjeny dla średnio zamożnej ludności. Lecznica pomieszczona w trzech pawilonach słonecznych, centralnie ogrzanych, oświetlonych elektrycznie, zaopatrzonych w wodociąg, rozporządza dwoma werandami i ogrodem spacerowym dla chorych, posiada własną pracownię chemiczną, Roentgena, lampy kwarcowe oraz szereg nowoczesnych przyrządów i środków leczniczych Zakład gruźliczy w Prądniku białym przyjmuje chorych z każdą postacią gruźlicy. — Koszt utrzymania chorego (wikt 5 razy dziennie) wraz z opieką lekarską, lekarstwami, naświetlaniami, i wszelkiemi innemi zabiegami leczniczemi wynosi około 7 zł. dziennie.

Lecznica mieści powyżej 100 łóżek, rozmieszczonych w sześciu salach wspólnych. — Obecnie jest w leczeniu 64 chorych. Do komunikacji z miastem służą samochody sanitarne.

Szczegółowych informacyj i wyjaśnień udziela kierownictwo Zakładów w Prądniku białym (tel. 1075) lub miejski Urząd Zdrowia (tel. 373).

Ze świata.

V. Kongres międzynarodowy Historji Medycyny odbędzie się dnia 20—25 lipca b. r. w Genewie. Prezesem Komitetu organizacyjnego jest genewski docent historji i fizjologji medycyny dr. Charlet Greene Cumston. Zgłoszenia przyjmuje generalny sekretarjat Kongresu: 20, rue Général — Dufour, Genéve. Wkładka członkowska uczestnika Kongresu wynosi 15 fr. szwajc. Polacy zgłosili dotąd 6 referatów: W. Bugiel: Les etudiants Polonais à la Faculté de médecine de Paris au XIII-me, XIV-me et XV-me siécles. — Tenże: Deux milieux médicaux; le medecin et son malade chez Hippocrate ainsi qne chez Galien et chez Rharés. — W. Szumowski: L'Ecole médicale de Cracovie lers du derniers roi de Pologne. — Tenże. Note sur deux écrits médicaux de Mathias de Miechow. — A. Wrzosek: Robert Remak et la sciense polonaise. Contribution á l'histoire de la médecine en Pologne. — Tenże: Jean Emmanuel Gilibert comme organizateur de l'Ecole de médecine á Grodno en 1775—1781. (Arch. Historji i Filozofji Med. T. II. zesz. I. r. r. 1925).

Nr. 18. 3. maja 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Marjan GIESZCZYKIEWICZ, prof. U. J., b. kier. Oddz. Wyrobu surowic P. Z. H.

Dr. Józef KOSTRZEWSKI, doc. Uniw Jagiell., prym. Oddz. Kraków.

Surowica przeciwczerwonkowa w Pracowni a w Klinice.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej Uniw. Jagiell. — Państw. Zakład Higjeny, Filja w Krakowie i z Oddz. chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

1. **Uwagi wstępne. Część pracowniana.** (Gieszczykiewicz).

Surowicę przeciwczerwonkową stosuje się w celach leczniczych u ludzi niemal tak dawno, jak dawno znane są bakterje czerwonki. Już ich odkrywca, Shiga (1), wkrótce po ich wyosobnieniu sporządzał surowicę przeciwczerwonkową i stosował ją na szeroką skalę, a za nim poszli inni i wymienić możnaby cały długi szereg publikacyj o surowicy przeciwczerwonkowej, rozmaitych autorów i z rozmaitych krajów.

Wśród lekarzy, którzy swoje spostrzeżenia o działaniu leczniczem tej surowicy, ogłosili, większość widziała wyniki korzystne, nie brak jednakże i sceptyków. Korzystny wpływ surowicy widział przedewszystkiem sam Shiga, którego pierwsza statystyka podaje śmiertelność u leczonych surowicą na 10.8% przy śmiertelności 35.4% u nieleczonych; korzystne wyniki mieli Rosenthal (5) w Rosji i lekarze, którzy jego surowicę stosowali i spostrzegali spadek śmiertelności do połowy w stosunku do nieleczonych surowicą. Vaillard i Dopter (2) we Francji mieli śmiertelność 1.3% na 512 przypadków spostrzeganych w ciągu kilku lat, pomimo, że wielu chorych przedstawiało obraz kliniczny bardzo ciężki i zdaniem autorów bez surowicy nie dałoby się ich ratować.

Niepodobna przytaczać wszystkich prac; chciałbym tylko zwrócić uwagę na korzystne wyniki uzyskane w roku 1915 w wojskowym szpitalu zakaźnym w Łobzowie pod Krakowem (3) przez stosowanie surowicy na dużym materjale klinicznym. Spostrzeżenia te, w których zebraniu i zestawieniu bralem udział, nie mogły być dotąd ogłoszone w żadnem polskiem czasopiśmie, dlatego chciałbym je tu pokrótce omówić.

Śmiertelność ogólna z czerwonki w szpitalu wynosiła wtedy 1.96% (6 zgonów na 305 chorych). Na 216 leczonych surowicą były trzy przypadki śmierci (1.4%), przyczem we wszystkich tych trzech przypadkach przyczyną śmierci były powikłania, na które surowica zadziałać nie mogła, mianowicie w jednym zgorzel płuc, w drugim zapalenie płuc, w trzecim chodziło o mieszane zakażenie czerwonką i durem brzusznym. W niepowikłanych przypadkach nie było ani jednego zejścia śmiertelnego, zatem była to statystyka niezmiernie korzystna. Przytem więcej niż w połowie przypadków leczonych surowicą rozpoznanie opierało się nietylko na objawach klinicznych, lecz było stwierdzone także bakterjologicznie, przyczem znów w połowie blisko (47.6%) przypadków bakterjologicznie stwierdzonych znaleziono bakterje typu Shiga. Stosowano surowicę wiedeńską (*Serotherapeut. Institut.*) i krakowską (Zakład prof. Bujwida); różnicy między niemi nie zauważono. Wstrzykiwano surowicę podskórnie w dawkach 20—40 cm³ *pro dosi*, w ciężkich przypadkach dawki te powtarzano wielokrotnie w ciągu tygodnia, dochodząc czasem do 200 cm³ u jednego chorego.

Jedna jest tylko słaba strona tej statystyki, mianowicie ta, że na rozkaz władz wyższych musiano stosować surowicę w każdym cięższym przypadku, nie można było więc przeciwstawiać sobie przypadków leczonych i nieleczonych surowicą, tak, że wniosek, że przyczyną tak niskiej śmiertelności była surowica, a nie n. p. łagodny charakter epidemji trzeba było oprzeć na zestawieniu statystyki łobzowskiej ze statystyką innych szpitali wojskowych oraz ze statystyką u ludności cywilnej, a takie porównanie nie uwzględniało oczywiście różnych innych czynników, które tu prócz surowicy działać mogły.

Nie wszyscy jednak autorowie mieli wyniki równie korzystne. Już Kruse (cyt. według Doptera) widział zmniejszenie się śmiertelności pod wpływem surowicy tylko nieznaczne, bo z 11 na 8%, z polskich autorów Piotrowski, Rozmarin, Gryglewicz i Szokalski (cyt. według Nitscha) (4) mieli również wyniki niezbyt korzystne. Kiedy poczęto zestawiać te różne wyniki ze sobą, pierwszym logicznym wnioskiem, który się nasuwał, było pytanie, czy te różne wyniki nie zależą od różnych rodzajów surowic. Może pierwsi autorowie mieli dlatego dobre wyniki, że wstrzykiwali dobrą surowicę, a inni złe, bo stosowali przetwory bezwartościowe.

Myśl tę podnosi między innymi Nitsch (4) podając że, gdy stosował równolegle surowicę wiedeńską i krakowską, to po jednej z nich widział wspaniałe wyniki, po drugiej zaś znacznie gorsze.

Z tych rozważań wypływał praktyczny wniosek, że należy wartość surowicy przeciwczerwonkowej oznaczać w jakiś jednolity sposób. Przed wojną bowiem kontrola państwowa surowic (tam, gdzie istniała) ograniczała swe wymagania odnośnie do surowicy przeciwczerwonkowej jedynie do żądania nieszkodliwości tak, jak dziś jeszcze od surowic niektórych, jak n. p. przeciwpaciorkowcowej, domagamy się jedynie, żeby nie zawierały szkodliwych dla zdrowia składników.

O ile surowicę przeciwbłoniczą i przeciwtężcową od początku niemal wytwarza się wszędzie zasadniczo w ten sam sposób, to znaczy konie uodparnia się toksynami t. j. jadami przez te bakterje wydzielanemi, a mianuje się je także zasadniczo w ten sam sposób, to znaczy określa się ich wartość przeciwjadową, o tyle przy surowicy przeciwczerwonkowej do dziś dnia stosuje się różne sposoby wytwarzania i różne sposoby jej mianowania.

Surowicę przeciwczerwonkową uzyskuje się przez szczepienie koni bądź przesączami hodowli buljonowych (toksynami), bądź bakterjami żywemi lub zabitemi, bądź wreszcie wyciągami z bakteryj. By zorjentować się co do wartości surowicy stosowano najczęściej oznaczanie miana przeciwjadowego i to bądź na królikach (Rosenthal 5) Schottelius (6), bądź na myszkach białych (Kolle i jego współpracownicy (7, 8), Dopter (2). Proponowano również oznaczanie wartości przeciwzakaźnej surowicy (Kraus i Doerr [9]), oznaczanie wartości bakterjolitycznej (Kraus, Kruse, Vaillard i Dopter), oznaczanie wartości aglutynacyjnych (Bujwid 10).

Rozbieżność metod utrudnia niezmiernie kontrolę preparatów, bo też Komitet Higjeny Ligi Narodów podjął w ostatnich czasach inicjatywę celem ujednostajnienia międzynarodowego oznaczania wartości surowic leczniczych i przydzielił tematy z tego zakresu rozmaitym instytucjom w różnych państwach do opracowania. Sprawa oznaczania miana surowic przeciwczerwonkowych została przydzielona Polsce t. j. Państwowemu Zakładowi Epidemjologicznemu obecnie Państw. Zakładowi Higjeny i była opracowywaną zarówno w centrali Zakładu w Warszawie przez Hirszfelda, Przesmyckiego, Seydlównę i Sierakowskiego (11) jak w Filji krakowskiej przez Gieszykiewicza i Lipińskiego (12). Równolegle był ten sam temat opracowywany także w innych państwach, a wyniki tych prac zostały przed-

stawione na międzynarodowej konferencji w Paryżu w listopadzie 1923 r.

Rezultaty konferencji dotyczące surowic przeciwczerwonkowych były w krótkości następujące: Wszyscy zgodzili się na to, że miarą wartości leczniczej surowicy przeciwczerwonkowej nie może być ani miano zlepne, ani miano bakterjobójcze, ani zdolność uodpornienia biernego zwierząt, lecz jedynie miano przeciwjadowe, gdyż da się ono stosunkowo najdokładniej oznaczyć i ustalić, a ponadto wartość lecznicza surowicy zależy najprawdopodobniej od zawartości w niej antytoksyn. Dyskutowano sprawę techniki oznaczenia miana przeciwjadowego, więc zastanawiano się nad sprawą sporządzania toksyn wzorcowych (standardowych), czy używać przesączów hodowli buljonowych, czy wyciągów z bakterji, nad kwestją pożywek, a przedewszystkiem dyskutowaną była kwestja zwierzęcia nadającego się do tego rodzaju oznaczań, przyczem zastanawiano się czy badać surowice na królikach czy na myszkach białych.

Sprawę niezmiernie ważną, mianowicie czy to, co stwierdzimy na myszce, czy na króliku, da się przenieść bez zastrzeżeń na człowieka, prawie pominięto. Większość uczestników konferencji uznała a priori sprawę korzystnego działania surowic czerwonkowych na przebieg czerwonki za załatwioną i nie siliła się na poparcie jej świeżemi dowodami. Jedynie S h i g a (13) przytoczył tabele statystyczne dość ogólnikowo zestawione. Podnoszono natomiast konieczność spostrzegań klinicznych w przypadkach seroterapji czerwonki wywoływanej przez szczepy fermentujące mannit.

Badania zależności wartości leczniczej surowicy od jej miana antytoksycznego nikt się nie podjął, a przecież jest to rzecz zasadniczej wagi. Już z góry można było przypuścić, że zależność ta zbyt ścisła nie będzie. O ile prawo stosunków stałych i wielokrotnych z niewielkiemi zastrzeżeniami da się zastosować do surowicy przeciwbłoniczej i przeciwtężcowej, o tyle nie stosuje się ono tak ściśle do surowicy przeciwczerwonkowej. Jeżeli pewna ilość n. p. 2 mg. surowicy wystarcza do zobojętnienia 5 d. l. (najmniejszych dawek śmiertelnych) jadu czerwonkowego, to należałoby się w myśl wyżej wspomnianego prawa spodziewać, że do zobojętnienia 50 d. l. wystarczy 20 mg. surowicy, tymczasem eksperyment wykazuje, że tak nie jest, lecz że do zobojętnienia 50 d. l. potrzeba znacznie więcej, niż 20 mg. surowicy. I dlatego, o ile przy mianowaniu surowicy przeciwbłoniczej, dawka toksyny używanej do mianowania (L+) wynosi około 100 d. l., przy surowicy przeciwtężcowej idzie w tysiące d. l., to przy mianowaniu surowicy przeciwczerwonkowej operujemy dawką zwykle 5 d. l. najwyżej 10 d. l., przy większych dawkach jadu otrzymujemy już wyniki niestałe, a któż wie, ile tej toksyny bakterje w ustroju ludzkim wytwarzają. Jeżeli wstrzykniemy surowicę przeciwczerwonkową nie razem z jadem, lecz najpierw jad, a zaraz potem (po 90 sek.) surowicę, to okaże się (D o e r r 14), że do zobojętnienia nie wystarczy dawka surowicy nawet 1000 razy większa, od tej, która zmieszana *in vitro* wystarczała do zobojętnienia tej samej dawki jadu.

Zresztą zadaniem surowic jest leczenie ludzi chorych, ostatnią instancją w ocenie wartości surowic powinien być zatem klinicysta. Podjęliśmy się więc próby wykazania równoległości między mianem przeciwjadowem i innemi własnościami surowic dającemi się określić w pracowni, a jej działaniem leczniczem. Plan pracy był następujący: Jeden z nas jako kierownik zakładu wyrobu surowic wybrał kilka surowic i oznaczywszy je literami porządkowemi alfabetu względnie cyframi przesłał je drugiemu, który jako prymarjusz oddziału zakaźnego stosował je u chorych. Dla uniknięcia wszelkiej sugestji klinicysta stosując surowice nie wiedział nic o nich, dopiero po zamknięciu cyklu obserwacyj schodziliśmy się razem i ja podawałem kol. K o s t r z e w s k i e m u szczegóły dotyczące surowic, a on mnie swoje spostrzeżenia na chorych.

W r. 1923 użyto 6 surowic. Własności ich ilustruje poniższa tablica. Jej rubryka pierwsza oznacza sygnaturę, druga rodzaj surowicy. Widzimy zatem, że obok 5 surowic przeciwczerwonkowych użyto także surowicy przeciwtężcowej jako kontroli (zamiast normalnej) Trzecia rubryka oznacza sposób uodparniania, przyczem B oznacza, że koń otrzymywał injekcje bakterji czerwonkowych, T — przesączów buljonowych (toksyn) B + T był szczepiony naprzemian bakterjami i toksynami, W. B. zastrzykiwano mu wyciągi z bakterji (bądź wodne, bądź w roztworze fizjologicznym) dalsza rubryka wskazuje datę upustu krwi. Następna rubryka (miano przeciwjadowe) wskazuje ilość surowicy w cm³ wystarczającą do zobojętnienia 5 najmniejszych dawek śmiertelnych toksyny czerwonkowej typu S h i g a. Mianowanie przeprowadzano w ten sposób, że różne dawki surowicy mieszano z tą samą ilością jadu czerwonkowego, mieszaniny wstawiano do cieplarki na pół godziny, potem zastrzykiwano zwierzętom. Litera M lub K przy mianie wskazuje, czy mianowanie przeprowadzano na myszce, czy na króliku. Miano zlepne wskazuje w jakiem rozcieńczeniu surowica wykazywała dodatni odczyn aglutynacyjny z zawiesiną bakterji typu S h i g a. Dalej idzie data mianowania. Rubryka K. P. oznacza kontrolę państwową, znak: + surowica została uznaną przez Państwowy Zakład Badania Surowic w Warszawie, znak: — surowica nie została uznaną przez P. Z. B. S. lub też (surowica D) nie była przez ten zakład badana. Ostatnia rubryka podaje datę kontroli państwowej.

Wszystkie surowice czerwonkowe były skierowane przeciwko *bact. dysent.* typu S h i g a, przyczem konie, które dostarczyły surowic F. G. i H. były uodparniane wyłącznie

T A B L I C A 1[1]).

Znak	Rodzaj surowicy	Uodp.	Data upust. krwi	Miano przeciwjadowe	Miano zlepne	Data badania	K. P.	Data K. P.
C	Czerwonk.	B + T	22. XI. 1922.	0.00025 M	1:10.000	30. I. 1923.	+	25. IV. 1923.
D	Tężcowa		15. IV. 1921.				—	
E	Czerwonk.	B + T	24. V. 1922.	0.003 K		26. III. 1923.	—	29. V. 1923.
F	»	B	6. VII. 1922.	0.00003125 M	1:1000	30. I. 1923.	+	25. IV. 1923.
G	»	W B	1. VI. 1922.	0.002 K	1:10.000	»	+	22. V. 1923.
H	»	T	27. III. 1922.	0.001 K	1:200	sierpień 1922.	+	28. VIII. 1922.

[1]) W oznaczaniu miana surowic korzystałem z współpracy kol. L i p i ń s k i e g o, z którym opracowywałem ten temat dla Ligi Narodów.

bakterjami względnie jadami bakterji typu Shiga, zaś surowice C. i E. były wieloważne, to znaczy, konie obok bakterji typu Shiga otrzymywały zastrzykiwania także bakteryj czerwonkowych atoksycznych, więc Flexner, Y i t. p. Każda surowica pochodziła od jednego tylko konia, surowica G. od muła. Jak widzimy były tam surowice otrzymane różnemi metodami. Były surowice koni uodparnianych przesączami buljonowemi, bakterjami, wyciągami bakteryjnemi.

Jak z tablicy tej, jak również z licznych spostrzeżeń moich wynika, podawanie przesączów buljonowych nie jest koniecznym warunkiem powstawania antytoksyn we krwi konia i błędnem jest spotykane czasem w piśmiennictwie mniemanie, jakoby surowice koni szczepionych toksynami (przesączami buljonowemi) były antytoksyczne, a koni szczepionych bakterjami antibakteryjne, gdyż w naszym przypadku najwyższe miano antitoksyczne (0.00003125 cm^3 = 1/32.000 cm^3 miała surowica konia uodparnianego wyłącznie bakterjami (hodowlami agarowemi zawieszonemi w roztworze fizjologicznym) początkowo zabitemi później żywemi. Obok surowic o wysokiem mianie przeciwjadowem (surowica F. wykazywała zawartość antitoksyn 32 razy wyższą, niż minimum wymagane przez kontrolę państwową w Niemczech) były surowice o mianie niższem, aż do surowicy E, która została przez kontrolę państwową (P. Z. Bad. Sur. w Warszawie) odrzuconą jako zawierająca za mało antitoksyn, była wreszcie surowica przeciwtężcowa, zatem w odniesieniu do czerwonki nieswoista. Surowice leżały w zakładzie wytwórczym przeważnie przeszło rok, mianowane były z wyjątkiem jednej w tym samym roku, w którym je stosowano u chorych, kontroli państwowej były poddane przeciętnie na 3 miesiące przed stosowaniem u chorych.

II. Leczenie surowicą chorych na czerwonkę w r. 1923 (Kostrzewski).

W czasie od ostatnich dni czerwca, do pierwszych dni października 1923 r. leczono 57 chorych na czerwonkę. O rozpoznaniu choroby rozstrzygały objawy kliniczne, więc ilość a przedewszystkiem jakość wypróżnień, więc więcej niż dwa stolce na dobę, zawierające śluz, krew, ropę, względnie jeden z tych trzech składników. Nie opierano rozpoznania czerwonki na wyniku badań bakterjologicznych i serologicznych, bo jak wiadomo, dodatnie wyniki otrzymuje się często w niewielkim odsetku, mimo, że ani klinicznie, ani epidemjologicznie czerwonka nie ulega wątpliwości. Ale dla określenia jakości szczepu czerwonkowego — rzecz pierwszorzędnej wagi w leczeniu surowicą — przeprowadzono u naszych chorych, z wyjątkiem sześciu (10.52%), u których rozbiorów nie wykonano, następujące badania: U 46 chorych badano bakterjologicznie stolec i u 9 z nich, czyli w 19.56% wyhodowano *bact. dysenteriae* typu Shiga. U 43 chorych badano krew na własności aglutynacyjne i u 4 (9.8%) stwierdzono aglutyniny na *bact. dysent.* Shiga (miano 1/100, aglutynacja gruboziarnista). Wreszcie u 36 chorych szczepiono krew na pożywki i z krwi dwu chorych (5.55%) wyhodowano *bact. dysent.* również typu Shiga. Jakkolwiek otrzymano wyniki dodatnie tylko z *b. dysent.* Shiga, to jednak badania bakterjologiczne i serologiczne prowadzono zawsze nietylko w kierunku typu Shiga, lecz także typów Flexnera i Y.

Z przytoczonych szczegółów dotyczących ilości i jakości przeprowadzonych badań, domyśleć się łatwo, że obok chorych, u których wykonano wszystkie 3 rodzaje badań, byli także chorzy u których wykonano nie 3, ale 2 względnie tylko jeden z wyliczonych sposobów rozbiorów. Co się zaś tyczy dodatnich wyników, to nie było ani jednego chorego, u któregoby wszystkie 3 rodzaje badań wypadły dodatnio, było natomiast trzech chorych, u których wyhodowano bakterje czerwonkowe ze stolca, a we krwi stwierdzono aglutyniny, zresztą zaś otrzymano dodatni wynik tylko jednego badania n. p. dodatnią hodowlę z krwi, podczas gdy inne badania, więc w danym przypadku bakterjologiczne badanie kału, a serologiczne (surowicy) krwi wypadły ujemnie. W ten sposób dodatni wynik wszystkich trzech rodzaji rozbiorów przypada na 12 chorych, co stanowi 21,05% ogólnej ilości leczonych.

Dziewiętnastu z pośród 59 chorych, leczono surowicą. Stosowano 6 surowic, które, jak z tablicy 1. wynika, różniły się jedna od drugiej pod względem jakości i ilości przeciwciał, powinny były zatem w myśl prawideł swoistości przedstawiać różne własności lecznicze. O tych ściśle swoistych, bo od jakości i ilości przeciwciał zależnych własnościach leczniczych miały przekonać wyniki uzyskane na chorych. Surowice uprzednio wymiareczkowane przez Gieszczykiewicza w pracowni miały przejść obecnie tę samą próbę w klinice. Aby przytem (przy łóżku chorego) postępować bezstronnie, stosowałem je nie znając własności, jakie przedstawiały *in vitro* i w doświadczeniach na zwierzętach, a dowiedziałem się o nich dopiero po ukończeniu spostrzeżeń klinicznych. U chorych naszych stosowano surowice dożylnie. Wyjątek stanowią dwaj chorzy — u których wstrzyknięto surowicę śródmięśniowo, bo jej się dożylnie wstrzyknąć nie udało. Chorzy otrzymywali surowicę jednorazowo. Dawka u dorosłych wynosiła do 100 cm^3, u dzieci 25—50 cm^3. Lecznicze działanie surowicy oceniano według długości trwania czerwonki, długość zaś trwania czerwonki określano według ilości i jakości stolców. Okres zdrowienia liczono od dnia, w którym na dobę było nie więcej, jak 2 wypróżnienia choćby papkowate, ale bez śluzu, krwi i ropy przy oglądaniu stolca gołem okiem. Surowice wstrzykiwano dożylnie w tym celu, aby przeciwciała mogły się jak najszybciej rozejść po ustroju. Skutek leczniczy mierzono wyłącznie zachowaniem się wypróżnień dlatego, bo w ten sposób posługiwano się objawem najlepiej cechującym czerwonkę i objawem ściśle przedmiotowym. Po tych wstępnych uwagach podajemy szczegóły dotyczące spostrzeżeń poczynionych u chorych (patrz tablica II.).

Dla ścisłości dodaję, że u M. Pt. czerwonka była *in individuo cum infiltratione apic. utriusque*. W Sz. był pięć tygodni przed wystąpieniem czerwonki operowany z powodu *osteomyelitis acuta femoris*. Po wyleczeniu czerwonki przewieziono go z powrotem na oddział chirurgiczny z raną na wygojeniu. U. P. G. stwierdzało się obok czerwonki *infiltratio apicum*. Zresztą u innych chorych obok czerwonki nie było żadnych innych schorzeń.

Z opisu własności surowic widać, że pięć z nich t. zn. wszystkie z wyjątkiem surowicy »D« nastawione były na *bact. dysent.* Shiga (dwie z nich prócz tego także i na inne typy). Z badań bakterjologicznych i serologicznych znowu wynika, że w przypadkach czerwonki szło o bact. Shiga. Tych 5 zatem surowic w użyciu u naszych chorych miało znaczenie surowic swoistych. Na podstawie spostrzeżeń zebranych u tych chorych nie chcę jednak wyrokować o własnościach leczniczych każdej surowicy z osobna, a to z powodu zbyt skąpej ilości przypadków. Zagadnienie więc, jaki zachodzi związek między własnościami surowicy *in vitro* i w doświadczeniach na zwierzętach z jednej, a między wartością jej w zastosowaniu u chorych z drugiej strony, pozostaje bez odpowiedzi. Można natomiast zebrać tych 19 chorych leczonych 6 surowicami w jedną, a chorych, u których surowic nie stosowano w drugą grupę i porównać jak czerwonkę przechodzili pierwsi, a jak drudzy. Tych drugich było 2 razy więcej niż pierwszych.

Między leczonymi, u których surowic nie stosowano, był jeden, u którego nie wiadomo z powodu braku wywiadów, jak długo czerwonka trwała. Tego chorego nie uwzględniano przy obliczaniu długości trwania choroby. Co do badań bakterjologiczno-serologicznych u chorych, u których obliczono długość trwania czerwonki, podaję, że otrzymano wyniki dodatnie w dwu przypadkach, a mianowicie u jednego chorego wyhodowano *bact. dysent.* Shiga ze stolca, u drugiego zaś z krwi, własności aglutynacyjnych nie stwierdzono u żadnego chorego. U omawianych chorych obok czerwonki nie stwierdzono żadnych innych schorzeń.

Zarówno w pierwszej, jak w drugiej grupie zmarło po trzech chorych. Że surowica nie miała wpływu leczniczego w przypadkach zakończonych śmiercią, tłomaczymy to tem, że ją stosowano w późnym okresie choroby, a ogólne jest zdanie, że surowica tem pewniej działa, im wcześniej się ją stosuje Wiek zmarłych, leczonych surowicą wynosił 22, 48 i 50 lat, zaś zmarłych, u których surowicy nie stosowano: 3, 66 i 84 lat. Wzmiankę tę o wieku dodaję, dlatego, ponieważ wiadomo, jaki wpływ wiek chorych wywiera na zejście

Tablica II.

Surowica	Chory	jego wiek	badania bakt.-ser.	surowicę wstrzyknięto: w dniu choroby	cm³	czerwonka: trwała dni	skończyła się	trwała przeciętnie dni
C	T.H.	3	⊖	10	50	24	W.	14
	H.B.	16	◧	3	80	6	W.	
	K.K.	24	⊖	4	100	6	W.	
	M.K.	29	⊖	7	100	20	W.	
D	T.T.	11	◧ ▮	3	50	6	W.	13·6
	A.H.	24	⊖	6	100	11	W.	
	J.H.	50	⊖	przypadek przewlekły	100	kilka miesięcy	Z.	
	L.B.	50	⊖	7	100	24	W.	
E	W.Ch.	6	◧ ▮	4	25	28	W.	20·5
	M.Pt.	27	▮	6	100	13	W.	
	N.L.	48	▣	21	100	23	Z.	
F	J.M.	15	⊖	5	70	10	W.	25·5
	W.Sz.	12	◧	3	50	41	W.	
	W.B.	22	⊖	przypadek przewlekły	100	kilka miesięcy	Z.	
G	J.Ch.	9	◧	3	50	26	W.	31·3
	M.G.	23	◧	4	100	9	W.	
	T.S.	27	⊖	6	90	59	W.	
H	P.G.	23	◧ ▮	4	100	32	W.	39
	J.G.	40	◧	6	100	46	W.	

▣ z krwi, ◧ ze stolca } hodowla b. Shiga Kruse dodatnia.
▮ surowica zlepia b. Shiga Kruse.
⊖ badania bakt.-serologiczne ujemne.

domięśniowo. dożylnie.
W. = wyzdrowiał.
Z. = zmarł.

w przypadkach ostrych chorób zakaźnych. Nie uwzględniam więc odsetku śmiertelności u jednych, i u drugich chorych, obliczam natomiast przeciętną długość trwania czerwonki u tych, co wyzdrowieli w grupie pierwszej i drugiej według tej samej skali, t. zn. zachowania się jakości i ilości wypróżnień. Przekonujemy się, że przeciętna długość trwania czerwonki u chorych leczonych surowicą wynosi 22·56 dni, zaś u chorych, u których surowicy nie stosowano 17.50 dni.

Porównanie długości trwania czerwonki u leczonych surowicą i surowicą nieleczonych nie świadczy korzystnie o wartości leczniczej naszych surowic. Nie wpływa w niczem na to ujemne zdanie co do skuteczności surowic swoistych ta okoliczność, że w zestawianiu nie wyłączono chorych leczonych surowicą »D«, a więc nieswoistą w odniesieniu do zarazka czerwonki. Nie wpływa zaś dlatego, bo tak się złożyło, że osoby, którym wstrzykiwano surowicę »D« chorowały najkrócej.

Ale odnośnie do surowic swoistych możnaby zauważyć, czy może dlatego w użyciu u chorych okazały się bezskuteczne, że aczkolwiek zawierały swoiste przeciwciała, to jednak w zbyt skąpej ilości, aby te przeciwciała mogły w dostatecznym stopniu zadziałać na czynnik etjologiczny? Jednakże, jak wynika z miareczkowania użytych surowic w pracowni, były między niemi takie, które zawierały znaczną ilość antitoksyn, o wiele większą od minimum wymaganego we wszystkich państwach, gdzie się surowice czerwonkowe miareczkuje. Surowice te były miareczkowane nietylko w zakładzie wytwórczym, lecz także w Państwowym Zakładzie badania surowic w Warszawie. Były także surowice o wysokiem mianie aglutynacyjnem. A zatem zarzut co do zbyt małej zawartości przeciwciał musi odpaść. A już zarzut co do ilości stosowanej surowicy nie wchodzi w rachubę, tembardziej, że surowicę wprowadzano dożylnie w większości przypadków w ilości 100 cm³. A może to tylko pozór, że surowice nie działały? Byłoby tak, gdyby te przypadki, w których stosowano surowice były istotnie cięższe, niż te, u których surowicy nie używano.

Wstrzykiwano bowiem surowice u osób, które robiły gorsze wrażenie, niż inne. Ale nieraz czerwonka zapowiada się groźnie, a mimo to przebiega łagodnie, trwa krótko i kończy się pomyślnie bez względu na sposób leczenia. Czerwonka zaś w roku 1923 miała wogóle przebieg bardzo łagodny.

Chociaż surowice u naszych chorych nie skracały czasu trwania czerwonki, to jednak trzeba przyznać, że w większości przypadków w 24 do 48 godzin po wstrzyknięciu surowicy stan ogólny, a zwłaszcza stan podmiotowy chorych ulegał znacznej poprawie. Spostrzeżenie to przywodzi na myśl zdanie Jochmanna o leczniczej wartości surowicy swoistej u chorych na różę. A mianowicie Jochmann (15) wyraża się nader wstrzemięźliwie o wpływie surowicy swoistej na zmiany miejscowe u chorych na różę, natomiast podnosi korzystne działanie surowicy na stan ogólny. Jochmann tłómaczy fakt ten tem, że z powodu słabego ukrwienia skóry, przeciwciała nie mogą działać miejscowo, zobojętniają natomiast toksyny we krwiobiegu. W ten sposób jednak nie można usprawiedliwić braku działania swoistego surowicy na zmiany miejscowe u chorych czerwonkowych.

Tak więc na podstawie przytoczonych spostrzeżeń nie mogę się dopatrzeć swoistego działania surowicy przeciwczerwonkowej na przebieg tej sprawy chorobowej. Przyznać musimy wprawdzie, że ilość spostrzeżeń jest niewielka, jednakże

w r. 1923 większej epidemji czerwonki nie było. Nasz pierwotny plan rozciągał badania na szereg lat, jednakże zwinięcie Państwowego Zakładu wyrobu surowic w Krakowie uniemożliwiło nam dalsze prowadzenie pracy i zmusza nas do opublikowania dotychczasowych wyników bez względu na ich liczbę, która się tylko nieznacznie powiększyła w r. 1924, o czem doniesiemy później.

Piśmiennictwo.

1) Shiga. Deutsche med. Woch. 1901. Nr. 43—45. — 2) Dopter. Les Dysenteries Paris 1909 Doin. str. 126—152. — 3) Scharf, Sokołowska i Gieszczykiewicz. Med. Klinik 1916. Nr. 6. — 4) Nitsch. Szczepionki i surowice I. Warszawa 1921. Gebetner i Wolff str. 550—567. — 5) Rosenthal. Centralbl. f. Bakterjol. I. Abt. Ref. Bd. XXXIV. str. 503. — 6) Schottelius. Med. Klinik. 1908. Nr. 32. — 7) Kolle, Heller i de Mestral. Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 19. str. 809. 8) Sachs i Georgi. Med. Klinik 1918. Nr. 25, s. 610. — 9) Kraus i Doerr. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 55. s. 1. — 10) Bujwid. Med. Klinik. 1915. Nr. 37. — 11) Hirszfeld, Przesmycki, Seydlówna i Sierakowski. Reports on serological Investigations pres. to the second. internation. Conference on the standardisation of Sera and serological tests. League of. Nations. 1923. str. 127. — 12) Gieszczykiewicz i Lipiński tamże s. 118. — 13) Shiga tamże s. 160. — 14) Doerr tamże str. 78. — 15) Jochmann. Lehrbuch d. Infektionskrankheiten 1914. str. 541.

Dr. Karol ROŻKOWSKI. Częstochowa.

Dusznica bolesna, jako główny zespół objawowy w nietypowych i skrytych postaciach kamicy żółciowej.

Promieniowanie bólu, odczuwanie go na dalekiej przestrzeni po za właściwą podstawą anatomiczną należy do zjawisk pospolitych w cierpieniach narządów wewnętrznych. Na podobieństwo fal, zataczających na powierzchni wody coraz szersze kręgi, rozchodzi się ból ze swego głównego ośrodka i szerzy w rozmaitych kierunkach. Mimo że sposób i zakres promieniowania bólu ulegają dość znacznym wahaniom osobniczym, jednakże dzięki szczególnemu mechanizmowi psychofizjologicznemu, którego istota jest dotąd przedmiotem dociekań i sporów, we wzajemnem terytorjalnem ustosunkowaniu bólów pierwotnych i promieniujących, wtórnych daje się stwierdzić pewna prawidłowość. Tak n. p. w napadzie dusznicy bolesnej chory odczuwa ból w ręce lewej bez porównania częściej, niż w prawej; w napadzie kamicy żółciowej ból szerzy się poprzez klatkę piersiową w kierunku łopatki lub barku, rzadziej na dół w stronę podbrzusza; w kamicy nerkowej rzecz się ma odwrotnie. W ten sposób powstają charakterystyczne zespoły bólowe, które dzięki zachowaniu ściśłej łączności między pierwotnym ośrodkiem bólu a ośrodkami wtórnemi mają nieraz rozstrzygające w rozpoznawaniu znaczenie.

Ale jeżeli przyjmiemy za ogólną zasadę, że promieniowanie bólu u większości ludzi ma mniej więcej określony i stały kierunek, to jednak nie da się zaprzeczyć, że w poszczególnych przypadkach przybiera ono dosyć fantastyczną postać, czasami zatraca nawet swe zasadnicze cechy. Z d a r z a się b o w i e m, ż e s c h o r z e n i e p e w n e g o n a r z ą d u n i e w y w o ł u j e ż a d n e g o b ó l u m i e j s c o w e g o albo też powoduje wrażenia niewyraźne, mgliste, a tymczasem cierpienie przerzuca się gdzieindziej i całą siłą uderza w inną odległą okolicę ciała, w narząd zupełnie zdrowy. Nić, łącząca zwykle główny ośrodek cierpienia z ośrodkami wtórnemi, rwie się całkowicie, wskutek czego daleki ból promieniowany sprawia wrażenie samoistnego i niezależnego. W rzeczywistości jest on objawem wtórnym z a s t ę p c z y m, jest poniekąd równoważnikiem pierwotnego słabo zaznaczonego lub nieobecnego odczynu. Tak więc w sferze odczuwania bólu spostrzegamy nieraz objawy analogiczne ze zjawiskami zastępczemi lub równoważnikami, opisywanemi oddawna w innych dziedzinach patologji (n. p. w miesiączce, padaczce i t. p.). Zważywszy, że upostaciowanie bólu zastępczego może doskonale naśladować samoistne cierpienie pewnego narządu, że czasami towarzyszą mu pewne objawy przedmiotowe, fizyczne, zrozumiemy łatwo, jak trudną w tych razach staje się orjentacja lekarza i ścisłe rozpoznanie choroby. W Anglji podczas ostatniej epidemji hiszpanki, z powodu gwałtownego bólu i wzdęcia brzucha w pierwszym dniu choroby, operowano w niektórych przypadkach wyrostki robaczkowe zupełnie zdrowe, a tymczasem ból brzucha był tylko objawem rozwijającego się skrycie ciężkiego lub beznadziejnego zapalenia płuc. Na tem tle opisywano również objawy, przypominające do złudzenia zapalenie otrzewnej i inne groźne powikłania brzuszne, które na drugi — trzeci dzień mijały bez śladu. Z drugiej strony wiadomo, że w niektórych postaciach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego bóle i inne dolegliwości mogą być odczuwane wyłącznie w żołądku. Głównym, a czasami jedynym objawem kolki nerkowej i schorzenia miedniczek nerkowych może być bardzo silny ból jąder. W początkowych okresach gruźlicy stawu biodrowego ból odczuwa się przeważnie w kolanie. Odszukanie chorego zęba może sprawić dentyście znaczną trudność, ponieważ chory skarży się na bóle w całej twarzy i głowie.

Nie będę mnożył przykładów, albowiem każdy lekarz łatwo je odnajdzie we własnej praktyce. Sądzę że charakteryzują one dostatecznie pojęcie bólów zastępczych i dowodzą, jak ważnem powinno być ich znaczenie w symptomatologji i rozpoznawaniu chorób. Wychodząc z tego założenia, pozwolę sobie zwrócić uwagę na nieprawidłowe umiejscowienie bólu, spostrzegane czasami w schorzeniach pęcherzyka żółciowego na tle kamicy. Jak przekonałem się osobiście, z a m i a s t c h a r a k t e r y s t y c z n e g o b ó l u w p r a w e m p o d ż e b r z u w y s t ą p i ć m o ż e t y p o w y n a p a d d u s z n i c y b o l e s n e j. Cały obraz choroby sprawia odruchowo wrażenie samoistnego cierpienia serca, co oczywiście wiedzie do ważnych błędów rozpoznawczych, rokowniczych i leczniczych. Opis 2-ch przypadków, spostrzeganych przezemnie w ostatnich kilku latach, przytaczam w krótkości.

Przypadek I. (Spostrzegany wspólnie z kol. S t a w n i c k i m)' N. N. lekarz, obecnie l. 59. Ojciec umarł w 53 r. życia wskutek choroby serca, matka w 62 r. na nowotwór złośliwy. W młodym wieku chorował na polipy nosa, od tego czasu skłonny do nieżytów tchawicy i oskrzeli, pozatem zawsze zdrowy. Nadużycia w trunkach nie było. Palił bardzo dużo. W r. 1919 nagle wśród nocy dostał gwałtownego bólu w klatce piersiowej, który z większemi i mniejszemi nasileniami trwał kilka godzin zrzędu. Ból umiejscawiał się za mostkiem, promieniował w szyję i wzdłuż wewnętrznej powierzchni obu rąk dochodził do palców. Największe cierpienie sprawiało choremu niezwykle przykre uczucie ściskania szyi oraz b. silny ból za rękojeścią mostka i w palcach. Twarz blada, spocona, oczy zapadnięte i zmienione rysy mówiły o wielkiem cierpieniu chorego. Pewną ulgę sprawiało zginanie i pochylanie tułowia naprzód w postawie siedzącej, prawie nieruchomej. Uczucia lęku śmierci nie było.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e (po uspokojeniu się bólu) stwierdziło: budowa prawidłowa, odżywienie dobre, skóra wilgotna od potu. Ciepłota 37.3. Tętno 66, prawidłowo napięte, nie miarowe z częstemi przerwami z powodu skurczów dodatkowych serca (*extrasystole*). Ciśnienie krwi pod palcem nie zwiększone. W płucach oddech pęcherzykowy osłabiony, poniżej łopatek z obu stron nieco rzężeń wilgotnych (rozedma). Stłumienie serca przykryte płucem, tony ciche, prawidłowe. Drugi ton nad tętnicą główną trochę mocniejszy. Brzuch nieco wzdęty, na ucisk nie wrażliwy. Z powodu grubości powłok i wzdęcia badanie narządów wewnętrznych utrudnione. W każdym razie nie stwierdzono ani powiększenia wątroby, ani jej bolesności. Mocz prawidłowy, bez białka i cukru. Chory skarży się na odbijanie i uczucie pełności w górnej części brzucha; z tego powodu prosi o przepisanie środka czyszczącego. Na podstawie całego zespołu objawów rozpoznano dusznicę bolesną na tle przypuszczalnego schorzenia tętnic wieńcowych lub tętnicy głównej i zastosowano jod, nitroglicerynę i diuretynę. Wyniki leczenia były niepomyślne. Następnej nocy wystąpił nowy napad bólu, a później powtarzały się one dość często w różnych odstępach czasu, jakkolwiek chory prawie nie opuszczał łóżka. Rzecz charakterystyczna, że napady te występowały przeważnie między godz. 3 i 5 w nocy trwały różnie, po 3—4 godz., kończyły się zawsze obfitemi potami. Nitrogliceryna i azotyny nie wywierały żadnego działania. W przerwach między napadami chory nie odczuwał żadnych dolegliwości w sercu, ale skarżył się czasami na uczucie pełności w brzuchu i brak zupełny łaknienia. Ciepłoty nie mierzono systematycznie, jednakże kilkakrotnie stwierdzono stan podgorączkowy (37.2—37.3°). Uważam za konieczne podkreślić, jako szczegół ważny, że przez cały czas nie doznawał chory żadnego bólu w okolicy wątroby.

Po upływie 2 tygodni wskutek długotrwałego i bardzo silnego napadu stenokardycznego z bólem umiejscowionym za mostkiem, w szyi i palcach, skierowano chorego do Warszawy

w celu dokładnego zbadania roentgenologicznego. Prześwietlanie nie wykryło żadnych zmian w sercu i tętnicy głównej, natomiast stwierdzono (ś. p. Dr. Zieliński i Dr. Sławiński) znaczne powiększenie i bolesność pęcherzyka żółciowego, który sięgał prawie do pępka (cholecystitis exsudativa). Zastosowano na brzuch okłady gorące, wewnętrznie sól karlsbadzką. Chory nie miał więcej ani jednego napadu i wrócił do Częstochowy w stanie znacznej poprawy. Sprawa w pęcherzyku powoli wygasła całkowicie i chory szybko zaczął powracać do zdrowia. Zaniechał zupełnie palenia tytoniu i wybitnie utył.

Od czasu tej choroby minęły zgórą 4 lata i chory czuje się obecnie najzupełniej zdrowym. Ani ciężka praca zawodowa, ani długie i męczące spacery nie wywołują jakichkolwiek zaburzeń czynnościowyoh serca.

Niewątpliwie punktem wyjścia całego cierpienia była w tym przypadku kamica żółciowa, która do ostatka przebiegała poniekąd skrycie. W ciągu całej choroby nie było ani razu charakterystycznego bólu wątrobowego, a uczucie pełności w brzuchu i stan podgorączkowy, które mogły istotnie nasuwać myśl o zapaleniu pęcherzyka żółciowego, ginęły wśród grozy ciężkich napadów sercowych i nie zwróciły na siebie należytej uwagi. Nie sądzę, żebyśmy mieli do czynienia z przypadkowem współistnieniem dwóch spraw chorobowych, niezależnych od siebie. Ujemny wynik badania roentgenologicznego, zupełny brak objawów podmiotowych ze strony serca przed i po chorobie, doskonała sprawność serca w czasie obecnym, wystąpienie po raz pierwszy w życiu całej serji napadów w porze nocnej i bezwzględna ich niezależność od ruchu pozwalają z wielkiem prawdopodobieństwem wyłączyć przypuszczenie schorzenia naczyń wieńcowych lub tętnicy głównej. Musimy jeszcze rozważyć możliwy wpływ zatrucia nikotyną, które gra tak wielką rolę w powstawaniu różnych zaburzeń czynnościowych serca.

Podług Biegańskiego (1) i Pawińskiego (2) w przypadkach zatrucia nikotyną dusznica bolesna występuje przez czas dłuższy w postaci napadów nerwowych; które w zupełności ustają, jeżeli nadużycie w paleniu zostaje przerwane. Jeżeli jednak nadużycie trwa bardzo długo, jeżeli chory zbliża się wiekiem do 40 lat, to bardzo często z postaci nerwowej rozwija się dusznica bolesna prawdziwa. Wtedy przerwa w paleniu nie wywiera żadnego wpływu na napady stenokardyczne, i wcześniej lub później rozwijają się wszystkie następstwa stwardnienia tętnic wieńcowych serca. Napady, spostrzegane w początkowych okresach zatrucia, określa Pawiński mianem dusznicy bolesnej rzekomej, »inaczej spastycznej« i zwraca uwagę na towarzyszące im »zaburzenia w innerwacji serca i naczyń, jak przestanki, zwolnienie, rzadziej przyśpieszenie, niemiarowość tętna«.

Jeżeli poglądy Biegańskiego i Pawińskiego malują wiernie obraz przewlekłego zatrucia nikotyną, odrazu narzuca się wniosek, że w naszym przypadku nie grało ono poważniejszej roli. Chory palił namiętnie zgórą lat 30 i nie miał nigdy żadnych oznak zatrucia. Serja ciężkich napadów stenokardycznych zjawiła się nagle bez żadnych zwiastunów i ustąpiła raptownie i bezpowrotnie, jak po jakiemś cudotwórczem zaklęciu. Zatrucie nikotyną mogło co najwyżej, przygotować odpowiednie podłoże i w układzie nerwowym i tętniczym serca stworzyć warunki, sprzyjające dusznicy bolesnej.

Przypadek II. Spostrzegany przezemnie już po przejściu pierwszego okresu choroby. S. R., obecnie lat 50, kupiec. Matka chorowała długo na kamicę żółciową. W dzieciństwie względnie zdrowy, chorób zakaźnych nie przechodził, kiłę wyłącza. Trunków nie nadużywał, pali od dawna kilka cygar dziennie. Uważał się zawsze za zdrowego i, chociaż w następstwie wykroczeń dietetycznych miewał czasami gniecenie w dołku, nie leczył się wcale. Przed 9-ciu laty wśród najzupełniejszego zdrowia zachorował nagle bardzo ciężko »na serce«. Po nieszczególnie przespanej nocy już nad ranem dostał gwałtownego bólu w sercu w klatce piersiowej i rękach, który z małemi przerwami trwał do 10 godzin. Ze słów rodziny widać, że z powodu rzekomego napadu sercowego zachodziła poważna obawa o życie chorego. W następnych dniach miał on jeszcze kilka napadów słabszych które dopiero po dwóch tygodniach ustąpiły zupełnie. Jednakże nie czuł się dobrze, po jedzeniu doznawał gniecenia w okolicy żołądka, stracił łaknienie i wybitnie zeszczuplał. Leczył się systematycznie jodem i diuretyną, zarzucił palenie, zachowywał wielką wstrzemięźliwość w jedzeniu, wreszcie po kilku miesiącach powrócił do zdrowia. Po raz pierwszy byłem wezwany do chorego w końcu 1918 r. z powodu rzekomego nawrotu bólu sercowego, który wystąpił nazajutrz po uczcie rodzinnej. Chory leżał nieruchomo w łóżku, był blady, z przerażonym wyrazem twarzy z powodu uczucia bliskiej śmierci. Błagając o pomoc i jęcząc po cichu, skarżył się na niezwykle silny ból za mostkiem, w szyji, w obu rękach, zwłaszcza lewej, i w ostatnich palcach. Bólowi towarzyszyło uczucie ściskania całej klatki piersiowej. Nitrogliceryna, wziewanie azotynu amylowego, mała dawka morfiny nie uśmierzały cierpienia. Po 4 godzinach wystąpiły wymioty, poprzedzone częstemi odbijaniami i nudnościami poczem natężenie bólu zaczęło stopniowo słabnąć. W czasie napadu tętno było przyśpieszone, słabo napięte, miarowe. Na drugi dzień chory miał tylko uczucie lekkiego ściskania w sercu, ale skarżył się na wzdęcie i rozpieranie brzucha, szczególnie w okolicy prawego podżebrza.

Badanie przedmiotowe stwierdziło: budowa prawidłowa, odżywienie dosyć dobre. Ciepłota 37.8°, tętno powyżej 80, dobrze napięte, miarowe. Ciśnienie krwi $\frac{17}{8}$ (Pachon). W płucach nic szczególnego. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste. Wątroba macalna i bolesna. Punkt, odpowiadający pęcherzykowi żółciowemu, bardzo bolesny. Śledziony nie wyczuwa się wcale. Mocz bez cukru, z małemi śladami białka. W nocy nowy napad stenokardyczny, nieco słabszy, trwający około 3 godzin i zakończony silnemi potami. W trzecim dniu choroby — wyraźne ślady żółtaczki, w moczu barwiki żółciowe. Wieczorem ciepłota do 38°. Wątroba jeszcze więcej bolesna. Rozpoznałem zapalenie przewodów żółciowych (ewent. pęcherzyka żółciowego), powikłane dusznicą bolesną. Atoli dalszy przebieg choroby i wieloletnia obserwacja chorego wraz z nowemi badaniami uzupełniającemi zmusiły mnie do zmiany tego rozpoznania. Kilkakrotne badanie roentgenologiczne nie wykryło żadnych zmian w sercu i tętnicy głównej. Wassermann ujemny. Chory po leczeniu karlsbadzkiem poprawił się doskonale i w ciągu ostatnich lat sześciu nie miał ani razu napadu dusznicy bolesnej. Obecnie jest zdrowy, nie leczy się wcale, pędzi życie bardzo czynne i o swojem sercu zupełnie zapomniał. Jestem głęboko przekonany, że i pierwsza serja ciężkich napadów rzekomo sercowych była tylko wyrazem nieprawidłowego umiejscowienia bólu w skrytej i nierozpoznanej kamicy żółciowej.

Ze spostrzeżeń tych, które zagadnienie stosunku między kamicą żółciową a dusznicą bolesną oświetlają z nowego zupełnie stanowiska wypływają ważne wnioski praktyczne. Jak widzimy, w niektórych przypadkach kolka wątrobowa może przebiegać skrycie bez właściwych objawów miejscowych albo też objawy te zaznaczone są tak niewyraźnie i słabo, że stwierdzenie ich wymaga szczególnej uwagi i dokładnego badania w odpowiednim kierunku. Powtóre, zamiast charakterystycznego bólu wątrobowego w prawem podżebrzu, będącego stałym składnikiem kolki, występuje w charakterze równoważnika typowy napad dusznicy bolesnej bez odpowiednich zmian organicznych w sercu i tętnicy głównej. Stając się istotnym składnikiem napadu kamicy, zespół stenokardyczny panuje wówczas niepodzielnie nad całym obrazem choroby, a późniejszy los jego zależy ściśle od zasadniczego cierpienia. Po przejściu kolki wątrobowej najcięższe nawet napady dusznicy bezpowrotnie znikają.

Fakt, że przy kamicy żółciowej ból może być odczuwany w miejscach nietypowych, był wielokrotnie podnoszony w piśmiennictwie lekarskiem. Wiadomo bowiem oddawna, że charakterystyczny ból wątrobowy może promieniować z prawego podżebrza w rozmaitych kierunkach i zależnie od umiejscowienia — naśladować gorzej lub lepiej cierpienia rozmaitych narządów. To też w podręcznikach znajdujemy zwykle krótkie wzmianki, że przy umiejscowieniu bólu w okolicy serca kolka wątrobowa może przypominać napad dusznicy bolesnej. Wśród długiego spisu chorób, które z powodu nieprawidłowego promieniowania bólu mogą być powodem błędów rozpoznawczych, w swem dziele o chorobach wątroby wymienia Ewald (3) i napady stenokardyczne (stenokardische Anfälle).

Quincke i Hoppe-Seyler (4) tę sprawę pomijają milczeniem. Brak również odpowiedniej wzmianki w obszernej monografji Chauffard'a (5), który w rozdziale o odczynach pęcherzykowych *(les réactions vésiculaires)* rozwodzi się szeroko nad promieniowaniem bólu i wspomina krótko o niektórych czynnościowych zaburzeniach serca. Biegański w »Djagnostyce różniczkowej« nie zwrócił na tę kwestję uwagi, zaznaczył tylko że »wiele przypadków t. zw. gastralgji jest niczem innem, tylko nieprawidłowemi postaciami dusznicy bolesnej« (str. 261).

Franke (6) podkreśla trudności rozpoznawcze, wynikające z powodu niewłaściwego promieniowania bólu przy kamicy żółciowej. »Nieraz stajemy wobec pytania, czy w da-

nym przypadku mamy do czynienia z napadem dusznicy, czy też z napadem kolki żółciowej z mniej typowem umiejscowieniem jej, t. j. w okolicy dołka podsercowego lub w okolicy serca«.

Przytoczywszy najważniejsze objawy różniczkowe, zastrzega bardzo słusznie autor, że czasami tylko dłuższe spostrzeganie chorego może sprawę ostatecznie rozstrzygnąć.

Z tego krótkiego przeglądu piśmiennictwa widzimy, że sprawa ta traktowaną jest najczęściej pobieżnie i z odmiennego zupełnie stanowiska. Ponieważ oddawna nosiłem się z myślą opisania dwóch moich spostrzeżeń, z prawdziwem zadowoleniem przeczytałem świeżo ogłoszony artykuł prof. Lian'a, Weissenbach'a i Parturier'a »o stenokardycznej postaci kolki wątrobowej« (7). Mimo pewnych różnic w ogólnem ujęciu sprawy, zasadnicze wnioski autorów są bardzo zbliżone do moich. Myśl przewodnią wyrażają oni w ten sposób: »w pracy niniejszej chcemy podkreślić fakt dosyć częstego występowania przypadków, w których zespół dusznicowy (*le syndrome angineux)* panuje nad całym obrazem klinicznym, a tymczasem objawy kamicy żółciowej pozostają w cieniu. Wykryć je może tylko bardzo szczegółowe badanie«. Autorzy opisują 7 przypadków dusznicy bolesnej wątrobowej, które zależnie od współistnienia lub braku zmian organicznych w sercu i tętnicach, dzielą na 3 kategorje. Do kategorji pierwszej zaliczają przypadki, w których, pomimo wszechstronnego i drobiazgowego badania, nie można było stwierdzić żadnych zmian w narządzie krążenia. Do tej kategorji właśnie należą dwa nasze przypadki.

Jakkolwiek rozważania diagnostyczne nie wchodzą w zakres mojego zadania, jednakże względy praktyczne skłaniają mnie, za przykładem autorów francuskich, do omówienia kilku ważniejszych szczegółów. Otóż za charakterystyczną cechę dusznicy bolesnej, występującej zamiast bólu wątrobowego w napadzie kamicy żółciowej, uważam jej bezwzględną niezależność od ruchu, a tem samem napastowanie chorego w czasie snu w nocy lub nad ranem. Jakkolwiek bowiem zapatrywać się będziemy na istotę dusznicy bolesnej »prawdziwej« na tle chorób serca, przyznać musimy, że czynnikiem wywołującym bezpośrednio napad, jest ruch albo inny wysiłek fizyczny. Stąd też jej miano — *l'angine de l'effort.* Jeżeli więc u osobnika na serce zdrowego, a przynajmniej nie mającego dotąd ze strony serca żadnych objawów podmiotowych, wystąpi nagle, po raz pierwszy w życiu, napad stenokardyczny w nocy lub spoczynku, winniśmy pamiętać o możliwem schorzeniu wątroby. Oczywiście, nie przeczę, że w porze nocnej zdarzyć się może napad dusznicy bolesnej »prawdziwej«, ale koniecznym warunkiem będą wówczas odpowiednie zmiany w narządzie krążeniu albo istniejąca już wcześniej skłonność do napadów stenokardycznych. U takich osobników nietylko wzruszenia i wstrząśnienia moralne, ale nawet przykre marzenia senne mogą istotnie spowodować napad, nieraz bardzo ciężki. Muszę nadmienić, że w uwagach o rozpoznawaniu dusznicy bolesnej pochodzenia wątrobowego tak ważny objaw, jak niezależność od ruchu, został pominięty przez autorów francuskich.

Powtóre, zasługuje na szczególną uwagę występowanie napadów całemi serjami, które trwać mogą kilka tygodni zrzędu. Opierając się na doświadczeniu własnem, sądzę, że fakt ten zdarza się chyba wyjątkowo w początkowym okresie dusznicy bolesnej »prawdziwej«. Wprawdzie Biegański opisuje »postać serjową«, gdzie napady występują niezależnie od wysiłków przez szereg tygodni, a nawet miesięcy, podkreśla jednak, że rozwija się ona stopniowo, z biegiem czasu, z postaci poronnej, zależnej od ruchu, i zdarza się przeważnie w późniejszych okresach choroby. Postać »serjowa« może być również spostrzeganą u osobników nerwowych bez żadnych zmian w układzie tętniczym serca, — fakt, który zmusza Biegańskiego do stwierdzenia, »że postać ta nie jest wcale właściwa jednej tylko przyczynie dusznicy bolesnej, lecz zdarza się we wszystkich etjologicznie różnych rodzajach tej sprawy«. Pojęcie nerwowości jest nader rozciągliwe i nieokreślone, możemy więc przypuszczać, że niektóre postacie dusznicy »serjowej«, występujące bez widocznej przyczyny i bez żadnych zwiastunów, a przypisywane nerwowości chorych lub etjologicznie niepewne, mają właściwie swe źródło w skrytej kamicy żółciowej.

Gorączka lub nawet nieznaczne podniesienie ciepłoty, jak to było w obu naszych przypadkach, powinny odrazu skierować badanie na właściwą drogę. Rzecz prosta, wywiady mogą dostarczyć wielu cennych wskazówek, Dowiadujemy się że chory miewał bóle w okolicy żołądka, gniecenie w dołku po jedzeniu, częste odbijanie, nudności, czasami wymioty. Pierwszy napad stenokardyczny da się nieraz powiązać przyczynowo z jakiemś uprzedniem wykroczeniem w diecie (przypadek II.). Do ważnych objawów, które mogą przechylić rozpoznanie na stronę kamicy, należą nudności w czasie napadu, wymioty, rzadziej obfite wypróżnienia żółciowe (Lian), wreszcie uczucie pełności i rozpierania w górnej części brzucha lub prawem podżebrzu.

Badanie fizyczne, czasami już w początkach choroby pozwala stwierdzić obronę mięśniową, bolesność wątroby lub powiększenie pęcherzyka żółciowego wskutek wysięku. W jednym przypadku Lian'a, Weissenbach'a i Parturier'a silniejszy ucisk pęcherzyka może wywoływać napad dusznicy bolesnej. Cenne usługi oddać może stwierdzenie punktów bolesnych, zwłaszcza prawostronnego szyjnego (Chauffard), wykrycie w moczu barwików żółciowych, urobiliny, nadmiaru cholesteryny we krwi. W końcu zaznaczyć trzeba, że leczenie stosowane zwykle w dusznicy bolesnej z niewątpliwą dla chorych korzyścią, tutaj pozostaje bez żadnego skutku, natomiast okłady gorące na wątrobę, przetwory salicylowe, większa dawka morfiny, sól karlsbadzka mogą znacznie złagodzić i skrócić przebieg całego cierpienia.

Rozpatrując zagadnienie stosunku między kamicą żółciową i dusznicą bolesną w świetle analogji ze zjawiskami zastępczemi czyli równoważnikami w innych dziedzinach patologji, nie da się zaprzeczyć, że u ludzi starszych z odpowiedniemi zmianami w narządzie krążenia pod wpływem bodźców wątrobowych lub pęcherzykowych mógłby się zdarzyć napad dusznicy samoistnej, »prawdziwej«. Podrażnienie, płynące z pęcherzyka żółciowego, mogłoby wówczas odegrać taką samą rolę, jak ruch i wysiłek fizyczny. Ale ocenę wzajemnego stosunku i wyjaśnienie istotnego znaczenia każdego z tych cierpień w poszczególnym przypadku musimy pozostawić dłuższej obserwacji chorego. W każdym bądź razie ze wszystkich dotychczasowych rozważań wypływa ważny wniosek praktyczny, że w powstawaniu dusznicy bolesnej, i być może innych zaburzeń czynnościowych serca, kamicy żółciowej przypada w udziale znacznie większa rola, niż powszechnie sądzimy.

Powinniśmy jeszcze rozstrzygnąć pytanie, jakim sposobem kolka wątrobowa może wywołać napad dusznicy bolesnej u ludzi względnie zdrowych, bez widocznych zmian w narządzie krążenia. Poruszamy więc zagadnienia bardzo zawiłe i trudne, które z jednej strony dotyczą patogenezy i istoty dusznicy bolesnej, z drugiej zaś sposobu powstawania bólu w cierpieniach narządów wewnętrznych. Ponieważ szczegółowe omawianie tych kwestyj, wciąż jeszcze spornych i nieustalonych w nauce, rozszerzyłoby niepomiernie ramy artykułu, poprzestaję na możliwie krótkiej odpowiedzi. Już sam fakt, że przypadki takie spostrzegane są rzadko, dowodzi istnienia w układzie nerwowym pewnych osobników, szczególnie sprzyjających warunków. Lian, Weissenbach i Parturier sądzą, że wchodzi tu w grę nadpobudliwość układu wegetacyjnego. Wskutek tego podrażnienie odcinka współczulnego trzewnego w następstwie kolki wątrobowej przenosi się bezpośrednio i wybiórczo na sąsiedni odcinek sercowy. Pobudzeniu temu, które powstało tutaj w sposób przypadkowy i nienaturalny, towarzyszy natychmiastowa zmiana w unerwieniu autonomiczno-współczulnem serca. Wówczas na drodze odruchowej występują różne zaburzenia czynności serca i — między innemi — wskutek raptownego i nadmiernego kurczu tętnic wieńcowych napad dusznicy bolesnej. Pobudzenie bólowe wątrobowe byłoby w swem działaniu równoznaczne ze wstrząsem nerwowym lub gwałtownem wzruszeniem, które przy wzmożonej pobudliwości układu wegetatywnego mogą wywołać kurcz tętnic wieńcowych i napad dusznicy u osobników młodych, najzupełniej zdrowych.

Wskutek raptownej zmiany w ukrwieniu serca i braku uprzedniego przystosowania, napady stenokardyczne, zależnie od kurczu prawidłowych tętnic wieńcowych, mogą być nawet w swych przejawach cięższe, aniżeli napady, występujące pod wpływem wysiłków fizycznych (D a n i é l o p o l u (8). Tak więc napady stenokardyczne, spostrzegane w nietypowych postaciach kamicy żółciowej, ze stanowiska patogenetycznego, należą prawdopodobnie do t. zw. dusznicy naczynio-ruchowej (*angina pectoris vasomotoria*). Co zaś do nadpobudliwości układu wegetacyjnego, zwłaszcza splotów sercowych, która powoduje niezwykłe przenoszenie bodźców wątrobowych na odcinek sercowy, może być ona częściowo wrodzoną, częściowo nabytą wskutek wpływów trujących (nikotyna).

Z powyższych rozważań wynika pośrednio, że pojęcie dusznicy bolesnej nie posiada cech swoistości patologicznej i nie oznacza jednolitej, ściśle określonej postaci chorobowej. »Jestto pospolity zespół objawów, który na podobieństwo kaszlu, wymiotów lub czkawki występuje w najrozmaitszych stanach chorobowych i okolicznościach (M a r t i n e t (9). Dlatego w każdym przypadku winniśmy dotrzeć do źródła cierpienia i w tem dążeniu nie zapominać o możliwej kamicy żółciowej[1]).

* * *

[1]) Już po napisaniu tej pracy dowiedziałem się okolicznościowo o przypadku, spostrzeganym przez kol. S t a w n i c k i e g o, W. K o h n a i B r a m a. Mężczyzna lat 52, nałogowy palacz, używający dużo alkoholu, ale naogół zdrowy, dostał nagle w nocy napadu dusznicy bolesnej, która trwała zgórą 5 godzin. W ciągu 5 dni były 3 napady tak silne, że stosowano morfinę. Ból umiejscawiał się w sercu, za mostkiem i w obu rękach do łokci. Towarzyszyło mu ściskanie całej klatki piersiowej i obawa śmierci. Tętno niemiarowe, około 50. Rozpoznano dusznicę bolesną prawdziwą i rokowano poważnie. Po przejściu napadów stwierdzono powiększenie i wyraźną bolesność pęcherzyka żółciowego. Na 6-ty dzień wystąpiła żółtaczka. Obecnie stan chorego jest zupełnie dobry.

Za łaskawe udzielenie mi tych wiadomości składam kol. S t a w n i c k i e m u i B r a m o w i szczere podziękowanie.

Piśmiennictwo.

1) Władysław B i e g a ń s k i; Medycyna Nr. 13. 1894. Odb. str. 6. — 2) J. P a w i ń s k i: Gaz. Lek. Nr. 26, 27, 28 z r. 1913. str. 744. — 3) Dr. C. A. E w a l d: Die Leberkrankheiten. Leipzig. 1913. str. 214. — 4) Prof. Dr. H. Q u i n c k e und prof. G. H o p p e - S e y l e r: Die Krankheiten der Leber. Wien und Leipzig. 1912 str. 244. — 5) A. C h a u f f a r d: Leçons sur la lithiase biliaire. Paris 1914 str. 123. — 6) Prof. Dr. Marjan F r a n k e: Djagnostyka chorób narządu krążenia. 1921. Str. 10. — 7) C. L i a n, R-J. W e i s s e n b a c h, G. P a r t u r i e r: La forme angineuse de la colique hépatique. Presse Méd. Nr. 96. 29 Nov. str. 945. — 8) Prof. D a n i è l o p o l u: L'angine de poitrine. Bucarest 1924. str. 58. — 9) Alfred M a r t i n e t: Les angines de poitrine. Paris 1922 str. 31.

Z praktyki.

Dr. Kazimierz PAWŁOWSKI. Wilno.

Sprawozdanie z kilku przypadków cukrzycy leczonych insuliną *).

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych (terapeutycznej) Uniwersytetu Stefana Batorego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. J a n u s z k i e w i c z.

Insulina, jako środek działający szybko i niezawodnie, ma już ustaloną w świecie lekarskim opinję i posiada kolosalną literaturę, pomimo, że dopiero teraz mija trzy lata od czasu, kiedy poraz pierwszy, po próbach na zwierzętach została zastosowana u człowieka. Piśmiennictwo polskie zajmuje pod tym względem skromne miejsce, ostatnio jednak ukazał się szereg prac traktujących o insulinie: C y t r o n b e r g a, L a n d a u a, Z a w i s t o w s k i e g o, M i e r z e c k i e g o, O s z a c k i e g o, F u n k a, B l a s s b e r g a, W ę g i e r k i, T e r l e c k i e g o, M a r g o l i s a i S z y f m a n a.

Stosowanie insuliny na wielkim materjale w Europie Zachodniej i Ameryce dowiodło, że przypadki lekkie wcale nie nadają się do leczenia insuliną, że leczenie insuliną wcale nie wyklucza zachowania diety z ograniczoną ilością węglowodanów, a co najważniejsze, że działa ona na krótki dystans, bowiem po zaprzestaniu podawania insuliny wraca cukromocz, wraca acetonurja. Wprawdzie było podanych kilka przypadków jakoby trwałego wyleczenia, lecz niestety należą one do nadzwyczajnych wyjątków. Insulina więc sprawiła zawód tym, którzy widzieli w niej radykalny środek w zwalczaniu cukrzycy. Niezaprzeczalna jej wartość przejawia się w zwalczaniu śpiączki cukrzycowej, która dotąd prowadziła do niechybnej śmierci, w ciężkich przypadkach cukrzycy ze znaczną acetonurją, w przypadkach, gdzie nam zależy na podniesieniu odżywiania, wreszcie w tych przypadkach, gdzie muszą być dokonane zabiegi operacyjne, które dotąd dawały wysoki procent śmiertelności wśród diabetyków. Przeciwwskazaniem bezwzględnem są tylko właściwie przypadki cukromoczu nerkowego, gdzie przy normalnej zawartości cukru we krwi, mamy w moczu cukier, zależny od niewydolności nerek pod tym względem.

Przechodząc do omówienia naszych przypadków, zatrzymam się najpierw szczegółowo na przypadku cukrzycy ciężkiej, przypadek zaś śpiączki omówię osobno.

Chory w wieku 15 lat, dziedzicznie nie obarczony. Od wczesnego dzieciństwa — słaby — wątły. Od roku stan jego zaczął się pogarszać, wówczas po raz pierwszy stwierdzono cukromocz. Chory wyniszczony b. znacznie. Waga ciała 35 kilogramów. Ze strony narządów wewnętrznych żadnych zmian szczególniejszych.

W dniu przybycia do Kliniki:
Cukier w moczu 5,5%.
Aceton ++ (wybitny).
Cukier we krwi 0,37%**).

Celem wyrobienia sobie pojęcia o stopniu tolerancji węglowodanowej i bilansie, o stopniu hiperglikemji oraz o istnieniu objawów kwasicy u danego osobnika, chory uprzednio pozostawał przez szereg dni na stałej określonej diecie, obliczonej w ten sposób, aby wypadało około 1½—2 gr białka i 1 gr tłuszczu na kilo wagi, oraz 60 gr węglowodanów na dobę, co wynosi około 40 ciepłostek na kilo wagi. Pożywienie to składało się z około 200 gr mięsa, 20 gr masła, 4 jaja, 100 gr kaszy owsianej i jarzyn, zawierających nieznaczną ilość węglowodanów. Wówczas okazało się, że w ciągu doby wydziela około 100 gr cukru, podczas kiedy wprowadzа do ustroju tylko 60 gr., a więc bilans wynosi — 40. Cukier we krwi wynosi 0,36%. Aceton — wybitny (++).

Wobec tego zakwalifikowano go jako przypadek ciężkiej cukrzycy i zastosowano 2. I. b. r. insulinę podskórnie w ilości 20-tu jednostek w 2-ch dawkach (po 10 jednostek) na ½ godziny przed przyjęciem pokarmu rano i wieczorem.

Następnego dnia t. j. 3. I.: Cukier w moczu 3.1%. Bilans węglow. — 17 5. Aceton wyraźny (+).
Wstrzyknięto insuliny 40 jednost. w 2-ch dawkach.

4. I. Cukier we krwi 0.28%. Cukier w moczu 2%. Bilans węglow. + 6 gr. Aceton — ślad nieznaczny.
Insuliny otrzymał również 40 jednostek.

5. I. Cukier we krwi 0.19%. Cukier w moczu 0.5%. Bilans + 47 gr. Aceton —.
Insuliny tak samo otrzymał 40 jednostek.
Celem podniesienia stanu odżywiania chorego podwyższono ilość węglowodanów do 100 gr przy poprzednich ilościach białka i tłuszczu.

6. I. Cukier we krwi 0.31%. Cukier w w moczu 2.2%. Bilans + 38 gr. Aceton —.
Insulina bez zmian.

7. I. Cukier we krwi 0.31%. Cukier w moczu 3%. Bilans + 25. Aceton —.
Tego dnia wstrzyknięto 60 jednostek insuliny w trzech dawkach.

8. I. Cukier we krwi 0.24%. Cukier w moczu 0.9%. Bilans + 76 gr. Aceton —.
Insuliny tak samo 60 jednostek.

9. I. Cukier we krwi 0.23%. Cukier w moczu 0.6%. Bilans + 83 gr. Aceton —.
Insuliny wstrzyknięto tylko 40 jednostek.

10. I. Cukier we krwi 0.28% Cukier w moczu 1.7%. Bilans + 68. Aceton —.
Insuliny zastosowano tak samo 40 jednostek.

11. I. Cukier we krwi 0.29%. Cukier w moczu 1 6%. Bilans + 71. Aceton —.

Odtąd w ciągu 2-ch tygodni stosowano stale 60 jednostek insuliny w trzech dawkach przy zastosowaniu wciąż tej samej diety.
Cukier we krwi waha się od 0.18 do 0.23%.
Cukier w moczu od śladów — do 0.7 %.

*) Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 21. stycznia 1925 r.

**) Krew badaliśmy metodą M a c l e a n s'a. Metoda ta ma między innemi i tę zaletę, że wymaga tylko 0,2 cm³ krwi, którą pobiera się po ukłuciu igłą palca, uprzednio zanurzonego do ciepłej wody.

Bilans w granicach od + 90 do 100 gr.
Aceton stale —.

W ciągu 20-dniowej kuracji waga ciała wzrosła o $3^1/_2$ kg. Żadnego ubocznego działania nie spostrzegano. Samopoczucie chorego znacznie się poprawiło, ustąpiło męczące uczucie ciągłego pragnienia, siły chorego wzrosły.

Objektywnie: usunęliśmy wszelkie objawy kwasicy, podnieśliśmy odżywianie, co dało przyrost wagi $3^1/_2$ kg.

Następny przypadek dotyczy chorego 39 lat, cierpiącego od 2-ch lat na cukrzycę. Po raz pierwszy leczył się w Klinice w lutym ub. roku. Wówczas po zastosowaniu ścisłej diety cukier z moczu zniknął, acetonurji wogóle nie było. Tolerancja węglowodanowa była względnie wysoka, bo sięgała około 60 gr. węglowodanów. Chory był leczony tylko djetetycznie.

Kiedy następnie zgłosił się w początkach października ub. roku, cukier w moczu wynosił 5.8%, acetonurja wyraźna. Cukier we krwi 0.32%. W celu określenia tolerancji postępowaliśmy, jak w poprzednim przypadku. Okazało się, że tolerancja jego obniżyła się znacznie w porównaniu z dawniejszą, bo zbliżała się do 0. Acetonurja nie ustępowała.

Zaczęliśmy kurację od 10 jednostek dziennie w 2-ch dawkach po 5 jednorazowo w ciągu 3-ch dni. Cukier w moczu wahał się 1 - $1^1/_2$%. Aceton słabo zaznaczony

Następnie powiększono ilość insuliny do 20 jednostek dziennie w 2-ch dawkach.

Cukier w moczu — 0.2%. Aceton —.

Odtąd stale otrzymywał w ciągu 6-ciu tygodni 2 razy dziennie po 10 jednostek.

W moczu były zawsze tylko ślady cukru. Aceton stale —. Waga ciała wzrosła o $1^1/_2$ kilograma. Po 5-ciu dniach pobytu w domu i niestosowania insuliny przy sposobie odżywiania podobnym jak Klinice, chory zgłosił się do przychodni klinicznej.

Badanie moczu ujawniło — ślad cukru, brak acetonu.

Kiedy chory następnie się zgłosił już po miesiącu. Cukier w moczu wynosił — 5.6%. Aceton — b. wyraźny.

Ten przypadek jest ciekawy z tego względu, że jeszcze raz potwierdza, że o trwałem wyleczeniu prawie niema mowy.

Nie zatrzymując się na innych przypadkach cukrzycy, które odnoszą się do lżejszej postaci i nic charakterystycznego nie przedstawiają przejdę do omówienia śpiączki cukrzycowej.

Dnia 28 grudnia ub. r. został przywieziony do Kliniki chory w wieku 17 lat w stanie nieprzytomnym. Wedłng słów matki przed $1^1/_2$ rokiem chory zaczął podupadać na siłach i chudnąć, pomimo bardzo dobrego łaknienia; uskarżał się przytem na silne pragnienie i potrzebę częstego oddawania moczu.

Dokonane wówczas badanie ujawniło cukromocz. Ilość cukru w moczu wahała się od 3 -5%. Od tygodnia stan chorego pogorszył się znacznie: zjawiły się bóle głowy, ciężar w piersiach, pragnienie wzmogło się, oddawanie moczu stało się bardzo częste. W przeddzień przybycia do Kliniki wystąpiły objawy, które zaniepokoiły otoczenie: chory stał się apatyczny — senny, chwilami tracił świadomość; zjawiły się wymioty.

S t a n o b e c n y: Już przy wejściu do sali, gdzie przebywał chory, uderzał silny zapach acetonu. Chory nieprzytomny, robi wrażenie pogrążonego w głębokim śnie. Oddech charakterystyczny ciężki, głośny (słyszalny w drugim pokoju).

Na twarzy i kończynach lekka sinica. Akcja serca — przyśpieszona, tętno około 130 na minutę — nikłe. Chory leży w pozycji przykurczonej. Mięśnie brzucha silnie napięte. Źrenice zwężone. Odruchów ze ścięgien wywołać nie udało się. Mocz zatrzymany. Od czasu do czasu zjawiają się wymioty.

Dokonane badanie krwi ujawniło 0.40% cukru. Wstrzyknięto śródmięśniowo 15 jednostek insuliny, a po 2-ch godzinach 20 jednostek. Chory obudził sie, jednak stan zamroczenia świadomości trwał. Po 2-ch godzinach wstrzyknięto ponownie 20-cia jednostek i podano doustnie 30 gr cukru. Prócz tego podawaliśmy dwukrotnie sodę doustnie razem 30 gr.

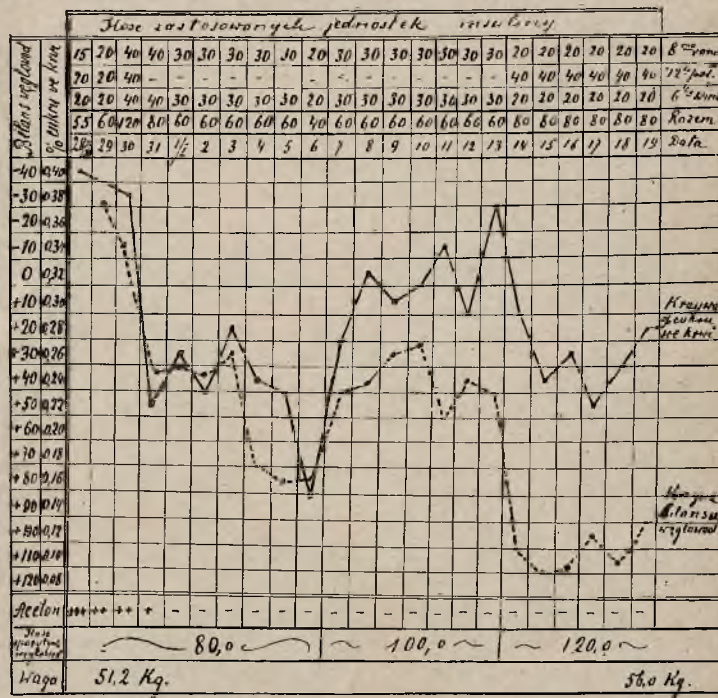
Po upływie 3-ch godzin od ostatniego wstrzyknięcia insuliny, nastąpiła nagła poprawa: oddech stał się spokojny, wymioty ustały. Ilość tętna obniżyła się do 100. Chory oddał mocz którego badanie ujawniło: Ciężar wł. 1032. Białko około 1%. Cukier 3.5%. Aceton nadzwyczaj wybitny, tak samo i kwas acetooctowy. W osadzie pojedyncze erytrocyty i leukocyty.

Noc chory spędził niezbyt spokojnie, często budził się prosząc, aby mu dano pić. Pragnienie dokuczało mu jeszcze w ciągu kilku następnych dni. Nazajutrz chory znajdował się jeszcze w stanie pewnego odurzenia. Zastosowaliśmy dietę, kierując się tą samą zasadą, jak i w pierwszym przypadku. Węglowodanów otrzymywał nieco więcej, bo 80 gr dziennie.

Dalszy przebieg ilustruje tablica, z której widać, że objawy kwasicy zdołaliśmy za pomocą insuliny usunąć szybko i łatwo, bo już po 4-ch dniach w ciągu tego czasu wstrzyknięto 315 jednostek), acetonurja ustąpiła zupełnie i więcej się w ciągu leczenia nie wznawiała. Podrażnienie nerek, wyrażające się białkomoczem i obecnością w moczu erytrocytów, ustąpiło równocześnie z acetonurją (po 5-ciu dniach nie mieliśmy już ani śladu białka). Podnieśliśmy ogromnie stan odżywiania chorego, bo w ciągu 20-tu dni przyrost wagi wynosił około 5 kg.

Zaznaczyć muszę, że ani razu nie spostrzegliśmy najmniejszych obrzęków, które nierzadko zjawiają się przy leczeniu insuliną i co mogłoby tłumaczyć ten niezwykły przyrost wagi. Subjektywnie żadnych dolegliwości chory obecnie niema. Nadmienić muszę, że chory przybył z objawami ropnego zapalenia ucha środkowego. Po upływie 2-ch tygodni nastąpiło prawie całkowite zabliźnienie i wygojenie.

Wykres zawartości cukru we krwi i bilansu węglowodanowego w przypadku śpiączki cukrzycowej, leczonej insuliną.



Postępowanie nasze w tym przypadku cechowała pewna ostrożność, zwłaszcza na początku kuracji, bo stosowaliśmy względnie małe dawki, choć zato w mniejszych odstępach czasu. Można było postąpić inaczej, mianowicie odrazu zastosować wielką dawkę (100 i wyżej jednostek naraz), ale z równoczesnem wlewaniem dożylnem odpowiedniej ilości rozczynu cukru gronowego. W takim wypadku efekt można jeszcze szybciej otrzymać.

Organizm ludzki w stanie ciężkiej cukrzycy ewentualnie w stanie śpiączki, odznacza się nadzwyczajną tolerancją w stosunku do insuliny. Opisane są przypadki, gdzie w ciągu doby wstrzyknięto do 300 jednostek. U m b e r podaje, że w jednym przypadku w ciągu 48 godz. wstrzyknął 860 jednostek.

W insulinie więc zyskaliśmy niezrównany środek w zwalczeniu śpiączki cukrzycowej. I według słów jednego z autorów amerykańskich w obecnych czasach błędem sztuki lekarskiej byłoby niezastosowanie insuliny przy *Coma diabeticum*, bo insulina jest *par excellence* środkiem przeciw kwasicy.

Chcę podkreślić szczegóły, które zwróciły naszą uwagę.

Chodzi o to, że, jak to zresztą widać z załączonego wykresu, ilość cukru we krwi była stale wyższą i to nieraz dużo wyższą od normy, podczas kiedy w moczu procent cukru był niski, albo go wcale nie było. Nasuwa się pytanie, czy z takim stanem rzeczy, t. j tą stałą hiperglikemją można się godzić, czy też należy dążyć do sprowadzenia cukru we krwi do stanu normalnego t. j. do 1‰. Autorowie francuscy C h a b a n i e r, L e b e r t i ich współpracownicy na podstawie licznych obserwacyj przyszli do przekonania, że przecukrzenie krwi nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na cukromocz.

Między temi dwoma zjawiskami niema stałego stosunku. Nieraz u osobników ze znaczną hiperglikemją widzimy mały odsetek cukru w moczu i przeciwnie u innych wybitny cukromocz przy nieznacznej hiperglikemji. Zależy to od stanu nerek, które stanowią próg różny u rozmaitych osobników i w zależności od tego stanowią większą lub mniejszą tamę w przechodzeniu cukru do moczu

Z doświadczeń R o s e n b e r g'a wiemy, że u człowieka zdrowego po spożyciu dużej ilości węglowodanów zawartość cukru we krwi może się podnieść o 2 do $2^1/_2$ razy powyżej

normy, a cukromoczu nie spostrzegamy. Cukromocz zaś wystąpi dopiero po spożyciu 150 gr. cukru gronowego, a wówczas zawartość cukru we krwi wzrośnie trzykrotnie lub jeszcze wyżej.

Cukier, który dostał się do krwi przez wątrobę, nie jest przez nerki wydalany o ile, naturalnie, nie przekracza pewnej, zwykle dość wysokiej granicy. Natomiast jeżeli wprowadzić cukier do krwiobiegu z pominięciem wątroby, podwyższenie glukozy o 10—20% już powoduje cukromocz.

W ostatnim przypadku wprowadzony cukier jest niejako ciałem obcem dla organizmu.

Wytrzymałość nerkowa gra olbrzymią rolę w wydalaniu cukru. Tam, gdzie ta wytrzymałość jest duża, może być znaczna hiperglikemja bez żadnego cukromoczu i dążenie w takich razach do sprowadzenia cukru we krwi koniecznie do 1‰ może nie miałoby racji.

Nie wydaje się prawdopodobnem, aby hiperglikemja działała szkodliwie na nerki w takim stopniu, jak acetonurja o czem mogliśmy się przekonać w naszym przypadku śpiączki.

Dokonaliśmy w Klinice kilkuset wstrzykiwań insuliny i dotąd nigdy nie spotykaliśmy się ze zjawiskiem niedocukrzenia krwi. Jednak t. zw. zespół hipoglikemiczny należy mieć wciąż na uwadze. Wiadomo bowiem, że spadek cukru we krwi poniżej 0,075% powoduje szereg objawów w postaci osłabienia, zawrotów głowy, podniecenia, występowania kroplistego potu na czole, zaburzeń w sferze naczynioruchowej, ujawniających się bladością, lub zaczerwienieniem skóry, uczuciem gorąca, lub lekkich dreszczy i t. d.

Znaczniejsze obniżenie cukru powoduje cięższe objawy, jak utrata przytomności i zapad z ewentualnem zejściem śmiertelnem. Na szczęście niezwłoczne wprowadzenie do ustroju cukru gronowego jakąkolwiekbądź drogą usuwa wszystkie objawy wymienione. Stąd wynika, że jednakże możliwie ścisłe dawkowanie jest konieczne. Jak wiemy, za jednostkę uznaną została taka ilość insuliny, która u królika wagi około 2-ch kilogramów, obniża po upływie 4-ch godzin zawartość cukru we krwi do 0,045%.

Jest rzeczą naturalną, że wrażliwość różnych ustrojów zarówno zwierzęcych jak i ludzkich jest w pewnym stopniu indywidualną i dlatego leczenie winno być rozpoczęte od dawek małych i kontrolowane badaniem krwi na zawartość cukru.

Jako pewien punkt orjentacyjny może służyć fakt, że jedna jednostka przyswaja ustrojowi od $1^1/_2$—4 gr cukru.

Co do mechanizmu działania insuliny na przemianę węglowodanową, to sprawa ta nie jest dotychczas wyjaśnioną, tak zresztą, jak i sama przemiana materji w cukrzycy nie jest rzeczą ustaloną. Istnieje kilka teorji co do tego, jaki los spotyka cukier pod wpływem insuliny. Czy jak chcą Winter i Smith, glukoza dostającą się do krwi należy do substancyj niezdolnych do spalania, a dopiero pod wpływem hormonu trzustkowego względnie insuliny przeistacza się w odmianę czynną, zdolną do utleniania w tkankach, czy też jak dowodzą Bissinger i Lesser, insulina wzmaga spalanie cukru i jednocześnie powoduje odkładanie glikogenu, czy wreszcie pod wpływem insuliny zmniejsza się wytwarzanie cukru z białka i tłuszczu i wzmaga się zamiana cukru w tłuszcz, tego my dziś powiedzieć nie możemy.

Nie jest rzeczą dotąd dowiedzioną, czy insulina wzmaga spalanie, czy też odkładanie węglowodanów. Obliczanie współczynnika oddechowego nie doprowadziło do konkretnych wyników.

Widal i Abrami uważają, że dawne twierdzenie, jakoby insulina powodowała szybsze i wzmożone spalanie glukozy, a białka i tłuszcze znowu lepiej »spalały się w ogniu węglowodanów«, — nie jest wystarczające.

Działanie insuliny zawsze jest skierowane w pierwszym rzędzie przeciwko trującym niedopałkom kwasów tłuszczowych. Bardzo często, stosując insulinę, osiąga się znaczne zmniejszenie acetonurji zupełnie nie proporcjonalnie do znikania cukromoczu. Po zaprzestaniu podawania insuliny cukromocz wraca natychmiast, acetonurja wraca powoli. Autorowie ci widzieli przypadki, gdzie insulina działała wyłącznie na zmniejszenie ciał acetonowych bez wpływu na cukromocz.

W mechaniźmie działania insuliny na przemianę węglowodanową, zdaniem Eliasa i Weila, co zostało również potwierdzone badaniami Węgierki, ważną rolę odgrywa fosfor. Podawanie dożylne dwufosforanu sodowego wyraźnie zmniejsza zawartość cukru we krwi u diabetyków i wzmaga działanie insuliny, podczas kiedy pozostaje bez wpływu u ludzi z prawidłową przemianą węglowodanową.

Widzimy więc, że sprawa ta jest wielce skomplikowaną, jak zresztą skomplikowany jest proces przemiany materji.

Kończąc wspomnę, że oprócz dotychczasowych sposobów podawania insuliny, mianowicie podskórnie, śródmięśniowo lub dożylnie, robiono szereg prób wprowadzania insuliny w postaci czopków, w postaci kapsułek żelatynowych, przyjmowanych doustnie, oraz drogą wchłaniania z jamy ustnej, jednak te sposoby okazały się niepewne.

Wprowadzając insulinę podskórnie i śródmięśniowo, nigdy nie spostrzegaliśmy jakiejś miejscowej reakcji.

Stosowaliśmy przeważnie insulinę angielską firmy »AB« i amerykańską firmy »Lilly«, ostatnio zaś stosujemy tylko insulinę Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.

Na zasadzie spostrzeżeń, odnoszących się do przytoczonych przypadków, jak również i do tych, które w chwili obecnej leczone są w Klinice, — możemy powiedzieć, że insulina krajowa w zupełności dorównywa pod względem siły działania wymienionym preparatom zagranicznym.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. Roman ZAGÓRSKI, dyrektor Zakładu. Kobierzyn.

O Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

(Zarys rozwoju Zakładu po koniec roku 1924).

Dokończenie.

Stan Zakładu z końca grudnia 1924 roku.

Z pośród 15 pawilonów dla chorych, dwa są jeszcze nieczynne. Uruchomienie ich jednak na wiosnę 1925 roku przygotowane po zakupieniu znacznego zapasu linoleum, celem zastąpienia niem popękanej posadzki ksylolitowej i zakupieniu umeblowania za kwotę 40.000 złotych.

Kaplica jest na wykończeniu pod artystycznem kierownictwem prof. Jana Bukowskiego z Krakowa.

Odbudowa złóż oksydacyjnych oczyszczalni biologicznej ścieków jest na ukończeniu. Rekonstrukcja toru przemysłowego jest w toku. Urządzenia mechaniczne i elektryczne Zakładu doprowadzone są do stanu prawidłowego, należycie sprawne i funkcjonujące, eksploatowane oszczędnie i z korzyścią dla Zakładu.

Sieć telefoniczna wewnątrz-zakładowa rozbudowana, obejmuje na razie 30 aparaty telefoniczne. Wąskotorowa kolejka do rozwożenia potraw i mięsa około $2^1/_2$ km długa zbudowana jest w znacznej mierze siłami chorych.

Z pośród ważniejszych robót, wykonanych w ciągu ubiegłych 5-u lat, wymienić należy:

1. całkowity remont 6 pawilonów dla chorych,
2. rekonstrukcję stropów w 3 pawilonach,
3. rekonstrukcję stropu w kuchni głównej i przebudowanie według nowego planu urządzeń wentylacyjnych nad stropem,
4. gruntowny remont oranżerji.
5. gruntowny remont znacznej części budynków folwarcznych,
6. gruntowny remont 2-ch budynków na t. zw. starym folwarku,
7. zbudowanie nowego ogrodzenia betonowego wokoło ogrodu pawilonu dla przestępców,
8. zbudowanie 2-ch prowizorycznych garażów dla samochodów i dla taboru kolejki wąskotorowej,
9. zbudowanie piwnicy na benzynę i smary,
10. zbudowanie 2-ch lodowni przy rzeźni i kuchni głównej,
11. gruntowna naprawa poważnie zagrożonych kanałów przechodowych,
12. odrenowanie domu przedpogrzebowego,
13. zbudowanie rampy kolejowej,
14. wykończenie i uruchomienie gazowni dla pracowni naukowej,
15. gruntowny remont 6-ciu pomp, obsługujących urządzenia kąpielowe i ogrzewanie centralne wodne pawilonów dla chorych.
16. gruntowny remont wraz z obmurowaniem 4 ch kotłów parowych i 3-ch kotłów wodnych Kotłowni Zakładu,

17. zbudowanie w kotłowni zbiornika betonowego na wodę kondenzacyjną, przeprowadzenie 2-ch pomp Worthingtona ze suteren do kotłowni, montaż 3-ciej pompy Worthingtona przy zbiorniku betonowym w suterenach,

18. gruntowny remont obu maszyn parowych Zakładu i 2-ch pomp Worthingtona.

19. gruntowny remont budynku dezynfekcyjnego i jego kotła parowego,

20. gruntowny remont urządzeń mechanicznych w pralni,

21. gruntowny remont urządzeń mechanicznych kuchni głównej,

22. gruntowny remont chłodni mechanicznej i jej uruchomienie,

23. montaż pompy w oczyszczalni biologicznej i założenie rurociągu irrygacyjnego w ogrodzie warzywnym,

24. wykończenie i uruchomienie ogrzewania powietrznego w pawilonach dla chorych,

25. doprowadzenie wodociągu do zabudowań t. zw. starego folwarku i założenie w nim instalacji światła elektrycznego,

26. gruntowna naprawa kabla i przewodów elektrycznych oraz 26 elektromotorów.

Teren zakładowy w znacznej swej większości został splantowany, a ścieżki na dużych przestrzeniach rozbudowane. Założono duże boisko do zabaw ruchowych, drugie mniejsze do lawn-tennisa, trzecie boisko dla krokieta jest w toku budowy. Założono szereg alei, z których wjazdowa wysadzona jest 150 głogami szczepionemi, w miejsce jaworów przeważnie źle przyjętych, będzie w przyszłość i prawdziwą ozdobą Zakładu. Nadto założono aleję z drzew jarzębinowych, kilka alei akacjowych, jedną z drzew wiśniowych, drogę do kaplicy wysadzono lipami, drogę na folwark brzozami. Z lasku zakładowego przesadzono 450 kilku nastoletnich świerków częścią wzdłuż drogi wjazdowej, częścią wzdłuż sieci ścieżek, biegnących w pobliżu domu administracyjnego. Ogródki przy pawilonach chorych obsadzono kasztanami, lipami, jarzębinami i akacjami, nadto zaś wzdłuż otaczających je drucianych ogrodzeń siatkowych wysadzono topole nadwiślańskie przeznaczone do wycięcia, gdy szlachetne drzewa się rozrosną. Topole nadwiślańskie wysadzono też wzdłuż toru kolejowego, dookoła placu węglowego i po jednej stronie drogi, prowadzącej na ten plac.

Na pastwisku zakładowem wysadzono 130 sztuk szlachetnego gatunku jabłoni. Ogółem wysadzono w Zakładzie około 4.500 drzew, w tem 550 szlachetnych owocowych, 10.000 sztuk kultury dwuletniego świerku i 5.700 krzewów ozdobnych W przygotowaniu aleje róż pnących między pawilonami dla chorych.

Przy końcu 1920 roku liczył Zakład 5 lekarzy oddziałowych są nimi prymarjusze: Dr. **M o r a w s k i**, Dr. **C z a r p i e c k i**, ordynarjusze: Dr. **S t r y j e ń s k i**, Dr. **I s s a j e w i c z**, sekundarjusz: Dr. **S t a w a r z**. W rzeczywistości pełni służbę tylko 4 lekarzy, ponieważ Dr. **S t r y j e ń s k i** od października 1924 roku przebywa zagranicą na urlopie naukowym.

Prosektorem kontraktowym Zakładu jest od lipca 1920 roku profesor Anatomji patologicznej U. J. Dr. Stanisław **C i e c h a n o w s k i**.

Codziennie za wyjątkiem niedziel i świąt odbywają się o godz. 12 w południe konferencje lekarskie, poświęcone bieżącym sprawom oddziałowym, nadto zaś w miarę gromadzenia się ciekawszych lub wymagających omówienia przypadków pokazom chorych.

Lekarze biorą nadto udział w posiedzeniach naukowych Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego i Towarzystwa Neurologicznego, zgłaszając na nie odczyty i pokazy chorych.

Drukiem ogłoszono:

Dr. Roman **Z a g ó r s k i**: „*O ubezwłasnowolnieniu z powodu choroby psychicznej*" (Polska Gazeta Lekarska 1922).

Dr. Juljusz **M o r a w s k i**: „*Zaburzenia psychiczne, powstające w związku z durem powrotnym*" (Polska Gazeta Lekarska 1923).

Z pracowni naukowych uruchomiono w listopadzie 1923 r. pracownię histologiczną.

Na rok 1925 wstawiono kredyt na urządzenie pracowni bakterjologicznej i serologicznej.

Bibljoteka lekarska liczy tomów 295, z których tomów 126 pochodzi z darów Dra Stanisława **J a n k o w s k i e g o** i z księgozbioru śp. prof. Dra **Ż u ł a w s k i e g o**.

Od rozbudowania sieci telefonicznej w roku 1923 stała się możliwą ściślejsza organizacja służby lekarskiej. Praktykowaną dotąd z powodu szczupłej liczby lekarzy i znacznego oddalenia oddziałów od ich mieszkań ordynację leków po części warunkową zastąpiono całkowicie ordynacją bezwarunkową odnoszącą się do każdego chorego i za każdym razem osobno pozostającą całkowicie i wyłącznie w ręku lekarzy. Pod pojęcie leków podporządkowano wszystkie bez wyjątku zabiegi i środki lecznicze a więc prócz leków farmakologicznych, kąpieli długotrwałych, kocowań, izolacji chorych, także ich pracę. Zmiana ta obciążyła wprawdzie w wysokim stopniu nielicznych lekarzy Zakładu, wymagając od nich ustawicznej interwencji na oddziałach w dzień i w nocy (dyżur nocny wypada co 4-ty dzień, na bardziej odpowiedzialnych jednak oddziałach interweniują w nocy lekarze oddziałowi bez względu na dyżur), pozwoliła jednak znacznie podnieść poziom opieki lekarskiej nad chorymi i ograniczyć stosowanie środków nasennych i odurzających. W tym względzie poprawiają się stosunki z miesiąca na miesiąc mimo wzrastającego przepełnienia, zwłaszcza chorymi niespokojnymi.

Zestawienia liczbowe za ostatnie miesiace 1924 roku przedstawiają się w tym względzie następująco: w ciągu listopada zastosowano na oddziałach kobiecych 24 dawki leków nasennych u 12 osób, w grudniu 30 dawek leków nasennych u osób 15 na oddziałach męskich w listopadzie 48 dawek u osób 20, w grudniu zaś 59 dawek u osób 26. Injekcyj hyoscyny nie było na oddziałach kobiecych w listopadzie ani jednej, w grudniu zaś wstrzyknięto lek ten jeden raz. Natomiast na oddziałach męskich wstrzyknięto 26 razy hyoscynę 16 osobom w listopadzie i 37 razy 26 osobom w grudniu. Różnica na niekorzyść oddziałów męskich wynika przedewszystkiem stąd, że są one stosunkowo znacznie więcej przepełnione, aniżeli kobiece — przeszło o 100 mężczyzn więcej niż kobiet wśród chorych — nadto zaś wskutek ukończonego dopiero w połowie grudnia gruntownego remontu oddziału dla niespokojnych mężczyzn mieścili się oni tymczasowo na oddziale dla przestępców, zupełnie niedostosowanym i nienadającym się do takiego celu.

Od stycznia 1922 roku nie używa się zupełnie w Zakładzie kaftanów przymusowych i Zakład nie posiada wogóle ani jednego okazu tego środka krępującego. Ilość łóżek siatkowych ograniczana stopniowo od roku 1920 zmniejszyła się w roku 1924 do dwóch (po jednem na oddziałach niespokojnych mężczyzn i kobiet). Cztery izolatki dla chorych, któremi Zakład — nie wliczając izolatek na pawilonie dla przestępców — rozporządza, używane są tylko sporadycznie, izolacje chorych, trwające dłużej nad ½ godziny, należą do wyjątków. W listopadzie izolowano wogóle 14 kobiet 37 razy i 17 mężczyzn 77 razy, w grudniu 20 kobiet 43 razy i 13 mężczyzn 65 razy. Natomiast eksploatuje się w najszerszych możliwie granicach ważny dla kąpieli przedłużonych, ale tylko w porze dziennej (w nocy z powodu niedostatecznej ilości służby nie mogą być eksploatowane). Najdłuższy czas trwania tych kąpieli nie przekracza 12 godzin.

Z powodu nadmiernego przepełnienia, zwłaszcza na oddziałach dla niespokojnych, nie można się obejść bez zawijań w koce.

W listopadzie zastosowano na oddziałach kobiecych kąpieli przedłużonych 363 u 57 osób, w grudniu 347 u 57 osób, na oddziałach męskich zastosowano w listopadzie 264 kąpieli u 48 osób, w grudniu 246 u 55 osób W obu tych miesiącach było na oddziałach kobiecych zawijań w koce 151 u 53 osób i 136 u 54 osób, na oddziałach męskich 246 u 53 osób i 184 u 68 osób.

Przeciętna dzienna ilość chorych zatrudnionych pracą stanowiła w drugiej połowie grudnia 1924 od 58 do 60% wszystkich chorych. Odsetek ten był już w ciągu roku 1924 większy, w miarę jednak wzrastającego przepełnienia Zakładu ilość pracujących na oddziałach szczególnie przepełnionych poczęła malec z powodu zajęcia łóżkami wszelkich prawie miejsc wolnych (najbardziej przepełniony pawilon mieści od szeregu miesięcy na 40 etatowych łóżkach do 126 chorych!). Z rozbudową pracy chorych idzie w parze znaczne ograniczenie systemu pościelowego, jako środka leczniczego. Ustalono dla systemu tego następujące cztery ścisłe wskazania:

1. potrzeba szczególnie ścisłego nadzoru,
2. stany podniecenia,
3. obłożna choroba,
4. zanieczyszczanie się (cel: prawidłowa pielęgnacja i systematyczne odzwyczajanie).

Pierwszym etapem pracy chorych jest strzępienie szmatek i pomoc w sprzątaniu na oddziale Od roku 1920 wszystkie prace w polu i ogrodzie, nie wyłączając koszenia i żęcia, spełniają chorzy — sił najemnych w gospodarstwie rolnem i ogrodowem nie używa się zupełnie. Od wiosny roku 1922 rozpoczęto plantowanie lnu, konopi i wikliny. Przeróbkę lnu i konopi od stanu surowego aż do uprzędzenia nici wykonują wyłącznie chorzy. Zapas nici lnianych jest już tak wielki, że można było przystąpić do założenia tkalni. Dzięki pomocy Tymczasowego Wydziału Samorządowego ma Zakład otrzymać w najbliższej przyszłości 6 warsztatów tkackich, równocześnie zaś przybywa instruktor, który zorganizuje pracę w tym dziale na oddziałach. Zapas wikliny jest tak znaczny, że prymitywnie prowadzony dotąd dział pracy koszykarskiej zostanie rozwinięty prawidłowo przy pomocy zamówionego już instruktora przemysłu koszykarskiego, przyczem przewiduje się wyrób mebli koszykowych.

Nadto zorganizowano w roku 1923 przy pomocy skromnych funduszów, uzyskanych z przedstawień w teatrze zakładowym, prymitywny warsztat introligatorski, w którym pracuje pod kierownictwem jednego z chorych przeciętnie 8 chorych dziennie. Ilość książek oprawionych w tym warsztacie dochodzi już do 2 tysięcy. Oprawa wypada kilka razy taniej, aniżeli w mieście, poziom zaś wykonania podniósł się z biegiem czasu tak, że Zakład otrzymuje zamówienia z instytucyj państwowych z miasta, nie licząc korzyści, jakie odniósł przez tanią oprawę książek z bibljoteki lekarskiej i bibljoteki dla chorych.

Oprócz tego wyrabiają chorzy w Zakładzie koperty, pantofle, guziki, maty i rogoże ze słomy, a wreszcie narzędzia muzyczne (skrzypce, mandoliny, kontrabasy),

Oczywiście funkcjonuje w Zakładzie kilka szwalni na oddziałach, kobiety zaś nadto pracują poza oddziałami w obieralni jarzyn i kuchni Zakładowej.

Na jesień 1925 roku projektuje się zapoczątkowanie wyrobu kilimów.

Próby zorganizowania w sąsiednich wsiach opieki rodzinnej nad chorymi nie powiodły się z powodu niepomyślnych warunków miejscowych.

Rozrywek dla chorych dostarcza teatr zakładowy, urządzony w miarę skromnych środków finansowych u schyłku 1919 roku, w którym oprócz odczytów z pokazami świetlnemi odbywają się mniej więcej dwa razy w miesiącu przedstawienia teatralne i zabawy taneczne. Pierwsze urządza kółko amatorskie, złożone z chorych i służby pielęgniarskiej; na przedstawieniach teatralnych i do tańca przygrywa orkiestra zakładowa, złożona w znacznej części z chorych i pod kierownictwem chorego na instrumentach muzycznych, wyprodukowanych przeważnie w Zakładzie przez chorych.

Bibljoteka dla chorych liczy tomów 609.

Ilustrację stosunków zdrowotnych Zakładu stanowi następujące zestawienie odsetków śmiertelności w poszczególnych latach:

w roku 1918	procent śmiertelności wynosił	10,21
„ 1919	„ „ „	11,16
„ 1920	„ „	8,77
„ 1921	„ „ „	10,96
„ 1922	„ „ „	7,07
„ 1923	„ „ „	8,23
„ 1924	„ „	6,2

W miarę polepszania się stosunków komunikacyjnych Zakładu (prosektora trzeba przywozić i odwozić za każdym razem z miasta) zwiększa się też ilość wykonywanych sekcyj: w roku 1920 (prosektor czynny od połowy roku) na 96 zmarłych wykonano sekcyj 50

w roku 1921	na 153	zmarłych sekcji	99
„ 1922	„ 99	„ „	59
„ 1923	„ 115	„ „	100
„ 1924	„ 88	„ „	70

(w styczniu i w lutym 1924 roku był Zakład z powodu zasp śnieżnych prawie odcięty od miasta).

W roku 1924, korzystając z normalnych po raz pierwszy od otwarcia Zakładu i niedewaluujących się kredytów, zniesiono resztę ograniczeń w żywieniu chorych i przywrócono normę żywienia przedwojenną.

U schyłku roku 1924 mieściło się na 13 otwartych pawilonach 16 oddziałów dla chorych (9 męskich, 7 kobiecych). Na 10 oddziałach służba pielęgniarska wyłącznie kobieca, na 5 męska (pawilon obserwacyjny, pawilon dla niespokojnych, pawilon dla przestępców, pawilon dla pracujących o drzwiach zamkniętych, pawilon dla pracujących o drzwiach otwartych, którego filją jest oddział kolonjalny na folwarku). Pawilon o służbie mieszanej kobiecej i męskiej otrzyma służbę wyłącznie kobiecą po całkowitem otwarciu pawilonu dla przestępców i przeniesieniu na ten pawilon służby męskiej. Na razie zajęty jest tylko jeden poziom pawilonu dla przestępców (25 chorych na 20 etatowych łóżkach). Częściowe uruchomienie pawilonu dla przestępców nastąpiło w drugiej połowie grudnia 1924 roku. Otwarcie tego pawilonu pozwoliło wydzielić z pośród ogółu chorych przestępczych, którzy napływają w coraz większej ilości do Zakładu, a umieszczeni wśród zwykłych chorych byli elementem rozkładczym, (psychopaci kryminalni).

Starszemi pielęgniarkami na oddziałach są Siostry zakonne (14), mające do pomocy na większych lub bardziej odpowiedzialnych oddziałach starsze pomocnicze pielęgniarki (rzy) świeckie. Wyjątek stanowi tylko pawilon dla przestępców prowadzony przez starszego pielęgniarza świeckiego. Cały personel pielęgniarski wraz z Siostrami oddziałowemi liczył u schyłku roku 1924 osób 133, na jedną więc osobę tego personelu przypadało przeciętnie około 6 chorych. Młodszy personel pielęgniarski dzieli się na nocny (19 osób) i dzienny (88 osób); liczby z końca roku. Służba nocna zorganizowana jest systemem szkockim i pełni obowiązki od 7 wieczór do 8 rano, w tem służbę posterunkową (wyłącznie pielęgniarską) od 8 wieczorem do 6 rano. Służba dzienna dzieli się na posterunkową (wyłącznie pielęgniarską) i pomocniczą, na oddziałach dozorowych posterunki trwają od 6 rano do 1 popoł. i od 1. popoł. do 8 wiecz. Co tygodnia zmieniają się posterunki poranne na popołudniowe i odwrotnie. Po zejściu z posterunku pełni pielęgniarka (rz) służbę pomocniczą. Co dziesięć dni dzień wolny od służby, codziennie od godziny 8 do 9 wieczorem wolny wychód (za wyjątkiem dyżurnych) w obrębie Zakładu i możność korzystania z czytelni Związku funkcjonarjuszów zakładowych w świetlicy otwartej na ten cel w budynku teatralnym.

Organizację wewnętrzną oddziałów dla chorych (8 typów), obowiązki i prawa wszystkich szczebli służby pielęgniarskiej oraz szczegółowe przepisy, dotyczące rodzaju i sposobów wykonywanych przez nią czynności służbowych, określono i oparto o zasady i wskazania zawarte w wykładzie kursowym Dyrektora Zakładu.

Pod względem administracyjnym i gospodarczym należy uważać Zakład za zupełnie uporządkowany. Szeregiem okólników i celowych zarządzeń ujęto cały bieg życia zakładowego w ścisłe normy. We wszystkich zakresach i działach przeprowadzono dokładną inwentaryzację, w roku zaś 1922 zorganizowano magazyn techniczny, z początku jako magazyn odrębny, od przeszło zaś roku stanowiący poddział magazynu sprzętów. Wszystkie poszczególne inwentarze zakładowe podlegają co miesiąc ścisłej kontrol i szkontrom, każdy wykryty brak lub ubytek jest przedmiotem szczegółowych dochodzeń celem wykrycia winnych i pociągnięcia ich do odpowiedzialności pieniężnej. Magazyn rzeczy chorych zreorganizowany w roku 1921 funkcjonuje prawidłowo.

W roku 1921 zmieniono całkowicie plan uprawy ziemi; Zakład produkuje odtąd, poza 16 morgowym ogrodem warzywnym, prawie wyłącznie paszę dla inwentarza, gdyż, jak wykazało doświadczenie, natrafiano na największe trudności w zdobyciu siana i koniczyny dobrej jakości. Wobec znacznej ilości chorych pracujących w polu i ogrodzie stała się od dwóch lat aktualną sprawa powiększenia gospodarstwa zakładowego przez wydzierżawienie przynajmniej 200 morgowego folwarku, dotychczas jednak nie można było tego zamierzenia urzeczywistnić, ponieważ okoliczne folwarki wydzierżawione zostały już osobom prywatnym na czas dłuższy.

Stan inwentarza zakładowego przedstawiał się z końcem roku 1924 następująco:

8 koni (ilość koni została zredukowana w roku 1922 do 8),
3 pary wołów,
23 krowy,
1 stadnik,
89 sztuk nierogacizny.

W lecie roku 1923 rozpoczęto hodowlę rasowych kur zielononóżek, hodowla innego rodzaju drobiu w zaczątku.

Rzeźnia zakładowa, dzięki inicjatywie nowego zarządcy, rozwija się pomyślnie i pokrywa nietylko własne zapotrzebowanie Zakładu i funkcjonarjuszów, ale zaopatruje w mięso szpital św. Łazarza w Krakowie.

Stosunki komunikacyjne Zakładu polepszyły się od roku 1920 znacznie przez przydział 1 samochodu osobowego, jednego samochodu sanitarnego i 1 samochodu ciężarowego przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Samochód osobowy został przy redukcji środków komunikacyjnych w roku 1922 Zakładowi odjęty, w tymże jednak roku przydzielił ówczesny Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemjami Prof. Dr. Emil G o d l e w s k i drugi samochód ciężarowy, na którego podwoziu osadzono zbudowaną w Zakładzie karoserję oszkloną i stworzono w ten sposób omnibus samochodowy, mogący pomieścić wygodnie do 30 osób. Omnibus ten kursuje odtąd stale codziennie do Krakowa, zabierając o godzinie 7-mej rano dzieci szkolne i przywożąc je z powrotem o 3-ciej popołudniu wraz z rodzinami odwiedzającemi chorych. Trzy razy na tydzień odbywa ten samochód turę popołudniową do miasta i z powrotem. Pokrywa on z nadwyżką koszta swego utrzymania i remontu.

Dochody Zakładu za rok 1924 wyniosły:

1.	Dochód ze sprzedaży biletów autobusowych	9.223·51 Zł
2.	Opłaty za leczenie chorych	237.467·09 „
3.	Dochody z uprawy ról i ogrodu . .	28.540·39 „
4.	Różne	2·41 „
	Dotacje Tymczasowego Wydziału Samorządowego	807.403·16 „
	Razem:	1,082.636·56 Zł

Wydatki Zakładu za rok 1924 wyniosły;

1.	Płace personelu (łącznie z dodatkami)	281.621 96 Zł
2.	Inne wydatki osobowe	9.684·25 „
2.	Opał, światło, woda i utrzymanie porządku	161.020 39 „
4.	Konserwacja budynków, urządzeń technicznych i toru przemysłowego	225.013·48 „
5.	Utrzymanie kancelarji i bibljoteki lekarskiej	3.415·67 „
6.	Podróże służbowe, środki lokomocyjne	15.017·39 „
7.	Różne wydatki, utrzymanie kaplicy, domu rozrywkowego, zakupno przyborów liturgicznych . . .	2.483·08 „
8	Budowle nowe (złoża oksydacyjne oczyszczalni biologicznej ścieków)	21.821·60 „
9.	Żywienie chorych	194.157·39 „
10.	Zakup i naprawa naczyń, sprzętów, bielizny i odzieży, pranie i t. p. .	113.522·34 „
11.	Leki i wydatki sanitarne	2.490·28 „
12	Urzymanie pracowni naukowej i prosektorjum	1.326·39 „
13.	Szkoła pielęgniarska	905 00 „
14	Koszta pogrzebowe	20·40 „
15.	Utrzymanie ogrodu warzywnego i folwarku	28.971·38 „
16.	Wymiana 6 koni	3.831·85 „
	Razem :	1,065.301·85 Zł

Personel Zakładu składał się z końcem roku 1924 z następujących osób:

Lekarzy i urzędników (łącznie z kapelanem) 20 — personelu pielęgniarskiego (łącznie z 14 Siostrami zakonnemi) 133 — personelu administracyjnego, technicznego i gospodarczego (łącz-

nie z 12 Siostrami zakonnemi zatrudnionemi w tym zakresie) 113 — razem 266 osób.

Z pośród licznych szczegółów opuszczonych z powodu szczupłości miejsca zaznaczyć jeszcze należy rozwinięcie na dużą skalę działu kwiatowego przy oranżerji oraz zorganizowanie ochronki dla dzieci funkcjonarjuszów Zakładu pod nazwą „Klubu Dzieci" (założycielka p. Cecylja Śniegocka z Warszawy, prowadzi ochronkę p. Drowa Czarniecka).

Zamykając powyższy zarys rozwoju Zakładu Kobierzyńskiego po koniec roku 1924 można go ująć w krótkości w sposób następujący:

Po 2-letnim prawie początkowym okresie zamętu i rozstroju, wywołanym ciągłemi zmianami w Kierownictwie Zakładu i szczególnemi warunkami ogólnemi i lokalnymi stanowi pięciolecie od jesieni 1919 roku po koniec 1924 roku okres porządkowania, wykańczania i organizowania Zakładu. Okres ten cechują nadto usilne starania o postawienie Zakładu na poziomie wzorowego współczesnego Zakładu psychjatrycznego i o podkreślenie jego niezwykłego piękna architektonicznego przez wykończenie szczegółów (kaplica) i przez przygotowanie mu odpowiedniego tła pejzażowego. Jeżeli nie wszystkie te usiłowania zdołano bądź to z powodu krótkości czasu, bądź z powodu trudnych warunków pracy, bądź wreszcie z powodu braku dostatecznych środków materjalnych w całej pełni urzeczywistnić, to w każdym razie wytknięto Zakładowi silnie zarysowane linje kierunkowe dalszego rozwoju, które powinny mu w niedalekiej przyszłości zapewnić należne stanowisko wśród Zakładów psychjatrycznych. Poważnem niebezpieczeństwem dla prawidłowego rozwoju Zakładu jest jednak nadmierne i wciąż wzrastające przepełnienie i dlatego uważać należy rozbudowę Zakładu przez uzupełnienie go dalszymi 8 pawilonami dla chorych i pomnożenie w ten sposób łóżek etatowych do 800 za sprawę już obecnie aktualną, a nawet nie cierpiącą zwłoki.

Oceny i sprawozdania.

Ch. Achard. **Cinq lecons sur le diabète.** (Paris. J. B. Baillière et fils. 1925).

W niewielkiej książeczce (136 str.) podał profesor Achard stan obecny poglądów na cukrzycę, na niedomogę glikolityczną i związaną z powyższemi zagadnieniami sprawę insuliny.

Niezwykła sumienność opracowania tematu przebija i z tej ostatniej pracy Achard'a. Wśród specjalistów badaczy książka powinna obudzić żywsze zainteresowanie, oparta jest bowiem w znacznej mierze na osobistych, prowadzonych w ciągu długich lat, badaniach autora i uczniów jego, zarówno laboratoryjnych jak i klinicznych. Jako ścisły wzór wykładów klinicznych Achard'a przeznaczonych dla studentów, książka jest napisana nadzwyczaj przystępnie i wciąga stopniowo czytelnika w głębię zagadnień związanych z cukrzycą. Jest wzorem krótkiego, wyczerpującego wykładu.

W rysie historycznym, umieszczonym w wykładzie pierwszym, autor przytacza stopniowy rozwój prób nad wyodrębnieniem istoty czynnej trzustki, w których sam brał żywy udział, a które w znacznym stopniu ułatwiły pracę Banting'owi nad otrzymaniem jego insuliny.

Zasługuje na uwagę, że Achard był pierwszym, który próbował działania kwaśnych wyciągów z trzustki.

Pięć wykładów, z których się składa książeczka, poświęcone są kolejno przyswajaniu cukrów w ustroju, gdzie autor podnosi również sprawę przyswajania galaktozy i lewulozy, badaniom klinicznym nad niedomogą glikolityczną, gdzie roztrząsa również wartość i znaczenie prób klinicznych nad glikozurją i hiperglikemją. Rozważa kolejno niedomogę glikolityczną w chorobach ogólnych (ostrych, zakaźnych, gruźlicy, chorobach nerek i wątroby), w chorobach gruczołów dokrewnych (nadnerczy, przysadki i tarczycy), wreszcie cukromocze samoistne.

Omawia jako oddzielne postacie *diabète bronzé*, cukrzycę pochodzenia nerwowego i urazowego, wreszcie w wykładzie czwartym badania, przedewszystkiem własne, nad zaburzeniami przemiany materji w cukrzycy rzeczywistej. Autor bardzo słusznie wprowadza zamiast terminu *acidosis*, termin *acidocétosis*, a zamiast *diabète sucré* — *diabète glycosurique* — jako ściślejsze.

Ostatni wreszcie wykład poświęcony jest leczeniu cukrzycy, przedewszystkiem przez insulinę, przyczem autor również w znacznym stopniu opiera się na doświadczeniu własnej kliniki.

Książka Achard'a, wielkiego przyjaciela Polaków, zyska niewątpliwie szerszą poczytność i u nas.

Z. Michalski.

Przegląd piśmiennictwa.

Wiener Archiv für Innere Medicin.

Tom IX. Z. 2.

Hitzenberg i Reich. **Badania nad kształtem i położeniem żołądka na podstawie odlewów z szybko stygnącej masy.** Bezpośrednio po śmierci wypełniano żołądek zwłok leżących stearyną, która stygła w ciągu $1/2$ godziny, i utrwalała kształt żołądka analogiczny do tego, jaki jest znany z obrazów roentgenowskich, sporządzanych za życia.

Hitzenberger. **Zależne od czynności serca ruchy prawej części przepony.** Uzasadnia na podstawie badań roentgenolog. i kymograficznych przypuszczenie wypowiedziane w tem piśmie przed dwu laty, że zależne od czynności serca ruchy przepony wywołane są przez skurcze i rozkurcze wątroby, posiadającej tętnienie ujemne.

Winkler. **Badania doświadczalne nad zagadnieniem powstawania szmerów oddechowych.**

I. O zachowaniu się szmerów powstających w czasie przepływania gazów przez pojedyncze i złożone, dichotomicznie i drzewkowato rozgałęzione, elastyczne układy rur.

Obszerne sprawozdanie z badań, których wyniki są następujące:

Szmery słyszalne nad dichotomicznie i drzewkowato rozgałęziającemi się układami rurek elastycznych są zupełnie podobne do klasycznych fizjologicznych szmerów oddechowych, t. j. oddechu pęcherzykowego, a różnią się tylko przez swą szczególną dźwięczność. Włączenie ośrodków powietrznych dźwięczność tą usuwa.

Szmer odpowiadający klasycznemu oddechowi oskrzelowemu, który odznacza się wzmocnieniem i długością trwania szmeru w czasie odpływania gazu w stosunku do szmeru przy wchodzeniu gazu, występuje przy niedrożności i równoczesnem włączeniu miernego zwężenia którejkolwiek głównej gałęzi, szczególnie przy niedrożności drobniejszych odcinków obficie rozgałęzionego układu rur elastycznych. Szczególnie wyraźnie występują te zjawiska, jeżeli badania te dokonywane są pod wodą.

Berger i Untersteiner. **Wpływ okresu wylęgania, gorączki i okresu ozdrowieńczego ostrych chorób zakaźnych na ciała białkowe surowicy krwi. Badania leczenia malarją porażenia postępującego.** Możność dokładnego ustalenia i spostrzegania wszystkich okresów malarji podczas leczenia nią porażenia postępującego pozwala wglądnąć w mechanizm procesów zachodzących w ciałach białkowych surowicy.

I tak: W okresie wylęgania, bezpośrednio po wstrzyknięciu krwi zaznacza się zmniejszenie ilości całkowitego białka surowicy ze względnem zwiększeniem ilości globulin, z powodu zakażającego zastrzyku obcej dla ustroju krwi. Sam okres wylęgania zmian charakterystycznych nie wykazuje. Z końcem okresu gorączkowego występuje również znaczne zmniejszenie albumin z następową hipoproteinemją (5 g. $^0/_0$) ze względnem zwiększeniem globulin.

W okresie ozdrowieńczym zwiększenie ogólnej ilości białka, z powodu znacznego zwiększenia bezwzględnej ilości globulin, mniejszego i późniejszego zwiększenia ilości albumin. W 1—12 tygodni od ustąpienia gorączki powrót do normy. Całość zmian w białku surowicy podzielić można w ten sposób na okres »uszkodzenia« i 2 okres »naprawy«.

Wyniki powyższe zdają się przemawiać przeciw zapatrywaniu o humoralnem przechodzeniu albuminów w globuliny, jak również przeciwko ew. przypuszczeniu, że zmniejszenie ogólnej ilości białka i zwiększona zdolność wydalania i lepkość, przychodzą do skutku tylko z powodu dopływu cieczy tkankowej.

Pögel i Ceranke. **Wskaźnik katalatyczny w niedokrewności złośliwej.** Zwiększony wskaźnik katalatyczny (ponad 7,00) bywa tylko w przypadkach niedokrewności złośliwej; mniejsze liczby schorzenia tego nie wykluczają. Wskaźnik ka-

talatyczny może ulegać znacznym wahaniom u tego samego osobnika w ciągu krótkich odstępów czasu.

Ani wartość bezwzględna wskaźnika, ani jego wzrost lub opadanie, nie mają znaczenia dla rokowania.

Pollitzer i Stolz. **Badania nad patologją oddechowej przemiany materji.** Autorowie badali aparatem Krogh'a w określonych odstępach czasu wzrost przemiany materji po podaniu białka, węglowodanów i śniadania według Plaut-Liebesny. Stwierdzają, że specyficznie dynamiczna reakcja po białku jest niestałą, zależną od konstytucji danego ustroju. Odczyn po podaniu węglowodanów zależy od ilości spożytych węglowodanów, a mniej od danych osobniczych ustroju.

Adlersberg i Samet. **Przypadek oddychania naprzemiennego.** Tą nazwą określono (Netouse.) typ oddychania, w którym regularnie po bardzo głębokim, nasilonym oddechu następuje w jednakich odstępach czasu oddech lżejszy, płytszy. Autorzy opisują podobny typ oddychania u chorej wśród śpiączki cukrzycowej i rozpoczynającego się zrazikowego zapalenia płuc.

Petschacher i Hönlinger. **Zmiany zachodzące w ciałach białkowych i lepkości surowicy krwi przy schorzeniach nerek.** Biorąc pod uwagę czyste postacie schorzeń nerkowych według podziału Vollharda, można stwierdzić naogół, że w sprawach naczyniowych w okresie ostrym nie ma większych zmian w ciałach białkowych surowicy krwi; w okresie przewlekłym jest zmniejszenie albumin z względnem zwiększeniem globulin.

Przy schorzeniach cewkowych brak względnego zwiększenia globulin przy zmniejszeniu ilości albumin świadczy o zmniejszeniu ogólnej ilości białka surowicy.

Wskaźnik stałości koloidów, t. zw. swoista lepkość surowicy ulega zwiększeniu w sprawach naczyniowych w okresie niedomogi nerek, nie zmienia się lub zmniejsza w sprawach cewkowych.

Zmiany te są spowodowane przy schorzeniach naczyniowych przez sam czynnik chorobowy i zaburzenia czynnościowe nerek, przy schorzeniach cewkowych odnieść je należy do białkomoczu, obrzęków i zaburzeń w przemianie soli kuchennej.

Galehr. **Ciała białkowe surowicy krwi w przypadkach nowotworów złośliwych.** Stale prawie zmniejszona ogólna ilość ciał białkowych surowicy krwi jest prawdopodobnie skutkiem nie tylko zwiększenia ilości płynu, lecz także bezwzględnego zmniejszenia ilości krążącego białka.

W prostym stosunku do wzrostu guza i upadku sił stoją: względne zwiększenie ilości globulin, zwiększenie ilości azotu pozabiałkowego, i zmiany w stałości koloidów oceniane przez zwiększenie specyficznej lepkości surowicy krwi.

S. Mossor (Lwów).

Dermat. Zeitschrift.
T. 42. Z. 6. Styczeń 1925.

P. Wätzbold. **Przyczynek do powstawania barwika na podstawie badań na oku ludzkiem.** Na podstawie danych zebranych z piśmiennictwa, jakoteż na podstawie własnych spostrzeżeń opartych na badaniu 8 przypadków znamion barwikowych na spojówce oka stara się autor wyjaśnić sporną jak dotąd sprawę powstawania barwika w skórze. Zdaniem autora barwik może wytworzyć się jedynie tam, gdzie są naczynia krwionośne, ponieważ materjałem do powstania względnie wytworzenia barwika przez komórki są składniki odżywcze krwi.

Na spojówce oka spotykamy w warunkach fizjologicznych barwik w różnych jej miejscach, ale ten barwik komórek przybłonkowych kończy się ostro na brzegu (*limbus*) rogówki, brzegu obficie unaczynionym tak, że Morax przybłonek rogówki odróżnia od przybłonka spojówkowego właśnie na podstawie obecności lub braku barwika. W rogówce ludzkiej pozbawionej naczyń krwionośnych poza jej rąbkiem (*limbus corneae*) nigdy barwika nie spotykamy, natomiast znajdujemy go nierzadko wówczas, gdy w stanach patologicznych przychodzi do wytworzenia się naczyń krwionośnych w rogówce. Dowodzą tego badania Redsloba a poniekąd i spostrzeżenia E. Hoffmanna i Zurhelle'go poczynione na rogówce oczu królików. Światło jako bodziec barwikotwórczy działa przedewszystkiem rozszerzająco na naczynia krwionośne skóry, a dopiero w jakiś czas potem jako następstwo tego przekrwienia pojawia się przebarwienie skóry.

Krew dostarcza materjału do wytworzenia się barwika w skórze, być może w postaci zaczynu barwikowego, ale także i odprowadza i zabiera barwik zbyteczny (stopniowe ustępowanie przebarwień skóry). Barwik spojówki gałki ocznej podobnie jak barwik skóry wytwarzają jedynie komórki podstawowe przybłonka lub przyskórka a więc komórki pochodne zewnętrznego listka zarodkowego a nigdy komórki łącznotkankowe, pochodne listka zarodkowego środkowego. W sprawie tak spornej jak sprawa powstawania barwika należy wreszcie ustalić mianownictwo i nazywać melanoblastami jedynie te komórki, w których barwik istotnie śródkomórkowo się wytwarza a melanoforami te, które barwik doprowadzają lub odprowadzają.

S. Somogyi. **Lipaza surowicy krwi w gruźlicy skóry.** Przy rozpadzie prątków gruźliczych w ustroju odgrywa najprawdopodobniej poważną rolę mniejsza lub większa zawartość lipazy we krwi. Pod wpływem tego ciała ulega najprawdopodobniej rozpuszczeniu woskowo tłuszczowa osłonka prątków a reszty rozpadu dokonują inne swoiste przeciwciała. Dotychczasowe prace zajmujące się oznaczaniem lipazy surowicy krwi, w wielu wypadkach niezgodne, dotyczyły głównie chorych z gruźlicą płuc. S. wychodząc z założenia, że jeżeli gdzie, to w gruźlicy skóry najczęściej spotykamy się z rozpadem prątków niemal zupełnym powziął przypuszczenie iż gruźlica skóry szczególniej nadawać się może do oceniania stosunku lipazy do zmian chorobowych w skórze.

Badaniu poddał 100 przypadków w tem 89 przypadków rozmaitych postaci tocznia i gruźlicy rozmiękającej skóry, 12 przypadków liszaja rumieniowatego i 7 przypadków tuberkulidów. Tylko w tuberkulidach zawartość lipazy w surowicy krwi przewyższała normę, bo dochodziła do przeciętnej 1,1. W toczniu postacie tocznia łagodne, płaskie bez dążności do rozszerzania się, okazywały większe ilości lipazy niż postacie przerostowe i rozpadowe. W liszaju rumieniowatym ilość lipazy była różna, co tłumaczyćby można rozmaitemi postaciami gruźlicy niejednokrotnie liszajowi towarzyszącej, gdyby nie to, iż nawet bez śladów gruźlicy ilości lipazy bywały niskie. Na ogół surowice chorych dotkniętych gruźlicą skóry okazują wyższą zawartość lipazy niż surowice chorych dotkniętych gruźlicą płuc.

F. Hoff i K. Heesch. **O nieswoistem śródskórnem leczeniu chorób skórnych.** Zdobywające sobie coraz większe uznanie nowsze poglądy, że skóra nie jest tylko narządem osłaniającym ustrój, ale z pewnością także narządem mającym doniosłe znaczenie w przejawach odpornościowych ustroju, a może także znaczenie jako narząd o odrębnem wewnętrznem wydzielaniu, starają się autorowie wyzyskać w ten sposób, że używają szczepień śródskórnych jako środka leczniczego w rozmaitych schorzeniach stawów, w rzeżączce z ich powikłaniami, a obok tego w rozmaitych chorobach skórnych. Wstrzykują przytem śródskórnie ciała bynajmniej nieswoiste takie n. p. jak aolan, kaseosan lub krew własną. Najlepsze wyniki otrzymywali przy śródskórnem (nie podskórnem!) wstrzykiwaniu krwi własnej w ilości 0,1 cm^3 świeżej, własnej krwi chorego pobranej z żyły łokciowej. Tu wyrażają przypuszczenie, że w krwi takiej mogą być zawarte pewne ciała swoiste działające swoiście na skórę. Krew w wyżej podanych dawkach wstrzykują śródskórnie ściśle tego przestrzegając, by powstał w miejscu wstrzyknięcia pęcherzyk śródskórny. Wstrzykują w skórę ramienia lub uda trzy razy w tygodniu lub codziennie używając do wstrzyknięć 0,2 lub 0,3 krwi, aolanu lub kaseosanu i rozdzielając dawkę na 2 lub 3 wstrzyknięcia śródskórne. Z licznych skutecznie leczonych przypadków przytaczają wyleczenia zupełne lub częściowe: z przypadków wyprysku (w jednym wyprysk trwał od lat 30) jeden przypadek róży (nawracającej od lat 20) jeden przypadek różycy i jeden liszaja czerwonego płaskiego.

H. Odenthal i F. Kohl. **Krytyczne uwagi do pracy: Leczenie rzeżączki kobiet, szczególniej leczenie gorączkowe wstrzykiwaniami mleka.** Zalecane przez Rumpla leczenie rzeżączki u kobiet przez równoczesne wstrzykiwania arthi-

gonu (dożylne) i mleka (śródmięśniowe) wypróbowali autorowie na własnym dość obszernym materjale chorych, ale nie otrzymali bynajmniej wyników zachęcających.

W wielu wypadkach niezdołali uzyskać wymaganej wyższej ciepłoty, a tam, gdzie wzniesienia ciepłoty były znaczne nie wywierały bynajmniej wpływu niszczącego na dwoinki rzeżączkowe. Autorzy przytaczają jako przykład przypadek, w którym po zastosowaniu tego »leczenia gorączkowego« ciepłota wzniosła się do 43° C po godzinie opadła, a w następnych dniach dochodziła do 39° C, ale pozostała bez wpływu na dwoinki rzeżączkowe. Przestrzegają przed nieobojętnemi dla ustroju tak znacznemi a zresztą bezskutecznemi, odnośnie do rzeżączki, zwyżkami ciepłoty i zwracają uwagę, że nawet diatermja miejscowa, zabieg z pewnością bezpieczniejszy, nie daje wyników korzystnych. Próby leczenia jovitoforezą zawiodły również. Zdaniem autorów wyższe ciepłoty czy ogólne czy miejscowe nie niszczą dwoinek rzeżączkowych bezpośrednio tylko raczej pośrednio przyśpieszając wchłanianie się nacieków i wysięków.

Lenartowicz (Kraków).

Zeitschrift f. Augenh.

B. 53. H. 1–2.

R. Deutschmann. **Czy zanik nerwu ocznego da się leczyć operacyjnie?** Za przykładem Frieda, który zapomocą nakłucia przedniej komory otrzymał poprawę poczucia światła jakościowego w 2 przypadkach, próbował autor tej metody leczniczej w 12 przypadkach.

Sądzono, że zapomocą obniżenia ciśnienia wśródocznego, przyjdzie do rozszerzenia się naczyń i do poprawy odżywienia nerwu ocznego. Autor zatem wykonał w 6 przypadkach zaniku nerwu ocznego, rozmaitego pochodzenia, sklerektomję, w czterech wypadkach zaniku nerwu ocznego i w 2 przypadkach zapalenia barwikowego siatkówki, trepanację. Prócz chwilowego przekrwienia naczyń siatkówki nie otrzymał żadnego leczniczego wyniku ani przy zaniku nerwu ocznego, ani przy zapaleniu barwikowem siatkówki.

H. 5—6.

Gilbert. **W sprawie operacyjnego leczenia zaniku nerwu ocznego.** W kilkunastu przypadkach zaniku nerwu ocznego kilkakrotne nakłucia przedniej komory nie dały żadnej poprawy przedmiotowej prócz sugestywnej poprawy podmiotowej.

Bd. 54. H. 1—2.

Kumer, Sallmann. **O leczeniu gruźliczych schorzeń powiek, spojówki i woreczka łzowego za pośrednictwem radu.** Pomyślny wpływ promieni Roentgena i radu na tkankę gruźliczą jest znany od wielu lat. Istota działania promieni jeszcze jest nierozstrzygnięta. Prócz siły bakterjobójczej wchodzi tu w rachubę działanie promieni na przebudowę tkanki patologicznej, która stwarza niepomyślne podłoże dla rozwoju prątków gruźliczych. Rozmaite postacie gruźlicy oddziaływują niejednolicie na promienie radu, dlatego wskazany jest dobór przypadków. Ilość przypadków ogłoszona w piśmiennictwie jest bardzo mała, byłoby zatem usprawiedliwionem podzielić się uzyskanemi doświadczeniami. Z rozmaitych postaci tocznia pospolitego nadają się najlepiej do naświetlań ogniska przerostowe i wrzodziejące. Na płaskie guzki tocznia promienie nie działają. Tego rodzaju postacie tocznia jak *lupus maculosus*, który najczęściej zdarza się na powiekach należy najpierw przypalić thermocauterem a następnie naświetlić. Do naświetlań nie nadają się ogniska duże wielkości dłoni i wyniosłości t. zw. *plaques*, przechodzące w blizny. Przypadki leczone radem na równi z przypadkami leczonemi światłem Finsena nie pozostawiają dużych blizn. Dawki powinne być małe. Autor stosował promienie X. co dwa tygodnie w dawce 10—40 mg. Nawroty rzadko. W schorzeniach gruźliczych spojówek powiekowych miał autor 4 przypadki pomyślne, naświetlone promieniami radu za pośrednictwem rurek a 100 mg. Inni mieli również pomyślne wyniki. (Aubineau - Chuiton 1 przypadek — Mesothorium, Casali 5 p. Ra., Hippel 1. p., Roentgen, Koster-Cath-Ra, Mattice-Ra, Stephenson 1 p., Roentgen, Köhne 3 p. Ra., Uthoff 1 p. *mesothorium*). W przypadkach autora trwał czas leczenia: w przypadku pierwszym 6 posiedzeń, w drugim 8, w trzecim 6, w czwartym 9, z przerwami co 2 tygodnie.

Otrzymał również pomyślne wyniki w schorzeniach gruźliczych woreczka łzowego. W 10 przypadkach po przejściu objawów zapalnych dała się jeszcze wycisnąć ropa lub śluz po ukończeniu leczenia. W połowie przypadków gruźlica była prawdopodobna, w połowie stwierdzona. W tych przypadkach warunki wyjęcia woreczka łzowego okazały się dogodniejsze. Do drugiej grupy wlicza autor 7 przypadków leczonych, 5 z pewnem rozpoznaniem gruźlicy, w których woreczek nie dał się przestrzyknąć, ale również nie dała się wycisnąć żadna wydzielina z kanalika łzowego. Przypadki były w obserwacji przez 4 lata. Do 3 grupy należy 4 przypadki, w których z kanalika nie udało się wycisnąć wydzieliny, a kanalik dał się przestrzyknąć. Zatem jest 33% przypadków względnie pomyślnych 19% bardzo pomyślnych.

Autor omawia rozpoznanie różniczkowe schorzeń gruźliczych woreczka łzowego. Za gruźlicą przemawiają przetoki z wrzodami o miękkich, podminowanych brzegach, gąbczaste granulacje, niebiesko płowa barwa otoczenia, mała bolesność, zmiany w nosie i na skórze, na powiekach i spojówce, obrzęk gruczołów i wygląd chorego. Według Aksenfelda za cechę charakterystyczną postaci gruźliczej należy uważać guz w okolicy woreczka łzowego, płowo zabarwiony, niedający się wycisnąć, o ciastowatem elastycznem, niebolesnem wypukleniu. Przy przestrzykiwaniu rozszerza się najpierw silnie woreczek, a dopiero potem wychodzi płyn z nosa strugą. Objaw ten pozwala odróżnić wypuklenie Aksenfelda od guza t. z. *tumor praelacrymalis* Francuzów. Ropa jest w tych przypadkach jałowa. Rozpoznanie pomimo wszystko jest trudne, gdyż postać gruźlicza może przebiegać pod zwykłą postacią przewlekłą. Technika naświetlania jest bardzo pojedyncza. Rurkę z radem zwraca się na miejsce schorzałe, okolicę rany i gałkę oczną zakrywa się celluloidem, lub ołowianemi płytami owiniętemi w gazę. Ciało świecące osłania się z boku gazą, gumą i t. p., ażeby ochronić się przed następowemi promieniami. Dawka wynosi 20—40 mg promień X. Naświetla się co 2 tygodnie. Ilość naświetlań wynosi od 5—8 do 15—20.

Wick. **W sprawie zagadnienia psychicznej ślepoty.** Chory liczy 45 lat. Od 8 r. życia opadnięcie powiek. W r. 1916 stwierdzono opadnięcie powiek i zewnętrzne porażenie mięśni gałki ocznej. Przyjęto niedorozwój jąder mięśniowych. V. p. $^5/_6$ V. l. $^5/_7$. W r. 1918 na wojnie wystąpiło pogorszenie i całkowita ślepota. Skóra głowy i szyi była wówczas niewrażliwa na dotyk i ból. Powieki zwisały. Szpara powiekowa prawa wynosiła 5 mm, lewa 2 mm. gałki zwrócone ku dołowi i nieruchome. Chory podawał, że widzi blask od strony nosowej, pozatem całkowita ślepota. Na dnie oka żadnych zmian. Przy zbliżeniu palca do oczu, zamknięcie odruchowe powiek. Stała obserwacja, ogólne zachowanie się, brak czucia skóry głowy i szyi naprowadziły autora do przyjęcia psychicznej ślepoty. Zapomocą sugestji i prądu faradycznego uzyskano bystrość wzroku obustronnie $^6/_8$. Przeciwko symulacji przemawia podana bystrość wzroku w stanie czuwania, przy słabym prądzie faradycznym. Objawów histerji brak. Podstawą do psychicznego zaburzenia było organiczne cierpienie t. j. opadnięcie powiek i porażenie zewnętrzne mięśni gałki, które nie pozwalały na dowolne użycie wzroku.

Erdmann. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego młodzieńczej postaci rodzinnego ogłupienia ze ślepotą (juvenilis, familiaris amaurotica idiotia).** U niemowląt można tę postać chorobową rozpoznać z wywiadów, z wiśniowo - czerwonej plamki w plamce żółtej i z zaniku nerwu. Postać młodzieńcza (Spielmayer-Vogt) nastręcza trudności. Zaczyna się w czasie drugiego ząbkowania nagłą utratą wzroku, zanikiem psychicznych czynności i napadowemi kurczami. Choroba trwa do 6 lat i kończy się śmiercią. W początkach wynik badania dna oka może być ujemny, często można spotkać zanik siatkówki z nagromadzeniem barwika i zanik nerwu. Należy wykluczyć zapalenie siatkówki barwikowe bez barwika, kiłę i niedorozwój czaszki. Autor przytacza dwa przypadki tej postaci chorobowej, które dotyczyły sióstr, jedna 9 l., druga 13 l. W obu przypadkach stwierdzono klinicznie t. z. »*dystrophia adiposo genitalis*«, z powodu guza przysadki mózgowej.

Zmiany siatki i nerwu ocznego małego stopnia z dużą utratą bystrości wzroku mogą naprowadzić na rozpoznanie rodzinnego ogłupienia ze ślepotą u dzieci starszych przy niepewnem rozpoznaniu klinicznem.

Carten. **O odgraniczonem zagłębieniu na tarczy nerwu wzrokowego.** Zagłębienie wynosiło 3 D. i zajmowało $^1/_5$ tarczy po stronie zewnętrznej, o zabarwieniu szarem, owalne, bez naczyń. Podmiotowo i przedmiotowo dał się stwierdzić mroczek okołośrodkowy, który chora zauważyła przed rokiem. Prawdopodobnie zachodzi tu proces zwyrodnienia pasemka brodawkowo-plamkowego.

Naróg (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 3.: S. Kramsztyk. O astenji wieku dziecięcego. — H. Kapłan i J. Konopnicki. Insulina w praktyce. — J. Pomper. Przypadek częściowego wycięcia przewodu żółciowego wspólnego. — Wł. Sterling. Objawy nerwowe w włośnicy. — J. Rutkowski. O izoaglutyninach we krwi. — J. Bujalski. Dzisiejsza organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego (dokończenie). — H. Ciągliński. Co oznacza spadek cyfry zgonów na gruźlicę w okresie powojennym?

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny T. II. zesz. I.: — Fr. Giedroyć. Lekarze cudzoziemscy w Polsce w r. 1831. — J. Pawiński. Zarys historyczno-krytyczny postępu medycyny w zakresie terapji chorób serca i naczyń w ubiegłym XIX. stuleciu i w początku obecnego. — Z. Klukowski. Organizacja pomocy lekarskiej dla włościan w Ordynacji Nieświeskiej Książąt Radziwiłłów w pierwszej połowie XIX. wieku. — Zd. Skibiński. Wincenty Szuster, profesor anatomji w Uniw. Jagiellońskim od 1782 do 1800 r. — J. Lachs. Polscy uczniowie Padewskiej Szkoły lekarskiej. — H. Nusbaum. Rozwój pojęcia o zjawisku życia w epoce odrodzenia i części w. XVII. — St. Trzebiński. Racjonalność i racjonalizm w medycynie. — Pamiętniki Wiktora Szokalskiego wydał Rom. Wierzbicki. — Listy Izydora Kopernickiego do Talko-Hryncewicza. — H. Wrzosek. Kursa medyczne Poznańskie zorganizowane w r. 1919. — Wł. Szumowski. Piąty międzynarodowy Kongres historji medycyny.
Adres administracji: Poznań, Aleje Marcinkowskiego 15. Prenumerata półroczna wynosi 12 zł.

Nowiny psychjatryczne zesz. II. roku 1925. Al. Piotrowski. 30 lecie istnienia Dziekanki — opis Zakładu; powstanie i rozwój Zakładu; zestawienia statystyczne; sprawozdanie administracyjne za rok 1924; lecznictwo psychjatryczne w Dziekance. — R. Radziwiłłowicz. Usiłowanie. — Al. Piotrowski. Trzy przypadki napadowej zwrotnej nieruchomości źrenic po ciężkim urazie głowy. — O. Bielawski. Zespół objawów prążkowo-wzgórzowy.

Nowiny lekarskie Nr. 5. H. Ciechomski. W sprawie t. zw. śmierci grasicznej oraz stanu grasiczo-chłonnego. — J. Zaorski. Współczesne lecznictwo wrzodów okrągłych żołądka. — Hn. Aputow. Krótki rys działalności Szpitala św. Stanisława w Warszawie.

Lekarz Wojskowy Nr. 2.: H. Huszcza. Próba charakterystyki materjału poborowego w Polsce pod względem sanitarnym. — Z. Żołędziowski. Specjalne wymagania służby wojskowej przy ujednostajnieniu oznaczania ostrości wzroku. — J. Nadolski. Służba sanitarna w polu w ramach dywizji. — W. Missiuro. Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego i sportu. — S. Dobrowolski. O zatruciach ołowiem.

Ginekologja Polska zesz. X. — XII r. 1924. H. Beck. Ulcus vulvae chronicum simplex — Esthioméne. — B. Grzankowski. Ciąża w rogu macicy. — T. Zwoliński. W sprawie badań nad żywotnością plemników *in vitro*. — M. Zwejgbaum. Notatki językowe i terminologiczne.

Rozprawy biologiczne, tom II. zesz. I. — IV. Artykuły i rozprawy naukowe: S. Koeppe. Badania doświadczalne nad nosacizną. — H. Schusterówna. O technice i wynikach badań doświadczalnych na zwierzętach w związku z wytwarzaniem raka. — K. Wróblewski. Żubr Białowieskiej Puszczy.— K. Szczudłowski. Rola więzadełka pachwinowego przy zabiegu orcheotomicznym. — T. M. Olbrycht. Morgana teorja łączności i wymiany genów. — J. Markowski. O zastosowaniu gutaperchy do mas injekcyjnych. — K. Wróblewski. Szatuń czyli Szat. Epizoocja u koni w północnej Rosji. — S. Pawlik. Hodowla bydła rogatego w Polsce w zarysie.

Referaty: Z. Steusing. O odporności. — W. Moraczewski. O budowie atomów. — S. Wołoszczak. Praktyczne znaczenie i zastosowanie jadów zwierzęcych.

Przemysł chemiczny: Nr. 2. luty 1925. K. Smoleński. Podstawowe zasady technologji chemicznej. — W. Dominik. W sprawie otrzymywania taniego wodoru z gazu ziemnego. — Walery Dydejczyk. Nowa metoda destylacji ropy. — S. Suknarowski. i inż. Wandycz. W sprawie uwag P. Chmury do artykułu z doświadczeń nad destylacją ropy na wielkich powierzchniach. — Chmura Tadeusz. Odpowiedź P. P. Suknarowskiemu i Wandyczowi.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften Monachium (J. F. Lehmann), Rok XVI. Zeszyt 2. (Luty 1925) Cena 2 Mk.
Treść: 1) Prof. O. Müller. Naczynia włosowate i ich schorzenia. — 2) Sachs. Przegląd piśmiennictwa z zakresu chorób narządu krążenia. — 3) Hofbauer. Narząd oddechowy a sfera płciowa. — 4) Hofbauer. Przegląd piśmiennictwa z zakresu chorób narządu oddechowego.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 6. marca 1925.
Przewodniczy kol. Zgórski.
Obecnych 115 członków.

1. Przewodniczący a) odczytuje zaproszenie prezydjum II. Kongresu lekarskiego Francusko-Polskiego do wzięcia udziału w Kongresie;
b) zawiadamia, że Zarząd zdobył lokal i otwiera w najbliższym czasie bibljotekę i czytelnię pism (Lindego 5, dawny lokal Izby lekarskiej); z powyższego powodu na posiedzeniu Zarządu podniesiono wkładki o 2 złote kwartalnie od 1-ego kwietnia (obecnie wkładka łącznie z prenumeratą Gazety Lekarskiej wynosić będzie 12 złotych kwartalnie).

2. Kol. Gruca przedstawia **3 letnią dziewczynkę z obustronną wrodzoną ręką koszlawą (manus vara).**

Ręce obie ustawione pod kątem prostym do osi przedramienia i zwrócone ku stronie kości promieniowej. Kciuka obustronnie brak, palce wskazujące zrośnięte z palcami środkowemi w obrębie podstawowego i środkowego członu. Ruchy w stawach nadgarstka znacznie ograniczone, ku stronie promieniowej nadmierne. Ruchy palców ograniczone, w stawach śródręczno-palcowych zniesienie kości promieniowej obustronnie w całości brak, łokciowa zgrubiała i skrzywiona w kształcie litery S. Ruchy w stawach łokciowych możliwe tylko do kąta prostego i w stawach barkowych wolne. Roentgenologicznie: brak kości promieniowej obustronnie, oraz obu kciuków kości nadgarstka ograniczone do trzech po obu stronach. Wrodzona ręką koszlawa należy do wad spotykanych rzadko; do roku 1905 Antonelli zebrał 114 przypadków, Hoffa spotkał ją raz na 1444 wad wrodzonych, Dollniger na 859 nie widział ani razu, Kimisson przez 8 lat pracy w szpitalu dla dzieci widział ośm.

Wada ta występuje częściej jednostronnie, niż obustronnie i obejmuje zwykle brak całej K. promieniowej, rzadziej części obwodowej, czasem tylko środkowej. Zwykle z wadą tą łączą się inne zniekształcenia wrodzone, jak brak kciuka, syndaktylia, brak kilku palców polydaktylia, brak kości śródręcza i nadgarstka. Równocześnie z brakami w szkielecie spostrzegano niedorozwój w mięśniach, przyczepiających się do kości promieniowej (Kirnisson), brak nerwu i tętnicy promieniowej, brak niektórych mięśni ramienia. Wada pochodzi z zaburzeń zarodkowych (Schwalbe), powstałych w pierwszych 4 tygodniach życia płodowego (Kümmel).

Leczenie zależy od wieku, niedorozwoju mięśni, rozległości zmian. U małych dzieci naprostowania ręczne z nadłamaniami kości i opatrunki ustalające — u starszych zabiegi plastyczne w rodzaju kilkakrotnych — w miarę wzrostu przeszczepień kości (Ashausen) lub rozszczepienia obwodowego końca kości łokciowej i wszczepienie nadgarstka w powstałe w ten sposób widełki (Bardenheuer, Antonelli).

W dyskusji kol. T. Ostrowski: Przeszczepienie kości wraz z chrząstką nasadową, wykonane w przypadku braku kości u dziecka przez Axhausena, a przytoczone przez mówcę, dało wynik ujemny, a wykonane badanie mikroskopowe chrząstki w dłuższy czas po przeszczepieniu wykazało daleko posunięte zmiany wsteczne. O. wykonał przeszczepienie chrząstki nasadowej u dzieci (autoplastyka) w 4 przypadkach, wyniki spostrzegane w różnych odstępach czasu wykazały, że zawsze występują daleko idące zmiany wsteczne w chrząstce nasadowej, zwłaszcza w warstwie jej t. zw. komórek o układzie słupkowym. Jako wniosek ostateczny ustalił, że przeszczepianie wolnych płatów chrząstki nasadowej daje wynik czynnościowy (co do wzrostu kości) ujemny; lepszego wyniku można się spodziewać przy przeszczepianiu uszypułowanych płatów chrząstki

Szczegółową pracę o powyższem O. oddał do druku w zbiorze prac z zakładów anatomji patologicznej Uniw. polskich.

Kol. W. Janusz wygłasza wykład »**Samotna trichomikoza środkowego układu nerwowego**«. Z postępem metodyki badania laboratoryjnego i klinicznego uwaga lekarza coraz częściej zatrzymuje się nad działem biologji najmniej jeszcze poznanym, a wzbudzającym szczególne zainteresowanie nietylko teoretyka, ale też klinicysty. Działem tym jest sprawa morfologji grzybków niższych oraz patogenezy schorzeń przez nich wywołanych. Nauka chorób wewnętrznych mało dotychczas zwraca uwagi na grupę grzybic i ich przyczyny. Najczęściej i najwięcej zajmowano się grzybkiem promienicy, natomiast bardzo niewiele grzybkami innemi. Po szczegółowem omówieniu morfologji i biologji grzybków chorobotwórczych mówca zastanawia się dłużej nad podziałem włoskowca paciorkowego (streptothrix) w grupie trichomikozy i gwoli większej jasności przechyla się do poglądu Petruschky'ego używania w przypadkach, w których nie dało się wykazać wszystkich cech postaciowych i życiowych poszczególnego grzybka — określenia rodzajowego — trichomikozy, co uchroni statystykę tych schorzeń od błędów i nieporozumień. Przechodząc do podziału anatomo-patologicznego J. wyróżnia, zależnie od umiejscowienia się zmian chorobowych, trichomikozę jamy ustnej i gardzieli, trichomikozę płuc, trichomikozę przewodu pokarmowego, trichomikozę skóry. Co do układu nerwowego, to znanych jest w piśmiennictwie światowem zaledwie kilka przypadków odosobnionej trichomikozy, których opisy przechodzą z jednego podręcznika do drugiego. Częściej natomiast stwierdza się w mózgowiu ropnie grzybkowe, powstałe zazwyczaj wtórnie. W piśmiennictwie polskiem z podobnemi przypadkami spotykamy się w opisach Bełdowskiego, Morawieckiej, S. Ciechanowskiego i W. Nowickiego, spowodowane grzybkiem promieniczym. Do tych rzadszych przypadków odnoszą się również opisy osamotnionej promienicy nerwów jamy czaszkowej, a opisane przez Ernsta, jako promienica nerwów wzrokowych, i przez Stahra w zwoju półksiężycowatym. Z zestawionego piśmiennictwa wynika, że sprawy grzybkowe nitkowate nawiedzają układ ośrodkowy nerwowy przeważnie wtórnie, ogniska zaś samotnej grzybicy w mózgowiu należą, wobec braku grzybka w innych narządach, do rzeczy wyjątkowych. Takim niezwykłym przypadkiem trichomikozy środkowego układu nerwowego jest przypadek, który J. spostrzegał we Lwowie, a w którym za życia rozpoznano nowotwór podstawy mózgu. W tym przypadku po raz pierwszy w Polsce rozpoznano histologicznie osamotnioną streptotrichozę środkowego układu nerwowego, a jeśli się uwzględni pracę Herarda, który do niedawna uważał swój przypadek zmian pierwotnych układu nerwowego, wywołanych włoskowcem paciorkowym, za piąty w piśmiennictwie światowem, to należy stwierdzić, że wykazanie grzybków nitkowatych w jamie czaszkowej należy niewątpliwie do wielkiej rzadkości. Przypadek, spostrzegany przez mówcę, dotyczy kobiety lat 24, żony zarobnika, zamieszkałej na wsi, która leczyła się na oddziale nerwowym Szpitala Państwowego. — Z łaskawie użyczonej przez p. prym. A. Domaszewicza historji choroby wynika, że obecna choroba rozpoczęła się przed 9 miesiącami silnemi bólami głowy, szczególnie po stronie lewej. Było to kilka tygodni po porodzie, chora karmiła wtedy dziecko. Od miesiąca jest jej znacznie gorzej, bóle stały się silniejsze, powieki na lewem oku nie może podnieść. Apetyt jest dobry, stolec i mocz oddaje prawidłowo. Poronień nie było. W szpitalu chora często traci przytomność i stwierdza się wyraźne objawy oponowe, usta silnie zaciśnięte, przy podawaniu pokarmów krztusi się. Sekcja, wykonana dn. 5. VI., wykazała, co następuje. J. ogranicza się do szczegółowego opisu głowy. Przy oględzinach zewnętrznych, jakoteż sekcji narządów wewnętrznych, nie zanotowano nic godnego uwagi. Po wyjęciu mózgowia, ciężaru 1.380 gr. wybitnie przekrwionego, z jamy czaszkowej uderza przedewszystkiem wyniosłość zgrubiałej opony twardej podstawy czaszki, w okolicy *foramen lacerum anterius*, po stronie lewej od siodełka tureckiego, wielkości i postaci małego jaja kurzego, ulegającą od szczytu rozpadowi. Na przekroju tkanka ta wykazuje jednostajne utkanie blado-żółtawej barwy, przypominająca tkankę włókniaka zbitego. Powierzchnia przekroju jest wilgotną, gdzieniegdzie dopatrzeć się można różnopostaciowych ognisk rdzawych, które są jak gdyby wpryśnięte w tk. włóknistą. Wyrostki pochyłe tylne siodełka tureckiego od strony lewej są chropowate i nadżarte. Przysadka mózgowa nie wykazuje zmian widocznych. Opony miękkie w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, mostu a nawet rdzenia podłużnego, przeważnie po stronie lewej, wykazują obecność tkanki ziarninowej. W uchu środkowem znajduje się zawartość krwawo-soczysta bez obecności składników ropy. Badanie drobnowidowe skrawków z wyniosłości podobnej do nowotworu, wykazuje pod małem powiększeniem gęstą sieć nitek w postaci długich przecinków, wykazujące pod dużem powiększeniem na końcach zgrubienia kolbowate. Leżą te nici przeważnie pozakomórkowo i tylko niektóre z nich znajdują się także w komórkach. Większość tych nitek wykazuje nawet przesmykowate przewężenia, jak gdyby w tych miejscach dzieliły się one dichotomicznie. Dookoła grzybka stwierdza się tkankę zapalną o charakterze przewlekłego stanu zapalnego. W otoczeniu najbliższem grzybków układają się komórki owalne z dużem jądrem i skąpą pierwoszczą: są to przeważnie komórki wielojądrzaste typu Maksimowa, dalej limfocyty o jądrach obfitujących w chromatynę. Gdzieniegdzie spotyka się większe skupienia komórek olbrzymich. Pozatem stwierdza się nieco makrofagów, przeważnie nietypowych. Na obwodzie można zauważyć komórki, których jądra ulegają rozpadowi — chromatolizie. Nieliczne komórki okazują zawartość eozynochłonną; obok nich stwierdza się również komórki nabłonkowate, niekiedy występujące w postaci olbrzymich tworów. Całość odpowiada ziarniniakowi, w którym są grzybnie włoskowca paciorkowego. Obfite naczynia są szczelnie wypełnione krwią, błona wewnętrzna ich jest wyraźnie zgrubiała i wybujała, oraz ulega zwyrodnieniu szklistemu. Opona twarda w pobliżu grzybni wykazuje również zmiany szkliste. Badanie kory mózgowej wykazuje obraz neuronofagji komórek nerwowych, a odpowiednio do tego w częściach obwodowych stwierdza się wyraźne bujanie gleji. Obraz anatomiczny wykazuje zatem, że w przypadku omawianym zachodzi ogniskowe zakażenie trichomikotyczne, odpowiadające, według zewnętrznych cech, włoskowcowi paciorkowemu, który spowodował przewlekły umiejscowiony stan zapalny w postaci ziarniniaka, usadowionego na podstawie czaszki w twardówce w okolicy otworu poszarpanego przedniego po stronie lewej; tu bowiem stwierdzono największe zmiany, które co do czasu prawdopodobnie muszą być najstarszemi. Droga wtargnięcia grzybka chorobotwórczego do jamy czaszkowej w omawianym przypadku nie była anatomicznie zaznaczoną i przypuszczać należy, że zwykłe wrota tego zakażenia muszą być brane pod rozwagę. O drodze przerzutowej wobec braku ognisk grzybkowych gdziekolwiek w innem miejscu na obwodzie nie może być mowy. Więc pozostaje do stwierdzenia, że przypadek ten może być uważany, jeśli tak nazwać można, za pierwotną zmianę jamy czaszkowej o niewyświetlonym sposobie wtargnięcia grzybka. Rozpoznanie trichomikozy samotnej w jamie czaszkowej wzbudza dla klinicysty specjalne zainteresowanie, boć w przypadkach grzybicy przerzutowej z innego jakiego ogniska rozpoznanie zresztą nie przedstawia większych trudności. Dla celów rozpoznawczych uciekano się do najrozmaitszych prób i sposobów, jak nie szczędzono wysiłków w kierunku leczniczym, które zgodnie orzekają, że pomimo stosowania najrozmaitszych sposobów, jedynym środkiem leczniczym pozostaje po dziś dzień preparat jodu. Na stole sekcyjnym rozpoznanie trichomikozy najczęściej uchodzi za gruźlicę lub kiłę i dopiero badanie drobnowidowe jest w stanie sprawę w zupełności wyjaśnić. Mówca przypomina, że dla celów rozpoznania różniczkowego anatomicznego ważnem jest pamiętać, że w mózgu mogą wystąpić podobne obrazy przyrody wręcz niepasożytniczej a raczej inwolucyjnej. Są to t. zw. grudki martwicze kory mózgowej, które w ostatnich latach zajęły uwagę neuro- i histopatologów. Podobieństwo tych grudek do tworów pasożytniczych upoważniło O. Fischera nazwać je »sferotrichozą« i łączył wykazanie tych tworów z przyczyną anatomiczną presbiofrenji. Badania jego histologiczne zostały potwierdzone przez Oppenheima, Füllera, Simchowicza i szkołę Alzheimera. Przytoczone poglądy z piśmiennictwa nowoczesnego najjaskrawiej zaprzeczają pochodzeniu pasożytniczemu w powstawaniu grudek ogniskowych, stwierdzonych w mózgu psychicznie chorych starców. W podobnych przypadkach wątpliwych anatom, podobnie jak i internista w przypadkach posocznicy o niewyraźnem pochodzeniu, powinien zawsze pamiętać o możliwości wystąpienia sprawy grzybkowej. Dopełnieniem wykładu było przedstawienie preparatu czaszki oraz skrawków drobnowidowych (Autoreferat).

W dyskusji kol. Domaszewicz: Nadzwyczaj rzadki przypadek trichomicosis mózgu, wszechstronnie opracowany przez mówcę, zasługuje na uwagę także ze względu na obraz kliniczny. Szczegółowe przedstawienie historji choroby zbyt wiele zabrałoby czasu, ogranicza się zatem do najważniejszych objawów, na podstawie których oparł rozpoznanie. Zajęcie licznych nerwów mózgowych, a mianowicie III., IV., V., VI., VII., po stronie lewei, sztywność źrenic na światło i bardzo nieznaczny wiotki niedowład kończyn po stronie przeciwnej oraz objawy oponowe przemawiały niewątpliwie za procesem zapalnym w oponach na podstawie czaszki. Ujemny odczyn Wassermanna we krwi i w płynie, przy pleocytozie, zwiększonej ilości białka i globulin oraz nieprawidłowych krzywych złota i Mastix, nie pozwalał na rozpoznanie sprawy kiłowej, dającej najczęściej podobny obraz kliniczny. Brak prątków Kocha i ujemny wynik bakterjologicznego badania nie upoważniał w dalszym ciągu obserwacji klinicznej do podejrzeń o gruźlicę. Leczenie rtęciowo-salwarsanowe przyniosło nieznaczną poprawę niedowładów i stanu podmiotowego, jednak wkrótce stan zaczyna się pogarszać, występują niedowłady nerwów mózgowych po stronie drugiej, niedowład wiotki obu kończyn dolnych, na dnie oczu tarcza zastoinowa. Wobec niemożności wyjaśnienia natury sprawy chorobowej, toczącej się niewątpliwie na podstawie czaszki, rozpoznanie kliniczne brzmiało: **Guz na podstawie czaszki.**

Autopsja potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne, niespodzianką natomiast był wynik badania histologicznego, które wykazało Trichomicoma pierwotne podstawy czaszki, schorzenie, którego przyrody, wobec pierwotnego usadowienia

się sprawy na podstawie czaszki, klinicysta za życia nie mógł rozpoznać.

Kol. L e s z c z y ń s k i podnosi 1) brak ustalonej systematyki botanicznej grzybków chorobotwórczych, wskutek czego dzisiaj nie podobna zorjentować się w pasożytach roślinnych; 2) trudności rozpoznawcze przebiegu klinicznego polegają na podobieństwie do gruźlicy i kiły, tembardziej, że terapeutycznie stosowany jod przy wszystkich trzech schorzeniach nie jest bez wpływu na ich przebieg.

Następnie L. zdaje sprawę z dalszej obserwacji chorej z *aspergillozą*, przedstawionej w r. z. w Towarzystwie lekarskiem.

Leczenie aspergillozy dało wynik — jak się wydaje — mniejszy, niż jod i jodek potasu wśródżylnie. Dzisiaj przedstawia się trudność w oznaczeniu, czy chora jest wyleczona, czy też jeszcze nie. Klinicznie sprawa przedstawia się, tako wyleczona.

Kol B a r ą c z podnosi **rzadkość promienicy mózgowej** (dotychczas znanych 20 przypadków). Powstaje ona albo przez wędrowanie grzybka ze sąsiedztwa, albo rzadziej drogą przerzutów. Z okolicy szczęki górnej i okolicy skroniowej może sprawa chorobowa przedostać się do dołu skroniowego klinowo-podniebiennego (*fossa infratemporalis*) i stamtąd przez szczelinę dolną oczodołową (*fissura orbitalis inferior*) do oczodołu i tkanki pozaoczodołowej, stamtąd wreszcie może przenieść się przez tę szczelinę i otwór nerwu ocznego na podstawę mózgu. Mówca spostrzegał podobny przypadek u 30 letniego wieśniaka na oddziele chirurgicznym kol. O s t r o w s k i e g o. Bardzo rozległy i uporczywy deskowato twardy naciek z początku zajmował okolicę skroniową prawą, okolicę szczęki górnej i dolnej i większą część szyji.

Leczenie polegało na wykonaniu operacji: nacięcia i wyskrobanie dostępnych ognisk, przyczem stwierdzono komunikację ogniska skroniowego z tworzeniem pod łukiem jarzmowym i obnażenie łuku jarzmowego. Równocześnie zastosowano leczenie wstrzykiwaniami miąższowemi 1% roztworu siarkanu miedzi co kilka dni. Mimo to wystąpiły nowe ogniska na powiekach i sprawa chorobowa przeniosła się na okolicę wyrostka sutkowego, które to ogniska leczono w podobny sposób. Po 14 wstrzykiwaniach naciek ustąpił prawie zupełnie, tylko utrzymywał się w przedniej części okolicy skroniowej. Nagle wystąpiły bóle oka prawego, coraz wybitniej, wytrzeszcz, upośledzenie ruchów gałki ocznej i stopniowe osłabienie bystrości wzroku które doszło do 1,60 prawidłowej bystrości. Sprawa chorobowa przeniosła się zatem do dołu skroniowego (*fossa infratemporalis*) i przez dolną szczelinę oczodołową do oczodołu, a właściwie tkanki oczodołowej pozagałkowej. Celem utorowania drogi do wypróżnienia ogniska wykonał kol. O s t r o w s k i wycięcie brzegu oczodołu aż do szczeliny oczodołowej dolnej, poczem bystrość wzroku poprawiła się, rana zagoiła się i chory wypisał się ze szpitala i odjechał do domu. Polepszenie jednak nie trwało długo. U chorego wystąpiły ponownie bóle głowy, bezsenność i gorączka i chory zmarł w miesiąc po wypisaniu się ze szpitala wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Z dotychczas znanych i opisanych 9. przypadków promienicy oczodołu 9 zakończyło się zejściem śmiertelnem, z tych w 8-u wśród objawów zapalenia opon mozgowych. Wobec tak znacznej złośliwości promienicy oczodołu i śmiertelności poleca kol. B. wykonywanie w podobnych przypadkach zabiegu bardziej radykalnego t. j. c z a s o w e j o s t e o p l a s t y c z n e j r e s e k c j i ł u k u i k o ś c i j a r z m o w e j s p o s o b e m B o n a s a, operacji lepiej odsłaniającej ognisko chorobowe, umożliwiającej wyskrobanie ogniska w dole klinowo-podniebiennym i w jamie oczodołowej pod kontrolą wzroku i dającej — według zdania mówcy — do pewnego stopnia więcej szans zapobieżenia przedostaniu się sprawy do podstawy czaszki. Nacieków promienicznych nigdy jednak nie należy wyłuszczać, tylko wyskrobywać rozmiękłe ogniska i tamponować je gazą, napojoną roztworem siarkanu miedzi, a w nacieki należy wstrzykiwać ten roztwór wśródmiąższowo.

Co się tyczy hipotezy W r i g h t a z Bostonu, zyskającej coraz więcej zwolenników, jakoby promienica była saprofitem, przebywającym stale na błonie śluzowej przewodu pokarmowego, który dopiero wskutek urazu lub osłabienia organizmu nabiera własności chorobotwórczych (enterogenetyczna infekcja), to kol. B a r ą c z z zapatrywaniem tem zgodzić się nie może i przeciwstawia dowody, przemawiające za zakażeniem od zewnątrz: znajdywanie bardzo częste w ogniskach promienicznych części ciał roślinnych (ości kłosów), pokrytych koloniami grzybka, występowanie choroby przeważnie u ludności wiejskiej podczas pory młócenia zboża, niepowstawanie nowych ognisk w przewodzie pokarmowym przez połykanie śliny i plwocin, pochodzących z ognisk promienicowych i wiele innych.

Kol. O s t r o w s k i daje wyjaśnienia co do przebiegu klinicznego i wykonania operacji przypadku, omówionego przez kol. B a r ą c z a.

W odpowiedzi kol. J a n u s z zaznacza, że P e t r u s c h k y rzekomo miał otrzymać zupełne wyleczenie w 3 przypadkach streptotrichozy preparatem streptotrichiny, przygotowanej na wzór tuberkuliny.

Co do podziału grzybków niższych najdokładniejsza klasyfikacja jest — zdaniem mówcy, podana w podręczniku L i s k e.

Sekretarz doroczny: *K. Tyszka.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e k l i n i c z n e w dniu 10. lutego 1925 r.

Przewodniczy prezes Kol. S a w i c k i.

1. Kol. H i r s z f e l d zdaje **sprawozdanie z wycieczki do Danji**, dokąd pięciu kolegów zostało wysłanych przez Departament Zdrowia w celu poznania na miejscu nowego środka przeciwgruźliczego sanokryzyny prof. M ö l l g a r d a. Mówca daje krótki rys historji doświadczeń nad działaniem preparatów złota na prątki Kocha. Pierwszym, który próbował działania soli złota był Robert Koch; następnie Behring, b. r. Linden, Feld, a ostatnio Möllgaard. Po wielu próbach otrzymał on preparat – Au $(S_2O_3)_2Na_3$ — tiosiarczan złota, który nazwał *sanocrysin*. Początkowe badania *in vitro* wykazały, że ów preparat zabija w roztworze $^1/_{1000}$ prątki Kocha, a w roztworze $^1/_{10000}$ — osłabia ich rozwój. Badania na zwierzętach dały wyniki bardzo pomyślne, ale wiele zwierząt (około 50%) ginęło od wstrząsu, wywołanego, zdaniem autora, przez zabicie dużej ilości prątków w organizmie, oraz z powodu białkomoczu. M ö l l g a r d stwierdza, że wstrząs ten podobny jest do wstrząsu tuberkulinowego. W wyniku badań, udało się M ö l l g a r d o w i zapobiec lub wyleczyć ten wstrząs przez stosowanie surowicy od zwierząt chorych, chronicznie. Dzięki temu autor może stosować duże dawki swego środka, starając się osiągnąć zupełne wytępienie prątków w organizmie chorym. Jednak sanokryzyna, pomimo swej wielkiej dyfuzyjności — nie dociera widocznie do mało unaczynionych gruzełków i ognisk rozpadowych, gdyż w tych przypadkach gruźlicy środek ten nie działa.

2. Kol. płk. R u d z k i przedstawia **stronę kliniczną stosowania sanokryzyny**. Dotychczas stosowano ją w Danji na 680 chorych, w kilku szpitalach i sanatorjach. Mówca stwierdza jednak, że doświadczenia te były i są jeszcze prowadzone dosyć chaotycznie. Dawkowanie jest dotychczas niewiadome. Stosowano się do danych z doświadczeń na zwierzętach, t. j. dawkowano w zależności od wagi osobnika, 1 do 2 centigramów na 1 kg. wagi. Wyniki dodatnie bezwarunkowo osiągnięto w pewnych przypadkach i dotyczy to właśnie przypadków bodaj najcięższych n. p. przy prosówce. W gruźlicy chirurgicznej i skórnej — dożylne dawkowanie nie daje nawet żadnego odczynu. Dopiero miejscowe stosowanie samokryzyny w tych przypadkach w rozcieńczeniu 3 do 5% dało niezłe wyniki. Wobec tego że książka M ö l l g a r d'a i podane w niej doświadczenia wykazują pewien chaos — wycieczka prelegentów do Danji miała za zadanie wyjaśnienie wszelkich wątpliwości i przyjrzenie się doświadczeniom laboratoryjnym i klinicznym.

3. Kol. K. D ą b r o w s k i daje **sprawozdanie ze strony klinicznej stosowania sanokryzyny w gruźlicy płuc.**

Dyskusja. Kol. M u t t e r m i l c h zabiera głos w sprawie *hemoterapiae sterilisantis magnae*. Mówca nie zgadza się z twierdzeniem M ö l l g a a r d'a, że jest ona wręcz szkodliwą. Zdaniem mówcy prątki Kocha, niezmiękczone w organizmie zapomocą sanokryzyny, będą znacznie odporniejsze na ten lek i rozmnażać się będą szybciej. Mówca zapytuje przedmówców, jak się ma sprawa leczenia bydła rogatego, chorego na perlicę? Kol. G l u z i ń s k i zapytuje 1) czy lekarz prywatny może otrzymać sanokryzynę, 2) kto wyrabia sanokryzynę, 3) czy referenci mieli możność zaznajomienia się z historjami chorób i czy badali chorych? Kol. S z y m a n o w s k i: Samokryzyna wyrabiana jest przez laboratorjum prywatne, surowica zaś przez instytucję państwową. Lekarz prywatny samokryzyny otrzymać nie może, do aptek środek ten nie jest dostarczany. W Danji, Anglji, Niemczech sprawę leczenia ujęły w swe ręce specjalne Komitety. Mówca uważa sanokryzynę tylko za jeden z licznych środków leczenia gruźlicy. Mówca podkreśla, że przedmówcy byli w Danji bardzo życzliwie przyjmowani, mogli badać chorych, mieli wszelkie historje chorób do dyspozycji. W maju r. b. mają się odbyć w Kopenhadze generalne rozprawy nad sprawą leczenia sanokryzyną. Obecnie wszędzie sprawa ta jest jeszcze zawikłana. Generalna Dyrekcja Zdrowia, wysyłając mówców, miała na celu zorganizowanie w kraju własnych doświadczeń. Nadzwyczajne działanie sanokryzyny na prątki Kocha jest faktem bezspornym, doświadczalnie na zwierzętach potwierdzonym. Zadaniem kliniki jest wprowadzenie w życie tego środka u ludzi. Najtrudniejsze w tym kierunku zadanie polega na określeniu, kiedy sanokryzyna dotrze do zarazka. Jeżeli chory bez sanokryzyny ma umrzeć, a dzięki działaniu tego środka pozostaje przy życiu — jest to już bardzo wielką zasługą sanokryzyny. Kol. T u c h e n d l e r: W piśmiennictwie niemieckiem jest już poruszana sprawa leczenia gruźlicy sonokryzyną, dotychczas jednak opinja jest dosyć sceptyczna.

Kol. W o j n a r o w s k a przypomina, że przed laty sole miedzi wywołały te same zachwyty i wątpliwości w lecznictwie gruźlicy. Wstrząs i powikłania były ogromne. Mówca zapytuje, jakie jest dawkowanie sanokryzyny, czy istnieje faza negatywna i jak długo trwa. Nie jest to rzeczą trudną do osiągnięcia, aby w organizmie gruźliczym zabić prątki zupełnie. Lecząc

tuberkuliną dochodzimy do stanu takiego, w którym organizm nie daje już odczynu. Jakie są powikłania przy sanokryzynie? Działanie ujemne na nerki, białkomocz jest sprawą bardzo komplikującą. Kol. Bączkiewicz stwierdza, że wszelkie badania są prowadzone we Francji ściśle naukowo, w Niemczech zaś raczej handlowo. Pomimo, że kol. Szymaowski uspokoił zdrowych pod względem tych obaw, jednak mówca wyraża powątpiewanie, czy sprawa leczenia sanokryzyną jest na tyle dojrzałą, żebyśmy już zaczęli doświadczenia u nas. Kol. Lubliner pracował w swoim czasie w pracowni Kocha. W Berlinie często się zdarzało, że ktoś zdobył flaszkę kochiny i pokątnie leczył. Ale wtedy powstał w Warszawie Komitet przy Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem pod przewodnictwem prof. Baranowskiego. Mówca widział w swojem życiu przypadki leczone miedzią, kryzolganem — zawsze bywał i optymizm i pesymizm, w tych przypadkach powinniśmy obecnie poważnie, przeprowadzić badania własne pod kontrolą instytucji naukowej.

Kol. Trzciński: »czy byłyby czynione próby aplikowania sanokryzyny zewnętrznie przy *lupus vulgaris*«. Kol. Hirszfeld uważa, że najlepsze wyniki otrzyma ten naród, który najostrożniej do leczenia sanokryzyną przystąpi. W Polsce sprawa ta od samego początku jest bardzo sztucznie ujęta. Ideał *hemoterapiae sterlisantis magnae* jest kiologicznie dopięty. Nieosiągnięta jest jeszcze sprawa przenikania sanokryzyny do ognisk gruźliczych w organizmie chorych. Kol. Rudzki radzi wszystkim przestudjować książkę Möllgaard'a. Są tam złote ziarna nauki. Mówca uważa, że sprawa leczenia sanokryzyną stanowi zupełnie nową drogę w lecznictwie gruźlicy. Sanokryzyna w pewnych przypadkach daje poprawę. Referenci byli w Danji około 2 tygodni, zwiedzili wiele szpitali i sanatorjów widzieli częściowo badali około 100 chorych, sprawdzali roentgenogramy i poglądowe historje cho ób. Wszystkie przypadki były przedstawiane bardzo poważnie i nigdy zbyt optymistycznie. Obecnie w Danji stosowana jest sanokryzyna w 80 szpitalach i sanatorjach. Prezes Sawicki podkreśla, jak ważnym jest i jak wiele otuchy przynosi każdy promyczek w sprawie leczenia gruźlicy. Kolegom referentom należy się uznanie za ich trudy, a za odczyt dzisiejszy — podzięka.

Sekretarz doroczny: *Byszewski.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 marca 1925 r.

Przewodniczący: Kol. K. Opoczyński,

Obecnych 97 osób, w tej liczbie 48 członków Twa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dnia 18 lutego b. r.

2. Kol. Wacław Jasiński przedstawia 4-letnią dziewczynkę (z Kliniki pedjatrycznej U. S. B.) z zaburzeniami w oddawaniu moczu — **enuresis. ischuria paradoxa** — oraz szeregiem zmian skórnych w okolicy kości krzyżowej: poduszkowaty guz (nibytłuszczak), zbliznowacenie i wciągnięta przetoka oraz obecność dołka guzicznego (*fovea coccygea*), bez zmian owłosienia, zniekształceń kończyn dolnych lub jakichkolwiek innych wad rozwojowych; czucie normalne, rozwój umysłowy dziecka prawidłowy. Prof. Jasiński omawia sprawę związku przyczynowego pomiędzy zaburzeniami moczenia a objawami tarni dwudzielnej utajonej (*spina bifida occulta*). Prelegent przytacza poglądy Fuchs'a, który opisał (w r. 1909) podobny zespół pod nazwą »myelodysplasia« oraz dane z nowszego piśmiennictwa a w szczególności badania Holmdahl'a, który odrzuca potrzebę stwarzania odrębnej jednostki klinicznej (myelodysplasia). (Streszczenie własne).

3. Kol. K. Michejda przedstawił: a) chorą 27-letnią, u której wykonał **wycięcie żołądka z powodu niedomagań**, jakie u chorej wystąpiły po zespoleniu jelitowo-żołądkowem przedniem, założonem dwa lata temu z powodu wrzodu żołądka; badanie promieniami Roentgena wykazało, że zarówno przez odźwiernik, jak przez przetokę, przechodzi treść niezmiernie powoli. Przyczyny tej niedrożności nie stwierdzono; przeciwnie, zabieg stwierdził, że przetoka była prawidłowo założona; po wrzodzie ani śladu nia znaleziono. Rozcięcie mnogich zrostów naokoło przetoki (miesiąc przed resekcją) nie dało żadnego wyniku; wobec tego wykonano resekcję żołądka (odźwiernik wraz z miejscem przetoki), z wynikiem bardzo dobrym. Prof. M. omawia wpływ przetok żołądkowo-kiszkowych na gojenie się wrzodu i wskazania do resekcji żołądka przy wrzodzie okrągłym;

b) chorą 50-letnią, u której w związku ze sprawą ropną na piątym palcu prawej ręki (panaritium) przyszło do **ropowicy prawego ramienia i do ropnia wątroby**. Ropień ten dążył do przebicia przez powłoki brzuszne. Operacja rozcięcia ropnia dała wyleczenie. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Kol. J. Billewicz w sprawie przypadku drugiego zapytuje o wyniki badania bakterjologicznego ropy. Kol. Ch. Zarcyn wyraża pogląd własny i zdania innych autorów na sprawę zabiegów operacyjnych, stosowanych w przypadku pierwszym. Kol. M. Eiger mówi o 3 przypadkach, spostrzeganych przez siebie, gdzie w jednym z racji maleńskiego trądzika na szyji, zaś w dwóch innych — panaritium, sprawa skończyła się wykonaniem operacji z powodu ropnia w okolicy około-nerkowej.

W odpowiedzi kol. Michejda stwierdza, że w ropie znaleziono gronkowca, ropnie w okolicy okołonerkowej spotykał również dość często.

4. Kol. A. Malinowski — pokaz 2 chorych z **nagminnem zapaleniem mózgu**, z których jeden w okresie rozkwitu choroby (*encephalitis myoclonica*), drugi zaś w stadjum przewlekłem, u którego na plan pierwszy występują objawy pomieszania (*paranoia*).

W dyskusji kol. Cz. Sycianko na podstawie tego, co słyszał od chorego w ciągu prawie godzinę trwającego opowiadania podczas pokazu, zakwalifikowałby raczej przypadek powyższy do rzędu stanów natrętnych.

5. Kol. J. Niepokojczycka — omówienie przypadku **wodowstrętu**, leczonego w Klinice chorób dziec. U. S. B. 3-letnie dzieko w początku października r. z. zostało pokąsane w głowę przez szczenię. Chłopiec czuł się dobrze do 13-go grudnia, w dniu tym zachorował z objawami bólu gardła i podniesionej ciepłoty, dnia 25-go grudnia przyjęty został do kliniki w stanie bardzo ciężkim, nieprzytomny; chory leży na boku z główką odchyloną ku tyłowi (*opistotonus*) chwilami niespokojny. Budowa ciała prawidłowa, odżywienie dobre, skóra czysta, układ gruczołowy, kościec, stawy i mięśnie bez zmian. Odruchy ścięgnowe na kończynach dolnych zniesione, na kończynach górnych zachowane. Objawy Brudzińskiego ujemne ze spojenia łonowego i policzkowy, słabo dodatni — karkowy. Spojówki silnie nastrzyknięte, odczyn na światło zachowany, lewa źrenica węższa. Łykanie utrudnione, przy pierwszej podawanej łyżeczce napoju dziecko broni się, potem pije chętniej; gardziel jest zaczerwieniona, ślinotoku niema. Narządy krążenia i oddechowe bez zmian — oddech nierówny, z przerwami i głębokiemi wdechami. Brzuch wzdęty, wątroba i śledziona wyczuwają się, stolce zaparte. Narządy płciowe bez zmian, pęcherz wyczuwa się przez powłoki brzuszne, mocz zawiera ślady białka i cukru, w osadzie moczany. Nakłucie lędźwiowe dało 10 cm³ przeźroczystego płynu, w osadzie liczne limfocyty, pojedyncze leukocyty, białka 0,12% p/g Brandberga. Krew 105 Hg. p/g Sahli'ego, ciałek czerwonych 5.168,000, płytek Bizzozero 520.000, ciałek białych 28.000, w tem wielojądrzastych 93%, limfocytów 6,5% i eozynochłonnych 0,5%. Stan dziecka pogarszał się; łyka coraz gorzej, oddech z coraz dłuższemi przerwami, odruchy ścięgnowe na kończynach górnych i skórne są zniesione, tętno jest niemiarowe, coraz słabiej wyczuwalne. 27. XII. o godz. 8 ej wieczorem zejście śmiertelne. Prelegent przeprowadza różniczkowe rozpoznanie między ostrem porażeniem Landry'ego, chorobą Heine-Medina i wścieklizną. W danym przypadku rozpoznanie utrudniały: niejasność wywiadów, bardzo długi okres wylęgania zarazka — 70 dni (przeciętny dni 40), tem więcej dobiegający od normy, że pokąsane zostało 3-letnie dziecko i miejscem pokąsania była głowa; czas trwania choroby (15 dni), zwykle choroba trwa od 1 do 12 dni a postać porażenia tylko 2—7 dni, brak wybitniejszego ślinotoku, czkawki, drżenia rąk i wysokiej ciepłoty, która z 39° przy przyjęciu obniżała się stopniowo przed śmiercią do 37°, a zwykle przy wściekliźnie ciepłota podnosi się przed zejściem, a nawet po śmierci dochodzi do 42°. Za wścieklizną przemawiało:

Charakterystyczny wyraz twarzy dziecka przy podawaniu napoju, utrudnione łykanie, a w końcu zupełne zaprzestanie, oddech utrudniony i nierówny, stałe zaparcie stolca, białkomocz, cukromocz i leukocytoza z przewagą wielojądrzastych. Badanie pośmiertne drobnowidowe cząstki mózgu wziętej z rogu Ammona, oraz próba biologiczna (królik, zaszczepiony podoponowo, padł przy objawach wścieklizny) wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej prof. Opoczyńskiego, potwierdziły rozpoznanie wodowstrętu. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Kol. O. Załkindson mówi o 2 przypadkach wodowstrętu, leczonych w 1911 roku za pomocą wstrzykiwań salwarsanu bezskutecznie. W przypadku trzecim, u osobnika pokąsanego przez psa, na plan pierwszy wystąpiły objawy wielogniskowego zapalenia nerwów. Robiono szczepienia ochronne, w okresie szczepień — objawy wścieklizny, podejrzewano zakażenie drogą szczepień. Stosowano salwarsan — wyleczenie. Kol. W. Jasiński zaznacza również, że zapalenie mnogie nerwów może pdjawiać się jako powikłanie wścieklizny. Długi okres wylęgania choroby w omawianym przypadku przypisać, być może należy tej okoliczności, że dziecko było pokąsane przez szczenię.

Sekretarz: *Dr. E. Czarnecki.*

XII. Zjazd przyrodników i lekarzy polskich w Warszawie.

Na VI. zjazd internistów polskich, który odbędzie się w Warszawie jednocześnie z XII. Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich (12—16 lipca) oprócz tematów głównych: **Choroba Brighta**. Referenci M. Franke (Lwów) i A. Landau (Warszawa) i **kamica żółciowa** (wspólnie z sekcją chirurgiczną. Referenci Wł. Janowski (Warszawa) i A. Leśniowski (Warszawa) zgłoszono dotychczas następujące odczyty:

1. J. Skłodowski (Warszawa). Hemoglobinurja w otruciu kwasem octowym.

2. Doc. S. Bronowski (Warszawa). Ostra niedomoga mięśnia sercowego skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych.

3. J. Pawiński (Warszawa). Samopomoc ustroju w przypadkach nadmiernych wysiłków fizycznych, grożących niedomogą serca.

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. A. Gluzińskiego (Warszawa):

4. S. Bojarski. Przyczynek do badania siły zapasowej serca w wadach zastawkowych.

5. Bojarski i Rejcherówna. Dalsze badanie nad wpływem bodźców zewnętrznych na wielkość i pracę tętna.

6. S. Cytronberg. Dalsze badania sprawności żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych.

7. A. Elektorowicz. Roentgenologja kamicy żółciowej (na wspólnem posiedzeniu sekcji med. wewn., chirurg. i roentg.).

8. W. Filiński. Badania nad zachowaniem się zaczynu włókniko-rodnego w schorzeniach wątroby.

9. Z. Górecki. Badania nad czynnością wewnętrzną płuc.

10. Z. Gorecki i Grodzki. O zachowaniu się ciał tłuszczowych i cukru pod wpływem insuliny u ludzi zdrowych i chorych na cukrzycę.

11. Gorecki i Grodzki. Liczba jodowa w moczu, a odczyn Botellho.

12. Węgierko i Pallier. Zachowanie się chwiejności kolloidowej pod wpływem farmakologicznym w różnych stanach chorobowych.

13. Rejcherówna i Apfelbaum. O znaczeniu badań czynnościowych wątroby z uwzględnieniem odczynu Biernackiego.

14. Rejcherówna. Dalsze badania nad działaniem adrenaliny na krew ludzi zdrowych i chorych.

15. Sterling-Okuniewski. O szerzeniu praktycznem odczynu oko-sercowego.

16. Sterling-Okuniewski i Węgierko. O badaniu czynności nerek.

17. Cisami. O zachowaniu się podstawowej przemiany materji u ludzi ze zmianami nerkowemi.

18. Węgierko. Dalsze badania nad zachowaniem się fizyczno-chemicznych własności osocza i surowicy w różnych stanach chorobowych.

19. Z. Szczepański. O zachowaniu się podstawowej przemiany materji w chorobach płuc.

20. Tenże. O zachowaniu się mechanizmu zapory płucnej (Lungensperre) w gruźlicy płuc.

Dalsze zgłoszenia odczytów wraz z ich krótkiem wyraźnem streszczeniem należy nadsyłać nie później jak 15 maja pod adresem A. Puławskiego, naczelnego lekarza szpitala Dziec. Jezus w Warszawie, Żelazna 4.

Przewodn. Sekcji med. wewn.: *A. Puławski.*

Sprawy zawodowe.

Dr. Jan PAPÉE. Lwów.

Ubezpieczenie lekarzy i ich rodzin.

Sprawa ubezpieczenia lekarzy na wypadek choroby, niezdolności do pracy i zabezpieczenia rodzin po nich pozostałych, ma dla nas, jako zawodu wolnego, bardzo doniosłe znaczenie. Z chwilą choroby ustaje dla lekarza wszelki zarobek, w razie jego śmierci niedola, często nędza zagląda do rodziny lekarskiej. Świadczą o tem roczniki Izb lekarskich od lat 30-tu, wykazujące, ile wdów wyciąga ręce po zapomogi, ile ich walczy z nędzą, a wśród nich niejednokrotnie spotykamy wdowy po lekarzach, którzy się cieszyli rozgłośną i rozległą praktyką.

Zrozumiałą jest zatem zupełnie rzeczą, że już przed 40 laty najpierw Towarzystwa lekarskie, później Izby, zaczęły się bardzo poważnie zajmować myślą zabezpieczenia lekarzy głównie w tych 2 kierunkach t. j. na wypadek choroby i śmierci. Rozwiązanie tej kwestji musiało się atoli przedewszystkiem oprzeć na 2 zasadniczych momentach, a mianowicie zebraniu odpowiednich funduszów, przy gromadzeniu ich na uwzględnieniu nierównomierności wieku i dochodów przyszłych członków — w końcu na zasadzie obowiązkowości. Bez brania w rachubę tej ostatniej ewentualności wszelkie projekta należało uważać z góry za nierealne.

Wynikiem studjów, uwzględniających te zasadnicze podstawy, były najrozmaitsze projekty. A więc co do nagromadzenia funduszów projekt przerzucenia ciężarów na społeczeństwo — korzystające z pomocy lekarskiej, w postaci stemplowania recept; projekt zasilania funduszów przez uzyskanie od Rządu subwencji za zwalczanie chorób zakaźnych; projekt Izby lwowskiej utworzenia Kasy zapomogowo-pożyczkowej, który jednak nie uzyskał aprobaty Wydziału Izby, w końcu całkiem już realny projekt tejże Izby, Kasy zapomogowo-pensyjnej, opracowany w roku 1900 przez Dra Lechowskiego; projekt ten, wprowadzający przymus należenia, zapewniał członkom zapomogi bezzwrotne i pensje emerytalne członkom niezdolnym do pracy, jakoteż wdowom i sierotom. Prawa do pensji nabywał członek po 6-letniem należeniu, pensje dla lekarzy i wdów miały być dożywotnie. Projekt ten jednak nie uzyskał zatwierdzenia b. Namiestnictwa, głównie z powodu przymusu należenia, gdyż austrjacka ustawa o Izbach takiego przymusu nie uwzględniała: nadto żądało Namiestnictwo ścisłego określenia prawnej podstawy, na której instytucja miała się oprzeć, a mianowicie na zasadzie jakiej ustawy projektowana Kasa ma być założoną, czy jako Kasa zapomogowa, czy ubezpieczeniowa. Izba lekarska wniosła przeciw temu orzeczeniu rekurs do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, które jednakowoż rekursu tego nie uwzględniło, wychodząc z tego samego stanowiska, na którem stało Namiestnictwo, a mianowicie brak przymusu w ustawie o Izbach lekarskich, pozatem orzekło Ministerstwo: „że przewidziane statutem Kasy wsparcia uważać należy jako pensje, a zatem stałe świadczenia nieprzerwanych, perjodycznych poborów, które nie mogą być pozostawione od wypadku do wypadku swobodnemu uznaniu Zarządu Kasy, lecz, że członkom Kasy po wypełnieniu pewnych statutem przewidzianych warunków, przysługiwać ma bezwarunkowo, a zatem w każdym razie zaskarżeniu podlegające prawo do tych świadczeń. Świadczenia takie przedstawiają się jako asekuracyjne, a przymus asekuracyjny dopuszczalnymby mógł być tylko w tym wypadku, gdyby ustawa o Izbach taki przymus zawierała".

Tak Namiestnictwo, jak Ministerstwo w orzeczeniach swych podały, że nie mają nic przeciwko założeniu instytucji o charakterze fakultatywnym.

Wobec tego postanowienia Zarząd Izby zaniechał myśli prowadzenia Kasy pensyjnej.

W tym stanie rzeczy, Izba lwowska, chcąc bodaj w części uczynić zadość nałożonemu na nią ustawą o Izbach obowiązkowi stworzenia samopomocy, założyła w roku 1902 Kasę dla chorych lekarzy, która w roku 1909 rozszerzyła swoją działalność na całą b. Galicję. Instytucja ta, ściśle związana z Izbą, oparta na zasadzie wzajemności, bez przymusu ustawowego, miała członków jedynie dobrowolnie wpisanych. W czasie od roku 1903 do 1914 wypłaciła powyższa Kasa przeszło 100.000 K zasiłku, przez cały okres 20-letniego istnienia prosperowała dobrze i z korzyścią dla swoich członków. W roku 1918 założyła Izba lwowska Kasę pensyjną dla wdów po lekarzach, również o charakterze fakultatywnym, do której wpisało się zaledwie 40 lekarzy.

Ustawa polska o Izbach lekarskich wprowadziła dla instytucyj zapomogowych przymus należenia. W § 4 ustawy jest powiedziane:

„Izby lekarskie mają prawo zakładać i prowadzić urządzenia lub instytucje, mające na celu zabezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, starości, stałej niezdolności do pracy i wogóle od wypadków, wymagających doraźnej pomocy, jak również zabezpieczenia wdów i sierót po lekarzach.

Większością 2/3 głosów wszystkich swych członków Rady Izba lekarskiej może uchwalić obowiązek przystąpienia do takich instytucyj wszystkich członków Izby, lub poszczególnych ich kategoryj; uchwała taka uzyskuje moc obowiązującą, jeżeli otrzyma zatwierdzenie Naczelnej Izby Lekarskiej".

W urzeczywistnieniu idei ubezpieczenia przymus ten stał się niezmiernie ważnym krokiem naprzód. Korzystając z tego postanowienia ustawy Rada Izby lwowskiej już na pierwszem swem posiedzeniu w dniu 25. lutego 1923 roku uchwaliła zasadniczo utworzenie instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, niezdolności do pracy, na wypadek starości i ubezpieczenia wdów i sierót. Wywiązując się z poruczonego przez Radę zadania Zarząd Izby po przeprowadzeniu studjów, wysłuchaniu opinji rzeczoznawców — opracował projekt Kasy chorych i regulamin dla tej Kasy. Regulamin ten został następnie przez Radę Izby przyjętym i przez Naczelną Izbę w Warszawie zatwierdzonym. Kasę wprowadziliśmy w życie z dniem 1. kwietnia 1924 roku. Przy ustalaniu wkładek do Kasy musieliśmy przedewszystkiem przezwyciężyć trudności, wynikające z nierównomierności wieku i dochodów członków Izby.

Z tych 2 powodów ustanowienie wkładek o jednakowej dla wszystkich wysokości nie było możliwem i nie dało się pogodzić z zasadą obowiązkowego należenia. Jedynem rozwiązaniem tego problematu, było ustanowienie minimalnej, zasadniczej wkładki, dostosowanej do dochodów lekarzy, mniej silnych ekonomicznie. Zasadnicza wkładka ustaloną została zatem początkowo na 4 Zł kwartalnie, a od 1. stycznia 1925 na 8 Zł kwartalnie. Najniższe świadczenia ustalono od 1. stycznia 1925 r. na 60 Zł miesięcznie. Ta niskość świadczeń była przedmiotem nieuzasadnionej krytyki; jest ona z powodów wyżej podanych konieczną, a według najprostszych reguł matematycznych świadczenia muszą pozostawać w ścisłym stosunku do wysokości wkładek. Ażeby jednak zasobniejszym Kolegom umożliwić korzystanie z wyższych świadczeń na wypadek choroby, wprowadza regulamin Kasy dobrowolne powiększenie wkładki zasadniczej z 2, 3, 4 i 5-cio razową wielokrotnością. Każdemu członkowi przysługuje prawo podwyższenia wkładki zasadniczej maksymalnie do 5% wysokości t. z. na 10 Zł dziennie przy wpłacaniu 40 Zł kwartalnie

Każdemu zatem z członków, po umocnieniu jego materjalnej pozycji, pozostawioną jest możność podwyższyć ubezpieczenie na wypadek choroby.

Zarząd Izby ma nadzieję, że stosunek wkładek do świadczeń ulegnie w przyszłości tej korzystnej zmianie, że świadczenia będzie można powiększyć bez powiększania wkładek. Nastąpi to wtedy, skoro będzie zebranym odpowiednio silny fundusz żelazny. W pierwszych trzech kwartałach roku 1924 wypłaciliśmy 1.500 Zł zasiłków chorobowych, a w pierwszych dwóch miesiącach 1925 r. blisko 2.000 Zł.

Dalszym etapem w rozwinięciu idei ubezpieczenia było utworzenie Kasy pensyjnej, mającej na celu ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy, na starość i — na co największy nacisk kładziemy — ubezpieczenie pensji wdowich i sierocych

W tym kierunku Zarząd Izby przeprowadził również bardzo dokładnie studja, zasięgał zdania rzeczoznawców — w szczególności zaś oparł się na fachowych obliczeniach matematyka asekuracyjnego. Rezultaty swoich obliczeń porównał z warunkami, jakie dają tego rodzaju towarzystwa asekuracyjne i zakłady pensyjne. Z porównań tych wynikło, że obliczenia nasze dają członkom korzystniejsze warunki, co jest zupełnie zrozumiałem z tej przyczyny, że instytucja projektowana przez Izbę nie jest obliczoną na zysk, a koszta administracyjne minimalne. Po przestudjowanu całego materjału — opracowaliśmy wspólnie ze znawcą fachowym matematyczne podstawy Kasy i zbudowany na nich regulamin. Rada Izby na posiedzeniu w dniu 2. listopada 1924 r. poruczyła Zarządowi wprowadzenie Kasy w życie, o ile możności z dniem 1. stycznia 1925 r.

Nie będę tu wchodził w drobnostkowe szczegóły regulaminu. Przytoczę tylko najgłówniejsze zasady: Kasa, polegająca na zasadzie wzajemności, ma:
1. zabezpieczyć lekarzom rentę na wypadek niezdolności do pracy i na starość;
2. zabezpieczyć w razie śmierci lekarza rentę pozostałej wdowie;
3. zabezpieczyć w razie śmierci lekarza dodatek na wychowanie dzieci. Ubezpieczeniu podlegają obowiązkowo wszyscy członkowie Izby, a rozpoczyna się ten obowiązek w 3 lata po uzyskaniu dyplomu lekarskiego; od obowiązkowego ubezpieczenia są wyłączeni lekarze, którzy ukończyli 55 rok życia, zawodowi lekarze wojskowi, urzędnicy państwowi, o ile mają emerytury przez Rząd zabezpieczone i funkcjonarjusze przedsiębiorstw państwowych, ciał samorządowych i wogóle instytucyj publicznych, o ile mają zabezpieczone emerytury na zasadzie właściwych ustaw emerytalnych.

W Kasie pensyjnej, podobnie jak w Kasie chorych i z tych samych powodów, musieliśmy przyjąć zasadę obowiązkowego minimum, umożliwiającego wpłacanie wkładek i najmłodszym lekarzom, z fakultatywnem ubezpieczeniem wielokrotności. Jako najniższą zasadniczą kwotę ubezpieczenia przyjęliśmy 1.500 Zł z możnością 4-krotnego dobrowolnego podwyższenia t j. do 6.000 Zł pensji rocznej. Renta niezdolności składa się z kwoty zasadniczej i z kwoty rosnącej. Dla uzyskania renty zasadniczej musieliśmy przyjąć, podobnie — jak to jest we wszystkich instytucjach pensyjnych — 5-letni okres wyczekiwania; renta po upływie tego okresu czasu wynosi 20% kwoty zasadniczej i wzrasta corocznie o 2%.

Renta na starość, t. j. wypłata zasadniczej pensji ubezpieczeniowej, należy się po upływie lat 40.

Renta wdowia wynosi połowę renty względnie ekspektatywy ubezpieczonego, dodatek na wychowanie dzieci do lat 18, dla każdego dziecka osieroconego tylko przez jedno z rodziców, 1/3, zaś dla każdego dziecka osieroconego przez oboje rodziców 2/3 renty, do której zmarły rodzic miał prawo.

W razie, jeżeli ubezpieczony zmarł przed upływem 5-cio letniego okresu wyczekiwania, należy się wdowie tytułem jednorazowej odprawy podwójna zasadnicza kwota renty niezdolności.

Zwrot wkładek, jako jednorazowa odprawa, należy się również ubezpieczonemu w przypadkach, jeśli obowiązek ubezpieczenia wygasł przez całkowite zaniechanie wykonywania zawodu lub przeniesienie się do okręgu innej Izby. Członkowie, których obowiązek ubezpieczenia wygasł, mogą jednak nadal pozostać członkami Kasy w charakterze członków dobrowolnych.

Regulamin zawiera następnie postanowienie, że ubezpieczony może podwyższyć świadczenia przez zakupno lat; dokonanem ono zostaje przez jednorazowe złożenie kwoty, odpowiadającej sumie należnej za lata, które mają być policzone wraz z ustawowemi odsetkami.

Tytułem opłat na rzecz Kasy pensyjnej składa członek jednorazowo wpisowe w kwocie 10 Zł i miesięczną wkładkę w wysokości 1% od kwoty ubezpieczonej.

Wkładki ubezpieczeniowe w Kasie pensyjnej wypadają znacznie niżej od analogicznych premij w towarzystwach asekuracyjnych. W tym kierunku przeprowadził Zarząd Izby porównania, które wypadły na korzyść naszej instytucji. Jest to zrozumiałem wobec tego, że Kasa nie jest przedsiębiorstwem na zysk obliczonem, wydatki zaś na administrację są bardzo niskie, gdyż Koledzy, zajmujący się sprawami Kasy, pracują bezinteresownie.

Projekt ubezpieczenia, opracowany przez Izbę, spotkał się z protestem lekarzy sanockich, którzy wystąpili z odmiennym projektem, opartym na zasadzie z a o p a t r z e n i a nie z a b e z p i e c z e n i a.

Projekt ten poddaliśmy fachowej ocenie technika asekuracyjnego, która ogłoszona w N-rze 11 Polskiej Gazety Lekarskiej b. r. jest już ogółowi Kolegów znaną, wobec czego nie będę jej tutaj przytaczał. Krytyka zwraca się głównie przeciw niskości świadczeń Kasy; o zarzutach, odnoszących się do wielokrotności i dewaluacji, wspomnę tylko krótko, że wielokrotność nie może zachwiać podstawami finansowemi Kasy, a twierdzenie to opieramy na dotychczasowem oświadczeniu z dawnej Kasy chorych — co zaś do dewaluacji, to doświadczenie kilku lat ubiegłych pouczyło nas, że i kalkulacja jednoroczna przyjęta w projekcie sanockim przed nią się nie uchroni; wiemy, że w latach dewaluacji nie była możliwą kalkulacja nawet na tydzień naprzód.

Stojąc zresztą na tem stanowisku, należałoby wszelkiej pracy pozytywnej zaniechać.

Jeżeli chodzi o niskość świadczeń, to wyjaśniłem już poprzednio, z jakich powodów zmuszeni jesteśmy ustanowić pewne zasadnicze minimum; obowiązkowe należenie, różnica wieku członków i ich dochodów, zupełnie to minimum usprawiedliwia, a wielokrotność daje sposobność do powiększenia świadczeń. Przy ubezpieczeniu odgrywa rolę kardynalna zasada, że każdy ubezpiecza siebie względnie swoją rodzinę, a świadczenia otrzymuje w proporcjonalnym stosunku do złożonych wkładek. Projekt sanockí na pierwszy rzut oka daje bardzo ponętne warunki; każda wdowa otrzyma jednakowe i znacznie wyższe zaopatrzenie. Najprostsza jednak zasada matematyczna, która dla wszystkich obliczeń musi być jednakową, powiada, że, jeżeli się chce dać więcej, to trzeba i więcej zapłacić. Projekt zatem sanocki obciążyłby musiał jednakową i to znacznie wyższą stawką wszystkich lekarzy, bez względu na wiek, ich stanowisko materjalne, a w końcu — co również jest ważnem — na potrzebę należenia do Kasy, a zatem musiałby objąć i tych, którzy mają emerytury zabezpieczone z innego tytułu; gdyby Izba chciała wprowadzić zaopatrzenie na podstawie projektu sanockiego, niewątpliwie zaoponowaliby ci ostatni, przeciwko obowiązkowi składania wysokich opłat na rzecz, która ich interesów nie dotyczy.

Na tych zasadach stworzona instytucja musiałaby się liczyć i z tem, że pewna część lekarzy nie mogłaby opłacać wkładek, z czego wyniknęłaby musiały ciągłe wahania w ich podwyższaniu albo zmniejszaniu świadczeń. W końcu należy i ten szczegół uwzględnić, że terminowe ściąganie opłat, tak, aby wdowy otrzymywały zapomogi na czas oznaczony, napotykałoby na wielkie trudności techniczne, jak dowodzi tego tyloletnie doświadczenie przy ściąganiu rozmaitego rodzaju opłat.

System proponowany przez lekarzy sanockich, oparty na rocznem budżetowaniu nie jest nowym, miał on zastosowanie w rozmaitych stowarzyszeniach, a jako przykład przytoczę, że miało go przez szereg lat Towarzystwo oficjalistów prywatnych i poczyniło z nim bardzo przykre doświadczenia. Stanęło ono w roku 1904 wobec deficytu i niemożności wypłaty zaopatrzeń i dopiero po przekształceniu na instytucję, opartą na zasadach ubezpieczeniowych, stan rzeczy się poprawił.

Zarząd Izby, przedstawiając swój projekt, kierował się myślą przewodnią, że sprawa ubezpieczenia lekarzy, a zwłaszcza ich rodzin, jest pierwszorzędnej wagi, i że, wprowadzając ją w czyn, spełnił swój obowiązek wobec lekarzy. Drogę, jaką do tego wybrał opracował wszechstronnie na podstawie fachowych obliczeń i na zasadach, na jakich się opierają wszystkie zakłady pensyjne.

Mamy to przekonanie, że nie należy burzyć instytucji na ścisłym rachunku opartych i już wypróbowanych projektami, które gdzieindziej zawiodły i których nie moglibyśmy wziąć na swoją odpowiedzialność.

Zarząd Izby nie rości sobie pretensji, że regulamin wymagać może pewnych uzupełnień, które z biegiem czasu i w miarę doświadczenia okażą się koniecznemi. W tym kierunku nie zaniedba skorzystać z udzielanych mu wskazówek. Przyznaje, że obliczenia są bardzo ostrożnie brane, co jednak stanowi — zdaniem naszem — stronę dodatnią i mamy to przekonanie, że w najkrótszym czasie będzie możliwem albo obniżenie wkładek albo przy tych samych wkładkach podwyższenie świadczeń.

Nie wątpimy, że wśród lekarzy nie znajdzie się ani jeden, któryby przeciw samej zasadzie ubezpieczenia chciał głos podnosić.

Izba lekarska Lwowska.

W sprawozdaniu okr. Małop. Zw. lek. za r. 1924. umieszczono notatkę, że Związkowi udało się w Sanoku wprowadzić wolny wybór lekarzy, który się dotychczas utrzymał.

Zarząd Izby uchwalił zwrócić się z prośbą o sprostowanie tej notatki w tym kierunku, że wolny wybór lekarzy w Kasie chorych w Sanoku wprowadzono za pośrednictwem podpisanej Izby lekarskiej, a umowa między lekarzami a Zarządem Kasy została podpisaną przy osobistej interwencji delegatów Izby w Sanoku w dniu 6 lipca 1924.

Dnia 4 kwietnia 1925 r.

Izba lekarska we Lwowie: Zarząd Izby.

Korespondencje.

Częstochowa w marcu 1925 r.

W końcu stycznia r. b. nakładem księgarni A. Gmachowskiego w Częstochowie zostały wydane »**Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej**« dr. Władysława B i e g a ń s k i e g o. Wydanie drugie z przedmową prof. W. S z u m o w s k i e g o, str. 103, cena zł. 2.50. Całość przedrukowana bez żadnych zmian z wydania pierwszego (1899), tylko na skutek porozumienia prof. S z u m o w s k i e g o z drową B i e g a ń s k ą uległa skróceniu obszerna przedmowa B i e g a ń s k i e g o. Opuszczono ustępy, mające znaczenie historyczne oraz traktujące o niektórych zagadnieniach etyki ogólnej. Poglądy na znaczenie ideałów etycznych i wartość etyki, omówione zwięźle w wydaniu pierwszem, rozwinął B i e g a ń s k i szeroko w dziele p. t. »**Etyka ogólna**«, które wydano ze spuścizny rękopiśmiennej w r. 1918 już po śmierci

autora. Krótkie streszczenie wyłożonych w tem dziele poglądów podał w swej przedmowie prof. Szumowski.

Zasługuje na podkreślenie fakt, nieuwzględniony dotąd przez sprawozdawców i krytyków tej książki, że pierwsza część aforyzmów, drukowanych początkowo w Krytyce lekarskiej (1897), ukazała się w przekładzie czeskim, w miesięczniku Lékarské rozhledy, sesit VIII., 1897, str. 235.

Skład Zarządu Towarzystwa Lekarskiego w r. b. pozostał bez zmiany. Prezesem jest K. Rożkowski, wiceprezesem — W. Wrześniowski, sekretarzem — K. Łokczewski, skarbnikiem — E. Kohn, bibljotekarzem — W. Papkoff. Członkami zarządu — L. Batawia i W. Stawnicki.

Na posiedzeniu z dnia 21 marca uchwalono wyłonić z pośród członków Tow. komisję do walki z rakiem. Narazie zadaniem komisji będzie opracowanie statystyki na podstawie materjału, zebranego w szpitalach miejscowych, oraz na rozpoczęcie akcji społeczno-lekarskiej, mającej na celu otwarcie przychodni przeciwrakowej.

Epidemja czkawki, która nawiedziła Częstochowę w końcu ubiegłego roku, przeszła naogół niespostrzeżenie. W Kasie chorych niezarejestrowano ani jednego przypadku. Na podstawie kilkunastu dorywczych spostrzeżeń nie można wyrobić sobie sądu o charakterze epidemji i klinicznym przebiegu choroby. Najczęściej czkawka była jedynym objawem cierpienia i przebiegała bez żadnych powikłań i następstw. W jednym przypadku zamiast czkawki spostrzegano (Rożkowski) bardzo uporczywe i przykre ziewanie, połączone z lekką sennością i ociężałością. Po kilku dniach ziewanie ustąpiło i chory wyzdrowiał.

K. R.

Od Administracji.

*Zawiadamia się P. P. autorów prac oryginalnych z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 18, **będą otrzymywali odbitki łamane (format książki) bezpłatnie w ilości 20 szt.***

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIV. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 8 maja b. m. o godz. 6-tej wieczorem. Porządek dzienny: 1. Pokazy chorych; 2) Kol. Domaszewicz: **»O nowszych metodach pomocniczych w djagnostyce neurologicznej«.**

K. Zgórski, Przewodniczący. *K. Tyszka,* Sekretarz dor.

Łódź.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego, poświęcone pamięci zmarłego prof. Antoniego Mikulskiego, odbędzie się w dniu 20 maja. Zmarły, były dyrektor Szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią, był wiceprezesem Towarzystwa i jednym z bardzo czynnych jego członków.

KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Krzemienieckiego ogłasza niniejszem konkurs na posadę kierownika szpitala samorządowego na 15 łóżek z przychodnią w Poczajowie, oraz posadę kierownika przychodni samorządowej w Wyszogródku.

Do pierwszej przywiązane są pobory w/g VII. st. sł. płac urzędników państwowych i mieszkanie do 3 pokoi; do drugiej pobory w/g VIII. st. płac.

Lekarzom przysługuje prawo wolnej praktyki.

Osoby reflektujące na te posady winne dołączyć do podań następujące dokumenta:

1) Świadectwo obywatelstwa Polskiego.
2) Odpis dyplomu.
3) Curriculum vitae, znajomość języka rusińskiego pożądana.

Posady do objęcia zaraz.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego:
Starosta: *Robakiewicz.*

L. dz. 1307/3.

KONKURS

»Wydział Powiatowy Sejmiku w Kowlu niniejszem ogłasza konkurs na posadę naczelnego lekarza sejmiku z poborami w/g VII. st. płac urzędników państw. oraz 25% dodatku komunalnego. Pierwszeństwo mają p. p. lekarze starsi, obznajomieni z pracą samorządową. Oferty z odpisami świadectw szkolnych, poświadczenia obywatelstwa Państwa Polskiego, oraz z poprzedniej pracy nadsyłać do Sejmiku w terminie nieprzekraczalnym do dnia 10. V. 1925 r.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego:
w z. Starosta (—) *Kostołowski.*

L. 905|25.

Tymczasowy Zarząd Powiatowy w Dąbrowie koło Tarnowa ogłasza

Konkurs

na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego Szczucin, obejmującego 21 gmin z siedzibą w Szczucinie.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcja zawarta przy rozporządzeniu wykonawczem z 30, grudnia 1907. Dz. u. kr. Nr. 158. do ustawy z dnia 5. X. X. 1906. Dz. ust. kr. Nr. 148.

Do posady tej przywiązane są analogiczne pobory służbowe XII. grupy szczebel a) urzędników państwowych z wszystkimi dodatkami wedle ustawy z dn. 9. X. 1923. Dz. ust. Nr. 116 poz. 924, a nadto ryczałt na służbowe objazdy gmin i ryczałt na wydatki kancelaryjne, wreszcie prawo do emerytury w granicach postanowień ustawy z dnia 12. V. 1909 r. Dz. ust. kr. Nr. 68.

Posada ta nadaną zostanie narazie prowizorycznie.

Ubiegający się o tę posadę wykazać się musi prawem obywatelstwa Państwa Polskiego, nieprzekroczonym 40 rokiem życia, dyplomem lekarza uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, conajmniej 2 letnią praktyką w zawodzie lekarskim czyli dowodem rejestr. w Województwie.

Należycie udokumentowane podanie wnieść należy do Wydziału powiatowego w Dąbrowie koło Tarnowa najpóźniej do dnia 15. maja 1925 r.

Czas objęcia posady 1 lipiec 1925 roku.

Komisarz Rządowy
Starosta: *Dr. Poniżakowski.* Sekretarz: *Kie czewski.*

Nr. 27|Prez|25. **Konkurs.**

Dyrekcja Kolei państwowych ogłasza konkurs na posadę kontraktowego lekarza okulisty z siedzibą w Stanisławowie.

Płaca miesięczna VII. grupy, szczebel »a« wedle ustawy z dnia 9. października 1923 roku o uposażeniu funkcjonarjuszów państwowych i wojska (Dz. U. R. P. Nr. 116. poz. 924. ex. 1923 r.).

Pierwszeństwo mają kandydaci, którzy wykażą się znajomościami w wykonaniu zabiegów heljo- i elektroterapeutycznych.

Termin wnoszenia podań upływa z dniem 15. maja 1925 r.

Bliższych informacyj udziela naczelny lekarz Dyrekcji kolei państwowych (biuro Nr. 28.).

Nr. 19. 10. maja 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Dr. med. i fil. Józef FRITZ, asystent kliniki chorób dziecięcych U. J. K. we Lwowie.

Z dziejów higjeny dziecięcej XVI. wieku.

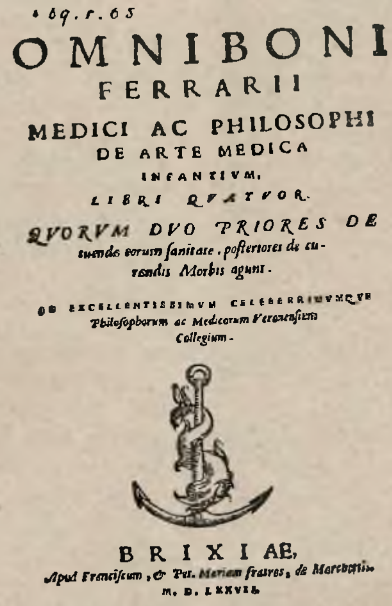
Omnibonus Ferrarius.

Pedjatrja czeka jeszcze na swego historyka. Materjały źródłowe do obrazu jej rozwoju spoczywają dotychczas w rękopisach, inkunabułach i starych drukach, do których rzadko zaglądali badacze dziejów medycyny lub żądni poznania rozrostu swej dyscypliny lekarze chorób dziecięcych.

Opracowania zwłaszcza jej okresów starszych ograniczają się zwykle do wyliczania szeregu nazwisk, tytułów traktatów lub podręczników pedjatrycznych, nie wchodząc dokładniej w ich treść oraz wzajemną zależność i nie ujmują mnóstwa zagadnień tej dziedziny w ich historycznym związku i przebiegu [1]). Rzadko zauważyć można ścisłość bibljograficzną, do rzadkości też należą w historji pedjatrji monografje, któreby mogły stanowić podstawę do opracowań całokształtu [2]). Materjał to jednak bogaty, pełen ciekawych problemów i wielce pociągający. Sam wiek XVI. jak wykazują pierwsze zupełnie pobieżne zestawienia, wydał podręczników około 16, XVII. 21, zaś pierwsza połowa XVIII-ego 75 [3]). Niewiele z nich zbadano dokładniej, nadmienić zaś należy, że i w innych starych ogólnolekarskich dziełach kryje się jeszcze nie jeden rozdział, nie jedna notatka dotyczyć mogąca higjeny, rozwoju dziecka, jego zachorzeń a nawet i społecznej nad niem opieki.

Jednemu z tych starych zapomnianych już prawie lekarzy i autorów pedjatrycznych doby odrodzenia, który w poprawnej formie nie zawahał się dać wyraz własnym na osobistem niejednokrotnie doświadczeniu opartym poglądom, mamy zamiar wyzyskując archiwalne poszukiwania w Weronie i Brescji w 400-chsetną może rocznicę jego urodzin poświęcić uwag parę [4]).

Omnibonus Ferrarius zwał się ów lekarz i pedjatra XVI. wieku, *medicus et philosophus* jak to było na czasie, autor między innemi dwu dziełek wydanych w 1577 roku w Brescji: *De arte medica infantium libri quatuor, quorum duo priores de tuenda eorum sanitate, posteriores de curandis morbis agunt*, i *Aphorismorum particulae tres*, t. j. krótkiego wyciągu z poprzedniego, który zdaniem autora zawiera wiadomości przez niego odkryte lub długiem doświadczeniem zdobyte, oraz wiedzę z pism poważnych uczonych wysnutą [5]).


* 69. F. 65

OMNIBONI FERRARII MEDICI AC PHILOSOPHI DE ARTE MEDICA INFANTIUM, LIBRI QUATUOR.

QUORUM DUO PRIORES DE tuenda eorum sanitate. posteriores de curandis Morbis agunt.

AD EXCELLENTISSIMUM CELEBERRIMUMQUE Philosophorum ac Medicorum Veronensium Collegium.

BRIXIAE, Apud Franciscum, & Pet. Mariam fratres, de Marchettis. M. D. LXXVII.

Karta tytułowa dzieła Ferrariusa De arte medica infantium. (Egzemplarz Biblioteki narodowej we Wiedniu). Sygn.: * 69 F 65.

Zasługuje on ze wszech miar na wzmiankę choćby z tego względu, że współczesny mu koryfeusz pedjatrji Hieronim Mercuriale [6]) rozpisując się w swym podręczniku o chorobach migdałków tak go osądził: Wszyscy, którzykolwiek o chorobach dziecięcych księgi wydali, najobszerniej choroby jamy ustnej traktowali, uczynił zaś to i *Omnibonus Ferrarius* w swej książce, w której krótko ale pięknie i uczenie dodaję i wielce rozważnie się wypowiedział.

»*Ferari professore collegiato di medicina... dotto nelle belle lettere ed in ogni erudizione*« nie pochodził jak to twierdzi Peroni z Brescji lecz najprawdopodobniej z Rivy nad jeziorem Garda [7]). Urodził się około roku 1523 o czem świadczy dokument z roku 1583 mieniący go 60-cioletnim [8]). Miejsce jego lekarskich studjów jest nieznane, jako swego preceptora w medycynie wymienia sam Pawła Dionysiusa sławnego lekarza z Werony [9]). W czasie studjów poparł go i jego brata poseł Maksymiljana II. do Rzeczypospolitej weneckiej radca cesarski Wit de Dorimberg [10]).

Brescja mogąca się poszczycić lekarzem tej miary jak znakomity klinicysta Jan Chrzciciel Montanus dała mu pole de pierwszej praktyki. Pacjentem jego był tu między innymi brat poety Antoniego Beffa de Negrinis [11]). W Brescji też wyszły wszystkie prace naukowe Ferrariusa u Marchettiego, który oddawał swe nakłady do druku Sabbiusom w Bergamo [12]). W r. 1570 przeniósł się do Werony, która

---

[1]) Por. prace Bokaya: Geschichte der Kinderheilkunde Berlin 1922, Brüninga: Geschichte der Kinderheilkunde w Pfaundlera i Schlossmanna: Handbuch der Kinderheilkunde III. wyd. tom I., Henniga: Geschichte der Kinderkrankheiten w Gerhardta: Handbuch... 1877. I., Jacobiego i innych. K. Sudhoff przygotowuje obecnie wydanie najstarszych podręczników pedjatrycznych (Razesa, Bagellardiego, Metlingera, Roelan i i.) p. t. Erstlinge der paediatrischen Literatur. W publikacji tej bierze udział autor niniejszej notatki.

[2]) Por. Brüninga: Geschichte der Methoden der künstlichen Säuglingsernährung 1908 lub Auvard i Pingat: Hygiène infantile ancienne et moderne Paris 1889 i i. jak Glotza, Kronera, Schlossmanna, Schicka, Troitzkyego, Witkowskiego, Kassowitza, Dufour i Heliodora Święcickiego: Historisch kritische Beleuchtung der Pflege der Kinder. Wrocław 1877.

[3]) Por. C. B. Fleisch: Handbuch der Krankheiten der Kinder Lipsk 1803 i Fr. L. Meissner: Grundlagen der Literatur der Paediatrik Lipsk 1850.

[4]) Reprodukcje 4-ch sztychów z De arte medica z objaśnieniami podał Aldo Spalizzi w Rivista di Clinica Pediatrica XVIII. Nr. 9. Firenze 1920. str. 8.

[5]) Następne wydania Lipsk 1598, 4°, 1601, 8°. Aforyzmów Wittemberga 1604, 8° obu wraz z Joannis Cerkii: De puerorum tuenda valetudine w Lipsku 1605 (British Museum 1178. bb 1—3).

[6]) Hieronimus Mercuriale: De morbis perorum lib. II. Cap. XII. De tonsillis seu paristhmis fol. 69 b.

[7]) Por. Proclami — Ordini di Sanita 1555 per 1600. P° Raccolta ac. 116 zachowane w Archivio di Sanita w Weronie i Processi w Archivio del Comune busta 23, n. 242. c. 10—12 tamże. (Kopje aktów zawdzięczam uprzejmości bibljotekarza V. Farinelli). Peroni: Biblioteca Bresciana, Brescia 1821. II. 57|8. Błąd pochodzi najprawdopodobniej stąd, że prace swe w Brescji ogłosił i tamże praktykował.

[8]) Estrato anagrafico veronese di S. Stefano w Ant. A. V. Arch. Estimi Antichi-Anagrafi.

[9]) Zob. De arte medica infantium fol. 69.

[10]) ibid 2 ab.

[11]) ibid. IV. cap. XII.

[12]) De regulis medicinae libri tres 1566. 8° później Venet. 1573, 8° De sanitate et morbis 1566, 1577, 1598

jeszcze przed kilkunastu laty w swych murach widziała Hieronima Fracastori sławnego lekarza, epidemjologa, fizyka, astronoma i poetę nauczyciela Mikołaja Kopernika. W pięć lat później rozszalała w sąsiednich powiatach zaraza a jako lekarz miejski, następca zmarłego chirurga Aleksandra Serego odbywał Ferrari wraz z Jakóbem de Veritate lustracje badając ludność miejscowości objętych zarazą, odkażając odzież, używając wszelkich sposobów do stłumienia moru. Przyczynę tak ciężkiej klęski upatrywał w wszechopatrzności boskiej uniewinniając państwo w pięknym utworze poetycznym [13]). W dwa lata później 23 stycznia otrzymał w nagrodę od rządu 100 dukatów [14]).

W pracach swych wspomina on często o przypadkach dziecięcych, które w ciągu wykonywania swego zawodu i w miastach sąsiednich, gdzie wielu miał przyjaciół, leczył. Znał Aleksandra Landi znakomitość lekarską Werony, Jana Chrzciciela Caballarję z Mantuy, aptekarzy braci Piotra i Baltazara Carotti i Franciszka Calzosari z Werony (* 1521) głośnego z swych opisów Tyrolu (Monte Baldo), którego maść przeciw robakom stosowana u dzieci wielce słynęła w Ligurji, Bononji, Mantui, Brescji, Wenecji i Genui [15]). Werona użyczyła mu też obywatelstwa a gdy w 1582 r. powstał w Radzie dwunastu spór z Kolegjum filozofów i lekarzy o wpisanie między *colleg'ati* lekarzy do Kolegjum nie należących, przedłożył Ferrarius 6. kwietnia prośbę o przyjęcie pragnąc by w myśl statutów wybrano doświadczonych, którzyby zbadali jego wiedzę, przyczem powołał się na swe obywatelskie zasługi i wyraził życzenie oddania resztek swego życia na usługi Weronie [16]). Gdy Kolegjum do prośby się nie przychyliło załączył dwa swoje dzieła, jedno wydane: *De regulis medicinae*, drugie w rękopisie: *Antidotarium quo de omnibus et hoc in urbe usitatis medicamentis compositis conficiendis agitur*.

29 kwietnia załatwiono sprawę po myśli proszącego, a Kolegjum *»licentiavit antedictum supplicantem sub observantia oblationis et responsionis praeallegatarum* [17]).

O dalszych kolejach jego życia brak wiadomości źródłowych; dokonał go prawdopodobnie na łonie swej rodziny w Weronie.

Wśród przedłożonych Kolegjum prac nie wymieniają akta wspomnianych traktatów pedjatrycznych, nie zaparł się ich jednak napewno i nie powstydził, skoro jak na karcie tytułowej tychże czytamy, temuż Kolegjum je poświęcił. Dziełko to mały kwartant o 114 kartach (i 11 kartami Aforyzmów) jest pierwszym podręcznikiem pedjatrji [18]) ilustrowanym. Opiera się, jak to duchowi czasów ówczesnych odpowiadało, na starożytnych w pierwszym rzędzie źródłach, jest jednak odmiennego niż traktat Mercurialisa pokroju, dzieli bowiem materjał na dwie części: higjenę dziecka i zachorzenia wraz z terapją [19]).

Część jego pierwsza, która najwięcej wzbudzić może u czytelnika zajęcia, a którą Mercuriale pominął zupełnie, rozpada się na dwie księgi: o odżywianiu i drugą o wychowaniu dziecka. Ferrari oparty o starożytnych jak Soraha i Geliusa jest zdania, którego broni jaknajgoręcej, że osesek musi być karmiony tylko piersią i to piersią matki samej (przekonanie często w ciągu wieków zwalczane). Od karmienia dziecka zwalniają matkę jedynie ciężka choroba, brak pokarmu lub złe jego własności i wreszcie złe obyczaje. Mleko matki jest najwłaściwszym pokarmem, dziecko bowiem pozbawione matczynej piersi i opieki nie łatwo zniesie zaburzenia, które w czasie żywienia wystąpić mogą, podobnie jak rośliny lepiej wytrzymują zmiany aury tylko w tem miejscu, w którem urosły, przesadzone zaś szybko usychają [20]).

Przestrogą dla matek niech będzie doświadczenie, że dzieci bardziej kochają swą żywicielkę niż matkę [21]). Wśród aforyzmów przodują również zdania jak n. p.: Nieludzką i wprost potworną wydaje się nam być rzeczą dziecko począć a zrodziwszy żywić je bez uzasadnionej przyczyny mlekiem obcem [22]). Ci którzy dzieci innym na wyżywienie oddają przecinają węzły miłości łączące z natury rodziców z dzieckiem [23]). Matka nie karmiąca własną piersią swego dziecka nie jest prawdziwą matką [24]). Przyjąć należy, że matka jest szlachetniejszą i charakterem wyższą od karmicielki, dziecko zaś od tej swe usposobienie i cechy przyjmuje, która je karmi, niewiele różniąc się później od matki-karmicielki [25]).

Jeśli matka żadną miarą karmić nie może, należy raczej postarać się o karmicielkę niż żywić dziecko sztucznie. Własności karmicielki przedstawia Ferrari oparłszy się również o starożytnych obszernie [26]). Może nią być ta jedynie, która nie roniła i której mleko jest dobre, albowiem jaką jest krew takiem jest mleko. Karmicielką niech będzie tylko jedna, tryb jej życia należy normować zasadami higjeny wyjętemi z patologji humoralnej (krasis [27]). Siedem godzin snu dla niej wystarczy, wstawać powinna rano albowiem ze wschodem słońca ulega atmosfera dziwnemu wstrząśnieniu, co nie pozostaje bynajmniej bez wpływu na nasze soki i krew, zjawisko, które dzisiejszy badacz wpływów kosmicznych na ustrój ludzki przyznawać się zdaje. Pożywienie ma odpowiadać porom roku. Przed karmieniem niech pokarm ściąga i sutki masuje. Pokarm uledz może różnym zmianom, czasami nagromadza się w wielkiej ilości, sutki wtedy obrzękają i bardzo bolą. W tym wypadku należy ograniczać ilość spożytej strawy i wykonywać ćwiczenia fizyczne lub przechadzać się, gdyż ruch kończyn wpływa na części ciała pomieszczone w okolicy klatki piersiowej.

Gdy karmicielka nie odpowiada powyższym wymaganiom, wypada ją zmienić chociaż do tej zmiany nie łatwo oseski nawykają, tak, że nawet wolą z głodu ginąć niż ssać pierś nowej karmicielki. U Germanów przykładano nowej karmicielce dziecko do piersi najpierw w nocy i w zupełnej ciszy, by je powoli przyzwyczajać.

Czas karmienia rozpada się na 2 okresy, pierwszy do zabkowania, drugi do dwudziestu miesięcy. W pierwszym karmić należy tylko mlekiem kobiecem wyjąwszy dni kilka zaraz po urodzeniu, kiedy wydziela się siara. Lepiej wtedy podać trochę miodu lub mleka innej matki. Karmić powinno się z początku tylko 2—3 razy dziennie by noworodek, który jeszcze nie posiada dostatecznej ilości ciepła w sobie mógł pokarm jak najlepiej strawić. Zbyt wielka ilość pokarmu wywołuje dławienie. Przykładać należy oseska do obu piersi naprzemian. Jeśli matka przykłada dziecko tylko do piersi lewej wtedy zwykle uciska na prawą jego rączkę i dziecko zostaje mańkutem. Po żywieniu nie kołysać zbytnio, mogą bowiem wystąpić wymioty. W okresie drugim należy dokarmiać pokarmem bardziej zbitym a więc chlebem, chlebem na mleku, wodzie lub oleju, wreszcie mączkę na koziem lub krowiem mleku. Gdy kły się okażą podać już sam chleb, jarzyny

[13]) Zob. Commentariolus quo explicatur qua ratione Dominus pestilentiae suspicione comminatus sit. Veronae 1576 c. 13 dzieło to zaginęło. Zaraza szerzyła się w l. 1575/6 i w Wenecji a spór o jej przyczynę toczył się między znanym pedjatrą Hieronimem Mercuriale a Hieronimem Donzellini z Brescji.

[14]) Zob. Proclami — Ordini di Sanita etc. w tymże rękopisie znajduje się dziennik wyjazdów z r. 1576 z własnoręcznem pokwitowaniem Ferrariusa przy sprawozdaniu z oględzin zwłok Ogniben de Pellegrini di Brentoni.

[15]) Zob. De arte medica ll. 9, IV. 2, 13, 22.

[16]) Kolegja lekarzy powstały najwcześniej we Włoszech w miastach nie posiadających wydziałów lekarskich a miały za cel obronę lekarzy, rozstrzyganie sporów, nadzór nad aptekami itd. Ferrarius przedstawił jak wspomniałem w rękopisie traktat z tej właśnie dziedziny, który nie dochował się.

[17]) Zob. Antichi Archivi Veronesi, Archivio del Commune processi busta 23 n. 242 c. 10—12.

[18]) W podręczniku Metlingera z r. 1497 zdobi kartę tytułową drzeworyt powtórzony w wydaniu z r. 1500 por. reprodukcję u K. Sudhoffa: Deutsche medizinische Inkunabeln Lipsk 1908 str. 41/2 Nr. 38/9. Spalizzi l. c. str. 4, 6, 7 daje odbitki z 4-ch ilustracji (ściąganie mleka, ochrona główki dziecka, wózek do ćwiczenia w chodzeniu, krzesło dziecięce).

[19]) Jako źródła wymienia: Aetiusa, Avicennę, Celsusa, Marsiliusa Ficina, Galena, Gelliusa (zob. o nim poniżej), Hippokratesa, Oribasiusa, Pliniusza, Aleksandra z Urale, Vergilego i i.

[20]) Zdanie Favoryna (por. Gellius Noctes Atticae XII. źródło cytowane przez Ferrariusa).

[21]) Zob. Gellius, Noctes Atticae.

[22]) Aforyzm 7.

[23]) Zob. Gellius, l. c.

[24]) Aforyzmy 8, 9.

[25]) Zob. Gellius, l. c.

[26]) Por. J. Fritz: Z dziejów pedjatrji XVI. w. w Archiwum do hist. medycyny l. str. 257.

[27])—[26])

i mięso a nawet nieco później wprawdzie po odłączeniu trochę wina z wodą. Odłączać powinna matka stopniowo uzupełniając pokarm pożywieniem sztucznem. Gdy dziecko usiłuje wracać do piersi, obrzydzić mu je nacierając sutki sokiem z świeżego absyntu.

Po urodzeniu natychmiast skąpać dziecię, do oczek wpuścić oliwę, zbadać czy odbytnica jest drożną, na pęcherz moczowy uciskając przyśpieszyć oddanie moczu i obejrzeć członki ciała.

Do trzeciego roku nacierać dziecko solą i oliwą, masować, do czwartego miesiąca kąpać je codziennie, do siódmego co drugi dzień (przesadnem jest zdanie Avicenny, by czynić to trzy razy dziennie), zaś do końca drugiego roku dwa razy w tygodniu, w lecie w letniej, w zimie w zimnej wodzie. Położenie dziecka w kąpieli Ferrarius dokładnie opisuje, uważać każe, by woda nie dostała się do uszu, wodę zmieszać zawsze z wyciągiem z wonnych ziół. Po kąpieli obwija się dziecię w powijaki szczegółowo opisywane, ściągając rączki do kolan. Od czwartego miesiąca można już rączki zwalniać, od dziesiątego nie obwijać nóżek, w drugim roku zostawiać klatkę piersiową wolną [28]).

Dbać należy bardzo o świeże powietrze. Ferrari określa je również szczegółowo podając nawet kierunek wiatrów, który zdaniem autora nie pozostaje bez wpływu na wszelakie choroby płuc, żołądka, skóry i systemu nerwowego.

Kołyskę ustawia zdala od dymu, owadów i płazów, te bowiem mogą się czasem dostać przez usta dziecka do żołądka, jak to autor słyszał od jednego z przyjaciół lekarzy, który opisywał przypadek połknięcia dwu jaszczurek przez chłopca. Jeszczurki siedząc w żołądku tak go drażniły, iż miotał się jak epileptyk, aż je zwymiotował. Pokój dziecięcy ma być jasny, w zimie powinno być zawsze przy kołysce około nóżek dziecka umieszczone światło. Dziecko ma leżeć przykryte aż do ust, gdy zapłacze natychmiast je rozwinąć i oglądnąć, albowiem dzieci nie płaczą nigdy bez przyczyny [29]).

Ząbkowanie wyjąwszy czas wykłuwania się kłów nie jest tak niebezpieczne. Gdy dziecię stawiać zaczyna pierwsze kroki dbać, by nie upadało i nie uderzało się w główkę, umieszczać je w wózeczku, który daje oparcie przy chodzeniu, głowę zaś ochraniać nakryciem podobnem do korony, przedstawionem na jednej z rycin.

Na rozwój psychiczny wpływać powinni rodzice posługując się środkami łagodnemi, nie karać, nie straszyć; bajkami są opowiadania o strzygach — nie kląć przed niemi, od szóstego roku życia rozpocząć naukę czytania. Nie broń dziecku pokazywać i do rąk podawać, lecz księgi. Ćwiczyć je fizycznie, ćwiczenia jednak niech odpowiadają wiekowi i stanowi fizycznemu dzieci.

Część druga podręcznika zajmuje się w 57 rozdziałach chorobami wieku dziecięcego nie wychodząc poza ramy znanych wówczas i często powtarzanych opisów chorób i przebogatej ich terapji. Z pośród nich podniosę rozdział o skazie wysiękowej *de crusta lactea,* której przyczyny dopatruje się w ostrej, słonej i żrącej wilgoci, mieszającej się z krwią i ustępy o chorobach skóry i systemu nerwowego, obszerne, wyczerpująco przedstawiające zawiłe wówczas poglądy na ich przyczyny.

Gdy ujmiemy całość podręcznika i porównamy ją z współczesnymi traktatami, odbija jak to już zaznaczyliśmy, bardzo korzystnie część jego pierwszą, którą podkreśliliśmy w naszem krótkiem przedstawieniu. Opiera się ona wprawdzie na źródłach starożytnych — czego wymagały czasy odrodzenia — nie jest jednak pozbawioną oryginalności, choćby już z tego względu, że na pierwszy plan podręcznika ją wysunięto i tak wyraźnie w niej konieczność karmienia piersią matki przedstawiono. Miłe uderzają w całym podręczniku częste opisy i wzmianki o przypadkach leczonych przez autora samego, swoboda, oraz wnioskowanie na doświadczeniu własnem oparte.

Osądzając dziś Ferrriusa, śmiało rzec można, że conajmniej trzy czwarte zgłoszonych przez niego a powyżej przedstawionych zasad podpisze spokojnie każdy lekarz chorób dziecięcych a jego obrona praw dziecka i troska o jego higjenę pozwoli dziejopisowi tej gałęzi nauk lekarskich wyznaczyć zapomnianemu już prawie autorowi poczesne miejsce wśród lekarzy pedjatrów XVI. stulecia.

[28]) Por. znaną terakotę Luki della Robbia przedstawiającą oseska z swobodnemi rączkami.

[29]) ... infantes nunquam plorant sine legitima causa.

Prace oryginalne.

Franciszek GRÖER i Stanisław PROGULSKI. Lwów.

W sprawie znaczenia diagnostyki skórnej dla stanów nadwrażliwości.

Z Kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Gröer.

Wiadomo, jak ważną rolę odegrał w ostatnich latach odczyn skórny jako sprawdzian stanów nadwrażliwości i to szczególnie w piśmiennictwie zagranicznem (Ameryka). Punktem wyjścia dla jego rozbudowy był pogląd, iż cały szereg zespołów objawowych, znanych nam dobrze z klinicznej patologji, daje się w końcu wytłumaczyć, pod względem przyczynowym wrodzoną a jeszcze częściej nabytą nadwrażliwością.

Dla sprawy lecznictwa wynikałoby stąd wdzięczne zadanie wynalezienia istoty uczulającej, aby móc z jej pomocą przeprowadzić odczulenie. Wyśledzenia antigenu usiłowano dokonać na drodze odczynów skórnych przyjmując za zasadę, że wyrazem nadwrażliwości ogólnej będzie zawsze nadwrażliwość miejscowa skóry. Nie wchodzimy tu w kwestję znaczenia nadwrażliwości dla patogenezy klinicznej, której rola, zdaniem naszem, jest bardzo ograniczona; pragniemy jedynie przedstawić pokrótce przebieg badań, których celem było ustalenie wartości diagnostyki skórnej w rozpoznawaniu pewnych i jawnych stanów nadwrażliwości.

Opierając się na doświadczeniach jednego z nas (Gröer) o sposobie oddziaływania skóry na bodźce chemiczne dokładnie określone, musimy przyjąć zapatrywania amerykańskie nie bez zastrzeżeń. Dla wyjaśnienia tego poglądu, koniecznem jest przypomnieć, że istnieją dwa rodzaje odczynów skórnych:

1. bezpośrednie, czynnościowe i
2. zapalne.

Pierwsze wyróżniają się tem, iż w miejscu zadziałania bodźca chemicznego — o ile niema on wybitnego, swoistego działania farmako-dynamicznego na naczynia — powstaje zawsze bąbel pokrzywkowy. Bąbel ten zależy od rodzaju i stężenia zastosowanego środka i od wrażliwości osobniczej badanego. Ta ostatnia podlega bardzo znacznym wahaniom. Te właśnie wahania, które dotyczą wszystkich dotychczas stosowanych śródskórnie środków, nasuwają poważne wątpliwości co do wyników badaczy amerykańskich.

Jeszcze mniej nadają się dla naszych celów odczyny zapalne, pomimo pewnych analogji z diagnostyką tuberkulinową. Występują one dopiero po zniknięciu bąbla, pozostając w odwrotnym stosunku do niego. Im większy bąbel, tem słabszy odczyn zapalny. Pozatem wchodzą odczyny zapalne tem mniej w rachubę dla diagnostyki nadwrażliwości, ponieważ nie wszystkie ciała wywołują odczyny zapalne, wszystkie zaś (uwzględniając odpowiednie stężenie) wywołują bąble. To też Amerykanie zużytkowują tylko pierwszą postać odczynów dla swej diagnostyki. Z rozmiarów bąbla przy zastosowaniu śródskórnem, z pojawienia się lub też braku jego przy metodzie skórnej, sądzi się o wrażliwości.

Przedmiotem naszych badań był przypadek idjosynkrazji przeciw rakowi rzecznemu. W przypadku tym można było z całą ścisłością eksperymentu stwierdzić każdorazowo wystąpienie najcięższych objawów po spożyciu najmniejszych ilości mięsa rakowego lub zupy. Oprócz tego nadwrażliwego osobnika poddaliśmy kontroli jeszcze trzech innych osobników niewrażliwych na białko z raków. Wprzód porównaliśmy zdolność oddziaływania na śródskórne wstrzyknięcie morfiny, peptonu chapoteau i wywaru z raków. Wyniki były następujące:

Średnica bąbla w mm:

	Morfina 10-5	Pepton 1%	Wyciąg z raków
Prof. G. (nadwrażliwy na raki)	18	20	35
Doc. P.	15	16	15
Dr. P.	17	25	16
Dr. B.	15	25	34

Jak widzimy, niema równorzędności w oddziaływaniu na bodźce limfopędne. Jeden i ten sam osobnik oddziaływuje silnie na jeden środek, a tylko słabo na dwa inne, albo też dwa środki działają silnie a trzeci słabiej. Najciekawszym był fakt, że z pośród trzech osobników równocześnie badanych dla kontroli, jeden okazywał bardzo silny (Dr. B.) odczyn skórny po zastrzyknięciu śródskórnem białka rakowego, równie silny, jak ten u osobnika nadwrażliwego (Prof. G.). Na podstawie tego doszliśmy do wniosku, iż wzmożona zdolność oddziaływania skórnego, nie jest jeszcze dowodem ogólnej nadwrażliwości.

W miejscu wstrzyknięcia peptonu i wyciągu z raków wystąpiły w ciągu 24 godzin u wszystkich czterech osobników następujące odczyny zapalne:

Odczyny zapalne (średnica w mm):

	Pepton	Wyciąg z raków
Prof. G.	8	ślad
Doc. P.	15	40
Dr. P.	ślad	30
Dr. B.	ślad	10

I tu znaleźliśmy potwierdzenie teorji o odwrotności stosunku rozmiarów bąbla do natężenia odczynu zapalnego, albowiem osobniki, u których wyciąg z raków i pepton wywoływały mały bąbel, okazywali bardzo wybitne odczyny zapalne.

Ciekawem jest podobieństwo zauważone pomiędzy odczynem zapalnym, wywołanym działaniem tuberkuliny i białka rakowego a dających się powstrzymywać jednako działaniem adrenaliny.

Ponieważ okazało się, że dwa osobniki, z których jeden tylko odznaczał się ogólną trawienną nadwrażliwością na białko raków, oddziaływują w sposób jednako wzmożony na to samo białko wprowadzone drogą śródskórną, staraliśmy się zróżniczkować oba odczyny poddawszy je dokładniejszej analizie. W tym celu badaliśmy przedewszystkiem stosunek stężenia wyciągu z raków do rozmiarów bąbla.

Stosunek ten, jak wiadomo z prac Gröera i Żytyńskiego nad odczynem morfinowym, jest ściśle określony. Mianowicie iloczyn logarytmu stężenia i największej średnicy bąbla w mm jest wielkością dla danego osobnika stałą i charakterystyczną. Prawo to okazało się słusznem w naszych doświadczeniach z peptonem i białkiem raków tylko o tyle, o ile chodziło o odczyny słabe. U obydwóch osobników z nadwrażliwym odczynem skórnym stosunek ten ulegał zmianie, podobnie, jak przy stosowaniu nadmiernych stężeń morfiny. Jednakowoż obaj badani zachowywali się zupełnie jednako, tak, że i tą drogą nie można było stwierdzić różnicy pomiędzy osobnikiem ogólnie nadwrażliwym a tym, który wykazywał jedynie nadwrażliwość skórną.

W końcu wykazaliśmy możliwość biernego przeniesienia nadwrażliwości skórnej zastrzyknąwszy jednemu z badanych oddziaływującemu prawidłowo, 2 cm³ surowicy osobnika, ogólnie nadwrażliwego. Po 24 godzinach mogliśmy stwierdzić w miejscu zastrzyknięcia surowicy wzmożoną wrażliwość na śródskórne wprowadzenie białka raków. Bąbel 15 mm na miejscu normalnem, a 37 mm na miejscu naczulonem. Tem samem potwierdzają się spostrzeżenia innych autorów co do możliwości biernego przeniesienia nadwrażliwości skórnej także odnośnie do nadwrażliwości na białko rakowe.

Na podstawie naszych badań wysnuwamy wniosek, że *nadwrażliwość dająca się stwierdzić odczynem skórnym nie jest jeszcze bezwzględnym wyrazem nadwrażliwości ogólnej, wywołanej drogą przewodu pokarmowego.* Mechanizm nadwrażliwości ogólnej składa się prawdopodobnie z dwóch grup zjawisk: wprzód musi obce białko przebyć w stanie niezmienionym zaporę narządu trawiennego a dopiero potem drogą krwiobiegu styka się z narządami nadwrażliwemi wywołują objawy ogólnej nadwrażliwości. Osobnik, który okazuje nawet bardzo wybitny odczyn skórny nie musi dawać objawów ogólnej nadwrażliwości, skoro jego narząd trawienny jest nieprzepuszczalny.

Teoretycznie możnaby jeszcze przewidywać i odwrotną możliwość, mianowicie brak ogólnych objawów u osobnika z przepuszczalnym narządem trawienia lecz nie nadwrażliwemi narządami skóry.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA, Lwów.
adjunkt. Zakładu.

W sprawie pochodzenia wrodzonego braku lub niedrożności przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. (Dyrektor: Prof. dr. Nowicki).

Wrodzone zwężenie, niedrożność lub brak zupełny przewodów żółciowych i woreczka żółciowego zachodzi jak wiadomo, rzadko. Benecke zestawił w piśmiennictwie około 90 tego rodzaju przypadków; każdy z tych przypadków dlatego jest ciekawy i zbadania godny, gdyż patogeneza tej zmiany nie jest dotąd jeszcze wyjaśniona. Wrodzone zwężenie, niedrożność lub brak przewodów żółciowych i woreczka żółciowego rozmaicie się może przedstawiać. W jednych przypadkach jest zupełny brak przewodów żółciowych pozawątrobowych, w innych można wykazać pozostałości przewodów, ale tylko zarośniętych lub częściowo drożnych. Nieraz przewody są zachowane, tylko ich połączenie z dwunastnicą jest przerwane. Może być również brak zupełny lub częściowy woreczka żółciowego i jego przewodu. Według zestawienia Benecke'go najczęściej zachodzi brak przewodu żółciowego wspólnego.

Dzieci tą wadą dotknięte umierają zwykle już w kilka dni po urodzeniu, niekiedy żyją nawet kilka miesięcy i mają najczęściej bardzo wybitną żółtaczkę.

Należy się więc zapytać, jakie jest pochodzenie omawianych zmian; czy jest to pierwotna wada rozwojowa, czy też zmiana, powstała na tle pewnych procesów patologicznych. Sprawa ta, jak już wspomniałam, nie jest jeszcze rozstrzygnięta, a zapatrywania co do niej są rozmaite.

Zanim zapatrywania te przytoczę, omówię w krótkości rozwój embrjologiczny przewodów żółciowych.

Według najnowszych badań, przedewszystkiem Brachet'a, zaczątki wątroby i dróg żółciowych powstają ze ściany uchyłka jelitowego, którego część dogłowowa inaczej zachowuje się, jak ogonowa. Pierwsza część, *pars hepatica*, tworzy drogi żółciowe, ze środkowej części bujają komórki wątrobowe miąższowe, w ogonowej zaś części uchyłka, *pars cystica*, ściana uchyłka jest gładka, i wypuklając się wytwarza woreczek żółciowy. Potem zwęża się część uchyłka, łącząca go z dwunastnicą, w ten sposób powstaje wspólny przewód żółciowy. O wrodzonym braku przewodu żółciowego wspólnego nie można więc mówić, gdyż stanowi on pierwszą część uchyłka jelitowego, z którego wytwarza się wątroba, przewody żółciowe i pęcherzyk. Te poszczególne części mogą się później wcale nie rozwijać, albo tylko częściowo, albo też, rozwinąwszy się znowu potem mogą zanikać.

Co się tyczy zapatrywań, tłumaczących powstanie opisanych braków, to również tylko wspomnę o nich krótko.

Część autorów mówi o wadzie rozwojowej, o niewytworzeniu się, co jednak należy odrzucić na podstawie nowszych badań embrjologicznych.

Benecke przyjmuje pierwotne odsznurowanie się samoistne nabłonka przewodu żółciowego od nabłonka jelitowego. Rozwój wątroby jest to proces różniczkowania się nabłonków przy którym jednak nabłonek dwunastnicy i zróżniczkowany nabłonek przewodu żółciowego nie odsznurowują się od siebie, jak to widzimy w innych przypadkach różnicowania się nabłonków. Jeżeli zajdzie odsznurowanie, wówczas przyczyna leżeć może w pierwotnej anomalji nabłonków, albo

też w jakimś czynniku, który usposabia do tego procesu. Tem tłumaczy Benecke powstanie zmian właśnie w miejscu przejścia dwunastnicy w przewód żółciowy wspólny.

Przeciw tej hipotezie Benecke'go przemawiają jednak przypadki, jak przypadek Elperin'a, w których z dwunastnicy wychodził dobrze rozwinięty przewód żółciowy, który się następowo ślepo kończył, odsznurowanie zatem, nie zaszło w miejscu różniczkowania się nabłonków. Inna grupa autorów uważa za przyczynę sprawę zapalną, i to przedewszystkiem kiłową.

Dyskusja na ten temat była bardzo ożywiona, ostatecznie większość zapatrywań wypowiada się przeciw kile, a to z tego powodu, że nie stwierdzono u odnośnych dzieci innych zmian przemawiających za kiłą, również nie było odpowiednich danych z wywiadów, jakoteż był ujemny wynik odczynu Wassermann'a. Co się tyczy zapalenia pochodzenia innego to Schüppel, Berend i Flebbe uważają, że zachodziła tu pierwotna sprawa zapalna, wychodząca z przewodu pokarmowego, rzecz która jednak nie jest udowodniona; inni jak Giese, dopatrują się przyczyny zapalenia w nieprawidłowym składzie żółci, Portal stwierdził kamienie żółciowe i im też przypisuje przyczynę zamknięcia przewodów żółciowych; takich przypadków jest jednak bardzo mało. W ostatnich czasach Frensdorf uważa, że powodem zaniku dróg żółciowych może być zapalenie około dróg żółciowych, zapalenie tkanki łącznej około-wątrobowej, które powstało po pierwotnem zapaleniu wątroby i dróg żółciowych, i wskutek bliznowacenia i ucisku wywołało zwężenie dróg żółciowych.

Według Elperin'a, bujanie tkanki łącznej dookoła przewodów nie miało jednak w jego przypadku charakteru bujania zapalnego, tylko bujania zastępczego, na podstawie też czego Elperin odrzuca hipotezę Frensdorf'a, wypowiadając nową myśl, mianowicie czy nie zachodzi tutaj mechaniczne odsznurowanie się wątroby od przymocowanej do kręgosłupa dwunastnicy, z rozciąganiem przewodów żółciowych tak dalece, że światło zostaje zamknięte. Dowodem na to, że tutaj działają jakieś nieprawidłowe czynniki mechaniczne, pod których wpływem wątroba stale zostaje przesuwaną i uciśniętą, miałyby być owe pozaciągania i wręby, tak często stwierdzane w tych przypadkach. Pewnych dowodów jednak dla tego przypuszczenia nie mamy.

Jak więc widzimy sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

Co się tyczy braku lub niedorozwoju woreczka żółciowego, to na podstawie rozwoju embrjonalnego można przyjąć jego niewytworzenie się zupełne lub też częściowe.

W ostatnich czasach miałam sposobność badać dwa przypadki wrodzonego braku lub zwężenia dróg żółciowych, a dokładniejszy ich opis podaję dlatego, ponieważ szczególnie jeden z tych przypadków może rzucić pewne światło na powstanie tej dotychczas niejasnej sprawy.

Przypadek I. Ch. K. 5-tygod.

Rozpoznanie kliniczne: *Icterus e mala formati ne ductus choledochi.*

Sekcja: L. pr. 595/24. Dziecko wielkości odpowiedniej, o budowie prawidłowej i odżywieniu lichem. Skóra jego jest wybitnie żółtaczkowo zabarwiona i ma rozległe plamy pośmiertne. Brzuch jest nieco wzdęty. W zakresie głowy i czaszki zmian się nie stwierdza. Opony mózgu są przekrwione, mózg zaś sam blady.

Klatka piersiowa: Grasica jest słabo rozwinięta, na opłucnej i osierdziu widać drobne wybroczyny; płuca i mięsień sercowy są blade i żółtaczkowo zabarwione.

Jama brzuszna: Ułożenie trzew jest prawidłowe.

Śledziona powiększona, torebka jej jest zgrubiała. Na przekroju śledziony widać znaczny rozrost tkanki łącznej, wskutek czego miąższ jest oporny; barwa jego zielonkawa.

Nerki są blade i żółtaczkowo zabarwione.

Żołądek jest rozszerzony, błona śluzowa jest blada i okazuje miejscami wybroczynki.

Dwunastnica ma również błonę śluzową bladą; w jelitach i kiszkach aparat chłonny jest wyraźnie widoczny, kał zaś odbarwiony.

Trzustka jest mała, blada i dość oporna.

Wątroba jest nieco pomniejszona i oliwkowo zielona. Torebka jej okazuje zgrubienia i zmętnienia, powierzchnia wątroby naogół jest gładka i okazuje tylko w miejscach wnikania rozgałęzień żylnych nieznaczne pozaciągania. Pozatem widać na dolnym brzegu płata prawego dwie głębokie bruzdy. Na powierzchni tylnej, w okolicy wnęki wątroby i w miejscu przebiegu naczyń i przewodów żółciowych oraz woreczka żółciowego uderza silny rozrost tkanki łącznej, miejscami dość zbitej po odpreparowaniu jej, stwierdza się, że żyła wrotna, żyły wątrobowe i tętnice wątrobowe prawidłowo się zachowują, jedynie żyła wrotna jest bardzo szeroka. Woreczek żółciowy przedstawia się jako pasemko tkanki łącznej, na jego przekroju jednak widać małe światło około 1 mm szerokie. Przewód pęcherzykowy jest bardzo cienki i przy oglądaniu gołem okiem światła się nie zauważa i łączy się z przewodem żółciowym wspólnym, do którego nieco wyżej wpadają przewody wątrobowe. Przewody te, jakoteż przewód wspólny żółciowy przedstawiają się jako blade wąskie, taśmowate pasemka, nie okazujące na przekroju światła, tylko miejscami widać w ich środku zielonkawo zabarwiony punkcik. Przewody wątrobowe wchodzą do wnęki wątroby i tutaj się gubią wśród silnie rozwiniętej tkanki łącznej śródmiąższowej, która w całej wątrobie wybitnie jest rozwinięta, odgraniczają się ostro od miąższu. Światła przewodów nie widać. Przewód żółciowy wspólny wchodzi do ściany dwunastnicy, która w tem miejscu zrośnięta jest z trzustką i wśród tej ostatniej się gubi. Do brodawki Vater'a wchodzi tylko przewód trzustkowy.

Badanie drobnowidowe: W skrawkach wyciętych z obwodowej części wątroby widać zraziki wątrobowe o bardzo nieregularnych postaciach, otoczone szerokiemi pasmami tkanki łącznej, ostro się odcinającej od miąższu wątroby. Komórki wątrobowe są małe i mają nieregularne postacie; układają się one w cienkie beleczki, pomiędzy któremi widać szerokie przestrzenie naczyniowe, jądra komórek wątrobowych dobrze się barwią, a w pierwoszczy, częściowo tłuszczowo zwyrodniałej, widać zielonkawe ziarenka barwika żółci. Pomiędzy komórkami w włosowatych przestrzeniach żółciowych są obfite, jednolito zielonkawe cylindry żółciowe. W rozszerzonych naczyniach żylnych między-beleczkowych widać ciałka czerwone krwi, nieco limfocytów, i wielkie nieregularne komórki, zawierające obficie barwik żółci, miejscami zaś ciałka czerwone krwi. Owe wielkie komórki są to niewątpliwie złuszczone komórki Kupfera. Obfita tkanka łączna między-zrazikowa przedstawia się jako tkanka włóknista, o skąpych jądrach; w tkance tej widać nieco komórek okrągłych, pozatem dość wąskie żyły i drobne tętniczki, a dalej obfite przewody żółciowe o światłach bardzo wąskich, miejscami zupełnie niewidocznych. Komórki wyścielające mają postać kubiczną, albo są więcej spłaszczone i przypominają śródbłonki naczyń; łuszczą się one obficie. W świetle tych przewodów widać tu i ówdzie nieco barwika żółci.



Ryc. 1.

Przypadek I.: Przekrój poprzeczny przez tkankę we wnęce wątroby; *a*) pozostałości światła przewodu żółciowego, *b*) nacieki drobnokomórkowe zapalne naokoło tego światła, *c*) tk. łączna włóknista, *d*) naczynie tętnicze. Leitz. Ok. IV. Obj. Zeiss B.

W skrawkach wyciętych z wnęki wątroby w miejscu wejścia naczyń i łączenia się wielkich przewodów żółciowych, obrazy

drobnowidowe o tyle się różnią od poprzednich, że dokoła przewodów żółciowych pojawiają się miejscami nacieki zapalne, nawet dość obfite, składające się przeważnie z komórek okrągłych, nielicznych komórek plazmatycznych, następnie z leukocytów wielojądrzastych i poszczególnych komórek eozynochłonnych. (Ryc. 1.). Nacieki zwężają światło przewodów, których nabłonki obficie się łuszczą. Tkanka łączna między-zrazikowa jest tutaj bardzo zbita i układa się więcej dośrodkowo i to przedewszystkiem dookoła przewodów żółciowych.

W następnych preparatach, przedstawiających już same przewody żółciowe, tuż po ich wyjściu z wątroby, zmiany bardzo są wybitne. Samo światło przedstawia tutaj wąską, gwiazdkowatą szczelinę, miejscami zaledwie widoczną, dookoła tego światła widać bardzo obfite nacieki zapalne o charakterze wyżej opisanym (Ryc. 1 *a* i *b*), miejscami znowu drobne naczynka włosowate i komórki włóknotwórcze, a zatem obrazy organizacji. Ta młoda tkanka zapalna wrosła do światła przewodu, powodując jego zwężenie. Nabłonki wyścielające są przeważnie złuszczone. W otoczeniu przewodu żółciowego widać luźniejszą tkankę łączną, a w niej obfite naczynia tętnicze, żyły i nerwy, dookoła których pojawiają się również nacieki drobnokomórkowe, oraz tu i ówdzie złogi hemosyderyny. W jednem z naczyń stwierdzono wielki zakrzep przyścienny. W preparatach wyciętych z niższych części przewodu światło zupełnie znikło, w miejscu przewodu widać maleńką koncentryczną bliznę, a w tkance otaczającej są jeszcze nieznaczne nacieki zapalne.

Następnie badano ścianę dwunastnicy w okolicy brodawki Vatera. Tutaj w samej ścianie stwierdzono tkankę trzustkową, której zraziki, okazujące liczne wysepki Langerhansa, otoczone są obfitą, zbitą tkanką łączną, w której widać przewód trzustkowy. Przewodu żółciowego nie wykazano, gubi się on wśród tkanki łącznej. W samej ścianie dwunastnicy stwierdza się łuszczenie nabłonków gruczołowych, tkanka łączna zaś międzygruczołowa i podśluzowa jest zgrubiała, miejscami widać w niej skąpe limfocyty i komórki plazmatyczne.

Żołądek widocznych zmian nie przedstawia.

Ściany woreczka żółciowego są dobrze rozwinięte, szczególnie mięśniówka. W błonie śluzowej, częściowo obnażonej z nabłonka widać nacieki drobnokomórkowe, pojawiające się także w mięśniówce i zgrubiałej otrzewnej. Przewód pęcherzykowy przedstawia się jako pasemko tkanki łącznej, w którem światła nie można było stwierdzić.

Nadto badano drobnowidowo wszystkie narządy, lecz nie stwierdzono w nich zmian godnych uwagi, z wyjątkiem śledziony, w której tkanka łączna śródmiąższowa jest silnie rozwinięta, w miąższu zaś samym są obfite śródbłonki, zawierające barwik żółci. Badanie co do drobnoustrojów w preparatach barwionych metodą Grama dało wynik ujemny.

Na podstawie badania sekcyjnego i drobnowidowego rozpoznaliśmy zatem w przypadku tym: *Cirrhosis biliaris hepatis. Pericholangitis chronica subsequente obliteratione ductus choledochi et hepatici. Cirrhosis pancreatis et lienis. Duodenitis chronica. Icterus et anaemia maioris gradus. Diathesis haemorrhagica.*

Przypadek II. T. M. 5 mies.

Rozpoznanie kliniczne: *Cirrhosis hepatis.*

Sekcja: L. pr. 277/22.8 g. p. śm.: Zwłoki dziecka słabo rozwiniętego. Skóra jest blada, cienka i wybitnie żółtaczkowo zabarwiona. Okazuje ona skąpe plamy pośmiertne. Brzuch jest wzdęty. W zakresie głowy i czaszki zmian nie stwierdzono. Mózg na przekroju jest blady.

Klatka piersiowa: Grasica jest słabo rozwinięta, płuca na przekroju są blade i żółtaczkowo zabarwione, płaty górne są powietrzne, dolne okazują rozsiane ogniska zapalenia płuc zrazikowego. Oskrzela są przekrwione i okazują obfitą treść śluzowo-ropną.

Mięsień sercowy jest blady, żółtaczkowo zabarwiony.

Jama brzuszna: Ułożenie trzew jest prawidłowe. Śledziona jest powiększona, o silnie rozwiniętej tkance łącznej śródmiąższowej, sam miąższ jest blady i dość oporny.

Nerki są również blade i żółtaczkowo zabarwione, podobnie nadnercza.

Żołądek jest rozszerzony, jego błona śluzowa jest blada i lekko zgrubiała. Ten sam obraz okazuje także dwunastnica.

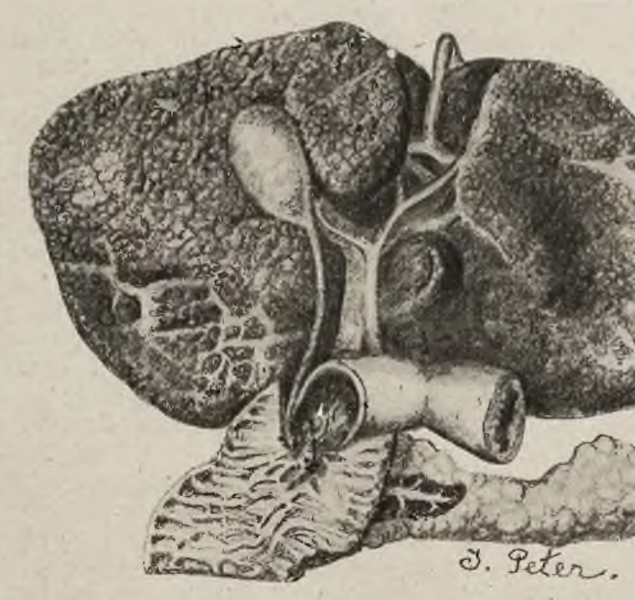
W jelitach i kiszkach widać przerost aparatu chłonnego.

Wątroba jest mała, ciężka, oliwkowo-zielono zabarwiona. Powierzchnia jej jest wybitnie zabarwiona i okazuje miejscami nawet dość głębokie pozaciągania. Na przekroju miąższ wątroby jest twardy z powodu znacznego rozrostu tkanki łącznej okołozrazikowej, która szczególnie w okolicy wnęki wątrobowej występuje wyraźnie, tworząc w miejscu wejścia wielkich pni naczyniowych grubą białą tkankę (Ryc. 2.). Również na zewnątrz wątroby w okolicy przebiegu naczyń i przewodów żółciowych uderza, podobnie jak w przypadku pierwszym, silny rozrost tkanki łącznej, po której odpreparowaniu można było wykazać tętnicę wątrobową, żyłę bramną i wątrobową. Przewodów żółciowych zupełnie nie stwierdzono.

Woreczek żółciowy jest rozdęty i wypełniony jasnym gęstym śluzem a ściany jego są bibułkowato cienkie.

Przewód pęcherzykowy jest bardzo długi i cienki, a na poprzecznym przekroju nie okazuje światła; wchodzi on w ścianę dwunastnicy, w której się gubi. Do brodawki Vatera uchodzi tylko przewód trzustkowy.

Trzustka jest mała, blada i wybitnie twarda.



Ryc. 2.

Przypadek II.: Wątroba marska na tle zastoju żółci; od woreczka żółciowego przewód woreczkowy w postaci postronka. Szeroka żyła wrotna a pod nią tętnica wątrobowa. Brak przewodu żółciowego wspólnego i wątrobowych.

Badanie drobnowidowe: Obrazy mikroskopowe wątroby są naogół bardzo podobne do obrazów poprzedniego przypadku; uderza tylko może jeszcze wybitniejszy rozrost tkanki łącznej między-zrazikowej, szczególnie w preparatach wyciętych z wnęki wątroby. Tutaj obfita tkanka łączna obsznurowuje wprost przewody żółciowe większe, wnikając często do ich światła, także w niektórych miejscach otrzymujemy obrazy podobne do śródkanalikowego włókniaka gruczołu piersiowego (*fibroma intracanaliculare mammae*)

Starałam się śledzić przewody aż do ich końca, t. zn. aż do miejsca, w którem wychodzą z wątroby, w tym celu robiłam liczne preparaty z wyżej opisanej błoniastej tkanki łącznej wnękowej. Wszędzie tu widać dobrze przewody żółciowe, tylko bardzo zwężone, prawie bez światła; w jednem miejscu jest torbielowate rozszerzenie wielkiego przewodu żółciowego. Ostatecznie widać wielki przewód żółciowy, zupełnie uciśnięty, gubiący się wśród tkanki bliznowatej. Nacieków zapalnych dookoła przewodów żółciowych nigdzie nie można było stwierdzić, tylko tu i ówdzie były nieliczne komórki limfoidalne.

Ściana woreczka żółciowego jest mniej więcej prawidłowo zbudowana, tylko jej poszczególne warstwy są bardzo cienkie. Przewód pęcherzykowy przedstawia się jako pasemko zbitej tkanki łącznej i gubi się wśród trzustki, która podobnie jak w pierwszym przypadku, częściowo leży w ścianie dwunastnicy i okazuje wybitny między-zrazikowy rozrost tkanki łącznej. Z innych narządów śledziona, żołądek i dwunastnica okazywały ten sam obraz jak w przypadku pierwszym. Innych zmian godnych uwagi w przypadku tym nie stwierdzono.

Rozpoznanie anatomiczne zatem opiewa:

Cirrhosis hepatis biliaris. Atresia ductus choledochi et hepaticorum. Hydrops vesicae felleae et obliteratio ductus cystici. Cirrhosis pancreatis et renis. Gastroduodenitis chronica. Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis utriusque. Icterus et anaemia maioris gradus.

Jak należy wytłumaczyć zmiany, stwierdzone w przytoczonych przezemnie przypadkach?

W przypadku pierwszym stwierdziśmy jeszcze wszystkie przewody żółciowe, chociaż bardzo zmienione. Widzieliśmy, że przewód żółciowy wspólny był zupełnie zamknięty przez tkankę łączną bliznowatą; wyżej położone przewody wątrobowe okazywały jeszcze pozostałości światła, ale były w okresie wytwarzającej się niedrożności w następstwie przewlekłego procesu zapalnego, toczącego się w ich otoczeniu, a zaznaczonego bardzo obfitemi naciekami drobno-komórkowem i świeżą tkanką ziarninową.

Prawdopodobnie ten sam proces był przyczyną zamknięcia światła w przewodzie żółciowym wspólnym, za czem przemawiałaby zbita blizna w miejscu przewodu, jeszcze nie-

znaczne nacieki zapalne, i złogi hemosideryny w otoczeniu. W samej wątrobie stwierdzono również nacieki zapalne, jednak już nieznaczne i tylko usadowione we wnęce wątroby, dookoła większych przewodów żółciowych i wnikające do ich światła. W następstwie tych zmian powstało ich zwężenie; więcej ku obwodowi nie można było wykazać zmian zapalnych; należało więc przyjąć, tak jak to chcieli niektórzy autorowie, że ta tkanka łączna między-zrazikowa mogła również powstać jako bujanie następowe w miejscu zwyrodniałych komórek wątrobowych, ulegających zanikowi w następstwie zalegania i działania trującego żółci niemogącej odpłynąć z powodu zamknięcia dróg żółciowych. Zatem zmiany wątrobowe mogłyby być zmianami wtórnemi Że na zewnątrz wątroby toczy się proces zapalny, za tem przemawiałyby również zrosty tkanko-łącznowe stwierdzone w obu przypadkach i to w miejscu przebiegu przewodów żółciowych i naczyń wątrobowych. Przewlekły stan zapalny wykazano również w ścianie pęcherzyka żółciowego, zbliznowacenie zaś w przewodzie pęcherzykowym, odpowiadałoby zmianom przewodu żółciowego wspólnego.

Jest to więc niewątpliwie sprawa zapalna, posuwająca się powoli od dołu ku górze. W dolnych odcinkach dróg żółciowych, w przewodzie żółciowym wspólnym i pęcherzykowym sprawa się już uspokoiła i zabliźniła. Największe nasilenie zapalenia stwierdziliśmy dookoła przewodów wątrobowych, w miejscu wejścia ich do wątroby, następnie w wątrobie samej i pęcherzyku żółciowym były nacieki już mniejsze; ostatecznie w częściach obwodowych był zupełny ich brak. Proces zapalny, toczący się dookoła dróg żółciowych, jest w naszym przypadku przyczyną zamknięcia dróg żółciowych; stwierdziliśmy go u pięciotygodniowego dziecka jeszcze w okresie ostrym, już w ostatnim odcinku, przewodów żółciowych. Możnaby sobie wyobrazić, że proces ten po dojściu do samej wnęki wątroby się uspokaja, może w następstwie pewnego oporu, który mu stawia tkanka łączna wnękowa. Cały przewód żółciowy poza obrębem wątroby leżący ulega zbliznowaceniu i prawie zanikowi, tak, jak to widać już w dolnym odcinku naszego przypadku.

Kto wie, czy także w naszym drugim przypadku, dotyczącym już dziecka starszego, pięciomiesięcznego, z dalej posuniętym obrazem marskości wątroby, jednak bez zmian zapalnych, nie jest taką sprawą, lecz już zagojoną i zabliźnioną, pozostała tylko nitkowato cienka resztka przewodu pęcherzykowego, albo też żółciowego wspólnego. Możliwem jest, że przy dokładnem badaniu drobnowidowem zrostów tkankołącznowych, usuniętych przy preparacji naczyń bylibyśmy znaleźli pozostałości tych przewodów. Na to należałoby w przyszłości zwrócić uwagę. W końcu zapytanie, jaka jest przyczyna sprawy zapalnej, która wywołała opisane zmiany.

Przedewszystkiem należy myśleć o kile. W naszych przypadkach nie było żadnych anatomicznych danych przemawiających za sprawą kiłową, zresztą także badanie co do krętka bladego dało wynik ujemny.

W preparatach gramowych niestwierdzono drobnoustrojów. Może więc sprawa zapalna na tle toksycznem przeszła z wątroby na drogi żółciowe; możliwość taką przyjmuje F r e n s d o r f. Przeciw temu przemawiałby jednak fakt, że sprawa zapalna posuwa się niewątpliwie od dołu ku górze, w samej wątrobie zmiany zapalne były najmniejsze. Zatem sprawa toksyczna pochodząca z przewodu pokarmowego. W takim razie musielibyśmy stwierdzić zmiany w ścianie dwunastnicy a zmian tych nie było, sama zaś brodawka Vatera zupełnie prawidłowo się przedstawiała. Do niej też uchodził w obu przypadkach szeroki przewód trzustkowy. Na jedno może należałoby zwrócić uwagę; w obu przypadkach trzustka w ścianie dwunastnicy była silnie rozwinięta, a w samej trzustce uderzał silny rozrost tkanki łącznej międzyzrazikowej, w której gubiły się przewody żółciowe. Może więc sprawa wyszła z trzustki? Na podstawie naszego badania trudno jest napewne przyjąć takie przypuszczenie. Zmiany trzustkowe mogłyby przecież być wtórne, podobnie jak zmiany tkanko-łącznowe w śledzionie. W każdym razie sprawy zapalne w zakresie wątroby lub jej wnęce, powstałe w życiu płodowem, łatwiejsze są do wytłumaczenia, niż sprawy takie gdzieindziej umiejscowione. Jest to zrozumiałe, jeżeli się uwzględni warunki krążenia płodowego, a więc dostawanie się wszelkich czynników chorobotwórczych przedewszystkiem do krążenia wątrobowego przez żyłę pępkową. Tak więc należy przyjąć, że niedrożność przewodów żółciowych w przypadkach przez nas opisanych jest następstwem procesu zapalnego; przyczyny tego zapalenia nie można jednak określić na podstawie dokładnego badania zmian stwierdzonych, a to choćby z tego względu, że zmiany te są już za daleko posunięte i są właściwie już zejściem tego procesu zapalnego.

Piśmiennictwo.

1) B e n e c k e: Marburg Programm 1907 (według Elperina). — 2) B e r e n d: Jahresberichte d. ges. Med. 1906 — 3) B r a c h e t: Ergebn. d. Anat. und Entwiklungsgesch. 1896. — 4) E l p e r i n: Frankf. Zeitschr. f. Path. 1913. — 5) F l e b b e: Inaug. Diss. München 1907 (według Elperin'a). — 6) F r e n s d o r f: Frankf. Zeitschr. f. Path. 1912. — 7) G i e s e: Jahresber. f. Kinderheilkde. 1896. — 8) S c h ü p p e l: Arch. d. Heilkunde XI. 1870.

Dr. Ludwik ZEMBRZUSKI. Warszawa.

W sprawie leczenia przepuklin pachwinowych i pępkowych u niemowląt*).

O ile operacja doszczętna przepukliny u dzieci po okresie niemowlęctwa uważana jest niemal powszechnie jako postępowanie lecznicze najwłaściwsze, o tyle sprawa tego zabiegu chirurgicznego u niemowląt nie została dotąd ściślej sprecyzowana i powoduje wciąż jeszcze różnice poglądów w świecie lekarskim a nawet wśród samych chirurgów. Ponieważ pomiędzy przepukliną pachwinową i pępkową zachodzi głębsza różnica zarówno co do istoty pochodzenia, rozwoju i przebiegu, przeto rozpatrzymy oddzielnie oba te rodzaje przepuklin z punktu widzenia interesującego nas zagadnienia. Przypomnę na wstępie, że przepukliny pachwinowe spotyka się w wieku niemowlęcym prawie wyłącznie u chłopców; natomiast przewagi wyraźnej płci męskiej w stosunku do przepuklin pępkowych osobiście nie spostrzegałem.

Przepuklina pachwinowa.

Pod względem poglądów co do wieku, w którym należy operować dzieci, dotknięte przepukliną pachwinową, istnieje pomiędzy poszczególnymi autorami wiele sprzeczności.

Kiedy jedni chirurdzy np. Pfaehler, Tavel, Bruno, del Greco, Alapy, Stille, Franke, Spitzy, Szuman zalecają doszczętną operację przepukliny u dzieci bezwzględnie w każdym wieku, t. j. niemal od chwili urodzenia niemowlęcia, względnie zauważenia przepukliny, to znów inni, jak Winternitz, Coley, Kirmisson, Ombredanne, Broca doradzają zabieg chirurgiczny najwcześniej w 2—3 roku życia, poniżej zaś tego wieku — stosowanie pasków. O m b r e d a n n e nawet ze stanowiska pierwotnie nieco radykalniejszego przeszedł w ostatnich czasach na stanowisko znacznie bardziej zachowawcze gdy bowiem w książce swej »*Technique chirurgicale infantile*« w r. 1912 zaleca zwlekać z operacją do 18 miesięcy względnie do 2 lat, to w ostatniem wydaniu swego dzieła »*Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*« z r. 1923, wierząc, że do lat 6 u dziecka z przepukliną pachwinową można wiele osiągnąć za pomocą paska, nie radzi wcześniej operować. O. jest przytem zdania, że najczęściej spostrzega się nawroty po operacjach przepuklin pachwinowych u niemowląt z czem osobiście zgodzić się nie mogę. Oczywiście, że wszyscy ci autorowie, nie wyłączając zachowawców w zasadzie, przystępują do operacji bez względu na wiek dziecka w przypadkach przepuklin uwięzionych i nie dających się odprowadzić.

Na podstawie własnego doświadczenia wydaje mi się najsłuszniejszem, nie hołdowanie wyłączne jednemu z tych dwóch poglądów, lecz indywidualizowanie przypadków, co być może, jest najtrudniejszem ale i najwdzięczniejszem zadaniem sztuki lekarskiej.

Przystępując do określenia własnego stanowiska, zazna-

---

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Polsk. Tow. Pedjatrycznego d. 19. XI. 1924 r.

czę, że jestem osobiście zwolennikiem wykonywania operacji przepuklin pachwinowych już u niemowląt lecz z pewnemi zastrzeżeniami, o których mowa będzie niżej. Natomiast jestem stanowczym przeciwnikiem pasków w tej kategorji przepuklin, a to z powodów następujących:

1) pasek, który powinien być noszony stale, łatwo wywołuje u niemowląt namoknienie (*maceratio*) skóry, pryszczycę, widywano też ropnie, różę, nawet z następczą zgorzelą jądra; ażeby uniknąć tych powikłań, należy bardzo starannie pielęgnować skórę pod paskiem i posiadać parę pasków jednakowych na zmianę.

W praktyce uboższej, gdzie przepukliny zdarzają się najczęściej, nie można liczyć ani na zachowanie należytej czystości i pielęgnowanie skóry, ani na zakupywanie naraz paru dokładnie przylegających względnie drogich pasków, które n. b. powinnyby być dwustronne, nawet przy przepuklinie jednostronnej, a to dla tem pewniejszego trzymania się peloty na właściwem miejscu.

2) Nawet zupełnie *lege artis* używane paski a z konieczności stosowane czas dłuższy, wywołują swym uciskiem zanik tkanek t. j. powięzi i zwłaszcza mięśni w okolicy kanału pachwinowego, co wynik ewentualnej operacji następczej czyni mniej pewnym i tem łatwiej powoduje nawroty.

3) Prawidłowe nałożenie paska wymaga umiejętnego uprzedniego odprowadzenia przepukliny i umieszczenia peloty na właściwem miejscu, co nie każdej matce można powierzyć: gwałtowne odprowadzenie może się odbyć niekiedy *en masse* lub wywołać uszkodzenie rozdętego jelita, z drugiej zaś strony zabieg ten, wykonany nieumiejętnie, niezbyt zręcznie, wywołuje u niemowlęcia bóle, nadymanie się i może udaremnić całkowite odprowadzenie, niezupełne zaś odprowadzenie zawartości przepukliny i nałożenie paska grozić może niekiedy poważnemi następstwami (zaciśnięcie światła jelita, zapalenie sieci, otrzewnej, zrosty i t. p.). Toteż często spotykałem się z tem zjawiskiem, że matka, nie mogąc sobie poradzić z odprowadzaniem przepukliny i poprawnem zakładaniem paska, sama zarzucała jego stosowanie. Właściwie odprowadzanie większych przepuklin winien wykonywać tylko lekarz lub conajmniej kompetentna pielęgniarka, co jest możliwe tylko w wyjątkowych warunkach.

4) Najważniejszym wszakże czynnikiem, przemawiającym przeciw paskowi jest ta okoliczność, że pasek bynajmniej nie zawsze spełnia swe zadanie i nie zawsze zabezpiecza przed nawrotem u osobników pozornie tym sposobem z przepukliny wyleczonych. Sam spostrzegałem przypadki, w których pomimo noszenia paska przez niemowlęta, przepuklina, trwała dalej, a nawet powiększała się (wskutek wrodzonej słabości powłok brzusznych, szerokiego otworu przepuklinowego, nieprawidłowego położenia peloty i t. p.), albo też przepuklina narazie nie występująca czas pewien pod wpływem paska, zjawiała się na nowo, po latach kilku lub kilkunastu. Każdy z nas chirurgów operował starszych chłopców lub młodzieńców, którzy nosili w dzieciństwie pasek, a u których tymczasem pod wpływem wysiłków fizycznych, sportów i t. p. cierpienie to występowało z powrotem. I nic dziwnego: worek przepuklinowy, będący u niemowląt właściwie wyrostkiem pochwowym otrzewnej *(pr. vaginalis peritonei)* pod działaniem paska może nie zrastać całkowicie, nie obliterować, lecz tylko sklejać lub zlepiać. Stan ten wydaje się pozornie pomyślnym lecz do czasu, dopóki pod wpływem czynników, o których była wyżej mowa. nie nastąpi rozklejenie ścian worka i wytworzenie na nowo uchyłka, do którego przedostają się trzewia.

5) Przeciętny pasek nie chroni absolutnie od uwięźnienia przepukliny u niemowląt; nie mówiąc już o tem, że powikłanie to może się zdarzyć podczas czasowego zdjęcia paska co matki często czynią, np. przed kąpielą, dla oczyszczenia go, lub w czasie choroby dziecka lecz uwięźnienie może mieć miejsce u niemowlęcia mającego wprawdzie na sobie pasek lecz niedość dokładnie dobrany i dostosowany, zbyt ruchomy lub stający się luźnym n. p. w razie wychudnięcia dziecka i t. p.

Z założenia, że jestem przeciwnikiem pasków przepuklinowych pachwinowych u niemowląt, nie wynika, ażebym w każdym przypadku nawet u najmłodszego niemowlęcia, to jest bez względu na wiek, natychmiast w miejsce stosowania paska wykonywał operację doszczętną wolnej przepukliny. Z drugiej strony, nie wiek młody jako taki stanowi przeciwwskazanie do zabiegu, lecz stan ogólny dziecka. Prawidłowe stosunki co do wagi, odżywiania, czynności narządów wewnętrznych, zwłaszcza kanału pokarmowego, słowem normalny pod każdym względem stan zdrowia upoważnia do wykonania zabiegu chirurgicznego i nie widzę powodów, ażeby zabieg ten odkładać nawet u najmłodszych niemowląt. Ponieważ jednak odporność ustroju zarówno ogólna jak miejscowa (tkanek) jest również momentem ważnym dla chirurga, zatem, o ile nic nie nagli, przepuklina nie powiększa się gwałtownie i niemowlę rozwija się prawidłowo, korzystniej jest poczekać z operacją do wieku 3—4 miesięcy, kiedy odporność ustroju wzmocni się nieco. Zauważyłem też niejednokrotnie, że po tym okresie, w wieku około $^1/_2$ roku, dzieci zaczynają gorzej znosić przepuklinę: niepokoją się, krzyczą wiele, dostają zaburzeń jelitowych, wymiotują i że wszystko to nieraz ustępuje po wykonaniu operacji doszczętnej. Zanim zbliży się czas, dogodny dla zabiegu chirurgicznego, t. j. w okresie wyczekiwania i obserwacji, nie stosuję nigdy pasków, polecam natomiast częste kąpiele ciepłe, racjonalne odżywianie według wskazówek pedjatry, zwalczanie zaparcia, unikanie przeziębień (kaszel!) i natychmiastowe zwrócenie się o pomoc chirurgiczną w razie zauważenia objawów uwięźnienia przepukliny.

Przy współczesnych metodach postępowania chirurgicznego przy wyrobionej technice i sprawności operatora, przy ulepszonych sposobach usypiania ogólnego — sam zabieg operacji wolnej przepukliny pachwinowej nawet u najmłodszych niemowląt nie przedstawia ryzyka większego niż w pomyślnych warunkach u osób dorosłych, a wyniki daje znacznie trwalsze niż u tych ostatnich. Śmiertelność wskutek zabiegu nie dochodzi do $1^0/_0$. Zanieczyszczenia rany pooperacyjnej można u niemowląt uniknąć z łatwością, stosując opatrunki najprostsze (np. kollodionowe), wypróbowane w chirurgji dziecięcej, nad któremi się rozwodzić na tem miejscu nie będę.

Pomimo to istnieją przypadki, w których należy nie śpieszyć się z zabiegiem chirurgicznym na przepuklinie pachwinowej u niemowląt i odkładać go na czas późniejszy.

Przypadki takie dotyczą dzieci przedwcześnie urodzonych, delikatnych, słabowitych, u których obserwacja stwierdza rozwój upośledzony, zaburzenia czynności jelit, niezależne od przepukliny, katary oskrzeli i wogóle schorzenia, wpływające ujemnie na odporność ustroju. Niemowlęta te wymagają przed operacją odpowiedniego pielęgnowania i leczenia celem poprawy ich stanu. Samo się przez się rozumie, że wyjątek stanowić może uwięźnienie przepukliny, wymagające zabiegu chirurgicznego w razie niemożności odprowadzenia. W tych razach u dzieci bardzo osłabionych, mało odpornych należy uciec się do umiejętnego odprowadzenia uwięzionej przepukliny, w razie jednak niepowodzenia, decydować się niezwłocznie na operację ze względu na *indicatio vitalis.*

Czy nie należałoby w takich właśnie przypadkach t. j. u niemowląt słabych, nienormalnie rozwiniętych, stosować pasek w celu zapobieżenia uwięźnieniom zanim nadejdzie czas stosowny dla operacji. Jak już wyżej wspomniałem, pasek nie zawsze jest w stanie zapobiec temu powikłaniu. Z drugiej strony źle znoszą pasek dzieci słabowite, o delikatnej budowie, wychudzone, męczy on je, »uwiera« mali pacjenci niepokoją się, źle śpią, starają się go pozbyć i zsunąć rączkami lub ruchami ciała; po zdjęciu paska najczęściej uspokajają się. Tak więc pasek w tych przypadkach nie przyczynia się do poprawy ani stanu miejscowego, ani ogólnego, na którym wszak zależy chirurgowi.

Wreszcie wypada odkładać operację u niemowląt a zarazem zaniechać nawet samej myśli o stosowaniu pasków, w przypadkach przepukliny pachwinowej, towarzyszącej wnętrostwu (*cryptorchia)* Wiadomo, że u niemowląt, dotkniętych tą wadą rozwojową jądro może dokonać jeszcze swego posuwania się i opuszczenia wraz z wydłużaniem się powrózka nasiennego. W tym wieku operacja, polegająca na wyosob-

nieniu i ściągnięciu jądra, którego położenie niezawsze jednak można ściślej określić przed zabiegiem, nie daje widoków na pożądany i trwały wynik, a nawet najczęściej staje się niewykonalną. Operowanie zaś doszczętne samej przepukliny z pozostawieniem jądra w kanale pachwinowym jest niewskazane, choćby dlatego, że należałoby zaniechać dość ważnej części zabiegu, t. j. zamknięcia w dostatecznej mierze kanału pachwinowego, przez który ma się wszakże odbywać dalsza wędrówka jądra. Wczesna operacja przepukliny byłaby usprawiedliwioną tylko wówczas, gdyby można było rozpoznać z całą pewnością brak zupełny jądra w kanale pachwinowym, zatem powstrzymanie zupełne opuszczenia się jądra czyli położenie jego brzuszne, co nie jest zadaniem tak łatwem. Nieraz zdarza się bowiem, że jądro znajduje się w kanale pachwinowym, lecz u niemowląt niepodobna go czas dłuższy wyczuć.

Co do paska, to w przepuklinach połączonych z wnętrostwem pachwinowem jest on wprost szkodliwym ze względu na zahamowanie procesu opuszczania się jądra, nie mówiąc już o tem, że pelota przez ucisk swój na jądro pachwinowe może powodować niekiedy silne bóle. Z drugiej strony, skoro wiadomo, że przepuklina, towarzysząca wnętrostwu, nigdy nie dosięga większych rozmiarów, że jądro wypadnięte u dzieci ulega skręceniu w nader rzadkich wypadkach, to nic nie staje na przeszkodzie odłożeniu zabiegu chirurgicznego do okresu drugiego dzieciństwa *(seconde enfance)*, a nawet na później, kiedy obie operacje t. j. wnętrostwa i przepukliny można będzie wykonać na jednem posiedzeniu. Oczywiście, jak zawsze tak i tutaj w razie uwięźnienia przepukliny obowiązuje odpowiednie postępowanie.

Dotychczas mówiliśmy o odkładaniu operacji przepukliny pachwinowej u niemowląt. Obecnie należy poświęcić nieco uwagi tym przypadkom, w których należy zabieg ten przyspieszyć względnie wykonywać go, nie oglądając się na wiek niemowlęcia.

1) Odnosi się tutaj przedewszystkiem uwięźnienie przepukliny, które zdarza się u niemowląt częściej niżby się to mogło wydawać, a tylko nie daje ono tak ciężkiego obrazu klinicznego, jak w wieku późniejszym i często ustępuje samoistnie. Dla usunięcia tego powikłania mamy do dyspozycji dwa sposoby: albo odprowadzenie albo operację.

Odprowadzenia, jako metody, nie należy polecać bez poważnych zastrzeżeń. Tkanki i narządy składające przepuklinę są u niemowlęcia na tyle delikatne i wrażliwe na uraz, że mogą nie znieść tej siły i tych manipulacji, które są dopuszczalne podczas odprowadzenia uwięźnionej przepukliny u dorosłych. Bezpieczniej więc jest tego zabiegu u niemowląt, jako metody, zaniechać, zwłaszcza w przypadkach dłużej trwającego uwięźnienia. Jeżeli zaś z jakichkolwiek powodów operacji wykonać natychmiast nie można, należy zastosować dłuższą kąpiel ciepłą (20—30 minut), podczas której przepuklina uwięźniona albo sama ustępuje. albo daje się łatwo odprowadzić za pomocą łagodnego nacisku. Nie zawsze jednak postępowanie takie udaje się, a wówczas nie czyniąc prób forsowniejszego odprowadzenia, należy nie tracąc czasu skierować niemowlę do operacji.

Zabieg chirurgiczny należy również wykonać i to w najbliższych dniach nawet po pomyślnem odprowadzeniu uwięźnionej przepukliny o ile stan niemowlęcia na to pozwala, albowiem przekonałem się niejednokrotnie, że raz występujące uwięźnienie posiada tendencje do uporczywego powtarzania się w różnych odstępach czasu niekiedy dość często. Tak więc przypadki z powtarzającem się uwięźnieniem poczytuję zasadniczo za kwalifikujące się do operacji bez względu na wiek niemowlęcia, jako wpływające ujemnie na stan ogólny i miejscowy dziecka.

Dla ilustracji wyżej powiedzianego, przytoczę dwa własne przypadki następujące:

Pierwszy dotyczył 3-miesięcznego chłopca zupełnie zdrowego, którego zakwalifikowałem do operacji doszczętnej z powodu prawostronnej przepukliny pachwinowej. Rodzice nie zgodzili się na propozycję wykonania zaraz zabiegu, sprawili jednostronny pasek i wyjechali z dzieckiem na letnisko. W 15 dni potem powrócili nagle z powodu uwięźnienia przepukliny, do zoperowania której byłem zmuszony przystąpić natychmiast nie próbując nawet odprowadzenia. W worku przepuklinowym znalazłem jelito mocno nastrzyknięte, barwy ciemnej i płyn mętny, nieco cuchnący. Przypadek ten zakończył się szczęśliwie, lecz w o wiele gorszych warunkach wypadło wykonać operację aniżeli kilkanaście dni przedtem wśród pełnego wówczas zdrowia niemowlęcia pod każdym względem.

Drugi przypadek odnosi się do 5-miesięcznego dziecka płci męskiej, do którego zostałem wezwany z powodu uwięźnienia sporej przepukliny pachwinowo-mosznowej prawostronnej. Odprowadzenie (na zabieg chirurgiczny natychmiastowy zgody nie uzyskałem) z pewną trudnością powiodło się. Pomimo namawiań, rodzice na operację wówczas stanowczo nie decydowali się. Dopiero, kiedy nawroty uwięźnienia zaczęły powtarzać się i to coraz częściej i odprowadzania bądź to przez najbliższe otoczenie, bądź przez *ad hoc* wzywanych lekarzy i felczerów stawały się coraz trudniejsze, a dziecko poczęło coraz gorzej wyglądać, zdecydowano się w końcu po dłuższym czasie na operację. Podczas zabiegu stwierdziłem mocne zrosty zwłaszcza sieci w worku i samego worka z otoczeniem, które powstały zapewne wskutek częstych urazów w czasie odprowadzań uwięźnionej przepukliny, co utrudniło i przedłużyło operację, a czego można było uniknąć, wykonawszy ją wkrótce po pierwszym napadzie uwięźnienia.

2) Nie należy też odkładać operacji, bez względu na wiek niemowlęctwa, jeżeli mamy do czynienia z przepukliną pachwinową większych rozmiarów o wielkim otworze przepuklinowym, lub z przepukliną szybko powiększającą się. Ten rodzaj przepuklin powoduje wzdęcia brzucha, bóle, zaburzenia w czynnościach jelit, wymioty częsty krzyk dziecka — wszystko to sprowadza brak łaknienia, snu, niepokój i wpływa ujemnie na prawidłowy rozwój niemowlęcia.

Nie potrzeba dodawać, że stosowanie pasków w przepuklinach wielkich, dających się z trudnością odprowadzać i utrzymać staje się nader uciążliwem i co do wyników wprost iluzorycznem.

Parę słów należy też poświęcić na tem miejscu rzekomemu związkowi przyczynowemu pomiędzy stulejką a przepukliną pachwinową. Pomijając powstawanie przepuklin w zależności od stulejki, jako takiej, nawet znacznego stopnia, należy stwierdzić, że bardzo często spostrzega się współistnienie obu tych wad rozwojowych. Wpływ stulejki na przepuklinę może być przyjęty tylko w tym sensie, że stulejka i to jedynie z bardzo wąskim otworem w napletku, powodując podczas aktu oddawania moczu nadymanie się niemowlęcia, oraz wzmożenie ciśnienia wewnątrz-brzusznego, wpływa na powiększanie się współistniejącej wrodzonej przepukliny lub wypełnienie niezarośniętego wyrostka pochwowego. O ile zaś wyrostek pochwowy otrzewnej w chwili przyjścia niemowlęcia na świat uległ już zupełnej obliteracji, to wątpliwem jest bardzo, czy nawet wysokiego stopnia stulejka mogłaby wpłynąć na powstanie przepukliny o typie t. zw. nabytym, właściwym dla dorosłych. Gdyby wpływ stulejki miał poważniejsze znaczenie, jak chcą niektórzy, na powstawanie przepuklin, to u niemowląt wyznania mojżeszowego, jako podlegających rytualnemu obrzezaniu, powinnibyśmy znacznie rzadziej spostrzegać przepukliny. Czy tak jest, mogłyby na to odpowiedzieć specjalnie w tym celu zbierane porównawcze dane statystyczne. Według mego zdania, stulejka może w niektórych przypadkach, wpływać tylko na szybszy rozwój t. j. powiększanie przepukliny.

Dlatego u niemowląt, dotkniętych stulejką w większym stopniu i przepukliną pachwinową zauważoną w pierwszych tygodniach po urodzeniu, byłoby korzystnem z tego punktu widzenia albo wykonać obrzezanie jaknajwcześniej, operację zaś przepukliny odłożyć na czas nieco późniejszy, na co, mówiąc nawiasem, niezawsze jest łatwo uzyskać zgodę rodziców, (2 zabiegi!), albo o ile możności przyśpieszyć zabieg doszczętny na przepuklinie przy skłonności do jej powiększania się i ewentualnie przy tej sposobności zoperować stulejkę.

Przepukliny pępkowe.

Odróżniamy dwie postacie: przepuklinę pępowinową wrodzoną *(h. funiculi umbilicalis, h. embryonnaire et foetale)* i właściwą pępkową nabytą wieku dziecięcego *(h. umbilicalis, h. infantile)*. Pierwszą postać omówimy krótko.

Przepuklinę pępowinową spostrzega się względnie rzadko i to u noworodków skądinąd napozór normalnych, donoszonych. Przedstawia się ona w postaci guza kulistego, niekiedy wydłużonego nieco u podstawy pępowiny

i dosięgającego wielkości pomarańczy a niekiedy więcej. Guz ten nie jest pokryty powłokami brzusznemi o prawidłowej budowie lecz błoną pochodzenia zarodkowego t. zw. błoną Rathke'go, powleczoną niekiedy galaretą Wartona i owodnią. Ta błoniasta powłoka bywa bądź mniej lub więcej przeźroczystą, najczęściej barwy żółtawo-białej i pozbawiona jest naczyń krwionośnych. Poza błoną Rathkego, stanowiącą niejako worek przepuklinowy, mieszczą się trzewia i jeżeli przepuklina pępowinowa powstała we wczesnym okresie rozwoju płodu, to wątroba jest ściśle zrośnięta z rzekomym workiem przy braku otrzewnej. Mamy zatem do czynienia ze zjawiskiem aplazji t. j. powstrzymania w rozwoju składowych części ściany brzusznej na ograniczonej lecz znacznej przestrzeni w okolicy pępkowej. Powłoka przepukliny, pozbawiona naczyń, ulega szybko zgorzeli i oddziela się tak, że już po kilku dniach wytwarza się linja odgraniczająca (demarkacyjna) na obwodzie błony, poczem powstaje otwór, przez który wydobywa się zawartość jamy brzusznej na zewnątrz ze wszelkiemi tego niepomyślnego procesu następstwami; niemowlę wpada w zapaść i cała sprawa kończy się nieubłagalnie zejściem śmiertelnem. Rzadko kiedy zejście pomyślne ma miejsce na drodze samowyleczenia i to tylko w przepuklinach mniejszych rozmiarów. Ratunek jedyny w tej rozpaczliwej postaci przepukliny polega na wykonaniu jak najszybszem, niemal w kilka godzin po urodzeniu niemowlęcia, operacji chirurgicznej, a więc wycięcia błony Rathkego w zdrowych tkankach i zeszyciu powłok względnie ich plastyce. Jednak i wynik zabiegów chirurgicznych należy ze zrozumiałych względów do bardzo niepewnych, choć są autorzy, którzy spostrzegali jakoby zejścia pomyślne, mianowicie w przypadkach, w których otrzewna tworzyła worek. Osobiście nie miałem sposobności operowania tego rodzaju przypadku.

Drugi rodzaj przepukliny — przepuklina zwykła banalna pępkowa u niemowląt stanowi zjawisko nader częste, niemal codzienne w praktyce ambulatoryjnej. Opisywać jej nie potrzebuję, wszystkim jest bowiem aż nadto dobrze znaną, dodam tyle, że polega ona na niedorozwoju a właściwie na opóźnieniu zamknięcia normalnie istniejącego w życiu płododowem otworu, służącego do przewodu omoczni *(urachus)* i naczyń pępkowych. W tej postaci aplazja dotyczy tylko warstwy mięśniowo-powięziowej na bardzo niewielkiej przestrzeni wokoło pępka, przy stosunkowo normalnym rozwoju powstałych warstw jako to: skóry i otrzewnej. Przepuklina tego typu powstaje niekiedy powyżej pępka i wtedy nosi nazwę przypępkowej *(adombilicalis)*.

Przepuklina pępkowa jest to przepuklina prosta *(hernia directa)*, czyli stanowi genetycznie i anatomicznie typ odmienny od przepukliny pachwinowej u niemowląt.

O ile w leczeniu przepuklin pachwinowych stosowanie pasków poczytuję za niewskazane, o tyle zabiegi zachowawcze w leczeniu przepuklin zwykłych pępkowych są, mojem zdaniem zupełnie wystarczające i, jak wykazuje praktyka, dają wyniki w ogromnej większości przypadków pomyślne i trwałe. Jest to zrozumiałe. Istnienie w pępku otworu większego niż normalnie tłómaczy się opóźnieniem w rozwoju pewnych tkanek, które same dążą do wyrównania braku w imię *vis medicatrix naturae*. Spostrzegano nieraz, że u niemowląt spokojnych, mało krzykliwych, niewiele nadymających się i rozwijających się prawidłowo otwór przepuklinowy pępkowy zacieśnia się samoistnie stopniowo bez żadnej postronnej pomocy. Nie jest to bowiem otwór przeznaczony do przepuszczania na zewnątrz i na stałe takich tworów jak np. powrózka nasiennego przez kanał pachwinowy, lecz w przeciwieństwie do pierścienia podskórnego tego kanału skazany jest on z góry na całkowitą obliterację i do tego dąży. Rola zatem nasza polega na odczekaniu dalszego naturalnego, fizjologicznego procesu i udzielenia pomocy naturze w jej usiłowaniach przez niedopuszczenie wpuklania się w otwór zawartości woreczka. W przepulinie pachwinowej mamy do czynienia z kanałem z jego dwoma pierścieniami, wewnętrznym i zewnętrznym, i z długim wyrostkiem pochwowym — tutaj tylko z pierścieniem jednym, zewnętrznym i z krótkim uchyłkiem otrzewnej, tam — siły wyrównawcze natury mają zadanie bardziej skomplikowane i znacznie więcej trudności do pokonania niż tutaj.

W leczeniu zachowawczem przepukliny pępkowej u niemowląt obojętnem jest właściwie, co stosujemy, t. j. czy paski czy przylepiec. Co do pasków, uczynić należy jedno ważne zastrzeżenie, że powinny one posiadać peloty płaskie nie zaś stożkowate, które utrzymują wprawdzie dobrze przepuklinę, lecz tkwiąc w otworze, przeciwdziałają jego zarastaniu. Osobiście jestem za stosowaniem przylepca, zachodzącego końcami nie dalej niż do bocznych okolic brzucha; paski, jako otaczające brzuch, posiadają tę niedogodność, że muszą być zakładane ściślej i przez to wywierają niepotrzebny ucisk na narządy jamy brzusznej. Sposobów używania przylepca nie przytaczam, jest to rzecz osobistego smaku i przyzwyczajenia każdy z Szanownych Kolegów wypracował sobie pod tym względem pewne drobne modyfikacje i z pewnością jest z nich zupełnie zadowolony.

Tem dogodniej jest stosować zabiegi zachowawcze w przypadkach przepuklin pępkowych u niemowląt, że nigdy nie ulegają one uwięźnieniu, dają się swobodnie odprowadzać, plastry i paski nie zanieczyszczają się tak łatwo, jak w przepuklinach pachwinowych i dlatego manipulacje odnośne mogą być powierzone śmiało każdemu najbliższemu otoczeniu niemowlęcia. Pozatem, ponieważ przepukliny pępkowe zdarzają się najczęściej u dzieci słabszych, karmionych sztucznie lub nieodpowiednio, cierpiących na wzdęcia brzucha, u kandydatów na przyszłych rachityków, to w tych przypadkach niezbędnem jest zwracanie uwagi na uregulowanie racjonalnego żywienia i pielęgnowania.

Bardzo częste wyniki trwałego zamknięcia otworu, czyli brak nawrotów w przepuklinach pępkowych, leczonych u niemowląt zachowawczo, tłómaczą się w porównaniu z niepewnemi wynikami analogicznego leczenia przepuklin pachwinowych, brakiem wyrostka pochwowego i brakiem kanału i powrózka nasiennego, wytwarzających słabe miejsce w ścianie brzusznej *(le point faible)* w daleko wyższym stopniu, aniżeli pępek. Leczenie zachowawcze powinno trwać tak długo, dopóki otwór przepuklinowy nie zamknie się i wypuklanie pępka przestanie mieć miejsce. Wynik pożądany tem wcześniej występuje, im rychlej zostało rozpoczęte odnośne postępowanie lecznicze, i im mniejszym się okazał pierścień przepuklinowy.

Wyjątkowo tylko, gdy ten ostatni jest b. duży (przepuszcza wielki palec) lub nie zdradza skłonności do zmniejszania się, ewentualnie powiększa się pomimo leczenia, gdy nadto u niemowlęcia występować zaczynają zaburzenia jelitowe, bóle wkrótce po przyjęciu pokarmu, nadęcia — wówczas należy zastosować zabieg operacyjny za pomocą metod najprostszych. Sposobów operowania jest kilka; omawiać ich na tem miejscu nie mam zamiaru, wspomnę tylko, że po kilkakrotnem zastosowaniu t. zw. omphalektomji czyli wycięcia całkowitego pępka jako pierwszego aktu operacji, zaniechałem tej metody postępowania, spotkawszy się z silną opozycją ze strony rodziców a zwłaszcza matek z ludu, gdzie brak pępka poczytywany jest niekiedy nie tylko za ciężkie, szpetne kalectwo zwłaszcza u dziewcząt, lecz i za jakieś groźne *memento*.

I istotnie, obejść się bez omphalektomji można w zupełności we wszystkich przypadkach bez zbytecznego narażania się na kolizje z przesądami. Wstrzykiwań alkoholu w leczeniu przepuklin pępkowych u niemowląt sposobem Schwalbego nie stosowałem z obawy przed zgorzelą tkanek, przy tem sposób ten jest dość bolesny i leczenie trwa niekiedy czas dłuższy; zresztą i u starszych dzieci tym sposobem nie powiodło mi się osiągnąć wyników całkowicie zadowalających.

Na zakończenie zaznaczyć muszę, że metody zachowawcze (paski, plastry) w leczeniu przepulin pępkowych uważam za stosowne tylko u niemowląt; u dzieci, poczynając od roku wzwyż osiągnięcie wyników pożądanych temi sposobami staje się coraz trudniejszem, a po ukończeniu 2—3 lat życia powinien wchodzić w grę jedynie zabieg operacyjny.

Reasumując wyżej wyłuszczone uwagi, twierdzę co następuje:

1. W leczeniu przepuklin pachwinowych u niemowląt należy całkowicie odrzucić paski. Jedynym racjonalnym zabiegiem jest operacja doszczętna, do której wskazania, co do czasu jej wykonywania, należy ściśle indywidualizować. Wiek niemowlęcia jako taki zasadniczo nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu chirurgicznego.

2. Przepukliny zwykłe pępkowe u niemowląt nadają się przedewszystkiem do leczenia zachowawczego.

Z praktyki.

Wacław JASIŃSKI. Wilno.

Przyczynek do kliniki wad wrodzonych przełyku.

Z Kliniki chorób dzieci U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Sprawa wad rozwojowych przełyku zajmowała dotąd przedewszystkiem anatomo-patologów i embrjologów; im zawdzięczamy źródłowe badania i większość istniejących opisów tego niezbyt częstego cierpienia.

W piśmiennictwie obcem ostatniej doby coraz częściej zresztą opisywane są przypadki, rozpoznane za życia, oraz próby leczenia wad rozwojowych przełyku. Jakkolwiek próby powyższe stale jeszcze zawodzą, trudno nie zgodzić się z Göppertem, który ostatnio (1922) podkreśla dobitnie, że wady rozwojowe przełyku winny obchodzić również klinicystów i że obecnie honor lekarza wymaga już bezwzględnie wczesnego rozpoznania i postawienia odnośnych wskazań.

W przeświadczeniu, że spostrzegany przez nas przypadek będzie stanowił pożądany przyczynek do kliniki wad przełyku, w piśmiennictwie naszem mało uwzględnianych, podajemy poniżej jego opis wraz z krótką analizą kliniczną.

Dnia 17. IV. przyjęto do kliniki pedjatrycznej U. J. K. noworodka płci męskiej, urodzonego przed 2—3 godzinami. Poród odbył się siłami natury, o 2 tygodnie wcześniej, niż obliczano; I-e dziecko zdrowych, dobrze rozwiniętych rodziców. Po urodzeniu dziecko wkrótce zaczęło krzyczeć, zauważono jednak odrazu sinicę; dopiero po kilku zabiegach, mających na celu usunięcie śluzu z jamy ustnej, oddech poprawił się i dziecko nabrało właściwej barwy. Po 2-ch godzinach wystąpiły jednak ponownie słabsze objawy duszności (z sinicą), wobec czego dziecko z kliniki położniczej oddano pod opiekę pedjatrów.

Noworodek wagi 2400 gr., długości 45,5 cm., wysokości siedzeniowej 31 cm., — a więc dość drobny, lecz o wyglądzie i cechach donoszonego. Skóra nieco zaczerwieniona, nieznaczny obrzęk twarzy; tkanki wiotkie. Ciemię duże 3×3 cm., nieco zapadnięte. Ciepłota 35,6 in r. Przy badaniu zewnętrznem stwierdza się przy obmacywaniu szyi tuż poniżej chrząstki tarczykowatej miękki wał poprzeczny, odpowiadający położeniem przesmykowi gruczołu tarczowego. W jamie ust zmian nie wykryto. Tony serca czyste, tętno 124; na całej przestrzeni obu płuc nieliczne rzężenia grubobańkowe. Smółka odeszła w większej ilości zaraz po urodzeniu, następnie zaś w 2 godziny po urodzeniu podczas drugiego napadu duszności, w klinice położniczej. Pępowina gruba; wskutek niewielkiego krwawienia podwiązano ją ponownie.

Objawy sinicy, które spowodowały skierowanie dziecka do kliniki, ustąpiły dość szybko po zastosowaniu kąpieli; przy osłuchiwaniu następnem nie stwierdzono nawet wykrytych w pierwszej chwili rzężeń. W kilka godzin później, przy pierwszej próbie podania dziecku mleka kobiecego zauważono: dziecko pije chciwie, połyka dobrze, lecz po 2—3 minutach występują ruchy zwrotne *(regurgitatio)* z wydęciem szyji w postaci pęcherzyka, widocznego pośrodku i nieco w lewo — wreszcie pojawiła się znowu wybitna sinica i bezdech. Po schyleniu dziecka głową na dół wylała się niewielka ilość mleka z dość znaczną domieszką śluzu, poczem dziecko uspokoiło się. W ciągu 16 godzin zanotowano jednak kilka słabszych napadów sinicy, a przy cuceniu (schylaniu główki ku dołowi) z jamy ust wylewała się stale pewna ilość szarozielonkawego śluzu. Gdy przy drugiem karmieniu powtórzył się znowu silny napad sinicy, postanowiono następne dokonać za pomocą zgłębnika; wówczas jednak okazało się, że zgłębnik do żołądka nie wchodzi, gdyż w odległości 11 cm od warg napotyka opór. Zastosowano wlewania do odbytnicy roczynu fizjologicznego soli i postanowiono prześwietlić dziecko promieniami Roentgena.

Badanie roentgenoskopowe (Dr. Dębicki-Chania) wykryło: wprowadzona przez zgłębnik pod ciśnieniem papka zaczęła podnosić się ku górze wzdłuż zgłębnika, nie wylewając się na bok, w szczególności do dróg oddechowych; po wyjęciu zgłębnika papka zatrzymała się na tej wysokości, którą zajmował jego koniec, a po 30 minutach podniosła się nieco ku górze (wskutek skurczu ścian przełyku).

W ten sposób ustalono, że przełyk kończy się ślepo i nie łączy się z drogami oddechowemi. Dalsze próby karmienia były oczywiście bezcelowe i za zgodą ojca-lekarza, który nie mógł się pogodzić z myślą o śmierci głodowej dziecka, przystąpiono do zabiegu w celu umożliwienia bezpośredniego wlewania płynu do żołądka.

Do stałej przetoki żołądkowej, wykonanej sposobem Kadera (Dr. Zaczek), założono sączek gumowy grubości 5 mm. Bezpośrednio po zabiegu wlano do jamy żołądka 20 cm^3 rozczynu fizjologicznego, a w godzinę później 20 cm^3 mleka kobiecego; — po wlaniu mleka w otworach nosowych dziecka pokazały się resztki białej papki (odruchowy skurcz przełyku przy podrażnieniu błony śluzowej żołądka). Dziecko odtąd oddychało spokojnie, miało dobrą barwę skóry i ciepłe kończyny. W ciągu doby wlano przez sączek 10×20 ccm mleka kobiecego z dodatkiem 8,5% cukru (200,0 sesquihu = 300 nemów); — żółtawy stolec z białemi grudkami zanotowano w 10 godzin po pierwszem wlaniu pokarmu. W połowie drugiej doby stan dziecka zaczął się pogarszać: ciemię i szwy zapadnięte, ubytek na wadze 50,0; żółtaczka, widoczna już dnia poprzedniego występuje bardzo wybitnie. Ciepłota 37,2; w płatach dolnych płuc obustronnie stwierdzono przy osłuchiwaniu nieliczne drobne rzężenia wilgotne, bez zmian oddechu i opukowych. Oddech pzzyśpieszony. — W ciągu doby dziecko oddało 6 stolców z dużą zawartością wody. Zastrzyknięto podskórnie rozczyn fizjologiczny soli, a w kilka godzin później domięśniowo 4% rozczyn glukozy. Stan jednak pogarszał się szybko: duszność i sinica występowały coraz wybitniej, tętno nitkowate. Dziecko zmarło po 76 godzinach życia, w 46 godzin po dokonanym zabiegu operacyjnym.



Z protokołu badania pośmiertnego (Dr. Schusterówna) przytaczamy zmiany następujące: przełyk, w górnej części rozszerzony, kończy się ślepo powyżej rozgałęzienia tchawicy. Obok końcowego rozszerzenia stwierdza się woreczek, wielkości ziarnka grochu, o ścianach cienkich, nie połączony ze światłem przełyku, wypełniony jasnym ciągnącym się śluzem (mała torbiel retencyjna). Od ślepo zakończonego górnego odcinka przełyku odchodzą cienkie pasemka tkanki łącznej w kierunku części dolnej; ta część przełyku u góry również ślepo zakończona (nie połączona z drogami oddechowemi) zaczyna się mniej więcej w odległości 2 cm od górnej — t. j. na takiej przestrzeni brak zupełnie światła przełyku[1]). Innych

[1]) Zdjęcie fotograficzne preparatu, dokonane w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. K. umieszczone będzie w mającym się ukazać podręczniku anatomji patologicznej Prof. Dr. W. Nowickiego.

wad rozwojowych nie wykryto; grasica dobrze rozwinięta, tarczyca duża o miąższu silnie przekrwionym. Płuca w płatach górnych powietrzne, w dolnych wybitnie przekrwione, bezpowietrzne kruche.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *atresia oesophagi congenita; status post gastrostomiam; bronchopneumonia confluens ambilateralis.* Jako przyczynę śmierci określono zapalenie płuc, prawdopodobnie na tle zachłystowem[2]).

Nie będziemy poddawali naszego przypadku szczegółowemu rozbiorowi pod względem anatomicznym, ani przytaczali różnych teoryj powstawania wad rozwojowych przełyku (Luschka, Klebs, Hoffmann, Förssner, Tandler, Kreuter i in.), gdyż dane te znaleźć łatwo w odnośnych podręcznikach. Zaznaczymy jedynie, że zarośnięcia zupełne przełyku, nie połączone z przetoką przełykowo-tchawiczną, należą do wad rzadkich, bo stanowią, według różnych statystyk, zaledwie 8 do 13% wszystkich opisanych przypadków (Vierllard, Kreuter). Zarośnięcie przełyku w naszym przypadku było wadą zupełnie odosobnioną, co, jak podaje Lateinerówna, dość często się zdarza w przeciwieństwie do innych wad rozwojowych, które zwykły występować w liczbie mnogiej. Nie stwierdzono również przy badaniu pośmiertnem żadnych zmian w układzie wielkich naczyń, choć według Aschoff'a zmiany te towarzyszą zwykle wadom rozwojowym przełyku. Torbiel nabłonkowa, wykryta w naszym przypadku w sąsiedztwie ślepego zakończenia przełyku, należy do zjawisk częstych (Broman).

Przystąpimy do właściwego naszego zadania — zwrócenia uwagi na cechy kliniczne omawianej wady, w szczególności na jej rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Objawem stałym wad przełyku będą, rzecz prosta, zaburzenia przy karmieniu. Zaburzenia występują zazwyczaj w postaci krztuszenia, kaszlu i sinicy, co jest zależne od połączenia przełyku z tchawicą. W naszym przypadku, wobec braku tego połączenia charakter zaburzeń był nieco odmienny: dziecko piło chciwie, dobrze połykało, sinica zaś i krztuszenie występowały dopiero po połknięciu pewnej ilości (10—15 cm^3) płynu: ślepy worek zarośniętego przełyku wypełniał się szybko i z jednej strony uciskał na tchawicę (sinica), z drugiej zaś, dzięki ruchom robaczkowym przełyku następowało przedostawanie się płynu do tchawicy (krztuszenie), co u noworodka wobec słabo wykształconych odruchów (nagłośni i języczka) jest zrozumiałe. Należy jeszcze wyjaśnić, dlaczego dziecko było sine zaraz po urodzeniu i jak tłumaczyć słabsze napady sinicy, występujące w przerwach pomiędzy powiekami. Sinicę po urodzeniu najprawdopodobniej przypisać trzeba połknięciu przez noworodka wód płodowych i śluzu podczas porodu, — dalsze zaś napady sinicy zależą, zdaniem naszem, od gromadzenia się w worku przełyku śluzu, wydzielanego obficiej przez śluzówkę wskutek jej podrażnienia. W ten sposób objawy kliniczne dadzą się powiązać z przewidywaną zmianą anatomiczną przełyku. Dla ustalenia rozpoznania pozostaje zastosowanie zgłębnika oraz roentgenoskopja, które w naszym przypadku rozstrzygnęły sprawę za życia bez żadnych wątpliwości. Göppert wśród objawów klinicznych wymienia na pierwszem miejscu wymioty — w naszym przypadku występowały ruchy zwracania, zawartość jednak przełyku wylewała się dopiero po schyleniu główki ku dołowi.

Z dodatkowych objawów zasługuje na uwagę podany przez Aschoff'a brak włosków meszku (lanugo) w smółce noworodka — tego objawu w naszym przypadku nie mogliśmy jednak wyzyskać, gdyż — jak wspomniano — smółka odeszła bardzo wcześnie, jeszcze przed przyjęciem dziecka do kliniki.

Z chwilą ustalenia rozpoznania lekarz rozstrzygnąć musi drugą ważną dla klinicysty sprawę: czy pozostawić dziecko własnemu losowi, oczekując cierpliwie jego śmierci, czy też próbować je leczyć. Dotychczasowe wyniki leczenia nie zachęcają do podobnych prób, gdyż dotąd wszystkie przypadki kończyły się śmiertelnie. Bez naszej interwencji czeka zaś dziecko niechybna śmierć głodowa. Göppert widział wprawdzie w jednym ze swych przypadków możliwość wlania do żołądka około 70 cm^3 płynu, który przedostawał się przez tchawicę do połączonego z nią za pomocą przetoki dolnego odcinka przełyku; — był to jednak przypadek wyjątkowy (zakończony zresztą śmiercią 6-go dnia po urodzeniu) i na podobny sposób odżywiania liczyć nie można. Jedynym ratunkiem może być odpowiedni zabieg chirurgiczny. Co do rodzaju zabiegu, część chirurgów próbowała zabiegów zasadniczych — połączenia obydwu odcinków przełyku drogą plastyczną (Holmes i Cohen) lub za pomocą przyrządów w postaci guzika Murphy'ego. Szkoły francuskie zalecają gorąco zabiegi tymczasowe w postaci stałej przetoki żołądkowej, umożliwiającej wlewanie pożywienia bezpośrednio do żołądka. Zabieg ten zastosowano w naszym przypadku w 30 godzin po urodzeniu dziecka. Zabieg trwał krótko i wykonany został bez uśpienia dla uniknięcia powikłań płucnych. Przetoka działała zupełnie sprawnie; sączek, jak stwierdzono przy badaniu pośmiertnem, był dobrze umocowany, szwy nie rozluźnione, nie było również najmniejszych objawów otrzewnowych. Przypadek nasz — mimoto — zakończył się śmiertelnie z powodu zapalenia płuc. Pomimo niepomyślnego zejścia sądzimy, że dalsze próby leczenia chirurgicznego wad wrodzonych przełyku (szczególniej zarośnięć, nie powikłanych połączeniem z tchawicą) są przy obecnej technice chirurgicznej zupełnie usprawiedliwione; dążeniem zaś pedjatry winno być możliwie wczesne rozpoznanie i postawienie wskazań do zabiegu: skracając bowiem okres głodzenia dziecka powiększamy jego odporność, a najkrótsze stosowanie bezcelowych prób karmienia zmniejszy niebezpieczeństwo zachłyśnięcia z następowem zapaleniem płuc, które — jak i w naszym przypadku — jest zwykłą przyczyną śmierci tych noworodków.

Streszczenie: Opis przypadku wrodzonego zarośnięcia przełyku, nie połączonego z przetoką przełykowotchawiczną. Wadę rozpoznano za życia i próbowano leczyć przez założenie stałej przetoki żołądkowej (w 30 godzin po urodzeniu); śmierć nastąpiła w 46 godzin po zabiegu, z powodu zapalenia płuc (na tle zachłystowem). Wczesne stosowanie podobnego zabiegu, szczególniej w wadach przełyku,

---

Przed kilku miesiącami spostrzegano w Klinice dziecięcej Uniwersytetu lwowskiego drugi przypadek tego samego schorzenia. Dotyczył on noworodka I. A. urodzonego w Klinice położniczej Uniwersytetu lwowskiego siłami natury 21. I. 1925 r. Dziecko o wadze 2950 gr. W godzinę po urodzeniu się, nagle zsiniało, z nosa i ust sączenie płynu surow. krwawego. Następnego dnia po pierwszem wprowadzeniu pokarmu w bardzo małej ilości natychmiast wymioty, częścią ustami, a przeważnie nosem.



Badanie fizykalne stwierdziło: ogólną sinicę zarówno skóry jak i błon śluzowych. Nad całemi płucami obfite, drobne, wilgotne rzężenia. Akcja serca nierugularna, w chwili sinicy zupełnie zwolniona. Tony czyste. Śledziona i wątroba wyraźnie macalna. Budowa i ogólne wymiary prawidłowe, wygląd dziecka drobnego, wskaźnik odżywienia 96. Coraz częstsze napady sinienia, oddechy Cheyn-Stockes'a, kończyny chłodne, kilkakrotnie ponawiane próby karmienia zawsze z tymsamym wynikiem. Miękki zgłębnik gumowy wprowadzony do przełyku napotyka na wysokości 13 cm od wyrostka zębowego na opór. Mleko wprowadzone zgłębnikiem pod miernem ciśnieniem wydobywa się natychmiast nosem i ustami. Wśród objawów zamartwicy, mimo środków cucących zejście śmiertelne.

Badanie sekcyjne w Zakładzie Anatomopatologicznym Uniwersytetu lwowskiego (Dr. Schusterówna) potwierdziło rozpoznanie wykazując: wrodzone zarośnięcie przełyku. Jak to widać z załączonego obrazu, górna część przełyku zakończona jest ślepo, workowato. Dolna część od strony żołądka, połączona jest w prawidłowy sposób z wpustem żołądka, natomiast górnym swym odcinkiem wpada do tchawicy na wysokości jej nasilenia.

Wada rozwojowa serca: otwór owalny otwarty. Przerost i rozstrzeń serca. Ogólny zastój żylny. Zapalenie płuc zrazikowe obustronne.

Zmianami w układzie krążenia należy tłumaczyć napady zamartwicy i krwawienia.

Stanisław Progulski.

nie powikłanych przetokami tchawiczemi jest koniecznym zabiegiem.

Piśmiennictwo.

1) Broman J: Atlas. 1911. — 2) Brüning-Schwalbe: Allg. path. und anat. pathol. des Kinderalt. T. II., cz. 1. — 3) Ellenbroek: Münch. med. Woch. T. 69. Z. 16., str. 591. 1922. — 4) Göppert: Hartwigs Hndb. d. Entwickl. T. II. i Münch. med. W. T. 68. Z. 51., str. 1649—1921. — 5) Lateinerówna: Wien. Klin. Woch. R. 22. Z. 2. 1909. — 6) Reuss: Krankh. der Neugeboren. 1913. — 6) Willard: Journ. of the Amer. med. assoc. T. 18. Z. 9., str. 649. 1922.

Fr. GRÖER, B. PIECHOWSKI, St ROSZAK. Lwów.

O ciekawem zaburzeniu w przemianie węglowodanów.

Z Kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie (Prof. dr. Gröer).

Przedstawiamy w krótkości obraz kliniczny ciekawego przypadku chorobowego, mimo, że badania nasze nie są jeszcze ukończone. Czynimy to nie tylko w tej myśli, że uważamy ten przypadek za szczególniej interesujący, lecz i dlatego, że zwrócenie uwagi na tak wybitny zespół objawów może posłużyć do wykrycia podobnych stanów niejasnych.

Na podstawie dotychczasowej obserwacji jest to wedle wszelkiego prawdopodobieństwa *diabetes sine glycosuria*, któremu towarzyszy cały szereg zaburzeń wzrostu, rozwoju i zmian odżywczych.

Do kliniki dziecięcej zgłoszono trzyletnią dziewczynkę z rozpoznaniem *lues congenita*. Zewnętrzny wygląd dziecka przemawiał rzeczywiście za tem rozpoznaniem. Tymczasem odczyn Wassermanna był stale ujemny, a leczenie przeciwkiłowe nie dawało żadnych wyników. Zahamowanie wzrostu i zaburzenia odżywcze nasunęły nam myśl, czy nie chodzi tu o zaburzenie w wewnętrznem wydzielaniu i rzeczywiście z chwilą, gdy przeprowadziliśmy badania nad przemianą materji, odkryliśmy istotę schorzenia.

Z wywiadów dotyczących dziecka należy tylko to podnieść, że przez długi czas po urodzeniu utrzymywało się żółte zabarwienie skóry, że rozwój dziecka był bardzo powolny i że już we wczesnym okresie niemowlęcym pojawiły się zmiany na skórze, które poniżej opiszemy:

Objawy, które u dziecka tego zauważyliśmy, są następujące:

1. Zahamowanie wzrostu. Dziecko w wieku 3 l. przyjęte z wagą ciała 6700 gr, wzrostem 70 cm i wysokością siedzeniową 46 cm, podczas gdy według tabeli Camerer-Pirquet'a waga ciała powinna wynosić 15450 gr, wzrost 97. Budowa jego odpowiada zaledwie budowie jednorocznego dziecka. Twarz ma dużo wspólnego z twarzą dziecka kiłowego, a mianowicie rozszerzenie żył na głowie, czoło olimpijskie i nieco zapadnięty grzbiet nosa. Uderzającem jest, że nie można było stwierdzić wyraźnych objawów krzywicy.

Roentgenologiczny obraz kośćca nie wykazał żadnych zmian, kostnienie jest normalne. Inteligencja dziecka stoi na niższym poziomie niżby to odpowiadało jego wiekowi; obserwacja wykazuje jednak, że jest ona zdolna do dalszego rozwoju. Wzrost i przybytek na wadze podczas dotychczasowego pobytu na klinice są odpowiednie.

2. Zaburzenia troficzne. Uderzającemi i ogromnie podobnemi do objawów kiłowych są zmiany skórne dookoła ust i otworów nosowych w postaci nacieczonego i sączącego wyprysku. Dookoła ust widzi się wyraźne rhagady. Zęby zniszczone są próchnicą, powieki zaczerwienione i pozbawione rzęs. Utrzymuje się przewlekły nieżyt spojówek. Uwłosienie jest skąpe i suche. Narządy płciowe są obrzękłe skutkiem przewlekłego zapalenia pochwy i wyprzania.

3. Narząd krążenia i objawy naczynioruchowe. Vasomotory są bardzo pobudliwe, tętno małe, częste i słabo napięte. Na nogach wyraźne choć często znikające obrzęki.

4. Narządy wewnętrzne. Pozornie są bez zmian, a mianowicie nie można wykazać powiększenia śledziony i wątroby. Serce jest małe, niekiedy dają się słyszeć szmery anemiczne. Czaszka roentgenologicznie bez zmian.

5. Układ nerwowy. Również bez zmian. Anormalne oddziaływanie na jady wegetatywne: znaczna oporność wobec pilokarpiny i atropiny (zarówno 2 mg pilokarpiny jak 0,2 m gatropiny podane podskórnie nie wywołały żadnych objawów). Natomiast reaguje normalnie na adrenalinę.

6. Krew. Stwierdzono niedokrewność, która wzmogła się w ciągu badań wymagających częstego pobierania krwi tak dalece, że musiano je przerwać (Sahli spadł na 28); utrzymuje się wybitna leukocytoza (22000 leukocytów).

7) Przemiana węglowodanów. Najjaskrawszym objawem jest hiperglikemja przy zupełnym braku cukromoczu. Na czczo wynosi ilość cukru we krwi (średnia 240 oznaczeń) 138 mg. Głód nie wpływa na ten stan, 6-godzinne głodzenie zmieniło go bardzo nieznacznie. Nerki nastawione na tak wysokie wartości cukru we krwi okazują dużą zdolność przystosowania się. Przy codziennem podawaniu *per os* coraz to większych dawek cukru wystąpił cukromocz dopiero przy dojściu do 80 gr glukozy na raz, a i to jedynie przejściowo mimo, że ilość cukru we krwi podniosła się do 20 mg, a nawet ponadto. Krzywa cukru we krwi po jednorazowych dawkach cukru obniża się bardzo powoli. Niezmiernie ciekawą jest wrażliwość dziecka na zmniejszenie ilości węglowodanów przy zwiększonej ilości białka.

Udało nam się mianowicie przez ograniczenie węglowodanów a podanie większej ilości białka i tłuszczu (w mniejszym stopniu jednak zwiększony tłuszcz) wywołać gorączkę, krytyczny spadek na wadze, pojawienie się acetonu we krwi i moczu, kwasu acetooctowego w moczu i stan komatyczny, który przez podanie większej ilości cukru, a ograniczenie białka dał się szybko usunąć. Równocześnie zwiększyła się hiperglikemja i podniósł się poziom azotu pozabiałkowego we krwi. Podobne, lecz nie tak wybitne objawy dały się wywołać również przez stosowanie diety z przewagą tłuszczu.

Przypadek ten ma wszelkie cechy cukrzycy specjalnie wrażliwej na białko, posiada nerki przystosowujące się łatwo do wysokich wartości cukru we krwi, a odznacza się oprócz tego całym szeregiem innych objawów, których równoczesne wystąpienie z zaburzeniem przemiany węglowodanów nie jest zapewne przypadkowem, lecz łączy je wspólne podłoże schorzenia gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Badania przeprowadzamy w dalszym ciągu i dokładniejsze wyniki nie omieszkamy podać do wiadomości.

Fr. Fryderyk REDLICH. Rzym.

Niezborność móżdżkowa i ślepota duszy po urazie u 21-miesięcznego dziecka.

(Z kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyr. Prof. Gröer).

Wywiady: Irena B. 21 mies., przyjęta 13. IX. 1924., poród czasowy, siłami natury. — Rodzice zdrowi. Do 11-go mies. przy piersi; w 12 mies. zaczęła chodzić i mówić, dotychczas nie chorowała.

Obecna choroba: Przed dwoma tygodniami wpadło dziecko do baniaka, napełnionego zimną wodą i ługiem, w którym zaczęło się topić przez kilka minut, zanim udzielono mu pomocy. Przez pierwsze dwie godziny po wypadku dziecko było sine, prawie nie oddychało. — Przywołany lekarz zastosował sztuczne oddechanie i wydobył treść żołądkową zapomocą sondy. Po 3 godzinach miały wystąpić drgawki, które trwały kilka minut. — Przez cztery dni było nieprzytomne, 4—5 godzin po wypadku wystąpiła gorączka, która utrzymywała się na wysokości 39·2°—40·0° przez 3 dni, w następnych 6-ciu dniach 37·2°—37·6°, od 4 dni ciepłota prawidłowa. — W moczu stwierdził lekarz białko, które po 3 dniach znikło. — Przed tygodniem zauważyli rodzice, że dziecko nie rozpoznaje przedmiotów, nie może samo siedzieć, ani chodzić. — Wymiotów nie było, stolce prawidłowe Dziecko było leczone środkami przeciwgorączkowemi i wykrztuśnemi, dostało także *per rectum* 0.15 neosalvarsanu (z powodu obawy wyrażanej przez lekarza, że może nastąpić zapalenie płuc, zgorzel płuc) z czego połowa wyciekła natychmiast z powrotem.

Status praesens z dnia.

Stan odżywienia dobry. Skóra, kościec bez zmian. — Gruczoły szyjne powiększone. Jama ustna, serce bez zmian, w płucach szorstkie szmery i rozsiane furczenia, w narządach jamy brzusznej zmian niema. W moczu brak składników patologicznych. Ciepłota ciała 37·1°. Badanie krwi: niespełna 4,000.000 c, czerw., 7.000 c. biał. neutrofilów 55% z tego (młodych form 1%, pałeczkowatych 37%, wielokształtnych 17%); limfocytów 38%, monocytów 6%, tucznych 1%, eozynochłonnych brak.

Badanie neurologiczne (Doc. Dr. Rohtfeld): Czaszka bez zmian w szczególności brak znaków po urazie. Źrenice równe, okrągłe, na światło oddziaływują dobrze. — Dziecko nie wpatruje się, nie zwraca uwagi na przedmioty, które mu się podaje, robi wrażenie dziecka ociemniałego, natomiast reaguje dość żywo, jeżeli nagle zaświecimy lampę elektryczną jak n. p. przy badaniu źrenic, wtedy mruży powieki i ściąga brwi. Ten objaw można było wywołać. — Przy zbliżeniu palca do oka, mruganie powiek zaznaczone.

Dziecko samo stać nie może, musi być podtrzymywane, przytem stoi w ten sposób, że tułów jest przechylony ku tyłowi, nóżki wysunięte naprzód, co jeszcze wybitniej się zaznacza kiedy dziecko pobudzamy do chodzenia; chód ma wybitnie niezborny charakter, nóżki stawia szeroko, wysuwa je naprzód

a tułów nie przenosi się równomiernie ku przodowi. — Dziecko nie siedzi samo, przechyla się stale na prawą stronę; przeważnie leży na prawej stronie, nie może utrzymać główki, która opada ku tyłowi. — Siła motoryczna kończyn górnych i dolnych dobrze utrzymana, włożony do rączki przedmiot trzyma z dobrą siłą, w nóżkach stawia znaczny opór przy próbach biernego wyprostowania lub zginania kończyn. — Napięcie mięśniowe bez zmian. — Odruchy są żwawe, równe. — Babiński, Oppenheim ujemny. Odruchy skórne i czucie bez zmian.

Dnooka (Doc. Dr. Reiss) bez zmian.

15. IX. wykonano nakłucie lędźwiowe. — Upuszczono 25 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego, który wydobywa się ze wzmożonem ciśnieniem. Wynik badania płynu: płyn jasny, białko niewzmożone, reakcje Nonne-Appelt'a, Pandy'ego, odczyny kolloidowe z chlorkiem złota i mastiksem ujemne. — Ciałka białe nie wzmożone. W pół godziny po punkcji wymioty. Ciepłota 37·3°. Dziecko spokojniejsze, śpi dużo w ciągu dnia, leży przeważnie na stronie prawej. — Leczenie: Przepisano wcierania *unguentum hydrarg cin.* 0.50 dziennie, jako *resorbens.*

16. IX. Ciepłota prawidłowa. Odczyn Wassermanna ujemny, Pirquet'a dodatni. Na żądanie rodziców opuściło dziecko klinikę, pozostawało jednak w dalszej obserwacji naszej poza kliniką.

19. IX. wykonano drugie nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie prawidłowe, płyn mózgordzeniowy wydobywa się kropelkami, zresztą stan bez zmian.

27. IX. Dziecko chwyta czasem przedmioty, które mu się pokazuje. Odnosi się wrażenie, że poznaje przedmioty, a przynajmniej je lokalizuje. — Przy zbliżaniu światła mruży powieki i zasłania oczy rączkami. Zaczyna siedzieć samodzielnie, chodzi trzymane za rączkę, samo jednak chodzić nie może. Wcierania stosuje się nadal.

4. X. Poznaje przedmioty, chwyta za nie. Gdy mu się jednak każe, któryś z pokazanych przedmiotów wybrać, nie potrafi tego wykonać. Zresztą stan bez zmian.

10. X. Poznaje wszystkie przedmioty, gdy mu się każe wybrać jeden z nich, wykonuje zlecenie natychmiast.

25. X. Dziecko stoi samo przez 10—15 minut. — Nie chodzi jeszcze samodzielnie, musi być podtrzymywane; widzi dobrze. — Zachowanie się dziecka, jak przed wypadkiem. Powrót do zdrowia zupełny.

W przypadku tym stwierdziliśmy z jednej strony zespół objawów móżdżkowych: niemożność stania, siedzenia i wybitną asynergię móżdżkową, z drugiej strony zaburzenia wzrokowe, polegające na tem, że dziecko miało wyraźnie zachowane poczucie światła, reagowało przy zbliżaniu źródła światła, zasłaniało się nawet przed niem, a jednak nie chwytało pokazywanych mu przedmiotów, robiąc przez to wrażenie dziecka ociemniałego. — Wobec braku zmian na dnie oka uważać należy opisane zaburzenia wzrokowe za »ślepotę duszy«, jako wynik uszkodzenia płatów potylicznych. Zarówno objawy móżdżkowe jak i zaburzenia wzrokowe wystąpiły skutkiem przypadku, podczas którego dziecko wpadło do naczynia z płynem, topiąc się straciło przytomność, po wydobyciu go było przez kilka godzin sine, prawie nie oddechało tak, że zastosowano sztuczne oddechanie, po dalszych 4—5 godzinach miało mieć drgawki. Kiedy wystąpiły zaburzenia wzroku i zaburzenia statyki ciała niewiadomo, stan dziecka był od początku ciężki i groźny; dopiero po tygodniu, kiedy się poprawił, rodzice zauważyli, że dziecko nie widzi i że nie może chodzić ani siedzieć.

Objawy ze strony móżdżku jakoteż ze strony płatów potylicznych przypisujemy zmianom w jednem ognisku chorobowem. To przypuszczenie będzie bardzo prawdopodobne, jeżeli przyjmiemy, że bądź wskutek urazu, bądź wskutek duszenia się przyszło do krwotoku wewnątrz czaszkowego (prawdopodobnie z opony twardej — za czem przemawia ujemny wynik badania płynu mózgo-rdzeniowego), który równocześnie uciskał na móżdżek i na płaty potyliczne. — Za tą możliwością przemawia przebieg i zupełne ustąpienie tych objawów.

Dr. Józef FRITZ, asystent kliniki. Lwów.

Działanie insuliny wprowadzonej pod a śródskórnie.

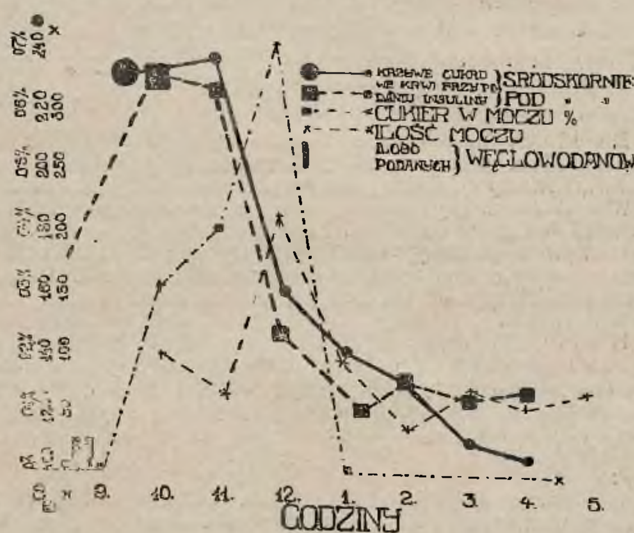
Z kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.
Dyrektor: Prof. Dr. Franciszek Gröer.

Wprowadzając zdrowym królikom insulinę śród i podskórnie spostrzegł E. F. Müller [1]), że przy śródskórnem wstrzyknięciu zyskujemy przedłużenie działania prawie o połowę. Skórze więc należałoby przypisać zdolność potęgowania bodźca, przyczyny bowiem tego zjawiska nie można szukać tylko w procesie zmienionego wchłaniania się, gdyż oba rodzaje wprowadzania dają najwyższe nasilenie w zadziałaniu prawie że równocześnie.

Nasunęło się nam pytanie, czy własność tę posiada również skóra ludzka a w szczególności skóra chorego na cukrzycę.

Już przed dwoma laty prawie stosując insulinę w 1 przypadku ciężkiej cukrzycy u 11 letniego dziecka jak zwykle podskórnie [2]) zauważyliśmy w 11 dniu leczenia zjawisko następujące. Chory otrzymał tegoż dnia swą zwyczajną dawkę dzienną składającą się z 20 jednostek insuliny Richtera, po niej zaś jeszcze 2 jednostki tej samej insuliny śródskórnie dla zbadania farmakodynamicznego odczynu skóry metodą Gröer-Hechta na ten nowy zresztą bodziec. W dwie godziny później przyszło do typowego obrazu wstrząsu hipoglikemicznego, co skierowało uwagę na możliwość kumulacji w działaniu wywołanej formą wprowadzenia jakościowo tegoż samego bodźca do ustroju.

Zbadano następnie oba rodzaje podawania insuliny na dwu przypadkach cukrzycy dziecięcej. Przebieg w drugim przypadku podano na załączonej tablicy.



G. S. dziewczynka z wagą 12.300 gr z $2^1/_2$% cukru w moczu a 230 mgr we krwi otrzymywała po tem samem śniadaniu złożonem z 40 gr płatków owsianych i $7^1/_2$ gr tłuszczu w plecy pierwszy raz śródskórnie (jeden bąbel) po raz drugi w tych samych warunkach podskórnie po 6 jednostek (0,3 cm^3), insuliny Brand (Allen & Hamburg). Na czczo i co godzinę 8 razy z rzędu badano zawartość cukru we krwi metodą Follin Wu [3]).

Najniższy spadek cukru we krwi zyskano przy wprowadzaniu podskórnem już po 3 godzinach, przy śródskórnem (oba wstrzyknięcia w odpowiadających sobie miejscach po prawej i po lewej) dopiero po 7 min. [4]). Przy śródskórnem jednak obniżenie było o 14% całego działania podskórnego silniejsze przy podskórnem dało się zauważyć w godzinach 4—7 już powolne wznoszenie się poziomu cukru. Prawie równolegle przebiegał ostry spadek w godzinach 2—3-ej, zaś lekką różnicę wykazało stadjum początkowe, po śródskórnem bowiem podaniu przyszło do małego wzmożenia się ilości cukru, podczas gdy podskórne zadziałało szybciej.

Brak materjału z zakresu cukrzycy dziecięcej w tutejszej klinice nie pozwolił na dalsze badania.

---

[1]) Por. E. F. Müller. Die Bedeutung der Haut für die Insulinwirkung VI. w M. m. W. 1924. Nr. 25. str. 813—6. Badania R. Ahtenstiela na królikach dały wynik odmienny od Müllera (D. m. W. 1925 13, Str. 522).

[2]) Por. Pam. II. Zjazdu Pedj. pol. w Poznaniu. J. Fritz. Działanie insuliny w cukrzycy dziecięcej i toksykozie tom IV. 1924 zeszyt 5.

[3]) Obliczeń dokonał Dr. St. Roszak.

[4]) Przebieg reakcji skórnej:

Czas wstrzyknięcia	bąbel	halo	
0	14×12 mm	40×35 mm	
1'	20×18 »	50×45 »	różowieje
3'	24×20 »	45×40 »	
5'	26×20 »	40×35 »	
7'	24×18 „	35×30 »	

Dr. Tomasz KOŻUCHOWSKI. Lublin.

Gangrena pępowiny u noworodka — wyleczenie przez zabieg operacyjny.

W dniu 16. sierpnia 1924 roku zgłosił się do mnie ojciec, buchalter fabryki drożdży w Lublinie z noworodkiem dwudniowym z prośbą o pomoc. Noworodek płci męskiej, dobrej i prawidłowej budowy — wagi około 4 kg. Według podania ojca poród odbył się prawidłowo — drugiego dnia po urodzeniu dziecko zaczęło wysoko gorączkować i zauważono, iż pępowina cuchnie i zmieniła wygląd.

Przy badaniu stwierdziłem ciepłotę 40,2° — tętno szybkie — trudno zliczalne — pępowina długości 8 cm o ciemno-zielonem zabarwieniu, cuchnąca. Stwierdziłem wilgotną gangrenę pępowiny i ogólne zakażenie. Uważając przypadek za stracony, jednakowoż postanowiłem, w celu ratowania dziecka, dokonać zabiegu chirurgicznego; usunąłem zgangrenowaną pępowinę wraz z częścią skóry do tkanek makroskopowo zdrowych. Ranę zaszyłem 3-ma szwami, prócz tego zastrzyknąłem odpowiednią dawkę propidonu.

Poleciłem ojcu przynieść dziecko za trzy dni, o ile do tego czasu dożyje.

Dnia 19. sierpnia 1924 ciepłota 39,2° — tętno miękkie i szybkie — dziecko bardzo zmienione; według słów ojca dziecko nie chce ssać i tylko karmiono je rumiankiem. Zastrzyknąłem propidon. Rana przedstawia się bardzo dobrze.

Dnia 22. sierpnia ciepłota prawidłowa — tętno dobrze napięte — wygląd dziecka dobry — wesołe — rana zagojona. Dziecko chętnie ssie i jest zupełnie spokojne. Po raz trzeci zastrzyknąłem propidon.

Obecnie dziecko chowa się bardzo dobrze — rozwój normalny, wygląd zdrowy.

Jeżeli opisuję powyższy przypadek, to tylko dlatego, że zazwyczaj zakażenia pępkowe u noworodków kończą się śmiercią — przeglądając dostępne mi piśmiennictwo, jak również podręczniki o chorobach dzieci — wszędzie te przypadki zaznaczone są, jako bardzo ciężkie i kończące się źle.

I w danym przypadku zbadawszy dziecko stanąłem bezradnie.

Usilne prośby ojca (pierwszy syn) aby dziecko ratować — skłoniły mnie do dokonania zabiegu — dokonałem nie wierząc w pomyślny wynik. Okazało się jednak, że usunięcie źródła zakażenia wraz z zastrzyknięciem propidonu ocaliły życie dziecka.

Przez usunięcie źródła zakażenia zapobiegało się dalszemu wkraczaniu toksyn — zwalczenie zaś już istniejącego zakażenia przypisuję samemu ustrojowi i zastrzykiwaniom propidonu. Zresztą doświadczenie życia codziennego uczy, że nieraz rozpaczliwe przypadki wbrew wszelkim przewidywaniom kończą się dobrze.

Sprawozdania poglądowe.

I. HESCHELES. Lwów.

O kile wrodzonej w świetle nowszych badań.

Z poradni przeciwkiłowej kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Patogeneza.

Mechanizm dziedziczności kiły wrodzonej był już od dawna przedmiotem licznych badań i jest do dnia dzisiejszego sprawą nie we wszystkich punktach wyjaśnioną. Wedle poglądu dawniejszego (Kassowitz, Fournier) zakażenie płodu następywało albo ze strony ojca drogą nasienia, obarczonego krętkiem bladym i to przez zdrową matkę, lub też ze strony chorej matki, drogą jajka. Dzisiaj przeważa zdanie, że kiła wrodzona powstaje przez zakażenie płodu tylko ze strony chorej matki drogą krwionośną i to w czasie ciąży, albo co najwyżej podczas porodu. Najczęściej następuje zakażenie dziecka jeszcze w łonie matki, a to przez łożysko, które dotknięte kiłą staje się przepuszczalnem dla zarazków kiły, przechodzących w ten sposób do obiegu krwi płodu. Im wcześniej następuje owo przerwanie wału obronnego, jakiem jest łożysko, tem wcześniejsze zakażenie płodu, i tem cięższe, rzecz jasna, skutki. W najcięższych przypadkach objawiają się one, po zakażeniu we wczesnych miesiącach płodowych, wczesnem zamarciem płodu, i co zatem idzie, poronieniem; jeśli zaś zakażenie następuje w późniejszych miesiącach płodowych, płód przychodzi wprawdzie na świat czasowo ale nieżywy. W mniej ciężkich przypadkach płód wprawdzie przychodzi na świat żywy, jednakowoż obarczony jest ciężką postacią kiły trzewiowej, w lżejszych zaś przypadkach noworodek przychodzi na świat pozornie zdrowy, jednakowoż po kilku tygodniach utajenia, kiła uwidacznia się na powierzchni skóry w postaci dobrze znanych, charakterystycznych wykwitów skórnych i na błonach śluzowych. W tych ostatnich przypadkach przyjmuje R i e t s c h e l jako chwilę zakażenia sam akt porodu, tłómacząc, że następuje wówczas przedarcie łożyska i utrata jego ochronnych własności.

Wszystkie spostrzeżenia kliniczne przemawiają raczej za nowszym poglądem patogenezy kiły wrodzonej, a sprzeciwiają się teorji dawniejszej, przyjmującej zakażenie kiłą ze strony ojca drogą nasienia przez zdrową matkę, *(lues paterna)*, lub ze strony chorej matki, drogą jajka. Jeden z najsilniejszych niegdyś dogmatów w medycynie, prawo C o l l e s 'a, przyjmujące odporność matek dzieci kiłowych przeciw kile, stało się dzisiaj zupełnie nierealnem.

Jednym z klasycznych dowodów teorji łożyskowej jest wykrycie krętka bladego w sznurze pępowinowym noworodków, dotkniętych kiłą wrodzoną, drogą metody podanej przez H o f m a n a. I tak wykazał V u l o v i c w klinice położniczej wiedeńskiej na 1024 noworodków w 7 przypadkach krętka bladego w tkance pępowiny w niedalekiej odległości od pępka. Cyfra ta nie odpowiada wprawdzie istotnej częstości kiły wrodzonej u noworodków, pomijając oczywiście przypadki zakażone podczas porodu, sam fakt jednak stwierdzenia zarazka kiły w pępowinie przemawia niezbicie za drogą krwionośnością zakażenia płodu, z drugiej zaś strony umożliwia jak najwcześniejsze rozpoznanie kiły wrodzonej i to w okresie utajenia.

Inne spostrzeżenia tyczące się pierwszych objawów kiły wrodzonej w postaci pierwotnego wrzodu na pępku, przyniosły dalsze poparcie teorji R i e t s c h l a. I tak H u t i n e l, następnie M e y e r, opisali szereg przypadków kiły wrodzonej, w której pierwszym objawem był typowy wrzód kiłowy na pępku, wykazujący obecność krętków bladych. Wrzód ten występywał na 2 do 3 tygodnie przed ogólnem ujawnieniem się kiły i dodatnim odczynem Wassermanna, a w drugim miesiącu mniej więcej po przyjściu na świat dziecka. Należy go uważać za pierwszy objaw odczynu zapalnego tkanki wobec wtargnięcia krętka bladego na drodze zakażenia od strony łożyska ku płodowi.

Zakażenie ustroju dziecięcego kiłą pozaporodowe jest równorzędne z kiłą u dorosłych i jako takie nie wchodzi w ramę niniejszego tematu.

Patogeneza kiły wrodzonej jest naturalnem wyjaśnieniem tej zasadniczej różnicy, jaka ją dzieli od kiły nabytej u dorosłych. Podczas gdy w tej ostatniej zakażenie odbywa się przez powłokę zewnętrzną (skóra lub błona śluzowa) tworząc t. zw. »*affectio primaria*« i wchodzi zwolna do ustroju dopiero po przebiciu tej tamy obronnej, drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych, co wymaga okresu kilku tygodni, to u dzieci zakażonych kiłą wrodzoną nie istnieje zupełnie ani »*affectio primaria*« ani ów okres pierwotny w czasie między zakażeniem miejscowem a ogólnem. Ustrój dziecięcy zostaje odrazu zalany drogą obiegu krwi, masą mniej lub więcej jadowitych krętków bladych. Dlatego też kiła nabyta przedstawia dla leczenia wdzięczniejsze pole dla działania. Rozpoczęte w krótkim czasie po zakażeniu miejscowem, jest w możności przez energiczne środki swoiste niedopuścić do rozprzestrzenienia się choroby drogą krwionośną a nawet zgnieść ją w zarodku.

Inaczej jest przy kile wrodzonej. Tu zadanie jest o wiele trudniejsze, gdyż chodzi o chorobę rozprzestrzenioną w całym ustroju. Pogarsza sprawę jeszcze ta okoliczność, że młode niemowlę wytwarza małą ilość przeciwciał i dlatego

posiada słabą odporność czynną wobec kiły, podobnie jak i wobec wielu chorób zakaźnych. To jest też powodem, iż w przypadkach ciężkiej kiły trzewiowej narządy wewnętrzne, jak wątroba, śledziona są przesiąknięte masami krętków bladych.

I tu leży druga zasadnicza różnica między kiłą wrodzoną a kiłą u dorosłych. Z powodu bezbronności młodego ustroju, przybiera kiła wrodzona zazwyczaj charakter groźny dla dalszego życia i posiada wybitną skłonność do pogorszenia. Tak też okazuje się ona albo nieuleczalną już z chwilą przyjścia na świat chorego niemowlęcia, w postaci ciężkiej kiły trzewiowej, albo też niepowstrzymywana swoistem leczeniem, postępuje w taki sposób i ogarnia takie narządy, że zejście śmiertelne staje się nieuniknionem, albo też pozostawia trwałe i ciężkie ślady na całe życie (głuchota, ślepota, zidjocenie). Stąd też pochodzi, że statystyka śmiertelności w czasach, gdy jeszcze nie znano energicznego leczenia swoistego, osiągała tak wysoki odsetek, jak 60 do 80%, co w statystykach śmiertelności kiły u dorosłych nawet przed erą salvarsanową było rzeczą zupełnie nieznaną.

Gdy więc kiła wrodzona godzi w siły żywotne ustroju dziecięcego podkopując jego odporność ogólną przeciwko wszelkim chorobom, to kiła organizmu dorosłego jest chorobą *per excellence* przewlekłe zakaźną, zastającą ustrój w pogotowiu do walki z nią przy pomocy sił naturalnych; są niemi wytwarzające się przeciwciała, zdolne, jeśli nie do całkowitego uzdrowienia ustroju, to w każdym razie do utrzymania go przy życiu i do powstrzymania procesu kiłowego. Kto zna typ niemowlęcia obarczonego kiłą wrodzoną, o brudno szarawym kolorycie twarzy, o ciężkim sapiącym oddechu, podupadłym stanie odżywienia, o lękliwem cierpiącem spojrzeniu i często wyrzucających czyrakach na powłoce skórnej, ten zdaje sobie dokładnie sprawę, że jest to dziecko, którego siły żywotne i stan uodpornienia podupadają z dnia na dzień. Pod tym kątem widzenia należy więc patrzeć na kiłę wrodzoną, w odróżnieniu od kiły nabytej u dorosłych, chcąc w zwalczaniu jej osiągnąć pomyślny skutek.

Co do częstości kiły wrodzonej, to sądząc po dodatnim odczynie Wassermanna, przyjmują niektórzy autorowie (Saenger) 6 do 7% z całej liczby noworodków przedstawianych w przychodniach dziecięcych inni zaś (Pfaundler) oceniając tylko z objawów klinicznych, znajdują je tylko w 2 do 3%. Różnicę tę tłumaczą (Pfaundler, Wirz) jakoby istnieniem formy utajonej kiły wrodzonej objawiającej się jedynie w dodatnim odczynie Wassermanna.

Obraz kliniczny.

Powszechnie dzielą klinicznie kiłę wrodzoną na kiłę trzewiową *(visceralis)* i kiłę przyścienną *(parietalis)*. Jakkolwiek podział ten ma pewne uzasadnienie, gdyż pierwsza postać kliniczna wyklucza najczęściej drugą, to jednak jak każdy podział w klinicystyce, tak i ten okazuje się zbyt sztuczny. Jak już wspomniano, czas zakażenia w okresie życia płodowego jest rozstrzygający co do przyszłych objawów kiły, im wcześniejsze jest zakażenie, tem cięższa postać kiły czego wyrazem jest kiła narządów wewnętrznych, im późniejsze zakażenie, tem silniejsze objawy skórne, tworzące postać kliniczną lżejszego typu, t. j. przyścienną. Oba więc typy stoją do siebie jakgdyby w pewnej sprzeczności, jednakowoż są one tylko wyrazem cięższego lub lżejszego stopnia choroby, zdarzają się więc przejścia jednej postaci w drugą.

Z objawów ogólnych należy podnieść charakterystyczny szczegół, z którym się prawie zawsze w wywiadach matek w poradni kiłowej spotykamy. Oto dziecko, które przyszło pozornie zupełnie zdrowe na świat i rozwijało się prawidłowo zaczyna po pewnym czasie okazywać niepokój, który się coraz wzmaga, powoduje bezsenność i płacz: obok tego rozwój dziecka doznaje zwrotu ku gorszemu, dziecko poczyna tracić na wadze, blednie, mimo dobrych warunków rozwoju i pokarmu matczynego. Niedługo potem wychodzą na jaw charakterystyczne objawy na skórze i na błonach śluzowych. Kiła wrodzona uszkadza też narząd krwiotwórczy, czego wyrazem jest małokrwistość w mniejszych lub większych rozmiarach (Finkelstein, Kleinschmiedt, Lange, Lendorff). Bezkrwistość ta nigdy nie jest następstwem samego leczenia przeciwkiłowego przeciwnie w miarę leczenia ustępuje (Pogorschelsky).

Już dawno było rzeczą znaną z kliniki kiły nabytej, iż krętki blade mają osobliwą skłonność do atakowania systemu nerwowego środkowego.

Wedle statystyki dzieci umysłowo niedorozwiniętych największy odsetek stanowią dzieci z kiłą wrodzoną. Poza zejściem śmiertelnem, najczęstszem następstwem po kile wrodzonej jest trwałe uszkodzenie systemu nerwowego środkowego i upośledzenie władz umysłowych. W przeciwieństwie do tego zjawiska pozostaje fakt, iż wśród objawów klinicznych wczesnej kiły niemowlęcej objawy ze strony systemu nerwowego środkowego należą do rzadkości. W najnowszych czasach jednak okazało się, dzięki udoskonaleniu metod badania płynu mózgowo-rdzeniowego, iż jest to tylko pozorne przeciwieństwo. Badania poczynione z płynem mózgowo-rdzeniowym młodych niemowląt kiłowych przez wielu autorów, jak Tobler. Przedpelska, Tezner, Breuer, Frank, Progulski wykazały, że w wielu przypadkach okazywał on zmiany chorobowe, jak zwiększoną ilość limfocytów, (pleocytoza), wzmożoną ilość globulin (odczyn Nonne-Apelta, Weichbrodta i innych), jak również dodatni odczyn Wassermanna, mimo zupełnie ujemnego obrazu klinicznego. Nowe odczyny koloidalne, jak Langego odczyn złota, Emanuela odczyn mastiksowy w znacznej mierze uwydatniły swoiste zmiany chorobowe płynu mózgowo-rdzeniowego przy kile. Przy pomocy tych odczynów wykazały nasze badania w całym szeregu przypadków najwcześniejszej (już u kilkudniowych noworodków) a nieleczonej kiły wrodzonej, iż zmiany chorobowe płynu mózgowo-rdzeniowego są prawie tak stałem zjawiskiem, jak objawy skórne, a nawet występują przed zmianami skórnemi. Wedle innych autorów (Tezner, Breuer, Müller) zmiany te występują nie tak często, lecz tylko w pewnym odsetkn. Badania te jednak nie były systematycznie i w najwcześniejszym okresie kiły wrodzonej przeprowadzone. Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym są tak nieznaczne, że nie prowadzą jeszcze do zmian klinicznych, a z drugiej strony ustępują szybko częścią same, częścią pod wpływem leczenia. Stąd jasnem jest, dlaczego energiczne i możliwe wczesne leczenie kiły wrodzonej ma tak dobroczynny wpływ na rozwój umysłowy dziecka i że chroni je w wielu przypadkach przed trwałem upośledzeniem umysłowem.

Leczenie.

Leczenie kiły wrodzonej było przez długi czas piętą achilesową pedjatrji. Wszystkie dawniejsze statystyki badaczy zajmujących się losem dzieci kiłowych (Hochsinger, Bokay, Peiser, Sprintzer, Welde, Husten, Kundratitz) wykazywały bardzo smutne wyniki i stwierdzały chyba, jak nieudolną była podówczas sztuka lekarska wobec dzieci kiłowych. Jak przełomowem okazało się wprowadzenie salvarsanu do arsenału leczniczego kiły dorosłych, tak może jeszcze w większym stopniu dotyczy to kiły wrodzonej.

Jednakowoż nie tak prędko, jak historja wskazuje, nauczono się dostosować salvarsan dla celów kiły wrodzonej. Pierwsze próby jego stosowania u dzieci wypadły niepomyślnie, już to z powodu niewydoskonalonej techniki wstrzykiwań, już to z powodu nie dość ścisłej umiejętności dawkowania i wskazań (Oppenheim, Hochsinger, Noeggerath, Welander). Dopiero Erich Müller wprowadził leczenie kiły wrodzonej na odpowiednie tory. Jego niepomierną zasługą jest wykazanie, że kiłę wrodzoną należy równie jak i u dorosłych, a nawet w większym stopniu leczyć jak najenergiczniejszemi środkami i tylko w ten sposób można osiągnąć pomyślne wyniki.

Drugim zasadniczym punktem jego nauki o lecznictwie kiły wrodzonej, jest przystosowanie neosalvarsanu do tej energicznej kuracji. Wykazał on bowiem, że niemowlęta znoszą salvarsan względnie lepiej aniżeli dorośli, stosował go przeto w stosunkowo znacznie wyższych i częstszych dawkach, aniżeli to się dzieje przy kile nabytej. Że metoda przezeń obrana była trafną, okazały wnet wyniki lecznicze.

Jego 10 lat wstecz sięgające cyfry statystyczne, doty-

czące losów dzieci kiłowych, postawiły rokowanie kiły wrodzonej w świetle zupełnie odmiennem, aniżeli to dotychczas było i uczyniły je, jeśli niezupełnie pomyślnem, to w każdym razie znacznie, pomyślniejszem niż to z dawniejszych zestawień widocznem było. Żądanie więc energicznego i wydatnego leczenia zostało stwierdzone.

Szemat leczenia Müllera obejmuje kilka pojedynczych kuracji przedzielonych pewnym odstępem czasu, a to: a) główne kuracje (najczęściej w liczbie jednej), aż do uzyskania ujemnego odczynu Wassermanna, b) leczenia dodatkowe w liczbie dwóch (t. zw. *Sicherheitskuren)* następujących już po uzyskaniu ujemnego odczynu Wassermanna. Na każdą kurację składają się: a) rtęć, stosowana w postaci zastrzyków domięśniowych zawiesiny kalomelowej, b) neosalvarsan, w postaci zastrzyków dożylnych.

Szemat leczenia, jaki stosujemy od dłuższego czasu w poradni kiłowej przy klinice pedjatrycznej we Lwowie, jest nieco odmienny w dawkowaniu i sposobie aplikacji neosalvarsanu. Podczas gdy Müller podaje neosalvarsan w dawkach częstszych dostosowywanych do wagi ciała, 0.02—0.03 na 1 kg wagi, to my stosujemy go w dawkach pojedynczych wyższych, a to po 0.15 gr. bez względu na wagę niemowlęcia, a skutkiem tego w mniejszej ilości zastrzyków. Uważamy to za racjonalniejsze ze względu na bolesność zastrzyków domięśniowych. Z zasady tej odstępujemy z jednej strony u niemowląt niedorozwiniętych (przedwczesny poród, podupadłe odżywienie lub w ciężkiej postaci trzewiowej kiły, obniżając dawkę do połowy, z drugiej zaś strony wstrzykujemy dzieciom powyżej pierwszego roku życia i powyżej 10 kg wagi naraz 0.3 gr. neosalvarsanu. Jako sposób wstrzykiwania neosalvarsanu uważamy, w przeciwstawieniu do Müllera, za jedynie możliwy i bezwzględnie bezpieczny zastrzyk domięśniowy *(m. vastus lateralis)*, przyczem uwzględniając pewne środki ostrożności jak zmiana igły do wstrzykiwania, głębokie wprowadzenie do mięśnia, nie mieliśmy żadnych przykrych następstw. Ilość takich zastrzyków, czyli dawkę ogólną na leczenie, ustaliliśmy na 0.15 gr pomnożoną przez cyfrę, wyrażającą wagę ciała w kilogramach, a zaokrągloną w dół, tak n, p. niemowlę ważące 5 kg otrzymuje 5 zastrzyków neosalvarsanu po 0.15, zaś dziecko $1^1/_2$ roczne o wadze 12 kg otrzymuje 6 zastrzyków po 0.3 gr. neosalvarsanu (równa się 12×0.15).

Drugim składnikiem naszej kuracji przeciwkiłowej jest zawiesina kalomelowa w oliwie, z której wstrzykujemy ilość, zawierającą tyle miligramów kalomelu, ile kilogramów wagi dziecko posiada, przyczem staramy się użyć jak najsilniej stężonej zawiesiny oleistej, jak n. p.: 0.3 na 10 gr. oliwy do 1.0 na 10 gr. oliwy, tak, by w ilości mniej więcej 0.1—0.2 cm³ była zawarta potrzebna ilość kalomelu. Wiadomo bowiem, że większe ilości oliwy wstrzyknięte domięśniowo wytwarzają nacieki. Zastrzyków tych dajemy po 12 na kurację. Zastrzyki kalomelu i neosalvarsanu wykonujemy na przemian dwa razy w tygodniu.

Przykład:

Niemowlę w dobrym stanie odżywienia, w pierwszem półroczu życia wagi około 6 kg.

I.	tydzień:	pierwszy zastrzyk neosalv. 0.15 gr.
		» » kalomelu 0.006 gr.
II.	»	drugi » » 0.006 gr.
		» » nesalv. 0.15 gr.
III.	»	trzeci i czwarty zastrzyk kalom. po 0.006 kg.
IV.	»	» zastrzyk neosalv. 0.15 gr.
		piąty » kalomelu 0.006 gr.
V.	»	szósty » · » 0.006 gr.
		czwarty zastrzyk neosalv. 0.15 gr.
VI.	»	siódmy i ósmy zastrzyk kalomelu po 0.006 gr.
VII.	»	piąty zastrzyk neosalv. 0.15 gr.
		dziewiąty zastrzyk kalomelu 0.006 gr.
VIII.		dziesiąty » » 0.006 gr.
		szósty » neosalv. 0.15 gr.
IX.	»	jedenasty i dwunasty zastrzyk kalomelu po 0 006 gr.

Pozatem stosujemy u starszych dzieci wcierania zamiast zastrzyków kalomelu, w ilości 1 do 2 gr. codziennie przez 6 tygodni na jedną kurację.

Innych preparatów rtęciowych, jak sublimatu *hydrargyrum salicylicum,* jako mniej trwałych w skutkach nie stosuje się obecnie w kile wrodzonej. Z powodu zbyt słabego działania zaniechano podawania wewnętrznego rtęci w postaci *hydrargyrum protojodoratum.* Tylko nieorganiczne środki rtęciowe w zastrzykach domięśniowych okazują działanie najtrwalsze.

Kuracje wyżej opisane powtarzamy trzykrotnie, o ile odczyn Wassermanna po pierwszej kuracji staje się ujemny, co w przypadkach wczesnej kiły zazwyczaj osiągamy. Po trzykrotnej kuracji w razie stale ujemnego Wassermanna badamy po kilku miesiącach znowu odczyn Wassermanna i to wpierw po tak zwanym prowokacyjnym zastrzyku neosalvarsanu, zaś następnie kontrolujemy odczyn serologiczny, jakoteż objawy kliniczne i rozwój umysłowy co pół roku.

W ten sposób przedstawia się mniej więcej całokształt leczenia i śledzenia losów dzieci obarczonych kiłą wrodzoną w ramach t. zw. poradni kiłowej.

W ostatnich czasach rozpoczęto też leczenie kiły wrodzonej bizmutem. Działanie bakterjobójcze bizmutu na krętki blade, wykryte po raz pierwszy przez francuskiego badacza Sauton'a w r. 1916 zostało eksperymentalnie na zwierzętach potwierdzone i wprowadzone do lecznictwa kiły przez Sazeraca i Levaditi'ego w r. 1921. W badaniach swych nad wpływem leczniczym bizmutu stosował Levaditi zarówno połączenia soli rozpuszczalnych we wodzie, jakoteż nierozpuszczalnych, przyczem okazało się, że najtrwalsze działanie posiadają sole bizmutowe nierozpuszczalne we wodzie, wstrzyknięte domięśniowo w zawiesinie oleistej, podczas gdy sole rozpuszczalne we wodzie wstrzyknięte dożylnie wywołują działanie trujące już w dawkach stokroć mniejszych. Levaditi określa działanie bizmutu na kiłę jako bezwzględnie silniejsze i trwalsze aniżeli rtęci a dorównujące conajmniej preparatom salvarsanowym, Nawet w przypadkach opornych na rtęć i salvarsan ma bizmut dawać dobre wyniki. Nie dziw też, że wobec tak pomyślnych wyników rozpoczęto stosować go przy kile wrodzonej. Wedle zapodań piśmiennictwa doświadczenia w tym kierunku zbyt skąpe, nie pozwalają na ostateczny sąd co do działania bizmutu na kiłę wrodzoną. Jednakowoż zdaniem autorów (Frank, Stoye) zdaje się bizmut przewyższać działanie rtęci w dawkach jednorazowych po 2 do 4 mg. na 1 kg. wagi domięśniowo, w ilości 12 do 20 zastrzyków na kurację. Tu i ówdzie występujące uszkodzenia nerek w postaci wydzielania białka, ciałek czerwonych i białych z moczem, ustępują szybko po odstawieniu bizmutu. Ostatnio rozpoczęliśmy stosować bizmut w połączeniu z salvarsanem w poradni kiłowej.

Wyniki, uzyskane nowym sposobem leczenia zwłaszcza w przypadkach wczesnej kiły wrodzonej, t. j. w okresie pierwszego kwartału życia (gdyż im późniejszy okres kiły wrodzonej, tem oporniejsze leczenie) dają podstawę do pomyślnych widoków tak pod względem rokowania, jak pod względem społecznym.

Dzieci obarczone kiłą wrodzoną, które dawniej, w najlepszym razie, pozostawały przy życiu, obciążone błędami fizycznemi lub psychicznemi, najczęściej jednak gdyż do 80% padały ofiarą tej choroby, dziś mogą, jak się zdaje, przez wczesne i energiczne leczenie nietylko utrzymać się przy życiu, ale też prawdopodobnie, uchronić się przed upośledzeniem władz umysłowych. Dopiero dłuższa, gdyż na lata rozciągająca się obserwacja, przyniesie ostateczną odpowiedź.

W ostatnich miesiącach poczęliśmy idąc za przykładem wielu autorów, stosować bizmut w naszej poradni kiłowej.

Nasze doświadczenia w kierunku wpływu leczniczego bismutu na kiłę wrodzoną, które zebraliśmy na materjale 22 chorych niemowląt i dzieci starszych w ciągu ostatnich miesięcy dają się streścić w następujący sposób:

Z ogólnej ilości 22 chorych, przerwało leczenie 4, pozostało w leczeniu 18 dzieci.

Leczenie li tylko bizmutem stosowaliśmy w 6 przypadkach, w czem było: jeden przyp. kiły trzewiowej, w którym po 20 dniach osiągnęliśmy b. dobre wyniki, jak ogólną po-

prawę stanu ogólnego, znaczne cofnięcie się obrzęków śledziony i wątroby; dwa przypadki kiły nawrotowej, w których objawy skórne (kłykciny) cofnęły się po 30 dniach objawy kostne, (*periostitis lu*) po 20 dniach leczenia; trzy przypadki wczesnej kiły ościennej (*lues parietalis*), w których objawy skórne cofnęły się począwszy od 14 do 20 dni po rozpoczęciu leczenia.

W 12 przypadkach stosowaliśmy połączone leczenie bizmutowo-salvarsanowe, w tem 8 niemowląt z kiłą wczesną, 1 dziecko z kiłą nawrotową, 3 przypadki *lues tarda* u dzieci starszych. W przypadkach tym sposobem leczonych objawy skórne cofnęły się już po 7 do 20 dniach, zaś w 1 przypadku zapalenia kiłowego rogówki osiągnięto po 20 dniach pomyślny wynik. Co do wpływu bizmutu na odczyny serologiczne nie mogły badania nasze jeszcze dać określonego wyniku z powodu zbyt krótkiego okresu czasu.

Stosowaliśmy preparat »Bismogenol«, który był naogół b. dobrze znoszony, bez jakichkolwiek nacieków miejscowych lub zaburzeń ogólnych. Uszkodzenia nerek w żadnym przypadku zanotować nie mogliśmy.

W dawkach byliśmy b. ostrożni, rozpoczynaliśmy od 1—2 mg bi. metalicznego na kg wagi i na dawkę jednorazową, następnie podwyższyliśmy stopniowo do 3 mg na kg. Ilość zastrzyków na leczenie wynosiła 12.

Oceny i sprawozdania.

Medicina Krestomatio de Esperanto. — Kompilita de Eskulapida Klubo. Kioto 1924.

H. Hajasi i K. Tamura. **Farmakologia praktiko por studentoj.** Tokio. Obie prace wyszły w Japonji w języku Esperanto.

Pierwsza broszura o 40-tu stronicach, zbiorowo opracowana, jest rodzajem wypisów, które obejmują 14 króciutkich oryginalnych prac i referatów oraz streszczeń z prac japońskich i europejskich autorów. Z japońskich prac wspominam: szczegółowa anatomja żołądka (Jagi), opis pasożyta schizostoma japanum (Nakamoto), własna odmiana metody Wassermanna (Murata), kazuistyczny przypadek zgorzeli stopy, w którym wykonano sympatikektomję tętnicy udowej (Jagi), oraz praca statystyczna o obrzęku śledziony przy różnego rodzaju pierwotnych nowotworach wątroby (Ogaua).

Druga praca o 83 stronicach, jest rodzajem doświadczalnego kompendjum farmakologicznego dla studentów, obejmującego w 10-ciu rozdziałach różne grupy leków. I tak: leki pobudzające i porażające ośrodki układu nerwowego, działające na zakończenia nerwowe, mięśnie, serce, narządy o mięśniach gładkich, narządy gruczołowe, leki, działające na ośrodek wymiotny, oddechowy i ośrodek cukrobodźczy, ośrodki spalania i ciepła, oraz środki przeciwgnilne i przeciwpasożytnicze. Każdej grupie towarzyszą króciutkie opisy doświadczeń na najrozmaitszych odpowiednich zwierzętach oraz wskazówki, jak je wykonać i na co zwrócić uwagę. Praca ta dla nas bardzo ciekawa i dowodząca, że w Japonji zwraca się baczną uwagę na farmakologję doświadczalną i zaprawia się studentów do samoistnych doświadczeń.

Dr. M. Blasberg (Kraków).

Prof. Dr. W. Nowicki: **O chorobach zakaźnych.** Ósemka, stron 90 z 12 rycinami. Bibljoteczka higjeniczna. Zeszyt VI. Książnica-Atlas 1925.

Przedmiot ujęty treściwie a przystępnie, bo podany w sposób jasny i zajmujący. Czytelnik zapoznaje się z dzisiejszym stanem wiedzy lekarskiej w dziedzinie ostrych chorób zakaźnych. Zaznajamia się więc z biologją zarazków i mechanizmem ich działania z jednej strony, z drugiej zaś dowiaduje się o środkach, któremi ustrój się broni przed zakażeniem, względnie walczy z zarazkiem, któremu uległ. Zapoznawszy się w ten sposób z pojęciem zakażenia i zjawiskami odporności, rozumie myśl przewodnią działania surowic i znaczenie szczepionek swoistych. Dalej czyta jędrne i barwne opisy chorób zakaźnych, spotykanych w naszym klimacie.

Znając ich czynnik etjologiczny i sposób przenoszenia się jego na zdrowych wyciąga dla siebie praktyczne wnioski, jak się strzedz przed zakażeniem. Dowiaduje się wreszcie, jakich sposobów i środków używa się do odkażenia otoczenia, z którem się stykał chory. Książeczka, przeznaczona dla szerokiego ogółu, a więc przedewszystkiem osób stojących zdala od medycyny. Treść jej ma cel uświadamiać czytelników co do znaczenia ostrych chorób zakaźnych i uczyć ich unikania tychże. Autor wytknięty sobie cel osiągnął w zupełności, dzięki ujęciu treści. Styl jędrny jest przytem tak zajmujący, że im dalej, tem trudniej oderwać się od czytania. Ryciny na ogół dobre a niektóre z nich doskonałe; muszą zwrócić na się uwagę czytelnika. Ale nie tylko laik, ale lekarz i student medycyny przeczyta książeczkę nie tylko z wielką przyjemnością, ale i z wielką korzyścią. Zwłaszcza w znakomitych ustępach, dotyczących zakażenia i odporności, spotka się z głęboką syntezą dzisiejszych zapatrywań na te nader ciekawe a wielce zawiłe procesy biologiczne.

Kostrzewski (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

T. XXIX. Z. 1.

E. Schiff i B. Bayer. **Śródżylne wlewania krwi w Erythrodermia desq. (Leiner).** W dwóch przypadkach wstrzyknęli autorzy krew do *sinus longitudinalis*, w ilości około 50 cm^3, ze względu na znaczną anemję, zwiekszającą się mimo ustępowania zmian na skórze.

Poprawa zarówno obrazu krwi, jak też i apetytu, a z tem i ogólnego stanu dzieci uderzająca, jakiej nie można było osiągnąć żadnym z przedtem stosowanych środków (tran, sok z cytryn, *Neuroun*).

H. Pogorzelski. **Kiła wrodzona a małokrwistość.** Na podstawie obrazów krwi u kilku osesków z kiłą wrodzoną, przeprowadzonych przed rozpoczęciem leczenia swoistego zbija autor twierdzenie Nitschke'go, jakoby kiła nie miała wpływu na powstawanie niedokrwistości, a objawy jej występowały dopiero w czasie leczenia. Zdaniem autora kiła wrodzona jest bezpośrednią przyczyną anemji, spostrzeżenie zaś Nitschke'go dowodzi jedynie faktu, że uszkodzenie ustroju jest tak silne, iż niedokrwistość występuje często mimo rozpoczęcia leczenia swoistego.

M. Fischer. **Zapalenie stawu wiewiórowe.** Dwa przypadki zakażenia stawów dwoinkami Neissera stwierdzone w pierwszym przypadku równoczesnem wystąpieniem *blenorrhoë gonocc.* w drugim zaś obecnością dwoinek w płynie wysiękowym, wydobytym ze schorzałego stawu.

E. Brunthaler. **Pierwotna, śródskórna próba tuberkulinowa 1:100.** Opierając się na $1\frac{1}{2}$ letniem doświadczeniu zaleca autor tuberkulinę do celów rozpoznawczych, w postaci śródskórnych zastrzyków z roztworu 1 : 100, z zupełnem pominięciem odczynu skórnego Pirqueta.

Postępowanie to skraca znacznie czas badania, zaledwie 1% badanych dzieci o wyniku reakcji $\pm$, lub $-$ reagowało dodatnio dopiero na powtórną próbę. Autor widzi większe niebezpieczeństwo w uczulaniu organizmu przez kilkurazowe powtarzanie słabszych odczynów teberkulinowych, niż w jednorazowem zastosowaniu silniejszej dawki.

Towarzyszące powyższemu odczynowi podwyżki ciepłoty, silniejsze miejscowe i mierne ogniskowe odczyny nie stanowią przeciwwskazania, gdyż mimo długotrwałej obserwacji, nie zauważył autor w żadnym przypadku niekorzystnego wpływu na dalszy przebieg choroby.

O. Tetzner. **Przyczynek do wyjaśnienia objawu Trousseau.** Na podstawie własnych spostrzeżeń, oraz doświadczeń na zwierzętach dochodzi autor do następujących wniosków: Drgawki toniczne występują przy tężyczce wówczas, gdy przy dostatecznem wzmożeniu pobudliwości centralnej, również i pobudliwość obwodowa przekroczy pewną granicę. Natomiast do wystąpienia objawu Trousseau potrzeba, prócz wzmożenie pobudliwości centralnej jedynie pewnego stopnia pobudliwo-

ści obwodowej, który dopiero sumując się z podrażnieniem idącem z zewnątrz (w postaci ucisku ramienia) prowadzi do wystąpienia objawu. Jeśli zaś wzmożenie pobudliwości obwodowej jest tak małe, że nawet ta podnieta zewnętrzna nie wystarcza do osiągnięcia pewnego koniecznego nasilenia, wówczas brak zarówno skurczów tonicznych, jak i objawu Trousseau.

Z. P r a g. **O przesunięcie na lewo obrazu krwi oseskόw.** Dzieci donoszone zaledwie w 18% wykazują w pierwszym dniu życia przesunięcie na lewo, które do 10-ciu dni znika.

Wcześniaki badane w 10-tym dniu życia prawie wszystkie wykazały zwiększenie ilości form młodych, pałeczkowatych, oraz dużych jednojądrzastych. U donoszonych, lecz źle rozwijających się oseskόw pojawia się często przesunięcie obrazu krwi na lewo, które znika jednak, w miarę poprawy ogólnego stanu dziecka.

F. B o x b ü c h e n. **Przewlekły przebieg ostrego zaniku żółtego wątroby w wieku dziecięcym.** Niezwykły przebieg tego rzadkiego u dzieci schorzenia obserwowanego w dwóch przypadkach. U 11-to letniej dziewczynki, trwający 4 tygodnie i u 5-cio letniego chłopca, ponad 5 tygodni. Obraz sekcyjny stwierdził rozpoznanie kliniczne, powolny zaś przebieg schorzenia zaznaczył się regeneracją miąższu wątroby i wyraźnem bujaniem łączno-tkankowem.

M. B e r g e r. **W sprawie samoistnego przerostu serca w wieku niemowlęcym.** U dwumiesięcznego dziecka, u którego od 8-go dnia życia powtarzały się ataki duszności, stwierdzono znaczne rozszerzenie granic serca, oraz szmer skurczowy, najsilniejszy nad koniuszkiem.

Podejrzewano wrodzoną wadę serca. Objawy niedomogi ustąpiły jednak w krótkim czasie bez leczenia, a rozwój dziecka był normalny. Dopiero w 11-tym miesiącu ujawniła się ona ponownie przy zapaleniu płuc, które skończyło aię szybko zejściem śmiertelnem dziecka. Sekcja wykazała jedynie znaczny przerost mięśnia sercowego. Nie stwierdzono ani *status thymo-lymphat.* ani nacieków limfocytarnych w mięśniu sercowym (Ceelen).

G o t t b e r g. **Zawartość lipazy w surowicy wcześniaków.** Ilość lipazy w surowicy zdrowych, donoszonych, jak i zdrowych niedonoszonych oseskόw, jest równa zawartości jej u dorosłych. Zmniejsza się ona znacznie u dzieci wątłych i charłaczych przyczem szczególniejszy wpływ wywiera gruźlica.

U kobiet karmiących zawartość lipazy w krwi nie zmniejsza się po karmieniu, co świadczy o zupełnej niezależności powstawania tego zaczynu, od procesu wytwarzania się tłuszczu w czasie karmienia.

F. H a n a u. **Przyczynek do schorzeń wątroby i śledziony.** Cztery przypadki schorzenia niezmiernie rzadko spotykanego w wieku dziecięcym, które na podstawie ściśle przeprowadzonego rozpoznania różniczkowego, oraz (w 3 przypadkach) obrazu sekcji zaliczyć trzeba do marskości wątroby.

Ze względu na wywiady, wczesny początek schorzenia, trzeba przypuścić, że ma się tu do czynienia z zaburzeniem wrodzonem lub zboczeniem konstytucjonalnem.

Z. 2.

H. F e r n b a c h. **W sprawie szczepienia ochronnego Neufelda-Besredki przeciw objawom nadwrażliwości przy wstrzykiwaniu surowicy.** Chcąc sprawdzić skuteczność zabiegu N.-B. uczulał autor dzieci na pewną surowicę zwierzęcą zapomocą powtarzanych injekcji śródskórnych, następnie zaś wstrzykiwał im także surowicę podskórnie metodą podaną przez N.B.

Pożądanego jednak wyniku, świadczącego o wystąpieniu anti-anafilaksji — czego objawem byłoby cofnięcie się odczynów w miejscach injekcji śródskórnych — nie otrzymał.

Przestrzega zatem przed stosowaniem reinjekcji śródżylnych surowic, poleca natomiast podawanie ich podskórne, lub śródmięśniowe w kilku, wzrastających dawkach, ponieważ przy tem postępowaniu można z łatwością zauważyć wystąpienie najsłabszych nawet objąwów wstrząsu anafilaktycznego.

A. E b e l. **Obraz białka w krwi przy nefrozach w wieku dziecięcym i leczenie ich mocznikiem.** W badanych przypadkach stwierdził autor:

1) obniżenie się poziomu białka w osoczu;
2) zwiększenie ilości fibrynogenu;
3) przesunięcie stosunku albumin do globulin na niekorzyść albumin;
4) znaczne przyśpieszenie opadania c. czerwonych.

Stwierdzenie tych danych ułatwia rozpoznanie różniczkowe między *nephrosis*, a *nephritis*, ponieważ przy tej ostatniej zmiany w składzie osocza zaznaczają się znacznie słabiej.

Mocznik, stosowany w dużych dawkach (u dzieci ważących ponad 20 kg, 50—70 gr *pro die*) daje doskonałe wyniki nawet wówczas, gdy wszystkie inne środki zawodzą.

H. Z w e i g. **Przyczynek do myoklonicznej postaci Encephalitis epidemica w wieku dziecięcym.** Schorzenie to cechuje ogromna wielopostaciowość; jako przykład służy kilka przypadków, wykazujących, że obejmować ono może prócz mózgu również, i to w znacznej mierze rdzeń pacierzowy.

Na pierwszy plan zespołu chorobowego wybijały się następujące objawy: rytmiczne skurcze kloniczne mięśni pasa barkowego i rąk, utrzymujące się miesiącami — porażenie mięśni szyi i przepony — zaburzenia w śnie. Uderzał brak porażeń nerwów mózgowych, natomiast raz stwierdzono brak odruchu rzepkowego, dwa razy odruchu powłok brzusznych. Płyn mózgowo-rdzeniowy wydobywał się pod zwiększonem ciśnieniem, skład jego jednak był normalny.

H. Z w e i g. **O gośćcu guzkowym.** W *polyarthr. rheumat.* zjawiają się często na okostnej lub torebkach ścięgien mięśni, zwłaszcza mięśni wyprostnych palców rąk i nóg guzki, dochodzące do wielkości orzecha laskowego, nie zrośnięte ze skórą, a zbudowane prawdopodobnie z włóknika lub chrząstki. Mogą one szybko znikać, lub utrzymują się przez kilka miesięcy.

Wystąpienie ich, charakterystyczne, podobnie, jak pląsawica, dla *polyarthr. rheum.* wieku dziecięcego, może często ustalić wątpliwe rozpoznanie.

D r e y e r. **Uwagi nad zapobieganiem odry.** Szereg spostrzeżeń poczynionych podczas epidemji odry w zakładzie, obejmującym 59 dzieci, w wieku do 3-ch lat:

1. W konieczności użyć można do uodparniania nawet surowicy dzieci między 1—3 rokiem życia.
2. Dawkowanie jej należy stosować do wieku szczepionych dzieci.
3. Dzieciom gruźliczym należy — jeśli nie można było uczynić tego wcześniej — już nawet po wystąpieniu wysypki wstrzykiwać surowicę i to w dawkach większych, niż normalnie, ponieważ — zdaniem autora — może je to uchronić przed następową utratą odporności na *Tbc*.

H. W o l f. **Szybkość opadania krwinek czerwonych u oseska przy zaburzeniach w odżywianiu.** Znaczne przyśpieszenie opadania czerwonych ciałek w przypadkach *toxicosis* przypisuje autor działaniu niedopalonych produktów rozpadu białka, wchłanianych do krwi przez uszkodzoną ścianę jelit.

W ten sposób schorzenie to przedstawia się jako zatrucie całego organizmu, w przeciwieństwie do zwyczajnej biegunki, gdzie mamy do czynienia jedynie z zaburzeniem lokalnem (szybkość opadania krwinek prawie normalna).

D. M i s k o l c z y i K. W a l t n e r. **Technika nakłucia komór bocznych u oseska.** Miejsce stosowne do nakłucia rogu przedniego komory bocznej oznacza na czaszce punkt przecięcia się dwóch płaszczyzn: strzałkowej biegnącej przez docśrodkowy kąt oka i czołowej, idącej przez połowę odległości między zewnętrznym kątem oka, a najwyższym punktem przyczepu małżowiny usznej. Głębokość wkłucia oznacza płaszczyzna pozioma, idąca przez łuk nadbrewny.

O. G ö t t c h e. **Uwagi nad pracą Mendla: »W sprawie pełnego odżywiania przy czerwonce«.** Nadzwyczaj dodatnie wyniki uzyskano przez podawanie przy przewlekłych postaciach czerwonki mieszanki mleka, masła i mąki według Moro, w modyfikacji Heima. (Zaprażka z 5% masła i 3% mąki, uzupełniona pełnem mlekiem bez cukru!).

Niebezpieczne natomiast jest podawanie tego pożywienia przy postaciach przebiegających z gorączką lub objawami toksycznemi.

M. Klotz. **O wchłanianiu witaminów z rectum.** Wprowadzanie pewnych witaminów drogą pozawątrobową *(per rectum)* okazało się korzystniejsze, niż podawanie ich doustne. Autor stwierdził to, podając przy cukrzycy porównawczo, *per os* i *per rectum* sok z marchwi i *Metagen*.

Podobnie zachowuje się i *Irrebolin* (preparat witaminowy).

J. Duzer i V. Hensch. **Badania czynnościowe wątroby u oseseków.** Badania przeprowadzone u oseseków do 3go miesiąca życia, dotyczyły głównie:

1) przemiany węglowodanów (próba z dekstrozą, podawano naczczo 3 gr na kg wagi ciała i z laevulosą — 4 gr na kg wagi);

2) czynności wydzielania i wydalania (badanie soku dwunastnicy na bilirubinę, uzupełnione badaniem bilirubiny w osoczu krwi, oznaczanie urobilinogenu w moczu).

U oseseków normalnych stwierdzono: Stosunek cukru we krwi naczczo do ilości cukru na szczycie hiperglikemji, po dekstrozie = Q około 1,5. Hiperglikemja osiąga swój szczyt już po 40 minutach. Próba z laevulosą ujemna. Urobilinogen: nie wzmożony. Bilirubina w soku dwunastnicy = B. d. między 11,5—14,5 mg $^0/_0$, w krwi = B. s. wynosi 1,5—1,8 mg $^0/_0$.

W kile wrodzonej: Q = około 2. Hiperglikemja w 72% trwa znacznie dłużej. Próba z laevulosą w 100% dodatnia. Urobilinogen wzmożony. B. d. obniżona w kile wątroby. B. s. w 63% wyższa, nie osiąga jednak wartości, stwierdzanych przy żółtaczce.

W *erythrodermia Leinera, paratyphus-pyelitis* i anemji stwierdzono objawy, dowodzące pewnych zaburzeń w czynnościach wątroby.

W żółtaczce noworodków otrzymano wyniki, świadczące o względnej niedomodze wątroby (próba z laevulosą dodatnia, Q około 2,0. B. d. znacznie zwiększoną, podobnie i B. s. [reakcja opóźniona).

Badania powyższe potwierdzają teorję Ylppö'go, że *ict. neonatorum* jest następstwem pewnej niedomogi wątroby.

Maternowska.

T. XXIX. Z. 6. marzec 1925.

Beck. **O zachowaniu się płytek we krwi przy chorobach zakaźnych.** W przebiegu chorób zakaźnych zachowuje się obraz krwi w organizmie dziecięcym w pewien charakterystyczny sposób, w czem i płytki odgrywają zasadniczą rolę. W okresie inhalacyjnym choroby zakaźnej lub też szczepienia ochronnego wzrasta ilość płytek we krwi z dnia na dzień, osiągając szczyt na 2—3 dni przed pojawieniem się gorączki, zaś w okresie samej choroby gorączkowej obniżają się one poniżej wartości prawidłowej w gwałtownym spadku, w okresie zaś zdrowienia podnoszą się znów stopniowo do wartości prawidłowej.

Schmid. **Przesunięcie ciałek obojętno-chłonnych wedle Arneth-Schillinga w praktyce dziecięcej.** Obraz krwi, wedle Arneth-Schillinga, wykazuje u niemowląt, wliczając również dzieci przedwcześnie urodzone, przeciętnie 18% form pałeczkowatych *(»stabkernige«)* i 1,5% t. zw. »młodych« *(»jugendliche«)*.

We wszystkich schorzeniach zakaźnych dają się naogół u nich stwierdzić te same prawidła tyczące się przesunięcia na lewo, które postawił Schilling u dorosłych. Ilość limfocytów u zdrowych niemowląt osiąga w pierwszych miesiącach życia przeciętnie 64% ogólnej ilości ciałek białych.

U dzieci w wieku od 2-go roku życia do okresu pokwitania stwierdza podczas przebiegu przewlekłych chorób zakaźnych (kiła, gruźlica, dur brzuszny) podobnie jak i u dorosłych przesunięcie form wielokształtnych *(»segmentförmige«)* na lewo t. j. na korzyść pałeczkowatych, przy pojawieniu się równoczesnem i form »młodych«.

W przeciwieństwie do tego nie wykazują zaburzenia organów trawiennych żadnego przesunięcia na lewo. Podobne przesunięcie na lewo, przy obecności około 1% form młodych, dają dobrotliwe schorzenia dróg oddechowych. Przy schorzeniach septycznych i zatruciach występują prócz pałeczkowatych również i formy młode jakoteż myelocyty.

W ogólności zaznacza się w obrazie krwi wieku dziecięcego większa chwiejność co się tyczy przesunięcia na lewo, aniżeli to jest u dorosłych, mimo to ma metoda Schillinga w wieku niemowlęcym i dziecięcym pełne zastosowanie.

Kramar. **Przyczynek do kliniki i bakterjologji krztuśca.** Na 60 przypadków krztuśca udało się autorowi wyhodować (na podanej przez siebie pożywce agaru z 5% domieszką odwłóknionej krwi) w 52 razach zarazek Bordet-Gengou'a. Hodowla w przypadkach kontrolnych schorzeń kataralnych dała wynik ujemny. Badanie to daje możność wczesnego rozpoznania krztuśca. Przenoszenie się krztuśca przez osoby trzecie nie da się całkowicie wykluczyć. Okres inkubacji trwa przeciętnie do 8 tygodni. Szczepienie ochronne przeciw krztuścowi zapobiega chorobie w około 77%. Szczepionka lecznicza zastosowana w pierwszych 2 tygodniach choroby skraca w większości przypadków okres choroby i wpływa na łagodniejszy jej przebieg; działanie jej występuje po 10 do 16 dniach.

Knauer. **Zapalenie stawu i pochewki stawowej na tle rzeżączki u 7-dniowego noworodka.** Opisanie przypadku. Rozpoznanie stwierdzone na podstawie badania drobnowidowego wysięku w stawie kolanowym. Sposób zakażenia nastąpił na drodze krwionośnej przez powłoki skórne.

Stöhr. **Osteomyelitis kręgosłupa w wieku niemowlęcym.** Opisane 2 przypadki *osteomyelitis* kręgów w wieku niemowlęcym należące do bardzo rzadkiego schorzenia, pouczają, że choroba może przebiegać bądźto w formie bardzo łagodnej bez jakichkolwiek zaburzeń stanu ogólnego, bądźto w postaci bardzo ostrej i gwałtowniej przy ciężkim stanie ogólnym, bardzo podwyższonej ciepłocie, prowadzącej szybko do zejścia śmiertelnego. Zajęte były kręgi piersiowe, które w zejściu choroby o postaci dobrotliwej sprowadzone zostały do ostrokątnego garbu.

Hescheles (Lwów).

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

T. XXXVIII. Z. 1.

Ylppö Arvo. **W sprawie mechanizmu powstawania krwawień u wcześniaczków i noworodków.** Celem przeprowadzenia badań nad opornością naczyń krwionośnych wcześniaków i noworodków, posługiwał się autor sposobem wywoływania ciśnienia ujemnego na powierzchnię skóry zapomocą ssących baniek. Przez pomiar siły tegoż ciśnienia, któreby wystarczało, by wywołać widoczne przez przeciąg 24 godzin wybroczyny krwawe na skórze, doszedł autor do ścisłego sposobu oznaczania oporności naczyń krwionośnych. Okazało się, że im młodszy wcześniaczek, im mniejsza jego waga porodowa, tem mniejszego ciśnienia ujemnego potrzeba było do wywołania skórnych wybroczynek. I tak u wcześniaczków

z wagą poniżej 1000 gr ciśnienie to wynosiło 150 mm Hg,
« od 1000 do 2000 gr — 250 do 310 mm Hg,
« od 2000 do 3000 gr — 400 do 450 mm Hg,
« powyżej 3000 gr — 520 mm Hg.

Cyfry te tłumaczą tak często pojawiające się u wcześniaczków krwotoki wewnątrzczaszkowe podczas porodu (którego ciśnienie wynosi około 250 mm Hg).

Oporność naczyń krwionośnych noworodków wzrasta prawidłowo w pierwszych tygodniach życia.

Z. 2.

Priesel i Wagner. **Doświadczenia w leczeniu insuliną w wieku dziecięcym.** Badania, przeprowadzone w 5 przypadkach cukromoczu dziecięcego nad wpływem leczniczym insuliny przy śledzeniu przemiany materji, doprowadziły do następujących wniosków:

Ciężkie przypadki cukromoczu dziecięcego należy odżywiać dietą ubogą w białko. Do leczenia cukromoczu w wieku dziecięcym koniecznem jest dokładne śledzenie poziomu cukru we krwi.

W *coma diabeticum* są wskazane obfite dawki insuliny przy równoczesnem podawaniu znacznej ilości cukru gronowego i płynów.

Przez wczesne podawanie insuliny wkrótce po rozpoznaniu cukromoczu udało się znacznie podnieść tolerancję wobec węglowodanów. W ciężkim przypadku cukromoczu przedtem tylko dietetycznie leczonego nie zdołano, mimo większych dawek insuliny, osiągnąć pomyślnego wyniku.

Stąd wniosek, że właściwy cel leczenia insulinowego, t. j. oszczędzanie wysepek Langerhansa w trzustce osiągnąć można tylko przez możliwie wczesne stosowanie tego środka.

Właściwości działania insuliny pozwalają na ostrożne jej stosowanie przy ostrej toksykozie niemowląt zmniejszające utratę wody.

Z. 3.

Groër Franciszek. **Pojedynczy sposób oznaczenia limfopędnej gotowości skóry.** Jeśli pomnożymy cyfrę, wyrażającą w milimetrach największą średnicę bąbla, wywołanego przez śródskórny zastrzyk morfiny przez logarytm rozcieńczenia użytej morfiny, otrzymamy pewną stałą, dla danego osobnika w małych granicach się wahającą wartość. Ta wartość zowie się indeksem limfopędnym. Na podstawie tej metodyki daje się oznaczyć również patologiczne odchylania od normy, wywołane czy to przyczyną w ustroju leżącą, czy to z powodu przypadkowych schorzeń. Tak n. p. w przebiegu płatowego zapalenia płuc daje się zauważyć na krótko przed kryzą silne obniżenie indeksu limfopędnego, zaś niedługo po kryzie znaczne wzmożenie tegoż.

Januschke. **W sprawie leczniczego i rozpoznawczego stosowania środków lekarskich.**

I. Analiza i usuwanie bólów brzusznych po czerwonce. Przez zastosowanie doustne płynnej parafiny udało się usunąć bóle brzuszne po czerwonce. Bliższe badanie wykazało bowiem, że były one wywołane przez odruchowy tężec mięśni gładkich jelita, wychodzącego z błony śluzowej jelit, znajdującej się w stanie podrażnienia.

Podanie wewnętrznie płynnej parafiny, która dochodzi niezmieniona do dolnych odcinków jelit usunęło ów pierwotny stan podrażnienia błony śluzowej jelita grubego, w następstwie czego ustąpiły bóle brzuszne.

II. Analiza jakoteż usunięcie niebezpiecznej bradykardji przy ciężkiej wadzie serca. Tyreoidyna jako bodziec działający obwodowo na nerw współczulny, wywołała przyśpieszenie akcji serca, która przez nadmierne działanie naparstnicy *(digitalis)* została zwolnioną do 44 uderzeń na minutę, przy czem stan ogólny znacznie się poprawił.

III. Analiza i usunięcie napadowych stanów zamroczenia umysłowego. Napadowe zaburzenia przytomności u 11 letniego chłopca, które bezskutecznie były leczone środkami, rozszerzającymi naczynia krwionośne. Ustąpiły dopiero po stosowaniu wapnia, jako środka uśmierzającego podrażnienie systemu nerwowego, gdy jego działanie zostało wzmocnione przez podanie pożywienia ubogiego w sól kuchenną.

IV. Leczenie ropni przymigdałkowych pyramidonem. Pyramidon, jako środek znieczulający, działa w wysokich dawkach hamująco na tworzące się ropnie przymigdałkowe i sprzyja ich szybkiemu wessaniu przez przeciwdziałanie działalności wysiękowej.

Koch. **W sprawie rozpoznania ostrej prosówki w wieku niemowlęcym.** Na podstawie 2 klinicznych przypadków prosówki, stwierdzonych badaniem pośmiertnem wykazuje autor, że w rozpoznaniu ostrej prosówki w wieku niemowlęcym należy się tylko kierować charakterystycznym obrazem klinicznym. Składa się nań ostro występująca sinica i duszność przy ujemnym wyniku badania płuc i serca, wysoka ciepłota, przerost śledziony i wątroby. W obu przytoczonych przypadkach zawiodły podstawowe metody rozpoznawcze gruźlicy, jak badanie roentgenologiczne płuc, jak i odczyny tuberkulinowe na skórze, które wypadły ujemnie.

Lazar i Nobel. **Przyczynek do rokowania w obrzęku śluzakowym wieku dziecięcego.** 6 przypadków tegoż schorzenia wykazuje po latach mimo leczenia tyreoidyną mniej lub więcej wyraźnie charakterystyczne cechy kliniczne. W dziedzinie rozwoju umysłowego daje się we wszystkich przypadkach zauważyć pewną właściwość, polegającą na szybkiem wyczerpaniu władz umysłowych zwłaszcza przy wykonywaniu czynności więcej złożonych. Różnice ilościowe w objawach chorobowych zależne są od stopnia i czasu leczenia swoistego tyreoidyną.

Mayerhofer. **Teorja Pirqueta w odrze w ramach ogólnej formuły biologicznej »o stopniowem nasyceniu« (»der fraktionierten Absättigung).** Porządek powstawania i przebieg objawów klinicznych odry na skórze i błonach śluzowych jamy ustnej, tak, jak to opisuje Pirquet, daje się uzasadnić ogólną formułą biologiczną, dotyczącą zarówno świata zwierzęcego, jak i roślinnego, a nazwaną przez autora zasadą stopniowego nasycenia *(»Regel der fraktionierten Absättigung«).* Polega ona na tem, że od strony środowiska, wysyłającego soki odżywcze do organizmu (u roślin korzenie, u człowieka serce) w kierunku ku obwodowym częściom następuje stopniowo słabnące nasycenie czynności życiowych. Jest ono bowiem odczynem tkanek natury koloidalno chemicznej na płynące od środowiska soki żywotne (u roślin sok roślinny, u zwierząt krew). Tem tłumaczy się w świecie roślinnym porządek zielenienia się na wiosnę drzew od podstawy ku wierzchołkowi, podobnie zaś u człowieka porządek występywania osutki odrowej w kierunku od części najbliższych serca ku częściom obwodowym, t. j. odnóżom — drogą naczyń krwionośnych płyną bowiem do tkanek od części środkowych ku częściom obwodowym ustroju stopniowo słabnąc ciała uodporniające, wywołane przez zarazek odry; one dając z hipotetycznemi zarazkami t. zw. aglutynację, objawiają się w postaci osutki na skórze.

Nobel i Rosenblüth. **Studja nad działaniem tyreoidyny u dzieci z obrzękiem śluzakowym.** Badania tychże dzieci po podawaniu tyreoidyny, wykazały przy tem samem ilościowo pożywieniu szybkie wzmożenie przemiany materji i równolegle z tem podniesienie szybkości tętna. Wzmożenie to jest wprost proporcjonalne do dziennej dawki tyreoidyny. Jako miernik dawkowania tyreoidyny oznaczają autorowie wysokość siedzeniową (si),, a to 0,00001 gr tyreoidyny na każdy cm² kwadratu wysokości siedzeniowej.

Hescheles (Lwów).

Archiv für Kinderheilkunde.

T. LXXV.

Frank. **Zależność wzrostu niemowląt od pór roku.** Badania wzrostu na 100 dzieciach ochronkowych, dobrze się rozwijających, doprowadziły do wniosku, że najsilniejszy wzrost dzieci przypada na wiosnę od kwietnia do czerwca, w ciągu lata utrzymuje się krzywa wzrostu mniej więcej na poziomie a z jesienią wznosi się znowu od września do listopada, jednak nie tak wybitnie, jak na wiosnę, w zimie natomiast odpowiada krzywej z okresu lata.

Zapewne chodzi tu o wpływ warunków klimatycznych a tem samem i pór roku na wzrost dziecka i żywsze działanie w tym czasie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Upalne lato ma być czynnikiem hamującym wzrost o czem świadczyłby niski wzrost ras okolic podzwrotnikowych. W zimie zaś brak słońca, niska ciepłota i zadomowienie są pośredniemi czynnikami hamującemi wzrost.

Badania przeprowadzone na liczniejszym materjale i w różnych warunkach klimatycznych pozwolą wysnuć pewniejsze co do tej sprawy wnioski.

H Simchen. **Studja nad trawieniem skrobji u oseska.** Systematyczne 4-letnie badania kliniczne nad zdolnością trawienną przewodu pokarmowego skrobji u oseska (jakościowe badanie kału na skrobję zapomocą jodu) doprowadziły do następujących wniosków:

1) minimalna ilość fermentu diastatycznego wykazana już u noworodka wzrasta z wiekiem i jest już w 2 roku życia obfita;

2) w zaburzeniach jelitowych (również *ante exitum*) można wykazać w kale na kilka dni przed wystąpieniem objawów klinicznych, duże ilości niestrawionej skrobji, która ulega dalszemu trawieniu nawet i poza ustrojem, zużytkowanie skrobji pozostaje w prostym stosunku do czasu pozostawania jej w jelicie cienkiem.

E. Hindes. **Przejściowe porażenie mięśni karku przy zaburzeniach w odżywianiu.** U dzieci 1—2-letnich. z zaburzeniami w odżywianiu spostrzegał autor kilkakrotnie, nagle występujące i po 2—3 dniach samoistnie ustępujące porażenie mięśni karkowych, objawiające się zupełną bezwładnością głowy, przyczem ruchy bierne są niebolesne. Ruchomość gałek ocznych była zawsze prawidłowa. Powikłanie to występowało sporadycznie w rozmaitych porach, zarówno u dziewcząt jak i chłopców, u dzieci, które się ze sobą nigdy nie stykały. Gruźlicę, kiłę, wady konstytucjonalne można było u tych dzieci wykluczyć w wywiadach co do alkoholizmu i neuropatji u rodziców żadnych danych.

To przejściowe porażenie można tłumaczyć albo czynnościowem zaburzeniem na tle toksycznem wybiórczego działania jakiejś trucizny z przewodu pokarmowego (jelita) lub uważać je za objaw histerji dziecięcej, wywołanej jakiemś nieprawidłowem, niewygodnem ułożeniem głowy.

H. Forschner-Böke. **Katamneza wcześniaków kliniki w Fryburgu.** Z 63 wcześniaków przyjętych do kliniki w ciągu 7 lat zmarło na klinice 33. Z tych, które] klinikę opuściły zmarło w wieku do 4 lat 11, pozostało więc przy życiu 22 dzieci a z tych 14 poddała autorka badaniom (reszta t. j. 8 dzieci zmieniły miejsce pobytu).

Okazuje się, że śmiertelność wśród dzieci przedwcześnie urodzonych jest w pierwszych tygodniach życia duża (50%) że dzieci rozwijają się powoli i w pierwszych miesiącach, życia łatwiej ulegają schorzeniom, wyrastają jednak na osobników pod względem fizycznym i umysłowym normalnych.

Gerhard Ockel. **Prawidłowy, jakościowy obraz krwi oseska.** Wynik badania krwi u 40 zdrowych osesków badanych w rozmaitych porach dnia, według metody Schilling,a dał nastepujące przeciętne dane:

Zasado-chłonne 0—1%
Eozyno-chłonne 1—5%
Myelocyty 0%
Młode 0 1%
Pałeczkowate 0—5%
Neutrofilne razem 15—40%
Limfocyty duże i małe 49—75%
Jednojądrzaste 3—12%.

Arneth'owskiego przesunięcia obrazu w lewo u faktycznie zdrowych osesków nie spostrzegano.

E Levy. **Przypadek ostrej ziarnicy złośliwej (lymphogranulomatosis) we wczesnym wieku dziecięcym.** $1^1/_2$ roczne dziecko płci męskiej, ozdrowieniec po zapaleniu płuc z typowem powiększeniem gruczołów szyjnych, karkowych a także pachwinowych. W tydzień po przyjęciu gorączka do 41,4°. Płuca: nieznaczne cienie przywnękowe. Z przodu i z tyłu po stronie lewej oddech nieco zaostrzony, rzężenia grubobańkowe. Serce, wątroba i śledziona bez zmian. Mantoux, Wassermann ujemny. Dwukrotne badanie krwi wykazało:

Zmniejszenie ilości c. czerw., polychromatofilja
Ilość c. białych prawidłowa
neutrofilnych 46—52%
limfocytów 41—34%
monocytów 13—3%
eozyno-chł. 0— 1%

Zejście w 3 cim tygodniu po przyjęciu. Przypuszczalne rozpoznanie w kierunku ziarnicy potwierdziła sekcja,

E. Best. **Wczesne rozpoznanie krztuśca.** Celem postawienia wczesnego bakterjologicznego rozpoznania krztuśca stosowała B. sposób kropelkowego wysiewania plwocin (podstawianie dzieciom w czasie kaszlu płytki z pożywką) w myśl metod Bordet-Gengou i Chiewitz-Meyer.

Wyniki dodatnie są pewne, jednak bez znaczenia praktycznego, gdzie chodzi o jak najwcześniejsze odosobnienie chorego, albowiem tok badania trwa przecież kilka dni.

Eckstein. **Przyczynek doświadczalny do dyspozycji wieku w krzywicy.** Z doświadczeń na szczurach, którym wstrzykiwano octan talowy wynika, że nie tyle rodzaj szkodliwości, jak raczej moment jej zadziałania w szczególnie dysponującym okresie rozwoju osobnika, ma znaczenie pierwszorzędne dla powstawania krzywicy. Zapatrywania te pokrywają się też w dużej mierze z teorją konstytucjonalną Czerny'ego i Salge'go.

S. Meyer. **Spostrzeżenia nad dziećmi zakaźnie choremi.** Na podstawie obrazu klinicznego i przebiegu chorób zakaźnych dwu i więcej równocześnie lub po sobie u tego samego osobnika występujących, rozróżnia M. trzy grupy możliwości i sposobów reagowania ustroju na kombinujące się zakażenia:

1. albo drugie zakażenie wpływa ujemnie na przebieg choroby już istniejącej, wobec utrudnionej produkcji przeciwciał, skutkiem niejako współzawodnictwa różnych antigenów n. p. płonica—odra, płonica—ospa wietrzna.

2. druga infekcja wpływa dodatnio na przebieg choroby pierwszej, jako bodziec do wzmożonej produkcji przeciwciał n. p. odra—płonica

3. wreszcie jeden *virus* działa obok drugiego pobudzając ustrój do oddziaływania w sposób charakterystyczny dla obu jednostek chorobowych i dając typowy obraz jednego i drugiego schorzenia równocześnie względnie po sobie.

Mniej lub więcej wybitna odporność wrodzona odgrywa i w kombinujących się zakażeniach swoją pierwszorzędną rolę.

Bratusch-Marrain. **Patogeneza i leczenie tężyczki u osesków.** Obserwacje klinicznych chorych potwierdzają w zupełności zapatrywania György'ego i Freudenberga tłumaczące tło tężyczki *alkalozą* ustroju.

Również potwierdzające są wyniki lecznicze zmierzające do zmniejszenia alkalozy, drogą bezpośredniego zakwaszanie ustroju, względnie przez obniżanie alkalozy pośrednio drogą przemiany materji. Stąd wyłączanie mleka z diety (drgawki ustępują w większości przypadków już po kilku godzinach) podawanie kwasu solnego, podawanie węglowodanów wzmagających kwasotę drogą procesów fermentacyjnych, ponadto salmiak, wapno *(calc. lact.)*, tran z fosforem dają naogół zupełnie zadowalające wyniki.

A. Eckstein i O. Feldmann. **Leczenie zapobiegawcze wola u dzieci szkolnych.** Wyniki badań i leczenia zapobiegawczego wola u dzieci szkolnych we Fryburgu w myśl wskazań powszechnie już w krajach alpejskich stosowanej profilaktyki *struma parenchymatosa.* Podzielono chorych na trzy grupy:

1) chorych z macalnym tylko gruczołem tarczykowym,
2) z wyraźnem powiększeniem gruczołu tarczykowego z boku widocznem,
3) z wybitnym wolem.

U 4.800 badanych dzieci stwierdzono wól u 95% dziewczynek i 86% chłopców. W okresie pokwitania zwłaszcza u dziewcząt obserwowano wybitne powiększenie gruczołu tarczykowego.

U przyjezdnych stwierdzono dyspozycję tylko u dzieci przed okresem pokwitania *(Pfaundlers Sommerfrischkröpfe).*

Leczenie stosowano zapomocą podawania tabletek *Dijodyl* (Riedl-Berlin) 1 tabletkę tygodniowo zawierającą 1 do 3 mgr jodu. Podawać należy w ciągu 2 miesięcy, leczenie co pewien czas ponawiać. Jod działa jako katalizator.

Wyniki leczenia podają autorowie dla:

1 grupy — około 25% z dobrym wynikiem
2 » — » 49% «
3 « — « 65% «

czyli duże wole leczono z najlepszym skutkiem.

Znaczenie leczenia zapobiegawczego będzie można osądzić dopiero w ciągu najbliższych lat w miarę zmniejszania się odsetku chorych zgłaszających się do operacji wola.

Z. Brichta. (Lwów).

Bibljografja pedjatryczna 1924/5.

K. Blühdorn. Säuglingsheilkunde der täglichen Praxis. VIII. str. 190. 8°.

Brüning H. Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis. 3. i 4. wyd. Nakład: Stuttgart: F. Enke 1924. (IV, 160 S.).

Feer. Diagnostik d. Kinderkrankheiten. Nakład: J. Springer 1924.

R. Hutchison. Lectures on diseases of children. 5 wydanie. Str. 471. 1925.

Ch. G. Kerley i G. W. Graves. The practice of pediatrics. Wydanie 3. 1925. 922. str. z rycinami 8⁰.

R. Lederer. Kinderheilkunde (Szkic z zakresu patologji ustrojowej). Nakład J. Springer w Berlinie. Str. 145.

Pfaundler i Schlossmann. Handbuch d. Kinderheilkunde. Tom. IV. 3. wydanie. Nakład: Vogel, Lipsk. 1924. Str. 789.

Kinderpraxis von prof. dr. Salge, Bonn, 8. wyd. Nakład. Fischer. Berlin.

Diagnostische u. therapeutische Irrtumer u. deren Verhütung.

Kinderheilkunde. 1) Choroby wieku niemowlęcego Prof. L. F. Meyer 2) Zboczenia ustrojowe i choroby przemiany materji. Prof. Engel. 3) Choroby organów oddechowych, serca i dróg moczowych. prof. Langstein. Nakład. G. Thieme. Lipsk. 1924. w zeszytach.

Erlichówna Marta. Zarys hematologji dziecięcej. Monografja. Nakład Spółki wydawniczej »Ars medica« 1924 w Warszawie. Str. 173.

Klare (Scheidegg). Die röntgenologische Diagnose und Differentialdiagnose der kindlichen intrathorakalen Tuberkulose. Leipzig. Kabitzsch. 1925. 15. S.

Hautkrankheiten und Syphilis im Säuglings- und Kindesalter. Atlas. Prof. dr. H. Finkelstein, prof. dr. E. Galewsky, Priv.-Doz. dr. L. Halberstaedter. Nakład. J. Springer w Berlinie.

Noeggerath, C. i Eckstein, A. Die Urogenitalerkrankungen d. Kinder. (Odbitka z Pfaundlera Handbuch). 57. p. cz. kolorowych rycin.

A. Czerny i A. Keller. Des Kindes Ernährung, Ernährungstörungen und Ernährungstherapie Wiedeń Deuticke 1925. 2. wydanie, tom I-szy.

C. M. Jackson. The effects of inanition and malnutrition upon growth and structure. Philadelphia 1925. Str. 628 z rycinami.

P. Christou. Le rachitisme et son traitement. 312. Str. 27. ryc. 1925.

M. I. Fini. Studio delle sindromi ipertiroidee nell'età infantile Bologna 1924. 269 str. 7. ryc. 8⁰.

F. Schütz. Die Epidemiologie d. Masern. 1925. 9 ryc. + 2 tabl.

W. Vorkastner. Die epidemische Kinderlähmung, ihre Bekämpfung. Berlin. Würzbürger Abhandlungen 1925.

Abhandlungen aus der Kinderheilkunde u. ihren Grenzgebieten, jako dodatek do Jahrbuch für Kinderheilkunde. Berlin. Karger. zeszyty: 1) Eliasberg Cahn: Die Behandlung der kindlichen Lungentuberkulose mit d. künstlichen Pneumothorax.

2) M. Vischer. Beiträge zur Myocarditis im Kindes alter.

3) E. Schiff. Sauere Milchmischungen in der Ernährungstherapie des Sauglings.

4) Rosenbaum S. Physiologie und Pathologie des Säuglinsmagens.

5) Karger P. Über den Sehlaf des Kindes 1925.

6) L. Heine. Die Augenerkrankungen des Kindesalters in ihrer Besonderheit.

Fortbildungskurse der Wiener medizinischen Fakultät: przyniosły między innemi:

R. Lederer. Chronische nichttuberkulöse Atmungserkrankungen im Kindesalter (zeszyt 29) str. 12.

Leiner C. Über besondere Exantheme und Erytheme im Kindesalter it Ausschlus der akuten Exantheme 16. Str. 34.

H. Wimberger. Neuere Rachitisfragen 36. str. 16.

M. Zarfl. Infektiöse Erkrankungen d. Mundhöhle beim Säugling. str. 16.

W. Birk i L. Schall. Strahlenbehandlung bei Kinderkrankheiten. Nakład. Urban i Schwarzenberg. Berlin i Wiedeń.

Leopold Moll. Säugling u. Kleinkind (Ein Merkbuch f. Mütter) II. wyd. F. Deuticke, Wiedeń i Lipsk. Str. 71.

E. Nobel i C. Pirquet. Kinderheilkunde u. Pflege der gesunden Kinder für Schwestern u. Fürsorgerinnen. 1925. 28. rycin 8.

Pfaundler, M. von: Physiologie, Ernährung und Pflege des Neugeborenen einschliesslich des Lebensschwachen. München: J. F. Bergmann. 1924. (VIII, 297 S.).

Progulski Stanisław. Higjena niemowląt. Nakł. Książnicy-Atlas. Str. 75. Lwów.

G. Tugendreich. Vorträge über Ernährung u. Pflege des Kindes im 1. u. 2. Lebensjahre. 3 wydanie 1924. z 7. ryc. (przedmowa Finkelsteina).

G. Variot. La croissance chez le nourisson. Accroissement pondéral et statural. 35 rycin. 350 str.

Staraniem Administr. »Opieki nad dzieckiem« w Warszawie ul. Jasna 11.:

Higjena i wychowanie — zbiór odczytów.

Dr. Miklaszewski. Małoletni przestępcy w świetle badań wychowawców zakładów wychowawczo-poprawczych.

S. Bernfeld. Psychologie des Säuglings Springer. Wiedeń. 1925.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Sprawozdanie Zarządu Lwowskiej Izby Lekarskiej za czas od 15 marca 1924 do 28 marca 1925, przedłożone Radzie Izby w dniu 29. marca 1925 r. po myśli art. 26 ustawy o Izbach Lekarskich.

Liczba członków Izby w dniu 15. marca 1924	1152
Przybyło w czasie do 1. marca 1925	78
Ubyło w czasie od 15. marca 1924 do 1 marca 1925:	
przez śmierć	25
przez przeniesienie się w obręb innej Izby	35
przez zgłoszenie wystąpienia po zaniechaniu praktyki lekarskiej	1
Razem ubyło	61
Liczba członków Izby w dniu 1. marca 1925 r.	1169

Z członków Rady Izby w minionym roku ubył Dr. Dyonizy Chalbazany, który zmarł, i Dr. Władysław Kohlberger, który opuścił obręb Izby lwowskiej Ponieważ zaś już poprzednio zmarli Dr. Drzymalik i Dr. Slęk, a przeniósł się do Krakowa Dr. Korolewicz, Dr. Hordyński zaś jest chory, przeto Rada Izby liczy obecnie zamiast 39, tylko 33 członków.

W ciągu roku odbyło się jedno Zebranie Rady Izby w dniu 2. listopada 1924, zwołane przedewszystkiem dla uchwalenia regulaminu Zarządu Izby oraz dla powzięcia uchwał w sprawie Kasy emerytalnej przy Izbie.

W Zarządzie Izby w ciągu minionego roku ustąpił poprzedni sekretarz Zarządu Dr. Zgórski, a został wybrany jego następcą Dr. Kuhn. Regulamin Zarządu Izby był przedmiotem obrad Zarządu na trzech posiedzeniach, poczem został uchwalony na Zebraniu Rady Izby w dniu 2. listopada 1924 roku i następnie zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską w lutym 1925 r.

Załatwianie spraw wpływających do Zarządu było z reguły kolegjalne. Uchwałą Zarządu z 1. października 1924 roku wprowadzono to postępowanie, że sprawy pilne i terminowe może załatwiać Przewodniczący Izby, ewentualnie w porozumieniu z jednym z członków Zarządu, poczem zawiadamia Zarząd o sposobie załatwienia.

Organizacja biura Zarządu Izby z chwilą przeniesienia kancelarji do własnego lokalu doznała rozszerzenia przez przyjęcie naczelnika biura. Prócz naczelnika biura w kancelarji pracuje 2 urzędników, maszynistka i woźny.

Naczelnik biura ma nadzór nad całością agend kancelaryjnych Izby i prowadzi Kasę emerytalną, jeden z urzędników prowadzi Kasę chorych, drugi protokół podawczy i ekspedyt.

Aktów wpłynęło do Zarządu:

w czasie od 16. marca do 31. grudnia 1924	985
„ „ 1. stycznia do 28. marca 1925	425
Razem	1410

Posiedzeń Zarządu odbyło się w minionym roku 40.

Najważniejszemi sprawami, które załatwiono, a które mają dla Izby wprost epokowe znaczenie, było wprowadzenie ubezpieczenia członków na wypadek choroby i na kapitał pośmiertny oraz ubezpieczenia emerytalnego członków Izby i zaopatrzenia wdów i sierót, tudzież oparcie tych ubezpieczeń na trwałym fundamencie przez kupno domu na własność Izby.

Sprawy te będą osobno przedstawione Szanownemu Zgromadzeniu — tutaj tylko krótka wzmianka o działalności Zarządu w tych sprawach.

Kasa ubezpieczeniowa, która zaczęła działalność w dniu 1. kwietnia 1924 roku, była przedmiotem obrad na 3 posiedzeniach Zarządu; omawiano sprzeciwy kilku Kolegów przeciwko obowiązkowi należenia do Kasy ubezpieczeniowej, przeciwko zbyt wygórowanym odsetkom zwłoki i rozważano pisma w sprawie zbyt małych świadczeń Kasy, dalej obradowano w sprawie wielokrotności opłat i w sprawie przyjmowania do ubezpieczenia członków obcych Izb.

Kasa emerytalna rozpoczęła działalność z dniem 1. stycznia 1925 roku. Jak już wspomniano, sprawa ta była przedmiotem uchwał Rady Izby w dniu 2. listopada 1924 roku. Zarząd Izby zajmował się tym przedmiotem na 11 posiedzeniach. Na 2 posiedzeniach dokonano pierwszego czytania projektu regulaminu Kasy emerytalnej, na 2 dalszych posiedzeniach drugiego czytania. Wybrano prowizoryczny Komitet Wykonawczy Kasy emerytalnej, bez którego Kasa nie mogła rozpocząć czynności.

Przeciwko formie ubezpieczeń izbowych wnieśli protest Koledzy powiatów: sanockiego, krośnieńskiego, brzozowskiego i liskiego w dniu 17. stycznia 1925 roku, przedkładając zarazem swój projekt ubezpieczenia. Zarząd Izby rozpatrywał to pismo na posiedzeniu w dniu 21. stycznia 1925 roku i uchwalił zasięgnąć w sprawie przedłożonego projektu opinji matematyka asekuracyjnego. Zanim uzyskano tę opinję, przedłożył jeden z członków Zarządu na posiedzeniu Zarządu w dniu 11. lutego 1925 roku otrzymany tego samego dnia powyższy protest lekarzy ziemi sanockiej w druku, rozsyłany do Kolegów z wezwaniem, aby protest propagowali. Ta akcja wywołała wielkie utrudnienie pracy Zarządu Izby, pracy, która była spełnieniem obowiązku wobec

uchwały Rady Izby z 2. listopada 1924 roku. Znaleźli się bowiem liczni Koledzy, którzy protestem zdezorjentowani, odmówili wnoszenia opłat do Kas ubezpieczeniowych Izby i tem sprawili, że Zarząd znalazł się w kłopocie na punkcie zobowiązań finansowych wypływających z kupna domu Izby. O ile protest wniesiony do Zarządu w dniu 17. stycznia 1925 roku był dopuszczalny i był przez Zarząd Izby traktowany z całą uwagą, o tyle akcję Kolegów ziemi sanockiej, prowadzoną drukiem, uważa Zarząd Izby za zupełnie niewłaściwą, szczególnie dlatego, że zwraca się przeciwko obowiązującej uchwale Rady Izby, zatwierdzonej przez Naczelną Izbę Lekarską.

Kupno domu Izby zostało dokonane w lutym 1925 roku w porozumieniu z delegatami Rady Izby, wybranymi w dniu 2. listopada 1924 roku z poza grona Zarządu Izby. Sprawa ta była przedmiotem obrad na 9 posiedzeniach Zarządu. Komitet ściślejszy dla sprawy kupna domu stanowili: Przewodniczący Izby i Drowie: Moszkowicz, Pisek, Doliński. Gospodarzami domu są: Przewodniczący Izby i Dr. Moszkowicz.

Z innych spraw wielkiego znaczenia dla ogółu lekarzy z kolei wymienić należy prace Zarządu, odnoszące się do **praktyki kasowej**. Tem mianem określa się zatrudnienie lekarzy w Kasach chorych i podobnych instytucjach, jak n. p. organizacja pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych. Sprawa ta była przedmiotem obrad na 21 posiedzeniach Zarządu. — Nad projektem nowelizacji ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby nadesłanym przez N. I. L., obradowano na 4 posiedzeniach. Zamierzona nowelizacja oznacza pogorszenie istniejących stosunków. To też w opinji przesłanej N. I. L żądano daleko idących zmian, z których najgłówniejsze są: obniżenie górnej granicy dochodu osób obowiązanych do ubezpieczenia z 750 Zł. miesięcznie na 200 Zł; dopuszczenie do zakładania osobnych Kas chorych przez instytucje i przedsiębiorstwa (zasada decentralizacji ubezpieczenia); usunięcie projektu dobrowolnego ubezpieczania się w Kasach chorych osób, których dochód miesięczny wynosi maksymalnie 1500 Zł; oddanie kierownictwa Kas chorych w ręce lekarzy za wzorem innych instytucyj leczniczych n. p. szpitali; wprowadzenie zasady wolnego wyboru lekarza i zniesienie wynagrodzeń ryczałtowych; stanowczo zaprotestowano przeciwko obarczaniu stanu lekarskiego wyjątkowemi obowiązkami, mianowicie przez to, że w razie usunięcia się lekarzy zajętych w Kasie, wszyscy lekarze danej miejscowości mają być obowiązani do pełnienia czynności w Kasie i to za połowę obowiązującego w danej miejscowości honorarjum lekarskiego.

Stanowisko zajęte przez Radę i Zarząd Izby lwowskiej w sprawie wolnego wyboru lekarza zwolna znajduje odgłos w zarządzeniach władz. I tak reskryptem z 19. listopada 1924 roku Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zadecydowała, że we wszystkich miejscowościach, gdzie w organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych budżetem nie przewidziano stałych stanowisk lekarzy, należy dążyć do wprowadzenia zasady wolnego wyboru lekarza pośród wszystkich lekarzy, którzy zgadzają się pobierać honorarja według taksy ministerjalnej. Oczywiście to zarządzenie nie zadowala nas, gdyż sądzimy, że w państwowej pomocy lekarskiej wogóle nie powinno być stałych stanowisk lekarzy, opłacanych ryczałtowo.

Szczegółowo zajmował się Zarząd Izby sprawami kilku powiatowych Kas chorych.

I tak Kasa w Drohobyczu była przedmiotem obrad na 5 posiedzeniach, nadto Przewodniczący Izby brał osobiście udział w zebraniu około 30 Kolegów, które odbyło się w Drohobyczu w drugiej połowie stycznia 1925 roku, a w którem uczestniczyła znaczna liczba lekarzy kasowych. W zasadzie przyjęto na tem zebraniu zasadę wolnego wyboru lekarza. Niestety na zebraniu lekarzy kasowych, które odbyło się później (25. stycznia 1925 r.) w Borysławiu, oświadczono się przeciwko zasadzie wolnego wyboru lekarzy, a na Zjeździe lekarzy kasowych, odbytym we Lwowie dnia 1. lutego 1925 roku, podnoszono nawet zarzuty, że Zarząd Izby narzuca lekarzom zasadę wolnego wyboru lekarza i tem samem dąży do pozbawienia lekarzy kasowych praw nabytych. Zarzuty te są zupełnie nieuzasadnione, gdyż z Zarządu Izby wychodziły jedynie rady i propozycje co do wprowadzenia wolnego wyboru, nigdy zaś nie narzucano tego członkom Izby, również pamiętano zawsze o prawach nabytych lekarzy kasowych, co wyraźnie jest zawarte w referacie, wygłoszonym na Zebraniu Rady Izby w dniu 15. marca 1924 roku, a w odpisie rozdzielonym podówczas uczestnikom Zebrania.

Zatarg lekarzy w Komarnie z Zarządem Kasy chorych w Gródku Jagiellońskim został załagodzony dzięki interwencji Zarządu Izby.

Stosunki kasowe w Sanoku dały wiele zajęcia Zarządowi Izby. Na jednem z posiedzeń usiłowano uregulować sprawę przez skonfrontowanie delegatów lekarzy sanockich i reprezentantów Zarządu Kasy chorych, gdy zaś to się nie udało, wyjechał Przewodniczący Izby z jednym z członków Zarządu Izby do Sanoka w lipcu 1924 roku. Zawarto podówczas umowę między lekarzami i Zarządem Kasy chorych, której zasadą jest wolny wybór lekarza, załatwiono również ku obopólnemu zadowoleniu sprawę lekarza naczelnego Kasy chorych. Tak więc Kasa sanocka jest na terenie Izby Lwowskiej pierwszą, gdzie wprowadzono zasadę wolnego wyboru lekarza. Czas najbliższy okaże, czy i o ile to będzie korzystne. Jako szczegół interesujący podnosi się, że lekarze sanoccy wysuwali przez pewien czas warunek przymusu przynależenia do Związku L. P. P. dla kandydatów na posady kasowe i dopiero po dłuższych pertraktacjach odstąpili od tego żądania, którego Zarząd Izby nie mógł popierać.

Mniej powodzenia miały przez długi czas starania Zarządu w kierunku uregulowania stosunków kasowych w Tłumaczu, a przyczyną tego był brak solidarności i konsekwencji u tamtejszych Kolegów. Dopiero w ostatnim czasie i w Tłumaczu nastąpiły korzystniejsze warunki, gdyż Komisarz rządowy, który świeżo objął kierownictwo Kasy, skłania się ku zasadzie wolnego wyboru lekarza i stąd może pochodzi, że także lekarze okazują zainteresowanie się tą zasadą; prosili oni w ostatnim czasie o udzielenie odpisu umowy sanockiej i normy poznańskiej co do wynagrodzenia systemem punktowym, co oczywiście Zarząd Izby spełnił.

Na żądanie N. I. L. Zarząd wyraził opinję w sprawie spełniania czynności lekarzy Kas chorych przez lekarzy powiatowych i lekarzy wojskowych, streszczającą się w tem, że obie te grupy lekarzy nie mogą pełnić czynności kasowych, a to: lekarze powiatowi, jako organy nadzorcze w zakresie lecznictwa w Kasach chorych, lekarze wojskowi ze względu na stanowisko oficera i z powodu częstych przeszkód wynikających z obowiązków służbowych.

Dalszą sprawą, dotyczącą ogółu lekarzy, była sprawa **cennika poborów lekarskich** po myśli art. 21 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Cennik lekarski był przedmiotem obrad i uchwał na 12 posiedzeniach Zarządu i na Zebraniu Rady Izby w dniu 2. listopada 1924 roku. Sprawę poruszyło Województwo Lwowskie, nadsyłając w kwietniu 1924 roku projekt cennika do zaopinjowania, następnie zaś w listopadzie 1924 roku ponaglenie o załatwienie tej opinji. Zarząd Izby, nie chcąc rozstrzygać w tej ważnej sprawie, nie poinformowawszy się o opinji ogółu Kolegów zwrócił się do członków Izby. Niestety tylko od nielicznych grup terytorjalnych lekarskich nadeszły opinje, które były różne, podobnie zresztą, jak i w łonie Zarządu Izby, zaznaczyły się dwa zdania: jedno, większości członków, że ustanowienie cennika należy zwalczać ze stanowiska zasadniczego, drugie, mniejszości, że, wobec zachodzącej obawy ustanowienia cennika przez Władzę wbrew opinji Izby lekarskiej, należy projekt Województwa przyjąć w zasadzie i zająć stanowisko wobec szczegółów cennika.

Ta mniejszość zwracała uwagę także na to, że cennik, który ma obowiązywać jedynie w przypadkach, w których nie zawarto oddzielnej umowy o należności, nie będzie przedstawiał żadnego niebezpieczeństwa dla lekarzy, a w pewnych razach może być dla lekarzy wygodny.

Rada Izby zajęła stanowisko zasadnicze i uchwaliła większością głosów przejść do porządku nad projektem Województwa ponieważ czynności lekarskie nie dadzą się staryfować, a jedyną podstawą do oznaczenia honorarjum lekarskiego może być ciężkość przypadku chorobowego i stan zamożności chorego. Zarazem uchwaliła Rada Izby domagać się nowelizacji art. 21 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej Proponowaną nowelę sformułowano na posiedzeniu Zarządu Izby w dniu 21. stycznia 1925 roku. następująco:

„Lekarzowi przysługuje prawo zawarcia oddzielnej umowy o należność bądź za poszczególną poradę lub za zabieg lekarski, bądź za leczenie dłuższe. Izby lekarskie są władne ustanawiać cennik lekarski na podstawie wniosków przedstawionych przez poszczególne grupy lekarzy". Dalsza część art. 21 od słów: „na wypadek sporu" do końca pozostanie niezmieniona.

Jak starannie traktował Zarząd sprawę cennika lekarskiego wynika stąd, że w jednem posiedzeniu Zarządu (dn. 30. kwietnia 1924 r.) brało udział 3 lekarzy ze Lwowa z poza Zarządu w charakterze ekspertów dla sprawy cennika lekarskiego, w innem posiedzeniu (dn. 21. maja 1924 r.) zaproszony w charakterze członka Izby Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publicznego i jeden ekspert lekarz ze Lwowa, w innem jeszcze (dn 25. czerwca 1924 roku) 8-miu lekarzy ekspertów ze Lwowa i 4-ch z prowincji.

Zarząd Izby odniósł się także do N. I. L. i do innych Izb lekarskich pismem uzasadniającem opinję przeciw cennikowi lekarskiemu. Naczelna Izba nie przychyliła się do stanowiska Izby Lwowskiej, podnosząc, że taryfa, mająca służyć tylko w przypadkach spornych, nie będzie przeszkodą do zawierania umów między lekarzami a chorymi.

Izba krakowska była zdania, że cennik jest niepotrzebny, Izby. lubelska, łódzka i poznańska oświadczyły się za wprowadzeniem cennika.

Wbrew opinji Rady i Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej Województwo Lwowskie ogłosiło reskryptem z 26. stycznia 1925. cennik poborów lekarskich, obowiązujący na obszarze Województwa lwowskiego. W krytyce tego cennika podnoszono na posiedzeniach Zarządu, że nie jest elastyczny i nie odpowiada postanowieniu ustawy, gdzie jest mowa o skalach cennika, że niewłaściwe jest pociągnięcie wszystkich miejscowości poza Lwowem pod jedną normę, że niesprawiedliwe jest postanowienie p. 8, na mocy którego w konzyljach tylko konzyljarjusz pobiera wyższe honorarjum, ordynarjusz zaś honorarjum zwyczajne, że wreszcie nieuzasadnione jest postanowienie, iż za specjalistów uważa się także lekarzy zdrojowych.

Cennik prac laboratoryjnych chemiczno-bakterjologicznych był omawiany na kilku posiedzeniach Zarządu Izby i na konferencji z właścicielami laboratorjów prywatnych oraz kierownikami laboratorjów państwowego i samorządowego, poczem Zarząd Izby zatwierdził cennik proponowany przez pracownie lwow-

skie prywatne, jako minimalny, z tem, że dla Kas chorych będzie udzielany 30% opust. Laboratorja prywatne żalą się, że za niższe honorarja, a nawet w pewnych razach bezpłatnie dokonuje badań Filja państwowego Zakładu higjeny we Lwowie. Kierownik Filji wyjaśnia, że cennik Zakładu jest opracowany w myśl poleceń i wskazówek władzy przełożonej.

Należytości sądowo-lekarskie i wynagrodzenia lekarzy więziennych były przedmiotem uchwał Zarządu na 3 posiedzeniach, **należytości za szczepienie ospy** na 2 posiedzeniach. Opinje w sprawie wysokości honorarjum lekarskiego wydał Zarząd w 9-ciu przypadkach.

Sprawa **kompetencji Zarządu Izby** weszła na porządek dzienny jednego z posiedzeń z powodu stanowiska, jakie zajął wobec wezwania Zarządu jednej z Izb pewien profesor Uniwersytetu, a za nim i cały Wydział lekarski. Zarząd Izby lwowskiej na dotyczące pytanie wyraził zapatrywanie, że na wezwanie Zarządu właściwej Izby obowiązany jest jawić się także profesor Uniwersytetu, a stanowisko Wydziału lekarskiego w danym przypadku było sprzeczne z postanowieniami ustawy.

Zarząd musiał bronić swoich kompetencji także przeciwko Związkowi Lekarzy Państwa Polskiego. W jednym przypadku stało się to na wezwanie Naczelnej Izby lekarskiej odnośnie do prawa kwalifikowania kandydatów na posady lekarskie w Kasach chorych.

W innych przypadkach Krakowski Okręg Związku L. P. P. pośredniczył między członkami Izby lekarskiej lwowskiej, a Zarządem Izby lwowskiej. Przeciwko temu Zarząd Izby w kilku przypadkach się zastrzegł u Zarządu Związku, zwracając zarazem uwagę dotyczących członków Izby na niewłaściwość takiego postępowania.

Organizacja lekarzy drohobyckich wniosła zażalenie przeciwko jednemu z lekarzy drohobyckich i niezadowolona, że sprawa nie była dość rychło załatwioną, nadesłała oświadczenie, że zrzeka się interwencji Izby, na co odpowiedziano, że zrzeczenie się interwencji właściwej Izby jest niedopuszczalne, natomiast możliwe jest cofnięcie zażalenia wniesionego przeciwko Koledze. Lekarze sanoccy prosili o wyłączenie Sądu Izby lwowskiej przy rozpatrywaniu zarzutu tychże lekarzy, jakoby Zarząd Izby lwowskiej niewłaściwie postępował w sprawie ich zatargu z Zarządem Kasy chorych. Prezydjum Izby Naczelnej, w odpowiedzi na pismo wniesione w tej sprawie przez Zarząd Izby lwowskiej, powołało postanowienia ustawowe, na mocy których kompetentnym do sądzenia jest Sąd Izby lwowskiej.

Na 3 posiedzeniach rozpatrywano żądanie Zarządu Izby krakowskiej, aby członkowie Izby lwowskiej, **praktykujący przez sezon w Krynicy**, wnosili do Izby krakowskiej opłatę całoroczną według ustanowionej tam normy. W tej sprawie odniesli się do Zarządu naszej Izby lekarze wykonywający praktykę sezonową w okręgu Izby krakowskiej, czując się pokrzywdzonymi żądaniem uiszczania podwójnych opłat. Zarząd Izby krakowskiej opiera się na postanowieniach art. 18 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, według którego lekarze, wykonujący praktykę również w granicach innej Izby obowiązani są stosować się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów tej obcej Izby. Zarząd Izby lwowskiej był zdania, że postanowienia i przepisy, o których mowa w tym artykule, odnoszą się do strony formalnej, jak n. p. obowiązek zgłaszania się i do ewentualnie odrębnych przepisów deontologicznych, nie zaś do opłat obowiązujących w obrębie danej Izby. Ponieważ nie przyszło do porozumienia z Zarządem Izby krakowskiej, przeto sprawę przedłożono do rozstrzygnięcia Naczelnej Izbie lekarskiej.

Zatargi Kolegów między sobą były przedmiotem obrad na 18 posiedzeniach w liczbie 16. Zarząd Izby w przeważnej liczbie przypadków przeprowadził ugodowe załatwienie sprawy, kilka spraw musiał skierować do Sądu Izby. W przypadkach, gdzie groziło oddanie sprawy Sądom państwowym, Zarząd Izby czynił usilne starania, aby tego uniknąć, i tylko w jednym przypadku starania Zarządu były bezowocne.

Według siedziby Kolegów wiodących spór było spraw: z miast: Lwowa 7 — Krakowa 1 — Warszawy 1 — z powiatu: Bóbrka 1 — Drohobycz 1 — Jarosław 1 — Rawa ruska 1 — Tłumacz 4 — Zborów 1 — Złoczów 1 — Żydaczów 1.

Z lekarzy, mających zatargi z Kolegami, pięciu przesłuchano na posiedzeniach Zarządu Izby.

Zażaleń i doniesień osób różnych, przeważnie ze strony chorych, oraz władz na członków Izby rozpatrywał Zarząd 20. W większości przypadków pretensje do lekarzy były nieuzasadnione.

Skarg lekarzy na instytucje i na strony prywatne (2) wpłynęło do Zarządu 7. I tu większość spraw załatwiona została ku zadowoleniu Kolegów.

Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej i ustawa o Izbach lekarskich była wielokrotnie przedmiotem dyskusji albo w kierunku nowelizacji niektórych postanowień albo w kierunku interpretacji.

O projekcie nowelizacji art. 21 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej już była mowa. Nowelizacja art. 38 ustawy o Izbach lekarskich była omawiana na 2 posiedzeniach z inicjatywy N. I. L. Projektowane jest mianowicie zniesienie Rady dyscyplinarnej Izby, a natomiast wprowadzanie do Sądu N. I. L. odpowiedniej liczby sędziów Sądu Najwyższego dla spraw tyczących się najcięższych przekroczeń, zagrożonych karami wymienionemi w art. 38 w punktach d) i e). Zarząd Izby przychylił się do tego wniosku wyrażając zarazem życzenie, aby sędziowie byli stale mianowani do Sądu N. I. L., nie zaś powoływani do każdej sprawy z osobna.

Pojęcie wykonywania praktyki lekarskiej interpretował Zarząd Izby w szerszem znaczeniu, podciągając pod nie każde zajęcie zarobkowe spełniane na zasadzie dyplomu lekarskiego a więc nietylko leczenie chorych, ale także n. p. sprawowanie urzędu sanitarnego, pracę w laboratorjum lub pracę naukową. To zapatrywanie podzieliła także Rada Izby lwowskiej, tego zapatrywania są także inne Izby lekarskie i N. I. L.

Wbrew temu zapatrywaniu ogółu lekarzy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, reskryptem z 14. kwietnia 1924 r. Nr. Z. O. 2479 oznajmiło, iż przez „praktykę lekarską" w znaczeniu ustawy z 2. grudnia 1921 roku Dz. U. Nr. 105 poz. 762, należy rozumieć praktykę lekarską w znaczeniu ściślejszem, polegającą na bezpośredniem stykaniu się lekarza z chorym, a więc obejmującą tylko momenty rozpoznania, rokowania i terapji, nie zaś inne czynności lekarskie, jak pracę naukową, laboratoryjną lub administracyjną. Powyższego pojęcia praktyki lekarskiej nie należy jednak ograniczać do praktyki „prywatnej", przeciwnie należałoby pod nie podciągnąć wszystkie przypadki praktyki lekarskiej w znaczeniu ściślejszem, bez względu na to, czy chodzi o t. zw. lekarza wolno praktykującego, czy o lekarza stykającego się z chorymi w szpitalu publicznym i t. p.

Obowiązujący obecnie **sposób rejestrowania lekarzy** był omawiany na 2 posiedzeniach Zarządu. Uznano, że jest zbyt biurokratyczny i uciążliwy dla lekarzy. Pismo żądające zmiany wystosowano do N. I. L.

Zarząd Izby wydał opinje w przedmiocie **uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej** co do 11 lekarzy, członków Izby.

Kwestja **specjalistów** była omawiana na 3 posiedzeniach Zarządu, chodziło mianowicie o 6 Kolegów, których uprawnienia do używania tytułu dentysty kwestjonowano. Ponieważ nie pojawiła się jeszcze ustawa zapowiedziana w art. 8 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, a mająca ustalić warunki otrzymania tytułu specjalisty i przepisy co do praw jego używania, przeto używanie tytułu specjalisty nie podlega ograniczeniu, jednak Zarząd Izby wyraził zapatrywanie, że od specjalistów muszą być wymagane studja specjalne, przekraczające miarę obowiązującą dla wszystkich lekarzy.

W związku ze sprawą powyższą należy wspomnieć o **udzielaniu przez lekarzy firmy** osobom, prowadzącym zakłady lekarsko-dentystyczne, a nie posiadającym do tego ani kwalifikacji, ani uprawnienia. Jest to obecnie punkt bolesny naszego stanu lekarskiego. Głównie brak poczucia godności stanowej, po części zubożenie stanu lekarskiego, skłania do takiego postępowania nawet zupełnie młodych lekarzy, którzy powinni pracę zawodową rozpoczynać z zapałem, z wytężeniem wszystkich swoich sił. Zarząd Izby zadawał sobie wiele trudu, aby ten smutny stan usunąć. Przesłuchiwanie lekarzy-firmantów, upominanie ich i zakazy ustne i pisemne, ogłaszanie ostrzeżeń w Polskiej Gazecie Lekarskiej — oto sposoby, jakiemi dążył Zarząd do sanacji stosunków. Gdzie to nie wystarczyło, oddawano sprawę Sądowi Izby. Zauważyć należy, że współdziałanie w tych sprawach z Izbą władz administracyjnych niezawsze było dostatecznie gorliwe.

Pod zarzutem firmowania nieuprawnionych zakładów lekarsko-dentystycznych stało 19 członków Izby lekarskiej, z których 9 przesłuchano na posiedzeniach Zarządu.

Spraw o **partactwo lekarskie** omawiano na posiedzeniach 7, partaczami byli: 1 lekarz nieuprawniony do wykonywania praktyki lekarskiej, 2 techników dentystycznych, 1 medyk, 1 ksiądz, 1 inżynier, 1 fryzjer.

Nieprawidłowe ogłaszanie się lekarzy ze strony 5 Kolegów: 1 raz w dzienniku, 4 razy przez wielokrotne tabliczki w ulicach, 1 raz także w lokalu restauracyjnym, było przedmiotem rozpraw i zarządzeń na 7 posiedzeniach Zarządu. Niewłaściwości zostały usunięte; niektóre fakty po wyjaśnieniu uznano za dopuszczalne.

Dość obficie przedstawia się także **działalność opinjodawcza** Zarządu Izby. Tutaj wymienić należy projekt ustawy o zaopatrywaniu ludności w wodę, projekt ustawy dentystycznej, opinję co do zakładu porodowego w Zbarażu, dalej opinje co do 7 posad lekarzy szkolnych, w sprawie biur pośrednictwa pracy dla lekarzy, w sprawie spółek lekarskich dla dostarczania chorym adresów lekarzy, w sprawie wynagrodzenia lekarzy więziennych, w sprawie bezpłatnej poradni ocznej we Lwowie.

Współdziałanie Izby z władzami państwowemi zadokumentował Zarząd debatą w sprawie ankiety co do częstości raka w Polsce, tudzież udziałem Przewodniczącego Izby w jednem posiedzeniu Komisji centralnej dla kodyfikacji i zbioru polskich ustaw sanitarnych, które się odbyło we Lwowie w dniu 20. czerwca 1924 roku. Tutaj zaliczyć należy opinje w sprawach aptek publicznych: 10 tyczących się nowych koncesji na apteki, 6 co do koncesji na apteki kupione i 4 tyczące się przeniesienia aptek na inne miejsce.

Sprawy podatkowe były omawiane na 9 posiedzeniach Zarządu. Wpłynęły mianowicie liczne skargi na zbyt wygórowane opodatkowanie członków Izby, głównie podatkiem obrotowym. Obok interwencji pisemnych (w jednym przypadku telegraficznej) interweniowano trzykrotnie także przez delegacje Zarządu do władz podatkowych. Przedłożono listę 10 Kolegów do Komisji szacunkowych dla podatku majątkowego, obrotowego i zarobkowego. Na życzenie zaś lekarzy w Drohobyczu, Sanoku i Sambo-

rze zwrócono się do Prezesa Izby skarbowej o powołanie do Komisji szacunkowych delegatów tamtejszych lekarzy. Jednego z członków Zarządu powołały władze skarbowe do Komisji szacunkowej dla podatku dochodowego. Zarząd Izby opracował na żądanie władzy skarbowej opinje co do obrotu 31 lekarzy lwowskich. Rozważano myśl zwołania zebrania lekarzy dla omówienia spraw podatkowych i zaproszenia na nie Prezesa Izby skarbowej, atoli uznano tę rzecz za niewskazaną, głównie dlatego, aby nie ściągać na lekarzy zarzutu, że oni jedynie bronią się od płacenia podatków.

Podania o zniżenie **opłat za paszporty zagraniczne** opinjowano w trzech przypadkach, w których chodziło o wyjazd członków Izby w celach naukowych.

Zapomogi przyznano 33 wdowom, względnie sierotom po lekarzach, oraz jednemu lekarzowi, który z powodu choroby, czyniącej go niezdolnym do zarobkowania, wyjechał na leczenie do Piszczan. Suma przyznanych zapomóg wynosi 100 miljonów Mp. i 1.690 Zł razem 1.745 Zł 55 gr.

Czterech członków Izby zwolniono od połowy opłaty izbowej.

Dla wyczerpania obrazu prac Zarządu Izby wspomnieć należy o **pracach przygotowawczych**, jakie Zarząd podjął do Zebrania Rady Izby lwowskiej w dniu 2. listopada 1924 r. (na 4 posiedzeniach), do posiedzenia Naczelnej Izby lekarskiej w dniu 25. stycznia 1925 roku (na 2 posiedzeniach) i wreszcie do Zebrania Rady Izby lwowskiej w dniu 29. marca 1925 roku (na 3 posiedzeniach).

Działalność zewnętrzna i reprezentacyjna Izby przedstawia się następująco:

1. 3 delegacje do Izby Skarbowej we Lwowie, o których już była wzmianka — delegatami byli raz Przewodniczący Izby — dwukrotnie zaś kol. Papée, Moszkowicz i Zgórski;
2. w Komisji szacunkowej dla podatku dochodowego zasiadał kol. Moszkowicz;
3. 20. VI. 1924. Przewodniczący Izby wziął udział w posiedzeniu Centralnej Komisji dla kodyfikacji i zbioru polskich ustaw sanitarnych;
4. 6. VII. 1924 interwenjowali Przewodniczący Izby i kol. Allerhand w Sanoku celem doprowadzenia do skutku umowy lekarzy z Zarządem Kasy chorych;
5. 14. IX. 1924 brali udział w posiedzeniu Sądu Izby Naczelnej kol. Przewodniczący i kol. Zgórski;
6. kol. Przewodniczący w kilku posiedzeniach Związku ku obronie papierów wartościowych;
7. 16. XII. 1924 kol. Przewodniczący w posiedzeniu Tow. Farmaceutycznego we Lwowie w sprawie specyfików;
8. 16. I. 1925 kol. Przewodniczący interwenjował w Drohobyczu dla unormowania stosunków lekarzy Kasy chorych;
9. 25 I. 1925 w posiedzeniu Naczelnej Izby Lek. wzięli udział: Dr. Papée, prof. Nowicki i Dr. Zgórski;
10. 1. II. 1925 w otwarciu Zjazdu właścicieli zdrojowisk polskich, odbytego we Lwowie, wzięli udział kol. Przewodniczący i Dr. Kuhn;
11. 13. II. 1925 przedstawiło się Wojewodzie Drowi Garapichowi Prezydjum Zarządu Izby.

Kończąc sprawozdanie Zarząd podnosi z przyjemnością pomoc, jakiej zawsze doznawał w swoich pracach ze strony R e d a k c j i P o l s k i e j G a z e t y L e k a r s k i e j, której na tem miejscu składa się najgorętsze p o d z i ę k o w a n i e za stałą przychylność i wysoce koleżeńskie odnoszenie się do życzeń i potrzeb Zarządu Izby.

We Lwowie, dnia 28. marca 1925.

Sekretarz: *Dr. Kuhn mp.* — Przewodniczący: *Dr. Papée mp.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XV. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dn. 15. b. m. o godz. 6-ej wiecz. Porządek dzienny: 1) Kol. M ą c z e w s k i: **O postępowaniu w czasie porodu u pierwiastek ze ścieśnioną miednicą;** 2) Kol. T o m a s z e w s k i: **»Uwagi o rozwoju noworodków, urodzonych przy miednicy ścieśnionej, normalnej i po cięciu cesarskiem.**

Przewodniczący: *K. Zgórski.* — Sekretarz doroczny: *K. Tyszka.*

Ze świata.

Większe miasta niemieckie wykazują od drugiego półrocza 1924. stały przyrost urodzin, nieco z przewagą dzieci nieślubnych, a obniżanie się ogólnej śmiertelności zwłaszcza z gruźlicy.

W państwach północnych jako to w Szwecji, Norwegji, Danji i Finlandji zaznacza się w ostatnich latach powolny ale stały spadek urodzin. Śmiertelność niemowląt niezwykle mała. W Szwecji w r. 1920. 6·3% żywo urodz. w Norwegji 5·4%. Stałe zmniejszanie się śmiertelności z gruźlicy. Podobnie jak w innych krajach, śmiertelność dzieci nieślubnych w miastach jest o wiele wyższa niż na wsi. Okazuje się, że dzieci te na wsi znajdują dla siebie daleko lepsze warunki rozwoju (mniejsze zróżnicowanie społeczne i złagodzenie jego następstw, zajmywanie ich w gospodarstwie n. p. w wypasie bydła i t. p.).

W r. 1923. i 1924. wykazano w Anglji 5377 przypadków ospy, równocześnie w Niemczech 31. W przeważnej ilości zapadały na nią dzieci. Ta ogromna chorobowość jest następstwem zniesienia przymusu szczepienia, a wprowadzenia t. zw. »klauzuli sumienia«.

W Anglji, podobnie jak w innych kulturalnych państwach istnieje obowiązek zgłaszania chorób zakaźnych, lecz podczas gdy prawie wszędzie uważa się go za *nobile officium*, tamże bywa on uważany za fachowe orzeczenie i jako taki wynagradzany pieniężnie w kwocie 2½ szylinga, za doniesienie o gruźlicy 1 szylinga, za powiadomienie o zmianie mieszkania chorego ¼ szyl.

Poważniejsze instytucje naukowe i społeczne w Polsce, zajmujące się dzieckiem wezwane zostały przez Komitet wyłoniony w Warszawie do złożenia swego podpisu pod »deklaracją genewską«. Akt powyższy uchwaliła 23. lutego 1923. rada naczelna międzynarodowego związku pomocy dzieciom, mocą którego wszyscy ludzie każdej narodowości mają zaświadczyć o obowiązku swoim dania dziecku wszystkiego, co mają najlepszego i o gotowości tej bez względu na rasę, narodowość i wyznanie.

Deklaracja sformowała 5 artykułów opiewających:

I. Dziecku powinno się dać możność normalnego rozwoju, fizycznego i duchowego.

II. Dziecko głodne winno być nakarmione; dziecko chore, pielęgnowane; dziecko wykolejone — zwrócone na właściwą drogę; sierota i dziecko opuszczone — wzięte w opiekę i wspomagane.

III. Dziecko powinno przed innymi otrzymywać pomoc w czasie klęski.

IV. Dziecko powinno być przygotowane do zarobkowania na życie i zabezpieczone przed wszelkim wyzyskiem.

V. Dziecko winno być wychowywane w wierze, że najlepsze swoje przymioty ma oddać na usługi współbraci.

Uniwersytet w Jenie uchwalił w porozumieniu z młodzieżą wprowadzić od 1. października 1925. obowiązkowy przymus współudziału słuchaczy w fizycznych ćwiczeniach ciała.

34. Z j a z d n i e m i e c k i e g o T o w a r z y s t w a p e d j a t r y c z n e g o odbędzie się w r. b. we wrześniu w Karolowych Warach w Czechosłowacji.

D w a Z a k ł a d y ś r e d n i e w e L w o w i e Gimn. VI. im. Stan. Staszica i Gimn. XI. zakupiły z drobnych składek uczniowskich lampy kwarcowe.

Wychowankowie są naświetlani pod kierownictwem zakładowych lekarzy szkolnych.

6. czerwca b. r. na boisku Sokoła lwowskiego wezmą udział wszyscy uczniowie szkół średnich i ludowych w »święcie dzieci«. Będzie to przegląd i popis ćwiczeń fizycznych stosowanych w szkołach lwowskich.

Sprostowanie.

W N-rze 15 »Pol. Gaz. Lek.« ma być: na str. 340 wiersz 3 od dołu »Słowcow« zamiast »Iłowcow« — wiersz 15 od dołu »zwężenie« zamiast »zagięcie« — na str. 341 wiersz 8 od dołu »korzystne« zamiast »niekorzystne« — na str. 344 wiersz 37 od dołu »d'eiffets« zamiast »déffets« — na str. 345 wiersz 32 od góry »trilabe« zamiast »tricolabe« — wiersz 45 od góry »poulie brisé« zamiast »poulli brissè« — na str. 346 wiersz 6 od góry »Civiale« zamiast »Liviale« — wiersz 16 od góry »qu'elle« zamiast »quelle« — wiersz 25 od góry »1 sur 42« zamiast »1 sur 4%« — wiersz 16 od dołu »z których« zamiast »u których« — wiersz 6 i 7 od góry »ècrou brisé« zamiast »l'crou brissé« — na str. 347 wiersz 17 od góry »nadłonowy« zamiast »nałonowy« — wiersz 48 od góry »1844« zamiast »1884«.

W N-rze 16-tym na stronie 368 wiersz 2 od góry »schodzeniu« zamiast »wchodzeniu« — na str. 371 wiersz 7 od dołu »jest wybitna« zamiast »nie jest wybitna«.

Redakcja otrzymała: K. Majewski. Fizjologja narządu wzroku. Odb. z »Fizjologji człowieka« pod red. N. Cybulskiego i A. Becka. — Niezwykły przypadek skurczu akomodacji. Odb. z Kliniki ocznej 1923. — Sur un cas de pseudomyopie spastique. Odb. z Rev. gén. d'ophtalmologie 1923 — Anatomja oka ludzkiego. Odb. z »Anatomji człowieka«. 1924. — Nowe doświadczenia z keratoplastyką. Odb. z P. Gaz. lek. 1924. — Leczenie jaskry prostej. Odb. z Kliniki ocznej 1924. — II-me Congrès des Oculistes polonais. Odb. z Rev. gén. d'ophtalmologie 1924. Nouveau procédé de Kèratoplasis pénétrante. Odb. z Arch. d'ophtalmologie. 1925.

R. W i e r z b i c k i: Historja słownictwa lekarskiego polskiego. Nakładem Arch. hist. i fil. medycyny. Poznań 1925. — A. B e d n a r s k i: De l'excavation physiologique du nerf optique. Odb. z Arch. d'ophtalm. T. XLII. Nr. 1. 1925. — H. H i g i e r: Vasomotorisch-trophische Störungen und deren Heilung mittels periarterieller Sympathektomie. Odb. z Klin. Woch. 1 Jahrg. Nr. 24. Zur klinik der Impotentia generandi ejaculatoria. Odb. z M. d. med. Woch. 1923. Nr. 40. Sur une endémie d'osteoarthropathie. odb. z Gazette des Hopitaux. 1923. Nr. 77·

Nr. 20. 17. maja 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Z okazji I. Zjazdu Przeciwgruźliczego w Krakowie w dniu 16. maja 1925 r. otrzymaliśmy szereg sprawozdań, przedstawiających obecny stan walki z gruźlicą w różnych miejscowościach Polski.

Zaznaczyć jednak należy, że oczywiście nie jest to obraz zupełny tego, co się robi na polu zwalczania gruźlicy na ziemiach polskich.

REDAKCJA.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI. Lwów.

Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży.

(Referat na konferencję, zwołaną przez Wojewodę lwowskiego na dzień 30. kwietnia 1925 roku w sprawie gruźlicy u dzieci i młodzieży).

Z wielkiem uznaniem powinno społeczeństwo powitać inicjatywę Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w sprawie zorganizowanej walki z gruźlicą u dzieci i młodzieży, inicjatywę, zaznaczoną w okólniku do P. P. Wojewodów z dnia 23. marca 1925 r. Nr. 550/x.

Wyrażone tam wnioski, wysnute z teoretycznie uzasadnionych założeń, w przeprowadzeniu praktycznem wymagają liczenia się z istniejącemi stosunkami, a gdy okólnik porucza nadzór nad wykonaniem uchwał konferencji Naczelnikowi Wydziału Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Naczelnikiem Wydziału Zdrowia Publicznego, poczuwam się do obowiązku przedstawienia konferencji szeregu uwag w tym przedmiocie.

Walkę z gruźlicą w Polsce reguluje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5. stycznia 1922, ogłoszone w Nr. 14 Monitora Polskiego z r. 1922. Rozporządzenie to zatwierdza statut Polskiego Komitetu zwalczania grnźlicy, który ma działać pod przewodnictwem Ministra Zdrowia Publicznego i tworzyć Wojewódzkie i Powiatowe Komitety zwalczania gruźlicy.

Jednak w Województwie lwowskiem Polski Komitet zwalczania gruźlicy nie utworzył ani Wojewódzkiego ani Powiatowych Komitetów zwalczania gruźlicy, prawdopodobnie z tego powodu, że w Województwie tem już od r. 1919 istnieje osobna organizacja walki z gruźlicą, która rozwija się pomyślnie i która utworzyła już sieć powiatowych Kół walki z gruźlicą i Przychodni przeciwgruźliczych, tak, że i obecna inicjatywa Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej zastaje Województwo lwowskie już od lat kilku do walki z gruźlicą zupełnie zorganizowane i punkt 1) końcowych wniosków Ministerstwa jest wobec tego bezprzedmiotowym.

Na 27 powiatów w Województwie lwowskiem posiadaliśmy z końcem r. 1924 Powiatowe Koła Walki z gruźlicą w 23 powiatach, a nie było ich tylko w 4 powiatach, mianowicie w powiatach: Krosno, Lwów-powiat, Nisko i Sanok. Nadto w mieście Lwowie jest osobne Towarzystwo walki z gruźlicą. Z końcem r. 1924 mieliśmy w Województwie 27 Przychodni przeciwgruźliczych, a brak ich było tylko w 5 powiatach, mianowicie w powiatach: Bóbrka, Krosno, Mościska, Nisko, Sanok. Przeciętnie przypada w Województwie lwowskiem jedna przychodnia na 100.000 ludności, podczas gdy Ministerstwo na podstawie wzorów zachodnio-europejskich domaga się przeciętnie jednej przychodni na 150.000—200.000 ludności w miastach, a na znacznie mniejszą liczbę ludności w okręgach wiejskich. Zdaje się więc, że pod względem liczby przychodni program, zakreślony w okólniku Ministerstwa, jest już w zupełności wykonany.

Mogłoby chodzić chyba jedynie o to, czy ogólne Przychodnie przeciwgruźlicze czynią zadość intencjom programowym Ministerstwa, czy też należy tworzyć obok ogólnych także osobne Przychodnie przeciwgruźlicze dla dzieci i młodzieży. W tym względzie okólnik nie podaje stanowczych wskazówek, a raczej odnosi się z okólnika wrażenie, że Ministerstwo skłania się do objęcia dzieci i młodzieży działalnością ogólnych Przychodni, gdyż oczywiście tworzenie drugiej odrębnej sieci Przychodni wyłącznie dla dzieci i młodzieży byłoby rozpraszaniem sił społeczeństwa i nie rokowałoby powodzenia.

Jednak od tej zasady zespołu w działaniu wydaje mi się dopuszczalnym jeden wyjątek, a mianowicie dla miasta Lwowa, gdzie już w r. 1923 istniała przy klinice chorób dzieci osobna Przychodnia przeciwgruźlicza dla dzieci i młodzieży, ale upadła wskutek braku poparcia u społeczeństwa. Reaktywowanie, względnie utworzenie Przychodni takiej we Lwowie uważam za konieczne.

Powiatowe Koła walki z gruźlicą wraz z Przychodniami są w Województwie lwowskiem samodzielnemi Towarzystwami, opartemi na statucie normalnym, dla wszystkich Kół jednakowym, a zatwierdzonym przez władzę. Jednolitość i sprawność działania Kół zabezpieczono przez to, że do Wydziału każdego Koła oprócz wybieralnych 6 członków wchodzą bez wyboru, a z urzędu:

Starosta, będący zarazem przewodniczącym Koła, marszałek powiatu, burmistrz miasta powiatowego, lekarz powiatowy, dyrektor szpitala powszechnego, delegat lekarzy Poradni, istniejących w powiecie.

Cała ta sieć organizacyjna jestześrodkowana w Urzędzie Wojewódzkim, Wydziale Zdrowia, pod przewodnictwem Naczelnika tego Wydziału. Organem doradczym jest Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

Rozszerzenie i pogłębienie działalności Przychodni przeciwgruźliczych, dotąd prowadzonych przeważnie bezpłatnie przez lekarzy powiatowych w ich własnym pokoju ordynacyjnym, będzie wymagało w najbliższym okresie czasu:

1) przeniesienia przychodni do osobnego lokalu, zaopatrzenia go w niezbędne sprzęty i przyrządy, 2) zapewnienia dla każdej przychodni płatnego lekarza i płatnej wywiadowczyni, 3) dostarczenia przychodniom środków do działalności w szerszym zakresie, a zatem leków, spluwaczek, otwarcia miejsc dla chorych w sanatorjach ludowych i szpitalach, funduszów na zasiłki w celu poprawy stosunków mieszkaniowych w rodzinach, w których są chorzy na gruźlicę.

Wymagać to będzie znacznych wkładów. Pod względem organizacyjnym należy dążyć do zjednoczenia w Powiatowych Kołach walki z gruźlicą wszelkich poczynań na polu zwalczania gruźlicy i nie dopuszczać do jakichkolwiek działań ubocznych, które zwykle schodzą na manowce, lub rozpraszają i przez to marnują usiłowania jednostek ofiarnych i zrzeszeń.

W myśl tej zasady wszelkie zasiłki na cele walki z gruźlicą, zwłaszcza z funduszów publicznych, powinny być udzielane wyłącznie za pośrednictwem Kół i Przychodni. Tu między innemi należą zasiłki ze Skarbu Państwa na leczenie klimatyczne i sanatorjalne dla funkcjonarjuszy państwowych

i ich rodzin, zapomogi państwowe na kolonje lecznicze dla dzieci i młodzieży, zasiłki Kas chorych na leczenie chorych na gruźlicę. Traktowanie podań o te zasiłki bez związku z działalnością Przychodni zwykle mija się z celem, albowiem leczenie sanatorjalne czy kolonijne idzie na marne i nie zabezpiecza przed nawrotem choroby, jeżeli równocześnie nie wniknie się w stosunki domowe, rodzinne, zawodowe chorego, co jest właśnie zadaniem Przychodni. Nie można też bez udziału Przychodni zabezpieczyć otoczenia chorego przed zakażeniem gruźliczem.

Aby wszystkim przychodniom nadać jednolity kierunek i utrzymać je w ścisłej i planowej łączności z Wojewódzkiemi władzami i instytucjami naukowemi i społecznemi należy zreorganizować Wojewódzką Komisję walki z gruźlicą, której zadania spełniał w ostatnich latach Wojewódzki Wydział Zdrowia.

Do Komisji tej wejść powinni następujący przedstawiciele Władz, Urzędów i Instytucyj:

1) Wojewoda, jako przewodniczący, 2) naczelnik Wydziału Zdrowia, 3) naczelnik Wydziału P. i O. S., 4) prezes Tymczasowego Wydziału Samorządowego lub jego zastępca, 4) delegat Kuratorjum Okręgu szkolnego, 6) prezydent miasta Lwowa lub jego zastępca, 7) naczelny lekarz miejski, 8) dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, 9) 2 delegaci Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K., 10) lekarze, członkowie Zarządu lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą, 11) delegat lwowskiego Towarzystwa Higjenicznego, 12) delegat Okręgowego Związku Kas chorych, 13) delegat Towarzystwa kolonij leczniczych w Rabce i Rymanowie, 14) delegat Towarzystwa »Dzieci na wieś«, 14) delegat Towarzystwa Czerwonego Krzyża, 16) dyrektor szpitala powszechnego we Lwowie, 17) dyrektor szpitala żydowskiego we Lwowie.

Komisja w tym składzie wybierze Wydział wykonawczy, składający się z pięciu członków i urzędujący stale pod przewodnictwem Wojewody lub jego zastępcy.

Przeprowadzenie tego minimalnego programu walki z gruźlicą w najbliższym okresie czasu będzie wymagało znacznych wydatków, w których pokryciu uczestniczyć powinne następujące czynniki:

1) Powiatowe (miejskie) Kasy chorych, 2) samorządy powiatowe i gminne, 3) państwo, 4) społeczeństwo, 5) sami chorzy lub ich rodziny.

Kasy chorych na podstawie art. 88., ustawy z dnia 19. maja 1920 roku o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby Dz. U. Rz. P. Nr. 44. poz. 272 są obowiązane używać swych dochodów między innemi na cele zapobiegania chorobom, z czego w związku z przepisami ustawy o świadczeniach dla chorych wypływa i obowiązek utrzymywania i prowadzenia Przychodni przeciwgruźliczych. Obowiązek ten ustalił także Główny Urząd Ubezpieczeń w reskrypcie z dnia 29. stycznia 1925 r. Nr. 197/VII, a Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie na wniosek Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia okólnikiem z dnia 3. lutego 1925 roku L. 974 wezwał Kasy chorych do korzystania z Powiatowych Kół Walki z gruźlicą i ich przychodni za odpowiednią zapłatą, tworzenia własnych przychodni w dużych centrach przemysłowych i wcielania tych przychodni w ogólną sieć organizacji walki z gruźlicą.

Kasa chorych miasta Lwowa już od paru lat weszła w taki stosunek do lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą. Kasa chorych w Drohobyczu założyła dwie własne przychodnie w Drohobyczu i Borysławiu, a Powiatowa Kasa chorych we Lwowie parę przychodni w powiecie. Dalsze organizowanie walki z gruźlicą w Powiatowych Kasach chorych jest w toku. W mieście Lwowie 64% ludności jest ubezpieczonych w Kasie chorych. Należałoby tu jeszcze założyć osobne Koło walki z gruźlicą i Przychodnię przeciwgruźliczą dla urzędników i ich rodzin w ramach organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszy państwowych, a na ten cel narazie wystarczyłoby systemizowanie 1 posady lekarza Przychodni w VII. st. sł. i 1 wywiadowczyni w XII. st. sł. Dla reszty ludności (około 30%) zorganizowanie walki z gruźlicą ciążyć musi na gminie.

Na powiatach tylko 5—10% ludności jest ubezpieczonej w Kasach chorych z wyjątkiem powiatu Drohobycz, gdzie 30% ludności ma w Kasie zabezpieczoną pomoc lekarską. Na prowincji więc główny koszt walki z gruźlicą powinien pokrywać samorząd gminny i powiatowy.

Na te cele należałoby dla samorządów utworzyć nowe źródło dochodów. Po części zaopatrzyłoby się samorząd w środki finansowe, gdyby w drodze ustawy lub rozporządzenia ustalono, że wszelkie grzywny za przekroczenie obowiązujących przepisów sanitarnych mają wpływać do powiatowego funduszu walki z gruźlicą, pozostającego pod zarządem Starostwa i mają służyć do dyspozycji Powiatowego Koła walki z gruźlicą.

O ile wpływy z tego źródła byłyby niewystarczające, musiałyby samorządy powiatowe wstawić stosowne dotacje do preliminarza budżetu.

Zarządzenia te byłyby tymczasowemi, bo zobowiązania poszczególnych czynników do udziału w kosztach walki z gruźlicą powinna ustalić ustawa o walce z gruźlicą, której wydanie zapowiedziała w art. 3. ustawa z dnia 25 lipca 1919 w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych, Dz. U. Rz. P. Nr. 67. poz. 402.

Lecz już na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów gmina obowiązaną jest do przeprowadzenia na koszt interesowanych a dla niezamożnych na koszt gminy desinfekcji mieszkań i ruchomości chorych na gruźlicę, a byłyby pożądane szczegółowe w tym względzie przepisy, wydane przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia.

Liczby statystyczne Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego co do częstości gruźlicy u młodzieży szkolnej powinny dać powód do specjalnych zarządzeń zapobiegawczych.

Gruźlica uczniów może pochodzić z trzech źródeł:

1) z zakażenia w rodzinie względnie na stancji, 2) z zakażenia w klasie od kolegów, które ułatwiać może wadliwe urządzenie klasy, 3) z zakażenia od nauczycieli, u których gruźlica jest chorobą stosunkowo częstą.

Wykrycie w poszczególnych przypadkach jednego z tych źródeł jest niezbędne dla zatamowania dalszego szerzenia się gruźlicy w szkole i wymaga stosownych zarządzeń szczegółowych w zakresie higjeny szkolnictwa.

Z tego powodu odsyłanie dzieci chorych na gruźlicę pod opiekę ogólnej Przychodni przeciwgruźliczej, jak to się dzieje we Lwowie, wydaje mi się niewystarczającem i nieodpowiedniem. a raczej należy przynajmniej narazie w dużych miastach, a w tutejszem Województwie w mieście Lwowie zorganizować odrębne Szkolne Koło walki z gruźlicą i odrębną Przychodnię szkolną, która powinna być w ścisłym związku ze służbą lekarzy szkolnych i higjenistek szkolnych.

Dzieci, chore już na gruźlicę w jakimkolwiek okresie, należy zwolnić od nauki w normalnych szkołach powszechnych i średnich. Dla nich trzeba urządzić osobne szkoły — sanatorja, w których nauka byłaby połączoną z leczeniem. Utworzenie jednej na próbę takiej szkoły powszechnej wśród lasów miejskich w Hołosku Wielkiem pod Lwowem lub w innem odpowiedniem miejscu, uważam za możliwe do przeprowadzenia, gdyż koszt utrzymania pensjonarzy pokrywałaby w przeważnej części (64%) Kasa chorych, jako do tego z ustawy obowiązana.

Dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, których jest w szkołach według statystyki Ministerstwa Wyznań Religijnych i O. P. podanej w okólniku Ministerstwa Pracy i Opieki Społ., 34%, także normalna szkoła powszechna względnie średnia jest nieodpowiednią. Wskutek przeciążenia nauką i często niepomyślnych warunków higjenicznych szkoła normalna przyczynia się do rozwinięcia gruźlicy u tych dzieci zagrożonych.

Dla tych dzieci potrzeba koniecznie szkół na otwartem powietrzu, z osobnym programem i planem nauki szkolnej, pod ciągłym nadzorem lekarzy szkolnych. Sądzę, że zorganizowanie takich szkół nie przedstawiałoby zbyt wielkich trudności finansowych i że przynajmniej jedną taką szkołę na próbę należałoby urządzić we Lwowie. Rok szkolny w takiej szkole powinien trwać bez przerwy od 1. kwietnia do 1. pa-

źdzernika, przy odpowiednim planie nauki. W tych warunkach wystarczyłby budynek barakowy z werandami, kąpielami natryskowemi, placem do zabaw i gier ruchowych, w miejscu ustronnem, wolnem od pyłu, dostępnem dla komunikacji tramwajowej, n. p. na Wysokim Zamku, na górze św. Jacka i t. p. Dzieciom należałoby dostarczyć posiłek na drugie śniadanie i na obiad, aby im umożliwić przebywanie w szkole od godz. 8-mej rano do późnego wieczora. W porze pogodnej nauka odbywać się powinna na otwartem powietrzu, w czasie słoty w obszernych halach.

Podobnie urządzićby można dla dzieci w wieku przedszkolnym, zagrożonych gruźlicą, ochronkę na otwartem powietrzu.

Tworzenie żłobków dla niemowląt z rodzin gruźliczych uważam w naszych warunkach za niemożliwe narazie, z powodu zbyt małego uświadomienia ludności o gruźlicy. Zdaje mi się, że chyba wyjątkowo matka u nas zgodziłaby się na zabranie jej dziecka do żłóbka.

Domy dla ozdrowieńców staną się aktualnemi dopiero wtedy, gdy uzyskamy nasamprzód możność leczenia i wyleczenia gruźlicy w zakładach leczniczych, co obecnie tylko w bardzo niedostatecznej mierze jest dostępnem.

Wnioski: Konferencja uchwala:

I. Przedłożyć referat dr. S. Mikołajskiego wraz z niniejszemi uchwałami Ministerstwom: Pracy i Opieki Społecznej, Spraw Wewnętrznych, Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o wzięcie pod rozwagę wniosków, w tym referacie uzasadnionych, a mianowicie:

a) o wydanie ustawy w sprawie zwalczania gruźlicy, którąby między innemi ustaliła udział w kosztach walki z gruźlicą poszczególnych czynników, a to Państwa, Samorządu, Kas chorych, osób, obowiązanych do ponoszenia kosztów leczenia;

b) o oddanie na cele walki z gruźlicą wszystkich grzywien, nakładanych za przekroczenia obowiązujących przepisów sanitarnych;

c) o utworzenie przynajmniej w największych środowiskach miejskich i przemysłowych osobnych szkół — sanatorjów dla młodzieży, dotkniętej gruźlicą w okresie uleczalnym,

d) o utworzenie w tych środowiskach osobnych szkół na otwartem powietrzu dla młodzieży, gruźlicą zagrożonej;

e) o zorganizowanie w tychże środowiskach osobnych Szkolnych Przychodni przeciwgruźliczych, pozostających w ścisłym związku z organizacją lekarzy szkolnych i z ogólną organizacją walki z gruźlicą;

f) o zorganizowanie w największych miastach osobnych Przychodni przeciwgruźliczych dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin w ramach państwowej pomocy lekarskiej dla tych funkcjonarjuszy;

g) o spowodowanie, aby wszelkie zasiłki z funduszów państwowych i publicznych na cele, będące w związku ze zwalczaniem gruźlicy, były udzielane jedynie na wniosek właściwych Przychodni przeciwgruźliczych; odnosi się to w szczególności do zasiłków na leczenie klimatyczne w uzdrowiskach dla funkcjonarjuszy państwowych, zasiłków dla kolonij leczniczych, zasiłków z Kas chorych na leczenie sanatorjalne.

II. Konferencja uznaje, że dla zapewnienia walce z gruźlicą powodzenia niezbędne jest działanie uzgodnione wszystkich czynników, biorących udział w tej walce i ustalenie jednolitego planu postępowania, który zakreślać i rozwijać powinien rząd, a mianowicie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia — w porozumieniu i przy współdziałaniu innych interesowanych Ministerstw i przy uwzględnieniu opinji czynników samorządowych, społecznych, naukowych i obywatelskich.

Konferencja uważa za szkodliwe wszelkie oddzielne poczynania w tym zakresie.

Konferencja jest zdania, że także kierownictwo całej akcji przeciwgruźliczej i zwierzchni nadzór nad tą akcją spoczywać musi w rękach rządu i jego organów, a innym czynnikom należy w tym zakresie przyznać kompetencję organów doradczych, opinjodawczych i prawo inicjatywy.

W myśl tych zasad Konferencja oświadcza się za tym systemem organizacji walki z gruźlicą, jaki przeprowadzono z dobremi wynikami z inicjatywy b. Okręgowego Urzędu Zdrowia w Województwie lwowskiem i który bliżej opisano w sprawozdaniu rocznem Naczelnika tutejszego Wydziału Zdrowia za r. 1924.

Odpis tej części sprawozdania należy dołączyć do przedłożeń wspomnianych w rezolucji I.

III. Konferencja wyraża zdanie, że reorganizacja Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, proponowana w referacie dr. S. Mikołajskiego, jest celową i odpowiednią i uprasza Pana Wojewodę o jak najrychlejsze wprowadzenie jej w życie.

IV. Konferencja uchwala zwrócić się za pośrednictwem wymienionych na wstępie Ministerstw do Rady Ministrów z uzasadnionem przedstawieniem, że w interesie Skarbu Państwa, jak również w interesie służby, a przedewszystkiem w interesie zdrowia dziatwy szkolnej jest nagląco niezbędnem rozszerzenie prawa do zasiłków państwowych na leczenie klimatyczne w uzdrowiskach na spensjonowanych nauczycieli, dotkniętych uleczalną postacią gruźlicy.

Z tych samych względów Konferencja sądzi, że ustawę emerytalną należałoby w tym kierunku uzupełnić, aby nauczycielom, pensjonowanym z powodu gruźlicy, doliczało się 10 lat do wymiaru emerytury.

Wnioski powyższe Konferencja uchwaliła z dodatkiem dr. Węgrzynowskiego, że sprawę Związku Przeciwgruźliczego rozpatrzy Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

Dr. Ludwik SOBIESZCZAŃSKI, Kraków.
dyrektor miejskich Zakładów sanitarnych
i miejskiego Sanatorjum przeciwgruźliczego.

W sprawie wyników leczenia gruźlicy w sanatorjach nizinnych.

Rozporządzając już pewnym materjałem podaję do wiadomości kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy w sanatorjach nizinnych. Miejską lecznicę w Prądniku białym uruchomiono dnia 12 grudnia 1924 r.

Do 15 kwietnia leczono 83 chorych, w tem wedle podziału Turban-Gerhadta:

a) gruźlicy płuc I. stopnia 15, gruźlicy płuc II. stopnia 42, gruźlicy płuc III. stopnia 17; *b)* gruźlicy gardła 3; *c)* gruźlicy jelit 3; *d)* gruźlicy kości 3.

Prątki swoiste stwierdzono u 64 chorych.

Wyniki leczenia były następujące:

Wyleczono 2. Uzyskano stan znacznej poprawy u 19 ze zniknięciem prątków u 9. Stwierdzono stan poprawy u 24. Stan niezmieniony u 9. Pogorszenie u 1.

Zmarło 12 t. j. 14%, przyczem zaznaczam, że między zmarłymi było 10 przypadków przysłanych w stanie beznadziejnym, nienadającym się wogóle do sanatorjum.

Przybyło na wadze:

Od 1—3 kg u 16 chorych; od 3—5 kg u 13, od 5—7 kg u 3, od 7—10 kg u 4, 13 kg u1.

W leczeniu chorych prócz dostępu świeżego powietrza dniem i nocą i wzorowego odżywiania stosowano inne środki, kierując się stopniem rozwoju choroby, rodzajem zmian gruźliczych i właściwością indywidualną organizmu.

1) U 20 chorych I. i II. stopnia, stosowano starą tuberculinę Kocha, tak przy otwartej jak i zamkniętej gruźlicy, przyczem stwierdzono przyrost wagi, zwiększenie łaknienia, poprawę przedmiotową, zmniejszenie się ilości prątków, a nawet zupełny ich zanik u 7 chorych.

2) U 15 chorych stosowano dożylnie wapno, przyczem nie stwierdzono widocznych wyników, prócz zmniejszenia się krwioplucia. Z reguły podawano chorym wapno wewnętrznie.

3) Jeden chory z naciekami swoistemi strun głosowych, leczony był »Kryzolganem« dożylnie bez widocznej poprawy.

4) Dwóch chorych ze zmianami strun głosowych leczy się obecnie Roentgenem z widocznem polepszeniem.

5) Jeden przypadek zmian gruźliczych kości goleni z licznemi przetokami i wiotkiemi granulacjami, u którego ze strony chirurgicznej zastanawiano się nad amputacją, wyleczony został zupełnie naświetlaniami lampą kwarcową, przekrwieniem biernem (Biera) i tuberkuliną.

6) Dwa przypadki gruźlicy stawu skokowego traktuje się obecnie tą samą metodą, z widocznym zwrotem ku poprawie.

7) W leczeniu sztuczną odmą opłucną jest 6 przypadków, przyczem u 4 chorych stwierdzono znaczny spadek ciepłoty, zmniejszenie się wydzieliny i prątków obok wybitnej poprawy ogólnej.

8) U chorych nadających się do ogólnych naświetlań kwarcowych stosowano je w dawkach od 1—15 minut z wynikiem dodatnim. Przy postaciach rozpadowych naświetlań nie stosowano.

9) Antileprol (Chaulmagra) stosowano w 5 przypadkach gruźlicy II. i III. stopnia, przyczem u 2 chorych ciepłota spadła do poziomu prawidłowego. Leczenie tą metodą, przerwane chwilowo z powodu braku preparatu; będzie dalej prowadzone.

Werandowało ogółem 40 chorych.

Niegorączkujący zajęci bywają lekką pracą fizyczną na świeżem powietrzu.

Stan chorych kontroluje się ważeniem co tydzień, badaniem plwocin co miesiąc i roentgenoskopją.

Niemając dostatecznych podstaw do wysnuwania rozstrzygających wniosków, przy tym szczupłym materjale i krótkotrwałem istnieniu lecznicy, należy zaznaczyć, że już dotychczasowe wyniki upoważniają do obalenia przesądu, jakoby gruźlicę można było leczyć wyłącznie w sanatorjach górskich i zachęcają do propagowania rozbudowy podmiejskich lecznic ludowych łącznie z poradniami, jakie wprowadzono za granicą na szeroką skalę.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI. Lwów.

Stan walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem w roku 1924.

(Ze sprawozdania o stosunkach sanitarnych w Województwie lwowskiem w roku 1924).

W r. 1924 zgłoszono w Województwie lwowskiem razem 772 zachorowań na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia i 2044 skony z gruźlicy.

Z powiatów: Brzozów i Lubaczów nie doniesiono o żadnym skonie na gruźlicę.

W powiecie Kolbuszowa doniesiono o 10 skonach z gruźlicy
„ Lisko „ 7 „ „
„ Nisko „ 2 „ „
„ Przemyśl „ 7 „ „
„ Strzyżów „ 1 „ „
„ Tarnobrzeg „ 4 „ „
„ Żółkiew „ 4 „ „

Razem w wymienionych 9 powiatach zgłoszono tylko 35 skonów z gruźlicy. W 18 innych powiatach i w mieście Lwowie zgłoszono 2.009 skonów z gruźlicy. Zaludnienie tych powiatów jest następujące:

1. Bóbrka 83.289. — 2. Dobromil 69.924. — 3. Drohobycz 163.263. — 4. Gródek Jagielloński 71.253. — 5. Jarosław 137.723. — 6. Jaworów 80.831. — 7. Krosno 80.936.— 8. Lwów miasto 219.388. — 9. Lwów-powiat 150.564. — 10. Łańcut 89 142. — 11. Mościska 84.076. — 12. Przeworsk 57.628. — 13. Rawa ruska 106.594. — 14. Rudki 73.463. — 15. Rzeszów 142.058. — 16. Sambor 105.020. — 17. Sanok 102.167. — 18. Sokal 99.342. — 19. Stary Sambor 54.776. — Razem 1.971.437.

Przeciętnie przeto w stosunku do zaludnienia wypada w tych powiatach 10,1 skonów z gruźlicy na każde 10.000 mieszkańców.

Z samego miasta Lwowa zgłoszono 769 skonów z gruźlicy, co w stosunku do ludności miasta (219.388 m.) stanowi przeciętnie 35 skonów na każde 10.000 mieszkańców. Z 18 powiatów zaś wyżej wymienionych, z wyłączeniem miasta Lwowa, liczących razem 1,752 049 mieszkańców zgłoszono 1240 skonów na gruźlicę, przeciętnie więc w tych powiatach przypada 7 skonów z gruźlicy na każde 10.000 mieszkańców.

W poszczególnych powiatach z liczby 18 i w mieście Lwowie śmiertelność z gruźlicy przedstawia następujący wykaz:

L. p.	Powiat	Ludność	Zmarło na gruźlicę	Na każde 10.000 m. zmarło osób
1.	Bóbrka	83.289	136	16,3
2.	Dobromil	69.924	30	4,2
3.	Drohobycz	163.263	74	4,5
4.	Gródek Jag.	71.253	36	5,0
5.	Jarosław	137.723	76	5,5
6.	Jaworów	80.831	48	6,0
7.	Krosno	80.936	64	8,0
8.	Lwów-miasto	219.388	769	35,1
9.	Lwów-powiat	150.564	19	1,2
10.	Łańcut	89.142	135	15,1
11.	Mościska	84.076	163	19,4
12.	Przeworsk	57.628	58	10,1
13.	Rawa ruska	106.594	122	11,5
14.	Rudki	73.463	61	8,3
15.	Rzeszów	142.058	43	3,0
16.	Sambor	105.020	32	3,0
17.	Sanok	102.167	56	5,5
18.	Sokal	99.342	62	6,2
19.	Stary Sambor	54.776	25	4,7
	Razem	1.971.437	2.009	10,1

Zgłoszone przypadki skonów z gruźlicy stanowią zaledwie część liczby osób, faktycznie zmarłych z gruźlicy. Wogóle bowiem donoszenie o chorobach zakaźnych, nawet w tych państwach, w których obowiązek donoszenia od lat dawnych istnieje, nie ogarnia wszystkich zachorowań i skonów i wiele z nich bywa z różnych powodów zatajonych. Donoszenie zaś o gruźlicy w Polsce, ustanowione niedawno, tem bardziej nie bywa dokładnie wykonywane.

Wykazałem jednak już w sprawozdaniach z lat poprzednich i w moim referacie na III. Zjeździe Higjenistów Polskich w Warszawie w dniu 9. czerwca 1924, że w Województwie lwowskiem donoszenie o skonach z gruźlicy daleko lepiej funkcjonuje, niż w innych Województwach, z wyjątkiem miasta Warszawy, Województwa śląskiego i łódzkiego. Z innych Województw liczby skonów z gruźlicy, ogłaszane w tygodniowych raportach, w Monitorze Polskim, są zupełnie bezwartościowe i mogłyby zagranicą dać powód do błędnych wnioskowań. Zapewne wskutek tych przedstawień Ministerstwo — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia — wypuściła rubrykę gruźlicy w wspomnianych wykazach.

Przekonałem się, że nawet lekarze, i to specjaliści, nie wiedzą o ustawowym obowiązku donoszenia o gruźlicy. Co więcej, lekarze rozpoznanie gruźlicy przeważnie nawet osłaniają tajemnicą ze względów humanitarnych, aby chorego nie przerażać. Takie pojmowanie humanitaryzmu wydaje mi się zacofanem, gdy przecież obecnie już i szersza publiczność wiedzieć powinna, że zakażenia gruźliczego mało kto uniknąć

zdoła, że jest ono niemal powszechnem i że gruźlica jest zazwyczaj chorobą uleczalną, jeśli się ją w okresie wczesnym należycie leczy.

Bez usunięcia tej osłony tajemnicy, którą otacza się gruźlicę, walka z nią będzie wielce utrudnioną.

Tajona bywa gruźlica także z innych względów, mających ważne znaczenie życiowe. Ustawa emerytalna, która dawniej nadawała gruźlicy przywilej doliczenia 10 lat wysługi emerytalnej, obecnie tego przywileju gruźlicy nie uznaje. Tysiące nauczycieli, dotkniętych gruźlicą, musi taić się z tą chorobą, aby nie utracić kawałka chleba dla siebie i dla rodziny. Widziałem przypadki, że władza przełożona tolerowała na stanowisku służbowem nauczycieli gruźliczych, którzy bardzo łatwo mogą przenosić zarazę na dziatwę szkolną. Ustawa emerytalna powinna więc w interesie publicznym być co do gruźlicy złagodzoną, jeśli oszczędność źle pojęta nie ma miażdżyć egzystencji tysięcy pracowników i ich rodzin, lub, jeśli w imię humanitaryzmu i litości nad nauczycielami suchotnikami, nie ma się wystawiać dziatwy szkolnej na hekatombę*).

Zwrócić uwagę należy i na to, że emerytom odjęło rozporządzenie Rady Ministrów prawo do zasiłku na leczenie w uzdrowiskach dla chorych piersiowo. Setki nauczycieli, którzy ze względów zapobiegawczych powinni być spensjonowani we wczesnym okresie gruźlicy płuc, w razie umożliwienia im leczenia sanatorjalnego mogą odzyskać zdrowie i powrócić do służby po pewnym czasie, a przez to zaoszczędzić wydatków z funduszu emerytalnego. Tają gruźlicę też z tego powodu, że uchodzi ona w opinji publicznej za chorobę rodzinną i poniekąd dziedziczną, rzuca więc cień na zdrowotność szczepu rodzinnego i może utrudnić zawiązywanie małżeństw i t. p.

Wreszcie lekceważy się donoszenie o gruźlicy, bo ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych zapowiedziała oddzielną ustawę o gruźlicy, która dotąd nie wyszła, a w art. 11 pozostawiła gruźlicę poza listą tych chorób zakaźnych, przy których władze sanitarne i administracyjne mają prawo wydawania zarządzeń zapobiegawczych.

Wobec tego donoszenie o gruźlicy, według mniemania wielu lekarzy, może mieć tylko znaczenie dla statystyki. Jest to zapatrywanie o tyle błędne, ile że tylko użycie środków przymusowych przy zwalczaniu gruźlicy niema dotąd podstawy prawnej, jednak dla działalności zapobiegawczej otwartą jest droga uświadamiania ludności i zachęcania jej do korzystania dobrowolnego z urządzeń profilaktycznych. W ciągu roku 1924 wydano zarządzenia, które powinny wpłynąć na sumienniejsze spełnianie obowiązku donoszenia, mianowicie w Kasach chorych, w szpitalach i w praktyce prywatnej lekarzy.

* * *

Organizacja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem opierała się w roku 1924, podobnie, jak lat poprzednich, na następujących doświadczeniach i zasadach.

W ostatnich 30 latach okazało się, że społeczeństwo nasze nieda się porwać hasłami walki z gruźlicą do zorganizowanego a trwałego odporu przeciw tej pladze ludowej. Byli żarliwi apostołowie tej walki, jak ś. p. prof. W i c z k o w s k i ś. p. prof. S o k o ł o w s k i, b. Minister dr. J a n i s z e w s k i, lecz zdołali przy najenergiczniejszych wysiłkach stworzyć zaledwie miejscowe posterunki walki z gruźlicą, o ile zaś chodziło o utworzenie sieci organizacyj prowincjonalnych, doznawali zupełnego zawodu, a jeżeli nawet od czasu do czasu powiodło się założyć gdzieś na prowincji takie posterunki, wkrótce marniały one i nie zostawiały nawet śladu swego krótkiego istnienia. Podobne doświadczenie zebrały i usiłowania zbiorowe. Między innemi Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża przez pewien czas okazywało zapał do walki z gruźlicą i instalowało w Małopolsce 11 przychodni przeciwgruźliczych, mianowicie w miastach: Przemyśl, Jarosław, Łańcut, Rzeszów, Tarnów, Nowy Sącz, Zakopane, Kołomyja, Stryj, Drohobycz, Sambor, lecz przychodnie te wkrótce przestały funkcjonować.

Nawet także miejscowe organizacje w centrach walki z gruźlicą tylko wtedy trwałe zapuściły korzenie, jeśli ujęły je w swe ręce samorządy, czego najlepszym przykładem jest miasto Łódź.

Tuż przed wojną światową rząd b. Austrji w walce z gruźlicą stanął na tem stanowisku, że w tej walce uczestniczyć powinny trzy czynniki: państwo, samorząd i społeczeństwo i na tej podstawie osnuł plan organizacji walki z gruźlicą przez tworzenie powiatowych Kół walki z gruźlicą, które miały być poddane kierownictwu i nadzorowi krajowych Komisji przeciwgruźliczych i których przychodnie miały zapewnione zasiłki z funduszów państwowych w wysokości 1/3 rozchodów rocznych, przyczem ustalono, że koszty te nie mają przekraczać kwoty 10.000 K rocznie.

Zarządy Kół powiatowych i krajowych Komisji walki z gruźlicą składały się w części z członków z urzędu a w części z członków wybieralnych. Każde Koło powiatowe rządziło się własnym statutem. Na czele Koła stał Starosta, obok niego lekarz powiatowy, marszałek powiatu, burmistrz miasta powiatowego. Przewodniczącym Komisji krajowej był Namiestnik, zastępcą przewodniczącego krajowy referent sanitarny, jako członkowie z urzędu wchodzili do niej: referent sanitarny Wydziału krajowego, Prezydent miasta i t. d. Wojna zniweczyła zaczątki tej organizacji.

Po odbudowaniu Polski przedłożyłem w roku 1919 Ministerstwu Zdrowia Publicznego plan reorganizacji walki z gruźlicą, przystosowując dawny zarys organizacyjny do nowych warunków. Reskryptem z dnia 17. maja 1919 roku Nr. I/1364/13425/19 upoważniło mię Ministerstwo do tworzenia przychodni powiatowych, udzieliło na ten cel subwencji w kwocie 50.000 K i przyrzekło uczestniczyć w kosztach utrzymania przychodni, które rocznie nie powinny przekraczać na każdą przychodnię kwoty 10.000 K, do wysokości 1/3 wydatków.

Następnie b. Ministerstwo Zdrowia tej normy się już nie trzymało, a po podziale Małopolski na Województwa wspomagało walkę z gruźlicą w Województwie lwowskiem tylko bardzo małemi zasiłkami.

W roku 1923, otrzymało tutejsze Województwo z Ministerstwa zasiłek na przychodnie w kwocie 1 miljona marek, i dla Sanatorjum w Hołosku kwotę 1 miljona marek, podczas, gdy wykazane w tym roku wydatki przychodni wynosiły kwotę przeszło 876 miljonów, a samo Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie wydało w tym roku 3.516 miljonów marek.

Wreszcie w roku 1924 nie otrzymało Województwo lwowskie żadnej subwencji z Ministerstwa na cele walki z gruźlicą.

Natomiast w roku 1924 powiodło się wprowadzić do organizacji walki z gruźlicą nowy czynnik, mianowicie Kasy chorych we Lwowie, w Drohobyczu, w powiecie lwowskim, a w pewnej mierze także Towarzystwo Higjeniczne. W ostatnich trzech latach czynności Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą objął Wydział Zdrowia, gdyż stojący dawniej na czele tej Komisji Prezes Lwowskiego Towarzystwa Walki z gruźlicą oznajmił, że to Towarzystwo nadal zajmować się będzie tylko samem miastem Lwowem.

Zadania Okręgowej, a następnie Wojewódzkiej Komisji zwalczania gruźlicy, są, według regulaminu z roku 1919, akceptowanego przez ówczesnego Ministra Zdrowia Publicznego, następujące:

Komisja jest organem doradczym Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, ma nadto jednoczyć usiłowania różnych Stowarzyszeń i Instytucyj, zajmujących się bezpośrednio lub pośrednio walką z gruźlicą, ma być pomocną radą i czynnem współdziałaniem w organizowaniu w całem Województwie miejscowych Kół walki z gruźlicą, przychodni, sanatorjów ludowych, uzdrowisk, kolonij letnich i półkolonij i t. d., śledzić sposoby walki z gruźlicą w kraju i zagranicą i przystosowywać je do warunków naszego społeczeństwa, przedsiębrać naukowe prace, z powyższemi zadaniami złączone i pro-

*) Osobne przedstawienie w tej sprawie wniosłem do G. D. S. Z., która orzekła, że gruźlicę u nauczycieli w pewnych przypadkach należy podciągnąć pod art. 9. ust. 2. lit. c. i art. 11 i 12 ustawy emerytalnej.

pagować walkę z gruźlicą, jako z klęską narodową i ludową, w najszerszych kołach ludności.

Z normalnego statutu, przyjętego przez wszystkie powiatowe Koła walki z gruźlicą, przytaczam najważniejsze szczegóły.

Cel Koła określa statut następująco:

(§ 2). „Celem Koła jest zwalczanie gruźlicy.

Do osiągnięcia tego celu zmierzać będzie Koło przez:

a) Szerzenie wiadomości o gruźlicy, o sposobach zapobiegania jej i zwalczania.

W tym zamiarze urządzać będzie odczyty, rozpowszechniać broszury, wydane w porozumieniu z Komitetem wykonawczym Wojewódzkiej Komisji zwalczania gruźlicy oraz zbierać statystykę chorych na gruźlicę według jednolitego wzoru.

b) Zakładanie i utrzymywanie Poradni przeciwgruźliczych przy pomocy i zgodnie ze wskazówkami Komitetu wykonawczego Wojewódzkiej Komisji zwalczania gruźlicy.

c) Niesienie pomocy moralnej i o ile możności materjalnej przy budowie i utrzymaniu szpitali dla leczenia otwartej gruźlicy, zakładanych przy szpitalach krajowych i powszechnych względnie przy tworzeniu schronisk, dla tej kategorji chorych, przy zakładaniu sanatorjów dla chorych z początkową gruźlicą, niesienie takiej samej pomocy dla kolonij i półkolonij wakacyjnych, wreszcie wspieranie akcji Kropli Mleka i wogóle wszelkiej akcji, zmierzającej do ochrony dziecka.

d) Zakładanie miejscowych Kół walki z gruźlicą w gminach powiatu oraz wykonywanie nad niemi nadzoru.

e) Jednanie członków i zbieranie funduszów na cele Koła

f) Jednoczenie usiłowań wszystkich, istniejących w powiecie instytucyj dla zwalczania gruźlicy przez ujęcie za ich zgodą kierownictwa akcji przeciwgruźliczej w powiecie i udzielanie interesowanym instytucjom odpowiednich wskazówek".

Wydział Powiatowego Koła walki z gruźlicą składa się z członków z urzędu (bez wyboru) i z sześciu członków, wybieranych przez Walne Zebranie na lat 3.

(§ 6 i 18).

Członkami Wydziału z urzędu są:

a) Kierownik Starostwa, jako przewodniczący Wydziału,

b) prezes Rady powiatowej,

c) burmistrz miasta powiatowego,

d) lekarz powiatowy,

e) dyrektor miejscowego szpitala powszechnego,

f) delegat lekarzy Przychodni przeciwgruźliczych, istniejących w powiecie.

Jedynie taka konstrukcja Wydziału umożliwiła, że Wojewódzki Wydział Zdrowia wprost polecił wszystkim kierownikom Starostw utworzenie Powiatowego Koła walki z gruźlicą i pomimo licznych oporów przeprowadził organizację sieci Powiatowych Kół i Przychodni przeciwgruźliczych, na których dalszy rozwój i prawidłową działalność ma też Wydział Zdrowia wpływ zapewniony.

Wydział Zdrowia mógł też za pośrednictwem Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń i przy poparciu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej wprost polecić Zarządom Powiatowych Kas chorych, aby weszły w porozumienie z Powiatowemi Kołami walki z gruźlicą i korzystały z ich Przychodni za odpowiednią zapłatą za świadczenia dla ubezpieczonych. Akcja ta jest w toku i zapowiada bardzo dodatnie wyniki.

Jeżeliby się czynnik urzędowy usunęło z organizacji walki z gruźlicą, musiałaby ta walka znacznie osłabnąć i cała organizacja przeciwgruźlicza w Województwie poszłaby w rozsypkę.

Powiatowe Koła walki z gruźlicą.

Na 27 powiatów Województwa były powiatowe Koła walki z gruźlicą w 23 powiatach, a nie było ich tylko w 4 powiatach, a mianowicie w powiatach: 1. Krosno, 2. Lwów-powiat, 3. Nisko, 4. Sanok.

Powiatowe Koło w Przemyślu ma się złączyć z Towarzystwem Higjenicznem i mają one wspólnie prowadzić walkę z gruźlicą. Powiatowe Koło w Sokalu odbyło w dniu 30. września 1924 roku roczne Walne Zgromadzenie, na którem było obecnych 128 osób, przeważnie ludności wiejskiej i nauczycieli szkół powszechnych. Lekarz powiatowy wygłosił wykład o istocie gruźlicy i środkach ochronnych.

Przychodnie przeciwgruźlicze.

W roku 1924 zorganizowano nowych 5 przychodni, a mianowicie w miejscowościach: 1. Stary Sambor, 2. Lewandówka, 3. Winniki, 4. Szczerzec, 5. Zniesienie. Przychodnie w Lewandówce, Winnikach, Szczercu i Zniesieniu uruchomiła lwowska Powiatowa Kasa chorych.

Przychodnia w Starym Samborze jest czynna od 16. sierpnia 1924, zaś 4 przychodnie lwowskiej Powiatowej Kasy chorych od 1. października 1924. Przychodnia w Jarosławiu jest czasowo nieczynną z powodu śmierci jej kierownika ś. p. Dra Lubowiedzkiego. Nadto z powodu braku funduszów i poparcia społeczeństwa były nieczynne przychodnie w Lisku, Lubaczowie, Przemyślu, Rawie ruskiej i Rudkach.

Z końcem roku 1924 nie było przychodni w 5 powiatach, a mianowicie w powiatach: 1. Bóbrka, 2. Krosno, 3. Mościska, 4. Nisko, 5 Sanok.

Z końcem roku 1923 nie było przychodni w 7 powiatach.

Z końcem roku 1924 było w Województwie 27 przychodni, zaś z końcem 1923 roku było 22 przychodni, a zatem z końcem roku 1924 było o 5 przychodni więcej, niż w roku 1923.

Należy stwierdzić, że przeważna część przychodni istnieje tylko dzięki ofiarnej działalności lekarzy powiatowych.

Na szczególniejszą wzmiankę zasługuje lekarz powiatowy Dr. Franciszek Chuderski w Samborze. Przychodnia przez niego prowadzona, stale się rozwija, a w wydatkach wykazuje tylko wynagrodzenie wywiadowczyni i służby.

Ruch w Przychodniach.

a) W roku 1924 *liczba przyjęć* w przychodniach, t. j. liczba godzin, w których udzielano porad wynosiła 3.766, z tego w I. półroczu 1.742 zaś w II. półroczu 2.024.

W roku 1923 liczba ta wynosiła 4.515, a zatem w r. 1924 zmniejszyła się o 749 godzin.

b) Liczba *udzielonych porad ogółem* w roku 1924 wynosiła 14.338 z tego przypada na I. półrocze 5.904, zaś na II. półrocze 8.434. W roku 1923 liczba udzielonych porad wogóle wynosiła 11.550, a zatem w roku 1924 było porad o 2.788 więcej, niż w roku 1923.

c) W ogólnej liczbie porad udzielonych mieści się liczba *udzielonych dzieciom niżej 15 lat.* Porad takich w roku 1924 było 1.684 zaś w roku 1923 było 3.004, a zatem w r. 1924 mniej o 1.320. Liczba tych porad maleje od czasu, kiedy zwiniętą została przychodnia przy klinice chorób dziecięcych we Lwowie.

d) Liczba przyjętych nowych chorych w roku 1924 wynosiła 2.727 z tego przypada na I. półrocze 1.308, zaś w II. półroczu 1.419.

W roku 1923 przyjęto nowych chorych 2.639, a zatem w roku 1924 było o 88 nowych chorych więcej, niż w roku 1923.

e) W roku 1924 przyjęto *dawnych chorych* 5.293, z tego przypada na I. półrocze 2·905, zaś na II. półrocze 2.388.

W roku 1923 przyjęto dawnych chorych 5.904, a zatem w roku 1924 przyjęto o 611 mniej, niż w roku 1923. Wogóle w roku 1924 przyjęto 8.020 chorych, zaś w roku 1923 — 8.545 chorych, czyli w roku 1924 o 525 mniej, niż w roku 1923.

Na 8.020 chorych, przyjętych w roku 1924 udzielono 14.338 porad, podczas gdy na 8.545 chorych w roku 1923 udzielono porad 11.545, a zatem w roku 1924 mniejszej liczbie przyjętych chorych udzielono więcej porad, niż to miało miejsce w roku 1923, a mianowicie w roku 1924 wy-

padało 1,7 porady, a w roku 1923 — 1,4 porady na 1-go chorego, a zatem w roku 1924 o 0,3 porady więcej, niż w roku 1923.

f) Liczba prób tuberkulinowych w roku 1924 wynosiła 413, zaś w roku 1923 — 584, a zatem w roku 1924 o 171 mniej, niż w roku 1923. Najwięcej takich prób tuberkulinowych dokonano w przychodni w Samborze.

g) Badań plwocin dokonano w roku 1924 — 1.525, zaś w roku 1923 takich badań dokonano 1.822, a zatem w roku 1924 o 297 mniej niż w roku 1923.

Najwięcej takich badań dokonano również w przychodni w Samborze.

h) Badań moczu dokonano w roku 1924 — 1.364. Najwięcej takich badań dokonano w przychodni w Samborze.

Do szpitala w roku 1924 skierowano 283 chorych, zaś w roku 1923 — 225 chorych, a zatem w roku 1924 o 58 więcej, niż w roku 1923.

Do uzdrowisk w roku 1924 skierowano 458 chorych, zaś w roku 1923 — 435, a zatem w roku 1924 o 23 więcej, niż w roku 1923.

i) W roku 1924 było odwiedzin chorych przez wywiadowczynie 4.771, zaś w roku 1923 było takich odwiedzin 6.167, a zatem w roku 1924 o 1.396 mniej, niż w r. 1923.

Najwięcej odwiedzin wykazuje przychodnia w Samborze. Wogóle tylko 2 przychodnie wykazują w sprawozdaniach odwiedziny chorych przez wywiadowczynie, a mianowicie przychodnia we Lwowie i Samborze, chociaż obok tych przychodni i przychodnie w Borysławiu, Drohobyczu, Gródku Jagiellońskim i Jaworowie mają wywiadowczynie.

Wydatki w Przychodniach.

Ogólne wydatki przychodni w roku 1924 wynosiły 9.538 Zł a mianowicie w I. półroczu 3.142, a w II. półroczu 6.396 Zł.

Wydatki w II. półroczu wzrosły podwójnie w porównaniu do wydatków I. półrocza.

W roku 1923 wydatki ogólne przychodni wynosiły 487 Zł a zatem w roku 1924 o 9.051 więcej, niż w roku 1923, czyli, że wydatki w roku 1924 w porównaniu do 1923 roku wzrosły o 18,5 razy.

Największą rubrykę wydatków wykazuje przychodnia Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie. Przychodnie w Borysławiu, Drohobyczu, Lewandówce, Szczercu, Winnikach i Zniesieniu są utrzymywane przez Powiatowe Kasy chorych. Inne przychodnie wykazują bardzo małe wydatki, są one umieszczone przeważnie w pokojach ordynacyjnych lekarzy powiatowych, którzy sami z własnych funduszów pokrywają wydatki przychodni.

W roku 1924 tylko lekarze przychodni we Lwowie pobierali wynagrodzenie za swoje czynności.

Na opłatę wywiadowczyń wydano w r. 1924 1.425 Zł, zaś w roku 1923 wydano 102 Zł, a zatem w roku 1924 wydano 14 razy tyle, co w roku 1923.

Subwencje rządowe.

W roku 1924 nie udzielono przychodniom *żadnej subwencji*.

Sumaryczny wykaz ruchu w przychodniach przeciwgruźliczych podaje następująca tablica:

Rok	Liczba przyjęć w przychodni	Liczba udzielonych porad: ogółem	Liczba udzielonych porad: dzieciom do lat 15	Liczba przyjętych nowych chorych	Liczba przyjętych dawnych chorych	Liczba prób tuberkulinowych +	Liczba prób tuberkulinowych −	Liczba badań plwocin +	Liczba badań plwocin −	Liczba badań moczu	Liczba chorych skierowanych do szpitali	Liczba chorych skierowanych do uzdrowisk	Wydatki przychodni: zapomogi w gotówce na lekarstwa	Wydatki przychodni: lokal, światło i opał	Wydatki przychodni: pensje lekarza	Wydatki przychodni: pensje wywiadowczyni	Wydatki przychodni: pensje służby	Wydatki przychodni: różne	Wydatki przychodni: ogółem	Liczba odwiedzin wywiadowczyni
Rok 1924: I. półrocze	1742	5904	956	1308	2905	120	222	210	571	723	110	228	9	549	483	489	549	975	3142	2893
Rok 1924: II. półrocze	2024	8434	728	1419	2388	63	8	118	626	641	173	230	623	867	2158	936	976	628	6396	1878
Razem rok 1924	3766	14338	1684	2727	5293	183	230	328	1197	1364	283	458	632	1416	2641	1425	1525	1603	9538	4771
Rok 1923	4515	11550	3004	2639	5904	288	296	498	1324	1880	225	435	74	59	41	102	14	185	487	6167

Ruch gruźliczo-chorych w szpitalach powszechnych i sanatorjum w Hołosku w roku 1924.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia reskryptem z dnia 12. października 1922, Nr. Hsp. 31827/1704/22 zarządziło, że sanatorja dla gruźliczo-chorych mają przedkładać sprawozdania miesięczne według ustalonych wzorów, zaś reskryptem z dnia 20. lutego 1924, Nr. 445 rozszerzyło ten przepis i na szpitale powszechne.

W Województwie lwowskiem jest 13 szpitali powszechnych i jedno sanatorjum dla gruźliczo-chorych w Hołosku.

Na podstawie sprawozdań miesięcznych zestawiam poniżej wykaz ruchu chorych gruźliczych w szpitalach w roku 1924.

W kwestjonarjuszu według ustalonego wzoru gruźlica płuc jest podzielona na 3 okresy:

1. gruźlica początkowa,
2. „ rozwinięta,
3. „ rozpadowa.

Odnośnie do każdego okresu są rubryki:

1. przybyło,
2. ubyło,
3. umarło.

Rubryka »ubyło« mieści w sobie wszystkich chorych, którzy w sprawozdawczym terminie opuścili szpital. Niema osobnej rubryki, któraby wykazywała liczbę wyzdrowiałych. Według tych sprawozdań miesięcznych ruch chorych na gruźlicę płuc w r. 1924 w szpitalach powszechnych i w sanatorjum przedstawiał się, jak następuje:

W 13 szpitalach powszechnych w roku 1924 przyjęto 776 chorych na gruźlicę płuc. Najwięcej takich chorych przyjęto w szpitalu we Lwowie (234), Przemyślu (112) i w Drohobyczu (102).

Do tych trzech szpitali przyjęto więcej niż połowę wszystkich chorych na gruźlicę płuc umieszczonych w 13 szpitalach.

Najmniejszą liczbę przyjętych chorych wykazują szpitale: w Krośnie (9), Żółkwi (13) i Tarnobrzegu (16).

Na 776 przyjętych chorych na gruźlicę płuc wykazano 287 chorych na gruźlicę płuc początkową, a zatem więcej niż 1/3 część ogółem przyjętych chorych byli chorzy na gruźlicę płuc początkową.

Najwięcej takich chorych przyjęto w szpitalu we Lwowie (75), Drohobyczu (71) i Przemyślu (37), zaś najmniej w Tarnobrzegu (3), Krośnie (3), Bóbrce (5), Sokalu (5).

Chorych z gruźlicą płuc otwartą w roku 1924 przyjęto 294, a zatem o 7 więcej niż przyjęto chorych z gruźlicą płuc początkową.

Najwięcej takich chorych przyjęto we Lwowie (95), Przemyślu (56), Samborze (32), Sokalu (20), zaś najmniej w Krośnie (3), Drohobyczu (7).

W roku 1924 przyjęto chorych z gruźlicą płuc rozpadową 195, a zatem o 95 mniej, niż z gruźlicą początkową i o 99 mniej, niż z gruźlicą rozwiniętą.

Najwięcej takich chorych przyjęto w szpitalu we Lwowie (64), Drohobyczu (24), Przemyślu (19), zaś najmniej w Żółkwi (2), Krośnie i Tarnobrzegu po 3 chorych.

Na 776 przyjętych chorych w roku 1924 wykazano 110 czyli 14,16% przypadków śmierci.

Na początkową gruźlicę płuc umarło 2 z pośród 776 chorych, czyli 0,69%, na rozwiniętą gruźlicę zmarło z pośród 294 chorych 24, czyli 8,1%, podczas gdy na gruźlicę rozpadową umarło 84 z pośród 195 chorych, czyli 43%.

Najwięcej przypadków śmierci na gruźlicę rozpadową było we Lwowie (21), Przemyślu (15), Drohobyczu (14), zaś nie było przypadku śmierci w Żółkwi.

Na gruźlicę początkową wykazano 2 przypadki śmierci oba w Drohobyczu.

Na gruźlicę rozwiniętą wykazano 24 przypadków śmierci, najwięcej w Przemyślu (8), Drohobyczu (4), Sokalu (3). Żadnego przypadku śmierci nie wykazał szpital we Lwowie, Bóbrce, Krośnie, Lubaczowie, Sanoku i Żółkwi.

Do sanatorjum w Hołosku przyjmuje się wyłącznie chorych z gruźlicą płuc początkową.

W roku 1924 przyjęto takich chorych 114, nie było żadnych przypadków śmierci.

W ciągu roku opuściło sanatorjum 97 chorych, tak, że z dniem 1. stycznia 1925 roku pozostało 17 chorych.

Dr. Olgierd SOKOŁOWSKI. Zakopane.

Zorganizowane placówki dla walki z gruźlicą w Zakopanem.

Zadaniem tego szkicu jest rzut oka na placówki zorganizowane dla walki z gruźlicą w Zakopanem.

Przekrój Zakopanego ostatniej doby wykazuje, że przeważna część łóżek przypada na instytucje o charakterze samopomocy, szeroko pojętej (związki zawodowe, kasy chorych, ucząca się młodzież): bo i szpital klimatyczny rezerwuje część łóżek dla funkcjonarjuszów kolejowych (funkcjonarjusze ci nie mają swego sanatorjum, ale — o ile mi wiadomo — praca zorganizowania go jest w toku).

Ilość placówek dla chorych »prywatnych« jest bardzo niewielka, gdyż **Sanatorjum im. Dłuskich**, mające swą świetną kartę, nie funkcjonuje od szeregu miesięcy. Sanatorjum to, zbudowane przez, dra Kazimierza Dłuskiego, stało się, dzięki jego energji i wybitnym zaletom organizacyjno-fachowym, powszechnie znanem jako wzorowe i dające bezsprzeczną gwarancję najpomyślniejszych wyników leczenia. Otwarte w r. 1902, jako »Stowarzyszenie z ogr. odp.,« zostało sprzedane w r. 1921, co wpłynęło niekorzystnie na frekwencję i doprowadziło do zamknięcia Zakładu w r. 1924. Sanatorjum to, mieszczące 110 chorych, zbudowane jest wedle najlepszych wzorów szwajcarskich, posiada własny aparat Roentgena, pracownię, lampy kwarcowe i t. d. Ruch chorych wynosił od 300—450 nowych chorych rocznie (por. Sprawozdania za wszystkie lata do 1920 r. włącznie).

Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża, zakupione przez Gal. Czerwony Krzyż w r. 1915, służyło dla celów wojskowych; w r. 1918 przeszło na własność Polskiego Czerwonego Krzyża, a w r. 1921 pod Zarząd Główny Czerwonego Krzyża. Posiada *120 pokoi* (*57* dla wojskowych i *63* dla cywilnych). Oddział wojskowy mieści *100 łóżek* (*75* dla oficerów i ich rodzin i *25* dla szeregowców), oddział cywilny ma *80 łóżek*. Przyjmuje się tylko nieprątkujących. Zakład posiada aparat Roentgena, laboratorjum i lampy kwarcowe. (Szczegóły w sprawozdaniu Dyrekcji w tymże numerze).

Szpital klimatyczny (65 łóżek) posiada oddział gruźliczy na 36 łóżek, dla chorych wszelkiej kategorji. Urządzony jest po sanatoryjnemu, ma szereg werand i teras, bardzo dobrze urządzoną salę operacyjną, gdzie prócz innych chirurgicznych operacyj, dyrektor szpitala dr. Nowotny stosuje u płucnych chorych thorako-plastykę i phrenikotomję. Szpital otwarty w sierpniu 1923 r. począł funkcjonować w bardzo ciężkich warunkach materjalnych. Jest stale przepełniony; w r. 1924 leczono 254 chorych płucnych.

Sanatorjum Dra Hawranka, dla chorych wszelkiej kategorji, posiada 20 miejsc, jest właściwie pensjonatem urządzonym po sanatoryjnemu, niema stałego lekarza (chorzy korzystają z opieki lekarzy praktykujących w Zakopanem). Ma wykwalifikowaną pielęgniarkę.

Na tem zamyka się lista Zakładów dla chorych »prywatnych«.

Sanatorjum dla uczącej się młodzieży »Bratnia Pomoc« zostało otwarte w r. 1900, początkowo w małej wynajętej willi, w ciągu kilku lat zakupiło na własność i rozbudowało realność na Gubałówce; posiada około 40 miejsc. Pojemność zakładu bywa powiększana przez donajęcie sąsiednich domków góralskich. »Bratnia Pomoc« powstała dzięki energji i inicjatywie prywatnej i związana jest z nazwiskami Dra E. Brzezińskiego, Dro-wstwa Dłuskich, Dra J. Żychowskiego i inn. (Szczegóły w Jubileuszowem sprawozdaniu za pierwsze 10-ciolecie 1900—1910). W r. 1914 Bratniak został zamknięty i przekształcony na szpital dla Legjonistów. Reaktywowany w maju 1916 r. jest czynny do obecnej chwili (z przerwą od lipca do września 1924). Przyjmuje się prątkujących i nieprątkujących.

Dom Zdrowia dla młodzieży katolickiej »Odrodzenie« został otwarty dzięki energji i poświęceniu p. Klary Jelskiej 1 grudnia 1913 r. najpierw dla mężczyzn tylko, a od jesieni 1915 i dla kobiet. Ma 54 miejsc (dla prątkujących i nieprątkujących); liczba leczonych od początku istnienia zakładu wynosi 1059. Zakład posiada Roentgena, laboratorjum, lampy kwarcowe; posiada kilka filij: Okszą (45 miejsc dla chłopców dla t. zw. profilaktyków); dwie mniejsze wille po kilkanaście łóżek dla lekko chorych dziewcząt uczących się.

We wszystkich dotąd wymienionych zakładach stosuje się odmę sztuczną na szeroką skalę.

Związek Polskiego nauczycielstwa szkół powszechnych nabył w r. 1922 willę murowaną na 33 miejsc dla nieprątku-

jących. Fundusze złożyli członkowie organizacji, opodatkowując się dobrowolnie. Związek buduje obecnie od r. 1924 wielkie Sanatorjum o urządzeniach nowoczesnych na stokach Gubałówki dla 160 chorych. Dzięki ściąganiu 1% z poborów członków organizacji zapewniono sobie stały dopływ funduszów i nowy gmach stanął pod dachem w ciągu 6 miesięcy.

Sanatorjum dla dzieci »Nosal«, założone w r. 1917 przez K. B. K. przeszło w 1919 na własność Uniw. Jagiell. Mieści 100 dzieci z gruźlicą zamkniętą i chirurg. Pacjenci rekrutują się z Kas Chorych, szeregu miast i Komitetów Opieki nad dziećmi. Zakład posiada szkołę, gdzie pracują 2 nauczycielki. W budowie jest duży murowany gmach na 200 miejsc (szczegóły por. w sprawozdaniu dyrektora Zakładu Dra Dadaja w tymże numerze Gaz. Lek.).

Kasa chorych miasta Łodzi umieszcza chorych w willi »Marja« od 11 miesięcy. Ma miejsc 50 dla gruźlicy zamkniętej. Dotąd leczono 412 chorych.

Związek Kas Chorych wojew. łódzkiego wysyła chorych swoich do »Łubienia« Nr. 1 i 2 od czterech miesięcy. Miejsc ma 42. Ruch chorych: 105 osób przez cztery miesiące. Łódzka Kasa chorych posiada fundusz na kupno gotowego objektu lub wybudowanie gmachu na stu kilkudziesięciu chorych.

Dom Zdowia warsz. **Kasy Chorych** mieści się w »Gencjanie i »Krakusie«. Od 1 maja b. r. posiada 34 miejsc. Przyjmuje również prątkujących. Warszawska Kasa chorych posiada fundusz i ma zamiar zbudować Sanatorjum na 100 łóżek. »Katowicka Kasa Chorych« umieszcza chorych w »Kasztelance«.

Szereg instytucyj posiada własne domy wypoczynkowe: Dom wypoczynkowy Banku Gosp. Kraj. — Leśniakówka; Policji Państw. Górn. Śląska »Ślązaczka« oraz część miejsc w »Warszawiance« (własność Towarz. Ubezp. funkcjonarjuszów prywatnych).

Jako ważną placówkę dla walki z gruźlicą należy wymienić »**Poradnię Czerwonego Krzyża**« dla chorych płucnych, gdzie udziela około 2.000 porad rocznie trzy razy tygodniowo lekarz ordynujący. Przychodzień korzysta z pomocy specjalistów i instytutów roentgenologicznych miejscowych. Przychodnia czerpie fundusze z dobrowolnych składek; udziela pomocy materjalnej chorym najbiedniejszym.

Wspomnieć należy również o Zakładzie roentgenologicznym prywatnym, posiadającym pracownię mikroskopową i chemiczną.

Z zestawienia powyższego widzimy, że ilość miejsc dla chorych na gruźlicę jest w Zakopanem znikomo mała. Objawem pocieszającym jest żywa akcja różnych grup społecznych w kierunku stworzenia większych placówek sanatoryjnych.

Doc. Dr. T. JANISZEWSKI. Kraków.

Koło krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą.

(1909—1924).

W r. 1909 ukonstytuowało się z inicjatywy Dra Tomasza Janiszewskiego Koło krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą. Do Zarządu Koła weszli: Prof. dr. Ciechanowski, dr. Janiszewski, prof. dr. Jakubowski, prof. dr. Jaworski, prof. dr. Kostanecki i hr. Wodzicki; tego ostatniego wybrano Prezesem Koła, a dr. Janiszewskiego i prof. Jaworskiego wice-prezesami.

Koło krakowskie Twa walki z gruźlicą, zaraz po ukonstytuowaniu się, zabrało się do pracy i położyło główny nacisk na zapobieganie gruźlicy, przedewszystkiem u dzieci, przez **uodpornienie organizmu dziecięcego przeciwko działaniu prątka gruźliczego**. Trzymając się tej wytycznej postanowiło Two zająć się dziećmi, wolnemi jeszcze wprawdzie od gruźlicy, ale wątłemi, żyjącemi w najgorszych warunkach higjenicznych, źle odżywianemi, często mającemi chorych rodziców, jednem słowem dziećmi, które, gdyby o nich nie pomyślano, stałyby się niechybnie ofiarami gruźlicy.

Ponieważ starania o wyszukanie miejsca na wysyłanie tych dzieci do najbliższej lesistej okolicy (Grodkowice) spełzły na niczem, postarało się Two w roku 1909, w Prezydjum miasta Krakowa, o oddanie dla dzieci parku Dr. Jordana wraz z jego urządzeniami i rozpoczęło akcję wysyłania dzieci do tegoż parku. Zorganizowano t. zw. »półkolonje*)«. Dzieci przed przyjęciem badano, aby z całą pewnością wykluczyć gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia. W pierwszym roku wysłano 43 dzieci do parku dr. Jordana. Dzieci te przebywały tam, pod opieką wyszkolonej ochroniarki, od godziny 8 rano do 5 popołudniu i dostawały śniadanie, obiad i kolację.

Działalność Towarzystwa w tym kierunku wzmagała się z roku na rok, tak: w 1910 r. wysyłano do półkolonji — 60 dzieci; w 1911 — 80; w 1912 — 100; w 1913 — 120; w 1914 — 152. W r. 1915 Towarzystwo zmuszone było przerwać tę czynność, z powodu zalewu parku dr. Jordana przez powódź i zajęcia budynku przez wojsko. Podjęto ją znowu w r. 1916 i wysyłano już 300 dzieci, przez miesiące letnie t. j. od 1 maja do 30 września, a nadto w tymże roku utrzymywało Towarzystwo przez dalsze miesiące t. j. od 1. października 1916 r. do maja 1917 r. we własnym domu przy ulicy Kopernika (róg Radziwiłłowskiej) 50 najbiedniejszych dzieci, które dostawały jedzenie podobnie, jak w półkolonjach.

W r. 1917 działalność Towarzystwa znacznie się wzmogła. Niedomagania aprowizacyjne i ogólna nędza przemawiały za koniecznością rozszerzenia akcji. Towarzystwo nie poprzestało (1917) na wysyłaniu dzieci jedynie do parku dr. Jordana, lecz po porozumieniu się z Komitetami parafjalnymi, ze Związkiem Niewiast katolickich, z Organizacją Polskiej Partji Socjalistycznej i innemi Stowarzyszeniami, zorganizowało półkolonje w różnych okolicach miasta, jako to: w parku Krakowskim, parku po Lasockich w Dębnikach, parku po wystawie architektonicznej w t. zw. »Oleandrach«, parku Podgórskim i na Krzemionkach w Podgórzu. W roku tym uczęszczało do półkolonji **2169** dzieci. Dzieci te przychodziły codziennie, z wyjątkiem niedziel i świąt, pieszo do najbliższego dla nich parku, lub też przyjeżdżały tramwajem bezpłatnie, dzięki uprzejmości Dyrektora tramwaju p. Fischera. Przebywały na powietrzu do godziny $5^1/_2$ popołudniu, pod opieką ochroniarek, względnie ochroniarzy. Na jedną ochroniarkę przypadało przeciętnie po 40 dzieci. W każdej półkolonji jedna z ochroniarek była kierowniczką, a prócz tego dla wszystkich półkolonji wyznaczono inspektorki, które obchodziły wszystkie półkolonje i składały sprawozdania Zarządowi Towarzystwa.

Nadto korzystając z tego, że w r. 1917 zakłady sanitarne miejskie na Prądniku Białym zostały wykończone, ale jeszcze nie oddane do użytku chorych, utworzyło Towarzystwo w tych zakładach kolonję na 400 dzieci. W kolonji tej miały dzieci mieszkanie, całe utrzymanie i opiekę. W r. 1917 utrzymanie jednego dziecka w półkolonjach i kolonji kosztowało dziennie 63 halerzy. W r. 1918 wysyłało Towarzystwo **2150** dzieci do półkolonij z tą zmianą, że utworzono półkolonję w Olszy, a zniesiono w »Oleandrach«, jako miejscu mniej odpowiedniem na ten cel. W roku tym utrzymanie jednego dziecka kosztowało dziennie 3 kor. 30 hal.

Pożywienie dowożono dzieciom do wszystkich półkolonij z kuchen obywatelskich miejskich. Wydatki na półkolonje pokrywano z wpisowego po 1—2 kor. od dziecka, opłaty miesięcznej od 2—8 kor., z subwencji gminy miasta Krakowa, względnie z zapomogi rządowej dla niezamożnej ludności, resztę zaś niedoboru pokrywało Towarzystwo z własnych funduszów.

W roku 1919 po powołaniu doc. dr. Tomasza Janiszewskiego, wiceprezesa Twa, do Warszawy na Ministra Zdrowia Publicznego, Towarzystwo walki z gruźlicą pozostawiło sobie jedynie administrację i dozór nad półkolonjami, resztę zaś agend przejęła gmina, która na ten cel otrzymała z Ministerstwa Zdrowia Publicznego 400.000 koron.

W roku tym uczęszczało do półkolonij przeszło **1800** dzieci, które jednakże musiały chodzić do miasta na jedzenie, do kuchen obywatelskich, lub do najbliższych ochronek, tylko do największej półkolonji w parku dr. Jordana dowożono

*) Dr. Janiszewski Tomasz: »Koło krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą«. Kraków 1909. Nakładem autora. Czcionkami drukarni Związkowej

obiady na miejsce i to dzięki uprzejmości gen. Hallera, który udzielił na ten cel wojskowego automobilu ciężarowego. Chodzenie dzieci na każde jedzenie do miasta miało tę złą stronę, że traciły one dużo czasu i męczyły się, idąc podczas upału ulicami pełnemi kurzu. Szczególniej uciążliwe było takie chodzenie dla małych dzieci

W r. 1920 Gmina przejęła całkowicie prowadzenie półkolonij, oddając całą akcję utworzonemu przy Magistracie specjalnemu Wydziałowi Opieki Społecznej. Wydział ten otrzymał od Rządu subwencję na półkolonje, podporządkował sobie inne Towarzystwa o podobnych celach, wobec czego Towarzystwo nasze zmuszone było odstąpić formalnie cały ten gotowy aparat, wypróbowany przez tyle lat, oparty już na pewnych podstawach, tembardziej, że już w poprzednim roku Gmina faktycznie ujęła te sprawy w swoje ręce. Towarzystwo zastrzegło sobie tylko kilkaset miejsc w półkolonjach dla dzieci, których umieszczenie w półkolonjach uzna za konieczne poradnia przeciwgruźlicza, prowadzona przez nasze Towarzystwo.

Wyniki pod względem wyglądu dzieci, przyrostu na wadze i poprawy zdrowia były co roku bardzo pomyślne. Tanim względnie kosztem zmniejszało Towarzystwo materjał, z którego gruźlica najwięcej czerpała ofiar, zwłaszcza w czasach wojennych. Nadto półkolonje miały też znaczenie wychowawcze, tam bowiem dzieci zajmowały się czytaniem, śpiewem, pogadankami, gimnastyką i t. d. Ochroniarkami, wzgl. ochroniarzami, były siły nauczycielskie, lub kandydaci na nauczycieli.

Gmina jednak w 1923 r. zupełnie zaniechała dalszego prowadzenia półkolonij.

Drugą działalnością Towarzystwa było urządzenie i prowadzenie t. zw. »tanich ogródków«. Celem tej akcji było wydzierżawienie niezamożnym rodzinom, szczególniej mającym dużo dzieci, małych parcelek gruntu, po 150—200 m^3 obszaru pod uprawę jarzyn.

Praca, lub przebywanie po pracy na świeżem powietrzu, po dusznej atmosferze złych, niehigjenicznych, przepełnionych mieszkań jest odpoczynkiem, pokrzepieniem i błogosławieństwem. Dzierżawca, otrzymawszy kawałek ziemi nietylko sam zajmie się pracą, ale zaprzęgnie do niej swoje dzieci, a nie potrzeba dodawać, jak taka praca dzieci na świeżem powietrzu wzmocni ich organizm, jak je zahartuje i uodporni. Robotnik, mając poza swoją pracą zawodową inny jeszcze cel, da się w ten sposób łatwiej odciągnąć od szynku, a z takiego kawałka ziemi można, przy racjonalnej uprawie, mieć dostateczną ilość jarzyn dla lepszego wyżywienia rodziny. W końcu obcując z przyrodą, uczymy się odczuwać piękno, rodzi się potrzeba wrażeń estetycznych i uczymy się szlachetniej i głębiej myśleć.

Mając to na względzie Towarzystwo walki z gruźlicą, »Sekcja tanich ogródków« wydzierżawiła od Gminy miasta Krakowa grunta w trzech częściach miasta: na Grzegórzkach, w Dębnikach i na Zwierzyńcu, obok szkoły. Grunta te znajdowały się w pobliżu mieszkań, co ułatwiało rodzinom korzystanie z każdej wolnej chwili by pracować w ogródku. Grunt ten został zorany, zbronowany i podzielony na małe parcelki po 200 m^2. Parcelek takich utworzono w r. 1911—127. Każda rodzina obarczona dziećmi, mieszkająca nieodpowiednio mogła wydzierżawić jedną taką parcelkę pod warunkiem, że ją będzie sama uprawiała i, że produkty otrzymane z niej będzie obracała na własne potrzeby. Każdego dzierżawcę pouczono o sposobie uprawy; urządzono na ten temat pogadanki, dostarczono broszurek i ułatwiono nabywanie nasion. Za parcelkę taką płacił dzierżawca 1 kor. rocznie, tytułem czynszu, a od r. 1915 — 2 kor. od parcelki 200 m^2.

Po wybuchu wojny Sekcja tanich ogródków Towarzystwa gruźliczego, wiedząc o tem, że uprawa parcelek jest nie tylko środkiem podtrzymującym zdrowie, lecz zarazem winna zdążać do uzyskania jak największej ilości produktów spożywczych i w ten sposób zapobiec głodowi zaglądającemu do niejednej rodziny, zwróciła się w roku 1915 do Prezydjum miasta o wydzierżawienie wszystkich rozporządzalnych wtedy gruntów pod uprawę i urządziła wtedy 780 tanich ogródków, zaś w r. 1916 zwiększyła się ta ilość do 830; w 1917 roku uzyskało Towarzystwo od Gminy, aż 150 nowych parcelek na Błoniach, gruntach pofortecznych i w innych dzielnicach miasta.

Obszar wszystkich ogródków razem wynosił w 1918 roku około 84 morgi. Cały ten obszar Two swojem staraniem zorało i podzieliło na parcele 200-metr.

Kiedy Gmina w r. 1919 podwyższyła czynsz od każdej parcelki do 14 kor. rocznie, Towarzystwo, z powodu braku tak znacznych funduszów, nie mogło przyjąć tego warunku i zmuszone było zrezygnować z dalszej dzierżawy. Gmina sama zajęła się wydzierżawianiem tych parcelek i wydzierżawia je dotychczas, ale już na warunkach zupełnie innych, czysto kupieckich. Gmina zmieniła zupełnie charakter tej akcji i prowadzi ją w kierunku, nie mającym nic wspólnego z celem nakreślonym przez nasze Towarzystwo.

Sekcja tanich ogródków Towarzystwa walki z gruźlicą przyzwyczaiła ludność do pracy w ogródkach i dowiodła, że była instytucją nader pożyteczną dla społeczeństwa, raz dlatego, że wyprowadzając rodziny, zwłaszcza dzieci, na świeże powietrze i naginając je do pracy rolnej, przysparzała im znacznego zasobu zdrowia, powtóre dlatego, że wielu biedaków, walczących, szczególniej w czasach wojennych, z nędzą, zawdzięczało tanim ogródkom lepsze odżywianie się i łatwiejsze znoszenie niedostatku.

W r. 1918 podczas największego rozwoju instytucji »tanich ogródków«, pracowało, lub przebywało w ogródkach, około 10.000 osób.

Z inicjatywy Towarzystwa gruźliczego, utworzyła Gmina m. Krakowa w roku 1918 Sanatorjum gruźlicze w Zakładach sanitarnych miejskich na Prądniku Białym, na 82 łóżka, dla chorych inwalidów wojennych z otwartą formą gruźlicy, ale jeszcze posiadających zdolność do pracy. Sanatorjum to zostało po rocznem istnieniu zwinięte dnia 12 marca 1919 r.

Wreszcie Towarzystwo wybudowało na gruncie ofiarowanym przez gminę, przy ul. Kopernika l. 20, róg ul. Radziwiłłowskiej dom dla poradni przeciwgruźliczej. Dom ten zaraz po wybuchu wojny oddano na szpital dla legjonistów. Później po przeprowadzeniu adaptacji uruchomiono w tym domu, przy współudziale finansowym Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, poradnię przeciwgruźliczą w dniu 1 września 1920 roku.

Po zlikwidowaniu Amer. Czerwonego Krzyża, współudział w prowadzeniu tej poradni objął Pol. Amer. Komitet Pomocy dzieciom, który z dniem 1 kwietnia 1924 r. odmówił jednak wszelkiej dalszej pomocy tejże poradni tak, że obecnie Koło krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą, prowadzi ją własnemi funduszami, otrzymywanemi z dzierżawy kina i czynszu za wynajęcie I. p. w tymże domu, oraz przy pomocy subwencji Gminy m. Krakowa.

Lekarzem tejże poradni jest dr. Stanisław Zamorski, lekarz okręgowy miejski, a opiekunką Helena Tekölly.

Zadaniem naszej poradni jest:

1) Wyszukiwanie przypadków gruźlicy. Rozpoznanie wczesnych form choroby. Podawanie adresów tych chorych do wiadomości M. U. Zdrowia.

2) Obserwacja i stała opieka lekarska nad tymi chorymi i ich rodzinami.

3) Ochrona zdrowych, szczególniej dzieci, przed masowemi i częstemi zakażeniami. Przez izolowanie chorych gruźliczych w domu pod kontrolą wyszkolonych opiekunek, lub przez przeniesienie chorego do sanatorjum lub szpitala.

4) Badanie systematyczne członków rodziny chorego i śledzenie wczesnych okresów zakażenia u tych badanych.

5) Leczenie swoiste zakażonych, żeby nie dopuścić do rozwinięcia się choroby i leczenie chorych.

6) Segregowanie chorych do szpitala lub sanatorjum.

7) Pośrednictwo w celu otoczenia chorego i jego rodziny opieką społeczną, przez instytucje społeczne i dobroczynne.

8) Badanie systematyczne kontaktów przez opiekunki pod kierownictwem lekarza.

9) Badanie warunków bytu chorego (zarobki, mieszkanie, odżywienie, ubranie) przez odpowiednio wyszkoloną opiekunki.

Sprawozdanie liczbowe z działalności poradni przeciwgruźliczej.

Rok	Ogólna ilość zgłaszających się do poradni	Ilość chorych pierwszy raz zgłaszających się	Ogólna ilość dzieci do lat 14 zgłaszających się	Ilość dzieci pierwszy raz badanych zgłaszających się	Ilość porcji żywności	Ilość mleka kondensowanego w litrach	Mleka świeżego w litrach	Wydano odzieży sztuk
1920*)	2215	319	114	75				
1921	1508	805	615	508	600	600		
1922	1443	450	543	412	2020	3805	9000	1181
1923	998	343	758	239		2060	2250	300
1924	795	360	385	188		1050		

*) Od 1 września 1920 r.

Ogółem ilość chorych gruźliczych w mieście będących, do kwietnia 1924 r. w ewidencji poradni wynosi 2152 osób.

10) Utrzymanie ścisłej łączności z komitetem opieki nad niemowlętami i matkami ciężarnemi VI-tej dzielnicy.

11) Propaganda.

Dzięki zabiegom Zarządu Towarzystwa, Gmina m. Krakowa reaktywowała w grudniu 1924 r. sanatorjum gruźlicze na Prądniku Białym.

Lesław WĘGRZYNOWSKI. Lwów.

Z działalności Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą.

Lwowskie Towarzystwo walki z gruźlicą, założone z inicjatywy Prof. Antoniego Gluzińskiego, a kierowane następnie przez ś. p. Prof. Wiczkowskiego, rozwijało przed wojną bardzo intenzywną i owocną działalność. Dzięki wyżej wymienionym i pracy Drów Czerneckiego W., ś. p. Tomaszewskiego Z., Selcera M. i prym. Ziembickiego W., stworzono nietylko Przychodnię, ale także Sanatorjum ludowe w Hołosku wielkiem pod Lwowem, zainicjowano ruch na prowincji, tak że wybuch wojny znalazł Two w pełnym rozkwicie. Długoletnia wojna, walki lwowskie, upadek ekonomiczny kraju, oderwanie ludzi od warsztatów pracy, zniszczyły całą organizaję. W początkach 1921 roku zastajemy Przychodnię prawie nieczynną, mieszczącą się na II-giem piętrze w zniszczonej kamienicy miejskiej, sanatorjum w rękach wojska, ze zrujnowanemi budynkami, i zupełnym prawie brakiem inwentarza; funduszów Two nie posiadało żadnych. Na istniejących fundamentach trzeba było na nowo wznosić gmach, a jak rozwinęło się Two, jako dowód niech służą następujące cyfry:

Z końcem 1920 r. byli zajęci w Twie: lekarz, S. Miłosierdzia, i służąca, dziś pracuje w Towarzystwie 10-ciu lekarzy, trzech medyków, 1 S. Miłosierdzia, 4 urzędniczki, 6 służby, w przedsiębiorstwach 3 funkcjonarjuszy, w Wydziale i Komisjach 6 panów, i około 20 pań pod przewodnictwem obecnego prezesa dr. Zabłockiego St.

Przechodząc poszczególne działy pracy, należy zacząć od propagandy:

Two lwowskie prowadzi akcję uświadamiającą, przez odczyty niedzielne higjeniczne urządzane w kinie wspólnie z Towarzystwem higjenicznem, wydało ogłoszenie afiszowe pouczające w ilości 5000 egzemplarzy, małe 4-stron. pouczenie o gruźlicy w ilości 30.000 egzemp., kartki korespon. propagandowe w ilości 10.000 sztuk, co roku wychodzi kalendarz ścienny Towarzystwa w ilości 1.500 sztuk, członek naszego Zarządu dr. A. Sabatowski wydaje w Bibljoteczce Higjenicznej broszurę o gruźlicy, na ekranach kin lwowskich pojawiają się od czasu do czasu krótkie pouczenia o gruźlicy, co roku urządza się »Tydzień walki z Gruźlicą« z odczytami publicznemi, odczytami po szkołach, rozlepianiem afiszów, sprzedażą nalepek na okna z emblematami Towarzystwa, w pismach codziennych propaguje się ideę walki przez krótkie notatki.

Sekcja opieki nad dzieckiem jest jedną z najważniejszych działów pracy Towarzystwa. W sekcji tej pracuje grono pań, 1 lekarz Twa i 4 lekarzy i lekarek wolontarjuszy; otacza ona opieką ochronki i przytułki dla dzieci, przez systematyczne odwiedzanie tych instytucyj, udzielanie rad i zwracanie uwagi na chore dzieci. Dzieci chore skierowywane są do Poradni Twa. Lekarze sekcji przeprowadzają badanie dzieci a Sekcja pozostaje w ścisłym Kontakcie z lekarzami szkolnymi, którzy znowu wszystkie dzieci potrzebujące leczenia, skierowują do Przychodni: w okresie wakacyjnym posiada Sekcja 3 kolonje lecznicze na 60 miejsc, w okolicach Niemirowa. Opiekę lekarską nad dziećmi tymi wykonuje lekarz zakładowy Niemirowa Dr. Zakrzewski. Do kolonji przyjmuje się przez Poradnię tylko dzieci zagrożone gruźlicą. (Sprawa organizacji walki z gruźlicą u dziecka, która stać się musi kamieniem węgielnym naszej pracy, wymaga obszerniejszego traktowania, przekraczającego ramy niniejszego szkicu).

Sanatorjum dla piersiowo chorych w Hołosku wielkiem. Jak już wspomnieliśmy, wojna zniszczyła prawie zupełnie Sanatorjum. Instytucja ta mieszcząca się w 3-ch barakach, a której powstanie jest głównie zasługą ś. p. Wiczkowskiego, z wodociągami i łazienkami i elektrycznem oświetleniem, kompletnym inwentarzem mebli, łóżek i bielizny, przedstawiała w roku 1921 smutny obraz: budynki prowizorycznie odnowione przez wojsko, wodociągi i elektryczność zniszczone zupełnie, inwentarza resztki — dziś 2 baraki odnowione, zaopatrzono na zimę płytami z sitowia, ustawiono piece kaflowe, inwentarz na 60 łóżek kompletny, meble, naczynia, bielizna, inwentarz gospodarczy żywy i martwy, wybudowano stajnię i piwnicę, wszystko to kosztem około 20.000 zł. — powstał barak letni na 18 łóżek, tak że Sanatorjum w zimie posiada 25 miejsc, w lecie 60. (Szczegóły patrz: St. Angielski: Sprawozdanie lekarskie z Sanatorjum Twa Walki z Gruźlicą w Hołosku wielkiem za rok 1924. »Pol. Gaz. Lek. Nr. 13. 1925 r.«).

Do Sanatorjum przyjmowani są chorzy przez Ambulatorjum Towarzystwa, chorzy zaś opuszczający Sanatorjum, przechodzą, pod dalszą opiekę Przychodni. Chorych z otwartą formą gruźlicy płuc i zbyt daleko posuniętemi zmianami nie przyjmuje się.

Przychodnia Towarzystwa (Lwowskie Ambulatorjum ftizjologiczne). Przychodnia Twa Walki z Gruźlicą, która jak wyżej wspomnieliśmy, mieściła się w obdrapanej i walącej się kamienicy miejskiej, zostaje w r. 1922 przeniesiona do budynku Polikliniki przy ul. Lindego 5., i od tej chwili datuje się rozwój. Nie tylko zyskuje ona lokal obszerny, urządzony specjalnie do tego celu, ale zarazem zyskuje w ordynatorach Polikliniki konsyljarjuszów wszystkich działów wiedzy lekarskiej. Ambulatorjum dzieli się na następujące działy: I. Oddział nowo zgłaszających się chorych; II. Oddział ogólny; III. Oddział specjalnych leczeń; IV. Oddział dla dzieci; V. Oddział leczenia światłem. VI. Pracownia chemiczna i mikroskopowa. — Ponadto istnieją: a) kancelarja i kasa, b) podręczny magazyn i apteka, c) oddział wywiadowczy, d) podręczna bibljoteka.

Przychodnia korzysta wydatnie z oddziału laryngologicznego i chirurgicznego Polikliniki, do dyspozycji ma ona za skromną opłatą aparat Roentgenowski (prywatny). Oddział

I-szy pracuje 3 razy w tygodniu po 3 godziny — chorzy bywają dokładnie badani, a w razie potrzeby wykonuje się wszelkie potrzebne badania (laboratoryjne, prześwietlania, porada u innych specjalistów). Pacjentom wyznacza się tu odpowiednie leczenie. Leczenie to przeprowadzają Oddz. II. i III., pracując dziennie 2 wzgl. 3 godz., IV-ty co drugi dzień 2—3 godz., V-ty codziennie 7 godzin, (2 lampy systemu Bacha, jedna lampa Sollux). Pracownia otwarta codziennie.

Chorzy nasi bywają w pierwszym rzędzie pouczeni ustnie, otrzymują drukowane pouczenie a następnie odpowiednio leczeni (wstrzykiwania arszeniku, dożylne chlorku wapna, tu i ówdzie proteinoterapja), [bronchovac, neurovac, lacsteril] ponadto leczenie tebecyną, altuberculiną [Pirquetyzacja] i obecnie angiolymphą [experimenti causa] w końcu lampą kwarcową). Odpowiedni chorzy bywają przyjmowani do Sanatorjum, wzgl. wysyłani do leczenia klimatycznego, chorych potrzebujących leczenia szpitalnego na oddziały szpitalne, chorych beznadziejnych skierowujemy do szpitala S. S. Miłosierdzia, gdzie za skromną opłatą umieszczać ich możemy. Odmę sztuczną zakładają oddziały szpitalne, lub też zakładamy w szpitalu S. S. Miłosierdzia, dopełnienie dokonujemy ambulatoryjnie w naszej Przychodni. Z leczenia farmaceutycznego korzystamy skąpo.

Do głównych naszych bolączek należy brak oddziału szpitalnego dla otwartej gruźlicy. (Szpital S. S. Mił. tylko w bardzo ograniczonej ilości przyjmować może). Otwarcie takiego Oddziału we Lwowie, najmniej na 100 łóżek jest palącą koniecznością, niemożność bowiem izolacji chorych pozostawienie ich wśród rodzin, często obarczonych licznem drobnem potomstwem, w ciasnych pomieszkaniach, wytwarza wprost tragiczne konflikty, i uczucie przykrej bezradności, wobec już uświadomionych mieszkańców.

Nazwiska chorych niebezpiecznych dla otoczenia podaje się do wiadomości fizyka miejskiego.

Trzy sprawy musimy tu jeszcze poruszyć: zdajemy sobie dokładnie sprawę że głównem naszem zadaniem i celem jako Przychodni Twa jest nie leczyć, tylko uświadamiać, ale przyszliśmy do przekonania że tylko lecząc chorego zyskujemy jego zaufanie, i tylko dzięki ciągłej z nim styczności możemy wpajać nasze zasady. Leczenie chorego jest zdaniem naszem środkiem propagandy bardzo doniosłym — przez chorego uzyskujemy wpływ na całą rodzinę i otoczenie, wyszukujemy nowych chorych lub zagrożonych, zapobiegamy dalszemu szerzeniu się gruźlicy.

To jedno... a drugie: ftizjologja jest po macoszemu traktowana tak w klinikach jak i oddziałach szpitalnych. Młodzi lekarze idą w świat nie mając pojęcia o leczeniu gruźlicy. Bo gdzież ma początkujący lekarz możność obserwacji choroby, wymagającej długich miesięcy a nawet lat; wszak nie w klinikach, gdzie takich przypadków się nie przyjmuje, nie w szpitalu, gdzie dla braku miejsca przypadki te usuwane bywają. Ambulatorjum nasze musi te luki wypełnić.

Jak dotąd leczenie gruźlicy płuc tak drogą chemiczną, jak preparatami serologiczno-bakterjologicznemi nie dają zadowalających wyników Śród szeregu podanych środków nie znajdujemy preparatu działającego pewnie i niezawodnie.

Ocena działania środków leczniczych jest bardzo trudna. Należy bowiem pamiętać o jednym fakcie biologicznym, o którym liczni autorowie zapominają: to fakt że gruźlica wywołuje bardzo szybko po wtargnięciu odczyny obronne ustroju, jak również że tkanka natychmiast prawie zaczyna wytwarzać wał ochronny przed prątkiem i wykazuje objawy serowacenia. Trzeba pamiętać że gruźlica leczy się nader często własnemi siłami ustroju i że bardzo często te siły wystarczą w zupełności bez potrzeby środków sztucznych; jednem słowem samowyleczenie względnie jeżeli chodzi o ścisłość samouspokojenie i zamknięcie procesu gruźliczego jest rzeczą w patologji gruźlicy spostrzeganą codziennie i to w dużym stosunkowo procencie przypadków. To też trudno dziwić się powodzi środków leczniczych. Każdy z podanych nowych środków »działa specyficznie i znakomicie«. Bezkrytyczni badacze, na podstawie kilkunastu przypadków, ośmielają się wyciągnąć wnioski o skuteczności danego leku. Proszę przypomnieć sobie Kochjadę i porównać co z leczenia tuberkuliną dziś zostało, cuda działania surowicy Marmorka, szczepionkę Friedmanna, poza całym szeregiem środków chemicznych, a dziś zwycięski pochód angiolymphy u nas, by przyznać słuszność że ocena działalności jakiegoś środka wymaga setek przypadków i lat obserwacyj.

I to jest znowu powód dla którego wielką wagę kładziemy na nasz oddział leczeń specjalnych, z którego w miarę wyników sprawę zdawać będziemy.

Wróciwszy do naszego opisu Przychodni odnośnie do kasy zaznaczamy co następuje:

W ciągu naszej dotychczasowej działalności przyszliśmy do przekonania, że świadczenia Twa nie mogą być bezpłatne, chodzi tu nie tyle o stronę materjalną ile moralną. Inaczej ceni sobie pacjent rzecz, za którą musi zapłacić, inaczej szanuje kalendarz, pouczenie, spluwaczkę, termometr i t. d. Opłata działa wprost wychowawczo, poucza że każden w m i a r ę m o ż n o ś c i przyczynić się powinien do naszego dzieła. Opłaty jakie pobieramy wynoszą 2 zł. wkładki miesięcznej, członka korzystającego nadzwyczajnego (każdy pacjent musi być członkiem Twa). Za lekarstwa, zastrzyki i t. p. zwraca chory koszta z dodatkiem 10%; jasnem jest że chorzy, którzy tych kwot zapłacić nie mogą otrzymują zniżki dochodzące do 90% — niech chociaż 10 gr zapłaci, ale coś zapłacić musi.

Oddział nasz wywiadowczy składa się z 2-ch lekarzy i S. Mił. (Lekarzy ci pełnią obowiązki wywiadowców). Oddział ten ma dwojakie zadanie: odwiedzać naszych chorych w ich mieszkaniach i na miejscu udzielać wskazówek i pouczeń, wywiady o stanie majątkowym, stanie mieszkania, zaopiekować się chorymi członkami rodziny przez skierowanie ich do Przychodni, dopilnować w końcu zarządzeń wydanych na miejscu, a drugie w porozumieniu z urzędem miejskim spisu zmarłych, odwiedzać wszystkie rodziny zmarłych na gruźlicę (bogatych czy biednych) zwracać uwagę na dezynfekcję i zapobieganie względnie leczenie pozostałej rodziny. Zagrożonych niezamożnych zapraszać do Przychodni, zamożnych kierować do lekarzy prywatnych.

Nie wiem, czy może istnieć moment odpowiedniejszy i skuteczniejszy do propagandy, jak właśnie czas po śmierci jakiegoś członka rodziny. Najlepiej świadczą o tem szeregi rodzin zgłaszających się do Przychodni.

W ten sposób prowadzona Przychodnia staje się potężnym środkiem propagandy z jednej strony wśród lekarzy młodych, którzy następnie osiadając po miastach i miasteczkach staną się nowemi ośrodkami naszej akcji, a z drugiej strony wśród szerokich warstw społecznych.

Poradnia nasza skupia u siebie Poradnię Kas Chorych; Uniwersytecką, Techniki, Miasta Lwowa, a ostatnio powiatu lwowskiego i Okręgowego Związku Kas Chorych. We Lwowie więc pierwsza stworzona została tego rodzaju instytucja rozporządzająca w ten sposób ogromnym materjałem chorych i stosunkowo znacznemi środkami finansowemi.

W projekcie nadbudowa piętra gmachu Polikliniki i sprawienie aparatu Roentgenowskiego. Cyfrowych danych nie podajemy, odsyłając zainteresowanych do Kroniki Pol. Gaz. Lek. gdzie takie zestawienia perjodycznie się ukazują.

Lekarze pracujący w Twie ogłosili 4 prace drukowane w Pol. Gaz. Lek. Lwowskie Two z umysłu nie rozwinęło swej działalności poza Lwów, pragnąc ugruntować swoje istnienie i zorganizować cały swój aparat. Dziś nadeszła chwila rozszerzenia naszej działalności w ramach organizacji stworzonej przez Państwowy Związek Przeciwgruźliczy i do tego nowego obowiązku jest Two zupełnie gotowe.

Kilka dat statystycznych z działalności na polu walki z gruźlicą w Łodzi.

Łódź. Ś m i e r t e l n o ś ć od gruźlicy za lata ostatnie przedstawia się jak następuje:

Lata	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924
Zgony	3340	3957	2770	2537	1621	1243	1407	1474	1545.

Walka z gruźlicą ześrodkowuje się obecnie, począwszy od 1 maja 1818 w Sekcji do walki z gruźlicą przy Magistracie m. Łodzi. Rozmiary działalności Sekcji za ten czas przedstawia następująca statystyka:

Działalność Sekcji w czasie od 1 V. 1918 do 1 V. 1925.

Interniści przyjęli chorych 15063. Pedjatrzy przyjęli chorych 18393. Chirurdzy przyjęli chorych 3836. Laryngolog przyjął chorych (od 1. września 1920) 165. Dermatolog przyjął chorych (od 1 marca 1923) 136.

Zastrzyknięć tuberkulinowych diagnostycznych i leczniczych dokonano 15804. W laboratorjum dokonano badań na pałeczki Kocha 12172. Badań krwi na odczyn Biernackiego (od 1. września 1923) 694. Na Stacji światłoleczniczej dokonano naświetlań lampami Kischa (od 15 maja 1922) 17245. Sanitarjuszki dokonały wywiadów na mieście 16694. Pomoc chorym chirurgicznym na mieście (od 1 marca 1920) 4306. Do szpitali ogólnych skierowano 5268. Do Sanatorjum dla lekkogruźliczych w Chojnach pod Łodzią skierowano 4331. W Sanatorjum letniem dla dzieci szkolnych gruźliczych umieszczono 2502. Do solanek wysłano (przez Wydział Opieki Społecznej Magistratu m. Łodzi) 618. Do Zakopanego wysłano (przez Wydział Opieki Społecznej Magistratu m Łodzi) 116. Odkażeń mieszkań po gruźlicy dokonano (przez Miejską Izbę odkażającą) 10439. Ogólna suma świadczeń i zabiegów Sekcji 134.773.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI. Lwów.

Zorganizowanie walki z gruźlicą w Państwie.

Rządowe plany walki z gruźlicą.

Plan walki z gruźlicą ustaliło rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5. stycznia 1922., ogłoszone w Monitorze Polskim Nr. 14. z r. 1922. i w Biuletynie Ministerstwa Zdrowia Nr. 1. z r. 1922.

Rozporządzenie to zatwierdziło statut Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego, jako organu doradczego i opinjodawczego z prawem inicjatywy.

Do zakresu działania tego Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy miało według statutu należeć:

a) organizacja społeczna walki z gruźlicą;

b) zespolenie i rozszerzenie działalności istniejących instytucyj i towarzystw przeciwgruźliczych;

c) sprawozdanie roczne z wyników akcji przeciwgruźliczej w Państwie;

d) tworzenie wojewódzkich i powiatowych Komitetów zwalczania gruźlicy;

e) stawianie wniosków w sprawach dotyczących zwalczania gruźlicy w Państwie.

Na czele Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy miał stać z urzędu Minister Zdrowia Publicznego, który miał wyznaczyć swego zastępcę i powoływać co dwa lata członków Komitetu. Nadto do Komitetu mieli należeć z urzędu delegaci różnych Ministerstw, przedstawiciele Uniwersytetu warszawskiego, Tow. Czerwonego Krzyża, Kas chorych, Związku miast. Posiedzenia Komitetu miały być zwoływane raz na kwartał albo częściej.

O działalności Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy, osłoniętego powagą Rady Ministrów, nic nam nie wiadomo i skłonni jesteśmy przypuszczać, że nie wszedł on w życie, bo to jest pewnem, że w Województwie lwowskiem przez trzy lata swego istnienia nie dał żadnego znaku życia, a w szczególności nie założył tu zapowiedzianego w statucie Wojewódzkiego Komitetu i Powiatowych Komitetów zwalczania gruźlicy, może właśnie dlatego, że w tem Województwie istnieją już od r. 1919. jako samodzielne Towarzystwa, Powiatowe Koła walki z gruźlicą, zespolone pod zwierzchnictwem Okręgowej, a następnie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą.

Dopóki jednak wspomniane rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5. stycznia 1922. nie będzie odwołane, musi się uważać Polski Komitet zwalczania gruźlicy jako istniejący i oczekiwać jego sprawozdań.

Pod koniec r. 1924. wystąpiła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia z nową inicjatywą w sprawie jednolitej organizacji walki z gruźlicą w Polsce. Spowodowała mianowicie Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, Lwowskie Towarzystwo walki z gruźlicą, Krakowskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, Poznańskie Towarzystwo do walki z gruźlicą i Wileńskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze do założenia »Związku Przeciwgruźliczego«, którego statut zatwierdziło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych postanowieniem z dnia 27. listopada 1924. Nr. B. B. 5321/24.

Statut ten różni się tem zasadniczo zarówno od organizacji walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem, jak i od organizacji tej walki według koncepcji byłego Ministerstwa Zdrowia Publicznego, że usuwa zupełnie z zarządu Stowarzyszenia »Związku Przeciwgruźliczego« osobistości urzędowe, państwowe i samorządowe, a zarząd i kierownictwo akcji przeciwgruźliczej w Państwie oddaje wyłącznie w ręce osób, wybranych na Walnem Zebraniu.

Statut »Związku Przeciwgruźliczego« nie uznaje samodzielnych Towarzystw w postaci Powiatowych Kół walki z gruźlicą, lecz jako swych członków wymienia: Terytorjalne Towarzystwa Przeciwgruźlicze i centralne instytucje społeczne, samorządowe, zainteresowane w sprawie walki z gruźlicą.

Według projektu normalnego statutu Towarzystw Przeciwgruźliczych, który to projekt obecnie omawia się i przygotowuje do zatwierdzenia władz kompetentnych, każde Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze ma obejmować obszar jednego Województwa, jednak osiedla z ludnością ponad 100.000, zwłaszcza przemysłową, mogą tworzyć miejscowe Towarzystwa Przeciwgruźlicze.

Członkami Towarzystwa Przeciwgruźliczego mogą być: 1) osoby fizyczne obojej płci, 2) oddziały powiatowe i Koła miejscowe walki z gruźlicą, 3) osoby prawne i organizacje, mające w swym programie zwalczanie i leczenie gruźlicy, jako jedno ze swych zadań.

Zachodziło pytanie, jak się ma ustosunkować istniejąca od lat 6 organizacja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem do powstającego »Związku Przeciwgruźliczego«, względnie do mającego się utworzyć Terytorjalnego Towarzystwa Przeciwgruźliczego na obszarze Województwa lwowskiego. Dwóch bowiem organizacyj walki z gruźlicą w tem samem Województwie utrzymać nie można, tembardziej gdy konstrukcyjnie są one zasadniczo różne i jedna z nich jest półurzędową, a druga wyłącznie obywatelską, wykluczającą z działalności, zarządu i kierownictwa czynniki urzędowe państwowe i samorządowe.

Pod tym względem otrzymał Wojewódzki Wydział Zdrowia we Lwowie wskazówkę z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, aby porozumiał się z Lwowskiem Towarzystwem walki z gruźlicą, które ma objąć zadania Terytorjalnego Towarzystwa Przeciwgruźliczego dla obszaru Województwa lwowskiego i przejąć od Wydziału Zdrowia Publicznego gotowe już kadry 23 Powiatowych Kół walki z gruźlicą i 27 Przychodni przeciwgruźliczych.

Stosownie do tych wskazówek i zamiarów Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Naczelnik Wydziału Zdrowia oznajmił na konferencji z Zarządem lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą z dnia 21. marca b. r. gotowość oddania w ręce tego Towarzystwa bezzwłocznie organizacji walki z gruźlicą i popierania usiłowań Towarzystwa, o ile zechce się ono zreorganizować jako Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze dla Województwa lwowskiego.

Jednak zarząd Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą nie zdecydował się podjąć zadań organizacyjnych jako Towarzystwo Przeciwgruźlicze wojewódzkie, a to z tego powodu, że w obecnym stanie organizacji półurzędowej Wojewoda lub za Wojewodę Naczelnik Wydziału Zdrowia ma prawo wydawać polecenia służbowe starostom, którzy są z urzędu przewodniczącymi powiatowych Kół walki z gruźlicą i wykonanie tych poleceń służbowych ma możność przeprowadzić, podczas gdy przewodniczący, względnie Zarząd przyszłego Terytorjalnego Towarzystwa Przeciwgruźliczego mógłby się posługiwać jedynie apelem do poczucia obywatelskich obowiązków, które w zakresie walki z gruźlicą jeszcze nie są dostatecznie w społeczeństwie oceniane i uświadomione, a wobec tego dalsza akcja przeciwgruźlicza w Województwie napotkałaby na niepokonalne przeszkody.

Tak przedstawia się sprawa reorganizacji walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem w przededniu I. Zjazdu Przeciwgruźliczego w Krakowie.

Niezależnie od przedstawionych powyżej poczynań Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, względnie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, wystąpiło w końcu marca b. r. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej z inicjatywą w sprawie zwalczania gruźlicy u dzieci i młodzieży. Mamy więc znowu nowy plan organizacji walki z gruźlicą, a trzeba przyznać, że plan ten jest teoretycznie dobrze uzasadniony i obmyślany, chociaż w praktyce może on się krzyżować z planami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5, stycznia 1922., z obecnemi planami reorganizacyjnemi Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i z dotychczasowym stanem faktycznym organizacji walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem.

Bądź co bądź jednak Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej ma rozległe środki do dyspozycji w walce z gruźlicą, albowiem jest zwierzchnią władzą Kas chorych, które w tej walce powinny odegrać pierwszorzędną rolę, a dalej Ministerstwo to rozporządza kredytami i funduszami na kolonje lecznicze i wakacyjne, będące w ścisłym związku z akcją przeciwgruźliczą.

Ze względu przeto na dobro tak wielkiej sprawy, jaką jest walka z gruźlicą, należy powitać z największem uznaniem inicjatywę wspomnianą Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej a życzyć sobie tylko wypada, aby ta inicjatywa uzgodniła się z poczynaniami innych czynników i ze stanem faktycznym walki z gruźlicą.

Przyłączamy tu w całości okólnik Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Nr. 550/X. Warszawa, dnia 23. marca 1925 r.

W sprawie zwalczania gruźlicy u dzieci i młodzieży

Do wszystkich Panów Wojewodów, Delegata Rządu w Wilnie i Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Pismo Okólne.

Długotrwałe przeżycia wojenne pozostawiły głębokie ślady w fizycznym stanie ludności — osłabiły, zmniejszyły jej odporność. Szczególnie odbiło się to na zdrowiu najwrażliwszej części społeczeństwa, na dzieciach — wynikiem tego jest wzrost chorobowości gruźliczej. Statystyka Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego określa liczbę dzieci chorych w szkołach miejskich i średnich na ogólną liczbę zbadanych 129.494 — 2.104 chorych i 43.235 zagrożonych. A każdy chory to źródło i ognisko, z którego szerzy się gruźlica na otoczenie, a każdy zagrożony to w przyszłości w większości przypadków gruźlik — nowe ognisko. Ochronić społeczeństwo od nieszczęść i strat powodowanych gruźlicą może tylko wytężona i nieustanna walka, polegająca na leczeniu chorych, na zapobieganiu rozwinięciu się gruźlicy u zagrożonych. Należy wszelkiemi sposobami pobudzić społeczeństwo do samoobrony, zachęcić do działania, udzielić pomocy.

Bez najszerszego udziału społeczeństwa o owocnej walce z gruźlicą nie może być mowy; zbyt głęboko dotyka ona interesów społecznych wogóle, zbyt zmienia stosunki wewnątrz rodziny, żeby bez współdziałania ogółu można było dojść do pozytywnych wyników akcji przeciwgruźliczej. Akcja ta podobnie jak i akcja zwalczania innych chorób zakaźnych przedewszystkiem musi być akcją zapobiegawczą. Stąd też wielka waga działania przeciwgruźliczego wśród dzieci i młodzieży. Najnowszym pewnikiem zdobytym w dziedzinie znajomości naszej o powstawaniu i rozwijaniu się gruźlicy jest fakt, że dzieci rodzą się zdrowe, zarażanie zaś gruźlicą następuje dopiero po urodzeniu. Częstość gruźlicy stwierdzona zapomocą metody Pirquet'a przedstawia się, jak następuje od 0—12 miesięcy życia 5%, od 1—2 lat 14%, od 2—3 lat 33%, od 3—4 38% na 100 przypadków śmierci umiera na gruźlicę w wieku od 0—1 — 2,05; od 1—19 — 22,8; od 20—39 — 44,6. Dane powyższe określają wyraźnie plan akcji przeciwgruźliczej. Musi ona otoczyć opieką dziecko od urodzenia i dążyć do możliwego zmniejszenia szans zarażenia się przez — albo usunięcie dziecka z otoczenia gruźliczego, albo przez usunięcie źródła zarażenia (t. j. chorego) z otoczenia dziecka. Planowa więc akcja zwalczania i zapobiegania gruźlicy u dzieci musi 1) objąć ochroną wszystkie dzieci przez możliwe usunięcie z ich otoczenia chorych na gruźlicę zaraźliwą, 2) w razie niemożności usunięcia z otoczenia dziecka chorego zapewnić dziecku warunki życia zmniejszające jak najbardziej możliwość zarażenia się, 3) dać możność wszystkim dzieciom wątłym i słabym, a więc mało odpornym na zarazek gruźlicy wzmocnienia ustroju i nabrania odporności, 4) zapewnić dzieciom zagrożonym gruźlicą warunki bytu i nauki, umożliwiające im naukę nie tylko bez szkody dla zdrowia ale poprawiające zdrowie, 5) dać możność leczenia dzieciom ciężej zagrożonym i chorym.

Dla osiągnięcia powyżej wskazanych celów koniecznem jest ad 1) tworzenie dla niemowląt matek gruźliczych żłóbków celem oddzielenia ich od źródła bezpośredniego zarażenia. Żłóbki takie szczególnie są wskazane w wielkich miastach i w dużych środowiskach przemysłowych. Następnie organizować dla takich dzieci w wieku przedszkolnym ogniska wychowawcze na wsi w miejscowościach zdrowotnych, ad 3) dla dzieci — rekonwalescentów po ciężkich chorobach wyczerpanych i osłabionych — tworzyć domy zdrowia, gdzie dzieci przez przeciąg kilku tygodni 4—8 mogłyby osiągnąć zupełny powrót do zdrowia i nabrały sił, ad 4) tworzyć szkoły i Zakłady naukowe na otwartem powietrzu i w miejscowościach klimatycznych, ad 5) tworzyć sanatorja w miejscowościach klimatycznych i zdrojowych.

Ponieważ urzeczywistnienie tych wszystkich ogniw planowej walki i zapobiegania gruźlicy u dzieci wymaga dłuższego czasu i wielkich wysiłków ze strony społeczeństwa, jako punkt wyjścia akcji zapobiegawczej tymczasem muszą się stać przychodnie przeciwgruźlicze. Przychodnia przeciwgruźlicza jest miejscem, gdzie zagrożony i chory na gruźlicę, powinien otrzymać pomoc i opiekę — kwalifikowanie do Zakładów i t. d. Opieka roztoczona przez przychodnię przeciwgruźliczą w naszych warunkach zanim powstaną wszystkie powyżej wskazane urządzenia przeciwgruźlicze, będzie musiała dążyć przez racjonalne urządzenie życia domowego tego, którym się opiekuje, przez dostarczenie obarczonej rodzinie pomocy zmniejszyć, jeżeli już nie zupełnie usunąć niebezpieczeństwo wspólnego przebywania chorych i zdrowych. Działalność przychodni dotycząc wszystkich punktów wskazanego programu szczególnie będzie miała znaczenie dla p. 2. Dlatego to w obecnej chwili należy położyć szczególny nacisk na otwieranie przychodni przeciwgruźliczych, na pokrycie siecią ich terenu całej Rzeczypospolitej. Co do liczby niezbędnych przychodni punktem orjentacji mogą być liczby, które doświadczenie zachodnio-europejskie uważa za minimum, mianowicie jedna przychodnia na 150.000—200.000 ludności w miastach, a na znacznie mniejszą liczbę ludności w okręgach wiejskich z powodu ich terytorjalnej większej rozległości.

Zadaniem każdego Województwa, Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę i Delegatury Rządu w Wilnie jest pobudzić samorządy i Instytucje społeczne do wszczęcia wspólnej i wytężonej akcji zapobiegawczej i leczniczej w myśl wyłożonych zasad. Zależnie od warunków terenowych każdego Województwa, charakteru pracy i poziomu życia ludności akcja przeciwgruźlicza w każdem Województwie będzie musiała mieć inny zakres; wyzyskać należy właściwości każdego celem tworzenia urządzeń mających nietylko miejscowe, ale ogólne znaczenie n. p. Województwa z terenami klimatycznemi lub zdrojowemi muszą dążyć do tworzenia Zakładów leczniczych, Zakładów wychowawczych dla dzieci z całej Rzeczypospolitej. Rozumie się tutaj należy łączyć wysiłki jednych Województw z akcją pozostałych i wspólnemi siłami tworzyć to, czego nam brakuje. Jako przykład można przytoczyć, że Niemcy posiadają 88 sanatorjów dla dzieci chorych i zagrożonych z 8034 miejscami, gdy my posiadamy wszystkiego około 300 miejsc.

We wszystkich Województwach, Kom. Rządu i Delegaturze w Wilnie należy zapoczątkować planową akcję przez zwołanie zebrań z przedstawicieli samorządów, organizacyj społecznych i organizacyj lekarskich, na posiedzeniu lub szeregu posiedzeń ustalić plan akcji w całem Województwie, a mianowicie 1) określić miejsca, gdzie powinny być otwarte przychodnie przeciwgruźlicze i jak może być urzeczywistniona sieć ich wojewódzka, 2) określić potrzebę i ewentualnie miejsce utworzenia żłóbków, szkół na otwartem powietrzu, domów dla ozdrowieńców, 3) określić, czy na terenie Województwa są dominja państwowe, nadające się ze względów terenowych i klimatycznych na uzdrowiska lub pod budowę sanatorjów.

Pożądanem byłoby, żeby przynajmniej pierwsze posiedzenia były zwoływane i wdrożona akcja osobiście przez P. P. Wojewodów, Komisarza Rządu na m. st. Warszawę i Delegata Rządu w Wilnie. Dalszy nadzór nad wykonaniem powzięțych uchwał należy pozostawić Naczelnikowi Wydziału Pracy i Opieki Społecznej w Województwie w porozumieniu z Naczelnikiem Wydziału Zdrowia Publicznego. O terminie pierwszego posiedzenia należy zawiadomić zawczasu Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Protokół każdego posiedzenia natychmiast należy przesłać do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zwraca się do P. P. Wojewodów, Komisarza Rządu na m. st. Warszawę i Delegata Rządu w Wilnie o zwołanie wyżej wskazanych wstępnych zebrań, zapoczątkowujących całą akcję przeciwgruźliczą u dzieci i młodzieży w ciągu miesiąca marca b. r.

Minister: *Sokal* w. r.

Wskutek tego okólnika zwołał P. Wojewoda lwowski konferencję na dzień 30. kwietnia b. r., która miała rozważyć oprócz walki z gruźlicą u dzieci i młodzieży także inne ważne sprawy, poruszone osobnemi okólnikami Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, mianowicie sprawę opieki nad macierzyństwem i sprawę reorganizacji Zakładów opiekuńczych dla dzieci.

Doc. Dr. T. JANISZEWSKI. Kraków.

Miejskie sanatorjum gruźlicze w Krakowie.

Miejskie sanatorjum gruźlicze założone zostało przez gminę m. Krakowa z inicjatywy M. U. Zdrowia i Twa przeciwgruźliczego w 1918 roku. Sanatorjum mieści się na terenie budynków sanitarnych miejskich, w tej części Prądnika Białego, która w swoim czasie została włączona w obręb Wielkiego Krakowa.

Teren zajęty pod sanatorjum wynosi około 5 ciu morgów i graniczy z gruntem gminnym który może być w każdym czasie przyłączony do terenu sanatoryjnego. Grunt położony jest wysoko, m. w. na wysokości wzgórza Wawelu, jest przepuszczalny, złożony z piasku i bardzo małą domieszką gliny, woda gruntowa znajduje się dopiero w głębokości 12 metrów. Cały teren jest skanalizowany, doprowadzono gaz i elektryczność. Wodę pobiera sanatorjum podobnie jak zakłady sanitarne miejskie częścią z ogólnej sieci wodociągowej miejskiej, częścią z własnej studni, z której pompa elektryczna podnosi wodę do zbiornika, umieszczonego w specjalnej wieży ciśnień. Sanatorjum ma centralne ogrzewanie wodne, Z Rynku Głównego dostać się można do sanatorjum, jadąc końmi w przeciągu 15 minut. Tramwaj Nr. 3 dochodzi do końca ul. Długiej, skąd piechotą, w przeciągu kwadransa dochodzi się ulicą Prądnicką do sanatorjum.

Początkowo gmina zrobiła umowę z wojskowością, przyjmując do sanatorjum inwalidów wojennych chorych na gruźlicę. Przyjmowano do zakładu chorych z gruźlicą płuc, niebezpieczną dla otoczenia, posiadających jednak jeszcze pewien stopień zdolności do pracy.

Obok innych sposobów leczenia, wprowadzono też leczenie

pracą. Chorzy uczyli się hodowli kwiatów, warzyw i owoców. W tym celu cały teren zakładowy zamieniono na ogrody warzywne i owocowe. Lekarzem ordynującym był niezapomnianej pamięci Dr. Rospędzichowski, a ogrodnikiem — znany inspektor ogrodnictwa p. Malawski. Sanatorjum to istniało przeszło rok. Rezultaty lecznicze były bardzo dobre.

W 19 9 roku zniosła gmina to sanatorjum i dopiero w grudniu 1924 roku udało się znów reaktywować tę instytucję.

Sanatorjum mieści się w trzech barakach Döckerowskich, z których każdy liczy po 42 łóżka. W obecnej chwili funkcjonują dwa baraki, trzeci odnawia się i lada dzień oddany będzie do użytku. Każdy barak składa się z dwóch dużych sal z bocznemi pokoikami, służącemi do przechowywania ubrań osób chorych i z osobnemi ustępami. Pośrodku baraku znajdują się łazienki, osobne dla każdej sali, parę separatek, pokój dla pielęgniarek, podręczna kuchenka, pokój ordynacyjny, w jednym z baraków prócz tego, pokoik przeznaczony dla leczenia lampą kwarcową. Jedna sala w każdym baraku przeznaczona jest dla kobiet — druga dla mężczyzn. Dwa baraki przeznaczone są dla leczenia gruźlicy płuc, trzeci — gruźlicy kostnej i gruczołowej. Okna baraków zaopatrzone są w lecie w siatki, chroniące od much i komarów.

Do sanatorjum gruźliczego należy też domek piętrowy, mieszczący małą salę stołową, będącą jednocześnie pokojem dziennym dla chorych i pokój z przyrządem Roentgena. Na piętrze są trzy pokoje zajęte obecnie przez służbę. Na terenie sanatorjum znajdują się duże werandy zwrócone ku południowi, służące za leżalnie dla chorych, otoczone z boków i z tyłu laskiem świerkowym. Na werandach stoją leżaki z materacami i workami futrzanemi dla chorych, korzystających zimą z werandy.

W sanatorjum stosuje się wszystkie najnowsze metody leczenia gruźlicy płuc. Obszerny teren umożliwia chorym spacery i przebywanie oraz pracę na świeżem powietrzu. Oprócz kierownika wszystkich zakładów sanitarnych p Dr. L. Sobieszczańskiego, czynni są w sanatorjum jako ordynarjusze dwaj lekarze.

Gmina m. Krakowa zrobiła na razie umowę z miejscową Kasą chorych i ze Związkiem Kas chorych, które za umówionem wynagrodzeniem, umieszczają swoich chorych w naszem sanatorjum, przyczem zastrzegły sobie dla nich pewną ilość łóżek. Zarząd i Prezydjum Kasy chorych okazało dużo zrozumienia dla potrzeb sanatorjum i spieszy im chętnie i często z pomocą, sprawiając ciepłe ubrania i worki futrzane dla chorych, ułatwiając nabycie potrzebnych przyrządów (Roentgen), dostarczając chorym pism, książek i gier.

Utrzymanie jednego chorego kosztuje wraz z leczeniem i opieką lekarską 6—7 złotych dziennie.

Miejski Urząd Zdrowia dąży do tego, żeby do sanatorjum dla chorych na gruźlicę płuc przyjmowani byli tylko tacy chorzy, którzy **rzeczywiście potrzebują leczenia sanatoryjnego.**

Określając rzecz ściślej, zdaniem mojem, nie powinny być umieszczane w sanatorjum dla chorych na **gruźlicę płuc**, przedewszystkiem przypadki, odpowiadające pierwszemu i drugiemu stadjum rozwoju gruźlicy (Ranke), następnie przypadki opisane przez Bordu jako *tuberculosis abortiva*, w końcu posługując się mianownictwem Sterlinga, nie potrzebują leczenia sanatoryjnego przypadki: *phtisis pulm. incipiens occulta, pht pulm. incipiens manifesta-stationaris et regrediens, pht pulm. declarata fibrosa* szczególniej, gdy zmiany gruźlicze zajmną niezbyt dużą przestrzeń płuc, a także może niektóre przypadki *pht. pulm. declarata fibrocaseosa-stationaris et regrediens.* Nie znaczy to, żeby chorych, u których lekarz skonstatuje jedną ze wspomnianych form przewlekłej gruźlicy płuc, nie należało leczyć, przeciwnie, powinni oni być pod **stałą opieką lekarza domowego lub poradni przeciwgruźliczej** i w razie skokn choroby i obawy pogorszenia, lub postępu trwałego i szybkiego choroby, należy ich zaraz umieścić w sanatorjum. W zwykłych jednak warunkach mają oni leczyć się ambulatoryjnie. Naturalnie, że przy wyborze chorych nadających się do leczenia sanatoryjnego, niezależnie od formy gruźlicy, jaką stwierdzamy u nich, trzeba wziąć na uwagę także ogólny stan chorego i jego warunki życiowe.

Formy *pht. pulm. consumptiva* nie nadają się też do leczenia sanatoryjnego, powinny one być umieszczane w specjalnych schroniskach, względnie na oddziałach szpitalnych przeznaczonych dla chorych gruźliczych.

Klinicyści powinni dokładniej określić, jakich chorych należy umieszczać w sanatorjach, mnie chodziło jedynie o zwrócenie uwagi na to, że nie każdy przypadek gruźlicy płuc nadaje się do leczenia sanatoryjnego.

Przy takim dokładniejszym wyborze chorych, odciążyłoby się znacznie sanatorja, a chorzy rzeczywiście bezwzględnie potrzebujący leczenia zakładowego, nie byliby zmuszeni czekać czasem dosyć długo na wolne miejsce w sanatorjum.

Chodzi tu jednak nie tylko o brak łóżek sanatoryjnych lecz o oszczędność, o uniknięcie zbytecznych wydatków.

Nasze sanatorjum gruźlicze odpowiada na razie koniecznej i naglącej potrzebie miasta, ale ilość 126 łóżek sanatoryjnych nie wystarczy dla Krakowa, nawet przy bardzo skrupulatnym wyborze chorych.

Potrzeba będzie pomyśleć w najbliższej przyszłości o wystawieniu jeszcze kilku nowych baraków, a miejsca na takie rozszerzenie sanatorjum mamy dosyć. Konieczną, a nie cierpiącą zwłoki sprawą, jest dobudowanie do istniejącego piętrowego domku, znajdującego się na terenie sanatoryjnym, dużej sali jadalnej i szeregu separatek na piętrze tej dobudówki.

Wiadomą jest rzeczą, że można leczyć gruźlicę płuc, z równie dobrym skutkiem, w każdym klimacie. Wyjątkowych, nielicznych przypadków nie można tu brać w rachubę, gdy się mówi o walce z gruźlicą jako klęską społeczną. Leczenie odpowiednich przypadków gruźlicy w sanatorjum podmiejskiem ma te dobre strony, że leczymy chorego i uczymy go, jak się ma zachowywać w tym klimacie, w którym przeznaczone mu jest stale przebywać i że nie oddalamy go zbytnio od rodziny. Rodzina z łatwością może chorego odwiedzać, co wpływa korzystnie na jego stan psychiczny w końcu, że takie rozwiązanie sprawy leczenia chorych gruźliczych jest tanie. Każda akcja społeczna musi być prowadzona oszczędnie. To samo tyczy się i walki z gruźlicą. Z dwóch sposobów powodzenia walki z gruźlicą, dających jednakowe rezultaty, należy zawsze wybrać tańszy.

Zdaniem mojem, w naszych warunkach konieczną także rzeczą jest podjęcie budowy **tanich** sanatorjów. Sanatorjum barakowe może być urządzone pod względem higjenicznym bez zarzutu, daje takie same rezultaty lecznicze, jak najkosztowniejsze gmachy sanatoryjne niemieckie a jest znacznie tańsze i może być postawione i uruchomione w przeciągu kilku tygodni.

Dr. Ludwik FISCHER. Zakopane.

Sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem.

Sanatorjum Czerw. Krzyża w Zakopanem powstało z dawnego Zakładu wodoleczniczego Dr. Chramca, który w r. 1918 nabył ówczesny galicyjski Czerwony Krzyż na swoją własność. Po przełomie, prawo własności przeszło na Polski Czerwony Krzyż.

Przez czas wojny Zakład, zgodnie zresztą z zadaniami Czerw. Krzyża, oddany był wyłącznie na usługi wojska, mieszcząc jedynie chorych, względnie rannych żołnierzy i oficerów.

Dopiero pod koniec 1921, kiedy po ukończeniu wojny, ustał obowiązek świadczeń Czerw. Krzyża na cele wyłącznie wojskowe względnie wojenne, Zarząd Gł. Polskiego Cz. Krzyża, objąwszy z powrotem administrację Zakładu, postanowił urządzić go jako Sanatorjum dla leczenia odpowiednich form gruźlicy płuc, jak i schorzeń nie gruźliczych, a nadających się do leczenia w tutejszym klimacie, nadto dla osób wyczerpanych, niewymagających żadnego specjalnego leczenia, a tylko potrzebujących wytchnienia i wypoczynku. Równocześnie, uwzględniając potrzeby i życzenia wojska, postanowił w nowem ujęciu Zakładu oddać pewną ilość pokoi (dla 100 chorych) wyłącznie dla leczenia osób wojskowych i ich rodzin, przeznaczając pozostałą resztę dla leczenia osób cywilnych. Wobec zniszczenia Zakładu spowodowanego wojną zamierzone przekształcenie nie było łatwe i wymagało poważnych inwestycyj i adaptacyj. Ówczesne stosunki gospodarczo finansowe potęgowały trudności. Aczkolwiek już od września 1921 r. Sanatorjum było czynne, jako takie, i przyjmowało tak chorych cywilnych, jak i wojskowych, to jednakże było to tylko częściowe uruchomienie Zakładu. Dopiero pod koniec 1922 r. Zakład w całości został adaptowany do nowych celów i z dniem 1. stycznia 1923 r. w całości oddany do użytku publicznego.

Zakład posiada wszystkich pokoi 120, z tego na potrzeby wojska 57, reszta 63 dla chorych cywilnych i może pomieścić poza 100 osobami wojska, 80 osób cywilnych, uwzględniając, że większość pokoi to pokoje 2 osobowe.

Wszystkie pokoje są urządzone z istotnym komfortem, zaopatrzone w zimną i gorącą płynącą wodę, elektrycznie oświetlone i centralnie ogrzane (ogrzewanie wodne). Nadto posiada wspólną wielką jadalnię, salony dla rozrywek kuracjuszy, salę bilardową, własną czytelnię i salę koncertową. Zakład jest w całości skanalizowany.

Z urządzeń lekarskich Sanatorjum wymieniamy, laboratorjum bakterjologiczno-chemiczne, gabinet Roentgena, lampę kwarcową, skromne urządzenie dla hydropatji. W zakładzie pracuje stale 3 lekarzy, kierownictwo naczelne spoczywa w rękach Dyrektora Dr. Ludwika Fischera.

Przystępując teraz do podania cyfr odnoszących się do ruchu chorych, ograniczymy się tylko do podania frekwencji za lata 1923 i 1924, chorych cywilnych, zaznaczając, że cyfry szczegółowe, zawierające klasyfikację chorych, osiągnięte wyniki i t. p. zawiera oddzielne sprawozdanie z działalności Sanatorjum, któremu na żądanie możemy służyć.

Na dzień 1. stycznia 1923 r. pozostało chorych 55.

Przybyło w r. 1923 chorych 413; ubyło w r. 1923 chorych 402; ogółem leczono w r. 1923 chorych 468.

Przeciętna ilość dni lecznicz. w r. 1923 — 15139, przeciętna ilość chorych w r. 1923 — 41 dziennie; na dzień 1. stycznia 1924 pozostało chorych — 66.

Przybyło w r. 1924 chorych 368, ubyło w r. 1924 chorych 360; ogółem leczono w r. 1924 chorych 434.

Przeciętna ilość dni lecznicz. w r. 1924 — 18398, przeciętna ilość chorych w r. 1924 — 50 dziennie.

Podstawową metodą leczniczą w Sanatorjum to tak dziś szeroko znana i uznana metoda higjeniczno-dietetyczna Brehmera i Dettweilera. Stałe używanie czystego górskiego powietrza, dobry i pożywny wikt, ścisłe i indywidualne ujęcie całokształtu życia

chorego, poddane stałemu nadzorowi lekarskiemu, oto jej główne wytyczne Z przebywania na wolnem powietrzu korzystają chorzy głównie pod formą werandowania już to na oddzielnych balkonach, już to na wspólnej werandzie zwróconej na południe. Obszerny park zakładowy zapewnia chorym możność spacerów i przechadzek w powietrzu czystem pozbawionem ulicznego kurzu i pyłu. Dobra kuchnia zapewnia chorym wikt smaczny i pożywny z możliwem uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i przyzwyczajeń. Ze specjalnych metod leczniczych wymieniamy na pierwszem miejscu sztuczną odmę opłucnową, która w Sanatorjum naszem ma szerokie zastosowanie. Chorych leczonych odmą w r. 1924 było 26, dopełnień wykonaliśmy ogółem 96, uwzględniając w tej cyfrze tylko chorych zakładowych z pominięciem chorych ambulatoryjnie tą metodą u nas leczonych. Z innych zabiegów stosujemy szeroko dożylne wlewania 10% roztworu wodnego chlorku wapna, a osiągnięte tą metodą wyniki lecznicze są istotnie zachęcające i pokrywają się w zupełności z wynikami podanemi przez prof. Sorgo. Leczenie lampą kwarcową, naświetlania słońcem, bywają w Zakładzie również w odpowiednich wypadkach stosowane. Za ważny czynnik leczniczy uważamy stosowane u naszych chorych codzienne wycierania całego ciała i klatki piersiowej wodą z dodatkiem soli i wyskoku. Bańki, kompresy, masaż, galwanizacja i faradyzacja bywają również w Zakładzie w odpowiednich przypadkach stosowane. Leczenie lekami stawiamy na ostatnim planie, uważając, że tak potężne czynniki lecznicze jak górskie powietrze, dobry wikt i sanatoryjny tryb życia, wystarczą same do uzyskania poprawy, o ile ona jest tylko osiągalną. W wypadkach koniecznych, dla zwalczania przykrych objawów choroby, stosujemy je odpowiednio do potrzeb.

Kończąc niniejszy wyciąg z naszego sprawozdania nadmieniamy, że szczegółowe warunki pobytu i przyjęcia do Sanatorjum zawarte są w prospekcie, który w załączeniu Sz. Redakcji przesyłamy, a który na żądanie wysyła w każdej chwili Zarząd Sanatorjum.

Dr. Kazimierz DADAJ, Kraków.
asystent klin. dziec. U. J. i Kierownik Schroniska.

Dziecięce Schronisko lecznicze Uniwersytetu Jagiellońskiego w Zakopanem.

Dziecięce Schronisko lecznicze U. J. dla dzieci chorych na gruźlicę zawdzięcza swoje powstanie Komitetowi książęco-biskupiemu dla ofiar dotkniętych klęską wojny.

Komitet ten w roku 1917 założył schronisko dla dzieci chorych na gruźlicę. Schronisko to mieściło się początkowo w jednej wynajętej na ten cel willi, potem w dwu. W roku 1918 Komitet książęco-biskupi zakupił jedną z wynajmowanych will, a mianowicie willę „Nosal“ na Bystrem.

W roku 1919 nastąpiła likwidacja Komitetu książęco-biskupiego i wtedy Komitet darował willę Nosal wraz z należącemi do niej parcelami i z całym inwentarzem Uniwersytetowi Jagiellońskiemu w Krakowie. Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego powierzył zarząd tym zakładem wybranemu przez siebie Kuratorjum, którego przewodniczącym jest po dziś dzień profesor Dr. Emil Godlewski (iunior).

Przez czas prowadzenia zakładu przez Komitet książęco-biskupi dzieci pochodziły przeważnie z ochronek i przyjmowane były bezpłatnie. Wszelkie koszta utrzymania i leczenia ponosił Komitet.

Po objęciu zakładu przez Uniwersytet Jagielloński stosunki te musiały się zmienić. Kuratorjum zakładu weszło w porozumienie z instytucjami społecznemi, które mają za zadanie także opiekę nad zdrowiem dziecka, a więc z Kasami chorych, zarządami miast, kasami zapomogowemi, towarzystwami opieki nad dzieckiem i t. p. Porozumienie to polegało na tem, że instytucje te zobowiązały się za leczone w zakładzie dzieci uiszczać opłatę w wysokości opłaty za III. klasę w szpitalach państwowych, z ewentualnym dodatkiem drożyźnianym, ze względu na wyższe ceny artykułów pierwszej potrzeby w Zakopanem; ten układ stanowi dotąd podstawę finansową zakładu.

Rodzaj schorzenia	Ilość dzieci	Ilość dni leczenia	Wyleczenie				Poprawa				Bez zmiany				Pogorszenie			
			Ilość dzieci	Dni leczenia	Dni lecz. 1 dz.	%	Ilość dzieci	Dni leczenia	Dni lecz. 1 dz.	%	Ilość dzieci	Dni leczenia	Dni lecz. 1 dz	%	Ilość dzieci	Dni leczenia	Dni lecz. 1 dz.	%
Gruźlica gruczołów chłonnych zewnętrz.	119	34819	75	28255	376	63	34	6018	177	28.6	8	274	34	6.7	2	272	136	1.7
Gruźlica gruczołów około-oskrzelowych	448	94862	170	51840	304	38	227	37127	163	50.7	43	4543	105	9 5	8	1352	169	1.8
Gruźlica płuc	186	32360	32	9269	289	17.2	113	18808	148	60.8	32	1898	59	17.2	9	2385	265	4.8
Gruźlica skóry	22	7666	16	6691	418	73	4	719	179	18	2	256	128	9	—	—	—	—
Gruźlica kości i stawów	98	34944	43.	20197	480	43	42	12468	296	43	9	1146	127	9	5	1133	222	5
Zapalenie wysiękowe opłucnej	36	6501	20	4282	214	55.6	12	2003	166	33.3	3	190	63	8.3	1	26	26	2.8
Zapalenie gruźlicze otrzewnej	4	586	2	255	127	50	1	60	60	25	—	—	—	—	1	271	271	2.5
Inne schorzenia nie gruźlicze	82	12116	53	9676	182	64.6	21	1863	88	25.6	8	577	72	9.8	—	—	—	—
Razem	995	223854	410	130465	318	41.2	454	79066	174	45.6	105	8581	84	10.66	26	5439	209	2.6

Liczba miejsc w zakładzie wynosi obecnie 100. Z tego 80 miejsc obsadzają instytucje, 10 miejsc przeznaczono dla dzieci, umieszczonych przez osoby prywatne, a 10 dla dzieci, za które nie ma kto płacić. Opłata wynosi obecnie (od 1. III. 1925) 3—4 złotych dziennie. 10 dzieci jest utrzymywanych bezpłatnie, a kilkoro korzysta z opłat zniżonych. Niedobory pokrywane są z nie zbyt wysokich subwencyj państwowych.

Przy zakładzie istnieje szkoła 2 klasowa z 6 oddziałami, która jest ekspozyturą szkoły 7 klasowej w Zakopanem. Szkoła ta ma prawa szkół powszechnych. Nauki udzielają dwie nauczycielki mianowane i opłacane przez Kuratorjum okręgu szkolnego. Naukę pobierają wszystkie dzieci, które lekarz uznaje za mogące się uczyć a więc także i te, które stale leżą w wyciągach.

Personal zakładu składa się z jednego lekarza stałego, którym jest asystent kliniki dziecięcej U. J. w Krakowie przydzielony do zakładu — lekarza chirurga — jako konsulenta, 7 osób pełniących obowiązki pielęgniarskie, gospodarcze i administracyjne i 15 osób służby niższej.

Lekarsko pozostaje zakład pod kierunkiem kliniki dziecięcej i kliniki chirurgicznej U. J. w Krakowie.

Do leczenia przyjmowane są dzieci obojga płci w wieku od 5—15 lat z całej Polski, chore na gruźlicę wszystkich narządów. Wyłączone od przyjęcia są dzieci z gruźlicą płuc, u których stwierdzono laseczniki w plwocinie, dzieci, których stan ogólny nie rokuje nadziei wyleczenia i dzieci, które, prócz gruźlicy, chore są na inne choroby udzielające się (n. p. jaglicze zapalenie spojówek, ostre choroby zakaźne i t. d.).

Wyniki leczenia uwidacznia podana tablica (Patrz str. 474).

Tablica ta obejmuje dzieci leczone i wypuszczone z zakładu od założenia do dnia 1. stycznia 1925 r. Dzieci leczonych w tym okresie było 995, dni leczenia 223.854. Przeciętny okres leczenia jednego dziecka wynosił 225 dni. Procent dzieci wyleczonych wynosił 41.2%, dzieci wypuszczonych z poprawą 45.6%. Jeżeli te dwie rubryki weźmiemy jako wyniki dodatnie, widzimy, że zakład przyniósł pomoc, a w wielu wypadkach uratował życie u 86.8% dzieci. Widzimy jednak, że, aby uzyskać wyleczenie, trzeba, aby okres pobytu dziecka był dość długi i wynosił przeciętnie 318 dni.

Osobnego wyjaśnienia wymagają rubryki „Bez zmiany" i „Pogorszenie".

Wypuszczono dzieci, których stan zdrowia podczas pobytu w zakładzie nie uległ zmianie 10.66%. Ale w tej grupie pomieszczone są zarówno dzieci, które nie nadawały się do leczenia, a musiały z innych powodów pozostać w zakładzie, jak i te które za krótki przeciąg czasu pozostawały w leczeniu. Wyraża się to też w tem, że czas przeciętny pobytu tych dzieci wynosił 84 dni.

W rubryce „Pogorszenie" wykazane są przeważnie te dzieci, które nie nadawały się do leczenia w tutejszym zakładzie, ale których nie można było — zwłaszcza w czasie wojny — umieścić w innych zakładach. Jeżeli przejdziemy tablicę według poszczególnych schorzeń, to widzimy, że największą ilość wyleczeń udało się uzyskać w gruźlicy błon surowiczych, gruczołów zewnętrznych i gruźlicy skóry.

Nadzwyczajne wyniki daje leczenie gruźlicy kręgosłupa. Na 6 dzieci leczonych na to schorzenie wypuszczono całkowicie wyleczonych 5, ale leczenie trwało 2—3 lat.

W zestawieniu można zauważyć, że niezbyt wielki procent dzieci chorych na gruźlicę płuc i gruczołów okołooskrzelowych uznano za wyleczony. Polega to na tem, że jako dzieci wyleczone policzono tylko te, o których można było otrzymać wiadomości, że stan ich zdrowia po powrocie do dawnego środowiska utrzymał się nadal dobry.

Zasadniczym środkiem leczniczym było stosowanie kąpieli słonecznych i powietrznych. Kąpiele słoneczne stosowano według ogólnie znanych prawideł na wolnem powietrzu, na całem ciele i to w ciągu całego roku, a więc i w zimie.

Leczenie chirurgiczne było o ile możności zachowawcze. Wszelkie opatrunki ustalające, wyciągi i t. d. były zakładane w ten sposób, aby promienie słoneczne miały dostęp do całego ciała.

Zakład nie posiada własnego przyrządu Roentgena, musiał więc korzystać, ograniczając się naturalnie do przypadków niezbędnych, z instytutu Roentgena w Zakopanem.

Pomieszczenie zakładu obecne okazało się nie zupełnie odpowiadające dzisiejszym wymogom, a także za szczupłe. Wobec tego Kuratorjum zakładu postanowiło wybudować nowy zakład, na gruntach dokupionych obok istniejącego już zakładu, któryby mógł pomieścić 200 dzieci. Budowę tego zakładu rozpoczęto w 1922 r. Podstawę finansową do rozpoczęcia budowy stanowiła subwencja państwowa, którą otrzymał Uniwersytet Jagielloński na ten cel od komisarjatu do walki z epidemjami na podstawie uchwały Sejmu Ustawodawczego. Fundusze dalsze uzyskano od instytucyj, które umieszczają dzieci w już istniejącym zakładzie, a które wpłacając oznaczone kwoty na budowę, zakupują w ten sposób miejsca w nowo budującym się zakładzie. Obecnie cena kupna 1 łóżka wynosi 4000 zł. Rząd Polski także w dalszym ciągu subwencjonuje budowę. Już w tym roku zostanie wykończony i oddany do użytku jeden pawilon, który pomieści 40 dzieci z gruźlicą t. zw. chirurgiczną, a także pracownie lekarskie, salę operacyjną i Roentgena.

Ukończenie całego zakładu będzie wymagało jeszcze dłuższego czasu.

Dr. ZAJKOWSKI. Smukał.

Krajowa lecznica dla płucno-chorych w Smukale.

Zakład tut. którego oficjalna nazwa obecnie brzmi: Krajowa Lecznica dla płucno-chorych w Smukale pod Bydgoszczą jest czynnym od 1904 r. Powstał za staraniem ówczesnego Prowincjonalnego Tow. ku zwalczaniu gruźlicy z siedzibą w Poznaniu i przeznaczony jest tylko dla płucno-chorych niewiast. Posiada miejsc 142. Przy Zakładzie jest osobny pawilon dziecięcy, zbudowany w latach 1912 - 1913, w którym pomieścić można 44 dzieci. Całym zakładem zarządza od 1. listopada 1924 r. Starostwo Krajowe w Poznaniu.

Urządzenie: Lecznica należy do typu zakładów ludowych i posiada przeważnie pokoje (sypialnie) wspólne. Urządzenie jest proste. Podłogi pokryte linoleum. Ogrzewanie częściowo centralne, częściowo za pomocą pieców kaflowych. Budynki skanalizowane. Odchody odprowadza się na pole irygacyjne. Niszczenie plwociny przeprowadza się w osobnym aparacie.

Przyjmowanie chorych: Potrzebne poprzedzające zgłoszenie z nadesłaniem opisu choroby. Kandydatkom wyznacza się terminy przyjazdu. Zależnie od zapełnienia zakładu i ilości zgłoszeń kandydatki czekają na przyjęcie dwa do trzy tygodnie. Przyjmuje się chore we wszystkich stadjach gruźlicy płucnej, uwzględniając jednak szczególnie sprawy początkowe, a wykluczając procesy wybitnie rozpadowe oraz poważne powikłania ze strony krtani i narządów trawienia. Chorych z przemijającą temperaturą gorączkową przyjmuje się zwykle na obserwację.

Leczenie: Stosuje się leczenie higjeniczno-dietetyczne (Brehmer-Dettweiler), leczenie specyficzne i leczenie chirurgiczne (pneumothorax).

Frekwencja: Od założenia zakładu do 1. stycznia br. przyjęto ogółem 11227 kuracjuszek. Procent t. zw. otwartej gruźlicy płucnej wynosił rocznie około 35. W roku 1924 ruch chorych był następujący:

miesiąc	pozostało	przybyło	odeszło		umarło	pozostało	dni leczenia
			z popr.	bez popr.			
styczeń		39	4	2	—	33	912
luty	33	11	10	2	1	31	895
marzec	31	21	15	3	—	34	1147
kwiecień	34	16	15	1	1	33	1029
maj	33	49	18	7	—	57	1590
czerwiec	57	63	20	4	—	96	2070
lipiec	96	62	33	7	—	118	3567
sierpień	118	81	58	1	—	140	3820
wrzesień	140	51	63	7	—	121	2921
październik	121	48	61	4	—	105	3629
listopad	105	54	27	7	—	125	3754
grudzień	125	45	53	21	—	97	3224
		540	377	66			28558

W zakładzie jest stale zajętych 2 lekarzy i 5 sióstr Czerwonego Krzyża z Poznania.

I. Polski Zjazd przeciwgruźliczy i IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich.

Program:

I. Polski Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925 r.

Porządek dzienny:

Sobota, 16 maja 1925.

1) Godzina 9·30: Otwarcie Zjazdu przeciwgruźliczego w sali wykładowej Kliniki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego ul. Kopernika 1, or. 15. — 2) Godzina 10: Otwarcie wystawy higjenicznej w domu Towarzystwa walki z gruźlicą, ul. Radziwiłłowska 1. or. 1. — 3) Od godziny 10·30 do 13: Obrady w domu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, ul. Radziwiłłowska 1. or. 4.

I. Temat główny: Klasyfikacja gruźlicy.

Referenci: Dr. S. Sterling, Łódź, Dr. S. Rudzki, Warszawa.

Referaty uzupełniające:

Dr. S. Keilson, Łódź: Postaci kliniczne suchot płucnych przewlekłych w roentgenogramie. — Dr. L. Rosenberg, Łódź: Postaci kliniczne suchot płucnych i zmiany w naczyniach włosowatych skóry. — Dr. A. Uryson, Łódź: Postaci kliniczne suchot płucnych i wahania w składzie surowicy krwi. — Dr. P. Wysocki, Kraków: O niespecyficznym charakterze zmian szczytowych wywołanych powiększeniem gruczołów wnękowych. Dyskusja.

4) Od godziny 15 do 20: Obrady w sali wykładowej Kliniki Medycznej Uniw. Jagiel.

II. Temat główny: Leczenie gruźlicy swoiste i chirurgiczne.

Referenci: Dr. K. Dłuski, Warszawa: O stosowaniu preparatów z lasecznika Kocha w gruźlicy dla celów rozpoznawczych ze stanowiska klinicznego. O sztucznej odmie. Prof. Dr. M. Rutkowski, Kraków: Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc.

Referaty uzupełniające:

Dr. Z. Szczepański, Warszawa: Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową. — Dr. H. Zawistowski, Kraków: Przebieg i wyniki leczenia 120 przypadków gruźlicy sztuczną odmą piersiową. — Dr. A. Tenenbaum, Łódź: Zator gazowy naczyniowy jako powikłanie odmy piersiowej sztucznej. — Dr. O. Sokołowski, Zakopane: Chemoterapja gruźlicy. — Dr. A. Kuczewski, Zakopane: Próba stosowania przeciwgruźliczej serowakcyny Shiga. — Dr. H. Karwowski, Zakopane: Leczenie gruźlicy energją promienistą. — Dr. A. Kuczewski, Zakopane: Leczenie gruźlicy klimatyczno-sanatoryjne. — Dr. S. Kopczyński, Warszawa: Szkoły-uzdrowiska. — Dr. Z. Dziembowski, Bydgoszcz: O chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc. Wskazania, technika operacyjna, wyniki. — Prof. Dr. Baurowicz, Kraków: Leczenie chirurgiczne gruźlicy górnych dróg oddechowych Dr. J. Spira, Kraków: Nowsze metody leczenia gruźlicy krtani. Dyskusja.

Niedziela, 17 maja 1925:

5) Od godziny 8 do 10: Zwiedzanie zakładów i urządzeń sanitarnych. — 6) Od godziny 10 do 13: Obrady w sali wykładowej Kliniki Medycznej Uniw. Jagiel.

III. Temat główny: Zasady społecznej walki z gruźlicą w Polsce.

Referent: Doc. Dr. T. Janiszewski, Kraków.

Referaty uzupełniające:

Prof Dr. P. Gantkowski, Poznań: Ubezpieczalnia społeczno krajowa Zachodniej Polski jako ważny czynnik społecznej walki z gruźlicą. — Dr. L. Gawenda, Mielec: Rola samorządu w społecznej walce z gruźlicą. — Dr. E. Bruner, Warszawa: W sprawie organizacji komitetu do walki z wilkiem w Polsce. — Dr. T. Gabryszewski, Zakopane: Sprawa ochrony społeczeństwa w Zakopanem przed chorymi na gruźlicę dla otoczenia niebezpieczną.

IV. Temat główny: Znaczenie społeczne przychodni w walce z gruźlicą.

Referent: Dr. K. Dąbrowski, Warszawa.

Referaty uzupełniające:

Dr. A. Margolisowa, Łódź: Rola przychodni w walce z gruźlicą dzieci wieku szkolnego. — Dr. M. Tomaszewska, Łódź: Rola przychodni w walce z gruźlicą chirurgiczną dzieci. Dyskusja.

Referat luźny:

Dr. T. Gabryszewski, Zakopane: Ze statystyki śmierci z gruźlicy w Zakopanem.

7) Od godziny 14 do 16: Zwiedzanie zakładów i urządzeń sanitarnych. — 8) Od godziny 16 do 18: W sali wykładowej Kliniki Medycznej Walne Zgromadzenie Związku przeciwgruźliczego z następującym porządkiem dziennym:

a) Organizacja terytorjalnych T-w przeciwgruźliczych,
b) Projekt normalnego statutu T-w przeciwgruźliczych,
c) Wybór stałego zarządu Związku przeciwgruźliczego.

9) Godzina 18: Zamknięcie zjazdu przeciwgruźliczego.

10) Godzina 21: Przyjęcie Członków Zjazdu przeciwgruźliczego i sanitarnego przez Prezydjum stoł. król. miasta Krakowa w salach „Starego Teatru" przy placu Szczepańskim l. or. 1. (Strój wieczorowy).

IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich

odbędzie się w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925 r.

Porządek dzienny.

Poniedziałek, dnia 18 maja 1925 r.

1) Od godziny 8 do 10: Zwiedzanie zakładów i urządzeń sanitarnych. — 2) Godzina 10: Otwarcie Zjazdu w sali wykładowej Kliniki Medycznej Uniw. Jagiel., ul. Kopernika l. or. 15. — 3) Od godziny 10 do 11: Obrady w Klinice Medycznej U. J.

I. Temat główny: Krótki zarys przebiegu najważniejszych spraw na ubiegłych Zjazdach lekarzy i działaczy sanitarnych.

Referent: Dr. W. Bogucki, Warszawa,

II. Temat główny: Organizacja pomocy lekarskiej i służby zdrowia w dzielnicy Małopolskiej.

Referent: Dr. S. Janikiewicz, Kraków. Dyskusja.

4) Od godziny 14 do 16: Zwiedzanie zakładów i urządzeń sanitarnych. — 5) Od godziny 16 do 19 obrady w Klinice Medycznej U. J.

III. Temat główny: Sprawa organizacyj sanitarnych w oświetleniu budżetów miast z r. 1924.

Referent: Dr. S. Tobiasz, Warszawa.

Referat uzupełniający:

Dr. J. Drewnowski, Łuck: Sprawa organizacyj sanitarnych w oświetleniu budżetów miasta Łucka w r. 1924 i 1925 oraz stan sanitarny miasta.

6) Godzina 19·30: Przedstawienie w Teatrze miejskim.

Wtorek, 19 maja 1925.

7) Od godziny 8 do 10: Zwiedzanie zakładów i urządzeń sanitarnych. — 8) Od godziny 10 do 13: Obrady w sali wykładowej Kliniki Medycznej Uniw. Jagiel.

IV. Temat główny, część I.:

Referenci: Dr. J. Budzińska-Tylicka, Warszawa: Opieka społeczna nad matką i dzieckiem. — Doc. Dr. W. Szenajch, Warszawa: Walka ze śmiertelnością niemowląt. — Dr. M. Gromski (tytułu nie nadesłano).

Referat uzupełniający:

Dr. A. Markowa, Kraków: Rola położnych w opiece nad dzieckiem i matką. Dyskusja.

9) Od godziny 14 do 16: Zwiedzanie zakładów i urządzeń sanitarnych. — 10) Od godziny 16 do 18: Obrady w sali wykładowej Kliniki Medycznej Uniw. Jagiel.

IV. Temat główny, część II.: Opieka lekarska nad szkołami powszechnemi.

Referenci: Dr. S. Kopczyński, Warszawa. Dr. M. Roszkowski, Warszawa. Dyskusja.

Referat luźny.

Inż. Puterman, Poznań: Najnowsze poglądy na budowę szpitali ogólnych.

11) Godzina 18: Zamknięcie Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich.

Komitet Organizacyjny obydwu Zjazdów zaprasza wszystkie Instytucje i Stowarzyszenia lekarskie, Instytucje zajmujące się stosunkami zdrowotnemi oraz wszystkich lekarzy i działaczy sanitarnych do wzięcia jak najliczniejszego udziału w obu Zjazdach, mających za cel omówienie tak piekących spraw natury ogólno-społecznej.

Komitet ogłasza dla informacji:

a) Uczestnicy Zjazdów zechcą się stawić w Klinice Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika l. or. 15, gdzie otrzymają za opłatą po 10 Zł od każdego Zjazdu:

1) Karty uczestnictwa, uprawniające do uzyskania 66% zniżki opłaty kolejowej za podróż powrotną koleją z Krakowa. Zniżka będzie udzielana przez krakowskie kasy kolejowe dopiero przy zakupnie powrotnego biletu podróży za okazaniem karty uczestnictwa.

2) Wszelkie inne druki odnoszące się do obrad Zjazdów, urządzeń sanitarnych miasta Krakowa itd.

b) Uczestnicy Zjazdów, którzy zamówili mieszkanie u Komitetu Organizacyjnego, otrzymają wskazówki od dyżurnych Komisji mieszkaniowej, urzędujących na dworcu osobowym kolei i w Klinice Medycznej U. J. (ul. Kopernika 15).

Komitet Organizacyjny uzyskał od Prezydjum miasta Krakowa zwolnienie uczestników Zjazdów od opłaty 40% podatku gminnego hotelowego.

c) Uczestnicy Zjazdów, którzy nie zamówili sobie mieszkania poprzednio, mogą się zgłaszać po przybyciu do Krakowa u dyżurnych Komisji mieszkaniowej Komitetu Organizacyjnego i to albo na Dworcu osobowym kolei, albo w Klinice Medycznej U. J. (ul. Kopernika 15), gdzie otrzymają w razie potrzeby asygnację na mieszkanie w kwaterach zbiorowych.

d) Zwiedzanie zakładów naukowo-lekarskich i urządzeń sanitarnych będzie się odbywało w dniach i godzinach w programie oznaczonych, już to pod przewodnictwem członków Komitetu Organizacyjnego, już też według własnego wyboru uczestników.

e) Projektowane są, o ile zgłosi się dostateczna ilość uczestników:

1) Po zakończeniu Zjazdu sanitarnego: zwiedzanie miejskich urządzeń kanalizacyjnych, wodociągu, Rzeźni z kafilerją, Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie itd., oraz wycieczka do Wieliczki;

2) Po zakończeniu Zjazdu przeciwgruźliczego: wycieczka do Rabki, Żegiestowa, Krynicy, Szczawnicy i Zakopanego. Przypuszczalny koszt od osoby do 100 Zł.

f) Co do czasu przemówień poszczególnych mowców na posiedzeniach ustalono następujące zasady: Dla referentów głównych najwyżej 45 minut, dla referatów uzupełniających i luźnych najwyżej 15 minut; w dyskusji można zabierać głos najwyżej dwa razy i to za pierwszym razem przez pięć minut, za drugim razem przez trzy minuty. Od tych postanowień nie można się od-

woływać do Ogólnego Zebrania. Dyskusja nad każdym tematem musi być wyczerpana na tem samem posiedzeniu.

Sekretarze: Prezes:
Dr. Tempka, Dr. Weinsberg. *Prof. Dr. W. Orłowski.*

Przegląd piśmiennictwa.

Zapiski lecznicze.

Przeciw **czkawce** zaleca Gause (D. M. W. 1925, Nr. 11) **jodek** potasu. Z pięcio-procentowego rozczynu dwa razy dziennie — w łyżce zupy — po dziesięć kropel. Tak samo zaleca przy grypie.

Vogel (M. m. W. 1925, Nr. 3) zaleca przeciw czkawce **pyramidon**, trzy razy dziennie po 30 cg.

Przy naciekach **salwarsanowych** (wprowadzenie środka do tkanki około-żylnej) radzi Dietel: zdjąć strzykawkę z igły, wylać salwarsan, starać się przyssać, ile się da, mylnie zdeponowanego środka z tkanki. Po tem — inną strzykawką — do tej tkanki wprowadzić 10 cm^3 roztworu fizjologicznego soli kuchennej, wyjałowionego; powstaje przy tem wygórowanie poduszkowate. Ból mija, następstwa dalsze są małe.

Przy **dychawicy oskrzelowej** radzą (M. m. W. 1923, Nr. 2) **naświetlanie śledziony**: trzy, nie więcej, seansy i to w przerwach długich. Po trzech naświetlaniach przerwa musi wynieść do 4 miesięcy.

Przy tem samem cierpieniu radzą (M. m. W. 1925, Nr. 3) stosowanie diatermji; płyty (wielkości 13:6 cm^2) w okolicy pachowej; płytę zwilżać spirytusem mydlanym; z początku seansy codzienne.

Przeciw **zgorzeli płuc** radzą (Wien. kl. W. 1925, Nr. 4) obok salwarsanu jeszcze wapń; salwarsan rozpuszczać w 10 procentowym roztworze *calci* i *chlorati* wyjałowionym.

Przy **bezmoczu** radzą (Centr. f. inn. Med. 1925, Nr. 2) stosować promienie Roentgena na okolicą nerek; ma to być działanie na naczynia nerek.

S. Sg.

Revue de Phtisiologie médico-sociale.

Nr. 1. Styczeń—luty. 1925.

Bernard Léon. **Wartość środków profilaksji społecznej przeciwgruźliczej.** Autor na podstawie dotychczasowych wyników osiągniętych przez kraje cywilizowane zastanawia się nad wartością dzisiejszego systemu społecznej walki z gruźlicą: Przychodnie, Sanatorja, Szpitale specjalne i Szpitale-sanatorja, ochrona przed zakażeniem dziecka i propaganda uświadamiająca. Przytacza szereg dat statystycznych: Anglja posiada dziś 475 przychodni, 24.031 łóżek w sanatorjach, 420 lekarzy *(tuberculosis officers)*. Zmniejszenie śmiertelności z gruźlicy płucnej za ostatnie 20-lecie wynosi 46%.

W Stanach Zjednoczonych 1900—1910 zmniejszyła się śmiertelność z gruźlicy o 15,5%, 1910—1920 o 32%. W New-Yorku 1907 na 10.000 mieszkańców śmiertelność 23,8, w 1921 10,6. Danja: na 3,289.183 mieszkańców 3.458 łóżek sanatoryjnych. Śmiertelność na *Tbc* 1922 9,5% na 10.000. Francja częściowo dzięki fundacji Rockefellera posiada w r. 1924, 508 przychodni, 55 sanatorjów z 6.022 łóżkami, pozatem sanatorja morskie łóżek 10.798, Prewentorja 5.000, szpitale-sanatorja 2.800, specjalne oddziały szpitalne 4.160 łóżek. Francja ma dziś około 65.290 chorych na gruźlicę. Od roku 1880 śmiertelność z 40 na 10.000 spada w roku 1923 na 23.

Autor stwierdza spadek gruźlicy w całym świecie cywilizowanym. Ten objaw tłumaczy wzmożenie ogólnej higjeny w całym świecie i to indywidualnej przez nauczanie i publicznej. Objaw owego ogólnego spadku gruźlicy objawia się nierównomiernie na całym świecie, tam, gdzie walka z gruźlicą jest zorganizowana n. p. Anglja, a w szczególności Danja, tam spadek ten jest znacznie szybszy. System dotychczasowy okazał się skutecznym, pierwsze miejsce w walce z gruźlicą ma przychodnia, dalej sanatorja, liczba łóżek sanatoryjnych i szpitalnych winna wynosić jednak tyle, ile przypadków śmierci w ciągu roku (n. p. Danja i Stany Zjednoczone), dalej ochrona dziecka i silna celowa propaganda.

A. Camino. **Gruźlica lokalna i ciąża.** Na podstawie 26 obserwowanych przypadków przychodzi autor do wniosku, że można zezwolić na ciążę kobiecie, która przebyła w dzieciństwie gruźlicę umiejscowioną poza płucami i wygojoną, a która w danej chwili niema gruźlicy czynnej płucnej.

R. Wolfsohn. **Wioski gruźliczych w Anglji.** Leczenie sanatoryjne jako środek społeczny walki z gruźlicą jest środkiem zupełnie niedostatecznym, gdyż chorzy, którzy się znakomicie nawet poprawili przy leczeniu sanatoryjnem zapadają na nowo wróciwszy do swoich zajęć i życia w nieodpowiednich warunkach.

Autor stwierdza, że:

1) Suchotnik niezależnie od formy swojej choroby nie jest zdolny wytrzymać konkurencji z osobnikiem zdrowym w walce o byt.

2. W przeważnej ilości przypadków, po odbyciu leczenia sanatoryjnego suchotnik zarobić na życie może jedynie w odpowiednich warunkach pracy.

3. Przy zastosowaniu środków społecznej walki należy jako jednostkę traktować całą rodzinę chorego, a nie jego samego.

Temu zaradzić starają się wioski gruźliczych założone w Anglji przez Varrier-Janes'a. W Papworth istnieje taka instytucja. Chorzy przyjmowani są najpierw do szpitala-sanatorjum. Po krótszym lub dłuższym pobycie zaczynają pracować w warstatach, hodowlach drobiu, nierogacizny, ogrodnictwie. Zarobek idzie na częściowe pokrycie kosztów utrzymania leczonego. Nawet chorzy z daleko posuniętemi zmianami pracują w łóżku lub przy łóżku. Jeżeli stan zdrowia zezwala i jeżeli chory może przez 6 godzin dziennie pracować staje się kolonistą. Może sprowadzić rodzinę zamieszkując w odpowiednio urządzonych mieszkaniach. Taki chory już zarabia na swoje życie i rodziny i może dalej w odpowiednich dla siebie warunkach żyć i pracować.

Takie same urządzenia znajdują się w Preston Hall (dla b. wojskowych), Aylesford, Kent i Barrowmore Hall (założone w r. 1920).

Artykuł jest ilustrowany licznemi fotografjami urządzeń.

Autor dowodzi cyfrowo, że urządzenia takie opłaciłyby się we Francji i nie kosztowałyby więcej, jak dzisiejsze wydatki na Sanatorja.

Węgrzynowski (Lwów).

Beiträge zur Klinik der Tuberculose.

T. LVII. Z. 2.

Somogyi. **Allergja przy gruźlicy skóry.** W przebiegu tocznia i zołzaka przewlekłego, mamy allergję prawie ujemną; przy toczniu rozsianym — słabą, przy tuberkulidach — mocną. W przebiegu tocznia i zołzaka powstałego w późnym wieku widzimy bardzo żywy odczyn ogniskowy.

Brünecke. **Czy współczesne korzystanie z próby opadania krwinek i zastrzykiwania tuberkuliny — podług Grafego i Reinweina — stanowi klinicznie pewny odczyn gruźliczy?** Autor zaprzecza wynikom otrzymanym przez G. i R. Nie mógł się przekonać o wpływie swoistym zastrzyknięcia tuberkuliny na przyśpieszenie opadania krwinek czerwonych — w przebiegu gruźlicy czynnej. Wnosi, że tą metodą nie można odróżnić gruźlicy czynnej i nieczynnej.

Winkler. **O korrelacji pomiędzy ogniskiem gruźliczem płucnem a obrazem klinicznym miejscowym i ogólnym.** Ogniska stwierdzone klinicznie mogą być zupełnie nieczynne, a jakieś małe ognisko niedostępne badaniu może się znajdować w okresie rozkwitu. Nie wszystkie ogniska w szczytach są natury gruźliczej; objawy uporczywie niemijające są zwykle zależne od gruźlicy. Tkanka otaczająca ognisko gruźlicze nie ulega zwykle zmianom swoistym anatomicznym, ale łatwo ulega szkodliwościom zarówno swoistym, jak i nieswoistym. Szczególne trudności rozpoznawcze przedstawiają nieżyty w tkance około-ogniskowej.

Autor dzieli przypadki gruźlicy płuc na cztery grupy:

1. Gruźlica płuc zamknięta, prawie bez objawów miejscowych; ognisko odgraniczone bliznami od oskrzeli.

2. Laseczniki w plwocinach bez wyraźnych zmian płucnych. Ognisko połączone z oskrzelami jest bardzo małe.

3. Przypadki gruźlicy względnie otwartej z typowemi zmianami w płucach.

4. Laseczniki w plwocinie stale, objawy płucne typowe. O postępie gruźlicy świadczy, jeśli po katarze nieswoistym mamy w plwocinach włókna elastyczne i krew.

S c h ü r m a n n. **Przebieg i postaci anatomiczne gruźlicy ludzkiej.** Omówienie podziału i teorji Rankego.

J u n k e r. **O związku łuszczycy z gruźlicą.** Autor przychyla się do poglądu szkoły francuskiej o powinowactwie między łuszczycą a gruźlicą.

B ü r g e r s. **Podstawy doświadczalne współczesnego lecznictwa gruźlicy.** Doświadczenia z zakresu chemoterapji gruźlicy z wynikiem ujemnym.

D e s A r t s. **Wyniki doskórnego szczepienia tuberkuliną i rokowanie w gruźlicy dziecięcej.** Na podstawie spostrzegania 37 przypadków gruźlicy prosówkowej i zapalenia opon gruźliczego dochodzi autor do wniosku, że wynik szczepienia niema wartości rokowniczej.

M ü l l e r. **Przyczynek do rozpoznawania różniczkowego jam płucnych u dzieci.** W dwu przypadkach nad przeciągniętą — przez sprawę bliznowacenia — tchawicą wysłuchano oddech dzbanowy i zmiany odgłosu opukowego Wintricha i rozpoznano mylnie jamę. Rozpoznanie sprostowano na podstawie wyników bronchoskopji.

F a l k. **Dzieci rodziców gruźliczych wobec zarazka gruźliczego.** Znaczna część osesków narażonych na zarażenie się od chorych rodziców — tego zarażenia unika. Dzieci rodziców na suchoty zmarłych ulegają w 100% zarażeniu. Przy gruźlicy matki zarażenie jest częstsze, aniżeli przy gruźlicy ojca.

S t a b b e. **O wartości odczynu dwu-azowego w przypadkach suchot płucnych.** Na podstawie spostrzegania 261 przypadków odmawia autor wartości temu odczynowi, zarówno przy rozpoznawaniu, jak i rokowaniu w gruźlicy płuc.

R e n n e b a u m. **Szybkość opadania ciałek czerwonych w przebiegu gruźlicy płuc dzieci.** Autor uznaje dużą wartość tej metody.

Z. 3.

F e l d t. **Krysolgan i zagadnienia gruźlicy.** Śmiertelnie działające dawki złota zależą — podług Reubnera — od porażenia naczyń włosowatych całego ciała; podług autora złoto działa jako katalizator; jako taki uszkadza kolloidy ciała, i tym sposobem wytwarza ciała białkowe pobudzające stan zapalny.

Na to zaczynowe działanie złota jest szczególnie wrażliwa tkanka gruźlicza; w ognisku gruźliczem przyśpiesza autolizę tkanek zmienionych i dzięki temu przepełnia ustrój wielkiemi ilościami toksycznych wytworów rozpadu komórek. Krysolgan sprzyja szybkiemu powstawaniu linji demarkacyjnej między tkanką zmienioną a zdrową. Na laseczniki Kocha zawarte w ognisku otorbionem nie działa.

Krysolgan działa nie parasito-tropowo, tylko nosotropowo Środek swoisty nie może tak w gruźlicy działać, jak salwarsan w przymiocie, ponieważ tkanka ziarniakowa przymiotu jest dobrze ukrwiona.

Z ö c k l e r. **Wartość opadania krwinek czerwonych przedstawiona graficznie.** Stan czynny lub nieczynny gruźlicy daje się tą metodą z wielkiem prawdopodobieństwem określić. Tą metodą określa się ściśle natężenie, »*intensitas*« choroby.

F ü r b r i n g e r. **Metoda leczenia tuberkuliną podług Ponndorfa.** Ocena krytyczna i niepochlebna.

R i n a. **Sztuczne pylice płuc drogą żylną wytworzone.** Autorowi udało się, wprowadzając zawiesinę węgla w oliwie do żył, wywołać tą drogą sztuczną pylicę płuc

G a l i. **Stosunek dusznicy oskrzelowej, wrzodu żołądka i hyperthyreosis do gruźlicy.** Wszystkie trzy cierpienia i łagodnie przebiegająca gruźlica zależą od typu konstytucyjnego zwanego *status thymico-lymphaticus*.

B e i t z k e. **Dlaczego przewlekła gruźlica płuc zaczyna się od szczytów?** W szczytach laseczniki najłatwiej się zatrzymują, ponieważ ta okolica płuc nie jest pokryta kostną klatką piersiową. Streszczenie dowodów znanych.

V ö l c k e r s. **Szybkość opadania krwinek czerwonych w rozpoznawaniu i rokowaniu gruźlicy dziecięcej.** Autor nie upatruje w tej metodzie badania, czynnika wzbogacającego metody kliniczne pedjatrji.

W e i s e. **Odczyn kłaczkowania surowicy krwi i szybkość opadania krwinek czerwonych.** Metoda kłaczkowania (podług Frischa i Starlingera) korzystnie dopełnia metodę szybkości opadania krwinek.

O s k e. **Szybkość opadania ciałek czerwonych i odczyn urochromogenowy.** Polecenie wykonywania i w praktyce prywatnej tych dwu odczynów dla oceny stanu i przebiegu gruźlicy.

Nr. 4.

R a f f a u f i L e n t r o d t. **Wpływ przymiotu na gruźlicę, wpływ salwarsanu na przymiot gruźlików.** Salwarsan należy stosować we wszystkich postaciach gruźlicy luetyków, prócz postaci wysiękowej. Być może, że salwarsan działa nietylko na przymiot, ale — w stopniu pewnym — i na gruźlicę, jako arszenik.

G ü n t h e r. **Rzut spraw chorobowych wewnętrznych, w szczególności gruźlicy płuc, na powierzchnię ciała.** Referat pełen szczegółów bez wszelkiego uogólnienia.

K r a e m e r. **Niweczniki jako przyczyna wrażliwości tuberkulinowej i odporności gruźliczej? Wyleczenie gruźlicy?** Artykuł polemiczny przeciw teorjom Seltera.

K ü h n. **Leczenie gruźlicy płuc przez wdychanie suchego węgla, wapna i kwasu krzemowego.** Wieloletnie wdychanie mieszaniny tych ciał pyłkich, pobudzając tworzenie się blizny i dostarczając na nią materjału, doprowadzić ma do wyleczenia gruźlicy płuc.

K r ö m e k e. **Gruźlica i poziom wapnia w surowicy krwi.** Wahania w zawartości jonów wapnia nie dały się ująć w jakąś stałą zależność od postaci zmian histologicznych swoistych w płucach.

F r e u n d i K e n s c h k e. **Szybkość opadania krwinek i zastrzykiwanie tuberkuliny.** Nie zgadzają się autorzy z wynikami Grafego i Reinweina; metoda ta nie daje możności odróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej.

S e i t l e r. **Zmiany obrazu krwi pod wpływem podrażnień nieswoistych w przebiegu gruźlicy płuc i ich znaczenie rokownicze.** 1. Jeśli po zastrzyknięciu pod skórę 1 cm^3 yatrenkazeiny chory nie reaguje nieznaczną zmianą obrazu krwi — to wolno mówić o rokowaniu pomyślnem.

2. Jeśli chory przy dobrym stanie ogólnym i wyraźnie czynnej sprawie swoistej reaguje przez zwiększenie ilości leukocytów i kwasochłonnych — przemawia to za rokowaniem pomyślnem.

3. Przy pozornie łagodnym przebiegu gruźlicy — brak zwiększenia leukocytów, a tem bardziej zmniejszenie kwasochłonnych — ostrzega przed optymizmem.

4. Brak odczynu, zmniejszenie się kwasochłonnych — przy obecności znacznych zmian w płucach — daje rokowanie niepomyślne.

S. Sg.

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Zarząd Izby Warszawsko-Białostockiej, w myśl uchwały Rady Izby z dnia 14. XII. 1924 r., wzywa kolegów do składania dobrowolnych ofiar na ufundowanie samolotu sanitarnego Izby Warszawsko-Białostockiej na konto czekowe w P. K. O. Nr. 10688.

Pisarz Izby: *I. Sochacki.* Za naczelnika Izby: *Wł. Jakowicki.*

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.

Obwód lubelski.

Wobec stałego niedotrzymywania przez Komisarza Rządowego Kasy chorych warunków umowy zawartej ze Związkiem Lekarzy, przewidywany jest w Lublinie w najbliższym czasie stan bezkontraktowy. Przestrzega się kolegów przed wchodzeniem w kontakt z zarządem Lubelskiej Powiatowej Kasy chorych bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy w Lublinie.

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Ob. lubelskiego.

Ulgi w zdrojowiskach dla lekarzy i ich rodzin.

	Lekarze		Rodziny		Uwagi
	Kuracja	Pobyt	Kuracja	Pobyt	
1. Busk	Zwolnienie od taksy. Bezpłatna kuracja.	Przejazd z Kielc 50% zniżki.	Zwolnienie od taksy. 50% upustu za zabiegi kuracyjne.	Przejazd z Kielc 50% zniżki. 15 pokojów po 5 w sezonie z upustem 50%. W restauracji 15 rodzin (po 5 w sezonie otrzyma 50% upustu.	Dyrekcja wystąpiła do Generaln. Dyr. Służby Zdr. o zupełnie bezpł. kurację. Nb. Ulgi przejazdowe mieszkaniowe i restauracyjne można otrzymywać za pośrednictwem Głównego Zarządu Związku Lekarzy.
2. Iwonicz	Taksa i kąpiele bezpłatnie.	Sezon I. i III. 50%. Sezon II. 25% na mieszkaniach.	Sezon I. i III. bezpłatna. Sezon II (20. VI. — 20 VIII.) ulgowa kuracja.	Taki sam jak dla lekarzy.	Cena za pokój z upustem 2—4·50 zł.
3. Krynica	Bezpłatna.	Na mieszkaniach i utrzymaniu zniżka 20%.	Zabiegi lecznicze z ustępstwem 50%, zwolnione.	Taki sam jak dla lekarzy.	
4. Miłowody	50% ustępstwa od kuracji.	15% ustępstwa od utrzymania.	Takie same ustępstwa.	Jak dla lekarzy.	Zakład otwarty cały rok przyjmuje tylko chrześcjan.
5. Nałęczów	Kąpiele żelaziste, wodolecznictwo, elektroterapja, bilety sezonowe i porady bezpłatne. Za inne zabiegi 25% upustu.		Na wszystkiem 25% upustu.		
6. Rabka	Bezpłatna.	W sezonie III. — 15 pokoi bezpłatnie.	50% ustępstwa (wyjątkowo także bezpłatnie). Taksa bezpłatna.	Taki sam jak dla lekarzy.	
7. Truskawiec	Bezpłatna.	Zniżki w mieszkaniach zakładowych.	Bezpłatna.	Zniżki w mieszkaniach zakładowych.	

Dr. Natan MILGROM. Radziechów (Małopolska).

O stosunkach sanitarnych na prowincji.

Z okazji I. Zjazdu przeciwgruźliczego i IV. Zjazdu sanitarnego przypominam moje artykuły o stosunkach sanitarnych na prowincji, ogłoszone w P. G. L. w r. 1923. (Nr. 9 zw. i 37), które do dnia dzisiejszego nie straciły na aktualności.

Celem zobrazowania poruszonych w tych artykułach spraw podaję dla przykładu krótki wyciąg z księgi pośmiertnej miasta powiatowego Radziechowa za rok 1923., w którym to roku byłem oglądaczem zwłok w tem mieście.

Ogółem zmarło 58 osób na 4.793 mieszkańców. Urodziło się 138 dzieci. W pierwszym miesiącu życia zmarło 11, w pierwszym roku życia 16 dzieci. Między 10. a 20 rokiem życia wyłączną przyczynę śmierci stanowiła gruźlica, między 20. a 30. rokiem życia na 3 zmarłych 2 zmarło na gruźlicę. Ogółem zmarło na gruźlicę 7 osób. Między 50. a 60 rokiem życia na 9 zmarłych, 4 zmarło na raka. 2 kobiety zmarły podczas porodu. Przy jednym z tych porodów była obecną egzaminowana położna (kobieta skrwawiła się wskutek pęknięcia żylaka wargi sromowej), przy drugim zaś nieegzaminowana babka (zaniedbane położenie poprzeczne i pęknięcie macicy. Rozumie się samo przez się, że taka pobieżna statystyka nie posiada znaczenia zasadniczego, lecz mimo to uważam, że liczby te wystarczają, aby wskazać na znaczną śmiertelność osesków, spustoszenia, jakie czyni gruźlica wśród osób, znajdujących się w sile wieku, na ważność wczesnego rozpoznawania i zwalczania raka i na potrzebę zwalczania plagi babek na prowincji.

Sprawy te omówiłem już dokładnie w wymienionych artykułach p. t. »W sprawie zwalczania chorób zakaźnych«, »W sprawie gruźlicy na prowincji« i »W sprawie akuszerek na prowincji«.

Spodziewam się, że wyżej wymienione Zjazdy uwzględnią w swych rezolucjach nietylko potrzeby większych miast i centrów przemysłowych, lecz również wsi i miasteczek, które są pod względem zdrowotnym zaniedbane.

W uznaniu doniosłości spraw będących tematem obrad I. Zjazdu przeciwgruźliczego i IV. Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Krakowie, przesyłamy uczestnikom obu Zjazdów serdeczne życzenia owocnej pracy i skutecznych jej wyników. Niewątpimy, że szlachetna myśl organizatorów tych Zjazdów będzie poważnym etapem na polu podniesienia zdrowia fizycznego społeczeństwa naszego.

Redakcja.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Uczestnicy I-go Zjazdu Przeciwgruźliczego i IV-go Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych miejskich otrzymają 66% zniżkę opłaty kolejowej za podróż powrotną z Krakowa. Zniżka będzie udzielana przez krakowskie kasy kolejowe dopiero przy zakupnie powrotnego biletu podróży za okazaniem karty uczestnictwa w Zjeździe«. — Prezydjum miasta Krakowa zwolniło uczestników obu Zjazdów od 40% hotelowego podatku gminnego.

Lwów.

»Z działalności Twa Walki z Gruźlicą we Lwowie«. W kwartale I-szym r. 1925 udzielono w Przychodni Twa Walki z Gruźlicą we Lwowie przy ul. Lindego 5., podczas 73 dni ordynacyjnych 1087 porad lekarskich, w tem leczono dawnych chorych 467, nowych 597. Zabiegów lekarskich wykonano ogółem 2746. Wywiadowczynie odwiedziły w domu 258 chorych. W laboratorjum wykonano 247 badań.

W Sanatorjum na Hołosku lèczono 28 chorych przez 1621 dni leczenia.

Czynnych lekarzy w Twie było 10. Obrót kasowy w tymże czasie wynosił 45.279 zł. 86 gr.

Łódź.

Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

W numerze 16. Szanownego pisma z dnia 39. IV. r. b. ukazał się artykuł zatytułowany »Zlikwidowanie zatargu cennikowego w łódzkiej Kasie chorych«. W artykule tym jest wzmianka niezgodna z prawdą, wobec tego proszę w myśl przepisów ustawy prasowej o umieszczenie następującego sprostowania:

Nieprawdą jest, że lekarze Kasy, czyniący starania celem uzyskania obywatelstwa polskiego, wezwani zostali do Centrali Kasy chorych przez dr. Kłuszyńskiego, gdzie zagrożono im, że w razie nieprzystąpienia do pracy w ciągu 24-ch godzin, mogą zostać natychmiast wysiedleni. Prawdą jednak jest, że ani żadnych rozmów nie miałem co do przystąpienia tych lekarzy do pracy, ani nie groziłem wysiedleniem, na dowód czego przedkładam odpisy deklaracyj, złożonych na moje ręce przez poniższych lekarzy:

1. Stwierdzam niniejszem, że p. dr. Kłuszyński podczas bezrobocia w Kasie chorych wysiedleniem mi nie groził. Łódź, dnia 17. IV. 1925 r. (—) *Dr. Trachtenberg.*

2. Niniejszem stwierdzam, że z Panem dr. Kłuszyńskim osobiście żadnych rozmów co do przystąpienia do pracy w Kasie chorych podczas bezrobocia lekarzy kasowych nie miałem i pogróżek co do wysiedlenia z kraju od niego osobiście nie słyszałem. Łódź, dnia 7. IV. 1925 r. (—) *Dr. Izosimow.*

Notatka zatem powyższa jest wyssana z palca.

Z koleżeńskiem pozdrowieniem:
Dr. H. Kłuszyński.

Ze świata.

Międzynarodowa Liga przeciwrakowa odbyła posiedzenie, na którem przewodniczący, Król Alfons, zawiadomił, że rząd hiszpański wstawił do budżetu na zwalczanie raka 600.000 pesetów.

Sprawa walki za i przeciw alkoholowi była przedmiotem obrad parlamentu niemieckiego w lutym b. r. Poseł socjalno-demokratyczny Müller z towarzyszami postawili wniosek »wzywa się rząd Rzeszy do bezwłocznego przedłożenia parlamentowi projektu ustawy o wyszynku alkoholu«. Wniosek ten upadł. Natomiast przeszedł wniosek niemieckiego narodowca Struchmanna, Westkarpa i towarzyszów »wzywa się rząd Rzeszy o możliwie bezwłoczne przedstawienie projektu ustawy o ochronie młodzieży przed alkoholem i poprawy sprawy koncesyj wyszynkowych«.

Statystyczne opracowanie doświadczeń wojennych z zakresu higjeny i ciężko chorych ma opracować rząd niemiecki na podstawie uchwał parlamentu niemieckiego.

Sprawą nadużyć w sprzedaży mleka, dostarczanego w naczyniach względnie we flaszkach, zajęło się niemieckie ministerstwo opieki społecznej przez wydanie specjalnego rozporządzenia. Badania wykazały bardzo częste zafałszowania mleka, przedewszystkiem przez rozcieńczenie wodą. Ilość suchej substancji była znacznie zmniejszona. Ministerstwo wystąpiło również bardzo ostro przeciw zobojętnianiu mleka celem zapobieżenia jego kwaśnieniu. Zobojętnianie to było dozwolone w Niemczech w czasie wojny celem zapobieżenia nędzy żywnościowej. Nie wolno dodawać do mleka wody utlenionej dla celów konserwowania mleka. Szereg zarządzeń ma na celu uchronienie ludności przed niesumiennym wyzyskiem ludności i szkodzeniem jej przez sprzedaż mniej wartościowych produktów.

Ustawa o wprowadzeniu czasu letniego była omawianą w angielskiej Izbie niższej, poczem odbyło się nad nią głosowanie. Ze strony kół lekarskich oraz posłów lekarzy oświadczono się za koniecznością wprowadzenia ustawowego czasu letniego, uzasadniając potrzebę jego względami higjenicznemi. Czas letni pozwoli ludności na korzystanie dłuższe z zbawiennego działania światła słonecznego oraz z odpoczynku w powietrzu świeżem. Ma to poważne znaczenie dla ludności, a także jeszcze w wyższym stopniu dla chorych. Przeciw wprowadzeniu ustawowego czasu letniego oświadczyli się samolubnie rolnicy. Mimo tego ustawa została uchwalona 289 głosami przeciw 63. W ten sposób rządy Francji, Belgji i Anglji wprowadziły czas letni. Rozpoczyna się on w nocy z 4 na 5 kwietnia. Natomiast w Niemczech nie udało się go wprowadzić z krótkowzrocznych względów, jak wyrażają się o tem lekarskie pisma niemieckie.

Instytut dla zwalczania choroby raka im. Wiktora Emanuela III. powstał w Medjolanie. Przeciętna liczba rakowych we Włoszech wynosi rocznie 25.000 chorych. W instytucie, oprócz badań naukowych, znajdą opiekę i leczenie chorzy. Na urządzenie jego złożono 10 miljonów. Dla rozszerzenia go zawiązał się komitet propagandy, do którego należy 8 towarzystw większych miast włoskich.

Niemiecki Zjazd lekarzy, poświęcony gruźlicy, ma się odbyć w Gdańsku od 24—17 maja b. r. Z okazji zjazdu ma być urządzona wystawa lekarskich przyrządów, narzędzi, książek, leków i t. p.

Śmiertelność z influency w Londynie wynosiła w styczniu i lutym 1925 roku 480 przypadków t. j. 649 na 1 miljon ludności rocznie.

Sprawa wzmożenia się liczby sztucznych poronień w Petersburgu była przedmiotem osobnego posiedzenia w tamtejszym Urzędzie zdrowia. Jak wiadomo, w Petersburgu na życzenie kobiet ciężarnych i za zgodą lekarzy rządowych można było dokonywać spędzania płodu w tamtejszych szpitalach miejskich. W następstwie tego liczba sztucznych poronień zaczęła gwałtownie wzrastać. Gdy jeszcze przed rokiem liczba poronień wynosiła miesięcznie 432, to obecnie dochodzi do 15000. W Moskwie wzmogła się również bardzo znacznie liczba poronień dozwolonych przez władze państwowe. W roku 1923 wynosiła ona 2030, w roku 1924 zaś 3.261.

Pierwszy Instytut Radio został otwarty w Bremie. Założył go ortopeda dr. Hertzell i narazie utrzymuje go ze środków prywatnych. Zadaniem jego jest badanie istoty radio. Specjalnem życzeniem założyciela są usiłowania wyzyskania radiotechnicznej aparatury dla lekarskich celów diagnostycznych.

Nr. 21. 24. maja 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Jan SZMURŁO, prof. otolaryngologji i kierownik kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego. Wilno.

Uwagi w sprawie wskazań leczniczych w przypadkach t. zw. polipów nosowo-gardłowych, albo włókniaków młodzieńczych. *(Fibroma Juvenile).*

Sprawa polipów nosowo-gardłowych nie przestaje ani na chwilę być aktualną w rynologji. Zajmują się nią zarówno chirurdzy, jak i laryngolodzy. W ciągu 15-tu lat ostatnich występowała ona kilkakrotnie na kongresach międzynarodowych, jako temat zasadniczy. W roku 1911 na międzynarodowym Kongresie rynolaryngologów w Berlinie referowali ją Moure, Jacques i Hellat w roku zaś 1922 ten sam temat był postawiony na czele obrad kongresu otolaryngologów francuskich i znalazł referentów w takich mistrzach francuskiej rynologji, jak Pierre Sebilau, Lannois-Laurens i wreszcie w marcu roku obecnego sprawę operacji polipów nosowo-gardłowych referował na Zjeździe laryngologów Niemiec Południowych prof. Brüggemann. Wiele punktów dotychczas niejasnych i spornych zostało w tej kwestji już obecnie wyjaśnionych. Mamy więc teraz ustalone już zdanie, dotyczące miejsca powstawania tych nowotworów, wiemy, jak należy zapatrywać się na dawniej często stosowane przedwstępne operacje w postaci całkowitej resekcji szczęki górnej; gruntownej ocenie i krytyce poddane zostały i inne operacje, jak rozcięcie boczne podniebienia miękkiego, jak dłutowanie podniebienia twardego i t. p. Inne zagadnienia czekają dotychczas na rozwiązanie. Do takich należy sprawa najtrudniejsza, sięgająca do sedna rzeczy: co powoduje powstawanie polipów nosowo-gardłowych i dla czego w ogromnej, przytłaczającej większości przypadków owe polipy młodzieńcze zjawiają się przeważnie u chłopców w okresie dojrzewania i przestają rosnąć z chwilą wejścia ich w okres dojrzałości, a więc około 25 roku życia. W tej sprawie pozostajemy wciąż w krainie mniej lub więcej dowcipnych hipotez (Bensch, Ferreri, Masini, Uchermann, Sebileau.)

Do takich wreszcie, zdaniem mojem, zagadnień nierozstrzygniętych w klinice polipów nosowo-gardłowych należy sprawa wyboru postępowania leczniczego w przypadkach polipów nosowo-gardłowych.

Wertując odnośną, nader bogatą literaturę w pierwszej chwili odnosi się wrażenie, jak gdyby sprawa ta została ostatecznie rozstrzygnięta na korzyść metody operacyjnej, a więc w razie polipa, wypełniejącego głównie jamę nosowo-gardłową usuwanie go ze strony gardła po ułatwieniu sobie do niego dostępu z tej strony; w razie zaś zajęcia przez guz jamy nosowej usunięcie go od strony nosa zapomocą rozszerzenia sobie do niego dostępu, czy to drogą operacji typu Moure'a, czy to operacji typu Denker'a. Takie przynajmniej zasadnicze metody postępowania zalecane są zarówno przez przedstawicieli francuskiej jak i niemieckiej rynologji. Jednałże nawet u przedstawicieli kierunku czysto chirurgicznego nie widzimy tej pewności, jaka ich jeszcze przed kilku latami cechowała. W rzeczywistości bowiem liczne przypadki śmierci, straszliwe, nieraz śmiertelne krwotoki podczas lub wkrótce po operacji zmuszają każdego rynologa do ostrożności do unikania zbyt pośpiesznej decyzji i zbyt szybkiego przystępowania do operacji. Kobyliński[1]) który zebrał największą, bo 285 przypadków wynoszącą, liczbę polipów nosowo-gardłowych określa śmiertelność na 9,5% wyłącznie w zależności od krwotoków podczas i po operacji. Z tego powodu niektóre kliniki, jak Erlangeńska i Heidelberska, jak to widać z przemówień Broch'a[2]) i Karola Bech'a na II-gim Zjeździe niemieckich laryngologów z południowego zachodu Niemiec zupełnie porzuciły drogę operacyjną. Broch z kliniki w Erlangen wyraźnie w swem przemówieniu stwierdza, że z powodu obfitych, prawie nie nadających się uniknąć krwotoków operacyjnych zaniechaliśmy operacji i obecnie próbujemy dać sobie radę z pomocą innych bardziej zachowawczych metod (leczenia)«. Gdybyż przy tem operacja tak niebezpieczna dla chorego zabezpieczała go od nawrotów. Niestety tak nie jest. Według obliczeń tegoż Kobylińskiego w 19,3% przypadków następują nawroty, nie mówiąc już o tem, że w wielu przypadkach, jak to wspomina Sebileau[3]) w swoim pięknym wykładzie o polipach nosowogardłowych na Kongresie otolaryngologów francuskich w roku 1922, trzeba operację przerwać niedokończoną ażeby ratować zagrożone krwotokiem życie chorego.

Wreszcie istnieje jeszcze trzecie nie mniejsze od poprzednich niebezpieczeństwo, o którem statystyki dyskretnie milczą. Mówię tu niebezpieczeństwie zakażenia pooperacyjnego. Jeden taki przypadek podałem do publicznej wiadomości w pracy ogłoszonej w roku 1923 pod tytułem: »O tak zwanych polipach nosowo-gardłowych i o ich leczeniu«[4]). Możliwość takiego zakażenia pośrednio wskazuje we wspomnianym wykładzie prof. Sebileau, mówiąc, że odnogi guza, które się znajdują w bezpośredniem połączeniu z jego częścią nosowo-gardłową są w istocie odnogami zakażonemi (infectes), że naokoło nich istnieje zawsze mniej lub więcej żywy odczyn zapalny, i że w ten sposób można objaśnić sobie powstawanie śluzowych polipów w jamach nosowych, jako następstwo nieżytu podtrzymywanego przez nowotór. Jeżeli więc odnogi guza są zakażone, prosty wniosek wynika stąd że w niektórych przypadkach operowanie ich może spowodować ogólne zakażenie *(sepsis)*, z całym zespołem towarzyszących mu objawów. Sprzyjają temu wszelkie przyczyny, sprawiające osłabienie i wyczerpanie ustroju i zmniejszające odporność w walce z zakażeniem. Do takich przyczyn przedewszystkiem zaliczyć należy częste i nieraz znaczne utraty krwi spostrzegane u cierpiących na polipy nosowo-gardłowe. Utraty te są przyczyną bardzo wybitnej niedokrwistości, którą u tego rodzaju chorych spotykamy. Doświadczenia Gärtner'a[5]) na królikach szczepionych hodowlami gronkowców po upustach krwi wykazały, że u tych królików daleko prędzej występowały ropnie niż u normalnych kontrolnych zwierząt. Obszar zajęty sprawą ropną u takich królików jest przytem znacznie większy. Z tego powodu Wolfsohn[5]) czyni słuszną uwagę, że należy być szczególnie ostrożnym na punkcie aseptyki we wszelkich operacjach, których się dokonywa u chorych, cierpiących na ciężką niedokrwistość. Jeżeli wszakże tej aseptyki jak to bywa w razie operacji w nosie, ze względów czysto technicznych nie możemy w należytej mierze przeprowadzić, jeżeli, prócz tego, mamy do czynienia z tkanką zakażoną, wtedy występowanie zakażeń wtórnych, spowodowanych operacją, musi należeć do zjawisk codziennych. Że się o takich zakażeniach i ich opłakanych następstwach później milczy, łatwo sobie objaśnić to możemy niechęcią lekarzy podawania do publicznej wiadomości przypadków niepomyślnych, chociaż takie spostrzeżenia często nas więcej nauczyć mogą, niż szereg spostrzeżeń o przebiegu pomyślnym.

Te uwagi skłaniają mnie do podzielenia się z ogółem Kolegów spostrzeżeniami przypadków polipów nosowo-gardłowych, operowanych z przebiegiem mniej lub więcej niepomyślnym.

W wyżej wspomnianej pracy opierałem się na ośmiu przypadkach polipów nosowogardłowych. Od tego czasu, a więc w ciągu lat dziesięciu, widziałem jeszcze 6 przypadków. Z tych cztery zasługują na uwagą pod względem swego przebiegu, dla tego pozwolę je sobie przytoczyć, a następ-

nie wyciągnąć z nich pewne wnioski w sprawie leczenia polipów nosowo-gardłowych.

Przypadek I. Chory D., uczeń 17-letni. Według słów ojca chłopiec od lat dwóch cierpi na zatkanie nosa, od pół roku nos jest całkowicie zatkany i chłopiec musi stale oddychać ustami, przyczem często występują obfite krwotoki nosowe, które w ostatnich czasach bardzo go wycieńczyły i osłabiły do tego stopnia, że uczyć się wcale nie może.

Badanie wykazało: chłopiec na swój wiek wysoki i nieźle zbudowany, ale bardzo blady. Nos: W obu jamach nosowych masa śluzu, muszle nosowe blade, obrzmiałe. Po stronie prawej w tylnej połowie dolnego przewodu widać guz barwy różowej dość twardy, krwawiący przy dotknięciu zgłębnikiem nosowym. W jamie nosowo-gardłowej widać ten sam guz, jak wypełnia całkowicie obie choany. Powierzchnia guza gładka, kulista. Rozpoznanie guza nie napotykało na żadne trudności. Mieliśmy do czynienia z włókniakiem młodzieńczym, bardzo mocno, według wszelkiego prawdopodobieństwa unaczynionym, o czem świadczyło obfite krwawienie przy najlżejszem dotknięciu guza. Zaproponowałem więc ojcu chłopca umieszczenie syna w klinice i leczenie go ze względu na łatwe krwawienia zapomocą elektrolizy, a następnie, kiedy krwawienie ustanie i stan chłopca poprawi się, usunięcie resztek nowotworu drogą operacji. Ojciec wszakże, wieśniak, w obawie wielkich kosztów, zaklinał mnie ażebym guz usunął jak najprędzej, gdyż środki jego są tak szczupłe, że na dłuższy czas syna zostawić w Warszawie nie może. Po namyśle przeto, stwierdziwszy jeszcze raz, że dostęp do guza jest dość łatwy i że uda się go prawdopodobnie usunąć odrazu, postanowiłem operować chłopca niezwłocznie, licząc nato, że używając znieczulenia miejscowego nowokaino-adrenalinowego, będę mógł krwawienie zmniejszyć i prędko opanować, jak to w kilku ostatnich przypadkach polipów nosowo-gardłowych spostrzegałem. Operacji dokonałem dnia następnego t. j. 19. IX. 1917 r. w znieczuleniu miejscowem metodą Denkera. Stworzywszy sobie dostęp szeroki do nowotworu który, jak się okazało, wychodził z uchyłka klinowo-sitowego i z przedniej powierzchni ciała kości klinowej udało mi się oddzielić go za pomocą mocnych nożyc nosowych i wielkiego konchotomu typu Hartmanna. W chwili wydobywania guza potok krwi zalał pole operacyjne, wypełniając całą jamę nosową i nosowo-gardłową. Po kilku minutach udało mi się krwotok szczelną tamponadą zatrzymać. Wobec słabego i częstego tętna i nadzwyczajnej bladości chorego zastrzyknąłem podskórnie 500 gramów roztworu fizjologicznego soli kuchennej i 2 gramy 10-procentowego oleju kamforowego wyjałowionego. Po zastrzyknięciu stan chorego poprawił się dość szybko.

22. IX. Chory czuje się nieźle. Ciepłota wieczorowa 37·5.

23. IX. Usunięcie tamponów bez krwawienia, ciepłota rano 37,5, wieczór 38.

24. IX. Chory skarży się na ból w prawem uchu. Prawa błona bębenkowa czerwona, naprężona. Po przekłuciu zjawił się wypływ ropny, niezbyt obfity, trwający dni dziesięć.

26. IX. Chory skarży się na ból w prawem kolanie, które jest mocno zaczerwienione, obrzmiałe, na dotyk bolesne. Ciepłota podniosła się do 39 wieczorem. Od tej chwili rozwinęło się ropne zapalenie stawu kolanowego przyczem gorączka nabrała typu posocznicowo-ropnicowego z wysokiemi wzniesieniami i gwałtownemi spadkami z towarzyszeniem obfitych potów. Chory przeniesiony został do kliniki chirurgicznej prof. Leśniowskiego. Pomimo zastrzyknięć surowicy wielowartościowej i autowakcynizacji, pomimo operacji, dokonanej przez prof. Leśniowskiego stan chorego stale się pogarszał. Po sześciu tygodniach chory gorączkujący w stanie prawie beznadziejnym, został zabrany przez ojca z kliniki do domu na wieś.

W przypadku tym u chłopca bardzo wycieńczonego krwotokami, operacja wycięcia polipa nosowo-gardłowego spowodowała nadzwyczaj obfity krwotok, co jeszcze bardziej osłabiło wątły i tak organizm, na takiem podłożu łatwo mogły się rozwinąć infekcje wtórne w postaci ropnego zapalenia ucha środkowego a następnie ropnego zapalenia kolana z zejściem niepomyślnem.

Przypadek II. Chory K., żołnierz lat 22 skarży się na zatkanie w nosie, zwłaszcza w prawej połowie, które stopniowo się rozwijając od ½ roku, w ostatnich czasach coraz bardziej mu dokucza. Badanie wykazuje: chory dobrze zbudowany i odżywiony. W tylnej części prawej jamy nosowej widać guz różowy, w górnej części zrosły z przegrodą. Za pośrednictwem rynoskopji tylnej widać guz różowy okrągły, wielkości śliwki francuskiej, zakrywający prawą choanę. Badanie palcem wykazuje, że mamy do czynienia z guzem okrągłym, dość twardym, przytwierdzającym się z boku do wyrostków skrzydłowych a w tylnej i górnej części wychodzący do trzonu kości klinowej. Krwawienie podczas palpacji bardzo nieznaczne.

4. II. 1924 r. Operacja. Ponieważ guz udawało się wyraźnie obejść palcem, ponieważ dalej krwawienie podczas badania było nieznaczne, co kazało przypuszczać że guz nie jest zbytnio bogaty w naczynia i krwawienie może być stosunkowo niewielkie, postanowiłem go usunąć zapomocą pętli gorącej po uprzednim dokładnem znieczuleniu i zanemizowaniu nosa i gardła górnego 20% rozczynem kokainy z adrenaliną, co mi się w istocie dość łatwo udało. W kilka minut po usunięciu guza zjawiło się krwawienie bardzo obfite, tak że trzeba było uciec się do tylnej tamponady. Przez ten czas chory stracił tak dużo krwi że tętno stało się nitkowate, wystąpiły nudności, wymioty, zimny pot. Pod wpływem zastrzyknięć kamfory oraz wprowadzenia pod skórę 600 cm³ rozczynu fizjologicznego soli kuchennej podniesienia i przewiązania kończyn, gorących butelek któremi chory został obłożony, tętno się poprawiło i chory poczuł się lepiej.

6. II. Usunięto tampony, poczem krwawienie powtórzyło się znowu bardzo obfite, co zmusiło do założenia nowego tamponu ze strony jamy nosowo-gardłowej.

Wieczorem ciepłota ciała podniosła się do 38,5. Następnego dnia zrana 37,8, wiecz. 38,7 chory dużo pije, skarży się na ból w uchu prawem.

26. II. Tampon wyjęto przy czem krwawienie się więcej nie powtórzyło, natomiast bóle w uchu się wzmogły. Błona bębenkowa okazała się mocno przekrwioną i wypukloną. Przekłucie dało obfitą krwawą wydzielinę która po dwóch dniach nabrała cechy ropnej. Ropienie trwało dwa tygodnie, poczem bez śladu przeszło.

W tym przypadku ogromny krwotok który wystąpił po operacji zmusił do dokonania tylnej tamponady, ta zaś ze swej strony stała się powodem ropnego zapalenia ucha środkowego z zejściem pomyślnem.

Przypadek III. Żołnierz 22-letni skarży się na utrudnione oddychanie nosem, które odczuwa od lat kilku, zwłaszcza znaczną przeszkodę chory odczuwa od 5-ciu miesięcy, po stronie prawej, która zupełnie nie przepuszcza powietrza.

Badanie wykazało: Chory dobrze zbudowany i nieźle odżywiany. W nosie po obu stronach widać ogromne przerosty muszel dolnych. W jamie nosowo-gardłowej widać zapomocą rynoskopji tylnej duży guz wypełniający jamę nosowogardłową po stronie prawej i zakrywający prawą choanę. Od tego guza do jamy nosowej idzie wyrostek dość długi, wypełniający tylną i środkową część przewodu nosowego prawego.

W celu ułatwienia sobie dostępu do guza postanowiłem przedewszystkiem po miejscowem znieczuleniu kokainą usunąć przerosłe muszle. Podczas operacji w dniu 21. VII. 1924 roku w prawej połowie wystąpił tak silny krwotok, że czemprędzej trzeba było zatamponować nos za pomocą szczelnej tamponady. Podczas wyjmowania tamponów po 48 godz. ponowny bardzo silny krwotok który zmusił do ponownego zatkania prawej połowy nosa. Taki sam krwotok powtórzył się jeszcze 28. VII. i 30. VII. co mnie skłoniło do przypuszczeń, czy nie mamy do czynienia ze zmniejszoną krzepliwością krwi. W istocie badanie krzepliwości krwi dokonane przez asystenta Kliniki dra Wąsowskiego wykazało jej krzepnienie zaledwie po 15 minutach. Stan chorego ciężki; chory gorączkuje, przyczem ciepłota waha się od 38,5 do 39, 5. Wreszcie krwawienie udało się opanować, tampony zostały usunięte, ciepłota opadła, chory wszakże pozostawał bardzo osłabiony i wycieńczony. Krzepliwość krwi pozostawała wielce opóźniona (20 minut). Wtedy postanowiłem w celu podniesienia krzepliwości zastosować naświetlania chorego promieniami Roentgena którego dokonał Dr. Wąsowski wspólnie z drem Mienickim. W istocie pod wpływem naświetlań krzepliwość krwi znacznie się podniosła, jednocześnie stan chorego począł się poprawiać, niedokrwistość zmniejszyła się, siły się wzmogły. Wtedy postanowiłem przystąpić do usunięcia polipa nosowo-gardłowego drogą operacyjną poprzednio zastosowawszy elektrolizę. Ponieważ pantostat dający możność użycia prądu o silniejszem natężeniu do 100 i wyżej miliamperów popsuł mi się, mogłem zastosować tylko prąd baterji o słabszem natężeniu nie przewyższającem 10 miliamperów, co nie prowadziło do celu. Po kilku próbach które dały słabe wyniki postanowiłem wyciąć guz, utorowawszy sobie doń drogę za pomocą operacji Denkera.

22. X. Pod miejscowym znieczuleniem zapomocą nowokainy z adrenaliną dokonałem operacji Denkera, przyczem dostęp do guza był bardzo wygodny. Za pomocą ostrej łyżki, nożyc i wielkiego konchotomu typu Hartmanna guz usunąłem, krwawienie podczas operacji było obfite, jakkolwiek nie zagrażające życiu. Po operacji ranę zatamponowałem i tampon został usunięty po 2 dobach bez krwawienia. Po 5-ciu dniach wystąpił ból w uchu prawem, i zaczerwienienie błony bębenkowej, bóle pod wpływem okładów rozgrzewających się uspokoiły, t° nie przewyższała 37·5, po siedmiu dniach nastąpiło ropienie z ucha które trwało w ciągu 3 tygodni z mniejszem lub większem natężeniem. Po 3-ch tygodniach ciepłota się podniosła do 38,5 wystąpiły bóle w wyrostku sutkowym, liczba leukocytów wzrosła do 15000 w 1 milim³. Przystąpiono do trepanacji wyrostka sutkowego który okazał się całkowicie rozmiękczonym, ściana i zatoka poprzeczna czerwona, zgrubiała pokryta ziarniną. W zatoce zakrzep. Podwiązano żyłę szyjną, zatokę otworzono szeroko i usunięto zakrzep.

Przebieg pooperacyjny z początku był nie pomyślny, ciepłota była wysoka (40°), tętno częste i dość słabe, po dwukrotnem wszakże zastrzyknięciu propidonu, t° spadła, rana zaczęła się oczyszczać i goić a stan ogólny chorego począł się poprawiać. W obecnej chwili chory jest w okresie doskonale przebiegającego zdrowienia.

W tym przypadku u chorego z przerostem małżowin dolnych i dotkniętego włókniakiem nosowo-gardłowym ze skłonnością do krwawień wycięcie dolnych muszel spowodowało kilkakrotne bardzo obfite krwotoki, które doprowadziły ustrój do ostatecznego wycieńczenia. Naświetlania promieniami »X«, odpowiednia dieta, żelazo i wzmocnienie odżywiania poprawiły stan chorego, jednakże pod wpływem nowej operacji usunięcia polipa młodzieńczego nastąpiło zakażenie pooperacyjne ucha środkowego prawego które rozszerzyło się na wyrostek sutkowy i zatokę poprzeczną. Dopiero operacja oraz wakcyny wprowadzone z zewnątrz podniosły sprawność ustroju, który ostatecznie choć z trudem wyszedł z walki zwycięsko.

Dla pełności obrazu pozwolę sobie w krótkości przytoczyć przypadek opisany w poprzedniej pracy o polipach nosowo-gardłowych.

Przypadek IV. Dotyczący 14-letniego chłopca, którego pierwszy raz widziałem w marcu 1909 roku. Chłopiec skarży się na zupełne zatkanie nosa i częste krwawienia, wygląda przytem blady i osłabiony, błony śluzowe blade, bezkrwiste. W lewej połowie nosa duży, czerwony z przodu widzialny guz: badanie palcem wykazuje w jamie nosowo-gardłowej guz dość twardy, wielkości orzecha włoskiego, wychodzący z tylnobocznej części tylnej ściany gardła. Wycięcie guza zapomocą zimnej pętli i nożyc nosowych po uprzednim zakokainowaniu. Podczas operacji i bezpośrednio po niej krwawienie stosunkowo nieznaczne, wskutek czego tamponadę zastosowałem dość luźną. W dwie godziny potem gwałtowny krwotok, który ustał po tylnej tamponadzie. Objawy zapadu zostały zwalczone drogą wlewań podskórnych soli kuchennej i zastrzyknięć podskórnych kamfory. Po 48-miu godzinach usunąłem tampony, ciepłota podniosła się do 38, zjawiły się bóle głowy. Nazajutrz t° 39,5 pod lewą żuchwą znaczne powiększenie gruczołów chłonnych. Następnego dnia ciepłota 40, dreszcze, poty, bredzenie. W tydzień wystąpiły objawy zapalenia septycznego w dolnym płacie prawego płuca a po czterech tygodniach zejście śmierlelne

W ten sposób na 16 przypadków polipów młodzieńczych nosowo-gardłowych w czterech czyli 25% miałem powikłanie pooperacyjne, z tych w dwóch przypadkach czyli w 12,5% z zejściem niepomyślnem.

Analiza szczegółowa opisanych przypadków zmusza do zwrócenia uwagi na następujące punkty:

1. Wiek chorego; Im młodszy jest wiek chorego, tem większe grozi mu niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego wskutek powikłania pooperacyjnego. Obaj chłopcy poniżej lat 18-tu zmarli; jeden z powodu septycznego zapalenia płuc, drugi wskutek septycznego zapalenia stawu kolanowego.

2. Częstość krwawień: Im częstsze i obfitsze są krwawienia i im większy jest stopień niedokrwistości danego osobnika wskutek owych krwawień tem większe grozi mu niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego. Najłagodniej przebiegało zakażenie pooperacyjne u chorego Kw-kiego miewającego przed operacją krwawienia b. nieznaczne, które się wcale nie odbiły na jego stanie ogólnym, natomiast w trzech pozostałych przypadkach, w których krwawienia doprowadziły ustroje chorych do ostatecznego wyniszczenia, przebieg pooperacyjny był bardzo ciężki, dwukrotnie zakończony śmiercią, a w trzecim przypadku ciężkiem zakażeniem ucha środkowego i zatoki poprzecznej.

Przechodząc teraz do wniosków ogólnych w sprawie polipów nosowo-gardłowych musimy stwierdzić, że guzy te aczkolwiek dobrotliwe są pod względem swej budowy, jednakże pod względem następstw, jakie dla ustroju powodują, bynajmniej za takie uchodzić nie mogą. Jak widzieliśmy dają one zejścia śmiertelne wskutek krwotoku albo wskutek septycznego zakażenia z powodu operacji w 22% przypadków, cyfra nie wiele mniejsza od wyników, jakie otrzymali z powodu operacji guzów złośliwych jamy nosowo-gardłowej, według Lenormant'a[7]), Krönlem i Wallas. Tak Krönlem, Schumacher mieli 4 śmierci na 31 operacyj, raków ust i gardła, w Vallas zaś 8 zejść śmiertelnych na 29 operacyj. Jeżeli do tego dodamy że w 19,3% przypadków, według Kobylińskiego następuje odnowienie guza, że w przeszło 10% przypadków, występuje mniej lub więcej złośliwe powikłanie zakażeniem pooperacyjnem, to musimy poddać rewizji nasze dotychczasowe postępowanie w przypadkach polipów młodzieńczych i starać się operować i ustalić wskazania i przeciwskazania co do zabiegów jakie należy przedsiębrać.

Na podstawie własnych 16-tu przypadków uważałbym za możliwe ustalić co następuje:

Chłopców poniżej lat 18-tu zwłaszcza wycieńczonych i osłabionych częstemi krwotokami z nosa operować nie wolno. Zniszczenie guzów w tych razach możliwe jest drogą elektrolizy, którą należy powtarzać 3 razy na tydzień używając prądów o natężeniu dochodzącym do 100 a nawet więcej miliamperów. Dopiero kiedy stan chorych się poprawi, można resztki zwykle z bardzo nieznacznem krwawieniem usunąć zapomocą zimnej pętli lub odpowiednich kleszczy. W tych razach należałoby również spróbować naświetlań radowych, które w przypadkach Aboulker'a (patrz wspomnianą pracę Sebilean) i innych dały doskonałe wyniki*).

3. **Operować można tylko młodzieńców powyżej lat 18-tu zupełnie zdrowych nie osłabionych krwotokami których krzepliwość pozostaje w granicach normy.**

4. Młodzieńcy powyżej lat 18-tu cierpiący na częste i obfite krwotoki powinni być poddani badaniu na krzepliwość krwi i w razie stwierdzenia krzepliwości zwolnionej powinni być leczeni naświetlaniem promieniami Roentgena oraz poddani kuracji wzmacniającej z dodatkiem soli żelaza i wapnia. Dopiero po poprawieniu stanu ogólnego chorych wolno przystąpić do operacji, którą winna wszakże poprzedzać elektroliza lub zastrzykiwanie do tkanki guza 90% alkoholu. W ten sposób uda się nam zniszczyć znaczną część naczyń krwionośnych i krwawienie podczas operacji doprowadzić do minimum. Co się tyczy samej operacji, to w zupełności należy uznać za słuszny pogląd Sebileau który żąda, ażeby przystępować do operacji, stworzywszy sobie do guza doskonały dostęp czy to od strony gardła czy też od strony nosa. Od strony gardła bardzo dobry dostęp wytwarzamy sobie, odciągając podniebienie miękkie całą siłą ku przodowi za pomocą odciągacza podniebiennego M. Schmidta lub Hoffmanna. Przecięcie podniebienia miękkiego w linji środkowej, jak to wielu chirurgów czyni w ogromnej większości przypadków jest zupełnie zbyteczne.

Ze strony nosa najlepszy dostęp stwarza operacja Moure'a i Denker'a. Pierwsza daje dostęp bardzo szeroki, ale pozostawia bliznę na twarzy. Druga połączona jest z pewnemi trudnościami spowodowanemi potrzebą odciągania skóry i mięśni warg i policzka. Ażeby dostęp był zupełnie dogodny, nie należy żałować kości, usunąć na znacznej przestrzeni wyrostek skroniowy kości szczękowej, tak żebyśmy łatwo widzieli guz i mogli go z łatwością dosięgnąć palcami. Do usunięcia najlepiej nadają się mocne kleszcze typu Jurasz'a Escat'a, Laurens'a oraz pętla mocna gorąca lub zimna zwłaszcza ta, którą zaleca Sebileau. Doskonałe są również duże i mocne konchotomy typu Hartmann'a któremi guz w całości lub w znacznej części odciąć możemy. Inne i. złożone operacje jak podana przez Partsch'a, Kocher'a i inn. pomimo zachęty ze strony Alonsa[8]) uważam za zbyteczne i nie dające się usprawiedliwić, gdyż nie stwarzają lepszego dostępu do guza od operacji Moure'a i Denker'a. Również za zbyteczne uważam podwiązanie jednej a nawet obu tętnic zewnętrznych jak to uczynił Alonso, w przypadkach bowiem, gdzie organizm już został wyniszczony krwotokami i gdzie istnieje groźba wielkiego krwotoku podczas operacji podwiązanie takie całkowicie krwotoku nie usunie, gdzie zaś krwawienie może być niewielkie bez podwiązania tembardziej obyć się można. Co do przypadku Alonsa zaznaczyć należy, że guz był jak to widać z mikrofotografji ubogi w naczynia i że tu bez podwiązania tętnic zewnętrznych prawdopodobnie krwawienie byłoby bardzo nie-

*) Od tej zasady ogólnej można zrobić wyjątek tylko w przypadkach włókniaków słabo unaczynionych spotykanych, jak twierdzi Sebileau, przeważnie u kobiet i zwanych przez niego febroidami. Włókniaki takie są nadzwyczaj twarde i bardzo nieznacznie krwawią podczas operacji. Opisali ją między innymi Ferreri, Alonso. O takich włókniakach wspomina Bilroth nazywając je »blutärmste Geschwülste«. Jeden taki przypadek u chłopca 14-letniego operowałem sam w roku 1917 nie mogę więc przyjąć poglądu Sebileau, że febroidy zdarzają się tylko u kobiet.

znaczne. Potwierdza to nasze przypuszczenie ta okoliczność że branie do badania kawałków guza, który był nadzwyczaj twardy, nie dawało wcale uwagi godnego krwawienia (przynajmniej autor zupełnie o krwawieniu nie wspomina).

Bardzo ważną jest sprawa znieczulania, od niej bowiem w znacznej mierze zależy wynik operacji. Za idealne znieczulenie uważać należy, kiedy chory zupełnie nie odczuwa bólu, kiedy znajduje się przytem w stanie uśpienia niezupełnego, tak że jest w możności odpluwać krew i nie dopuszcza jej do dróg oddechowych. Jednocześnie ważnem jest bardzo, ażeby napełnienie krwią guza i tkanek było jak najmniejsze. Do takiego wyniku możemy dojść tylko drogą znieczulenia mięszanego. W mojej klinice w przypadkach operacji w jamie nosowej i nosowo-gardłowej od niejakiego czasu stosujemy metodę mieszaną: na godzinę przed operacją zastrzykujemy choremu 1—2 cm morfiny: przed ułożeniem chorego na stole operacyjnym wlewamy choremu do kiszki stolcowej od 50 do 100 cm^3 stosownie do wieku, mieszanki eteru z oliwą w równych częściach i ułożywszy chorego na stole operacyjnym dajemy mu eteru dopóki nie zaśnie, co zwykle następuje bardzo szybko, poczem eter zupełnie odstawiamy, a następnie w okolicę cięcia i terenu operacyjnego zastrzykujemy około 20 cm^3 1% rozczynu nowokainy z adrenaliną Chorzy znieczuleni w ten sposób na ból nie reagują, odruchy ich są znacznie osłabione, lecz nie zniesione: krwawienie przytem bywa znacznie mniejsze aniżeli w zwykłem usypianiu bez miejscowego znieczulenia. Po operacji jamę nosową należy szczelnie zatamponować zapomocą tamponady tylnej nawet wówczas kiedy krwawienie podczas i bezpośrednio po operacji jest niewielkie. W ten sposób uda nam się uniknąć krwotoku następczego, nieraz bardzo mocnego, jak to się zdarzyło w dwóch moich przypadkach, co nie jest bez znaczenia dla dalszych losów chorego. Do tamponowania należy używać gazy jodoformowej lub vioformowej, których działanie hamujące rozwój bakterji niejednokrotnie miałem możność z całą pewnością stwierdzić. Taki tampon należy pozostawić 48 a nawet 72 godz w celu uniknięcia powtórnego krwawienia. W dalszym przebiegu pooperacyjnym nic więcej poza oczyszczaniem nosa i jamy nosowo-gardłowej zapomocą dwa razy dziennie powtarzanego spreju z wody utlenionej czynić nie potrzebujemy.

Piśmiennictwo.

1) Kobyliński. K woprosu o chirurgiczeskom leczeńji polipow osnowańja czerepa. Rozprawa doktorska 1907. — 2) Brock, Karl Beck: Verhandlungen der Versammlung der süddeutschen Aerzte. Würzburg. 1924 r. Folia Otolaryngologica Internat. Zentrbl. Band. 23 H. 1—3. — 3) Szmurło: O tak zwanych polipach nosowo-gardłowych i o ich leczeniu. Sébileau: Considérations sur les fibromes nasopharyngiens, Annales des maladies des oreilles du nez et du larynx. — 4) Gärtner: cyt. według Wolfsohna: Immunität, Immundiagnostik u. aktive Immunisierung im Dienste der chirurgie. Str. 57. — 5) Wolfsohn: loc. cit. str. 57 i 58. — 6) Cyt. według Lenomant: Précis de Pathologie Chirurgicale. Tome II. Str. 565.— Ferreri: Pathogénie des fibromes nasopharungiens. Arch. Internationales de Laryngologie. Sept.-Oct.-Nov.-Dec. 1911. — Allonso; Contribution à l'etude des fibromes du nasopharynx chez la femme. Acta Otolaryngologica Vol. VI. Fasc. 1—2.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI, asystent kliniki. Lwów.

Sympatektomja periarterjalna pod względem klinicznym *).

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Układ wegetatywny do ostatniej niemal doby stanowił dziedzinę w zupełności niedostępną dla leczenia operacyjnego. Był on bowiem dotychczas prawie że wyłączną domeną internistów i neurologów, którzy opracowali szczegółowo jego nadzwyczaj zawiłą a często dla nas niewytłumaczalną patologję. Objawy jednak ze strony układu wegetatywnego częstokroć wychodziły poza ramy wszystkiego tego, co w myśl naszych dzisiejszych w tej sprawie poglądów zgodnem by było z czynnością nerwu współczulnego i błędnego. I dopiero ostatnie dni że się tak wyrażę i nadzwyczajne wyniki jakie osiągnęli niektórzy autorowie (Jonnesco, Brüning, Kümmel. Kirschner) drogą zabiegów chirurgicznych na układzie wegetatywnym jak również i dane histologiczne, oparte na materjale, uzyskanym operacyjnie, zdają się stwarzać nowe podwaliny pod fizjologję względnie patologję układu wegetatywnego a w każdym razie przeczą temu ścisłemu czynnościowemu i anatomicznemu odgraniczeniu, jakie między układem nerwu współczulnego, a układem nerwu błędnego, według dotychczas obowiązującej tezy istnieć by miało.

Jeden z działów chirurgji układu wegetatywnego kształtującej się obecnie i skrzętnie opracowywanej, stanowi usuwanie przydanki naczyniowej a wraz z nią i włókien współczulnych okołotętniczych. Myśl tę wykorzystaną w celach leczniczych oparł o szersze teoretyczne podstawy i wprowadził do piśmiennictwa przed 10 laty (1914) Leriche pod nazwą sympatektomji periarterjalnej. A chociaż już przedtem spotykamy parę nazwisk, związanych z chirurgją układu współczulnego, to jednak zasługą Leriche'a jest należyte zarówno teoretyczne jak i kliniczne opracowanie podanej przez siebie metody. W czasach wojennych, jak to można wnosić z piśmiennictwa, o metodzie tej zapomniano prawie w zupełności i dopiero od czterech mniej więcej lat rozpoczęto ją stosować szerzej a zwłaszcza w Niemczech. I mimo, że dziś po nadzwyczaj obfitej ilości prac w tej kwestji poglądy nawet co do samej istoty sympatektomji nie zostały uzgodnione, to jednak na podstawie dużej liczby przypadków można już sobie wytworzyć pewne kryterja, odnoszące się do jej działania i następstw.

Co się tyczy spraw chorobowych w których wykonano sympatektomję sposobem Leriche'a, to może nawet wbrew intencjom samego autora skala jej stosowania była bardzo rozległa. I tak usuwano splot współczulny okołotętniczy przy zgorzeli na tle miażdżycy, cukrzycy, odmrożenia, w analogicznych stanach na tle nieznanych nam bliżej spraw infekcyjnych, toksycznych i spastycznych w zaburzeniach naczyniowych o najrozmaitszej etjologji jak przy chorobie Raynaud'a, we wrzodzie dziurawiącym stopy, przy *endarteritis obliterans iuvenilis,* w zarośnięciu tętnicy *(obliteratio),* po urazach przy bolu piekącym *(causalgia),* w chromaniu przestankowem, w erytromelalgji, przy bólach głowy o charakterze uporczywej migreny, w obrzękach po zaczopowaniu tętnicy, przy owrzodzeniach troficznych pochodzenia centralnego i obwodowego *(tabes, syringomyelia, paralysis inf.-spin., poliomyelitis, myelitis transversa,* schorzenie ogona końskiego, stany po laminektomji, neuralgje, zranienia nerwów i naczyń, postrzały), w akroparestezjach, w przykurczach odruchowych, przy bólach, obrzękach i owrzodzeniach kikutów poamputacyjnych, w ostrych obrzękach pourazowych z niedowładem czynnościowym kończyn, przy bólach o nieznanej przyczynie, w *keratitis neuroparalitica* w niektórych postaciach zaniku nerwu wzrokowego, w marskości sromu *(krausosis vulvae),* w całym szeregu schorzeń skórnych *(sclerodermia* względnie *sclerodactylia, dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, angiokeratosis, psoriasis, pruritus acrodermatitis atrophicans,* keloidy po oparzeniach, wrzody podudzia, wrzody po odmrożeniu, wrzody roentgenowskie, eczema na tle uszkodzenia nerwu), w przewlekłem zapaleniu szpiku kostnego, w słoniowaciźnie kończyny i narządów płciowych, przy złamaniach kości i gruźlicy chirurgicznej a wreszcie w pewnej modyfikacji przy ropnem zapaleniu pochewek ścięgnistych, przy ciężkich uszkodzeniach tkanek (zmiażdżenie i t. p.) i kontrakturze Dupuytrena — jako zabieg dodatkowy. (Leriche, Brüning, Küttner, Kappis, Duval, Ecot, Kirschner, Payer, Förster, Glatzel, Kreuter, Anschütz, Callander, Tete, Bardon, Cornat, Cristopher, Makai, Abadie, Veillet, Halstead, Philipowicz, Horn, Lemoine, Pels-Leusden, Platon, Enderlen, Stich, Matheis, Seifert, Läwen, Vencken, Guimy, Gundermann, Drevermann, Lick, Lehmann, Węgłowski, Strutyński, Szper, Witkowski, Milko, Sebestyén, Hahn, Ahrens).

Samo zestawienie powyższych stanów chorobowych, w których wykonano sympatektomję, każe nam przypuszczać

*) Na podstawie referatu wygłoszonego na XXI. Zjeździe Chirurgów polskich we Lwowie.

że wskazania do tejże nie są należycie wypracowane i że cała ta sprawa do dziś jeszcze stoi pod znakiem eksperymentów klinicznych. Niemożność bowiem należytego określenia fizjologji i następstw samego zabiegu, mimo obserwacji klinicznych i badań doświadczalnych, stanowi poważną przeszkodę w podaniu zarówno wskazań jak i przeciwwskazań do sympatektomji. Dotychczas bowiem wyosobniono zaledwie kilka stanów chorobowych, w których sympatektomja jest wyraźnie przeciwwskazana. Do tych należą daleko posunięta miażdżyca tętnic, zgorzel na tle cukrzycy lub zakrzepu, zmiany kiłowe naczyń, według niektórych zaś gruźlica chirurgiczna.

Odnośnie do sposobu wykonywania sympatektomji, to poza oryginalną metodą Leriche'a, polegającą jak wiadomo na okrężnem wycięciu manszetu z przydanki naczyniowej o długości 6—8 cm. niektórzy chirurgowie modyfikowali ten zabieg tak, iż skracali długość tego manszetu do 2—3 cm., przy daleko posuniętych zmianach miażdżycowych złuszczali go tylko do połowy obwodu tętnicy (Kreuter), inni wykonywali jej resekcję ażeby w ten sposób przerwać, anatomiczną ciągłość włókien współczulnych okołotętniczych, ostatnio wreszcie Ahrens pod nazwą sympatikolizy periarterjalnej poleca jedynie oddzielenie na tępo przydanki naczyniowej od błony środkowej *(tunica media)*, bez usuwania pierwszej. Sympatektomję wykonywano na dużych pniach naczyniowych jak tętnica udowa, biodrowa wspólna, podbrzuszna, tętnice: szyjna wspólna, zewnętrzna i wewnętrzna, tętnica podobojczykowa, pachowa i ramieniowa. Starano się w ten sposób doprowadzić do wybitnych zmian w krążeniu w obrębie terenu zaopatrywanego prawie że wyłącznie przez dane naczynie. Niekiedy powtarzano sympatektomję na tej samej tętnicy, w pewnych przypadkach kombinowano ją z neurolizą jakoteż przecięciem tylnych korzonków rdzenia (Martel, Robinau).

Jeśli chodzi o bezpośrednie następstwa samego zabiegu na odnośnem naczyniu to prawie wszyscy autorowie stwierdzają zgodnie skurcz tętnicy jakoteż niedokrewność i obniżenie ciepłoty w zakresie danej partji. Stan ten może się utrzymywać według różnych zapodań od 3—36 godzin, później zaś przychodzi okres właściwy leczniczemu działaniu sympatektomji t. j. okres rozszerzenia naczyń, dalej podmiotowo wyczuwalne i przedmiotowo stwierdzone przekrwienie i podwyżka ciepłoty o 1—3°. Kreuter jedynie stoi na stanowisku, że skurcz naczynia po zabiegu utrzymuje się stale a fakt lepszego ukrwienia po pewnym czasie odnosi do powstania krążenia obocznego. W tym okresie występuje często już znaczne polepszenie w podmiotowym stanie tych chorych, których cierpienie przebiega wśród intenzywnego bólu. Kwestja mechanizmu zwężania względnie rozszerzania się naczyń zarówno anatomicznie jak i czynnościowo nie jest dotychczas należycie wyjaśniona. Charakterystycznem jest, że prócz działania ściśle miejscowego ma występować i działanie ogólne jak znikanie ciężkich stanów podrażnienia całego systemu wegetatywnego (Lehman 1). W sprawach wrzodziejących znalazł Kappis znaczne zmniejszenie gronkowców i zupełne zniknięcie *bacill. pseudodyphter.*

W ostatnich miesiącach opisano cały szereg powikłań po sympatektomji, uważanej dotychczas za zabieg zupełnie niewinny i stosowany niekiedy masowo nawet bez wyraźnych wskazań. Powikłania te powstrzymały klinicystów w eksperymentowaniu sympatektomją na szeroką skalę, skłoniły ich do rewizji poglądów w tej sprawie i spowodowały ograniczenie wskazań. Przekonano się bowiem, że przy daleko posuniętej miażdżycy tętnic może przyjść nawet po kilkunastu dniach od chwili wykonania zabiegu do przebicia tętnicy w obrębie części odsłoniętej z przydanki naczyniowej i że w najlepszym razie zabieg pozornie dla chorego zupełnie niewinny może się skończyć podwiązaniem tętnicy względnie odjęciem kończyny. Według niektórych autorów zgorzel ścian tętnicy w odnośnem miejscu możnaby odnieść do zaburzeń odżywczych przy ogólnym niedorozwoju naczyń (Glatzel, Milko). W ostatnim czasie wysunięto znów kwestję zakażenia rany operacyjnej z sąsiednich otwartych dróg chłonnych, będących składnicami drobnoustrojów przy sprawach przebiegających z ropieniem na obwodzie (Kappis, Pels-Leusden, Drevermann, Bayer). Na tem tle przyjść może z jednej strony do nadżarcia ścian naczyń, z drugiej zaś strony ropień okołonaczyniowy może spowodować ucisk na daną tętnicę ze wszystkiemi jego następstwami. Mühsam i Unger wreszcie stwierdzili rzekomy tętniak w miejscu wykonania sympatektomji.

Wyniki ostateczne przedstawiają się bardzo różnolicie. Jedynie Leriche i Brüning rozporządzają pod tym względem pomyślnemi i trwałemi wynikami, co ich zdaniem mają zawdzięczać ścisłym wskazaniom do wykonania sympatektomji jak również i należytej technice. Inni autorowie są pod tym względem mniej szczęśliwi i statystyka tychże tylko w znikomej ilości notuje wyniki względnie trwałe, w olbrzymiej zaś ilości przypadków osiągano jedynie polepszenie przejściowe z częstemi nawrotami.

Przechodząc obecnie do materjału lwowskiej kliniki chirurgicznej postaram się zwrócić uwagę między innemi na te dane w zakresie sympatektomji, z któremi nie spotykałem się w odnośnem piśmiennictwie, jak również podkreślić pewne, stosowane przez nas zabiegi dodatkowe, mające wspomagać działanie usunięcia przydanki naczyniowej.

Skala wskazań do sympatektomji w naszych przypadkach nie była tak rozległą jak to uprawia szkoła niemiecka a zbliżałaby się raczej do szkoły francuskiej względnie do tezy Lerich'a, a więc ograniczała się do tych stanów, w których patogeneza wskazywała na pierwotne schorzenie naczyniowe lub obejmowała te przypadki, gdzie drogą poprawy krążenia spodziewano się usunąć dany stan chorobowy. Rozporządzamy w tym przypadku materjałem, doświadczeniem i obserwacją kliniczną, opierającą się na 25 przypadkach. I tak wykonano sympatektomję w chorobie Raynauda, we wrzodzie dziurawiącym stopy, w zgorzeli na tle miażdżycy, na tle zmian następowych po odmrożeniu, przy analogicznych stanach o podłożu zakaźnem, intoksykacyjnem, przy procesach o nieznanej dla nas przyczynie, przy wrzodach neurotroficznych na tle uszkodzenia dużych pni nerwowych, w twardzinie skóry, w stanach następowych po amputacji a wreszcie przy gruźlicy chirurgicznej.

Zanim przejdę do skreślenia wyników leczniczych, jakie tą drogą osiągnęliśmy, wspomnę jeszcze nieco o klinice sympatektomji, jako mającej pomimo tego czy innego efektu końcowego dla samej sprawy bardzo ważne znaczenie. I tak zwracaliśmy uwagę na:

a) stan i zmiany dużych pni naczyniowych w chwili wykonywania zabiegu (miażdżyca, zrosty z otoczeniem, nieprawidłowy przebieg, niedorozwój, stany zapalne pochewki naczyniowej) jakoteż bezpośrednio po jego ukończeniu,

b) zachowanie się i stan sąsiadujących gruczołów chłonnych i najbliższego otoczenia (powiększenie, ropienie, blizny)

c) przebieg pooperacyjny w zakresie miejsca, objętego danem schorzeniem jak i w samej ranie operacyjnej,

d) zmiany w obrębie terenu zaopatrywanego przez dane naczynie,

e) zmiany w podmiotowym stanie chorego,

f) efekt końcowy sympatektomji i trwałość jej skutków a wreszcie na pewne metody stosowane przez nas w ostatnim czasie w tych przypadkach, gdzie skutek sympatektomji z racji organicznych przyczyn prawie *a priori* skazany był na wynik ujemny.

Co się tyczy sposobu wykonywania sympatektomji to zgodnie z Lerichem wykonywaliśmy ją na dużych tętnicach, w naszej kazuistyce na ramieniowej i udowej jednostronnie, w jednym przypadku obustronnie, usuwając dokładnie przydankę na przestrzeni 8—10 cm.

Wszystkie zabiegi prócz jednego wykonano w znieczuleniu miejscowem przez obstrzykanie, jeśli chodziło o tętnicę ramieniową, w znieczuleniu lędźwiowo-krzyżowem Rodzińskiego, jeśli chodziło o tętnicę udową. Ten drugi sposób, zdaniem naszem, jest bardzo polecenia godny, z jednej bowiem strony skutkiem rozszerzenia naczyń łatwiejszem się staje dokładne usunięcie splotu współczulnego, z drugiej strony staje się widoczniejszym ewentualny efekt zabiegu

w postaci zwężenia, co w pewnych przypadkach może nam dać podstawę do rokowania o jego skuteczności zwłaszcza, że zwężenie obserwowaliśmy nawet w tych przypadkach gdzie oporność ścian naczyniowych wskazywała na rozwinięty proces miażdżycowy, nie mówiąc już o stanach kurczowych naczyń (angjospastycznych) na tle odruchowem czy innem, gdzie wykonanie zabiegu w ten właśnie sposób może mieć decydujące znaczenie dla jego powodzenia.

Co do zmian, jakie stwierdziliśmy w zakresie tętnic przy wykonaniu zabiegu, to w jednym przypadku obserwowaliśmy zrost tętnicy udowej z żyłą, w trzech przypadkach ściany tętnic były twarde w postaci sztywnych rur tak, że tętno słabo względnie wogóle nie było wyczuwalne. Bezpośrednio po usunięciu przydanki, zwykle do kilkunastu sekund, występowało wybitne zmniejszenie światła naczynia w większości przypadków prawie do połowy, w trzech wyżej cytowanych brak tego objawu a wśród nich u jednego osobnika z wybitnie dodatnim odczynem Wassermana, gdzie oględziny pośmiertne wykazały daleko posunięte zmiany kiłowe w układzie naczyniowym.

Omawiając w dalszym ciągu klinikę sympatektomji należy wspomnieć o zachowaniu się dróg chłonnych, których otwarcie przy procesach przebiegających z ropieniem na obwodzie może dać niepożądane powikłania. W naszej kazuistyce obserwowaliśmy dwukrotnie ropienie w obrębie rany operacyjnej, w jednym zaś przypadku gruźlicy chirurgicznej, gdzie skutkiem zserowacenia gruczołu okazała się w czasie zabiegu potrzeba usunięcia go, powstała *lymphorrhea*, utrzymującą się kilka tygodni. Powikłań innych nasze protokoły kliniczne nie notują.

Przejdę teraz do omówienia wyników leczniczych sympatektomji, które dla nas ze względów klinicznych muszą mieć pierwszorzędne znaczenie.

Jednym z bardzo charakterystycznych objawów, jakie w przeważającej ilości przypadków otrzymaliśmy, to ustanie względnie zmniejszenie intenzywności bólów, które przy sprawach odżywczych (troficznych), skurczowych lub zgorzelinowych stanowią dla chorego nieraz sedno cierpienia. Złagodzenie bólów występowało prawie stale w kilka do kilkunastu godzin po zabiegu, w dziesięciu przypadkach bóle ustąpiły na stałe, w niektórych powracały nawet w pierwotnem nasileniu zwłaszcza tam, gdzie szybko postępujące pogorszenie zakończyło się odjęciem kończyny (trzy przypadki w naszej statystyce). W każdym razie na podstawie naszych spostrzeżeń stwierdzić należy zgodnie z Lehmanem, że we współczulnym splocie okołonaczyniowym biegną włókna dośrodkowe, przewodzące podniety od zewnątrz. Przez usunięcie tych właśnie podniet dośrodkowych przychodzi niewątpliwie do polepszenia podmiotowego stanu chorych możliwe zaś że i do usunięcia odruchowego skurczu naczyniowego. Przejściowy często stan powyższych objawów należałoby odnieść do procesów wyrównawczych w zakresie przewodnictwa nerwowego, jakie zapewne muszą mieć miejsce zwłaszcza po tak subtelnym zabiegu pod względem anatomicznym, jakim jest sympatektomja.

Drugim bardzo charakterystycznym objawem jest podniesienie żywotności, obniżonej dotychczas, objawiające się szybkiem zmniejszeniem wydzieliny, oczyszczeniem rany, żywem początkowo bujaniem ziarniny i narastaniem naskórka, jeśli chodzi o zmiany odżywcze, a szybkiem odgraniczeniem, jeśli chodzi o sprawy zgorzelinowe. Przy daleko posuniętej miażdżycy zmian analogicznych nie obserwowaliśmy.

Z innych objawów, to zgodnie z naszem pojęciem o działaniu układu współczulnego, stwierdzaliśmy stale przekrwienie i podniesienie ciepłoty miejscowej prócz dwu przypadków, u jednego zaś osobnika z miażdżycą wykazano przedmiotowo po sympatektomji nawet obniżenie ciepłoty w stosunku do kończyny zdrowej.

Idąc dalej za wskazaniem Gundermanna zastosowaliśmy sympatektomję w 3-ch przyp. gruźlicy chirurgicznej, realizując w ten sposób myśl, podjętą przed trzema przeszło laty przez zmarłego asystenta naszej kliniki ś. p. Chomickiego, któremu nie danem już było zamiaru w czyn wprowadzić. Tu stwierdziliśmy w dwu przypadkach przejściowe polepszenie, w jednym zaś przy daleko posuniętem charłactwie i początkującej skrobjawicy zabieg nie dał żadnego wyniku.

Ogólnie więc oceniając sympatektomję na podstawie naszej kazuistyki i nie wdając się w bliższe jej teoretyczne uzasadnienie należy stwierdzić, że wskazania do tejże należałoby wyraźnie ograniczyć, stosując zabieg w tych przypadkach, gdzie można przypuścić zmiany neurotroficzne i angjospastyczne, przy sprawach zgorzelinowych wykonywać ją tam, gdzie badanie serca, tętna i ciśnienia krwi pozwoli nam stwierdzić stan przedmiażdżycowy, wyraźna bowiem miażdżyca skutkiem zwyrodnienia odnośnych włókien nerwowych *a priori* wyklucza ewentualny dodatni wynik, na co też zwrócił uwagę w jednej z ostatnich swoich prac Leriche, nie mówiąc już o wspomnianych poprzednio innych niebezpieczeństwach zabiegu.

Co się tyczy gruźlicy chirurgicznej, to na podstawie małej ilości przypadków obowiązujących wniosków wyprowadzić nie można, więcej jednak skłaniamy się do tego, że zabieg ten w tej chorobie niema przyszłości.

Na zakończenie chciałem jeszcze wspomnieć o jednym z naszych przypadków przy wrzodzie pięty, powstałym wskutek mechanicznego uszkodzenia nerwu kulszowego, gdzie po podniesieniu żywotności podłoża z pomocą sympatektomji i pobudzeniu bujania ziarniny wykonaliśmy epitelizację ubytku przez wstrzykiwanie gąszczu nabłonkowego sposobem Pels-Leusdena w modyfikacji Hilarowicza*). Sposób ten, jako znacznie skracający czas leczenia i znakomicie wspomagający wyniki działania sympatektomji, należałoby w tych przypadkach szczególnie polecić.

W ostatnich wreszcie czasach rozpoczęliśmy tam, gdzie sympatektomja zupełnie zawiodła a nawet stan pogorszyła (zgorzel palucha na tle miażdżycy) stosować proteinoterapję z bardzo dobrym wynikiem, wychodząc z założenia, że proteinoterapja ma obniżać napięcie układu współczulnego. Podawaliśmy śródmięśniowo mleko po 0,5 cm^3 w dawkach rosnących. Po pięciu dawkach stan chorego wybitnie się poprawił, bóle ustąpiły, szerząca się zgorzel palucha ograniczyła się do małego ubytku skórnego i chory uleczony opuścił klinikę.

Na podstawie własnej kazuistyki i piśmiennictwa ostatniej doby jedno należy stwierdzić, że kwestja sympatektomji nie jest sprawą zamkniętą. Oprzeć ją można jednak tylko na ścisłej obserwacji klinicznej, badania bowiem na zwierzętach, jak słusznie powiada Leriche i co potwierdzają doświadczenia Wojciechowskiego, Seiferta i Milko, nie dają żadnych obowiązujących wyników, system bowiem naczyniowo-ruchowy zwierząt i ludzi wykazuje tak daleko idące różnice, że z doświadczeń tych nie można wysnuwać obowiązujących wniosków.

Jeśli chodzi o przyszłość sympatektomji to zdaniem Leriche'a dermatologja otwiera przed nią szerokie horyzonty. Również niedomoga gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w okresie przedmiażdżycowym może stać się wdzięcznem polem do jej stosowania. I chociaż sympatektomja periaterjalna pod względem swych wyników nie stanowi w arsenale naszych środków pewnego remedjum, to jednak w niektórych rozpaczliwych przypadkach — jak powiada Latimer Callander — dała polepszenie mimo, iż nie znamy ani patogenezy odnośnego cierpienia ani też sposobu jej działania.

Należałoby jeszcze zaznaczyć, że do zabiegów mniej lub więcej zbliżonych do sympatektomji możnaby zaliczyć wstrzykiwanie alkoholu w przydankę naczyniową *(periarterial injections of alcohol)*, sposobem Handley'a i »*denudation artérielle*« Jabouley'a. Z polskich autorów Higier poważnie konkuruje z Leriche'm zarówno co do idei samego zabiegu jakoteż co do podania wskazań. Pierwszeństwo pomysłu (rok 1901) należy bezwzględnie przypisać Higierowi.

*) Polski Przegląd Chirurg. T. 3. z. 4. 1924 i Polska Gaz. lek. Nr. 47. 1924.

Piśmiennictwo.

1) Ahrens Zbl. f. Ch. 1925 Nr. 1. — 2) Bardon i Mathey. Cornat Journal de Chir. 1924 Nr. 3 t. 23 (ref.). — 3) Bayer. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 17. — 4) Brandenburg. Med. klin. 1924 Nr. 16. — 5) Brüning. Zbl. f. Ch. 1920 Nr. 48, 1921 Nr. 23, Arch. f. kl. Ch. 1921 t. 117, Med. klin. 1923 Nr. 20. — 6) Brüning i Forster. Zbl. f. Chir. 1923 Nr. 25. — 7) Brüning i Stahl. Klin. Wochenschr. 1923 Nr. 28. — 8) Chevassu. Bull. et mem. d. t. Soc. de Chir. 1923 Nr. 32. — 9) Drevermann. Münch. med. Woch. 1923 Nr. 45. — 10) Glaser. Med. Klin. 1924 Nr. 15. — 11) Glatzel. P. Gaz. lek. 1923 Nr. 28. — 12) Gundermann. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 9. — 13) Haberland. A. f. Kl. Ch. 1924 132/4. — 14) Hahn. Zbl. f. Ch. 1925 Nr. 1. — 12) Halstead i Cristopher. Journ. de Ch. 1923 t. 21 Nr. 6. — 16) Hartenberg. Presse médic. 1921 Nr. 93. — 17) Higier. P. Gaz. lek. 1922 Nr. 50 i 1923 Nr. 49. — 18) Hohlbaum. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Ch. 1923 t. 37/2. — 19) Horn. Zbl. f. Ch 1923 Nr. 21. — 20) Kappis. Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 52, 1923 Nr. 31. — 21) Kreuter. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 46,47. — 22) Kümmel. Jr. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 38. — 23) Latimer Gallander. Ann. of Surgery 1923 t. 77/1. — 24) Laven. Münch. med. W. 1924 Nr. 7, Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 35. — 25) Lehmann. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 16 — 26) Lehmann. E. Ann. of Surgery 1923 t. 77/1. — 27) Leriche. Presse méd. 1922 Nr. 102, Journ. de Ch. 1923 t. 22/4 (ref.) i 1924 t. 23/3 (ref.) Bull. et mém. d. l. Soc. de Ch. 19 3 Nr. 33. — 28) Leriche i Haour Presse méd. 1921 Nr. 86. — 29) Lick. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 9. — 30) Makai. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 25. — 31) Matheis. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 8. — 32) Milko. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 11a. — 33) Orzechowski. Medyc. społ. i dośw. 1924 t. 3, z. 3—4. — 34) Pels Leusden. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 6. — 35) Philipowicz. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 21. — 36) Rieder. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 31. — 37) Sebestyén. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 46. — 38) Seifert. Arch. f. Kl. Ch. 1922 t. 122/1. — 39) Singer. Med. Kl. 1923 Nr. 13. — 40) Sochański. Pol. Gaz. lek. 1923 Nr. 5. — 41) Staemmler. D. med. Woch. 1924 Nr. 15. — 42) Strutyński. Pol. Przegl. Ch. 1924 t. 3—4. — 43) Szper ibid. — 44) Tête. Jour. de Ch. 1923 t. 21, Nr. 4. — 45) Volkmann. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 18. — 46) Węgłowski. Pol. Przegl. Chir. 1924 t. 3/4. — 47) Wiedhopf. Bruns Beitr. 1924 t. 130/2. — 48) Witkowski. Pol. Przegl. Chir. 1924 t. 3/4. — 49) Wojciechowski. P. Gaz. lek. 1922 Nr. 42.

Z praktyki.

Dr. H. KRYSZEK. Łódź.

Cebulka ostrawki pomorskiej *).

W lecznictwie zaburzeń sercowych panuje pewna monotonja; lecznictwo sercowe sprowadza się przeważnie do naparstnicy, wymagającej, co prawda, indywidualnego, a dodajmy i niepewnego, dawkowania. Stąd — uprawnienie i bliższego poznania i stosowania cebulki ostrawki pomorskiej, *Scilla maritima*.

Rynek leczniczy jest wprawdzie obecnie zasypywany wielką ilością przetworów sercowych, którym, fabrykująca je firma przypisuje jak najskuteczniejsze działanie lecznicze; w istocie jednak wszystkie te leki, którym na imię legion, są, niezależnie od swej nazwy i postaci, odmianą dwóch zasadniczych typów: liści czerwonej naparstnicy i strofantyny.

O ile w naparstnicy posiadamy prototyp powolnie działającego leku, który daje przy systematycznem stosowaniu rękojmię leku skutecznego, o tyle są strofantyny prototypem leku szybko działającego, mogącego dać w odpowiednich przypadkach natychmiastowy, aczkolwiek zbyt często, przejściowy wynik. Z budowy farmakologicznej i sposobów zadziałania wynika już, że przetwory naparstnicowe nadają się przeważnie do stosowania wewnętrznego, strofantyny zaś — do wśródżylnego.

Cebula ostrawki pomorskiej, jest jednym z najstarszych leków, przekazanych nam przez historję medycyny, a bodaj czy nie najstarszym lekiem sercowym wogóle.

Cebula ostrawki pomorskiej, z rodziny liljowatych liliacea rośnie głównie w krajach położonych dookoła morza śródziemnego. Ongiś czczona, jako roślina święta, w specjalnej świątyni na Peluzji i głęboko poważana przez wiarę, jaką w nią pokładał Hippokrates, była cebula o. p. przez długie stulecia jednem z najznakomitszych *mucium incidens et resolvens*« i była nierozłącznym składnikiem »*acria diuretica*«, a więc tych leków, które, według starych farmakopej »przez swe szczególnie mocne działanie i zwiększenie wydzielania moczu od wszelkich innych leków się wyróżniają«.

Po tym okresie chwały środek ten został zapomniany i zaniedbany. W połowie XVI. stulecia (1534) spotykamy, podług słownika nazwisk zoologicznych i botanicznych Erazma Majewskiego (z roku 1898) polski termin cebula (względnie cebula) zamorska, ustalony przez Falimierza. Przywrócona do praw swoich zostaje cebula o. p. w połowie XVIII. stulecia przez van Swietena, reformatora wiedeńskiej szkoły klinicznej. Wnet poleca jednak whiteringę (1785) liście naparstnicy, jako lek przeciwko obrzękowi, wobec czego znowu zostaje zachwiana wiara w cebulę o. p. W każdym bądź razie jeszcze w połowie zeszłego stulecia oba te leki dorównują sobie w popularności. Ówczesna szkoła empiryczna nie miała wątpliwości, że skutek leczniczy przy stosowaniu obydwu tych leków był niezmiernie podobny.

Tu jednak znowu zaczyna się zmierzch *Scillae maritimae*. Badania doświadczalne były całkowicie poświęcone działaniu naparstnicy. Z drugiej zaś strony — spostrzegane objawy uboczne (mdłości, wymioty, zapalenia skóry) sprawiły, że lek ten znowu popadł w zapomnienie.

O leku tym nie znalazłem żadnej wzmianki w podręczniku Gottlieba i Meyera (z r. 1916); nie wspomina o nim i Poulsson w swej farmakologji. Pisek w swej terapji chorób serca i naczyń« z r. 1899, w krótkim ustępie, poświęconym Scillae powiada wprawdzie, »że jest może jednym z tych leków moczopędnych, które niesłusznie małe znajdują zastosowanie«; nadmienia jednak, że »najczęściej wszakże używa się octomiodu (*oxymel scillae*)«. Tak samo i Romberg w podręczniku chorób sercowych z r. 1921 wspomina tylko, że Mendel ten mało stosowany lek gorąco poleca.

To też w ostatnich czasach — za wyjątkiem Ameryki, częściowo i Anglji, w której przyjęła się nalewka cebulowa, *Tra acillae* — stosowana była Scilla co najwyżej, jako adiuvans w rozmaitych mieszankach moczopędnych, wykrztuśnych i wymiotnych, lub też, jako wspomniane już *Oxymel Scillae* lub *Acetum Scillae*. Lub też była stosowana, jako trucizna na szczury. Szczegół ten świadczy poniekąd o jej zaniedbaniu w lecznictwie; jest jednak biologicznie ciekawy ze względu na to, że właśnie szczury należą wyjątkowo do zwierząt odpornych na trujące działanie naparstnicy.

Mendel w r. 1918 był pierwszym, który świadomie i systematycznie stosował cebulę o. p. Opierając się na dobrych wynikach, osiąganych przy leczeniu, zwłaszcza tych przypadków, które były odporne na naparstnicę, stworzył on sobie teorję swoistego działania cebuli na fazę rozkurczową mięśnia sercowego.

Dla racjonalnego postawienia lecznictwa jest rzeczą niezbędną ustalenie części składowych danego leku i ilościowe jego składników czynnych. Obie te luki zostały ostatnio w znacznej mierze wypełnione. A więc obok wyodrębnionych glikozydów sercowych, jakimi są Scillitoksyna, bezkształtny, częściowo krystaliczny, gorzki proszek, wyodrębniony przez Mercka: Scillina, krystaliczna, w nieznacznych ilościach; Scillipikrina, o innem znowu zachowaniu się wobec kwasów, Scillaina, zbliżona do scillotoksyny; wreszcie ostatnio wyodrębniony czysty glikozyd, *Scillaren* — cebula o. p. zawiera jeszcze lewoskrętny wodan węgla, Sinistrynę, w dużych ilościach; z tego względu używa się po dziś dzień w Grecji Scillę dla celów fermentacyjnych. Poza wodanem węgla znajdują się w Scilla jeszcze ślady kofeiny i większe ilości śluzu, obok różnych lotnych, drażniących substancji; wreszcie duże ilości igieł krystalicznych, składających się ze szczawianu wapnia. Te właśnie substancje mogą być przyczyną nieprzyjemnych niekiedy ubocznych działań. W nowym przetworze, Scillikardynie, są składniki te usunięte.

Dla ilościowego mianowania najbardziej nadaje się scillaren. Już Mendel później Markwalder stwierdzili, że w 1 kg, suchej substancji ze świeżo spreparowanego *Bulbus Scillae* znajduje się 8.000 dawek żabich. Dla porównania = liście naparstnicy pochodzenia polskiego, zebrane i suszone według wskazówek Modrakowskiego i Sikorskiego

*) Według odczytu, wygłoszonego w Tow. lekarsklem łódzkiem w dn. 5. XI. 1924 r.

przez Mag. Klave (P. G. L. Nr. 26. r. 1923), zawierają w 1. kg. dawek żabich 2000. Pod żabią — dawką należy ozumieć czysto indywidualny, bezpośredni wskaźnik, który określa funkcję danego leku. Nie można wcale ze sobą porównywać tych 8 i 2 tysięcy żabich dawek. Okazało się bowiem, że czułość żab na wyciąg liści naparstnicy i różne czyste glikozydy nie przebiega równolegle (Modrakowski); może istnieć u jednych i tych samych żab n, p. zwiększona czułość wobec strofantyny, lub n. p. cebuli o. p., a zmniejszona wobec wyciągu liści naparstnicy. Z cyfr tych wynika jednak, że cebula o. p. zawiera glikozydy roślinne. Z metod stosowanych przy przeróbce rośliny, wynika m. i., że czynne w niej substancje są stosunkowo trwałe wobec metod suszenia i wyciągów; jak wiadomo, odwrotnie zachowuje się naparstnica.

Z wysokości miana żabiego nie wynika, oczywiście, wysokość dawki leczniczej w praktyce. Cloetta i jego szkoła oddawna, a Focke ostatnio zwracają uwagę na niewspółmierność, zachodzącą pomiędzy zdrowemi sercami zimnokrwistych, a chorem ludzkiem sercem. Doświadczenie na chorych ludziach poucza, że dla uzyskania wyniku leczniczego należy stosować cebulę o. p. w znacznie większych dawkach, niż naparstnicę.

Mendel wyróżnił w klinice te typy schorzeń sercowych, w których leczenie naparstnicowe, w umiejętnej dawce i postaci stosowane, nie odnosiło skutku leczniczego. Przy tej analizie należy wykluczyć, oczywiście, te przypadki, w których schorzenie mięśnia sercowego jest tak dalece posunięte, że wystąpienie jakiejkolwiekbądź poprawy pod wpływem środków farmakologicznych jest z góry wykluczone.

Pomimo wielu opracowanych prób czynnościowych sprawności serca, najpewniejszą pozostaje, zwłaszcza u łoża chorego, szczegółowo zebrany wywiad i wyraz każdorazowego przystosowania się do danych warunków.

Uderza jednak, że w pewnych, dość określonych, zaburzeniach wyrównania działanie naparstnicy zawodzi — pomimo pierwotnego zdania Mendla zawodzi w nich częstokroć i cebula o. p.

Do takich zaburzeń wyrównania należą: niedomykalność zastawek tętnicy głównej, ciężki stopień zwężenia zastawki dwudzielnej i niedomoga mięśnia sercowego przy rozedmie płuc, przy skrzywieniu kręgosłupa. Wyjaśnienia sprowadzają się do ogólnikowych tez, w rodzaju wspomnianego już wyżej obniżenia siły mięśniowej serca, lub odosobnionej niedomogi bądź lewej, bądź prawej komory.

Pod innym nieco kątem widzenia chce w tych przypadkach właśnie stosować cebulę o. p. Mendel. Sprowadza on działanie cebuli do wydatnego zadziałania na fazę rozkurczową, na jej pogłębienie i przedłużenie. Jenny wykazał elektrokardjograficznie wzmocnienie skurczu przedsionkowego (powiększenie fali przedskurczowej) pod wpływem cebuli o. p. Zaś Grünwald stwierdził, że dodanie do płynu Ringerowskiego wapnia, który wzmacnia działanie n. p. strofantyny, pozostaje bez wpływu na Scillaren (wapń, jak wiadomo, jest uczulaczem układu współczulnego, pod wpływem, którego znajduje się faza skurczowa, podczas gdy potas panuje nad fazą rozkurczową). Wynika z tego bądź co bądź, że nie wszystkie ciała o »charakterze naparstnicowym« wolno jednakowo traktować.

Od przeszło dwu lat stosujemy na oddziale szpitalnym cebulę o. p. Stosowaliśmy ją w 28 przypadkach; pozatem w blisko 15 przypadkach stosowaliśmy ją i poza szpitalem, częstokroć z kontrolą szpitalną. Przypadki szpitalne składały się z niedomykalności zastawek tętnicy głównej — sześć; przyczem cztery z pierwszem niewyrównaniem, dwa z powtórnem; połowę przypadków (3) stanowiły niedomykalności na tle kiłowem; 10 przypadków schorzeń zastawki dwudzielnej, z których w sześciu przeważała, względnie występowała wyłącznie sprawa zwężeniowa; sześć przypadków schorzenia mięśnia sercowego przy rozedmie płuc; pięć przypadków schorzenia mięśnia sercowego na tle miażdżycy; jeden przypadek — przy skrzywieniu kręgosłupa. W 19 przypadkach chorzy wyszli ze szpitala z poprawą, wyrównani.

Omijając w tem miejscu przytaczanie poszczególnych historji chorobowych, podajemy sposób postępowania i uczynione przytem spostrzeżenia:

1. stosowaliśmy cebulę o. p. w opłatkach, jako *Pulv. bulb. Scillae* po 0.3 trzy razy dziennie. Od naparu, po krótkim czasie prób, odstąpiliśmy;

2. u chorych naszych, przed zastosowaniem cebuli o. p. wyczekiwaliśmy przez dwa dni działania wypoczynku, łóżka i diety, stosując lek obojętny. Chyba, że ciężkość schorzenia wymagała natychmiastowej interwencji. W tych przypadkach stosowaliśmy, współcześnie novasurol ze strofantyną; po usunięciu groźnych dla życia objawów przechodziliśmy do cebuli o. p.;

3. w dwóch zaledwie przypadkach słyszeliśmy od chorych o dolegliwościach żołądkowych, jak mdłościach, odbijaniach, gorzkim smaku w ustach; w przypadkach tych odstawiliśmy cebulę o. p.;

4. w dwa, do trzech dni po zastosowaniu cebuli o. p. spostrzegaliśmy zwiększoną diurezę, a częstokroć i zwolnienie tętna. Przypadki, które w ten sposób nie reagowały, z góry zaliczaliśmy do dających ciężkie rokowanie;

5. po 10—14 dniach spostrzegaliśmy w większości przypadków, aczkolwiek często nieznaczne zwiększenie amplitudy ciśnień (*Pressio pulsus*); nie dotyczyło ono przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Ten sam objaw spostrzegaliśmy jednak w tym samym stosunku i w przypadkach stosowania naparstnicy;

6. w odróżnieniu od innych autorów nie spostrzegaliśmy w przypadkach wyraźnej poprawy krążenia podniesienia ciśnienia skurczowego. Widocznie pewną rolę odgrywają w tych przypadkach, analogicznie zresztą do naparstnicy, wpływy naczyniowe (naczynia nerek, jelit i t. p.);

7. stosunkowo najkorzystniejsze wyniki osiągaliśmy w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego wskutek rozedmy i w schorzeniach tętnicy głównej.

8. z ilością stosowanej cebuli dochodziliśmy do 1,20—1,50, stosując codziennie 3 razy po 0.3; poczem, dla utrwalenia osiągniętego wyniku, stosowaliśmy tygodniami, a nieraz i miesiącami dawki 2 razy dziennie po 0.3; niekiedy raz dziennie;

9. ani razu nie spostrzegaliśmy objawów działania zbiorowego (kumulacje);

10. w żadnym przypadku kontrola moczu nie wykazała objawów podrażnienia nerkowego;

11. wreszcie, w ostatnich czasach zaczęliśmy stosować kombinowane leczenie Scillo-Chinidynowe w przypadkach niemiarowości stałej (*A. perpetua*), towarzyszącej zwyrodnieniu mięśnia sercowego. Mackenzie niejednokrotnie tę metodę w tej najczęstszej zresztą postaci niemiarowości zachwalał. Niewielka ilość dotychczasowych spostrzeżeń wydaje się być zachęcającą.

Dr. Józef BRATTER. Lwów.

Uwagi o nowoczesnem leczeniu ostrych chorób zakaźnych.

Pawilony zakaźne.
Prymarjusz: Dr. W. Arnold.

Niektóre zdobycze nowoczesnej terapji może za prędko zostały spopularyzowane. Zdarzało nam się nieraz, że rodzina przywiózłszy przypadek płonicy, prosiła o natychmiastowe wykonanie »zastrzykiwania« (rozumiejąc przez to wyrażenie zastrzyk surowicy). Jeden z kolegów-praktyków zapewniał mię, znów, że w każdym przypadku szkarlatyny »wali« propidon; a autohemoterapja ma już wcale poważny urok w praktyce prywatnej.

Nie od rzeczy zatem będzie, jeśli przy zestawieniu naszej statystyki za ostatnie półrocze podamy i nasze wyniki odnoszące się do sero-bakterjo- i proteinoterapji.

Od 1. XI. 1924 do 1. V. 1925 leczono u nas zwyż 500 przypadków; z tego przypada na płonicę 228, na dur brzuszny 85, dur plamisty 16, reszta na błonicę, czerwonkę, wiatrówkę, zapalenie opon mózgowych nagminne i t. d.

Z góry muszę zaznaczyć, że leczenie w większości przypadków nie było »modne«, daje się ono wyrazić trzema terminami: odżywianie, kąpiel, *cardiaca*. Nawet przy nagminnem zapaleniu opon nie stosowano u nas surowicy, przyjętej gdzieindziej za ściśle swoistą i niezawodną; kąpiel gorąca (32—33° C°) i 10% maść guajakolowa (leczenie napotne Arnolda) dały nam wyniki niegorsze, niż innym leczenie surowicą.

Co się tyczy płonicy, to na 228 chorych mieliśmy 9 przypadków śmierci; rzecz dziwna, może raczej smutna, że pięć z tych 9 przypadków było leczonych surowicą przeciwpłoniczą. Prawda, przypadki były ciężkie: ale cięższe, które surowicy nie dostały kończyły się nieraz pomyślnie. Wyłania się zatem kwestja, czy surowica w tych przypadkach nie wywarła ujemnego wpływu na przebieg choroby. Należy bowiem uwzględnić, że t. zw. specyficzna surowica przeciwpłonicza jest surowicą antistreptokokkową — jeśli to wogóle możliwe, bo kokki nie dają przecie odporności; surowica zaś ozdrowieńców miałaby też wtedy tylko wartość, gdyby *virus* płoniczy działał ektotoksycznie, a nie jak Degkwitz twierdzi endotoksycznie. Degkwitz w 8 przypadkach ciężkiej płonicy nie otrzymał surowicą ozdrowieńców (50—60 cm³) poważniejszego efektu leczniczego; możnaby zatem wnioskować że swoista odporność ozdrowieńców płoniczych polega na zmianach raczej w chemizmie komórek i że surowica ich nie zawiera specyficznych anticiał. Nawiasowo warto zwrócić uwagę na sprzeczność, jaką autor ten popełnia, stosując właśnie surowicę ozdrowieńców płoniczych jako środek zapobiegawczy przeciw szkarlatynie (S. R. S.), przyczem w 800 przypadkach zagrożonych szkarlatyną miał wynik zadowalający. Prawda, doświadczenie jego miałoby może więcej walorów przekonywujących, gdyby był w 200 przypadkach wstrzyknął surowicę normalną, w 200 jakiekolwiek ciało białkowe, w 200 surowicę ozdrowieńców, a 200 pozostawił zagrożonych bez zastrzyku; bo nie da się wykluczyć, że w jego eksperymencie działała surowica jako taka i że chwilowa odporność mogła być tylko odczynem na obce białko.

Proteinoterapja jako środek zapobiegawczy jest prawdopodobnie rzeczą nieszkodliwą; ale czy niema ujemnego wpływu na przebieg choroby zakaźnej w okresie nawału.

Wedle R. Schmidta wchodzą w zakres leczenia proteinowego chroniczne procesy zapalne, nieprawidłowe stany spastyczne i wydzielnicze. Sorgo, Gottschalk i inni wyrażają się ujemnie o stosowaniu białka drogą pozajelitową w ostrych chorobach zakaźnych. Uzasadnienie jest zresztą jasne: proteinoterapja przemienia zapalenie podostre lub przewlekłe w ostre; jakiż może ona mieć cel w stanie zapalnym właśnie ostrym? Przy tem nie należy zapominać, że odczyn na obce białko składa się z dwu faz, z których pierwsza obniża zdolność obronną ustroju (leukopenja, zahamowanie przemiany materji i t. d.). Należałoby uwzględnić, czy ten okres niekorzystny nie uszkadza ustroju, wyprowadzonego podczas choroby zakaźnej z równowagi, w takim stopniu, że nie zdobywa się już w całej pełni na fazę drugą, którą chcemy zabiegiem wywołać.

Rozumowanie powyższe odnosi się — rzecz prosta — też do autohemoterapji, którą stosowano u nas na oddziale w kilkunastu przypadkach duru brzusznego (leczonych ogółem 85, exitus w 6 przypadkach); skracania przebiegu duru przytem nie zauważono, w jednym przypadku natomiast mimo (czy tylko mimo?) autohemo były 3 nawroty.

I jeszcze jeden dział — może zbyt często stosowany, i to znów przedewszystkiem przy płonicy; jest nim bakterjoterapja. Jedni (Szontagh) uważając łańcuszkowca za drobnoustrój wywołujący szkarlatynę stosują protoplazmę bakteryjną już w pierwszych dniach choroby; inni znów chcą w ten sposób zadziałać na komplikacje płonicze (sprawy gruczołowe) odnosząc wystąpienie tychże zawsze do infekcji mięszanej. Pierwszym powtórzę uwagę Degkwitza: schorzenia kokkowe nie pozostawiają odporności, szkarlatyna zaś wybitne; dla drugich przytaczam doświadczenia Sorgi, wedle których szczepionki streptokokkowe często zawodzą, nawet przy infekcji napewno mięszanej (streptokokkowej); zdarza się natomiast w niektórych przypadkach takiejże infekcji, iż dobre wyniki osiąga się przy pomocy szczepionki tyfusowej! Wyniki bakterjoterapeutyczne zresztą Beumer'a, Peiper'ą, Petruszky w ostrych chorobach zakaźnych wypadły zupełnie ujemnie; nielepsze doświadczenia w tym kierunku zrobili też Kolle i Hetsch

Bakterjoterapję stosowaliśmy ponadto we formie bakterjofagów swoistych przeciw durowi brzusznemu — niestety tylko w dwu przypadkach; to »niestety« odnosi się nie do ilości przypadków, tylko do faktu stosowania. Bo po zastrzyku w przypadku pierwszym nastąpił krwotok jelitowy, *peritonitis perforativa i exitus* (1 ampułka wśródmięśniowo), w drugim (¹/₅ amp. wśródmięśniowo, reszta w ciągu dnia *per os*) — na szczęście — tylko krwotok; zrozumiałą jest rzeczą, że z dalszych doświadczeń zrezygnowaliśmy.

I dziś, po skąpych, ale mało zachęcających wynikach z terapją »nowoczesną«, dominującemi u nas momentami leczniczemi we wszystkich ostrych chorobach zakaźnych — z wyjątkiem błonicy — są nadal: odżywianie, kąpiel i *cardiaca*.

Fejleton.

Dr. POZERSKI. (Eduard de Pomian). Paryż.

Nauka o gotowaniu.

Przed 20-tu laty jeszcze mało higieniści zajmowali się tem, co się je. Lekarze przepisywali temu lub owemu choremu taką lub inną dietę, która miała jego chorobę złagodzić i to było całe wtargnięcie wiedzy w sztukę jedzenia. Następnie przyszła era dynamistów. Porównywano organizm ludzki do motoru, który produkuje pracę i energję. Aby zaopatrzyć się w swą wydajność, motor ludzki czerpał swą energję z pożywienia. Stawiano cyfry, które są chlubą umysłu twórczego człowieka. Wykazywano, że organizm traci całą energję, którą czerpie z pożywienia i obliczano ją doświadczalnie w kalorymetrji. Dochodzi się wreszcie do ustanowienia dokładnej ilości spalanych środków, w które trzeba zaopatrzyć organizm. Sporządzono tablice równoważnika żywności, na których można odczytać naprzykład wagę ryżu, którą należy skonsumować, aby zastąpić pewną ilość fasoli. Te duże ilości izodynamiczne materji dostarczonej organizmowi dają tę samą ilość kaloryj. Lecz te cudowne dane teoretyków nie dają się nieraz zastosować w praktyce. Faktem jest, że w koszarach we Francji żołnierze jedzą chętnie fasolę a zostawiają zawsze ryż. Mamy więc oto przykład, gdzie zwyczajna racja ryżu nie jest izodynamiczną z racją fasoli. Tymczasem gdyby zamiast podawać ryż pod postacią nieprzyjemnej do jedzenia papki, podano przygotowany na sposób wschodni t. j. sypki wówczas żołnierze jedzą go z przyjemnością. Racja ryżu staje się izodynamiczną z racją fasoli jedynie tylko przez sposób przyrządzania jej, względnie gotowania. Takie jest znaczenie kuchni w higjenie ogólnej. Tych kilka zdań stwierdza tylko to, co wszyscy wiemy t. j. że człowiek szuka zmiany pożywienia, przyjemnej dla smaku i przez to samo pobudza się do apetytu, który jest kluczem jego dobrego odżywiania się. Większości uroczystych manifestacyj życia towarzyszą tradycyjne uczty, a dom gdzie się dobrze je, jest zawsze pożądany jako oaza szczęścia. Tajemnica dobrego żywienia leży zarówno w jakości dawanych środków spożywczych jakoteż w sposobie ich przyrządzania. Jest przeto zupełnie naturalnem, że trzeba się sztuki gotowania wyuczyć. Do dnia dzisiejszego uczono się gotować, przypatrując się swojej babce lub matce. W ciągu przyglądania się, dziewczynka, potem młoda panna uczy się robić szereg potraw i staje się z kolei przykładem swoim dzieciom.

W naszych czasach warunki życiowe doznały przewrotu. Cisza życia rodzinnego nie istnieje już, jak to było przed 20-tu laty; większość kobiet pracuje, by przynieść do kasy domowej to uzupełnienie któreby pozwoliło zrównoważyć drożyznę życia. Inne znów studjują, by sobie stworzyć stanowisko, któreby im pozwoliło żyć zdala od niepewności mał-

żeństwa. I tak, śpieszą kobiety do fabryk, sklepu i na uniwersytet. W tym wirze postępowym kobieta niema więcej czasu przypatrywać się swojej matce czy babce, ani mieszać sos lub piec pieczeń. Tak więc i gotowanie przechodzi kryzys. Liczne są rodziny, gdzie pani domu ostentacyjnie się przyznaje, że się nie zajmuje tem, co się u niej je. Takie teorje i takie postępowanie daje w rezultacie bezpośrednio złe pożywienie, zarówno z punktu widzenia higjeny jakoteż z punktu widzenia sztuki. Zdrowie rodziny na tem cierpi i jej szczęście także. Jest rzeczą naturalną, że małżonek zaprasza swych przyjaciół poza dom, ponieważ nie może im ofiarować u siebie przyjemnego posiłku. Żona opuszczona może mieć pretensje tylko do samej siebie jeśli chodzi o to chwilowe opuszczenie, które nie może się powtórzyć bez pewnego niebezpieczeństwa dla szczęścia rodzinnego. Jak więc zapobiec takiemu stanowi rzeczy? Przez wykładanie zasad gotowania w szkołach i liceach. Można to uczynić tem więcej, że gotowanie jest sztuką, która jak wszystkie sztuki opiera się na wiedzy, dla której proponuję nazwę, powszechnie już przyjętą t. j. g a s t r o t e c h n i k a. Zresztą w ciągu serji lekcyj zasad kulinarnych uczenica nie stanie się doskonałą kucharką, lecz nauczonem okiem będzie umiała się przypatrywać praktycznym wskazówkom swej matki i przez to samo jej wykształcenie znacznie się przyśpieszy. Powinno się nauczyć młode dziewczęta w szkole i liceum, że wykonanie wszystkich przygotowań kulinarnych da się zebrać w sześciu zasadach. Poza temi kuchnia praktyczna zawiera tylko przykłady, które każdy może sobie wyobrazić. Tych 6 zasad jest: gotowanie na wodzie, smażenie na ruszcie, pieczenie, duszenie i zaprawa. Zasady te szeroko rozwijałem w książce, która stała się popularną, nawet u zawodowych kucharzy*).

Gotowanie na wodzie. Zrozumienie tego co się dzieje podczas gotowania na wodzie jest łatwe, gdy się wie, że większość pokarmów zawiera białka. One krzepną w wysokiej ciepłocie. Fakt zanurzania kawałka mięsa w wodzie kipiącej powoduje tworzenie się skorupy skrzepłej nieprzepuszczalnej. Sok mięsny pozostanie w tkankach jeżeli mięso objęte było gorącem.

Inna rzecz, dzieje się, gdy mięso zanurza się w zimnej wodzie, wówczas powoli podnosi się ciepłota aż do wrzenia. Sok mięsny wyjdzie z mięsa przed skrzepnięciem. Mięso to będzie mniej smaczne lecz rosół będzie lepszy. Tak więc stosownie do wyniku, jaki chcemy uzyskać, trzeba będzie zanurzać pokarm bądź w wodzie kipiącej, bądź w zimnej.

Smażenie. Smażenie jest także gotowaniem w płynie t. j. w tłuszczu; ten jednak zamiast osiągnąć temp. 100° — dochodzi do 150°—200° albo 300° według rodzaju używanego tłuszczu. Tu także wywołuje się raptowne skrzepnięcie. To towarzyszy też karmelizowaniu cukru i odwodnieniu powierzchownemu, które nam tłumaczy konsystencję smażonych potraw.

Pieczenie na ruszcie i na rożnie ma na celu zcięcie białka, a następnie powolne gotowanie pod wpływem ognia wolno płonącego pod rusztem lub z boków przy pieczeniu na rożnie. W tych praktykach ma się korzyść całą w przyśpieszeniu wyniku, w szybkiem zcięciu mięsa przez żarliwy ogień. W przeciwnym razie mięso traci swój sok, plazma wylewa się na powierzchnię, sztuka przyrządzana przybierze następnie barwę szarą i spoistość »flakowatą« nieprzyjemną dla oka i w smaku.

Duszenie. Jest to gotowanie w parze t. j. metoda której używano w starej kuchni gotowania na wolnym ogniu. Wywołuje ono wymianę między atmosferą pary, którą nasyca zapachem tymianku, bobkowych liści i pieprzu a zawartością mięsa, które wypuszcza swą plazmę. Czyni się przez ten sposób przyrządzania, mięso smaczne, a sos z zapachem.

Zaprawa. Aby dać płynowi spoistość przyjemną dodaje się bądź mąki, bądź żółtka z jaja i to jest tajemnica zaprawy. Wytłumaczyć uczniowi używanie krochmalu i gęstnienie białka pod wpływem ciepła, to jest dać mu do zrozumienia wszystkie tajemnice sosów. Zasady te raz ustalone wystarczy już tylko stosować. Uczenice mogą to czynić u siebie w domu, pomagając swoim matkom i zasięgając wiadomości w książkach z przepisami. Lecz do tego trzeba znaleźć książkę, której zasady odpowiadają tym danym teoretycznym, które one zdobyły w szkole. Im poświęcając napisałem kodeks dobrego jedzenia, książkę kuchenną, w której są wykluczone przepisy bardzo kosztowne z wielkiej kuchni.

Techniki kulinarnej możnaby nauczać także w uczelniach dla starszych uczenic, gdzie istnieją gospody szkolne. Uczenice mogłyby przyswoić sobie to, co ich profesorowie teoretycznie nauczyli w klasie.

Tych kilka zasad, które mi się na myśl nasunęły i pozwoliły naukę uogólnić, dało mi nadspodziewanie dobre rezultaty w Instytucie higjeny i w »l'Université des Annales«.

* * *

*) Zarys »Dobrze jeść aby dobrze żyć« przez E. Pomian: (gastronomja teoretyczna). 1 Tom. Stron 350 u A. Michel nl. Huyghens 22 Paris. — Praca nagrodzona przez Akad par.

1) Kodeks dobrego jedzenia przez E. de Pomian 700 przepisów prostych, publikowanych pod godłem Société Scientifique d'Hygiène alimentarie.
U A. Michel 22 rue Huyghenes — Paris.

Oceny i sprawozdania.

W. S p a l t e h o l z. **Tętnice ścian sercowych.** Str. 165, rys. 46, tabl. 16, Lipsk 1924.

Praca wielkiej wartości, zarówno dla subtelnej metodyki, o czem świadczą tablice (fotografje), jak i dla wyników, któremi autor wzbogaca klinikę.

Część pierwsza jest poświęcona badaniom anatomicznym nad naczyniami wieńcowemi serca. Stosując własną metodę nastrzykania naczyń (barwnemi plastycznemi masami), wykazał autor, że naczynia wieńcowe nie są naczyniami końcowemi, zespalają się one ze sobą blisko powierzchni, tworząc pierwotne i wtórne sieci naczyniowe. Wniosek, którego wartość ocenia się dopiero po zapoznaniu się z przytaczanem piśmiennictwem, pełnem biegunowych sprzeczności, a który to wniosek w nowej płaszczyźnie — już, nie przypadkowych zespoleń naczyniowych — stawia występowanie zawału, a często i śmierci, po zamknięciu światła naczynia wieńcowego.

Badając porównawczo serca niemowląt i dorosłych, upewnia się autor, że napotykany już u niemowląt wężykowaty przebieg naczyń wieńcowych nie jest ani wyrazem przystosowania się do późniejszego rozrostu, ani wyrazem stwardnienia ścian naczyniowych, stwardnienie naczyń powoduje jedynie spotęgowanie tej wężykowatości.

Szczegółowo zostają omówione naczynia przedsionków komór, mięśni brodawkowych i wiązki przewodzącej, z podkreśleniem znaczenia momentów filogenetycznych w rozwoju serca.

Wobec panującego poglądu Amenomija (szkoła Ortha), jakoby mięśnie brodawkowe, w których najczęściej zdarzają się zawały, nie posiadały zespoleń naczyniowych, zostaje dokładnie omówione unaczynienie poszczególnych mięśni brodawkowych i uwidocznione ich, częstokroć szerokie, zespolenia.

Znaczenie pierwszorzędne, jakie dla serca posiada układ przewodnictwa, czyni badania w tym kierunku szczególnie ważnemi. S. wykazuje, że pochodzenie tętniczek różnych odcinków tego układu jest u człowieka bardzo zmienne. Jedynie węzeł Tawary ma stały stosunek do określonego naczynia, *r. septi fibrosi*; gałązka ta pochodzi częściej z prawej tętnicy wieńcowej; może jednak być i gałązką lewej.

Co do węzła zatokowego, to udało się S. stwierdzić zamknięty pierścień naczyniowy, w miejscu ujścia żyły czczej górnej do przedsionka — jedynie w $^1/_3$ części badanych przypadków. Pierścień ten pochodził ówczas w równej mierze z prawej jak i lewej tętnicy wieńcowej, rzadziej — z gałązek obu tętnic.

Z częścią anatomji opisowej wiążą się ściśle działy fizjologiczne:

1) wpływ skurczu mięśniowego na naczynia mięśniowe wogóle, a serca w szczególności, przyczem autor twierdzi, że naczynia wieńcowe bynajmniej nie doznają zwężenia uciskowego w skutek skurczu włókien mięśniowych, lecz odwrot-

nie rozszerzają się w początku skurczu, wyrazem czego skurczowe wzmożenie prądu krwi; i

2) warunki tworzenia się krążenia obocznego, przyczem zostaje omówiony wpływ tak rozmaitych czynników, jakimi są stan mięśnia sercowego; ilość, jakość i ciśnienie krwi; rodzaj łożyska prądu (jego długość, szerokość, gatunek rozgałęzień i stan ścian naczyniowych); stan narządu, w którym zaburzenie zachodzi; ogólny stan ustroju; wreszcie, rola czasunagle, czy stopniowo — w jakim zamknięcie światła nastąpiło.

Książka, starannie wydana i bogato ilustrowana jest ciekawa zarówno dla anatoma jak i dla klinicysty.

H. Kryszek (Łódź).

Mayerhofer i Pirquet. **Lexikon der Ernährungskunde.** Rikola-Verlag. Wiedeń. Zeszyt I. stronic 144. Zeszyt II-gi stronic 192.

Książka będąca czemś pośredniem pomiędzy »kucharzem« a chemją fizjologiczną, między botaniką a ogrodnictwem, między zoologją a chowem zwierząt domowych, między medycyną a zaopatrywaniem w żywność, między ekonomiką a zwykłą nauką zakupywania, między nauką o najwłaściwszem odżywianiu jednostki a żywieniem mas, między etnografją a pospolitem doświadczeniem życia codziennego, oto czem ma być ten słownik wiedzy o żywieniu.

Dwa (z sześciu zapowiedzianych) zeszyty, które już wyszły, świadczą pochlebnie o podjętem wydawnictwie, które jest opracowane przez gremjum złożone z dwudziestu trzech uczonych, wśród których znajdujemy nazwiska profesorów Gröera i J. Parnasa.

Jednym z dwu redaktorów głównych jest Pirquet. Jest to zaletą dzieła, ale i — wadą. Niewątpliwie, Pirquet był jedynym, który, czasu ogólnego głodu i wojny zdobył się na coś nowego i oryginalnego w dziedzinie reformy odżywiania, gdy inni mełli w kółko stare teorje. Nie wszystkich jednak dotąd przekonał Pirquet o tem, że jego system jest postępem; nie wolno jeszcze uważać go za prawdę naukową — ogólnie uznaną. A ten właśnie Pirquetowski punkt widzenia nadaje ton wielu artykułom słownika. Będzie on tem droższy dla jednych, tem więcej obcy dla innych.

Bądź co bądź wydawnictwo dużej wartości i pożytku zarówno dla szpitali i zakładów leczniczych, jak i dla lekarzy terapeutów i hygjenistów.

S. S.

L. Cheinisse. **L'année thérapeutique 1924.** stron 186, cena 8 fr. nakł. Masson 1925.

Pożyteczna ta książeczka jest piątym z rzędu rocznikiem nowości na polu terapji. Przedwcześnie zmarły autor nie zdołał go wykończyć w zamierzonych rozmiarach, mimoto jest to rzecz warta czytania. Układ alfabetyczny i spis rzeczy ułatwiają orjentację. Każdy temat omówiony jest tak obszernie, jak tego wymaga interes praktyka, a jest tych referatów 153 ze wszystkich działów medycyny praktycznej. Poprzednie roczniki tego wydawnictwa, rozpoczętego w r. 1920 zostały w całości rozkupione i zapewne znajdzie się we Francji kontynuator tego pożytecznego przedsięwzięcia. U nas w Polsce ukazało się w r. 1923 podobne wydawnictwo p. t. »Postępy lecznicze w r. 1922« opracowane przez Dra Adama Szwajkarta w Wilnie. Rzecz spotkała się z uznaniem, choć oczywiście — jako konstrukcja nowa — nie była wolna od błędów i wad. Żałować też należy, że przez ostatnie dwa lata autor nie kontynuował swego przedsięwzięcia.

Sabatowski.

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 3. (1925).

Ziehl. **Zatrucie benzolem.** Autor opisuje zatrucia benzolem u robotników fabryki kauczuku i gumy. W jednym przypadku śmierci z powodu zatrucia benzolem, wykazała sekcja zwłok: znaczne przekrwienie płuc, wątroby i nerek; plamy pośmiertne na skórze tułowia bardzo liczne, koloru żywo-czerwonego. Binder stwierdził przy sekcji zatrutego benzolem, charakterystyczne wybroczyny kropkowane w mózgu, a mianowicie w płacie ciemieniowym.

Śmierć przy zatruciu benzolem jest spowodowana uduszeniem CS_2, gazem zmięszanym z gazem benzolowym.

Stein. **Leczenie napadu dusznicy piersiowej (angina pectoris).** Autor zaleca podczas napadu dusznicy piersiowej morfinę, która przedewszystkiem usuwa ból, następnie znosi skurcz naczyń wieńcowych, wobec czego powoduje lepsze przekrwienie mięśnia sercowego, przez co usuwa osłabienie.

Ze środków fizykalnych działa dobrze ciepło, w formie gorącego suchego powietrza zapomocą elektr. aparatu »Phön«, lub naświetlania lampą kwarcową. Przypuszczalnie napad ten jest następstwem zmian naczyń wieńcowych lub tętnicy głównej albo z powodu osłabienia mięśnia sercowego. Wenckebach podaje, że napady stenokardji występują tylko przy obecności wysokiego ciśnienia. Na tem polega przez Eppingera i Hoffera polecana i wykonywana sympatektomja, względnie przecięcie *n. depressor.*

Objawy stenokardji zmniejszają się przez długoletnie podawanie theobrominy i diuretyny, które obniżają ciśnienie.

Schumacher. **Znaczenie obrazu cytologicznego krwi w rozpoznaniu chorób kobiecych.** Jeżeli stwierdzamy leukocytozę przy krupowem zapaleniu płuc, sprawa chorobowa kończy się zejściem śmiertelnem, Leukopenja zaś stanowi przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Leukocytozę stwierdza się przy tumorach przydatków, *parametritis abscedens,* przy skrętach szypuły tumorów jajników, przy których operatywnie nie stwierdzono ropy. Nieznaczną leukocytozę spotykamy przy rzeżączkowem zapaleniu przydatków. Brak leukocytozy przy gruźliczych tumorach przydatków, a nieznaczna leukocytoza przy rzeżączce, dowodzi zbyt małą zdolność resorbcyjną otrzewnej dla tych bakteryj i toksyn. Przy zakażeniu krwi połogowem, średnia leukocytoza pozwala na względnie dobre rokowanie, podczas gdy zmniejszona ilość wielojądrzastych pogarsza rokowanie,

Przy niedokrwnościach septycznych ciężkich znajdują się, prócz poikilocytozy i polichromazji, jądrzaste ciałka krwi z granulacją zasadochłonną; przy zupełnem wycieńczeniu jest brak normoblastów, jako brak regeneracji krwi. Rokowanie jest niepomyślne przy haemolizie i haemoglobinurji.

Przy nowotworach rozpadowych stwierdza się leukocytozę, przy charłactwie brak eozynofilji.

Raab. **Patogeneza dystrophia adiposo-genitalis.** Autor opisuje przypadek *dystrophia adiposogenitalis,* u którego wystąpiła otyłość znacznego stopnia i rozrzedzenie kości (osteoporoza), bez równocześnie występujących zmian w przysadce mózgowej. Ten objaw zalicza autor do form otyłości cerebralnych, z powodu znacznych zmian, występujących w naczyniach mózgowych, polegających na bujaniu błony wewnętrznej Rozrzedzenie kości natomiast polega na zmianach wtórnych ciałek przytarczycznych. Wobec tego *dystrophia adip.-genitalis* może być pochodzenia przysadkowego, lub czysto-mózgowego, albo też może wystąpić z powodu przerwania dróg, prowadzących z przysadki mózgowej do ośrodków dna mózgu środkowego.

S. Arnoldówna (Lwów).

O. Walther-Giessen. **Przypadek krwisteka pozamacicznego powstałego skutkiem krwawienia z ciałka żółtego.** Autor opisuje krwistek pozamaciczny powstały wskutek krwawienia z ciałka żółtego w prawym jajniku. Jako moment usposabiający w tym przypadku uważa autor, przedmiesiączkowe przekrwienie w połączeniu, z przepracowaniem fizycznem.

Leibowitsch. **Cucenie płodów asfiktycznych wstrzykiwaniami rozczynu fizjol. soli do żyły pępkowej.** Strzykawką bez igły wstrzykuje autor noworodkom asfiktycznym 2 ccm rozczynu soli fizjol. z 1 kroplą adrenaliny do żyły pępkowej. Działanie rozczynu uważa autor za mechaniczne, a niebezpieczeństwa podobnego postępowania dadzą się łatwo uniknąć przy zachowaniu wskazanych ostrożności i asceptyki.

J. Krzyżanowski (Lwów).

Nr. 4 (1925).

Klein. **Odnośnie do niedomogi nerkowej, zwiększonego ciśnienia i zmian w naczyniach włoskowatych przy glomerulonephritis diffusa.** Autor opisuje przypadki przewlekłego zapalenia nerek, gdzie stwierdził trzecie stadjum niedomogi nerkowej, w których sekcja wykazała przewlekłe zapalenie nerek i zanik ziarnisty. Dotyczyło to schorzenie osobników w wieku 30—50 lat. Ciekawe jest, że ciśnienie krwi było prawidłowe we wszystkich przypadkach, a mimo to znaleziono rozległe zmiany w naczyniach włoskowatych w skórze. W dwóch przypadkach rozlanego zapalenia kłębkowego nerek przebiegających bez podwyższonego ciśnienia, stwierdzono w okresie niedomogi nerek *retinitis albuminurica.* Także *poliuria* wystąpiła mimo braku podwyższonego ciśnienia.

Nr. 5 (1925).

Dudzus. **Verodigen.** Autor stosował Verodigen przy chorobach sercowych w miejsce naparstnicy z dobrym wynikiem, w ilości 0.8 mg 3 razy dziennie w tabletkach. Lecznicze działanie następuje po podaniu 12—15 tabletek. Tętno zmniejsza się z 120 na 70, ciśnienie krwi z 90 na 120 mm Hg., diureza z 500—2—4000 ccm *pro die.* W przypadkach, gdzie preparaty naparstnicowe nie skutkowały, tam Verodigen źle działał. Autor stwierdził znaczne polepszenie po podawaniu Verodigenu przy niedomodze mięśnia sercowego i niewyrównanych wadach zastawkowych (niedomykalność zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej), przy obrzęku sercowym i nerkowym, przy *arythmia perpetua,* zapaleniu worka sercowego i ostrych stanach osłabienia serca. Zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie zauważono. Ponieważ Verodigen jest składnikiem *folia digitalis* (Gitalin), należy pamiętać o działaniu kumulatywnem.

Heilig-Hoff. **Wpływ hypnozy na funkcję żołądka.** Autorowie hypnotyzowali osobników żołądkowo-chorych, w hypnozie podawali im naprzemian potrawy, które zawsze chętnie przyjmowali, i takie, które ze wstrętem jedli. Po przepłukaniu żołądka i zbadaniu treści żołądkowej okazało się, że po spożyciu »smacznych« potraw występywała większa kwasota, zaś po zjedzeniu mniej smacznych potraw kwasota była znacznie mniejsza. Wobec tego autorowie sądzą, że jeśli się poda choremu potrawy, których nie lubi, kwasota może się zmniejszyć.

Kayser. **Wpływ leczniczy soli strontowych na schorzenia gośćcowe i dnę.** Przy gośćcu i dnie stosuje się dotąd trzy środki: *Atophan,* zastój Biera i lecznicze działanie ciał drażniących *(Reizkörper-Therapie),* które mają na celu usuwanie bólu. W nowszych czasach zaczęto stosować sole strontowe, jako *chlorek strontu* lub bromek strontu z dobrym wynikiem. Celem zwiększenia działania, łączy autor sole strontowe z solą salicylową. Tym najnowszym środkiem jest »Stronisal« tj. salicylowa sól strontowa w formie tabletek lub jako 5% roczyn do zastrzyków dożylnych. Stronisal stosuje się przy przewlekłych zapaleniach stawów i mięśni, przy rwie nerwu kulszowego, neuralgji i migrenie. Zmian ubocznych nie stwierdzono. Autor poleca preparat ten przy dnie w formie zastrzyków dożylnych w 2—3 dniowych odstępach. Cel osiąga się po 3—4 wstrzyknięciach. Przy neuralgjach, migrenie, gośćcu podaje się stronisal w tabletkach, t. zn. 3 razy dziennie po 2 tabletki, przez 6—8 dni. W przypadkach cięższych kombinuje się wstrzykiwania z podawaniem doustnem. Przy obecności wady sercowej nie robi się zastrzyków, tylko podaje się doustnie.

Nr. 6. (1925).

Lommel. **Napadowe moczenie szczawianowe.** Występuje ono pod postacią kolki, podobnej do kolki nerkowej. Napad taki powtarza się raz lub dwa razy w tygodniu, (jak autor zauważył u jednego chorego) trwa kilka godzin, połączony z wymiotami i biegunką. W moczu stwierdza się czerwone ciałka krwi, białe ciałka, komórki nerkowe, i kryształki szczawianu wapniowego. Wedle zdania autora polegają te napady na zmienionych warunkach rozpuszczania i wypadania. Phosphaturia występuje często u neurasteników, u których powtarzają się napady podobne do napadów występujących przy oksalurji. Istnieje więc podobieństwo *oxaluria paroxysmalis* do fosfaturji przez zbyt małą ilość kolloidów ochronnych pod wpływem układu nerwowego.

Oxaluria paroxysmalis występuje też u noworodków na tle zawału kwasu moczowego. Zawał ten polega na wypadnięciu moczanów amonowych, które układają się w piramidach nerkowych.

Napady oksalurji ustępują bez leczenia.

Hübner. **Żółtaczka salwarsanowa.** Żółtaczka występowała dawniej jako następstwo uszkodzenia wątroby po domięśniowych wstrzykiwaniach salwarsanu. Po wstrzyknięciu salwarsanu dożylnie, zostaje on wydalony drogą nerek i jelit, nieznaczna tylko ilość salwarsanu pozostaje w wątrobie.

Böttner. **Operacyjne leczenie dusznicy oskrzelowej.** Autor opisuje przypadki dusznicy oskrzelowej, w których stosował rozmaite środki bez skutku. Wreszcie zastosował zabieg operacyjny polegający na usunięciu zwojów lewego nerwu błędnego w znieczuleniu miejscowem. Po operacji objawy duszności na krótki przeciąg czasu ustąpiły po pewnym jednak czasie często występowały napady, które usuwano zapomocą suprareniny lub wstrzykiwań peptonu. W innych przypadkach stosował autor po operacji asthmolysinę lub tuberkulinę, ponieważ okazało się, że zabieg operacyjny nie jest wystarczający. Kümmel poleca obustronnie usunąć zwoje nerwu błędnego. Kappis zaś poleca przecięcie nerwu błędnego poniżej ujścia nerwu powrotnego, ponieważ uważa nerw błędny za nerw zwężający oskrzela. W każdym razie zabieg operacyjny powinien być przy dusznicy oskrzelowej *ultimum refugium:* nie zaleca się więc zabiegu operacyjnego, ponieważ wstrzykiwania peptonu mają bardzo dobre działanie.

Lepehne. **Przyczynek do jelitowego pochodzenia niedokrewności złośliwej.** Dotychczas przypuszczano, że niedokrewność złośliwa jest następstwem zmian chorobowych, występujących w przewodzie pokarmowym.

Często też przy sekcji stwierdza się *colitis pseudomembranosa.* Autor zauważył w wielu przypadkach niedokrewności złośliwej zmiany w jelitach i uważa jelita za *locus minoris resistentiae* i za bramę wejścia toksyn. Często można zauważyć powiększone gruczoły chłonne krezkowe, zawierające limfę hemoglobinową.

Hürter. **Powtarzający się przewlekły tężec.** Bardzo rzadko spotyka się nawroty tężca. Autor opisuje przypadek tężca powtarzającego się po zupełnem wyleczeniu, gdzie w bliźnie wykazano prątki tężcowe. Mobilizacja zarodków tężcowych zostaje prawdopodobnie wywołana nadużyciem alkoholu. Wobec nawrotu tężca, poleca autor wycięcie rany i usunięcie ciała obcego, przyczem należy zapobiegawczo wstrzyknąć surowicę przeciwtężcową. Pewne jest, że nawet w starych bliznach znajdują się czynne prątki tężcowe.

Rosenow. **Sprawność nerek przy morbus Addisoni.** Autor przedstawia kilku chorych, u których stwierdził pewne schorzenia nadnerczy na tle gruźlicy; kiły lub choroba Addisona. U nich zauważono gorsze wydalanie płynów i gorszą zdolność zagęszczenia nerek, przy zastosowaniu próby wodnej i zagęszczenia. Także gorsze było wydalanie soli kuchennej i azotu. W jednym przypadku wstrzyknięcie 2 cm³ adrenaliny 1 : 1000 polepszyło zdolność zagęszczania nerki. Przeszkody sprawności nerek przy chorobie Addisona nie są objawem charłactwa, ani też nie mogą być tłumaczone niskiem ciśnieniem. Prawdopodobnie sprawność nerek jest upośledzona inkretorycznie. Obok niedomogi systemu chromochłonnego, chodzi tu o pewne zmiany w przysadce mózgowej, w której stwierdza się anatomiczne zmiany, występujące przy chorobie Addisona.

Leendertz. **Lymphadenosis acuta z limfocytozą.** Autor opisuje przypadek, w którym stwierdził naloty na powiększonych migdałkach, ciepłotę ciała 38·2° C, ledwie macalne gruczoły pachowe i pachwinowe, brak powiększenia śledziony; obraz chorobowy podobny do *angina necrotica* lub Plaut-Vincenti. Bakterjologiczne badanie dało wynik ujemny. We krwi limfocytoza 65—80%. Wybroczyn na skórze, ani na błonach śluzowych nie stwierdzono. Obraz krwi przypomina ostrą białaczkę, w której jest również zwiększona ilość limfocytów.

Dovney zauważył przy ostrej »limfadenozie z limfocytozą« znaczną ilość atypowych leukocytoidowych limfocytów, charakteryzujących się szeroką protoplazmą i jądrem, podobnem do jądra komórek plazmatycznych. Stwierdzono też dużo limfoblastów.

Chodzi tu prawdopodobnie o chorobę infekcyjną, przebiegającą z podwyższoną ciepłotą ciała i zajęciem migdałków wywołaną przez prątka wrzecionowatego i krętki znajdujące się w próchniczych zębach. Białaczkowy obraz krwi jest niejako odczynem układu krwiotwórczego na zakażenie.

Nr. 7 (1925).

Lippitz. **Pozapłciowe zakażenie kiłą.** Autor opisuje przypadek zakażenia kiłą całej rodziny, składającej się z ośmiu osób, przez naczynia. Zakażenie sprowadził jeden członek rodziny, który przez pocałunek zaraził $1^1/_2$ roczne dziecko. Dziecko dostało wyprysku sączącego na kątach ust; od dziecka przeniosła się kiła przez całowanie dziecka na resztę rodzeństwa i 50-letnią matkę. Jeden członek rodziny, 17-letni chłopak uszedł zakażeniu, ponieważ nigdy dziecka nie całował. Kiła wystąpiła w tej rodzinie jako zapalenie gardła, gdzie trudno było z początku rozpoznać przyczynę. Dopiero dodatni wynik odczynu Bordet-Wassermana wskazał na czynną kiłę. Równocześnie zauważono powiększenie gruczołów szyjnych, które po przeprowadzeniu leczenia swoistego się zmniejszyły.

Kino. **Epidemja czkawki.** Czkawka występuje czasem przy *encephalitis lethargica*, jako uboczny objaw chorobowy, natomiast czkawka, jako choroba odrębna nigdy dotąd nie występowała. Dopiero od roku 1919—21 występowały w Paryżu sporadycznie przypadki czkawki. Autor obserwował czkawkę u wielu osób, a także i u siebie. Okres zwiastunów wynosi 2—3 dni, aż przy jedzeniu występuje czkawka, coraz bardziej się wzmagająca, przytem bóle głowy, ciepłota ciała jest podwyższona do 37·5° C. Często występują wymioty po jedzeniu. Wedle autorów francuskich chodzi tu prawdopodobnie o formę poronną *encephalitis lethargica*, o podrażnienie ośrodka przeponowego w rdzeniu przedłużonym jako następstwo przekrwienia zapalnego, lub o lotne działanie toksyczne. Leczenie może być tylko objawowe: wprowadzenie zgłębnika do żołądka, ucisk na gałki oczne, ucisk na gałęzie nerwu przeponowego. Autor u siebie zastosował następujące leczenie: w ułożeniu kolanowem, zgina tułów i głowę ku przodowi przez jedną minutę. To ułożenie usuwa czkawkę na pewien czas, albo zupełnie. Chodzi tu prawdopodobnie o podrażnienie nerwu błędnego lub o mechaniczne stworzenie wysokiego ustawienia przepony. Wewnętrznie podaje się 0.4% rozczyn kokainy. — Autor podkreśla, że jest to epidemiczne schorzenie układu nerwowego centralnego.

Firgau. **Stosowanie sporyszu przy wzdęciach.** Sporysz jest używany prawie tylko w położnictwie, mimo, że na inne mięśnie gładkie również skutecznie działa. Ponieważ przetwory sporyszu również dobrze działają na mięśnie gładkie jelit, spróbowano stosowanie sporyszu na te mięśnie. Wstrzyknięto choremu 1 cm³ *Secacornin* domięśniowo, a po 20-tu minutach nastąpił skutek, objawiający się w odejściu gazów i wzmożonym ruchu robaczkowym jelit. Leczenie to stosuje się przy wzdęciu na tle wady sercowej, marskości wątroby, raka żołądka, chorób zakaźnych i t. d. Można stosować także ten preparat doustnie.

Rp.
Extr. strychni 0.3
Extr. secalis cornuti 3.0
Cort. Chinae q. s. u. f. pill. N. XXX.
S. 3 razy dziennie po 1 pigułce.

Zauważono, że po doustnem zażywaniu sporyszu występowały biegunki. Po dodaniu olejków eterycznych do sporyszu, działanie było słabsze.

Assmann. **Różniczkowe rozpoznanie grypy i zapalenia wyrostka robaczkowego.** Autor opisuje przypadki z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, gdzie stwierdzono neuralgiczne bóle w *ileo-coecum*, wymioty zaś i podwyższona ciepłota ciała pochodziły z mózgowej formy grypy. W każdym przypadku zaleca autor dokładnie zbadać płuca, gdyż często pneumonia rozpoczyna się objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. Dobrze działają przytem wstrzykiwania mleka 2—8 cm³ w 4-dniowych odstępach.

Autor zalicza tę formę grypy, do grypy brzusznej, którą dzieli na dwie grupy: do pierwszej zalicza te przypadki w których na plan pierwszy występują spastyczne objawy *ileocoecalne*; do drugiej grupy zalicza przypadki z objawami otrzewnemi.

W dwóch przypadkach, gdzie rozpoznano ogniska pneumoniczne w płucach, objawy mózgowe (wymioty) oraz zapalenie otrzewnej, wykazał autor przy operacji, w jednym przypadku surowicze zapalenie otrzewnej, w drugim ropne zapalenie. Autor jest zdania, że zapalenie otrzewnej w tym przypadku wystąpiło na tle podrażnienia pewnego odcinka rdzenia pacierzowego, które mogło spowodować skurcz jelita cienkiego i przez to zaburzenia w krążeniu i wysięk surowiczy. Ropne zapalenie otrzewnej mogą wywołać przy zapaleniu płuc we krwi krążące drobnoustroje.

S. Arnoldówna (Lwów).

H. Abels. **Waga płodu a odżywienie matki.** Na podstawie 5-letniej statystyki dotyczącej wagi urodzonego płodu stwierdza autor, że w miesiącach letnich była waga płodu wyższa aniżeli w miesiącach zimowych. Przyczynę widzi w odżywieniu matki.

Pożywienie miesięcy zimowych, skąpe zwłaszcza w latach powojennych w witaminy (mleko, jaja, masło, rośliny zielone) powodowało zmniejszenie się wagi płodu.

Uważa dalej, że w przypadkach ciąży przy ścieśnionej miednicy, pożywienie ciężarnej ubogie w witaminy wpływałoby ujemnie na wzrost wagi płodu, a tem samem polepszałoby rokowanie co do przebiegu porodu.

J. Krzyżanowski (Lwów).

Nr. 8.

Blumenfeld-Kaston. **Leczenie odtłuszczające zapomocą »Leptormonu«.** W nowszych czasach zaczęto stosować w leczeniu otyłości nowy preparat: »Leptormon«, jako wyciąg wielogruczołowy, zawierający składniki przysadki mózgowej i gruczołów rozrodczych do którego również dodano w odpowiedniej ilości wyciągu z gruczołu tarczykowego i naparstnicy. Rozróżniamy leptormon *masculinum* i *femininum* w tabletkach i w ampułkach. Całkowite leczenie polega na wstrzyknięciu domięśniowo lub podskórnie 12-tu ampułek, t. zn. 3 ampułki tygodniowo. Równocześnie można podać ten preparat doustnie. Po kilku miesiącach powtarza się leczenie. Autorowie stwierdzili skuteczne działanie tego preparatu, bo spadek wagi ciała dochodził od 5—13 kg. Preparat ten nie działa szkodliwie na narządy krążenia, ani też nie wywołuje obrzęku w miejscu wstrzyknięcia.

Leczenia tego nie powinno się stosować w przypadkach chor. Basedowa.

S. Arnoldówna (Lwów).

Archives of Surgery.

T. X. Z. 1. 1925.

Graham. **Pneumektomja zapomocą termokauteru w przewlekłem ropieniu płuc (ropień płuca, rozstrzeń oskrzeli).** Usunięcie płatu płuca *(lobectomia)* zwykłym sposobem, daje wysoką śmiertelność, bo 52%; główną przyczyną tego jest następowe zakażenie powierzchni rannej, powstałej z cięcia lub uwolnienia zrostów, zwłaszcza, gdy kikut oskrzelowy zostaje otwarty, przenosząc obfity materjał zakaźny na tę powierzchnię ranną. Dlatego autor usuwa tkanki chore zapomocą termokautera. Zabieg ten wykonał w 20 przypadkach przewlekłego ropienia płuca w różnych okresach (od 6 miesięcy do 20 lat) — i wyniki miał następujące: zupełnie wyleczonych 4, — wolnych od objawów ale z przetokami oskrzelowemi — 6, z poprawą — 5, nie zgłosił się — 1, umarło — 4, (razem 20); z tego przypadki z przetokami można zaliczyć do wyleczonych, bo chorym nie sprawiają dolegliwości, mogą się zresztą później samoistnie zamknąć; czyli, że wyleczonych i z poprawą byłoby 75% — z czterech zgonów (2 %) było trzy z powodu powikłań mózgowych (*1 meningitis* w trzy tygodnie po zabiegu — 2 zatory mózgowe).

Pneumektomja zapomocą termokauteru może być kombinowana z trzema podstawowemi sposobami leczenia ropienia płuc: sączkowaniem — uciskiem — usunięciem.

Technika: I. akt — płat skórno-mięśniowy i usunięcie podokostnowe 3—4 żeber na przestrzeni 10 cm; gdy brak zrostów z opłucną przeszywa się płuco kilkoma szwami. II. akt — po kilku dniach (a jeżeli stan chorego jest dobry i są zrosty między płucem i opłucną to w tym samym dniu) szerokim termokauterem przepala się tkankę płucną; gdy obecny jest kanał po poprzedniem drenowaniu, dobrze jest zacząć przepalać od tego kanału, przyżegając poszczególne ropnie i usuwając części schorzałe; jeśli mamy do czynienia z rozstrzenią oskrzeli, to przecina się pień oskrzelowy; powstaje zwykle szereg przetok i z każdej z nich wypływa wydzielina ropna. Powtórne przepalanie nie powinno być wykonane zawcześnie; czasem wystarcza tylko jedno przepalenie, kiedyindziej trzeba 4—8 razy powtórzyć; lepiej jednakże w początkach zrobić za mało — niż za dużo. Gdy powstanie krwotok z dużego naczynia zatamponować gazą i przerwać zabieg; tampon można usunąć po 3—4 dniach.

Zapadu autor nie spostrzegał; w pierwszych 24—28 godzinach zmniejsza się kaszel i plwocina, lub nawet znika; w 3-cim dniu chory dostaje lekkich dreszczy, traci apetyt, czasem ma nudności i wymioty, wskutek zatrucia z przepalonej tkanki — dlatego nie należy w pierwszem posiedzeniu za dużo przepalać; objawy te wkrótce znikają; natomiast plwocina się wzmaga bardziej niż przed zabiegiem, na pewien czas, by w końcu wraz z innemi objawami zniknąć.

Janik (Lwów).

Annales of Surgery.

T. LXXXI. Z. 1. 1925.

B a s t i a n e l l i. **Skurcz odźwiernika i jego leczenie chirurgiczne.** W pewnych przypadkach objawy kliniczne i prześwietlenia wskazywały na wrzód dwunastnicy a w żadnym z nich autor nie znachodził przy zabiegu zmian organicznych — obecny był tylko gruby, twardy pierścień skurczowy; wobec tego wykonywał sphincterotomję według Ramsusteda rozległości około 2—2½ cm; po zabiegu stwierdzał w każdym przypadku normalne zarysy odźwiernika — prawidłowe wypróżnianie się — objawy przedoperacyjne znikały zupełnie. Na koniec radzi autor cięcie przedłużać raczej w kierunku *antrum*, zamiast na dwunastnicę, która tak jest zbudowana, że trudno zwykle oddzielić mięśniówkę od tkanki podśluzowej.

R o v s i n g. **Oesophagoplastyka antethorakalna.** Po krótkiej wzmiance o metodach plastyki przełyku, podaje autor swój sposób:

I. dwa cięcia równoległe, rozpoczynające się na *jugulum* a kończące się u otworu gastrostomijnego — podpreparowanie skóry tak, by można część znajdującą się między cięciami ponad drenem gumowym złączyć w linji środkowej.

II. z cięcia skośnego wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego odsłania przełyk, przecina go między dwoma zaciskadłami i dolny koniec wyciąga przez małe nacięcie w lewym dole nadobojczykowym, umocowuje tu do skóry, szwami jedwabnemi i drenuje drenem gumowym; koniec zaś owalny łączy z początkiem nowopowstałego kanału skórnego.

III. po usunięciu drenu z otworu gastrostomijnego skórę wokoło tego otworu zwija w kanał i łączy z częścią kanału górnego — przetoki goją się szybko. Chorzy przybierają znacznie na wadze.

Zabieg ten wykonał u 5 chorych; z tych 2 jest zupełnie wyleczonych, a reszta w leczeniu.

P e r s s o n. **Gruźlica nerek.** Autor przytacza dwa ciekawe przypadki:

1) gruźlica nerki, w której po usunięciu stwierdzono prócz ogniska gruźliczego cystę, prawdopodobnie urazową, bo w anamnezie podany był uraz; na przekroju w górnej części nerki stwierdzono dwa zagłębienia, oddzielone od siebie kilkumilimetrową przestrzenią tkanki zdrowej; górne wielkości jaja gołębiego, wypełnione płynem ciągnącym się — barwy czerwonej, o ścianie grubości 2—3 mm; — dolne o otoczeniu na przestrzeni około 2 mm wokoło zserowaciałem — przytem w ścianie stwierdzono liczne gruzełki — część tkanki między temi dwoma zagłębieniami zupełnie zdrowa. Mikroskopowo widać w jednem zagłębieniu typowe zmiany gruźlicze — w drugiem składniki cysty urazowej.

Autor przypuszcza, że istnieje związek między temi dwoma procesami — mianowicie uraz stworzył *locus minoris resistentiae*, w którym usadowiły się laseczniki.

2) gruźlica nerki z podwójną miedniczką i moczowodem, ze zmianami w jednej miedniczce i moczowodzie; w r. 1913 Permann zebrał podobnych przypadków 14; z tego w 12 przypadkach wykonano nephrectomję — z tych w 2 przypadkach wykazano makroskopowo zmiany w obu miedniczkach i moczowodzie, w 10 zaś nie; z tego zestawienia wyciąga autor wnioski dotyczące teorji Ekchorna.

S c h r a m m. **Tętniak tętnicy nerkowej.** Autor dodaje, do zebranych przez Cauroz'a 32 przypadków tętniaka tętnicy nerkowej swój przypadek, operowany na klinice lwowskiej; mianowicie u 22-letniego mężczyzny, który został uderzony kopytem końskiem w brzuch — w lewej tylnej linji pachowej w 8-mem przestworzu międzyżebrowem widoczna zaciągnięta blizna; w okolicy nerki lewej wyczuwalny guz tętniący, nad którym jest słyszalny szmer skurczowy; mocz ciemny — obecne ciałka czerwone; mocz nerki prawej normalny; chory ma od czasu do czasu krwotoki pęcherzowe, przytem stan chorego znacznie się pogarsza — anemja wzrasta; przy zabiegu stwierdzono guz tętnicy, dający się trudno oddzielić od otoczenia, zwłaszcza od aorty, z którą tak był zrośnięty, że groziło przy oddzieleniu pęknięcie tętnicy lub aorty; to też założono na worek zaciskadła i odcięto od aorty — wobec czego można już było łatwiej cały guz wraz z nerką usunąć. Był to tętniak tętnicy nerkowej wielkości pomarańczy, o ścianach grubych, zawierających obficie włókna elastyczne; jama tętniaka średnicy 2,5 cm, komunikuje z miedniczką. Mocz po zabiegu krwawy z biegiem czasu stopniowo się oczyszczał. Chory opuszcza klinikę zupełnie wyleczony.

Autor wspomina również o przypadku Sokołowskiego, w którym stwierdzono dopiero na sekcji tętniak pęknięty, który spowodował krwotok wewnętrzny, śmiertelny. Z 34 przypadków było 16 samoistnych — 18 zaś pochodzenia urazowego. W większości przypadków stwierdzano tętniak dopiero na stole sekcyjnym. W 6 przypadkach (łącznie z tym) rozpoznanie postawione było za życia. Prognoza zła; z przypadków leczonych wewnętrznie, wszystkie skończyły się śmiercią — z operowanych zaś 2 były śmiertelne — 7 zostało wyleczonych.

T a t a k s. **Żółtaczka utajona jako objaw kolki żółciowej.** W 15 przypadkach kolki żółciowej znachodził autor wzmożoną ilość bilirubiny we krwi mimo braku żółtaczki; ta zaś hiperbilirubinemja może być zmniejszoną przez śródżylny zastrzyk 0,5 mg atropiny; tłumaczyć to należy zwiotczeniem mięśni, które regulują prąd żółci.

K e l l e r. **Zwichnięcie nawykowe stawu barkowego.** W 11 przypadkach autor leczy je przez skrzyżowanie torebki: wykonuje cięcie w jamie pachowej, za naczyniami pachowemi — odsłania torebkę — nacina i stwierdza czy w stawie niema wolnego ciała — następnie zakłada szwy U prostopadle do linji cięcia torebki, w ten sposób, że miejsca wkłucia leżą w pewnej odległości od siebie i nie ściągając ich zakłada następnie dwa w linji cięcia, również w pewnem oddaleniu od siebie; wtedy dopiero wszystkie ściąga i wiąże przy trzymaniu ramienia przy głowie t. j. kiedy torebka jest w największem zwiotczeniu, zciągając tę część w której kierunku najczęściej zwichnięcie powstaje; ramię ustala następnie na 3 tygodnie.

P i l c h e r. **Zgorzel gazowa.** Autor przytacza przypadek ciężkiej zgorzeli gazowej, zajmującej międzykrocze, mosznę, przechodzącą ponad *lig. Pouparti*, która wśród ciężkich objawów toksycznych, mimo wykonania kilku nacięć postępuje dalej; to też następują dalsze nacięcia w kierunku guzów siedzeniowych, na powłokach brzusznych i t. d. — wprowadzenie drenów, przez które co godzina wkrapla się roztwór »*quinoformolu*« przytem zmywa się rany zapomocą

drenów 30% roztworem wody utlenionej. Masy nekrotyczne odpadają w znacznej ilości i po 2 tygodniach poczynają się rany szybko oczyszczać, tak, że w końcu 3 tygodnia chory czuje się dobrze — dodać należy, że chory przebył ograniczone, septyczne zapalenie płuc — dalej, że jądra wskutek zniszczenia całej prawie moszny zwisały wolne — że powstało wypadnięcie odbytnicy — że rany na klatce piersiowej i powłokach brzusznych były bardzo rozległe; leczenie zakończyły następowe zabiegi plastyczne.

Hener, Andrus, Bell. **Doświadczalne transplantacje przepony celem leczenia ubytków dolnego końca przełyku.** Doświadczalny ten zabieg składa się z dwu aktów:

I. — polega na transpozycji dolnej części przełyku do jamy brzusznej przez transplantację ku górze lewej połowy przepony i

II. — polegający na resekcji przełyku i oesophagogastrostomji; transplantacja przepony ku górze jest zabiegiem bezpiecznym, który wykonali autorowie w 28 przypadkach u psów i 1 raz u człowieka; w 2 przypadkach powstała przepuklina przeponowa, czemu przez dokładne założenie szwów można zapobiec; najtrudniejszą częścią zabiegu jest wykonanie w przeponie nowego *hiatus* dla przełyku, który z jednej strony nie powinien uciskać przełyku — z drugiej nie być bramą wejścia przepukliny; w końcu oesophago-gastrostomja, wykonana w jamie brzusznej przez cięcie międzyżebrowe nie sprawia trudności.

Autor przedstawia 1 przypadek wykonania tego zabiegu u człowieka po usunięciu raka dolnej części przełyku; niestety w 48 godzin po zabiegu chory zmarł; na sekcji stwierdzono w jamie opłucnowej i brzusznej płyn ropny.

Horsley Sh. **Nowotwory okolicy kanału pachwinowego i udowego.**

1. przypadek — guz podłużny twardy w łączności z sznurkiem nasiennym — przy zabiegu daje się oddzielić od *vas deferens* dość łatwo — nieco trudniej od naczyń; pod mikroskopem stwierdzono liczne cystki między któremi leży tkanka, wśród której widoczne są komórki olbrzymie, miejscami zaś nacieki leukocytarne — można to uważać za guz zapalnego pochodzenia.

2. przypadek — podobny ale brak komórek olbrzymich.

3. przypadek — guz cystowaty wśród tkanki tłuszczowej zawierający płyn żółtawy; drobnowidowo stwierdzono ścianę cysty złożoną z tkanki luźnej, siateczkowatej, w której leżały liczne komórki okrągłe zróżnicowane w innych zaś miejscach nacieki leukocytarne; prawdopodobnie jest to *lymphocele* z lymfangiomatyczną tkanką.

Janik (Lwów).

Journal d'Urologie.

Lipiec. 1924.

R. Lévy. **Uwagi o 378 zabiegach w przypadkach kamieni dróg moczowych.** Przy dużych kamieniach miedniczki, zajmujących również część nerki, autor poleca gorąco sposób Marion'a — rozszerzone cięcie miedniczki, przechodzące na miąższ nerki, zamiast używanego najczęściej przepoławiania całej nerki. Dzięki temu w przypadkach podanych śmiertelność zmniejszyła się z 8% do 0%. Najwięcej uwagi poświęca autor kamieniom moczowodów. Przedewszystkiem porusza obszernie kwestję „latających" kamieni moczowodów, które dzięki trwałemu rozszerzeniu moczowodu zmieniają momentalnie pozycję, n. p. kamień moczowodu, będący w jego dolnej części, przy nadaniu choremu pozycji Trendelenburg'a cofa się z powrotem do miedniczki. W piśmiennictwie dotychczas opisano 18 tego rodzaju przypadków, które autor cytuje. Jako środek rozpoznawczy zaleca się wykonanie szeregu zdjęć w różnych pozycjach chorego, a szczególnie w pozycji Trendelenburg'a. Można również próbować odepchnąć kamień zapomocą cewnika moczowodowego kontrastującego pod kontrolą Roentgena; wreszcie wprowadzenie do moczowodu płynu kontrastującego wykaże rozszerzenie tegoż, a zatem możliwość ruchu wstecznego kamienia.

Kamienie odcinka przypęcherzowego moczowodu technicznie nastręczają najwięcej trudności przy zabiegu. Dostęp do nich klasyczną drogą pozaotrzewnową jest prawie niemożliwy. Autor poleca sposoby opracowane przez Marion'a w zależności od odległości kamienia od pęcherza. W szczególe przy odległości do $1^1/_2$ cm od śluzówki pęcherza wskazane jest otwarcie pęcherza i nacięcie otworu moczowodowego. Przy odległości kamienia 2—3 cm zaleca się jednoczesne odklejenie pęcherza od bocznej ściany miednicy w celu wypchnięcia palcem kamienia ku pęcherzowi i wydobycie go przez pęcherz. Przy odległości nieco większej należy odkleić od góry dno pęcherza i obnażyć przestrzeń zapęcherzową, stąd wprowadzoną ręką wypchnąć kamień podobnie jak poprzednio.

Przy wyższem położeniu kamienia wskazana jest droga zaotrzewnowa metodą klasyczną. Autor wnioskuje, że przed operacją należy szczególnie ściśle określić usadowienie kamienia.

Wrzesień 1924.

Ed. Retterer. **Stan ogólny i budowa jądra w 2 lata po wycięciu nasieniowodu.** Pies, któremu wycięto oba nasieniowody (Voronoff) w ciągu pierwszego roku miał normalny wzwód prącia, w ciągu drugiego roku mniej częsty i mniej zupełny; pod koniec drugiego roku pozostawał już obojętny wobec suk w okresie cieczki.

Badanie histologiczne utkania jąder w tym przypadku pozwoliło stwierdzić, że wszystkie rodzaje tkanek zachowują swoje własności i wzajemny stosunek; jednak w braku podniet czynnościowych przybłonek zostaje leniwiej odżywiany, cytoplasma staje się bardziej gęstą i przestaje się roztapiać. Pewna ilość jąder komórkowych nadal wytwarza główki plemników, które jednak w braku topnienia protoplasmatycznego pozostają uwięzione w komórkach. Tkanka międzynasienna, wogóle bardzo skąpa, staje się bardziej zbitą, pośrodku zrazików zaś prawie zanika. W żadnym z badanych przypadków komórek Leydig'a, którym przypisują niektórzy wydzielanie wewnętrzne — nie znaleziono. Wogóle autor dochodzi do wniosku, że podział jądra na gruczoł nabłonkowy o wydzielaniu zewnętrznem i gruczoł łączno-tkankowy o wydzielaniu wewnętrznem jest hipotezą opartą na przypuszczeniach dowolnych. Przeczy jej badanie doświadczalne przeprowadzone w dostatecznie długim okresie czasu i potwierdzone przez poważne badanie histologiczne. Dotychczas pozostawano w nieświadomości, co do pochodzenia hormonów jądrowych. Obecnie wyniki wycięcia nasieniowodów i przeszczepiania jąder dają pewne wyjaśnienia.

Okazuje się, że, dopóki protoplazma komórek nasiennych ulega rozrzedzaniu, dzięki wchłanianiu się jej — cechy płciowe wtórne pozostają zachowane. Z chwilą kiedy topnienie cytoplasmy ustaje, w komórce nasiennej wytwarza się siatka włókienek łączno-tkankowych, co wreszcie doprowadza szczególniej w jądrach przeszczepionych, do przekształcenia całkowitego w twór łączno-tkankowy, niezdolny do wywierania jakiegokolwiek wpływu ogólnego na ustrój.

Autor dochodzi do wniosku, że w komórce nasiennej jądro, z którego wytwarzają się główki plemników, służy do zachowania gatunku, protoplazma zaś komórki, ulegając rozrzedzeniu i wchłanianiu, nadaje ustrojowi cechy płciowe wtórne.

M. Negro i H. Blanc. **Rozważania kliniczne i operacyjne na temat 13 przypadków uchyłków pęcherzowych.** Z objawów obserwowanych przez autorów jedynym swoistym jest dwuczasowe oddawanie moczu, co jest jednak dość rzadkie, gdyż wymaga specjalnych warunków anatomicznych usadowienia uchyłka, dostatecznie rozwiniętej warstwy mięśniowej jego ściany i otworu uchyłka, zdolnego do zacieśniania się i otwierania.

Z innych objawów nietypowych prawie zawsze występują objawy towarzyszące stanowi zapalnemu pęcherza, rzadziej zaś uporczywe i bardzo obfite krwawienia oraz całkowite zatrzymanie moczu. Uchyłki obserwowano w 25% u ludzi młodych w 75% u ludzi starych po 60 latach, u kobiet w 15% wszystkich przypadków.

Co do umiejscowienia — najczęstsze są uchyłki boczne; uchyłki dna również nie są bardzo rzadkie. Rozmiar ich waha się od wielkości dużej pomarańczy do wielkości orzecha laskowego; wielkie uchyłki były zawsze pojedyncze. Uchyłki nieraz zawierają kamienie lub nowotwory (brodaw-

czaki). Jako metoda rozpoznawcza bardzo ważne jest wziernikowanie pęcherza, nie daje jednak wyniku przy małym otworze uchyłka. Radjogram z płynem kontrastującym uzupełnia doskonale cystoskopję i prawie zawsze daje bardzo wyraźny obraz.

Radjogram zwykły daje wynik tylko przy uchyłkach, zawierających kamienie. Co do leczenia, to jedynie leczenie chirurgiczne jest celowe. W przypadkach powikłanych przez inne cierpienie n. p. najczęściej przez przerost gruczołu krokowego należy usunąć oba cierpienia, inaczej każde z nich będzie podtrzymywać stan chorobowy.

Październik 1924.

H. Blanc. **Urotropina i błękit metylowy w gruźlicy dróg moczowych.** Zwykle w każdem zakażeniu dróg moczowych bez względu na jego pochodzenie z przyzwyczajenia stosuje się urotropinę. Rzeczywiście posiada ona niewątpliwie własności antyseptyczne, wydzielając w nerkach formaldehyd. Przez zdrowe nerki przechodzi 40—50% urotropiny; ilość ta zmniejsza się w razie upośledzenia czynności nerek i spada do zera w ostrych zapaleniach nerek. Z tego względu urotropina jest bronią obosieczną i, będąc bardzo pożyteczną w cierpieniach miedniczek, pęcherza i t. p. jest bezwarunkowo przeciwwskazana tam, gdzie cierpienie dotyczy miąższu nerkowego, na który formaldehyd działa silnie drażniąco i zdolny jest w wysokim stopniu istniejący stan zapalny zaostrzyć. Albano uważa, że używanie urotropiny do badania czynnościowego nerek jest przeciwwskazane w stanach zapalnych miąższu nerek. Ponieważ nerka gruźlicza wykazuje czynność wydzielniczą obniżoną, urotropina jest bezwarunkowo przeciwwskazana. Przy stosowaniu urotropiny w przypadkach gruźlicy występują obostrzenia bólów w nerkach i pęcherzu, często krwiomocz. Przepisując urotropinę trzeba się zawsze upewnić, że niema się do czynienia z gruźlicą nerek.

Autor radzi w gruźlicy nerek stosować błękit metylowy w dawce 0,10 *pro die*. Środek ten wywiera działanie antiseptyczne i kojące; bóle zmniejszają się, pojemność pęcherza w krótkim czasie zwiększa się. Oczywiście stosowanie leku nie może wpłynąć na wskazania operacyjne w odpowiednim przypadku.

Listopad 1924.

Albert Hogge. **100 zabiegów usunięcia nerki gruźliczej.** Obserwacje rozciągają się na okres 21 lat. Na 100 operowanych 7 zmarło wkrótce po zabiegu (1 dzień—3 miesięcy) w 37 przypadkach zanotowano poprawę, w 56 przypadkach wyleczenie zupełne.

Co się tyczy wskazań, to od 1905 roku uciekano się do cewnikowania moczowodów za każdym razem, kiedy to było możliwe i badano ilość wydzielanego mocznika przez każdą nerkę. Od 1912 roku określano systematycznie współczynnik d'Ambard'a, któremu jednak autor nie przypisuje bezwzględnej wartości rozpoznawczej, przytacza bowiem 15 przypadków, które pomimo niekorzystnej cyfry współczynnika dały doskonały wynik operacyjny lub odwrotnie.

Autor chętniej kieruje się trzema czynnikami rozpoznawczemi: zawartością mocznika we krwi, ilością dobową moczu, obserwowaną w ciągu paru dni, i ciężarem właściwym moczu, jeśli tenże nie zawiera białka ani cukru. Jeśli te trzy cyfry są korzystne, czynność nerek jest niewątpliwie dostateczna.

W celu rozpoznania umiejscowienia cierpienia, jeśli niepodobna wprowadzić cewników do moczowodów, trzeba się uciec do cięcia lędźwiowego próbnego i obnażenia nerki, co pozwala stwierdzić czy istnieją obie nerki i porównać zgrubsza ich stan.

Jeśli przed usunięciem nerki częstość oddawania moczu jest umiarkowana, zwykle po zabiegu objawy pęcherzowe ustępują odrazu. Przeciwnie, przy bardzo częstem oddawaniu moczu poprawa bywa bardzo powolna. Jeśli po operacji utrzymują się w pęcherzu owrzodzenia, najlepiej robi przypalenie prądem elekrycznym wysokiej zmienności. Utrzymujące się uporczywie przez długi czas objawy pęcherzowe, szczególnej jeśli mocz pozostaje bardzo mętny nieraz świadczy o dwustronności cierpienia. Jeśli jedna nerka jest w znacznym stopniu dotknięta gruźlicą — rzadko kiedy druga nerka pozostaje zupełnie nienaruszoną, czy to przez gruźlicę, czy też inną sprawę zapalną, podlega bowiem wpływowi chorej nerki; uwolniona od tego wpływu może w bardzo krótkim czasie całkowicie wyzdrowieć. Na 59 przypadków dokładnie zbadanych tylko w 9-ciu lepsza nerka była bez zarzutu, w pozostałych zawsze zawierała białko bez ropy lub też i ropę i białko, lub też nawet dawała dodatni wynik przy szczepieniu śwince. Pomimo to w wielu z tych przypadków operując i pozostawiając lepszą nerkę, jakkolwiek dotkniętą sprawą chorobową, otrzymywano wyleczenie w sensie klinicznym.

W. Lilpop (Warszawa).

Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.

Bd 93. H. 1|2. 1924.

H. Pinéas. **Kliniczna i anatomiczna strona przypadku zatrucia tlenkiem węgla.** Przypadek opisany przez autora, dotyczy 62-letniej kobiety, która w 30 dni po zatruciu gazem świetlnym, wykazywała ogólną akinezję bez właściwych niedowładów, zaburzeń czucia i mowy. W ciągu 18-dniowej obserwacji autor stwierdził napięcie mięśniowe w obrębie obu górnych kończyn, warg i mięśni ust, katalepsję kończyn i parahiperkinezję ze zbaczaniem w górnej prawej kończynie. Psychicznie chora była „niedostępna".

Bliższa analiza wykazała, że ogólna akinezja była właściwie psychomotoryczną apraksją Kleista.

Na sekcji znaleziono lakuny w obydwóch łupinach, pozatem obustronne symetryczne rozmiękczenia łupiny. Psychomotoryczna afazja Kleista zależy od obustronnego uszkodzenia zwojów podstawy.

Messing (Warszawa).

1924. 1/2.

Slanck. **Postępujące przerostowe zapalenie nerwów (choroba Hoffmanna).** Autor opisuje i uzasadnia odrębność nozologiczną sprawy chorobowej opisywanej przez kilku autorów francuskich i niemieckich i wyodrębnionej ostatecznie przed kilku laty przez Hoffmana.

Klinicznie sprawa przebiega przewlekle z szeregiem objawów stałych, jak: zgrubienie, stwardnienie i tkliwości pni nerwowych, zmniejszenie się pobudliwości nerwowej dla prądu faradycznego i galwanicznego, zanik odruchów ścięgnistych, zanik mięśni i następczy odczyn zwyrodnienia. Przy większem nasileniu procesu chorobowego i zależnie od umiejscowienia, występują objawy mniej stałe więc n. p. drżenie, stopy szpotawe, końsko-szpotawe ze szponowatością palców, w rzadkich przypadkach porażenie źrenic na światło (Argyll Robertson?)

Charakterystycznem dla choroby Hoffmana jest jej występowanie rodzinne, zaznaczone we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach.

Anatomo-patologicznie mamy tu do czynienia:

1) przedewszystkiem z rozrostem blaszkowatym otoczek Schwanna, układających się cebulowato w warstwy koncentryczne;

2) rozszczepianiem się włókna osiowego;

3) początkowym rozrostem (wrzekomym) a później zanikiem włókna nerwowego i otoczki rdzennej.

Z tym szeregiem przemian spotkać się można zarówno w nerwach obwodowych, czuciowych i ruchowych, jak i sympatycznych. W rdzeniu zmian nie znajduje się poza zrozumiałym wtórnym zanikiem ilościowym komórek zwojowych rogów przednich.

To swoiste zapalenie nerwów autor różnicuje z *tabes juvenilis*, chorobą Friedreicha, zanikiem mięśni postępującym typu Aran-Duchenna i *polyneuritis chronica*, podkreślając brak w tej sprawie objawów spastycznych i stale dającą się stwierdzić wymacalność i zgrubienie pni nerwowych.

Na zakończenie autor podaje szereg przypadków własnych i zebranych. Prognoza i terapja nie wchodzą w zakres rozwiązań autora.

St. Higier (Warszawa).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny lekarskie Nr. 8.: W. Krzemiński. Przyczynek w sprawie schorzeń, t. zw. natury czynnościowej. - Z. Dziembowski. Co winien wiedzieć lekarz praktyczny o chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc. — T. Browicz. O sercu.

Nr. 9.: T. Browicz. Dokończenie pracy poprzedniej. — P. Klinger. Działanie, wskazania i leczenie lampą kwarcową. — St. Tuszewski. O leczeniu gruźlicy sanokryzyną.

Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 4. O. Minkowski. O ekonomicznem, a jednak odpowiedniem leczeniu chorych na cukrzycę. — E. Flatau. Chromoneuroskopja. — S Ban — Prussakowa. Degeneratio genito — sclerodermica. O. Kolometryczne badanie stężenia jonów wodorowych dla stwierdzenia odczynu. — M. Landsberg. Kilka uwag w sprawie cukru we krwi. — S. Goldflam. Przyczynek do semjologji odruchu skrócenia. — R. Barański. Nowe poglądy na leczenie dyspepsji u dzieci. — R. Stankiewicz. Praktyczne znaczenie nakłucia zatoki strzałkowej u dzieci. — M. Kacprzak. Wzorowe okręgi sanitarne. — L. Zamenhof. Kilka uwag w sprawie Kasy chorych.

Przegląd dentystyczny Nr. 4. T. Skrzywan. Lampa kwarcowa. — J. Rutkowski. Zasady chirurgicznego odkażania.

Polski Przegląd Chirurgiczny T. IV. z. 1. St. Nowicki. Znaczenie dróg krwionośnych dla powstawania zakażeń ropnych kości. — B. Endelman. W sprawie leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej. — Z. Dziembowski. Pierwotny zakrzep żyły śledzionowej w świetle nowych badań. — M. Grobelski. O uszkodzeniu łąkotek. — St. Laskownicki. Operacje śródpęcherzowe i w tylnej cewce moczowej. — B. Szerszyński. Przypadek choroby Legg-Calré-Perthesa.

Polska Dentystyka Nr. 2.: J. Jarząb: Badania anatomopatologiczne: bakterjologiczne działania presojodu na tkankę ziarninową przy przewlekłem i ostrem zapaleniu. — H. Gorczyński. Rzadki przypadek torbieli zawiązkowej, pochodzącej od zęba mlecznego, zatrzymanego w szczęce, pomimo wykłucia się zęba stałego. — H. Cieszyński. Uwagi do ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej, wniesionej do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej dn. 18 lutego 1925 r.

Sprostowanie faktyczne w odpowiedzi na wyjaśnienie Dr. W. Janusza

w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 12. r. 1925.

Nie ulega wątpliwości, iż dla statystyki nowotworów najbardziej wiarygodne są cyfry, uzyskane na podstawie wyników sekcyjnych — i że na nich opiera się przeważnie nietylko rozpoznanie pierwotnego, ale także wtórorzędnego umiejscowienia tychże w pojedynczych narządach. To też każda kazuistyka na podstawie materjału sekcyjnego musi mieć naukowe znaczenie, jeśli ona polega na starannem, ścisłem zestawieniu odnośnych przypadków z prosektorjum głównych Szpitali, a w danym przypadku z prosektorjum głównego szpitala we Lwowie. Tą myślą kierowałem się, skoro postanowiłem dokładnie opracować 132 przypadków zejścia śmiertelnego z powodu raków (*Carcinoma*), przypadających na ogólną ilość sekcyj 2713, wykonanych w czasie mego trzechlecia, jako prosektora, w głównym Szpitalu we Lwowie t. j. za czas od 1894—1896 r. włącznie. Odsetek sekcyj, wykonanych z powodu nowotworu rakowego, wynosił naówczas 4.8%.

Że odnośną statystykę zejścia śmietelnego z powodu raka opracowałem starannie i gruntownie, musi przyznać każdy nieuprzedzony czytelnik po przeczytaniu mej pracy w Nowinach lekarskich Nr. 11, r. 1897 (Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka (*Carcinoma*) na podstawie materjału w prosektorjum Szpitala głównego we Lwowie w ciągu r. 1894, 1895, 1896 str. 771—786). W pracy tej są te same okoliczności uwzględnione dokładnie, które są uwzględnione także w pracy Nowickiego z r. 1904, pomieszczonej również w Nowinach lekarskich (Statystyka raków na podstawie protokołów sekcyjnych instytutu anatomo - patologicznego (prof Obrzut) we Lwowie str. 169—178); gdyż uwydatnione są: 1) umiejscowienie pierwotne i następowe raka w pojedynczych narządach, 2) rodzaj utkania nowotworowego, 3) wiek, 4) płeć i ponadto 5) nawet powikłania z innemi procesami chorobowemi obok przytoczonych ciekawszych protokołów sekcyjnych z każdego działu. Praca, która w ten sposób została wykonaną i w której ściśle i sumiennie zostało opracowanych 132 przypadków oględzin pośmiertnych z powodu raka, jest bądź co bądź bardzo poważnym dorobkiem naukowym w zakresie piśmiennictwa polskiego w tym kierunku i powinna była być uwzględnioną przez innych autorów. Trzymając się ściśle tematu, nie przytaczałem innych obcokrajowych i światowych statystyk, gdyż rozchodziło mi się, aby uniknąć chaotycznego zamieszania treści właściwej i nie zaciemniać rzeczywistego poglądu na sprawę rozwoju i szerzenia się raka we wschodniej Małopolsce przez podawanie odrębnych stosunków w innych krajach. Zresztą statystyka ogólnoświatowa raka jest tak rozległa, iż na ogłoszenie jej potrzebaby tomów a garść rzuconych tu i ówdzie powyrywanych faktów, według mego przekonania, rzecz raczej zaciemnia, jak wyjaśnia. Jedynie tylko ze statystyk, opartych na miejscowych stosunkach, można sobie dopiero wyrobić istotny całokształt co do częstości i rozszerzania się raka w odnośnym kraju.

1). Pomimo zlekceważenia mej pracy pozwalam sobie stanowczo zaznaczyć, iż pierwszy w Polsce podjąłem myśl ogłoszenia statystyki przypadków raka na podstawie materjału sekcyjnego, Chełkowski bowiem w pracy swej: Kilka uwag o raku żołądka (Gaz. lek. Nr. 28. 1893) ograniczył się tylko do raków żołądka, wykazując na ogólną ilość sekcyj 3791 przyczynę śmierci z powodu raka żołądka w 152 przypadkach (4%)

2). Praca moja, ograniczająca się do materjału sekcyjnego głównego Szpitala we Lwowie, ogłoszona w roku 1897, jest też pierwszą poważną cegiełką do dalszych studjów rozwoju i szerzenia się raka w Małopolsce wschodniej w zakresie odnośnego piśmiennictwa polskiego (obejmowała okres czasu od 1894—1896 włącznie). Jakżesz więc nieuzasadniony jest zarzut, który podnosi dr. Janusz, nadmieniając, iż »Dr. Krokiewicz nie uwzględnia ani jednego autora ani też żadnej innej pracy, a opiera się na kilkunastu dziesiątkach przypadków i t. d.«, skoro wszystkie inne poważniejsze prace statystyczne później się pojawiły. I tak statystyka Nowickiego ogłoszoną została w r. 1904 (Nowiny lekarskie); Cetnarowskiego w roku 1906 (Przegląd lekarski); Serkowskiego i Maybauma w roku 1906 (Czasopismo lekarskie); Kuhna 1922 (Polska Gazeta lekarska); Weinerta 1922 (Polska Gazeta lekarska). Tam Nowicki w swej pracy podaje; iż »jedynymi z pierwszych, zajmujących się zestawieniami raka na większą skalę, byli Anglicy, jak Wiliams i Newsholme i inni.«. (Nowiny lekarskie str. 169) — a o innych statystykach tenże sam autor wyraża się: »nie należy ich brać za liczby ścisłe, ale względnie ścisłe«. Czyż można żądać odemnie uwzględnienia innych autorów polskich i obcokrajowych, którzy dopiero najrychlej 7 lat, a przeważnie w 25 lat później ogłosili swą statystykę po ukazaniu się mej pracy w Nowinach lekarskich? Dziwnem też się wydaje obliczania w mej pracy przypadków raka na dziesiątki w przeciwstawieniu do pracy Nowickiego, obliczanych na setki, skoro istotny stosunek przedstawia się, jak 1 : 2·8 (132 : 366).

3). Okoliczność, iż inni autorowie przed ogłoszeniem pracy dr. Janusza nie zwracali uwagi na moją statystykę raków, pozostawiam do oceny czytelników. Z mej strony mogę zapewnić, iż mam wielkie zadośćuczynienie, skoro ś. p. prof. Jaworski (sam nie napisał statystyki o rakach) wyraził się o mej pracy tak pochlebnie w swym znakomitym podręczniku chorób żołądka, wydanym w r. 1899. Uznanie ze strony tego prawdziwie uczonego i zasłużonego profesora jest dla mnie miarodajne.

Prym. Dr. Krokiewicz.

Na powyższem redakcja zamyka dalszą polemikę.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 18 stycznia 1925 r. w Szpitalu Starozakonnych (na Zawodziu).

1. Kol. St. Kon pokazał: a) chorą z **wysiękiem ropnym obustronnym przymacicza**; po opróżnieniu ropni drogą przez pochwę i sklepienia chora zaczęła się poprawiać;

b) chorą 45 letnią, **operowaną z powodu zastarzałego wypadnięcia pochwy i macicy**; wykonał kolporrhafję przednią i tylną oraz z ustaleniem macicy z wynikiem dobrym; w danym przypadku z powodu nadmiernej otyłości operacja sposobem Alexandra-Adamsa byłaby bardzo utrudniona.

W dyskusji: Zdaniem kol. Wrześniowskiego w tym przypadku można było wykonać usunięcie macicy;

c) chorą **po operacji dużego guza jamy brzusznej** (sięgał na dwa palce powyżej pępka, a ku dołowi do małej miednicy); była to duża torbiel, zrośnięta z otrzewną, w której dnie usadowiony był nieruchomo guz wielkości pięści w stanie rozpadu; wobec niemożności usunięcia doszczętnego tego guza otwartą torbiel wypełniono gazą — następnie wobec podejrzenia złośliwości poddano naświetlaniu Roentgenem (kol. Bram), guz stopniowo zbliżył się do rany skórnej, zaczął się zmniejszać tak, że obecnie pozostała tylko przetoka, sięgająca w głąb na 3—4 cm. Równocześnie ze zmniejszaniem się guza zaczęły się wydzielać drobne kamyczki cholesterynowe z otoczką z węglanu wapnia. Kol. Kon wnioskuje, że miał tu do czynienia z torbielą skórzastą, w ostatnim roku złośliwie zwyrodniałą;

d) chorą, u której przed kilku dniami wykonano cięcie **cesarskie z powodu niepodatnej szyjki macicznej**, przewlekania się porodu i słabych tonów serca płodu; pierwiastka 34-letnia, wody odeszły na 24 godziny przed rozpoczęciem pordu, poród trwał 3 doby, otwarcie szyjki pozostawało na dwa palce. Wy-

nik operacji pomyśny zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Powstaje pytanie, czy nie należy rozszerzyć wskazań do cięcia cesarskiego w tych przypadkach, gdzie niema pewności co do życia dziecka, gdzie poród może się przedłużyć jeszcze bardzo długo, i — w końcu może wymagać poważniejszego zabiegu od strony pochwy.

W dyskusji przemawiali koledzy: Wrześniowski, Secomski, Łokczewski, Goldman i Franke.

2. Kol. Blumenfeld pokazał chorego w wieku lat 42 z bezładem kończyn dolnych i zaburzeniami czucia głębokiego tychże; Wassermann ujemny, Babiński słabo dodatni, odruchy kolanowe wzmożone; rozpoznaje schorzenie bocznych i tylnych pęczków w okolicy lędźwiowej rdzenia. Krytyczne uwagi co do tego przypadku wygłosił kol. Rożkowski.

3. Kol. Batawia pokazał: a) chorego z objawami parkinsonizmu, leczonego od 9 miesięcy zastrzykiwaniem skopolaminy; stan chorego względnie znośny, o ile przerywa się podawanie tego leku — znacznie się pogarsza; b) chorego w wieku lat 27 z objawami niemoty; choroba datnje się od 2 lat, obecnie jest niemota ruchowa i aleksja. Wassermann ++++; ma być zastosowane leczenie przeciwkiłowe

Kol. B. omówił rozmaite postacie niemoty, tłumacząc ich powstawanie na skreślonym *ad hoc* schemacie ośrodków mowy;

c) pokazał chorą z wybitnem zwężeniem gardzieli i krtani po zastosowaniu leczenia zapomocą diatermji. Wassermann był dodatni. Obecnie szpara, prowadząca do krtani, jest znacznie szersza, oddychanie swobodniejsze, chora może połykać i stałe pokarmy. Pod wpływem diatermji blizny jak gdyby stopniały; reakcja po zabiegu była nieznaczna. Przed elektro-koagulacji kol. B. usunął część blizny kleszczykami krtaniowemi; d) pokazał chorego 15-letniego, u którego zniszczył zapomocą elektrokoagulacji górne części obu powiększonych migdałków. W tym przypadku po zabiegu chory gorączkował (38.5°) w ciągu jednej doby.

4. Kol. Weisberg pokazała 17-letnego chłopca z wrodzoną wadą serca; niedorozwój fizyczny, wybitna sinica, zgrubienia ostatnich członów palców; szmer nad tętnicą płucną, obie komory serca powiększone; rozpoznaje wobec wybitnej sinicy otwarte okienko owalne.

Posiedzenie kliniczne w dniu 8. lutego 1925 r. w Szpitalu N. Marji Panny. (Lekarz naczelny Dr. Wrześniowski).

1. Kol. Goldman wygłosił rzecz: O poronieniach zakażonych i ich leczeniu. Podając wyniki statystyczne (68 przypadków szpitalnych), zaleca kol. G. postępowanie czynne, a mianowicie wyskrobanie macicy szeroką, tępą łyżeczką, ewentualnie wycięcie w rzadkich przypadkach uszkodzenia ścian macicy lub silnie przyrośniętego, niedającego się oddzielić łyżeczką łożyska. Badania bakterjologiczne wydzielin mają dotychczas przeważnie znaczenie naukowe.

W dyskusji przemawiali koledzy: Konar, Kędzierski, Grünwaldówna i Wasilewski, odpowiadali kol. Wrześniowski i Goldmann.

2. Kol. Franke odczytał bardzo szczegółową statystykę zabiegów operacyjnych, wykonanych w szpitalu N. Marji Panny w ciągu roku 1924. Ogólna liczba operacyj 546, z tej wyzdrowiało 503, zmarło 43 osoby — odsetek śmiertelności — 7.8%.

3. Tenże pokazał przypadek torbieli trzustki po dokonanym zabiegu operacyjnym, polegającym na otwarciu torbieli i wszyciu jej w ranę ściany brzucha. Guz dotykał powłok brzusznych pomiędzy żołądkiem a okrężnicą. Wynik operacji bardzo korzystny dla chorej. Stan ogólny przed operacją bardzo ciężki poprawił się doskonale, wszelkie przypadłości, zależne od ucisku torbieli na narządy sąsiednie, znikły zupełnie.

Następnie kol. Franke omówił przyczyny powstawania torbieli trzustki, ich anatomję patologiczną i rozpoznawanie, zwracając uwagę na rozmaitą siedzibę guza i rozmaite stosownie do tego dane, otrzymywane podczas badania brzucha; podał objawy, powodowane upośledzoną czynnością trzustki, rozpoznanie różnicowe i leczenie. Nie należy stosować nakłucia ze względu na łatwe uszkodzenie narządów, sąsiadujących z torbielą, dalej ze względu na krwawienia, jakie mogą powstać do jamy torbieli przy nakłuciu naczyń jej ściany, oraz zaciekania wydzieliny trzustki do jamy otrzewnej. Nie należy starać się bezwzględnie wyłuszczyć ściany torbieli ze względu na niebezpieczeństwo tego zabiegu i częstą niemożliwość z powodu braku właściwej ściany torbieli.

4. Kol. Wrześniowski pokazał: a) chorą, u której badanie roentgenologiczne wykazało przewężenie klepsydrowate żołądka, z czego można było wnosić, że ma ona wrzód na małej krzywiźnie i skurcz ograniczony mięśni; obraz roentgenologiczny nie przemawiał za rakiem. Operacja wykazała wielką i twardą bliznę, łączącą w jedną masę dolną powierzchnię wątroby, całą małą krzywiznę żołądka, odźwiernik i poziomą część dwunastnicy. Wycięcie chorej części żołądka ze względów technicznych było niemożliwe; trzeba było poprzestać na tylnem zespoleniu żołądka z jelitem czczem. Po tym zabiegu wszystkie dolegliwości ustąpiły;

b) pokazał chorego z powtórnem zespoleniem żołądkowo-jelitowem; operowany on był przed kilku laty w Niemczech; ma on bliznę 10-centymetrową w linji białej nad pępkiem. Obecnie cierpi na gwałtowne bóle w nadbrzuszu, szczególnie po jedzeniu, częste wymioty i odbijania. Po otwarciu jamy brzusznej w dawnej bliźnie widać otrzewnę ścienną i trzewną mocno zaczerwienioną z rozszerzonemi i nastrzykniętemi naczyniami. Pozioma część dwunastnicy, spojona z dolną powierzchnią wątroby szeroką twardą blizną, ściskającą dwunastnicę; na tylnej powierzchni żołądka znajduje się zespolenie z początkiem jelita czczego; zespolenie ściśnięte twardą blizną, która zdaje się zamykać zupełnie otwór zespolenia. Zrobiono nowe, przednie zespolenie z dalszą częścią jelita czczego. Po tym zabiegu wszystkie dolegliwości ustały;

c) pokazał chorego ze zwężeniem odźwiernika. Chory ma częste bóle brzucha, odbijania, wymioty mocno kwaśne masą ciemno zabarwioną; po stałych pokarmach bóle są większe. W jamie brzusznej, poniżej pępka, wyczuwa się poprzeczny, podługowaty, chełbocący guz, który pod wpływem obmacywania twardnieje i wtedy wyczuwają się w nim fale ruchu robaczkowego, zjawisko to sprawia choremu ból;

d) omówił 2 przypadki przedziurawienia żołądka, operowane w szpitalu; jeden po 22 godzinach, drugi więcej niż po 24. Oba zakończyły się śmiercią. Pierwszy nie był rozpoznany przez wezwanego lekarza. Z tego powodu kol. W. przypomina objawy przedziurawienia żołądka do wolnej jamy otrzewnej zależnie od okresu choroby, przebieg, rozpoznanie różnicowe, sposoby operowania oraz przytacza dane statystyczne wyników operacyjnych w zależności od czasu, jaki upłynął od chwili przedziurawienia do chwili operacji;

e) pokazał chorego z urazowem pęknięciem nerki wskutek kopnięcia kopytem końskiem w lędźwie. Chory przybył do szpitalu z objawami ropnia w okolicy lędźwiowej lewej. Po nacięciu wypłynęła rzadka ropa, zmieszana z moczem tak, że dopiero zabieg operacyjny wykazał, że był to ropiejący zaciek moczowy i że spowodowała go była pęknięta nerka. — W ranę włożono sączek gumowy i gazę. Z początku wyciekała duża ilość moczu, obecnie wycieka znacznie mniej.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji

Sekcja Rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 kwietnia 1925. Obecnych 15 członków.

1. Kol. Hinze przedstawił: a) cztery osoby w młodym wieku i jednego mężczyznę w 50 roku po operacyjnom usunięciu wyrostka robaczkowego.

Mówca nadmienia, że w ostatnich 3 miesiącach wykonano w szpitalu 40 zabiegów operacyjnych z powodu, jużto ostrego jużto podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wiek chorych był przeważnie młody. Najmłodsza osoba lat 6, najstarsza lat 60. Udział mężczyzn i kobiet jednakowy. Zmarła jedna osoba, po przebiciu wklnem ropnia do jamy brzusznej czwartego dnia (?) od wystąpienia objawów.

Wszystkich chorych operowano w ten sposób, że jamę brzuszną setonowano. Ostrożność ta okazała się zupełnie usprawiedliwioną, gdyż nawet w przypadkach przedstawiających się zupełnie niewinnie, w których w czasie zabiegu nie stwierdzono ani ropy, ani zmian głębszych w wyrostku, przychodziło w dalszym ciągu gojenia do obfitego wydzielania z jamy brzusz ej (częstokroć cuchnącej ropy!). Zaszywać jamę brzuszną na głucho można było tylko w wyjątkowych przypadkach.

W dyskusji kol. Zagórski zapytuje o przyczynę takiego licznego występowania zapaleń wyrostka. Kol. Hinze podnosi równoczesne pojawienie się epidemji grypy, która, aczkolwiek o przebiegach lekkich, wywoływała niejednokrotnie powikłania nieżytowe ostre przewodu pokarmowego. Nie ulega wątpliwości, że większa część schorzeń wyrostka, zapoczątkowało zakażenie grypowe, do którego następowo dołączyć się mogły inne chorobotwórcze drobnoustroje. Sprawa wyrostka podobną jest do innych powikłań grypowych n. p. do ucha środkowego: zatoki Highmora i t. d.

2. Kol. Hinze pokazał: a) czterech ozdrowieńców po operacji wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy. Trzy razy wykonano zespolenie tylne, raz wycięcie żołądka $^1/_3$ z odźwiernikiem i z częścią dwunastnicy. Mówca przedstawia równocześnie preparat wyciętego żołądka. Wrzód, umiejscowiony w odźwierniku, przechodził na dwunastnicę i zrośnięty był z trzustką. Trzustka stanowiła raczej dno wrzodu. Oddzielanie części chorej było dosyć trudne i powiodło się jedynie, z otwarciem światła dwunastnicy. (Był to raczej brak wywołany wrzodem trawiennym). Zamknięcie dwunastnicy napotykało na pewne trudności tak, że trzeba było użyć sieci do pokrycia kikuta. Przebieg gojenia był prawidłowy. Podnieść należy znakomity przebieg po zespoleniu żołądkowo-jelitowem tylnem — u trzech chorych następnych i zapytać się, czy także i w tym przypadku, w którym wykonano wycięcie, nie wystarczyłoby ograniczyć się tylko do zespolenia. Zespolenie tylne wykonano po wciągnięciu i wszyciu dokładnem tylnej ściany żołądka na znacznej przestrzeni w kreskę rozszczepioną poprzecznicy;

b) ozdrowieńca lat 55 po usunięciu 40 cm odbytnicy wraz z odbytem, tkanką okołoodbytową i z gruczołami chłonnemi. Chory zniósł ciężki zabieg bardzo dobrze i szybko powraca do

sił. Mówca podnosi trudność w ocenie stopnia odżywienia jelita, mającego służyć za nowy odbyt; ani bowiem sposób Rottera, ani też studjum połączeń naczyniowych, nie zabezpiecza chorego przed obumarciem jelita. Jedynie spostrzeganie żywotności tkanek podczas zabiegu, jak tętnienie, krwawienie po przecięciu jelita, daje jakie takie szanse pewności! Dużo zależy od sił chorego i najlepiej wybrany kikut może przy słabej czynności serca, obumrzeć. Równocześnie mówca przedstawia preparat, okazujący daleko posunięte zmiany nowotworowe z rozpadem idącym do otrzewnej i w głąb tkanki okołoodbytowej;

c) uszkodzonego lat 20 z ciężką raną postrzałową wątroby. Z głębi rany wydobyto dwa odłamki granatu wielkości dłoni dziecka. Ranę wypełniono gazą jodoformową. Przebieg dobry. Z rany wydziela się nieco żółci;

d) dwie osoby po **usunięciu rozległego wola**. U jednej wykonano zabieg dwuczasowo. Połowę wola usunięto przed rokiem, następną połowę obecnie, Stan dobry. Doraźne usunięcie nięcie wielkich woli jest zabiegiem niekiedy zbyt ciężkim — i przy najlepszej technice naraża chorych na wielkie niebezpieczeństwo. Przy operacji dwuczasowej należy pamiętać, o zbadaniu wziernikiem krtani i mieć pewność dobrego funkcjonowania więzadeł głosowych. Albowiem po najlepiej dokonanych zabiegach zdarzają się porażenia więzadeł jednostronnie, nie wywołujące żadnych widocznych objawów — a wówczas, porażenie drugiego więzadły byłoby katastrofalnem;

3. Kol. Biliński omawia **stosowanie zawiesiny kreozotalu z eukalyptolem, przy leczeniu duru brzusznego.** Zawiesinę sporząda z mlekiem i podaje trzy razy dnia, po 30 kropli kreozotalu i po 3 krople eukalyptolu. Wpływa to korzystnie na ciepłotę i łagodzi objawy schorzenia ogólnego. Mówca przedstawia tablice gorączkowe u chorych w ten sposób leczonych — badanie Widala było również przeprowadzone.

W dyskusji kol. Feldmaus zapytuje o wpływ leczniczy kreozotalu na schorzenie durowe poza dodatniem oddziaływaniem na ciepłotę.

4. W końcu omawiano sprawę. przymusowego zabezpieczania emerytalnego lekarzy i uznano doniosłość tej akcji. Młodzi lekarze chętnie poniosą ciężary, jakie to ubezpieczenie na nich włoży — chociaż w dzisiejszych czasach źródła ich dochodów są nieliczne.

Polskie Towarzystwo otolaryngologiczne we Lwowie

Doroczne Walne Zebranie i posiedzenie naukowe z dnia 4. grudnia 1924 r.

Przewodniczy: prof. Zalewski.

Obecnych 12 członków.

Wedle sprawozdania Zarządu odbyło się w r. 1924 — 8. posiedzeń naukowych, na których liczba uczestników wahała się od 8—14 (przy ogólnej liczbie 16 członków). Przedstawionych i omówionych przypadków było 22, a mianowicie:

1) Kość z przełyku, wydobyta przez oesophagoskopję, 2) ropne zapalenie jamy szczękowej z przebiciem na zewnątrz, 3) roentgenogram jam bocznych nosa, 4) 3 przypadki zakrzepów zatoki żylnej, w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego, wyleczonych operatywnie po podwiązaniu żyły szyjnej, 5) 2 przypadki plastyki otworów tchawicowych, 6) 1 przypadek plastycznego wypełnienia jamy po operacji radykalnej ucha sposobem Zalewskiego, 7) 2 przypadki poprawy nosa siodełkowatego przez wszczepienie blaszki kostnej, 8) 4 przypadki ciała obcego w przełyku dzieci, wydobytego przez oesophagoskopję, 9) przypadek ciała obcego (fasola) z oskrzela dziecka, wydobytego przez bronchoskopję dolną, 10) przypadek *herpes zoster oticus*, 11) przypadek nadmiernego przerostu migdałka językowego (*Hypertrophia tonsillolingualis*), 12) przypadek zejścia śmiertelnego wskutek ropienia okołomigdałkowego z następową posocznicą, 13) *endothelioma vestibuli nasi*, operowane radykalnie, 14) przypadek III rzędnej kiły krtani, 15) *fibroma molle nasi et epipharyngis*. Prócz wymienionych przypadków odbywały się referaty pism otolaryngologicznych zagranicznych. Odczyty wygłaszane były przez członków na posiedzeniach T-wa lekarskiego lwowskiego.

Roczna wkładka dla członków wynosi 29 złotych razem z prenumeratą »Przeglądu oto-laryngologicznego«. W końcu wybrano nowy Zarząd w składzie: Przewodniczący: Kol. Zalewski, zastępca przew.: kol. Skrowaczewski, skarbnik: kol. Reinhold, sekretarz: kol. Kuźniar.

Nadto odbyło się posiedzenie naukowe, na którem kol. Dobrzański przedstawił: 1) **szpilkę wyjętą z krtani** w laryngoskopja directa (przypadek przedstawiony był w Tow. lek.), 2) **kość długości 4 cm** z kury, która tkwiła w zatoce gruszkowatej lewej (*sinus piriformis sin*) i była początkowo przy badaniu lusterkiem krtaniowem niewidoczna. Prześwietlenie roentgenologiczne dało wynik ujemny. Można było widzieć początkowo w lusterku krtaniowem obrzęk nieznaczny i zaczerwienienie chrząstki nalewkowej lewej i śluzowo ropną wydzielinę w zatoce gruszkowatej lewej. Dopiero po znieczuleniu kokainowo-adrenalinowem, przez co się obrzęk nieco zmniejszył, ukazał się jeden koniec blaszki kostnej, który zachwycono szczypczykami krtaniowemi i wydobyto na zewnątrz. Blaszka kostna tkwiła przez pięć dni, dając, prócz bólów przy połykaniu, obrzęk i bolesność na ucisk na zewnątrz krtani. Przebieg następujący był zupełnie pomyślny — chora bowiem po 4 dniach bez bólów przy połykaniu i ciepłoty mogła być wypisaną. Mówca podkreśla, że podobne przypadki są znane, ale rzadkie, i dlatego zwraca uwagę na dwie rzeczy: 1) że prześwietlenie reontgenologiczne nie daje bezwzględnie pewnych wyników w razie obecności kości, 2) że p zed oesophagoskopią powinno się zbadać dobrze zatoki gruszkowate, gdzie ciała obce, zwłaszcza ostre, mogą tkwić.

Sekretarz *Dr. Dobrzański.*

Łuckie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 stycznia 1925 r.

1. Kol. Mininzon pokazał:

a) **wyciętą macicę z powodu pęknięcia** w okolicy dna w 5-tym miesiącu ciąży. Chora, 30 lat, przebyła 2 porody prawidłowo, ostatni w roku 1923. W sierpniu 1924 r. zatrzymanie się miesiączkowania. Dn. 3. I. 1925 r. objawy wewnętrznego krwotoku. Pomimo stanu bardzo ciężkiego, chora pomyślnie odbyła podróż do szpitala izraelickiego wozem, z miasteczka odległego od Łucka o 50 kilometrów. Dn. 4. I. — operacja; przez laparotomję, usunięcie płodu z nieuszkodzonym workiem i łożyskiem, usunięcie macicy (*amputatio supravaginalis*), wprowadzono worek Mikulicza. Zejście pomyślne;

b) omówił **2 przypadki ciąży zewnątrz-macicznej**, nieprzerwanej późniejszego okresu: 1) 6 mies. ciąży z żywym płodem, 2) prawie donoszonej z płodem obumarłym — operowane, różnemi czasy z zejściem pomyślnem dla matek przytem pokazał płód i guz płodowy (łożysko i błony).

Posiedzenie naukowe w dniu 23 stycznia 1925 r.

1. Kol. Mininzon: a) **Przyczynek do rozszerzenia szyjki macicznej** za pomocą pręcików pęczniejących. Prelegent na podstawie jednego przypadku zastosowania *laminariae digitatae*, w którym zmuszony był, celem wydalenia pręcika, wykonać cięcie szyjki macicznej, oraz na podstawie piśmiennictwa (polskiego, niemieckiego i rosyjskiego) wnioskuje, że zabieg ten jest niebezpieczny nawet przy umiejętnem zastosowaniu i może być zawsze zastąpiony przez pewniejszy sposób, za jaki uważa rozszerzadła Hegara;

b) **dwa przypadki raka sutka**, operowane doszczętnie z dobrem zejściem. Pokaz chorych i preparatów anatomo-patologicznych. Omawiając sposoby operowania i, podkreśliwszy, że wyniki nawet doszczętnego operowania są niestety bardze złe wobec nawrotów, prelegent uważa za jedną z przyczyn późne zwracanie się chorych o pomoc lekarską.

Posiedzenie naukowe w dniu 1 lutego 1925 r.

1. Kol. Bujwid wygłosił odczyt: **O zaopatrzeniu miast w wodę.** Dodatkowo mówił: **O walce z płonicą** za pomocą szczepionek ochronnych, o bakterjofagach i metodzie stężenia jonów wodorowych.

Wodociągi bywają najczęściej zaopatrywane w wodę źródlaną, rzeczną lub gruntową. Obecnie najczęściej zostaje zastosowana woda rzeczna przy urządzeniu filtrów piaskowych i osadników, lub filtrów amerykańskich szybko filtrujących przy użyciu koagulantów (ałun, siarczan glinowy), a następnie chlorowania. Wystarcza $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$ miligr. czynnego chloru do usunięcia bakteryj. W ostatnich czasach prawie wszystkie miasta Stanów Zjednoczonych używają chloru do oczyszczenia wody, zarzucając dawne metody (ultrafjoletowe promienie, ozon). Stosuje się tez filtry kaskadowe Pucch-Hebd'a. Woda gruntowa ma ten brak, że studnie często nie dają dostatecznej ilości, oraz że często musimy stosować odmanganowywanie i odżelezianie. Wodociągi należy łączyć z kanalizacją.

Ameryka bardzo usilnie popiera obecnie szczepienie metodą Dick'a w zastosowaniu do płonicy. Zdaniem tego autora płonica jest wynikiem działania właściwego paciorkowca hemolitycznego, który wytwarza toksyny. Przez szczepienie doskórne można określić, czy osobnik jest wrażliwym na płonicę, czy nie, i potem szczepić ochronną szczepionką paciorkowcową opisaną dawniej przez Gabritschewskiego i Bujwida oraz Gertlera. Pracę w Warszawie prowadzi w tym kierunku Dr. Przemycki i Dr. Hirszfeldowa, w Krakowie docent Bujak i prof. Bujwid. D'Herelle w instytucie Pasteur'a odkrył szczególną własność wydzieliny kiszkowej osobników uzdrowionych po czerwonce typu Shiga. Filtrat przez glinkową świeczkę zmieszany z hodowlą rozpuszcza kolonje Shiga. Można tak otrzymanego bakterjofaga przyzwyczaić do rozpuszczania kolonij bakt. durowych i innych. Jest możliwem, że taki bakterjofag niszczy w wodzie bakterje chorobotwórcze. Nie można dotąd określić natury bjologicznej bakterjofaga. Dr. Feiginówna w Instytucie Epidemicznym w Warszawie stwierdza, że dur plamisty pochodzi od odmieńca (proteus X_{19}) pod działaniem bakterjofaga.

Metoda stężenia jonów wodorowych znajduje zastosowanie przy określaniu odczynu płynów, Za pomocą określania PH można rozpoznać delikatne odcienia różnicy odczynów. Demonstracja mięszaniny, dającej skalę PH 3 aż do PH 10«.

Dr. W. Lipiński, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie.

VI. Posiedzenie Wydziału w dniu 23 lutego 1925 r.

Przewodniczy Dr. Opieński, protokołuje Dr. Garbień.

Obecni: prof. dr. Nowicki, dr. Mosler, dr. Mikołajski, dr. Fuchs, dr. Zgórski, dr. Kuhn i p. Rudnicka jako delegat Sekcji higjeny i wychow. fizycz. Tow. Naucz. Szkół Wyższych.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego przewodniczący poświęca słowa wspomnienia zmarłemu 6. II. b. r. wiceprezesowi Towarzystwa ś. p. Drowi Leonowi Krzemickiemu. Pamięć Zmarłego uczcili obecni przez powstanie.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia wybrano przewodniczącym, komitetu redakcyjnego »Bibljoteczki Higjenicznej« prof. Dra Nowickiego; referat odczytowy prowizorycznie obejmie dr. Opieński.

Sprawozdanie Komitetu redakcyjnego: »Bibljoteczki Higjenicznej« składa prof. dr. Nowicki. Dotychczas wydano w nakładzie »Książnicy« 5 broszur: 1) Doc. dr. Sabatowski: O gruźlicy, 3 ark. druku, cena 1,20 zł. — 2) Dr. Łuczyński: Czy i jak można zapobiec chorobie serca 6½ ark. 2,40 zł. — 3) Dr. Krzemicki: O chorobach wenerycznych i higjenie życia płciowego, 4 ark. 1,50 zł. — 4) Prof. dr. Niemczycki: Higjena mleka, 4 ark. 1,50 zł. — 5) Prof. dr. Lenartowicz: Higjena skóry i włosów 8⅓ ark. 3,0 zł.

Obecnie ukaże się: 6) Prof. dr. Nowicki: O chorobach zakaźnych, 6 ark. — przeczytane i oddane do druku są następne dwie: 7) Dr. Hilarowicz: Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach 6 ark., około 30 ilustracyj i 8) Doc. dr. Progulski: Higjena niemowlęcia 5 ark., z 20 ilustracjami oryginalnemi. W drodze z Nowego Jorku jest praca: 9) Doc. dr. Koskowski: O nikotynie. W marcu ma Komitet otrzymać rękopisy dalszych prac: 10) Dr. Ruff: O zapobieganiu zniekształceniom ciała i 11) Prof. dr. Cieszyński: O higjenie jamy ust. W terminie do lipca b. r. obiecali rękopisy: 12) Prof. dr. Franke: Higjena nerek. 13) Doc. Dr. Janiszewski: Sprawa mieszkaniowa, jako zagadnienie społeczne i higjena mieszkania. Nadto prof. dr. Ciechanowski na temat wychowania fizycznego, doc. dr. Artziński »O nerwowości u dzieci« i »Higjena pracy umysłowej«.

Sprawozdanie sekcji odczytowej przedstawia dr. Opieński. W styczniu i lutym b. r. urządzono popularnych wykładów higjenicznych w kinie »Kopernik« 5. Przygotowano wykłady na każdą niedzielę do 17 maja z pauzą dwutygodniową świąteczną. Dochód za styczeń i luty 258,09 zł., rozchód 163,83 zł. Inwentarz przeźroczy wykazuje cyfrę 388.

W dyskusji podnosi prof. Nowicki konieczność prowadzenia propagandy higjeny zapomocą filmu. Uchwalono zwrócić się przez Tow. Hig. w Warszawie do wytwórni filmów, by po dostarczeniu im libretta dla pewnych kwestyj higjenicznych sporządziły filmy.

Po referacie p. Rudnickiej uchwalono urządzić 3 lub 4 wykłady o gruźlicy dla młodzieży starszej szkół średnich we Lwowie.

Sprawozdanie sekcji higjeny sportu składa dr. Fuchs. Poradnia lekarska dla sportowców zostanie otwarta w początkach marca przy Zakładzie patologji ogólnej prof. Frankego. Z wiosną konieczne będzie przeniesienie pracowni na boiska sportowe. Potrzebny lokal w budynku murowanym posiadają »Czarni« którzy są gotowi oddać Towarzystwu jedną ubikację, o ile otrzymają 400 zł. pożyczki na wykończenie budowy. Przeźrocza nasze z zakresu higjeny sportu są obecnie wypożyczone w Krakowie dla klubów »A. Z. S.« i »Cracovia«. Związek Związków sportowych zainteresował się naszemi przeźroczami. Przystąpimy do sporządzenia wzorowych seryj z dziedziny higjeny sportu.

Uchwalono dla sekcji higjeny sportu kredyty: jednorazowo 100 zł. na przeźrocza i 400 zł pożyczkę dla klubu »Czarnych« za dobrą poręką miesięcznie 20 zł. na potrzeby poradni.

Po referacie dra Opieńskiego w sprawie posiedzenia Rady Tow. Hig. w Warszawie wybrano delegatem lwowskim dra Opieńskiego, wypowiedziano się przeciw zawiązywaniu sekcji propagandy, jako bezcelowej na naszym terenie, uchwalono poruszyć sprawy:

1) skoordynowanej pracy z Polskim Komitetem zwalczania raka,

2) propagandy higjeny zapomocą filmu.

Na wniosek dra Mikołajskiego uchwalono ogłaszać protokoły posiedzeń w »Polskiej Gazecie Lekarskiej« i prosić redakcję o ich umieszczanie.

Na wniosek dra Opieńskiego odłożono do następnego posiedzenia decyzję w sprawie funduszu im. dra Leona Krzemickiego, na który składają się następujące kwoty: 309 zł. złożonych przez dra Zgórskiego, a zebranych za jego inicjatywą na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Lekarskiego, 500 zł. dar rodziny zmarłego i 100 zł. zdeklarowanych przez »Serovac«.

Sprawę Walnego Zgromadzenia odłożono do następnego posiedzenia.

Dr. Garbień, sekretarz.

Sekcja lekarska T. W. W. Garnizonu w Stanisławowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 lutego 1925. r.

Przewodniczący: Pułk. lek. dr. Axentowicz.
Obecnych lekarzy 10, w tem 3 cywilnych.

Dr. Feil lek. kontr. Szpitala rejonowego Stanisławów wygłosił odczyt: O leczeniu lampą kwarcową. — Mówca przedstawił krótką historję leczenia słońcem naturalnem (od Finsena) wskazania dla leczenia i skuteczne wyniki zwłaszcza przy gruźlicy kości. Następnie o działaniu promieni fioletowych uzyskanych przy naświetlaniu lampą kwarcową, t. j. sztucznem słońcem górskiem, teorja działania tych promieni i technika naświetlań. Po odczycie mówca zademonstrował lampę kwarcową, wyjaśniając, skład tejże i praktyczny sposób naświetleń. Pułk. lek. dr. Axentowicz omawiał kilka bieżących spraw z dziedziny wiedzy sanitarnej.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. marca 1925.

Przewodniczący: Pułk. lek. dr Axentowicz
Obecnych lekarzy 9, w tem 3 cywilnych.

Pułk. lek. dr. Axentowicz przedstawił konieczność abonowania Lekarza Wojskowego, jako jedynego organu lekarzy wojskowych, zachęcających do współpracy na polu medycyny.

1. Mjr. lek. dr. Pęski Ernest pokazał przypadek (niezupełnie wyjaśniony) u więźnia-szeregowca, który podaje, że zachorował przed 1½ miąsiącem z objawami zatrzymania moczu przez przeciąg trzech dni, znacznem pragnieniem i bólami poniżej pępka, zwłaszcza po stronie lewej powyżej pachwiny. Przez kilka dni cewnikowany (w szpitalu w Lublinie) oddawał następnie mocz prawidłowo do obecnej chwili, podczas gdy bolesność istnieje nadal w tem samem miejscu. Stan obecny: mężczyzna o dobrej budowie, język wilgotny i lekko obłożony, brzuch jest wzdęty, wypuk bębenkowy, jedynie powyżej pachwiny lewej stwierdza się stłumienie nieprzesuwalne przy zmianie położenia ciała, na przestrzeni szerokości dłoni. Objawy utrudnionej drążności kiszek, stolec wskazuje na swężenie kiszki, chory oddaje stolec jedynie po lawatywie. W ostatnich czasach obwód brzucha powiększył się. Objawy te, umiejscowienie jakoteż wiek chorego budzą silne podejrzenie na obecność guza w okolicy kiszki grubej. Najprawdopodobniej jest guz złośliwy (mięsak), szybko rosnący. W miarę wystąpienia dalszych objawów zostanie ponownie przedstawiony ewentualnie po prześwietl niu.

2. Dr. Feil Leon przedstawił: a) dwóch chorych z zapaleniem opłucnej jako powikłaniem po influency, panującej przez kilka dni w 49 p. p. s. k.;

b) w związku z zatruciem dziecka nadmierną dawką ol. chenopodii (ogłoszone w Polskiej Gazecie lekarskiej) przedstawił krótko, sposób dawkowania tego środka u dzieci.

Ponieważ częściowo wyleczony naświetlaniem lampą kwarcową przypadek serophudelma u szeregowca ze stanu szpitala tut. został pokazany.

Sekretarz:	Przewodniczący:
Dr. Feil.	*Pułk. lek. Dr. Axentowicz.*

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w warszawie. Sekcja medycyny wojskowej.

Do końca kwietnia r. b. zgłoszone zostały następujące odczyty w Sekcji medycyny wojskowej Zjazdu:

A. Tematy programowe:

1. »Wyżywienie wojska i ludności cywilnej podczas wojny«. Ref. mjr. lek. G. Szulc, koref. płk. int. Romański.

2. »Powszechne wychowanie fizyczne, jako podstawa przygotowania ludności do wojny«. Ref. prof. Ciechanowski z Krakowa, koref. ppłk. lek. W. Osmolski.

3. »Lekarze i przyrodnicy a obrona gazowa Państwa«. Ref. ppłk. Wojnicz-Sianorzęcki.

B. Tematy poszczególne.

1. Gen. dr. W. Horodyński: Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju i wojny« (bardzo pożądany udział innych Sekcyj). 2. Płk. doc. dr. L. Karwacki: »Zakażenia ran postrzałowych«. 3. Prof. dr. L. Kryński: »Współczesne poglądy na leczenie ran«. 4) Ppłk. dr. Nelken: »Zaburzenia psychiczne w wojsku a sprawa udawania«. 5) Ppłk. dr. B. Szarecki: »Pochodzenie przepuklin urazowych«. 6) Płk. dr. Rudzki: »Dobór rekruta a gruźlica«. 7) Dr. J. Mydlarski: »O różnicach wartości fizycznej żołnierza w świetle antropologji«. 8) Kpt. dr. M. Albiński: »Z zagadnień psychologiczno-wychowawczych w wojsku«. 9) Kpt. dr. M. Albiński: »O naukowych podstawach organizacji wojska«.

Sekcja przypomina, że ostateczny termin zgłoszenia odczytów wraz z ich streszczeniem mija w połowie maja b. r.

Czynny udział Kolegów cywilnych, zwłaszcza rezerwy, jak również P. P. Członków Sekcyj przyrodniczych, w posiedzeniach Sekcji medycyny wojskowej jest bardzo pożądany. Główne bowiem tematy w tej sekcji poruszać będą zagadnie-

nia z dziedziny medycyny, higjeny i przyrody, związane z obroną państwa, która powinna być dziełem nie tylko wojska, lecz wszystkich warstw narodu, z jego inteligencją na czele.

Warszawa, dnia 21. IV. 1925 r.

Przewodniczący Sekcji Med. Wojsk.

Zembrzuski, płk.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie w dniu 25. stycznia 1925 roku.

Obecni: Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Gantz, Garlicka, Kozerski, Przyborowski, Radziwiłłowicz, Smiechowski—(Izba Warszawsko-Białostocka), Panieński (2 mandaty) — Izba Poznańsko-Pomorska, Ciechanowski, Strzemieński, Wróblewski — (Izba Krakowsk) Nowicki, Papée (3 mandaty) Zgórski — Izba Lwowska, Drożdż, Wiszniewski — Izba Lubelska, Tomaszewski (Izba Łódzka).

Posiedzenie zagaił Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Bączkiewicz i oznajmił, że w zastępstwie członka N. I. L. i wiceprzewodniczącego Zarządu Dr. Dembińskiego przybył Dr. Panieński z Poznania, zastępca członka Naczelnej Izby Lekarskiej. Dr. Panieński otrzymał nadto 2 mandaty na piśmie od 2-ch członków N. I. L. z Izby Poznańsko-Pomorskiej na pod stawie uchwały Izby Naczelnej z dnia 27. stycznia 1924 r. Także mandaty na piśmie otrzymali: jeden Dr. Strzemieński od Izby Krakowskiej i trzy Dr. Papée od Izby Lwowskiej. Członek Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Goldflam złożył mandat i na jego miejsce wszedł z listy zastępców Dr. Gantz. Na propozycję Przewodniczącego przyjęto rozesłany członkom N. I. L. porządek dzienny, przyczem dodano jeszcze do porządku dziennego dwa punkty:

1. W sprawie interpretacji art. 17 Ustawy o praktyce lekarskiej (wniosek Izby Poznańsko-Pomorskiej).

2. W sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami.

Po ustaleniu porządku dziennego sekretarz Izby Naczelnej Dr. Bełkowski **odczytał protokół posiedzenia Izby Naczelnej** z dnia 27. stycznia 1924, który przyjęto bez dyskusji.

Następnie Dr. Bełkowski **odczytał sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1924.**

Z powodu sprawozdania tego wywiązała się żywa dyskusja:

Prof. Ciechanowski zaproponował przyjęcie sprawozdania, lecz odnośnie do działalności Izby Naczelnej na przyszłość zgłosił wnioski następujące: 1. Ażeby Wydział Wykonawczy Izby Naczelnej wystąpił do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z wnioskiem powołania do życia Izby Lekarskiej w Województwie Śląskiem na podstawie art. 2 z Ustawy o Izbach Lekarskich, 2. ażeby Wydział Wykonawczy Izby Naczelnej zajął się sprawami zdrowia publicznego i wezwał poszczególne izby, ażeby w tych sprawach zwracały się do Izby Naczelnej, 3. ażeby Wydział Wykonawczy N. I. L. podjął wszelkie kroki w celu powołania do życia Najwyższej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i przywrócenia perjodycznych sprawozdań o sprawach zdrowia publicznego, 4. ażeby roczne sprawozdanie Wydziału Wykonawczego były drukowane i rozsyłane przed dorocznem posiedzeniem wszystkim członkom Izby Naczelnej.

Dr. Radziwiłłowicz poddał krytyce działalność Wydziału Wykonawczego N. I. L. Zdaniem Dr. Radziwiłłowicza Wydział zbyt dużo energji poświęcił pracy biurowej, a zaniedbał sprawy zdrowia publicznego, w których to sprawach Wydział ma obowiązek występować do Władz z inicjatywą własną. Wychodząc z tego założenia Dr. Radziwiłłowicz poparł wnioski prof. Ciechanowskiego.

Dr. Tomaszewski oświadczył, że Izba Łódzka dwukrotnie zwracała się do Wydziału Wykonawczego z projektem przywrócenia stanowisk lekarzy sądowych, a Wydział Wykonawczy dotąd nie poczynił żadnych kroków w tej sprawie. Nadto Dr. Tomaszewski zgłosił wniosek, ażeby Wydział Wykonawczy zorganizował zjazd przewodniczących wszystkich sądów izb lekarskich w celu ujednostajnienia regulaminów sądowych.

Dr. Drożdż poparł wnioski prof. Ciechanowskiego, a nadto zgłosił wniosek o powołaniu do życia Izby Lekarskiej w Wilnie.

Dr. Garlicka zaproponowała wykreślenie ze sprawozdania ustępu o motywach ustąpienia z Sądu N. I. L. prof. Mazurkiewicza, gdyż, zdaniem jej, przytoczone motywy możnaby tłómaczyń w sposób dowolny.

Dr. Papée wystąpił z dezydaratem energicznego poparcia projektu nowelizacji ustawy o kasach chorych, który Wydział Wykonawczy przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Skarbnik Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Bogucki poparł wniosek Dr. Radziwiłłowicza, ażeby Wydział Wykonawczy występował do Urzędów Centralnych w sprawach zdrowia publicznego z własną inicjatywą, oraz ażeby Wydział Wykonawczy w tym celu wszedł w kontakt ze Związkiem Sejmików i ze Związkiem Miast.

Wreszcie Dr. Strzemieński oświadczył, że sprawozdanie Izby Krakowskiej na rok 1923 zostało przesłane Izbie Naczelnej i wobec tego odnośny ustęp w sprawozdaniu Izby Naczelnej co do tej sprawy należałoby sprostować.

W odpowiedzi na wypowiedziane opinje co do działalności Wydziału Wykonawczego w roku 1924 zabierali głos Przewodniczący Dr. Bączkiewicz oraz sekretarz Dr. Bełkowski.

Dr. Bączkiewicz oświadczył, że prace biurowe, które miały na celu organizację Izby Naczelnej, nie należą do prac drugorzędnych. Każda instytucja, zanim rozpocznie swoją działalność, musi być przedewszystkiem zorganizowana. Wniosek prof. Ciechanowskiego co do powołania do życia Izby Śląskiej na podstawie art. 2 z Ustawy o Izbach Lekarskich był już rozpatrywany przez prawników z ramienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Śląsk ma swój statut Autonomiczny i ustawa o izbach lekarskich może być rozciągnięta na województwo Śląskie, ale tylko w drodze Ustawodawczej, i w sprawie tej Wydział Wykonawczy wystąpił już z wnioskiem do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Ustawa o Izbach lekarskich ma być rozciągnięta wkrótce i na Ziemię Wileńską i w sprawie tej Wydział Wykonawczy porozumiewał się niejednokrotnie z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia. Wydział Wykonawczy jest zdania, że nadmierny pośpiech w tej sprawie byłby niepożądany, bez uprzedniego określenia dokładnego liczby lekarzy tej dzielnicy, co na wniosek Naczelnej Izby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zarządziła. Wniosek Izby Łódzkiej co do przywrócenia stanowisk lekarzy sądowych byłby już dawno skierowany na właściwe tory, gdyby Izba Łódzka nadesłała motywy do tej sprawy. Wydział Wykonawczy nie może występować do władz z postulatami niemotywowanemi. Sprawozdania Izby Krakowskiej za rok 1923 Wydział Wykonawczy nie otrzymał, nie mógł więc w sprawozdaniu rocznem podawać w tej sprawie wzmianki odwrotnej. Wbrew twierdzeniu Dr. Radziwiłłowicza Dr. Bączkiewicz jest zdania, że sprawy poruszane przez Wydział Wykonawczy, nie należały do drugorzędnych. Dość przytoczyć tu sprawę projektu nowelizacji Ustawy o kasach chorych, sprawę reorganizacji Ministerstwa Zdrowia, obronę instytucyj lekarskich i t. p. Nadto Dr. Bączkiewico zaznaczył, że Zarząd stale dążył do zapoczątkowania współdziałania z Rządem w sprawach sanitarnych i Dr. Bączkiewicz, jako przewodniczący, w porozumieniu z Zarządem dwukrotnie osobiście przedstawiał tę sprawę p. Generalnemu Dyrektorowi Służby Zdrowia, lecz niestety dotąd ta sprawa nie została uskuteczniona. Przytem Zarząd N. I. L., nie będąc powołanym do współdziałania z Rządem, a zatem stojąc zdala od biegu spraw zdrowotnych w Państwie, nie może występować z ini jatywą, tembardziej, że Izba Naczelna, niedziałając na określonem terytorjum, nie spotyka się bezpośrednio z wymogami życia. Jeżeli jednakże Izba Naczelna podziela pod tym względem pogląd Dr. Radziwiłłowicza, to Dr. Bączkiewicz stawia na porządek dzienny sprawę zaufania dla Wydziału Wykonawczego.

Dr. Bełkowski oświadczył, że krytykowanie Wydziału Wykonawczego z powodu braku z jego strony inicjatywy w sprawach zdrowia publicznego w Państwie, jest to wyszukiwanie kozła ofiarnego, na którego głowę można złożyć winę za niewypełnienie tego, co należy do obowiązków instytucyj rządowych, specjalnie ad hoc powołanych, oraz instytucyj samorządowych tegoż rodzaju. Ustawa o Izbach Lekarskich powołuje Izby Lekarskie do współdziałania z Rządem w sprawach zdrowia publicznego, ale nie oddaje tych spraw wyłącznie w ręce izb lekarskich. Poszczególne izby lekarskie, zajęte organizacją wewnętrzną, inicjatywy w sprawach zdrowia publicznego dotąd jeszcze nie wykazały; członkowie Izby Naczelnej, których ustawa o izbach lekarskich powołuje nie tylko do krytyki, również nic w tej dziedzinie nie zrobili, a odpowiedzialność składa się jedynie na Wydział Wykonawczy. Dr. Bełkowski sądzi, że sprawę tę rozpatrywać należy w innem oświetleniu, a wtedy i do innych dochodzi się wniosków: ogólna apatja powojenna, inercja bezczynności — oto główna przyczyna wykazywanych braków. Wydział Wykonawczy N. I. L. nie może być odpowiedzialnym za to, co należy do obowiązków wszystkich członków Izby Naczelnej, do obowiązków izb poszczególnych i całego stanu lekarskiego. Po tych oświadczeniach Naczelna Izba Lekarska na wniosek prof. Ciechanowskiego z uzupełnieniami Dr. Papéego, prof. Nowickiego, Dr. Bączkiewicza i Dr. Radziwiłłowicza uchwaliła jednomyślnie, co następuje:

1. Przyjąć do wiadomości sprawozdanie roczne Wydziału Wykonawczego i wyrazić uznanie, podziękowanie i zaufanie Wydziałowi Wykonawczemu, a w szczególności jego prezydjum i sekretarzowi.

2. Wyrazić życzenie, aby roczne sprawozdania Wydziału Wykonawczego były ile możności drukowane i rozsyłane przed dorocznem posiedzeniem Naczelnej Izby Lekarskiej wszystkim jej członkom, oraz, aby te sprawozdania, jak również sprawozdania z posiedzeń Wydziału Wykonawczego, były ogłaszane drukiem w czasopismach lekarskich.

3. Wezwać Wydział Wykonawczy, aby na zasadzie art. 2 z Ustawy z dnia 2. grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich poczynił kroki dla przyśpieszenia utworzenia Izby Lekarskiej w Wilnie.

4. Wezwać wszystkie Izby, aby przedkładały Wydziałowi Wykonawczemu Naczelnej Izby Lekarskiej dokładnie opracowany materjał i należycie umotywowane wnioski, mogące być podstawą do inicjatywy Izby Naczelnej w sprawach zdrowia publicznego.

5. Polecić Wydziałowi Wykonawczemu podjęcie wszelkich

kroków, ażeby została powołana do życia Najwyższa Rada Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, oraz aby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydawała perjodyczne w stałych terminach sprawozdania (biuletyny) o sprawach zdrowia publicznego i działalności władz sanitarnych.

Dla zrealizowania ostatniej uchwały w razie, jeżeliby odnośne kredyty były niewystarczające, na wniosek prof. Ciechanowskiego postanowiono zwrócić się do posłów lekarzy, ażeby ci wpływem swoim dopomogli tej sprawie, a nadto przyjęto wniosek Dr. Kozerskiego treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska poleca Zarządowi zwrócić się do wszystkich lekarzy posłów w Sejmie i Senacie, ażeby zechcieli utworzyć Koło lekarzy Senatu i Sejmu, któreby w porozumieniu z Naczelną Izbą zabierało głos i popierało usiłowania Izb Lekarskich w sprawach społeczno-lekarskich i lekarskich.

Przyjęto wniosek Dr. Papéego w sprawie projektu nowelizacji Ustawy o kasach chorych treści następującej:

Izba Naczelna poleca Zarządowi sprawę nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznem, a w szczególności prosi o czynienie w dalszym ciągu energicznych starań o przeprowadzenie postulatów stanu lekarskiego

Wreszcie uwzględniono wniosek Dr. Garlickiej co do wykreślenia ze sprawozdania rocznego Wydziału Wykonawczego ustępu o motywach złożenia przez profesora Mazurkiewicza mandatu sędziego Izby Naczelnej.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniem rocznem Wydziału Wykonawczego Dr. Kozerski zreferował **sprawę wyborów do Izby Naczelnej w Izbie Warszawsko-Białostockiej w roku 1923**, które to wybory z powodu narzuconej przez Ministerstwo Zdrowia ordynacji wyborczej były zaskarżone do Trybunału Administracyjnego. Wyrok Trybunału Administracyjnego wyjaśnił, że ordynacja wyborcza w Izbach Lekarskich na podstawie ustawy należy do kompetencji Izb lekarskich, i nie może być narzucona przez władzę nadzorczą. Na podstawie tego wyroku na posiedzeniu Izby Warszawsko-Białostockiej w dniu 14. grudnia 1924 roku dokonano nowych wyborów do Izby Naczelnej. Rada Izby, mając na widoku ciągłość pracy, powołała tych samych delegatów i tylko na miejsce Dr. Adamskiego, który złożył mandat powołała Dr. Garlicką. Ze względu na znaczenie zasadnicze poruszonej sprawy postanowiono referat Dr. Kozerskiego przesłać wszystkim izbom po uprzedniem złagodzeniu jego formy i po przyjęciu wniosku Dr. Garlickiej co do wykreślenie wzmianki o 19 kolegach z Rady Izby Warszawsko-Białostockiej, którzy wnieśli skargę do Trybunału Administracyjnego.

Skarbnik Dr. Bogucki przedstawił **projekt budżetu na rok 1925** na ogólną sumę 17635 Zł 34 gr oraz wystąpił z wnioskiem, ażeby budżet był pokryty, podobnie jak w roku ubiegłym, przez poszczególne izby w stosunku do liczby delegatów, oraz ażeby poszczególne izby przesyłały do Izby Naczelnej całkowitą należność, a Izba Naczelna sama zwracać będzie koszta przyjazdu (przejazd koleją I-ą klasą i djety urzędników 5-ej klasy) Budżet przedstawiony przez Dr. Boguckiego, przyjęto z prawem przekroczenia o 20%. Przyjęto również zgłoszony przez Dr. Boguckiego wniosek. Uchwalono przesyłać składki do Izby Naczelnej w ratach kwartalnych z góry po 680 złotych od każdego delegata w stosunku rocznym. Względem izb, które nie wpłacają składek, Zarząd ma prawo stosować takie środki, jakie uważać będzie za stosowne.

Członek komisji rewizyjnej Dr. Wiszniewski odczytał **protokół komisji rewizyjnej** z dnia 24. stycznia 1925 r. Książki i dowody kasowe, usprawiedliwiające dochody i wydatki, członkowie komisji rewizyjnej znaleźli w należytym porządku.

Podobnie jak i w roku ubiegłym, **Naczelna Izba udzieliła Zarządowi** (Wydziałowi Wykonawczemu) **pełnomocnictw do działania i występowania w jej imieniu** we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych (zatwierdzanie regulaminów) wykonawczych, leżących w zakresie jej działalności, oraz do udzielania pełnomocnictw w jej imieniu.

Dr. Kozerski odczytał sprawozdanie Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej.

W tem miejscu przewodniczący Dr. Bączkiewicz składa przewodnictwo w ręce Wice-przewodniczącego Dr. Papéego. Z powodu sprawozdania sądowego wywiązała się dyskusja co do ustąpienia z Sądu prof. Mazurkiewicza, oraz co do przysięgi dla Sędziów Izby Naczelnej. Po odczytaniu listu prof. Mazurkiewicza w sprawie złożenia mandatu członka Sądu N. I. L. dyskusję w obu tych sprawach przerwano i znaczną większością głosów sprawozdanie sądowe przyjęto. Co do przysięgi, przyjęto wniosek Dr. Tomaszewskiego co do rewizji regulaminu pod tym względem przez Zarząd.

Przyjęto również wniosek Prezydjum Sądu N. I. L., że zasądzony, składający podanie odwoławcze, ma obowiązek jednocześnie złożyć odpowiedni wkład pieniężny na wpisowe oraz na zwrot kosztów podróży dla świadków i rzeczoznawców w tej izbie lekarskiej, której zasądzony jest członkiem, a izba ma obowiązek wkład ten przesłać niezwłocznie do Zarządu N. I. L. dla Sądu N. I. L.

Następnie, zgodnie z wnioskiem Dr. Kozerskiego, zarządzono wybory dopełniające na **zastępców członków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej**. Wybrano z Warszawy następujących kolegów: Kazimierz Zieliński, Marjan Rylko, Kazimierz Wisłocki, Stanisław Zembrzuski, Teodor Podczaski (po 16 głosów) Dr. Kozerski zreferował sprawę **zawieszenia przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia decyzji Izby Krakowskiej co do nieobejmowania stanowiska lekarza więziennego w Krakowie**, będącego przedmiotem sporu. Na podstawie dokumentów Dr. Kozerski przyszedł do wniosku, że stanowisko Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia było nieuzasadnione. Izba Krakowska na zarządzenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wniosła skargę do Trybunału Administracyjnego. Z powodu referatu Dr. Kozerskiego wywiązała się dyskusja, w której wyniku przyjęto wniosek prof. Ciechanowskiego, ażeby zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, nie wchodząc w meritum sprawy, że Izba Krakowska przedłożyła sprawę pod rozstrzygnięcie Trybunału Administracyjnego, oraz że Izba Naczelna podziela w tej sprawie stanowisko Izby Krakowskiej.

Sprawę zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Uniwersytetem Poznańskim zdjęto z porządku dziennego, ponieważ delegat Izby Poznańsko-Pomorskiej Dr. Panieński oświadczył, że w ostatniej chwili Rektor Uniwersytetu Poznańskiego wystąpił z pośrednictwem i jest nadzieja dojścia do porozumienia.

Dr. Śmiechowski referował sprawę **obejmowania posad w Kasach Chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych**. Poglądy poszczególnych izb w tej sprawie są różne. Istniejące ustawy nie dają prawa do ograniczania lekarzy wojskowych i urzędowych w obejmowaniu posad w kasach chorych. W wyniku dyskusji w tej sprawie przyjęto wniosek referenta treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska uważa za niepożądane komulowanie płatnych posad lekarskich w jednych rękach, a więc w miejscowościach, gdzie, oprócz lekarzy pobierających stałe pensje, są lekarze mało zarabiający, nie mający żadnych poborów stałych, ani związanych z tem udogodnień; pierwszeństwo przy obsadzaniu posad ryczałtowo płatnych w kasach chorych powinni mieć lekarze, nie pozostający w służbie stałej.

Pojęcie praktyki lekarskiej referował Dr. Strzemieński. Po krótkiej w tej sprawie dyskusji przyjęto wniosek referenta, ażeby wszyscy lekarze, zajmujący się lecznictwem w jakiejkolwiekbądź formie, mieli obowiązek należenia do izb lekarskich Uchwała ta ogranicza pojęcie praktyki lekarskiej w porównaniu z uchwałą Izby Naczelnej w roku ubiegłym.

Dr. Smiechowski referował sprawę statutu obowiązkowego **wzajemnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w Izbie Łódzkiej**. Uchwała w tej sprawie Izby Łódzkiej zapadła jednogłośnie na posiedzeniu Rady w dniu 18. stycznia 1925 roku przy obecności wszystkich członków Rady, a więc zgodnie z art. 4 Ustawy o Izbach Lekarskich. Wobec tego na wniosek referenta Izba Naczelna Statut Izby Łódzkiej obowiązkowego wzajemnego ubezpieczenia na wypadek śmierci zatwierdziła.

W związku z tą sprawą przyjęto wniosek prof. Ciechanowskiego, ażeby Zarząd zwrócił się do wszystkich izb z wezwaniem do zakładania instytucyj ubezpieczeniowych, oraz wniosek prof. Nowickiego, ażeby Zarząd przygotował na najbliższe posiedzenie Izby Naczelnej referat, obejmujący w ramach ogólnych **sprawę instytucyj ubezpieczeniowych w Izbach lekarskich**.

W sprawie, poruszonej prez Dr. Papéego, co do lekarzy innych izb lekarskich, ubezpieczających się w kasie emerytalnej Izby Lwowskiej, przyjęto wniosek prof. Nowickiego, treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska nie widzi przeszkody w przyjmowaniu do kasy emerytalnej Izby Lwowskiej lekarzy, należących do innych Izb lekarskich Państwa Polskiego.

W tem miejscu przewodnictwo obejmuje Wice-przewodniczący Dr. Strzemieński.

W sprawie pieczęci Izb lekarskich i w sprawie sprawozdań poszczególnych izb lekarskich udzielił wyjaśnień sekretarz Izby Naczelnej Dr. Bełkowski. Wzór pieczęci izb lekarskich prawdopodobnie w najbliższym czasie będzie zatwierdzony przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i wtedy pieczątki będą mogą być zamówione dla wszystkich izb lekarskich.

Sprawozdania roczne i regulaminy nie wszystkie jeszcze izby przesyłają Izbie Naczelnej; jedynie tylko Izba Lubelska z obowiązku tego wywiązuje się dokładnie. Wyjaśnienia te przyjęto do wiadomości.

Dr. Garlicka i Dr. Radziwiłłowicz zgłosili wniosek treści następującej:

Mając na celu ułatwienie zawodowej pracy lekarzom, a także podniesienie sanitarnych warunków Rzeczypospolitej oraz udostępnienie społeczeństwu opieki lekarskiej, niżej podpisani członkowie Izby Naczelnej składają wniosek, ażeby **Izba Naczelna zorganizowała i prowadziła Biuro zawodowej pracy lekarskiej**, które miałoby na celu:

1. Przygotowanie graficznej i topograficznej mapy obecnego rozmieszczenia lekarzy na całem terytorjum Państwa Polskiego na zasadzie już gotowych materjałów w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

2. Prowadzenie ewidencji zapotrzebowań lekarzy na stanowiska państwowe, samorządowe i prywatne.

3. Przygotowanie planowej i celowej sieci rozmieszczenia w przyszłości lekarzy ogólno-praktykujących i specjalistów.

Zważywszy:

że w obecnym stanie nadprodukcja lekarzy w większych

miastach, a szczególniej w Warszawie, jest bezcelowa i szkodliwa ze względów konkurencyjnych,

że pozbawienie pomocy i kulturalnego wpływu sanitarno-lekarskiego średnich i małych miast jest wielce szkodliwe,

sądzimy, że ujęcie tej ważnej sprawy, dziś tak chaotycznej, przez świadome i celowe kierownictwo najwyższej organizacji samorządowej lekarskiej będzie czynem pożytecznym i społecznym.

Nad wnioskiem Dr. Garlickiej i Dr. Radziwiłłowicza wywiązała się dość żywa dyskusja. Zdaniem Dr. Panieńskiego zakładanie biur zawodowej pracy lekarskiej należy do kompetencji zawodowych związków lekarskich; instytucja centralna, niedokładnie poinformowana co do warunków miejscowych, nie będzie mogła działać sprawnie i Dr. Panieński wątpi, czy instytucja ta przyczyni się się do powstrzymania żywiołowej wprost ucieczki lekarzy ze Wschodu na Zachód. Dr. Bełkowski zaznacza, że prowadzenie centralnego biura pośrednictwa pracy pociągnie za sobą znaczne wydatki, nieprzewidziane w uchwalonym na rok 1925 budżecie. Podzielając pogląd na tę sprawę Dr. Panieńskiego, Dr. Bełkowski sądzi, że centralne biuro pośrednictwa pracy będzie tylko niepotrzebnym balastem dla Izby Naczelnej. Wyrażonych w tej sprawie poglądów nieuwzględniono i wniosek Dr. Garlickiej i Dr. Radziwiłłowicza w głosowaniu przyjęto.

W imieniu Izby Poznańsko-Pomorskiej zwrócił się do Izby Naczelnej Dr. Panieński z prośbą o wypowiedzenie się za art. 17 Ustawy o praktyce lekarskiej, mianowicie, czy wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone. Izba Poznańsko-Pomorska wypowiedziała się przeciwko tego rodzaju wykonywaniu praktyki. Izba Naczelna naogół pogląd Izby Poznańsko-Pomorskiej podziela, lecz, ponieważ przytoczony przez Dr. Panieńskiego przypadek należy podciągnąć pod art 17 punkt C, przeto Izba Naczelna wypowiedziała się, że w danym przypadku ograniczeń na podstawie ustawy zastosować nie można.

W imieniu Izby Lwowskiej Dr. P a p é e złożył projekt nowelizacji art. 21 Ustawy o praktyce lekarskiej w brzmieniu, uchwalonem przez Zarząd Lwowskiej Izby Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 21. stycznia 1925 r.

Art. 21. Lekarzowi przysługuje prawo zawarcia oddzielnej umowy o wynagrodzenie bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe.

Izbom lekarskim przysługuje prawo zatwierdzenia miejscowych cenników przeciętnych, ułożonych przez poszczególne grupy lekarskie we wzajemnem porozumieniu i Izbom lekarskim do zatwierdzenia przedkładanych.

Na wypadek sporu o słuszność lub wysokość żądanego wynagrodzenia lekarzowi i stronie przysługuje prawo zwrócenia się we wzajemnem porozumieniu do właściwej Izby Lekarskiej celem zgodnego załatwienia sprawy, w razie przeciwnym sprawa podlega kompetencji sądów ogólnych. W sprawie przytoczonego projektu nowelizacji zabierali głos Dr. Bełkowski i Dr. Wróblewski, poczem na wniosek prof. Ciechanowskiego sprawę nowelizacji art. 21 Ustawy o praktyce lekarskiej uchylono, jako projekt przy obecnych stosunkach nie na czasie, nie mający szans powodzenia.

W sprawie niesłusznego nakładania podatków na lekarzy przemawiał Dr Drożdż. W sprawie tej Dr. Śmiechowski udzielił informacji co do stanu rzeczy w Izbie Warszawsko-Białostockiej. Pokrzywdzony lekarz zwraca się do Izby, a Izba informuje Urząd Skarbowy. Izba więc Warszawsko-Białostocka, jako strona informacyjna, wpływa na decyzje komisji odwoławczych.

Ostatni punkt porządku dziennego w sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami, przekazano Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej.

Po wyczerpaniu porządku dziennego wice-przewodniczący Dr. Strzemieński zamknął posiedzenie.

Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej: *Dr. Bączkiewicz*,
Sekretarz: *Dr. Bełkowski.*

Izba lekarska lwowska.

P o s i e d z e n i e K o m i t e t u K a s y u b e z p i e c z e n i o w e j w dniu 17. kwietnia 1925. (Wydziału Kasy chorych lekarzy) w własnym domu przy ul. Zyblikiewicza I. 23.

Obecni: Prez. dr. I. P a p é e, prof. dr. N o w i c k i, dr. D o l i ń s k i i dr. A n d r u s z e w s k i.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. D o l i ń s k i przedstawia stan kasy.

III. Załatwiono następujące zgłoszenia Kolegów o przyjęcie do Kasy z wyższem ubezpieczeniem.

1. Dr. Owiński Jakób (Lwów) 10 krotn. od 1. IV. 1925.
2. Dr. Kubisztal Stanisław (Stanisławów) 10 krotn. od 1. I. 1925.
3. Dr. Praschil Tadeusz (Lwów) 10 krotn. od 1. I. 1925.
4. Dr. Porajewski Jan (Sanok) 10 krotn. od 1. IV. 1925.
5. Dr. Braudmann (Probużna) 4 krotn. od 1 stycznia 1925.
6. Dr. Walach Don. (Lwów) 6 krotn. od 1. stycznia 1925.
7. Dr. Grünseid Józef (Wielkie oczy) 4 krotn. od 1. stycznia 1925. r.
8. Dr. Mikucki Władysław (Stanisławów) 10 krotn. od 1. stycznia 1925.
8. Dr. Weiss Henryk (Lwów) 10 krotn. od 1. stycznia 1925.

IV. Uchwalono wypłacić następującym kolegom zasiłki za czas choroby:

1) Kol. B. z L. 51 zł. 2) Kol. S. z L. 77 zł. 3) Kol. K. z L. 74 zł. 4) Kol. F. T. 50 zł. 5) Kol. K. z L. 26 zł. 6) Kol. W. z S. 32 zł. 7) Kol. B. z D. 40 zł. 8) Kol. W. z L. 68 zł. 9) L. z L. 19 zł.

Razem uchwalono wypłacić wypłacić 437 50 zł.

V. Uchwalono wezwać ponownie wszystkich Kolegów, aby celem normalnego skutecznego funkcjonowania Kasy zechcieli uiszczać wkładki b e z o s o b n e g o w e z w a n i a p u n k t u a l n i e co kwartał (zasadnicze ubezpieczenie 8 zł. kwartalnie, świadczenie 2 zł. dziennie) czekiem pocztowym na konto czekowe Banku Unji w Polsce. Lwów Nr. 152610.

VI. Uchwalono zwrócić uwagę Kolegów, że, wedle uchwały Rady Izby lek. z dn. 29. III. 1925, z g ł o s z e n i e c h o r o b y p o t e r m i n i e d ł u ż s z y m, n i ż 3 m i e s i ą c e od chwili zachorowania, pozbawia ubezpieczonego prawa otrzymania świadczenia za przebytą w tym czasie chorobę.

Sekretarz: *Andruszewski.*

Związek lekarzy Państwa Polskiego. Obwód Tomaszowski.

W myśl pisma lekarza naczelnego szpitala Towarzystwa Dobroczynności dla żydów w Częstochowie, Dr. B l u m e n f e l d nigdy lekarzem szpitala tego nie był, jedynie zeszłego lata przez 5 tygodni zastępował podczas urlopu jednego z kolegów szpitalnych. Powyższe podajemy w celu sprostowania wiadomości o osobie dr. B l u m e n f e l d a, wymienionego w Nr. 12. Polskiej Gazety lekarskiej w notatce »Szkodnicy sprawy lekarskiej«.

Pisarz: *Dr. Perzanowski.* Przewodniczący: *Dr. Angspach.*

W sprawie przyjmowania posad ryczałtowych w Kasach chorych.

Członkowie Polskiego Towarzystwa oto-laryngologicznego (Oddział lwowski), stojąc na stanowisku wolnego wyboru lekarza, uchwalili nie przyjmować posad ryczałtowych w Kasach chorych i zwracają się do ogółu Kolegów specjalistów z prośbą o nieprzyjmowanie ryczałtowych posad w Kasach chorych, nie wyłączając Kas chorych kolejowych.

Prof. Dr. T. Zalewski m. p.

Kasa pensyjna niemieckich lekarzy w Czechosłowacji.

Kasa pensyjna niemieckich lekarzy w Czechosłowacji weszła w życie w dniu 1. marca b. r. Myśl założenia tej nader pożytecznej instytucji powstała w Związku państwowym lekarzy niemieckich Czechosłowacji; powstanie jej jest następstwem coraz gorszych warunków materjalnych, wśród których znajdują się lekarze także w Czechosłowacji. Kasa oparta jest na zasadach następujących: 1) Do Kasy przyjmuje się członków bez badania lekarskiego, przyczem czas wyczekiwania wynosi pięć lat, t. j. od chwili przystąpienia do Kasy pensyjnej po 5 latach członek może otrzymywać świadczenia, o ile zajdą przepisane regulaminem warunki; 2) jednostkowa premja (opłata) wynosi zasadniczo 100 koron czeskich miesięcznie. Do Kasy mogą wstępować w charakterze członków także lekarze wiekiem starsi, o ile są w danym czasie zdolni do wykonywania zajęć zawodowych.

Kasa powyższa jest zatem naogół taką samą Kasą, jaką wprowadziła u siebie pierwsza w Polsce Izba lekarska lwowska, tylko, o ile można sądzić, warunki Kasy lwowskiej są korzystniejsze.

Korespondencja.

Baltimore, w kwietniu 1925 r.

I.

Istnieje w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanadzie amerykańskie Towarzystwo dla rozwoju wiedzy — The american association for the advancement of science — które z początkiem roku bieżącego odbyło w Waschingtonie swój zwykły, doroczny kongres. Z programu zjazdu i ze sprawozdań dowiadujemy się o organizacji Towarzystwa, jego pracy i celach zasadniczych, dla których zostało stworzone. Rozwój wiedzy w Nowym Świecie, wszelkiemi dostępnemi sposobami, jest podstawowym celem tego wielkiego towarzystwa. Dlatego też dąży ono do zrzeszenia jak największej ilości członków nietylko wśród osób pracujących w różnych dziedzinach nauki, lecz także wśród tych, które interesują się pośrednio zagadnieniami wiedzy i wychowania. Większość zrzeszonych pochodzi ze Stanów Zjednoczonych i Kanady, jednak Towarzystwo posiada również członków w różnych częściach świata.

Ze względu więc na różnorodny charakter zrzeszonych organizacja Towarzystwa tworzy dwie główne grupy członków: 1) grupę wielu tysięcy indywidualnych członków, których liczba w chwili otwarcia kongresu waschingtońskiego wynosiła 13.633. W tej grupie mieszczą się członkowie pracujący naukowo i ludzie niezainteresowani osobiście w pracy naukowej, lecz oceniający znaczenie i wartość tej pracy; 2) do Towarzystwa należą 83 zupełnie autonomiczne i niezależnie zorganizowane towarzystwa naukowe i 12 akademij nauki i wiedzy. Z wymienionych 49 większych towarzystw i akademij tworzy oficjalne filje Towarzystwa rozwoju wiedzy. Filje posiadają swoich przedstawicieli w Radzie i w każdej sekcji Komitetu, tak, że istnieje stale, najbardziej prosta i demokratyczna kontrola czynności Towarzystwa. Zrzeszone organizacje nie posiadają żadnych finansowych obowiązków; ponoszą je jedynie członkowie indywidualni.

W dążeniu do wykonania swego zasadniczego celu stara się Towarzystwo ułatwiać pracę naukową wogóle, zwołuje więc zjazdy, wydaje publikacje, stara się o zasoby matejalne i wreszcie dąży do wytworzenia takiej atmosfery, która byłaby bodźcem dla pracy badawczej, twórczej i bardziej systematycznej, niż dotychczas. Zasoby materjalne mają ułatwiać pracownikom naukowym ich badania. Wreszcie dąży Towarzystwo do spopularyzowania wiedzy oraz do zastosowania metod naukowych w pracy nad ulepszeniem demokratycznej cywilizacji wogóle.

Ogólny kierunek Towarzystwa spoczywa w rękach Rady ukonstytuowanej na podstawie wyboru, a składającej się z prezydenta, wiceprezydentów (obecnie 15), sekretarza stałego, generalnego, skarbnika, sekretarzy sekcyj, przedstawicieli towarzystw i akademij (49 towarzystw i 12 akademij ze 102 reprezentantami) oraz z 8-miu członków wybieranych przez Radę. Liczy ona obecnie 144 członków. Rada odbywa regularnie posiedzenia 4—5 razy rocznie, nadając w ten sposób ogólny kierunek prac Towarzystwa. Rządy stałe sprawuje Komitet wykonawczy, którego przewodniczącym był w roku ubiegłym S. Flexner, a obecnie, na rok 1925, wybrany został M. J. Pupin.

Towarzystwo posiada 15 sekcyj, oznaczonych literami alfabetu. Sekcje są następujące: A — matematyka, B — fizyka, C — chemja, D — astronomja, E — geologja i geografja, F — nauki zoologiczne, G — botanika, H — antropologja, I — psychologja, K — nauki społeczne i ekonomiczne, L — historja i filologja, M — inżynierja, N — nauki lekarskie, O — rolnictwo, Q — wychowanie. Jest planowe utworzenie sekcji P — rękodzielnictwa i handlu.

Towarzystwo rozwoju wiedzy zwołuje corocznie zjazdy w różnych ośrodkach naukowych Stanów Zjednoczonych i Kanady. Miejscowe komitety przygotowują szczegóły zjazdu, który obejmuje zawsze wszystkie gałęzie wiedzy. Na każdym zjeździe jest zorganizowana należycie służba prasowa, tak, że szybko przechodzą do prasy codziennej odpowiednio przygotowane sprawozdania. W zjazdach biorą udział nie tylko zrzeszone towarzystwa, lecz także wszystkie istniejące naukowe organizacje. Komitet zaprasza je do współudziału, by praca wypadła jak najlepiej i by poszczególne sekcje były jak najpoważniej reprezentowane.

Organem oficjalnym Towarzystwa jest tygodnik »Science«, który członkowie otrzymują bezpłatnie. Każda gałąź wiedzy jest tutaj reprezentowana nietylko w zakresie odpowiednich artykułów, lecz także w dziale sprawozdań ze zjazdów, w kronice naukowej świata i t. d. Stąd dowiadują się członkowie o wszelkich postanowieniach i uchwałach Rady. Członkowie Towarzystwa otrzymywać mogą zamiast tygodnika «Science« miesięcznik naukowy p. t. »The scientific Monthly«.

Towarzystwo posiada stały fundusz (obecnie około 133.000 dolarów), który pochodzi z darów i opłat członków. Procenty z tego funduszu służą do popierania badań naukowych. By użycie finansów było jednak odpowiednie, istnieje specjalny komitet, który nad tem czuwa. Jest rzeczą jasną, że fundusz wymieniony jest niewystarczający i dlatego jednem z obecnych zamierzeń Towarzystwa jest wyszukanie sposobów powiększenia dochodów i stworzenie stałego dużego funduszu dyspozycyjnego.

Celem rozszerzenia swych wpływów i łatwiejszego urzeczywistnienia założeń Towarzystwo dla rozwoju wiedzy pracuje w porozumieniu z innemi organizacjami. Jak wyżej wspomnieliśmy większość amerykańskich towarzystw naukowych i akademij jest filjami Towarzystwa lub w luźniejszy sposób są z niem zrzeszone. Towarzystwo wspomaga wydawnictwa specjalne; od roku 1925 wychodzi pod anspicjami amerykańskich towarzystw biologicznych pismo p. t. Biological Abstracts. Otóż pismo to ma duże poparcie Towarzystwa rozwoju wiedzy. Wiele projektów, udoskonaleń w dziedzinie wychowania i podniesienia narodowego i międzynarodowego dobrobytu spotkało się z gorliwem poparciem Towarzystwa, zwykle w współpracy z innemi organizacjami. Sprawa wychowania mocno zajmuje obecnie prace Rady, którą traktuje problem ten z naukowego punktu widzenia. Specjalnie utworzony komitet, wspomagany finansowo przez miasto N. York, pracuje, by to trudne, a tak ważne zagadnienie, należycie było rozwiązane.

We wszystkich jednak kierunkach nauki i wiedzy dąży Towarzystwo do rozszerzania swych czynności jak najszybciej, do ulepszania i rozszerzania zjazdów, powiększenia wydawnictw i rozpowszechnienia ich w całym »świecie myślącym«, wreszcie do zdobycia odpowiednich funduszów, by zapewnić pomoc materjalną we wszelkich naukowych badaniach wiedzy czystej i stosowanej. Dok. nast.

W. Koskowski.

Ś. p. Prof. Dr. Tadeusz BURDZIŃSKI.

Dnia 15 lutego zmarł w Wilnie w 56 roku życia dr. med. Tadeusz Burdziński, profesor zwyczajny i dyrektor kliniki ginekologiczno-położniczej U. S. B. — Zmarły znaczną część życia spędził w Rosji, gdzie ukończył Wydział Lekarski (Kijów 1894), otrzymał stopień doktora medycyny (Piotrogród 1897), był w ciągu lat 7-miu asystentem wybitnych ginekologów (Ott, Fenomenow), a wreszcie przez lat 13 prowadził oddział ginekologiczny w Szpitalu Ziemskim w Tambowie. Na ostatniem stanowisku, rozporządzając ogromnym materjałem, zasłynął, jako znakomity technik; jego statystyka operacyj Wertheima zajmuje pierwsze miejsce pod względem ilości dokonanych operacyj oraz najmniejszej śmiertelności. Po powrocie do kraju pełnił dobrowolnie służbę wojskową, jako starszy ordynator Szpitala Okręgowego w Lublinie, a po demobilizacji objął stanowisko naczelnego lekarza Szpitala Kasy chorych w Warszawie. Powołany w 1922 r. na profesora Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie wzorowo urządził klinikę ginekologiczno-położniczą: jego usilnym staraniom zawdzięcza Wszechnica Wileńska nabycie własnego gmachu dla tej kliniki (po lecznicy prywatnej) z wspaniałemi urządzeniami operacyjnemi. W ciągu $2^1/_2$ lat zaskarbił sobie w Wilnie opinję człowieka nieskazitelnego, nieuznającego żadnych kompromisów i posiadającego odwagę otwartego wypowiadania swych poglądów. Zmarł w pełni sił męskich i w rozkwicie gorliwej pracy lekarskiej i pedagogicznej.

Cześć Jego pamięci.

W. J.

---

† Dr. Walery MOMIDŁOWSKI.

Dr. Walery Momidłowski urodził się w roku 1862 w Rzeszowie, jako syn radcy sądowego, i w mieście rodzinnem ukończył szkołę średnią, poczem w roku 1880 zapisał się na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, na którym uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Przez szereg lat był asystentem przy katedrze patologji ogólnej i doświadczalnej za prof. dr. Adamkiewicza i w tym czasie ogłosił kilka prac naukowych. W roku 1892 wstąpił do państwowej służby zdrowia przy Namiestnictwie we Lwowie, a w roku 1893 został mianowany lekarzem powiatowym w Tarnobrzegu.

Z tą samą nadzwyczajną pracowitością i sumiennością, jaka go cechowała w czasie studjów uniwersyteckich i na stanowisku asystenta przy katedrze patologji, rozpoczął pracę swą na samoistnem stanowisku w Tarnobrzegu. Skromny aż do przesady nie wysuwał się nigdy na czoło, lecz ta cicha, mrówcza, sumienna praca, tak jako lekarza praktyka, jak i lekarza powiatowego, znalazła coraz więcej uznania w szerokich kołach wszystkich warstw ludności powiatu tarnobrzeskiego i okolicznych. Zdobywał zwolna uznanie, które go wciągnęło w wir pracy obywatelskiej i wysunęło na stanowisko wicemarszałka powiatu. Na tem stanowisku starał się, w miarę środków udzielanych wówczas skąpo na cele higjeny publicznej, szerzyć kulturę i wiedzę higjeniczną. Nie było w powiecie instytucji społecznej, którejby nie był członkiem, doradcą, opiekunem lub założycielem, a szczególnie opiekował się ochronką założoną w Tarnobrzegu, którą też w testamencie, na kilka dni przed śmiercią sporządzonym, uczynił generalną spadkobierczynią całego swego mienia, ciężką pracą zdobytego. W tym też czasie ogłosił większą pracę z dziedziny śmiertelności dzieci, opartą na wieloletnim materjale statystycznym, która to praca ogłoszona została również w języku niemieckim w organie Związku lekarzy urzędowych austrjackich »Amtsarzt«.

Mianowany w roku 1913 lekarzem powiatowym przy Starostwie krakowskiem przeniósł się na stanowisko to po 20 letniej pracy w Tarnobrzegu, a cały powiat, wszystkie instytucje społeczne, wszystkie warstwy ludności z żalem żegnały tego, który tyle dobrego w tem środowisku zdziałał.

Wkrótce po przeniesieniu się do Krakowa wybuchła wojna światowa, a nie był to czas pracy twórczej. Po wskrzeszeniu Ojczyzny i utworzeniu Wydziału zdrowia Polskiej Komisji likwidacyjnej, jako referent Wydziału, zabrał się ze zdwojoną energją do pracy organizacyjnej, przy której znowu uwydatniła się jego skromność, gdyż, jakkolwiek cały ciężar pracy spoczywał na Jego barkach, nie wysuwał się nigdy na czoło, ale był

tylko tym czynnikiem, który w czasie tym nie dopuścił do zniszczenia zdrowych zasad byłej administracji sanitarnej, a na niej starał się zbudować nową, przystosowaną do rodzimych stosunków i zmienionych warunków bytu państwowego. Była to praca ciężka, gdyż w tym czasie łatwiej było niszczyć, niż budować, łatwiej było wygłaszać doniosłe projekta, niż wprowadzać je w czyn, a mimo to, że niejedno Jego zamierzenie, oparte na długoletniem doświadczeniu i przemyśleniu, nie znalazło uwzględnienia, nie zrażał się do dalszej pracy i krzepił się nadzieją lepszej przyszłości.

W roku 1919, po złączeniu administracji całej Małopolski, po utworzeniu Okręgowego Urzędu zdrowia i Ekspozytury tegoż urzędu zdrowia w Krakowie, został kierownikiem tejże i aż do utworzenia Województwa krakowskiego kierował administracją sanitarną całej zachodniej Małopolski. Na tem stanowisku stworzył wzorową administrację sanitarną, która może służyć za wzór całej Polsce. Po kreowaniu Województwa krakowskiego został naczelnikiem Wydziału zdrowia i na tem stanowisku w uznaniu zasług odznaczony został krzyżem oficerskim orderu: »Polonia restituta«. Nie ustawał w pracy organizacyjnej, wciągnął w to koło najbliższych swoich współpracowników i niejedna praca w tym kierunku, znajdująca się w biurku, zamknięta, ujrzy światło dzienne w przyszłości.

W ś. p. dr. Momidłowskim Polska traci jednego z najlepszych synów, administracja sanitarna najlepszego pracownika, a lekarze Jemu podlegli swego gorącego orędownika, który, sam dając przykład, jak się powinno pracować, był wymagającym przełożonym, ale uznawał i oceniał pracę każdej jednostki.

Pamięć ś. p. dr. Walerego Momidłowskiego, człowieka szlachetnego o niezłomnym charakterze, długo jeszcze przyświecać będzie tym, którzy go znali, kochali i którzy na pracę Jego z uznaniem patrzyli.

Dr. Adam Grudzewski.

Św. p. Ksawery JASIŃSKI.

Urodził się w r. 1861. Należał on do wybitnych ginekologów Łodzi i zajmował w świecie lekarskim stanowisko kierujące.

Prawy człowiek i chętny pracy społecznej obywatel pracował na wielu polach działalności społeczno-lekarskiej, zajmując wszędzie stanowiska naczelne.

Drukiem ogłosił: 1) Pęknięcie macicy zupełne podczas porodu. Całkowite wycięcie macicy. »Medycyna« 1895 Nr. 49. i 50. 2) Przypadek ciąży jajowodowej »Medycyna« 1896. Nr. 4. Z powodu nieuleczalnej choroby opuścił Łódź w r. 1922.

W zmarłym straciła Łódź jednego z najprzedniejszych obywateli.

---

† Dr. Wiktor LECHOWSKI.

Dnia 29 kwietnia b. r. zmarł w Drohobyczu Dr. Wiktor Lechowski, em. dyrektor tutejszego szpitala w wieku l. 79, pracując przez przeszło pół wieku w tutejszem mieście i okolicy niezmordowanie prawie aż do ostatnich chwil życia i przynosząc licznym rzeszom chorych ulgę w cierpieniu i pociechę.

Nic też dziwnego, że cieszył się zawsze zaufaniem ogółu, który do niego zwracał się nietylko o pomoc lekarską, lecz także o wszelką poradę.

Zawsze jak najlepszy kolega — dzielny lekarz i djagnosta, szedł mimo swego wieku z postępem czasu, niezasklepiając się w ciasnem kółku dawnych pojęć, lecz przy nabytem doświadczeniu kształcąc się dalej i zaznajamiając się z postępami nauki.

Przed 26 laty usunął się od pracy szpitalnej, poświęcając natomiast więcej czasu sprawom społecznym. Za jego inicjatywą powstało Tow. zaliczkowe, którego długoletnim był dyrektorem.

Jemu i Jego pomocy zawdzięcza powstanie swoje »Sokół«, któremu szereg lat prezesował.

Jego staraniom i Jego pomocy zawdzięcza Ochronka polska oraz Bursa polska swe powstanie i ugruntowanie swego bytu. Dla drugich nie dla siebie dobry finansista przeprowadził budowę odpowiednich gmachów oraz wszystkich czterech powyższych instytucyj. Nie na tem jednak kończy się jego działalność — dla siebie zawsze oszczędny i nie wymagający — miał zawsze otwartą rękę dla potrzebujących, pomagał po cichu studentom, fundował stypendja i w ostatnich chwilach swych nie zapomniał o biednych, przekazując swą willę oraz skromny, jak na 50 letnią pracę dorobek, Towarzystwu opieki nad młodzieżą.

Zawsze za życia cichy i skromny zastrzegł sobie bardzo skromny pogrzeb bez przemawiań i wieńców.

Dnia 1. maja rankiem odprowadziły ciało cichego tego pracownika bardzo liczne rzesze mieszkańców, oddając zmarłemu »Cześć« i dając wyraz swemu żalowi.

Rodziny nie pozostawił — pozostała jednak pamięć jak najlepsza, która w dziełach jego długie lata nie wygaśnie.

Dr. Pelczar.

Od Administracji.

Zawiadamia się P. P. autorów prac oryginalnych z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 18, będą otrzymywali odbitki łamane (format książki) bezpłatnie w ilości 20 szt.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Komandorią orderu »Polonia restituta« zostali odznaczeni prof. dr. Tadeus Browicz, prof. dr. Stanisław Ciechanowski i prof. dr. Marchlewski.

Lwów.

Na fundusz nagrodowy im. dr. Leona Krzemickiego otrzymało dotąd Towarzystwo higjeniczne lwowskie od rodziny zmarłego oraz ze składek kwotę 1349 zł. Z funduszu tego mają być wyznaczane nagrody za najlepsze prace z zakresu choroby raka. Bliższe warunki konkursowe będą później ogłoszone. Towarzystwo higjeniczne uprasza o nadsyłanie datków na cel powyższy na ręce skarbnika Towarzystwa, dr. Moslera (Lwów, Wojewódzki Urząd Zdrowia).

Warszawa.

Stanowisko kierownika pracowni bakterjologicznej w Miejskim Instytucie higjenicznym m. Warszawy otrzymał drogą konkursu dr. Aleksander Ławrynowicz.

Ze świata.

Choroba zatokowa pojawiła się znowu w nasilowej, postaci na wybrzeżu Bałtyku, w okolicy Królewca i t. d. Donoszą o nowych przypadkach zachorowania. Z obawy przed jej nabawieniem się wielu rybaków powstrzymało się od swych zajęć zawodowych.

Sprawa śmiertelności osesków we Francji jest ustawicznie troską publiczną. Ostatnio paryska Akademja medyczna zwróciła się znowu do odnośnych czynników rządowych z pewnemi przedstawieniami. Zwrócono szczególniejszą uwagę na potrzebę karmienia osesków przez matki. W tym celu należy roztoczyć energiczniejszą opiekę lekarską nad oseskami, a dla ułatwienia przeprowadzenia tej opieki należy ześrodkować ewidencję osesków w kilku punktach. Jest wniosek, aby w przeciągu 2 tygodnia osesek był zgłoszony w merostwie, a nadto, aby postarano się o zabezpieczenie odpowiedniego utrzymania matce na czas karmienia.

Śmiertelność osesków w Niemczech spadła w latach ostatnich. W pięcioleciu od 1901—1905 wyniosła prawie 19%, w 1906—1910 spadła na 16.88%, z w r. 1923 wynosiła 13.18%. Przyczyną tego stałego zmniejszania się śmiertelności osesków jest przestrzeganie pouczania matek o obchodzeniu się z oseskami, liczebny wzrost znaczny zakładów położniczych. I tak w zakładach tych było w r. 1913 urodzeń 18.246 dzieci t. j. 14.3 na 1000 wogóle urodzonych, w r. 1923 było w zakładach urodzonych 57.731 t. j. 70.42 na 1000 wogóle urodzonych. Również coraz większa liczba matek karmiących ma w tym spadku śmiertelności osesków bardzo ważne znaczenie. W każdym razie śmiertelność osesków w Niemczech jest jeszcze bardzo wysoka w porównaniu z krajami innemi. I tak w Danji i Anglji wynosiła ona w roku 1913—1922 tylko 7—10%, w Szwecji 7%, w Norwegji 6,5—5,5%, we Francji poniżej 10%.

O zmianę organizacji Międzynarodowego Biura Pracy. Na ostatnim Kongresie Międzynarodowej Konferencji Pracowników Umysłowych, odbytym w Paryżu w styczniu b. r., uchwalono, aby narodowe konfederacje pracowników umysłowych zbadały poglądy rządów swych państw na sprawę ewentualnego dopuszczenia pracowników umysłowych do Międzynarodowej organizacji pracy, a zatem i do Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie.

Zmarli.

Dr. Jerzy Brunner, docent bakterjologji Uniw. warszawskiego, profesor Wolnej Wszechnicy polskiej, zmarł w 54 roku życia.

Dr. Władysław Kopytowski, ordynator Szpitala św. Łazarza, zmarł w 67 roku życia.

Dr. Ksawery Jasiński, sekretarz stały Łódzkiego Tow. lekarskiego, zmarł w Warszawie w 66 roku życia.

Dr. Mieczysław Gliński, b. naczelny lekarz Zakładu leczniczego w Nałęczowie, zmarł w 49 roku życia.

L. 2500/25.

Wydział Powiatowy Sejmiku Święciańskiego ogłasza

Konkurs

na objęcie posady Rejonowego Lekarza w Kobylniku z poborami według VII kat. płac urzędników państwowych.

Do podania dołączyć należy odpis dyplomu lekarskiego, poświadczenie obywatelstwa polskiego oraz własnoręcznie skreślone curriculum vitae

Posada jest do objęcia natychmiast.

(—) *Montwiłł*
Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta.

L. 2191/925.

KONKURS.

Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Inowrocławiu ogłasza konkurs na posadę Naczelnego Lekarza na następujących warunkach:

1. Obywatelstwo i narodowość polska oraz wyznanie chrześcijańskie, 2. Prawo praktyki lekarskiej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. 3. Wiek od 40 do 55 lat. 4. Dokładna znajomość prowadzenia systemu ambulatoryjnego w Kasach Chorych oraz praktyczna znajomość zasad ubezpieczenia społecznego.

Czynności służbowe 4 godziny dziennie, za wynagrodzeniem 800 Zł. miesięcznie.

Termin konkursu upływa z dniem 1-go czerwca b. r.

Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Innowrocławiu.

Ostrzeżenie.

Stowarzyszenie Lekarzy w m. Brześciu n/B. ostrzega kolegów przed ewentualnem obejmowaniem posad w Powiatowej Kasie Chorych w m. Brześciu n/B. bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Stowarzyszenia.

Dr. Sawicki sekretarz. *Dr. Serdakowski* prezes.

Adres: m. Brześć n/B. ul. Dąbrowskiego 41.

L. 52/925.

KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Krzemienieckiego ogłasza niniejszem konkurs na posadę kierownika szpitala samorządowego na 15 łóżek z przychodnią w Poczajowie, oraz posadę kierownika przychodni samorządowej w Wyszogródku.

Do pierwszej przywiązane są pobory według VII st. sł płac urzędników państwowych i mieszkanie do 3 pokoi, do drugiej posady pobory według VIII st. płac.

Lekarzom przysługuje prawo wolnej praktyki.

Osoby reflektujące na te posady winne dołączyć do podań następujące dokumenta:

1. Świadectwo obywatelstwa Polskiego,
2. Odpis dyplomu,
3. Curriculum vitae. znajomość języka rusińskiego pożądana.

Posada do objęcia zaraz.

(—) *Robakiewicz*
Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta.

L. 857/ S. M.

KONKURS.

Wydział Powiatowy w Lubomlu poszukuje 2-ch lekarzy: jednego na stanowisko kierownika działu sanitarnego, drugiego na kierownika szpitala.

Do posad przywiązane są pobory VIII st. sł. z dodatkiem komunalnym. Posady do objęcia od zaraz.

Sekretarz: (—) *J. Buderacki*
Przewodniczący Wydziału, Starosta: (—) *S. Zurakowski.*

L. 2662/25.

KONKURS.

Tymczasowy Zarząd Powiatu w Nowym Sączu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Piwnicznej.

Okręg sanitarny w Piwnicznej obejmuje miejscowości: Kokuszka, Łomnica, Młodów, Obłazy, Piwniczna, Rostoka, Ryterska, Rytro, Sucha, Struga, Wierchomla Mała, Wierchomla Wielka, Żegiestów i Zubrzyk.

Do posady tej przywiązane są pobory ustalone reskryptami Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie z dnia 2. czerwca 1922. Lw. 16272, 16273 i 16274, a w szczególności tytułem ryczałtu na objazdy i ryczałtu na wydatki biurowe kwoty określone każdorazowo przez Tymczasowy Wydział Samorządowy.

Ponadto gmina Piwniczna zobowiązała się przyczyniać do uposażenia lekarza okręgowego przez bezpłatne oddanie lekarzowi domu gminnego Nd. 561. na mieszkanie, przez dostarczenie 9. m^3 drzewa bukowego na pniu na opał, oraz przez dodatek 50 złotych miesięcznie gotówką wypłacany z funduszów gminnych pod warunkiem, że lekarz okręgowy spełniać będzie zarazem funkcje lekarza gminnego i leczyć będzie bezpłatnie urzędników i sługi gminne.

Posada powyższa połączona jest z prawem do emerytury w granicach postanowień ustawy z 12/5 1909. Nr. 68. D. u. k.

Chcący uzyskać tę posadę winni wykazać, oprócz dostatecznego fizycznego uzdolnienia następujące warunki:

1. Obywatelstwo polskie,
2. dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3. nieskazitelny charakter,
4. znajomość języka polskiego,
5. praktykę najmiej 2-letnią w zawodzie lekarskim,
6. nieprzekroczony 40-ty rok życia.

Między kandydatami mają przewszeństwo ci, którzy wykażą się 2-letnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Posada powyższa nadaną zostanie prowizorycznie na 1 rok, a po upływie tego czasu nastąpić może stabilizacja.

Podania o nadanie posady wnosić należy do tymczasowego Zarządu Powiatu w Nowym Sączu w nieprzekraczalnym terminie do końca maja 1925 roku.

Sekretarz: *Kobak* w. r
Komisarz rządowy: *Kępiński* w. r.

L. 2258/25.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Żółkwi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Mostach Wielkich

Do powyższej posady przywiązane są pobory XII. st. sł. płac urzędników państwowych, ryczałt na objazdy służbowe w kwocie określonej rocznie.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść należycie udokumentowane podanie do Wydziału powiatowego w Żółkwi w terminie do 15. czerwca 1923.

Do podania należy dołączyć:

1. metrykę urodzenia na dowód, że nie przekroczyli 40-go roku życia,
2. poświadczenie obywatelstwa polskiego,
3. dyplom lekarski.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, którzy wykażą się świadectwem odbytej praktyki szpitalnej względnie praktyką na posadzie lekarza okręgowe.

Okręg sanitarny Mosty Wielkie, stanowi 15 gmin a to: 1. Biesiady, 2. Borowe, 3. Butyny, 4 Bojaniec, 5. Dworce, 6. Derewnia, 7. Kulawa, 8. Kupiczwola, 9. Lubella, 10. Mosty Wielkie, 11. Przystań, 12. Rekliniec, 13. Stanisłówka, 14. Strzemien, 15. Wolica.

Komisarz rządowy:
w. z. *St. Gorécki.*

Nr. 22. 31. maja 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Cieniom J. M. Charcota

poświęcone przemówienie K. ORZECHOWSKIEGO podczas uroczystości odsłonięcia portretu i nadania Jego Imienia Sali w Klinice Neurologicznej Uniwersytetu Warszawskiego dnia 15. maja 1925 roku.

Magnificencjo!

Panie Dziekanie!

Panie i Panowie!

W bieżącym roku upływa sto lat od czasu urodzin Charcota, owego męża, którego nazwisko miało później rozbłysnąć, jako jedno z pierwszych obok nazwiska Pasteura na firmamencie sław medycyny światowej.

W rocznicę tę pragniemy złożyć hołd pamięci wielkiego lekarza i neurologa. Sposób, w jaki upamiętnić zamierzamy nazwisko Charcota i związać je trwale na przyszłość z naszą kliniką, jest wyrazem pragnienia, by z nazwiskiem Jego wszedł duch wielkiego badacza w mury tej uczelni, której przekazano w roku 1921, wówczas pierwszej w Polsce, wyłączną pracę nad pogłębianiem dydaktycznem i naukowem neurologji.

Kim był Charcot, co zrobił, jaką trwałą pozostawił spuściznę po Sobie, za co Go czcimy, składając Jego Wiecznym Cieniom najwyższy hołd, na jaki stać naszą skromną placówkę naukową?

Urodzony w roku 1825, zmarł przed 32 laty na chorobę, która tak często kładzie kres życiu lekarzy, na dusznicę bolesną. Główna działalność Jego obejmowała lata od roku 1860 do 1893 t. j. do roku śmierci.

W roku 1862 zdobył Charcot, już jako docent uniwersytetu paryskiego, oddział w przytułku Salpetriery i rozwinął tu rozgłośną działalność naukową, anatomo-patologiczną i kliniczną, której zawdzięcza w roku 1871, w 46 roku życia, powołanie na katedrę anatomji patologicznej. W roku 1882 staje się Charcot kierownikiem pierwszej, specjalnie dla Niego stworzonej przez rząd kliniki neurologicznej, jak dotąd jedynej we Francji. Powstanie tej kliniki było wyłącznym skutkiem plonu naukowego prac Charcota i Jego długotrwałych niezmordowanych zabiegów. Była to klinika neurologiczna jedyna wówczas na świecie, wogóle jedyna w swym rodzaju może nawet dotąd, rozporządzająca bowiem obok 100 łóżek ściśle klinicznych, jeszcze 5.000 chorych przytułku Salpetriery, którego ordynatorem był Charcot poprzednio, i przechodnią, przez którą przewijało się w owe czasy rocznie ponad 5.000 nowych chorych. Przytułek ten będąc zbiorowiskiem chroników, w znacznej części neurologicznych, zawierał materjał niezrównany pod względem jakości i liczby, którym dotąd posługuje się neurologja francuska, w pewnej mierze tej to okoliczności zawdzięczając swoje bezkonkurencyjne stanowisko w przypadkach, gdy dobór i ilość chorych ułatwiają lub wogóle umożliwiają rozpatrzenie pewnego zagadnienia klinicznego. O poziomie, rozległości, wielostronności i rozmachu pracy badawczej, której warsztatem stała się nowo otworzona klinika Charcota, dają wymowne świadectwo jej urządzenia: wszyscy specjaliści z pogranicza neurologji mieli tam swoje gabinety: otolodzy, okuliści, laryngolodzy, istniał tam zakład elektrodiagnostyczny w pełnem znaczeniu słowa, ten sam zakład, z którego wychodzą obecnie znane prace Bourguignona, wreszcie na czoło zakładów pomocniczych kliniki wysuwało się laboratorjum poświęcone anatomji i histologji układu nerwowego. W pracowniach tych dojrzewali: Parinaud, Londe, Vigoroux.

Zwyczajem wielu wielkich lekarzy owych czasów, zespalał Charcot ściśle działalność anatomo-patologa i klinicysty. Jako ordynator owego olbrzymiego przytułku znał swoich chorych i osobiście wykonywał ich sekcje. Jako anatom praktyczny i profesor anatomji patologicznej oparł też na niej całą Swą działalność kliniczną, całą metodykę pracy. Ten sposób poszukiwań klinicznych, której wytyczną linją był ciągły związek z anatomją patologiczną i ciągła kontrola przez anatomiczne badania, samodzielnie przedsiębrane, okazał się w wynikach nadzwyczajnie owocnym, bo na tym tylko zrębie, anatomji i kliniki powiązanych ze sobą, mogła była powstać nowoczesna neurologja. Hasło Charcota, neurologji opartej o badania anatomiczne, przejęli naczelni neurolodzy zagranicy, Anglji i Niemiec, stało się ono przewodniem dla całej plejady współczesnych, i niespożytem, niewyczerpanem jest ono po dziś dzień i napewne pozostanie niem jeszcze długo. Neurolog musi być anatomem i to anatomem praktycznym, w najszerszem znaczeniu słowa, musi umieć dzielić czas swój między zajęcia przy łóżku chorego i zajęcia laboratoryjne. Jest on tym bodaj jedynym typem klinicysty, który musi przejść praktycznie szkołę normalnej i patologicznej anatomji i histologji układu nerwowego, o ile chce objąć zakres sięgający poza spekulacyjną dziedzinę neurologji i poza zwykłe wykonawstwo terapeutyczne swego fachu. Nie było też, o ile mi wiadomo, neuro-patologa ponad pewną przeciętną miarę, w którego wykształceniu znalazłby się wyłom od tego naczelnego nakazu nauk i przykładu szkoły Charcotowskiej. Kult dla badań anatomicznych nie wykluczał zresztą u Charcota zainteresowania się funkcjonalnymi schorzeniami, wszak ostatnie lata życia zapełniał przeważnie studjami poświęconymi histerji.

Ledwie w najzwięźlejszem streszczeniu mogę wyliczyć ważniejsze rozdziały neurologji, których powstanie lub wyposażenie w treść wiążą się z twórczością Charcota:

Chromanie przestankowe zależne od zwężenia światła naczyniowego (1859).

Wykazanie ubytku i zaniku komórek rogów przednich w porażeniu dziecięcem i w chorobie Aran-Duchenne'a.

Artropatje tabetyczne, nazywane w piśmiennictwie angielskim »Charcots joint disease«.

Rozpoznanie różniczkowe stwardnienia rozsianego i choroby Parkinsona.

Postaci poronne wiądu i stwardnien'a rozsianego.

Wyodrębnienie zaników postępujących rdzeniowych i myopatji.

Podstawy anatomiczne porażeń opuszkowych.

Porażenia wrzekomo-opuszkowe.

Zmiany anatomiczne rdzenia przy powolnie dokonywującym się ucisku.
Histerja urazowa.
Zapoczątkowanie nauki o lokalizacji mózgowej przez wyodrębnienie ośrodków ruchowo-czuciowych kory.

Nie można powiedzieć, by w opracowaniu wszystkich wymienionych tematów Charcot nie miał poprzedników lub współczesnych. Nie były one wszystkie tworami wyłącznie jego umysłu, on jednak dawał ich syntezę z luźnych i niepopartych spostrzeżeń cudzych, rozbudowywał bogate w treść obrazy chorobowe, stwarzał dla nich niewzruszone podstawy dowodów anatomicznych i całokształt obrazu chorobowego narzucał współczesnej medycynie z fascynującą suggestją słowa swych wykładów i niemal nieprzeliczonych prac drukowanych. Posiadając języki obce, niemiecki i angielski, które przyswoił sobie już w późniejszym wieku, by móc ogarnąć piśmiennictwo medycyny wewnętrznej i neurologicznej także postronnych narodów, przodował Charcot erudycją wśród swoich, z drugiej strony tem łatwiej mógł trafić swem słowem do umysłów obcych uczonych, nietylko francuskich. Tem się tłumaczy między innemi legendarny czar nazwiska i niezrównany wpływ, jaki Charcot posiadł był na rzesze lekarzy całego świata, wpływ osobisty, któremu równego nie było przed Nim, ani po Nim.

Zasługą wiekopomną Charcota było naukowe zajęcie się w wielostronny sposób histerją, w której odkrył dwojenie się jaźni, opisywał subtelnie stany napadowe, znaczenie suggestji, wpływ leczniczy perswazji, wiary i odosobnienia. Pierwszy On nauczył rozróżniać porażenia histeryczne od organicznych, On też był już na tropie przesady, kłamstwa i oszustw osobników histerycznych, zaznaczając zresztą niezupełną świadomość w tych stanach u histeryków, którzy według Jego słów „stwarzają sobie w wyobraźni obraz objawowy choroby ze wszystkiemi szczegółami". Charcot też pierwszy zajął się w naukowy sposób hipnotyzmem.

Wyłącznym tworem Charcota jest *sclerosis lateralis amyotrophica*, stwardnienie zanikowe boczne, t. zw. *»choroba Charcota«*. On pierwszy ją opisał, podając w najdrobniejszych szczegółach zespół objawowy, przebieg cierpienia i podłoże zmian anatomicznych.

Objąć całą skalę produkcji naukowej Charcota byłoby trudno nawet w obszerniejszem ujęciu — tak była ona rozległą. Gdy Charcot przedstawiał Instytutowi Francuskiemu kandydaturę Swą na członka i zwyczajem przyjętym przedłożył spis prac — było to na 10 lat przed śmiercią — spis samych tytułów obejmował tom o 200 stronach. Zbiór zaś wyborowych prac całego życia, wydany po śmierci, składał się z kilkunastu tomów. Dzieła te nie były wszystkie wprost Jego ręką pisane, a spisywane z wykładów przez uczniów, i potem często nawet bez korekty Charcota oddawane do druku. Przytaczam ten szczegół, bo daje on miarę doskonałości tych wykładów.

Żeby choć w części ogarnąć ogrom darów, które hojną dłonią złożył Charcot po wieczne czasy medycynie z nieprzebranych zasobów swej wiedzy, spostrzegawczości i genjuszu, trzeba odtworzyć sobie stan choćby tylko neurologji, jaki zastał — i tej neurologji, jaką po sobie zostawił. Za owych czasów, gdy Charcot rozpoczynał swą działalność, więc w r. 1860, neurologja niemal nie istniała w podręcznikach, tak mało była jej wiedza podręcznikową. Zaczęła ona jednak już istnieć w piśmiennictwie archiwalnem. W samej Francji, z potężnej głowy Duchenne'a wyszły już były jej zaczątki, które kazały się spodziewać, że wielkie dzieło jest w toku, chodziło jednak o luźne poczynania, które mogły się stać doniosłemi w wynikach w dalszej przyszłości, lecz na razie były niedoceniane lub ogółowi lekarzy nieznane. W podręcznikach klasycznych karty wypełnione były raczej przedstawieniami anatomicznemi, które poruszały często nierealnie i hipotetycznie n. p. takie sprawy jak zanik i przerost rdzenia, wady rozwojowe, przekrwienie i podrażnienie rdzenia, gdy właściwa część kliniczna działu chorób rdzeniowych ograniczała się do zapalenia rdzenia, będącego koszem, do którego wrzucano przeważną część cierpień rdzeniowych, do cierpień urazowych i do »apoplexji«. Nie o wiele lepiej przedstawiał się rozdział chorób mózgowych. I tu omawiano zanik i przerost mózgu, ponadto wodogłowie, a część kliniczna ograniczała się do krwotoku i rozmiękczenia mózgu. Wreszcie istniał rozdział omawiający nerwice — tu opisywano tężec, pląsawicę i epilepsję. Ze śmiercią Charcota znajdujemy podręczniki neurologiczne o zupełnie nowoczesnym wyglądzie, o ile chodzi o ilość i pełność treści obrazów chorobowych.

Żniwo posiewu Charcota trwało lata, i trwa bodaj dotąd. Bez niego postęp w wielu dziedzinach nie byłby później możliwy. Najlepsze n. p. prace Babińskiego o histerji i nie tak dawne o zaburzeniach odruchowych fizjopatycznych tkwią korzeniami w naukach Charcota, na co zresztą wskazuje sam Babiński.

Czego nie mógł zrobić Charcot wprost, w tem ogromnem dziele, jakie stworzył i które dalej rozbudowywało się poniekąd samo, jakby mocą bezwładności wskutek początkowego rozpędu nadanego przez Mistrza, dorobili jego uczniowie. Niepodobna też rozpatrywać dzieła Charcota, pomijając prace jego szkoły, jego uczniów, chociaż prace te przypadają nieraz na lata, i to późne, po jego śmierci. Wystarczy wymienić nazwiska, które same przez się stanowią wielki i dostojny rozdział w historji medycyny francuskiej. Oto uczniowie Charcota: Cornil, Bouchard, psychjatra Joffroy, Lepine, Huet, Souques, Richer, Raymond, Gilbert, Ballet, Gilles de la Tourette i najwięksi między wielkimi: P. Marie, Babiński, Brissaud, Gombault. U Charcota zdobywali ostrogi także liczni uczeni zagraniczni, o ile chodzi o nazwiska — wiadomo mi napewne tylko o Moebiusie, Freudzie i o niedawno zmarłym Picku z Pragi, że bardzo dużo zawdzięczali Charcotowi, z naszych lekarzy uczniami Charcota obok nieżyjących już Gajkiewicza i Dunina byli Ciągliński i Goldflam.

W osobistości Charcota istniał jeszcze jeden czynnik niezmiernie interesujący, którego niestety nie poddali analizie współcześni. Możemy tylko obrazowo na podstawie notatek przedstawić tę stronę ducha Charcota. W owej dobie, kiedy neurologja była nawet lekarzom nauką nieznaną, a anatomja patologiczna właśnie dzięki pracom Charcota zaczynała dopiero torować sobie we Francji drogę zrozumienia u lekarzy, wykłady tego profesora, który niebył mówcą, mówił po prostu, bez patosu, w rodzaju pogawędki ze słuchaczami, ale mówił jasno, cieszyły się niesłychaną wprost popularnością, popularnością, której przykładu drugiego w dziejach medycyny chyba nie było i której, szczerze mówiąc, my obecnie nie możemy zrozumieć. Zrazu bardzo uczęszczane przez lekarzy i medyków, wykłady te nawiedzał potem — było to zwłaszcza w okresie studjów nad histerją — cały inteligentny Paryż: politycy, ministrowie, wysocy urzędnicy i uczeni różnych, oddalonych od medycyny działów nauki. W wykładach byli pomocni Charcotowi nawet wybitni filozofowie i psycholodzy, którzy obok lekarzy różnych specjalności przygotowywali mu szczególne pokazy do wykładów. Mało powiedzieć, że wykłady te były jasno wypowiedziane, że najsuchszy, najzawilszy przedmiot z anatomji układu nerwowego przykuwał w ustach Charcota uwagę nawet ludzi mało obznajomionych z materją, że układ wykładu był tak mistrzowsko przedsiębrany, że stopniował odpowiednio zainteresowanie, że wykłady były w niezwykle na owe czasy rozrzutny sposób ilustrowane rycinami, fotografjami i t. p. Starano się dla wytłumaczenia tego wpływu Charcota na słuchaczy wysunąć zresztą słusznie walory estetyczne sposobu i ducha wykładów, bo Charcot miał artystyczną duszę, był wielkim znawcą i czcicielem sztuki i piękna. Wszystko to jednak dla wytłumaczenia czaru indywidualności tego wielkiego Francuza nie wystarcza. Poza tem wszystkiem i ponad tem istniała inna przyczyna. Oto tkwiła w tym uczonym nieznana jakaś siła, która przykuwała, olśniewała i zniewalała zmysły, siła nie dająca się ująć w definicję, właściwa genjuszom, której urok odczuwali ci tylko, którzy bezpośrednio Charcota znali, więc tylko współcześni. My możemy się tylko kusić — wyobrażać ją sobie.

Spuścizna Charcota stała się własnością całego świata. Z własności tej korzystamy w równej mierze i my. Przekazał ją bezpośrednio w dużej części polskiej medycynie uczeń

Charcota, pierwszy też polski neurolog na europejską miarę. Gajkiewicz, który potem prowadził oddział uwzględniający przeważnie potrzeby neurologiczne w Szpitalu Dzieciątka Jezus na tem samem miejscu, w którem rozwija obecnie swą działalność Klinika Chorób Nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego. Poprzez umiłowanie neurologji, cześć dla dobytku który jej Charcot przysporzył, poprzez postać Gajkiewicza, idą więzy powinowactwa i wdzięczności naszej dla Charcota. Nie zapominamy też, że Jemu w pewnej mierze nasza klinika neurologiczna swoje istnienie zawdzięcza. On przecież był tym, który pierwszy z powodzeniem przeparł zasadę odrębności kliniki neurologicznej wobec klinik, psychjatrycznej i internistycznej, z któremi neurologję dotąd wiązano. Uczynił zaś to Charcot, który sam przecież był równocześnie wielkim internistą! Tytułów do zobowiązań i wdzięczności dla Cieniów Charcota w tym roku uroczystości setnych Jego urodzin ma więc Klinika Neurologiczna aż nadto. Licząc się z temi okolicznościami Wydział Lekarski U. W. uchwalił jednomyślnie dnia 8. V. b. r. nazwać jedną z sal Kliniki Neurologicznej, obecnie prowizorycznej, a w przyszłości stałej, na wieczne czasy Imieniem J. M. Charcota. Myśl ta znalazła gorące poparcie u sąsiadów kliniki, ordynatorów Szpitala Dz. Jezus, i głębokie zrozumienie Naczelnego Lekarza P. Dra Puławskiego, gospodarza terenów i gmachu. Za miłe słowa aprobaty i zachętę w przeprowadzeniu zamierzenia wszystkim tym Kolegom najserdeczniej dziękuję. Szczera wdzięczność należy się z mej strony artyście malarzowi p. Blechertowi, który z odbitki portretu Richera wykonał bezinteresownie portret olejny, zrobiony w danych warunkach jak najlepiej. Koło Medyków z Przewodniczącym kol. Obrębskim oddając się nam do rozporządzenia w przygotowaniu uroczystości, okazało gotowość i zapał, z jakim zwykła nasza młodzież medyczna manifestować swe uczucia pietyzmu dla wielkiej przeszłości i czci dla ludzi wielkich duchem. Koledzy asystenci naszej Kliniki byli wespół ze mną inicjatorami, społem poczynaliśmy przygotowania do dzisiejszej uroczystości i razem doprowadziliśmy ją do końca. Ich zapał był mi nieomylną wskazówką, że dobrze czynimy biorąc czynny udział w upamiętnieniu rocznicy Charcotowskiej.

Nie mogę wreszcie nie wspomnieć o nadzwyczajnej uprzejmości gospodarza sali P. Rektora Gluzińskiego i kolegów adjunkta Szczepańskiego, Reicherównej i Elektorowicza, którzy użyczając nam sali i pomagając w dekoracji zaświadczyli, że na równi z nami odnoszą się z pietyzmem do wspomnienia o Charcocie. Może też dobrze się stało, że ta uroczystość neurologiczna, odbywając się z konieczności w Klinice chorób wewnętrznych, bo nasza klinika własnej sali wykładowej nie posiada, symbolizuje nierozerwalną spójnię neurologji i interny, związek, który nadal zawsze zespalać musi oba te działy medycyny, chociaż uczelnie ich mieszczą się w odrębnych gmachach.

Motywem, który pracownikom naszej kliniki przyświecał w przeprowadzeniu myśli związania jej na stałe z imieniem mistrza neurologji francuskiej, była także chęć zaznaczenia zewnętrznie dążenia do najściślejszego zbliżenia rodzimej neurologji do neurologji francuskiej. Warunki zewnętrzne ostatnich dziesiątków lat zanadto bowiem i niekoniecznie dla nas z korzyścią uzależniały nas niemal wyłącznie od medycyny niemieckiej. Czcząc genjusz Charcota chylimy głęboko czoła przed współczesną francuską neurologją, która jest myśli i ducha Charcotowskiego kontynuatorką. Dalecy od szowinizmu w nauce, któremu nie damy się zakazić i pomni tego, że Charcot, wielki erudyta, właśnie swej u Francuzów wyjątkowej znajomości zagranicznego piśmiennictwa i bezstronności w ocenie tego, co obcy tworzyli, po części zawdzięczał swoją wszechświatową wielkość, oparci o kontakt duchowy z medycyną francuską, pragniemy znać i ogarniać wszystkie źródła nauki, gdziekolwiek one biją, byle biły te zdroje strumieniem silnym i czystym.

Prace oryginalne.

A. LANDAU i M. FEJGIN. Warszawa.

O odrębnych postaciach zakażenia prątkiem durowym*).

Z I. Oddziału wewnętrznego szpitala Wolskiego w Warszawie). Ordynator: Dr. Anastazy Landau.

Dur brzuszny należy do jednej z najlepiej może poznanych chorób zakaźnych pod względem patogenezy, przebiegu klinicznego i zmian anatomicznych, jakie powoduje. Jednak dopiero od czasu, kiedy dzięki bakterjologicznym i serologicznym sposobom badania, znacznie rozszerzony został zakres możliwości rozpoznawczych w stosunku do tej sprawy, przekonaliśmy się, jak różnorodne postacie kliniczne przyjmować, jak różne stany chorobowe symulować może dur brzuszny. Okazało się przytem, że wśród stanów chorobowych, wywołanych przez prątek Ebertha, odróżniać ściśle należy dur brzuszny od zakażeń prątkiem durowym. Dur brzuszny od początku do końca jest ogólnem zakażeniem krwi—bakterjemją (Schottmüller 3) z wtórnem i stałem, ale bynajmniej nie jedynem i nie wyłącznem umiejscowieniem czynnika chorobotwórczego w układzie chłonnym przewodu jelitowego. Pomimo wielobarwności obrazu klinicznego i anatomicznego duru brzusznego, zmiany w układzie chłonnym i na błonie śluzowej jelit należą do nieodłącznych cech tej jednostki chorobowej. Wprawdzie spotykamy przypadki duru brzusznego, rozpoczynające się od objawów zapalenia opon mózgowych, nerek lub płuc, w których bakterjologicznie stwierdzamy prątki Eberth'a we krwi, a w dalszym przebiegu klinicznym występują typowe objawy duru brzusznego-rożyczka, charakterystyczne zachowanie się tętna i ciepłoty, objawy jelitowe i t. d. — jest to t. zw. *meningo- nephro-* lub *pneumotyphus* autorów francuskich (1); zdarzają się jednak przypadki, w których żadnego z charakterystycznych objawów klinicznych duru nie znajdujemy, na sekcji żadnego uszkodzenia układu chłonnego i błony śluzowej jelit nie stwierdzamy, chociaż wynik posiewu ze krwi i dodatni odczyn zlepny Widal'a w surowicy wskazują na zakażenie durowe. Przeto właściwy »Dur brzuszny« nie powinien być utożsamiany z innemi postaciami chorobowemi, które wywołane są przez prątek Eberth'a, a w których klinicznie — prócz bakterjemji lub dodatniej próby zlepnej — stwierdzamy objawy, zupełnie dla duru b. nie swoiste, ale zależne od przypadkowego zapewne usadowienia zarazków w tym czy innym narządzie.

Takich właśnie kilka przypadków zakażenia durowego z najrozmaitszem umiejscowieniem, nie dających zupełnie klinicznego obrazu duru brzusznego, ani, zapewne, cechujących go zmian anatomicznych, spostrzegaliśmy ostatnio na naszym oddziale.

Przypadek Nr. 1.

Chora lat 33, niezamężna, nie rodziła. Podaje, iż od 2-ch tygodni kaszle i spluwa, gorączkuje do 38—39°, ma dolegliwości żołądkowe z wymiotami przy zapartym stolcu. Choroba rozpoczęła się jakoby w związku ze spożyciem zimnego mięsiwa. Przed 12-tu laty przechodziła dur brzuszny, przed 5-ciu laty — hiszpankę z zapaleniem płuc, przed rokiem — operację usunięcia wyrostka robaczkowego.

Badanie przedmiotowe wykazało wyraźne żółtawe zabarwienie białkówek z podżółtaczkowym odcieniem powłok skórnych; przytłumienie z zaostrzonym oddechem nad prawym szczytem, obfite świsty rozlane w obydwu płucach, drobne wilgotne rzężenia od kąta lewej łopatki i od poprzecznej lewej linji sutkowej do dołu; w sercu zmian brak, tętno 84 na 1', nieźle wypełnione i napięte, miarowe; wątroba macalna na 1 palec z pod prawego łuku żebrowego, miękka, zlekka bolesna przy ucisku; śledziona niemacalna, wypukowo—na 8-em żebrze; bolesny wstrząs prawej okolicy lędźwiowej. W moczu o cięż. gat. 1026 białka 0.06‰, urobilinogenu ślad, barwików i kwasów żółciowych brak, odczyn dwuazowy ujemny; w osadzie 30—40 leukocytów w p. w., 1—3 wyługowanych krążków czerw., 1 do 2 wałeczków ziarnistych i po

---

*) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Tow. Lek. w dniu 2. XII. 1924 r.

(Odczyt powyższy wywołał na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. ożywioną dyskusję, której streszczenia znajdują się w Nrze 7. P. G. L. str. 165).

jedyncze komórki z wyższych dróg moczowych na preparacie. Kał sformowany, brunatny; próba gwajakowa i benzydynowa ujemna, hydrobilirubina obecna; drobnowidowo — brak krwinek i leukocytów. Krew: czerwonych krwinek 3,920.000, białych 7600, płytek Bizozzero 226.000 w 1 mm³; hemoglobiny 74%; wzór leukocytów: obojętnochłonnych 74%; limfocytów 23%; przejściowych 2%; postaci Türck'a 1%. Próba v. d. Bergh'a w surowicy bezpośrednia wyraźna po 20', pośrednia = 2,5 jednostki (norma do 0,5 jedn.). Odczyn zlepny Widal'a w surowicy z prątkiem durowym i para-C dodatni w rozcieńczeniu 1:400. Ciepłota chorej w ciągu 1-ego tygodnia pobytu w szpitalu wahała się od 37—38°, potem zaś utrzymywała się na wysokości normy z nieznacznemi wychyleniami o parę kresek od czasu do czasu.

W dalszym przebiegu — objawy ze strony dróg oddechowych i żółtaczka minęły już w 3-cim tygodniu pobytu chorej w szpitalu, natomiast sprawa w miedniczkach odznaczała się znaczną uporczywością i ustąpiła dopiero po zastosowaniu 2-ch zastrzyków domięśniowych mleka, które spowodowały żywy odczyn ogólny w postaci wzniesienia ciepłoty do 39.2° po 1y-m; do 39·8° po drugim zastrzyku. Po 7-iu tygodniach pobytu w szpitalu chora mogła być wypisana w stanie prawie zupełnego powrotu do zdrowia ze śladami przebytego zapal. miedniczek w postaci nielicznych leukocytów i pojedynczych komórek nabłonkowych w osadzie moczu.

Przypadek ten jest bardzo interesujący ze względu na szczególny przebieg zakażenia, co do istoty którego, wysokie miano próby Widal'a nie pozostawiało wątpliwości. Wobec braku jakiegokolwiekbądź objawu klinicznego duru brzusznego, jedynie wieloogniskowe i charakterystyczne umiejscowienie zakażenia, które zaatakowało jednocześnie miąższ wątroby (żółtaczka miąższowa), drogi oddechowe *(bronchiolitis sin. infer.)* i miedniczki nerkowe *(pyelitis dextra)* — te ulubione miejsca zaczepu prątków Eberth'a — nasunęło przypuszczenie, iż mamy do czynienia ze sprawą durową i skłoniło do wykonania próby zlepnej z surowicy. Rzecz oczywista, że nie będziemy w tym wypadku mówili o durze brzusznym: układ chłonny przewodu pokarmowego był tu klinicznie i, zapewne, anatomicznie bez zmian. Było to typowe zakażenie, spowodowane przez prątek duru brzusznego, prawdopodobnie w połączeniu z prątkiem para-C, o wielonarządowem umiejscowieniu. Niepodobna przytem rozstrzygnąć czy sprawa chorobowa powstała tu u osobnika — stałego nosiciela prątków Eberth'a (dur brzuszny przed 12-tu laty), które wskutek nagle zmienionych warunków odpornościowych odzyskały zjadliwość w stosunku do swego gospodarza, czy też chodzi tu o całkowicie świeże zakażenie, niezależne od przebytego przed laty duru.

Przypadek 2. o dość nieoczekiwanem również umiejscowieniu zakażenia durowego.

48-letnia chora przybyła z powodu częstego oddawania stolca (20—30 razy na dobę), z wyraźną, jak podaje, domieszką krwi, z parciem i bólami w dole brzucha i lewym boku; ciepłotę miała jakoby podwyższoną. Stan taki, trwający od 3—4ch dni wystąpić miał w 3 dni po upadku ze schodów, po którym chora zemdlała, następnie zaś odczuwała przemijający ból w lewym boku i w dole brzucha. Poprzednio nie chorowała, rodziła 8 razy, nie roniła.

Badanie przedmiotowe narządów klatki piersiowej, prócz nieznacznego zaostrzenia oddechu nad prawym szczytem i lekkiego tętnienia w dołku jarzmowym, zmian nie wykazało. Brzuch wzdęty w dolnej połowie, nieco bolesny w okolicy prawego dołu biodrowego; śledziona macalna na 1 palec, wstrząs lewej nerki bolesny. W moczu (cewnikowany) ślad białka i 4—8 leukocytów w p. w. i pojedyncze komórki z górnych dróg moczowych. W kale — nieznaczna domieszka krwi i śluzu; w surowicy — odczyn zlepny Widal'a dodatni w rozcieńczeniu 1:400. Odczyn Wassermanna ujemny, ilość leukocytów = 5000 w 1 mm³, neutrofilów 65%, limfocytów 32%. Ciepłota podgorączkowa (do 37.6°) wzniosła się na 8-y i 9-y dzień pobytu w szpitalu do 38.8°, poczem zstąpiła definitywnie do normy. Objawy jelitowe ustąpiły zupełnie w tydzień po przybyciu na Oddział, a jeszcze po 2-ch tygodniach chora opuściła szpital jako zdrowa.

I tu więc mieliśmy niewątpliwe zakażenie prątkiem Eberth'a, przebiegające pod postacią ostrego krwotocznego zapalenia jelita grubego oraz zapalenia miedniczek nerkowych *(colitis et pyelitis)* przy zupełnym braku zresztą jakiegobądź objawu klinicznego duru brzusznego.

Odrębną grupę stanowią przypadki zakażenia prątkiem durowym, które rozpoczynają się od obrazu ciężkiego schorzenia pęcherzyka i dróg żółciowych z wybitną żółtaczką, wysoką ciepłotą, objawami otrzewnowemi etc., a dalszy przebieg z przyłączeniem się zapalenia płuc, krzywą ciepłoty, wytwarzaniem się znacznych odleżyn często wielce przypomina ciężkie postacie duru brzusznego, tem bardziej, że we krwi znajdujemy w tych przypadkach albo prątki durowe, albo bardzo wysokie miano próby zlepnej Widal'a. Że nie należy jednak przypadków tych uważać za dur brzuszny, a tylko za zakażenie durowe z umiejscowieniem sprawy w układzie wątrobowo-żółciowym, dowodzą następujące spostrzeżenia.

Przypadek Nr. 3.

Chora lat 27, przybyła 31. III. b. r. z powodu napadowych bólów w okolicy wątroby, występujących od 5-ciu dni kilkakrotnie w ciągu doby, żółtaczki i zapartego stolca. W 1914 roku cierpiała na podobne bóle bez żółtaczki i bez gorączki, w 1915 roku przebyła dur brzuszny, w 1920 r. 8-mio tygodniowy nawrót bólów, od roku zaś bóle takie nawiedzają ją co pewien czas, ale już z wymiotami: Zamężna, 4 porody, 3 dzieci zmarło zaraz, w kilka dni i w kilka tygodni po urodzeniu.

Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono wyraźne żółtaczkowe zabarwienie powłok skórnych i białkówek, język podsychający i obłożony, osłabienie drżenia głosowego i oddechu w dole prawego płuca, oddechów 26 na 1'; tony serca dość głośne, czyste, tętno 120 na 1'; napięcie powłok i bolesność przy ucisku w obrębie prawej połowy brzucha; prawy płat wątroby do poprzecznej linji pępkowej, bardzo bolesny na dotyk; śledziona niebolesna, niemacalna, wypukowo — na 9-em żebrze. W moczu białka 1,5‰, barwiki żółciowe, urobilinogen i urobilina obecne, kwasów żółc. brak, odczyn dwuazowy ujemny, w osadzie 20 do 30 leukocytów w p. w. i 5—6 wałeczków ziarnistych na preparacie.

We krwi: hemoglobiny 80%; czerwonych krwinek 4,000.000 białych 19.500 i płytek Bizozzero 250.000 w 1 mm³. Wzór leukocytów: obojętnochłonnych 90%; limfocytów małych i średnich 4%, limfocytów dużych 5%, przejściowych 1%, kwasochłonnych na preparacie nie znaleziono; czas krwawienia 3', krzepliwość 17', cholesteryny w surowicy 1.98‰, bilirubiny w surowicy 8 jednostek v. d. Bergha, próba bezpośrednia natychmiastowa — wybitnie dodatnia, odporność czerwonych krwinek — H_1=0,36%, H_2=<0,26%; posiew ze krwi — czysta hodowla prątków Eberth'a (utożsamiona w Państw. Instyt. Epidemjologicznym); próba zlepna Widal'a w surowicy z prątkiem duru i para-C, dodatnia jedynie w rozcieńczeniu 1:50.

Kał odbarwiony, próba sublimatowa — ujemna; próba na krew — ujemna.

W ciągu następnych kilku dni wystąpiły bardzo wyraźne objawy otrzewnowe w obrębie prawej górnej ćwiartki brzucha z jednoczesnem stłumieniem i znacznem osłabieniem oddechu w dolnej części prawego płuca od tyłu i w zakresie środkowego płatu — od przodu. Wobec ujemnego wyniku kilkakrotnych nakłuć próbnych opłucnej w tem miejscu i narastających objawów, nasuwało się przypuszczenie ropnia podprzeponowego, i rozważano ewent. konieczność zabiegu chirurgicznego, Jednak ze względu na niezwykle ciężki stan chorej i jej opór nieprzezwyciężony, myśl o operacji odłożono na razie. W dalszym przebiegu ciepłota, utrzymując się na wysokim poziomie, wykazywała znaczne wahania dzienne (*intermittens*), od czasu do czasu wykazując jakby tendencję do stopniowego obniżania się ale wkrótce znów powracając do zwykłej wysokości (powyżej 39° wieczorami, około 36.8—37° rano). Tętno jednak zwolniło się stopniowo ze 120 na 100—106 uderzeń na minutę, żółtaczka powoli znikać zaczęła, objawy otrzewnowe ustąpiły, wszelkie skargi subjektywne ustały, i stan ogólny chorej, dotychczas prawie beznadziejny uległ jakby pewnej poprawie. Natomiast wystąpiło rozwolnienie, śledziona, z początku niemacalna powiększyła się znacznie, sięgając dolnym biegunem do poprzecznej linji pępkowej, ilość leukocytów we krwi obniżyła się do 6400 (zamiast 19.000 na początku) w 1 mm³ z jednoczesnem przesunięciem wzoru do 75% obojętnochłonnych (zamiast 90% poprzednio); na krzyżu, potem w okolicy krętarzy, na bokach klatki piersiowej wytworzyły się olbrzymie i głębokie odleżyny, które stanowiły obecnie właściwie główne źródło dolegliwości chorej; wyniszczenie ogólne dosięgło wówczas bardzo znacznego stopnia. Powtórnie wykonany posiew ze krwi (w 2 tygodnie po pierwszym) wypadł ujemnie, natomiast próba Widal'a w surowicy poprzednio dodatnia w rozcieńczeniu 1:50 wzrosła w mianie do 1:400. Stan taki trwał około 3-ch miesięcy, ciepłota ciągle skacząca, zaczynała znów jakby obniżać się nieco, odleżyny początkowo głębokie i cuchnące — zaczęły się bardzo ładnie goić, żółtaczka oddawna zginęła bez śladu, tętno trzymało się jako tako, nie przekraczając 100 uderzeń na 1', ale wyniszczenie było ciągle bardzo znaczne — i chora skończyła niepomyślnie.

Na autopsji nie znaleziono na błonie śluzowej jelit absolutnie żadnych zmian; natomiast otoczka wątroby silnie zgrubiała, w zrostach z otoczeniem (poprzecznicą, żołądkiem i przeponą), okolica odźwiernika zrośnięta z dolną powierzchnią wątroby, woreczek żółciowy mały, skurczony, szczelnie wypełniony kamieniami i również przyklejony do dolnej powierzchni wątroby; przewody — wątrobowy, pęcherzykowy i wspólny — szerokości małego palca i wypełnione szeregiem kamieni, wielkości każdy średniej fasoli, kształtu nieprawidłowego. Wątroba na przekroju zupełnie usiana szarawo-zielonkawemi plamami, wielkości od łepka szpilki do grochu, w środku każdej plamki widoczny był drobniutki otworek (przekrój kanalika

żółc.) — pozatem bardzo liczne jamki, wielkości od małego grochu do fasoli, wypełnione ropną treścią. W prawym płacie prawie nie było wolnego miąższu, w lewym — zmiany nie tak rozległe, ale też bardzo znaczne (*cholangitis et pericholangitis purulenta, abscessus multiplices hepatis*). Zmiany w nerkach, sercu etc. odpowiadały przewlekłej zakaźnej sprawie

2 czynniki skojarzyły się tutaj zapewne, aby nadać tak szczególny przebieg:

1⁰ przebyty dawniej dur brzuszny, po którym pozostać mogły gdzieś w ustroju zarazki w stanie utajonym — według wszelkiego prawdopodobieństwa właśnie w drogach żółciowych, aby w dogodnej chwili przerwawszy zaporę odporności i przedostawszy się do krwiobiegu, znów opanować ustrój;

2⁰ zastarzała kamica żółciowa, która stworzyła w układzie wątrobowo żółciowym *locus minoris resistentiae*, najłatwiej ulegające wszelkim szkodliwościom.

Podobny naogół, obraz choć w postaci znacznie łagodniejszej mieliśmy w przypadku 4-ym:

Chora lat 43 przybyła z powodu żółtaczki i silnego bólu w okolicy wątroby z promieniowaniem do prawej łopatki i do dolnych żeber, trwającego od 3-ch dni. Przed 3-ma miesiącami chora dostała po raz pierwszy w życiu podobnego bólu z wymiotami i żółtaczką — leczyła się wówczas : w ciągu 5-u tygodni, poczem czuła się zupełnie dobrze aż do obecnej chwili. Żadnych chorób poprzednio nie przechodziła, rodziła 5 razy, potem miała cztery poronienia, wszystkie wczesne (przed 3-cim miesiącem).

Badanie przedmiotowe wykazało wyraźne podżółtaczkowe zabarwienie powłok skórnych i białkówek, nieznaczne przytłumienie nad prawym obojczykiem i osłabienie oddechu w dole prawego płuca od tyłu; 2ie tony u podstawy serca dość mocne, 2-gi aorty nawet akcentowany; brzuch wzdęty, szczególniej w dolnej części; w obrębie prawej jego połowy wyraźny opór mięśniowy (*défense*), najwybitniejszy w górnej ćwiartce, znaczna bolesność przy ucisku, mniejsza — przy puszczaniu ręki uciskającej; śledziona niemacalna, wątroby poprzez napiętą ścianę brzucha wymacać niepodobna, odruchy ścięgnowe obecne; tętno 127, oddechów 28 na 1', ciepłota do 39⁰. W moczu c. gat. 1024, białka 0,4‰, urobilinogenu ślad, barwików żółciowych ślad wątpliwy, próba Hay'a dodatnia, odczyn dwuazowy — ujemny, w osadzie — kilka leukocytów i pojedyncze wałeczki ziarniste w p. w. We krwi hemoglobiny 98%, czerwonych krwinek 4,300.000, białych 14.800 (w tem obojętnochł. 72%, limfocytów 26%), płytek Bizozzero 150.000 w 1 mm³; czas krwawienia 2', krzepliwość 6'; bilirubiny w surowicy około 3-ch jednostek v. d. Bergh'a, próba bezpośrednia dodatnia po 1'. Próba Wassermanna w surowicy ujemna, posiew we krwi ujemny. W kale — próba sublimatowa dodatnia, krwi nie wykryto, leukocytów pod drobnowidem nie znaleziono.

W ciągu następnych 4—5 dni ciepłota obniżyła się do stanu podgorączkowego (36⁰ rano do 37.5⁰ wieczorem), objawy ze strony jamy brzusznej ustąpiły prawie zupełnie (wątroba teraz wymacywała się na 3 palce pod łukiem żebrowym, dość twarda, gładka, tkliwa), żółtaczka minęła, białko w moczu zginęło do śladów, kwasy żółciowe i wałeczki — zupełnie, odczyn dwuazowy pozostawał ujemny. Natomiast wystąpiło stłumienie z zupełnem prawie zniesieniem oddechu w dole prawego płuca, kozibek i *bruit de souffle* w okolicy kąta prawej łopatki, stan chorej po chwilowej poprawie znów pogorszył się znacznie, ciepłota wzniosła się (do 38.8⁰ wieczorem), zjawiły się dokuczliwe bóle w prawym boku: dwukrotne nakłucie próbne prawej opłucnej dało po 3 cm³ mętnego płynu o znacznej zawartości włóknika i białka (tego ostatniego 5%) z 63% obojętnochłonnych, 23% limfocytów i 14% komórek śródbłonkowych w osadzie; rozwolnienie w pierwszym tygodniu pobytu w szpitalu ustąpiło miejsca zaparciu. W ten sposób trwała sprawa jeszcze około 2-ch tygodni, w ciągu których zjawiły się obfite rzężenia drobnobańkowe na prawej linji pachowej z oddechem oskrzelowym w okolicy 4-go i 5-go żebra (na tejże linji), stłumienie od kąta łopatki z tyłu i od górnego brzegu 4-ego żebra z przodu — utrzymywała się nadal, ciepłota skacząca (rano 36.5 — 37, wieczorem 38.5— 38.8⁰), samopoczucie złe, pod l. łukiem żebrowym zjawił się rąbek śledziony, na krzyżu i stopach — nieznaczne obrzęki.

Powtórne nakłucie próbne opłucnej dało wynik ujemny, ponowne badanie leukocytozy wykazało 9600 białych ciałek w 1 mm³ krwi, przy 74% obojętnochłonnych, 23% limfocytów i 3% monocytów i przejściowych. Bilirubiny w surowicy było wtedy 0,8 jednostki, w moczu — nic szczególnego. Jednak przedłużający się stan gorączkowy, zajęcie przez czynnik chorobowy jednocześnie dróg oddechowych i wątroby oraz powiększenie śledziony zwróciło uwagę w kierunku duru brzusznego i dokonana próba zlepna Widal'a w surowicy, która wypadła wybitnie dodatnio w rozc. 1:400 z zawiesiną durową (przy ujemnym wyniku jej z para-B i para-A), w zupełności potwierdziła, iż mamy do czynienia z zakażeniem durowem. Dalszy przebieg sprawy już nic osobliwego: w 4-ym tygodniu ciepłota i tętno zaczęły zbliżać się do normy, objawy płucne powoli ustępowały, i chora po przeszło 2-miesięcznym pobycie w szpitalu, została wypisana, jako zdrowa.

Zupełnie analogiczny do poprzednich 2-ch, a pod względem ciężkości sprawy zajmujący miejsce pośrednie, był przypadek 5-ty, spostrzegany przed $1^1/_2$ rokiem na oddziale naszym — o którym pokrótce już tylko wspomnimy. I tu też kobieta, przybyła z objawami ciężkiego schorzenia dróg żółciowych (*cholecystitis et cholangitis purulenta*) z wybitną żółtaczką, wysoką ciepłotą, ze znaczną leukocytozą i neutrofilją z przebytym durem brzusznym w wywiadach. W dalszym przebiegu wystąpiło obustronne zapalenie płuc, kolosalne wyniszczenie, odleżyny, i dopiero po upływie 4 — 5ciu tygodni, kiedy ciepłota obniżać się zaczęła, a stan chorej ulegać wyraźnej poprawie — zupełnie klasyczny wygląd krzywej ciepłoty na karcie nasunął przypuszczenie zakażenia durowego (był to nasz 1-y podobny przypadek). Próba Widal'a w surowicy wypadła wybitnie dodatnio jeszcze w rozcieńczeniu 1 : 800 — przy ujemnym wyniku posiewu na początku choroby. Dalszy rozwój sprawy — pomyślny, pomimo niezwykle ciężkiego stanu chorej na początku, szybkie gojenie się odleżyn i zadziwiająco szybki powrót do sił również przedstawiały typowy obraz zdrowienia podurowego.

We wszystkich opisanych tu przypadkach, oprócz Nr. 2, zakażenie durowe przebiegało pod postacią ostrego schorzenia układu wątrobowo-żółciowego z żółtaczką, wysoką leukocytozą i neutrofilją. Wprawdzie w dalszym ich przebiegu spostrzegać się dawały objawy, należące do obrazu klinicznego duru brzusznego (rozwolnienie, powiększona śledziona i t d.), jednak, jak z sekcji przyp. Nr. 3 wynika, w jelitach zmian anatomicznych, właściwych durowi brzusznemu, może tu nie być zupełnie. Zresztą żółtaczka w przebiegu duru brzusznego wogóle należy do rzadkości. Wśród 300 z górą przypadków duru, jakie w czasie epidemji 1922 roku przeszły przez nasz oddział, zaledwie w 1-ym wystąpiła żółtaczka w czasie dość ciężkiego nawrotu. J u r g e n s (2) np., omawiając różne kliniczne odmiany i osobliwości w przebiegu duru brzusznego, zaznacza, że »żółtaczka należy tu do wielkich rzadkości. Nawet nieznaczny stopień żółtaczkowego zabarwienia jest zjawiskiem niezwykłem, tak że obecność tego objawu przemawia przeciwko rozpoznawaniu duru brzusznego«.

Na osobne zaznaczenie zasługuje również fakt, że w przypadkach naszych, pomimo iż sprawa wywołana była przez prątek durowy, pomimo iż prątek ten w czystej hodowli znajdowaliśmy we krwi (przyp. Nr. 3), spotykaliśmy wysoką leukocytozę z neutrofilją (z wyjątkiem przyp. Nr. 2) podobnie, jak w każdej ostrej sprawie zakaźnej. Widocznie więc, że charakterystyczna dla zwykłego duru brzusznego leukopenja z limfocytozą nie zależy od jakichś specjalnych właściwości samej pałeczki Eberth'a, ani od jej obecności we krwi, ale jedynie od jej wtórnego umiejscowienia w układzie chłonnym. Przy innem zaś umiejscowieniu zarazka tego, ustrój na zakażenie durowe reaguje nie przez leukopenję, ale leukocytozę. Z tem naszem przypuszczeniem zgodne są spostrzeżenia N a e g e l i ' e g o, który powiada, że w ciągu pierwszych 2-ch dni duru brzusznego następuje zwiększenie ilości białych ciałek we krwi, kosztem neutrofilów, a potem dopiero zjawia się neutropenja.

W dostępnem nam piśmiennictwie nie wiele znaleźliśmy przypadków, przypominających podane powyżej. B e s a n ç o n (4) w 1901 r. podał przypadek schorzenia o typie »*cholecystitis catarrhalis*« z temperaturą jakby durową, ale bez okresu ciepłoty stałej, bez żadnych zresztą objawów klinicznych duru brzusznego, z odczynem Widal'a dodatnim w rozcieńczeniu 1 : 600. Na zasadzie tego stwierdza autor, że prątek Eberth'a zachowywać się może w ustroju, jak zwykłe drobnoustroje saprofityczne i wywoływać pospolite schorzenia (analogja do 1-ego naszego przypadku).

L a i g n e l - L a v a s t i n e (5) opisują ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego z zapaleniem okołopęcherzykowem w przebiegu duru brzusznego-

A b r a m i i G a u t i e r (6) spostrzegali przypadek żółtaczki z zupełnem zatrzymaniem barwików żółciowych, bez zatrzymania kwasów żółciowych (zupełna rozkojarzona żółtaczka) w przebiegu duru brzusznego. Na sekcji stwierdzono

wyłączne schorzenie miąższu wątroby *(hepatitis diffusa)* bez najmniejszych zmian w większych i mniejszych przewodach żółciowych).

Guinon i Gendron (7) podają b. ciekawe spostrzeżenie, dotyczące 5-cio letniego dziecka, u którego w kilka dni po śmierci ojca na dur brzuszny wystąpił stan gorączkowy, po 16 dniach — żółtaczka zastoinowa ze splenomegalją, a na 27-y dzień choroby żółtaczka zmniejszyła się, poczem rozwinął się klasyczny obraz duru brzusznego z różyczką, zajęciem płuc etc.

W. Janowski (8) w r. 1911 ogłosił również przypadek ciężkiego duru brzusznego, w którym po 3-tygodniowych niedomaganiach ogólnej natury z dość wysoką gorączką, wystąpiła żółtaczka i wymioty. Autor, który dopiero po raz pierwszy widział chorą, stwierdził znaczne powiększenie wątroby i śledziony, brzuch wzdęty, bolesny w prawym dole biodrowym — i rozpoznał dur brzuszny. Rozpoznanie to potwierdzone zostało następnie przez dodatni odczyn Widal'a w surowicy (1 : 120) oraz przez nieznaczne wprawdzie krwawienia jelitowe w dalszym przebiegu. Przypadek ten, uważany przez autora za niezwykle rzadką, wyjątkową wprost postać duru brzusznego, zbliżony jest do wspomnianego wyżej przypadku Guinon et Gendron, różni się jednak tem od naszych 3-ch ostatnich przypadków, iż tu żółtaczka zjawiła się po 3-tygodniowej chorobie, a w naszych zadziałanie na wątrobę wystąpiło na samym zaraz wstępie, jako jeden z pierwszych nieomal objawów zakażenia, Pozatem, odrębność naszych przypadków, co szczególnie należy podkreślić, polega jeszcze na tem, że w nich zakażenie durowe przebiegało bez, widocznego współudziału układu chłonnego jelit wraz z leukocytozą.

Rozległych poszukiwań nad prątkami durowemi i rzekomodurowemi w związku z powstawaniem żółtaczki epidemicznej dokonali u nas Anigstein i Milińska. Jakkolwiek stany chorobowe, opisane przez autorów powyższych, patogenetycznie zbliżone są do podanych przez nas, jednak obrazy kliniczne są całkiem odmienne. Jedynie pierwszy z naszych przypadków, w którym miała miejsce żółtaczka miąższowa, jest klinicznie zbliżony do stanów chorobowych, opisanych przez Anigsteina i Milińską, jak również co do tego, iż próbna zlepna wypadła w rozcieńczeniu 1 : 400 dodatnio zarówno dla prątków durowych jak paradurowych C. Przypadek nasz tem jednak różni się od żółtaczki epidemicznej, iż przedewszystkiem nie stoi on w związku z żadną epidemją, a następnie u naszej chorej czynnik chorobotwórczy oprócz miąższu wątrobowego zaatakował jednocześnie drogi oddechowe i miedniczkę nerkową; o podobnych objawach Anigstein i Milińska nie wzmiankują.

Jako pendant do opisanych tu przypadków, w szczególności zaś do przypadku Nr. 3, możemy przytoczyć również spostrzegany — ostatnio przypadek ropnia wątroby, spowodowanego pałeczką nie durową wprawdzie, ale paradurową-A, zapewne na tle zastarzałego przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego i tkanki dookoła pęcherzykowej.

Chora lat 60, przybyła z powodu bólu w okolicy prawego łuku żebrowego, dreszczów, wymiotów i podwyższonej ciepłoty. Podaje, że od 10 lat cierpi na napady podobnych bólów, zjawiające się początkowo 1—2 razy do roku, ostatnio zaś co 2—3 miesiące, przeważnie w nocy, trwające po parę godzin — zawsze bez żółtaczki. W 14-ym roku życia przechodziła jakoby dur brzuszny.

Badanie przedmiotowe — prócz nieznacznego zaakcentowania 2-go tonu nad tętnicą główną i nieznacznej bolesności pod prawym łukiem żebrowym — nie wykazało nic szczególnego.

W moczu cewnikowanym — pojedyncze leukocyty w p. w. pozatem nic szczególnego.

Ciepłota, w ciągu pierwszych 4-ch dni pobytu na oddziale prawidłowa zaczęła się od 5-ego dnia poczynając, podnosić w dość nieprawidłowy sposób, skacząc do 40° na 1—2 doby, to znowu opadając chwilowo do 37°; 36° nawet. Jednocześnie samopoczucie chorej stało się fatalne, nader szybko powstał stan prawie zupełnego odurzenia, bez żadnych zresztą skarg subjektywnych, bez możności stwierdzenia objektywnie jakichkolwiek bądź zmian, prócz może nieznacznej bolesności przy ucisku na prawe podżebrze i słabo zaznaczonego objawu Murphy'ego-Chełmońskiego. Jednak liche tętno (stale powyżej 100), trwający stan odurzenia, język malinowy, podsychający, gardziel sucha, biegunka (3—4 zupełnie wodniste stolce na dobę bez krwi i leukocytów zresztą) stwarzały obraz ciężkiego bardzo schorzenia, z rozpoznaniem, wahającem się pomiędzy durem, a ostrą gruźlicą prosówkową.

We krwi na początku stanu gorączkowego okazało się 5.400 leukocytów w 1 mm³ z 58% obojętnochłonnych, 38% limfocytów i 4% przejściowych. Powtórzone po 7-u dniach badanie dało 11800 leuk. w 1 mm³ z 85% obojętnochłonnych i 12% limfocytów. -

Bilirubiny w surowicy było 0,9 jednostki v. d, Bergh'a, cholesteryny 1,28‰; próba Wassermann'a — ujemna, posiew krwi na buljonie cukrowym i na żółci — ujemny. Próba Widal'a w surowicy, dokonana na 5-y dzień stanu gorączkowego (a na 9-y od przybycia) wypadła z zawiesiną durową i para-B ujemnie, z zawiesiną para-A — wybitnie dodatnie w rozcieńczeniu 1 : 400. Powtórzona po 5-ciu dniach próba ta znów wypadła dodatnio tylko z zawiesiną para-A, wprawdzie w mniejszem, ale jednak znacznem mianie 1 : 100.

W moczu zjawiło się 0,2‰ białka, krwinki czerwone wyługowane oraz komóreczki z wyższych dróg moczowych; odczyn dwuazowy stale wypadał ujemnie, składników żółci nie było. Ze strony jamy brzusznej żadnych wyraźniejszych objawów nie stwierdziliśmy. Na 16-y dzień pobytu w szpitalu, a na 12-y stanu gorączkowego chora zmarła.

Na autopsji okazało się: woreczek żółciowy mały, skurczony, całkowicie w zrostach z otoczeniem i dolną powierzchnią wątroby, nie zawierał kamieni; w prawym płacie wątroby ropień, drążący wgłąb i sięgający *per continuitatem* okolicy szyjki pęcherzyka; zapalenie kłębuszkowe nerek, powiększenie śledziony (*tumor septicus*) zwyrodnienie narządów miąższowych (wątroby i mięśnia sercowego).

Przypadek ten jest niezwykle interesujący z wielu względów :

1) jako przykład możliwości wiele lat trwającego zapalnego procesu w pęcherzyku żółciowym bez wytworzenia w nim kamieni;

2) ze względu na nieujawnienie się znacznego ropnia wątroby na tle zakażenia prątkami paraduru A przez żaden wybitniejszy objaw kliniczny.

Trudno tu jest orzec, czy mieliśmy do czynienia z nagłem zwiększeniem zjadliwości zarazków paradurowych A w stosunku do ustroju, który oddawna był ich nosicielem i w którym one powodowały przewlekłą sprawę zapalną w pęcherzyku żółciowym, czy też ze świeżem wtargnięciem laseczki para-A do pęcherzyka żółciowego, wprawdzie uprzednio chorobowo zmienionego, lecz wolnego od zakażenia durowego. Wyjaśnić tę wątpliwość możnaby było jedynie, gdybyśmy w okresie, poprzedzającym wystąpienie stanu gorączkowego, wykonali u chorej próbę Widal'a w surowicy: dodatni wynik tej próby wtedy wskazywałby na to, że mamy do czynienia ze stałym nosicielem zarazka, ujemny — przemawiałby w zestawieniu z późniejszemi wynikami, raczej za świeżem i niezależnem zakażeniem.

Wnioski :

1°) Bakterjemja durowa lub wysokie miano próby zlepnej Widal'a (1 : 400—1 : 800) w stanach chorobowych z wysoką gorączką nie zawsze jest bezwzględnym dowodem tego, iż mamy do czynienia z durem brzusznym.

2°) Zjawiska, o jakich mowa, spostrzegać się dają w stanach zakażenia durowego, którego umiejscowieniem narządowem jest najczęściej układ wątrobowo-pęcherzykowy.

3°) Tego rodzaju stany zakażenia durowego jakkolwiek pod pewnemi względami podobne do duru brzusznego, różnią się odeń leukocytozą z neutrofilją, brakiem różyczki oraz brakiem umiejscowienia czynnika chorobowego w układzie chłonnym przewodu pokarmowego.

4°) Leukopenja z neutropenją — jeden z najbardziej charakterystycznych objawów duru brzusznego, prawdopodobnie zależne są nie od własności biologicznych laseczki durowej, lecz od jej wtórnego usadowienia się w układzie chłonnym przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo.

1) Vidal, Lemierre, Abrami (N. Traité de Medec. fasc. III.). — 2) S. Jürgens. (Spezielle Pathol. und Therapie inner. Krank. B. II.). Kraus u. Bruggsch. — 3) Schottmüller. (Handbuch der inner. Med. (Mohr und Stachelin). — 4) M. F. Bezançon. (La Semaine méd. 1901 Nr. 396. — 5) Laignel-Lavastine. (Séance de la Société Med. d. Hopitaux 14. i 21. V. 1909 podług Sem. Med. 1909 Nr. 249. — 6) Abrami et Gautier. Séance de la Soc. Med. des Hopitaux 13. XII. 1912 podług Sen. Med. 1912, str. 610). — 7) Guinon et Gendron. (Séance de la Soc. Med. des Hopitaux 16. XII. 1910 podług Sem.

Med. 1910, str. 607). — 8) Wł. Janowski. Gaz. Lek. 1911 str. 19. 9) Anigstein i Milińska. Badania na żółtaczkami pochodzenia bakteryjnego. Medycyna doświadcz. i społeczna. 1923. Tom I, zeszyt 1 i 2.

Józef TOMASZEWSKI. Lwów.

Odczyn 3–4 dioxyphenyl-alaninowy (dopowy) w wieku dziecięcym.

Z Kliniki pedjatrycznej U. J. K. we Lwowie i Lwowskiego Ambulatorjum fizjologicznego Tow. Walki z Gruźlicą.

(Część druga.)

Badania Bloch'a wykazały mechanizm powstawania barwika skóry — polegający na tem, że aminokwas 3—4 dioxyphenylalanina w skróceniu »dopą« zwany spotyka się w skórze z zaczynem utleniającym ustawionym specjalnie na dopę zwany oxydazą dopową, przyczem Dopa dzięki utlenianiu zamienia się na brunatny nierozpuszczalny barwik ochronny skóry, zwany melaniną.

Opierając się na badaniach Bloch'a, prowadzonych metodą histologiczną — Groër i Tomaszewski opracowali sposób, stwierdzający oxydazę dopową *in vivo* przez wprowadzenie pojęcia t. zw. farmakodynamicznego odczynu dopowego skóry.

Odczyn ten wykonuje się w sposób następujący:

Zeskrobawszy powierzchowną warstwę naskórka przykłada się wacik napojony $2^0/_{00}$ roztworem dopy i przywiązuje się tak, by wacik nie był pozbawiony dostępu powietrza. Po 8—12-tu godzinach miejsce zeskrobane brunatnieje a wacik ciemnieje i z łatwością pozwala nam według skali kolorymetrycznej Groër i Tomaszewski odczytać wskaźnik natężenia dopowego.

W związku z temi badaniami doszedłem do wniosku podobnie jak Bloch, że w przebiegu powstawania barwika w skórze główną rolę odgrywają dwa czynniki — obecność substancji macierzystej barwikowej i swoistego zaczynu oxydazy znajdującej się w specjalnych komórkach naskórka, który powstaje tylko w naskórku jako zaczyn komórkowy.

Co do sposobu wytwarzania się substancji macierzystej barwikowej to przypuszczam, że i ona również jako aminokwas powstaje i odpowiednio zostaje przygotowaną w naskórku

Obecne badania miały rozwiązać i wyjaśnić kwestję osobniczych wahań w występowaniu odczynu dopowego, tak u różnych osobników jak i w najrozmaitszych stanach patologicznych w zależności od wieku.

W tym celu wykonałem 64 odczynów dopowych na dzieciach w różnym wieku — z czego około $60^0/_0$ przypada na oseski (na miejscu byłoby zaznaczyć, że odczyn dopowy wykonywany u jednego i tego samego osobnika równocześnie w kilku miejscach wypada jednakowo). Wskaźnik natężenia barwikowego odczytywany według skali kolorymetrycznej Groër-Tomaszewski wykazywał znaczne wahania i tak:

U oseskówｗ $73^0/_0$ wypadał pod liczbą 64.
$27^0/_0$ » » » 32.

niższych zaś wartości mimo wielokrotnych doświadczeń nie otrzymałem.

U noworodków cierpiących na żółtaczkę i wcześniaków wskaźnik dopowy był zawsze obniżony i utrzymywał się:

w $70^0/_0$ przypadków na wysokości 16, wreszcie zaś dochodził do najwyższej cyfry 32 natężenia barwikowego.

W ciągu drugiego roku życia i z początkiem trzeciego odczyn dopowy poczyna się obniżać i utrzymuje się w $76^0/_0$ na wysokości 32, by w czwartym roku życia i następnych lat w większości przypadków nie przekroczyć już liczby między 16—8.

Te zmienne wyniki wskaźnika dopowego przemawiałyby za tem, że skutkiem przekrwienia skóry oxygenaza lub substancje z których ona powstaje dostają się do podstawowych komórek przyskórka drogą krwi. Twierdzenie to możnaby poprzeć następującem doświadczeniem; u osobników w wieku między 6—10 lat wykonałem odczyn dopowy i otrzymałem wskaźnik barwikowy między 16—8. Następnego dnia naświetliwszy im ramiona lampą kwarcową po 8-śmiu godzinach, to jest w czasie kiedy pojawiło się przekrwienie (erythema) wykonałem powtórnie odczyn dopowy, który u wszystkich wypadł podwyższony do 32 a utrzymując się na tej wysokości przez cały czas zapalenia — z ustąpieniem tegoż w czasie pojawienia się pigmentacji skóry opadał poniżej normy. Ponieważ jednak udało mi się wykazać podwyższenie wskaźnika odczynu dopowego i u chorych na gruźlicę i zapalenie płuc t. zn. u takich osobników u których istnieje wybitna leukocytoza więc możnaby poniekąd przypuszczać, że odczyn dopowy pozostaje w pewnej zależności od limfo i leukocytozy chociaż przeciw temu przemawiałby częściowo fakt, że ropa odczynu dopowego nie daje.

Badania nad zmiennemi wynikami odczynu dopowego w stanach patologicznych są w toku. Dziś jednak mogę zaznaczyć, że w dwóch przypadkach choroby Addisona odczynu dopowego wcale nie otrzymałem a w jednym przypadku *acanthosis nigricans* odczyn dopowy w miejscach silnie pigmentowanych wypadł niżej od odczynu wykonanego na miejscu nie pigmentowanem, mimo twierdzenia Mischer'a, asystenta Bloch'a, że przy Addisonie odczyn dopowy się nie zmienia a przy *acanthosis nigricans* otrzymał on wyniki przeciwne moim.

Wnioski.

I. Odczyn dopowy wykonany u jednego i tego samego osobnika w różnych miejscach jest jednakowy i dla tej osoby charakterystyczny.

II. Natężenie odczynu dopowego zależy od wieku i to;
1. u oseskóＷ waha się w granicach od 64—32,
2. u dzieci do końca 3-go roku życia 32—16,
3. u starszych od 16 i niżej.

III. Odczyn dopowy zmienia się w różnych stanach patologicznych jako też pod wpływem miejscowych stanów zapalnych.

(Zeitschrift für die Gesamte experim. Med. B. 33. H. $^1/_2$).

Dr. J. CELAREK i Dr. S. SASKI. Warszawa.

W sprawie odczynu Dick'ów.

Z Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie. (Dyrektor: dr. L. Rajchman).

W ostatnich latach zaczęto się bliżej zajmować etjologją płonicy. Prace G. F. Dick'a i jego żony, jak również prace podjęte przez G. Caronia i wielu innych, rzuciły bezsprzecznie na ten problem nieco światła, jednak nie rozwiązały sprawy zasadniczo.

W pracy niniejszej podajemy wyniki naszych spostrzeżeń nad t. zw. odczynem Dick'ów.

Płonicę według Dick'ów wywołuje swoisty paciorkowiec hemolizujący, który osiada na błonie śluzowej jamy nosowo-gardłowej. Tutaj produkuje on toksynę rozpuszczalną, która wnika do ustroju chorego i powoduje charakterystyczne objawy płonicy (gorączka, wymioty, wysypka i t. p.). Ustrój odpowiada na działanie toksyny tworzeniem antitoksyny i w ten sposób powstaje późniejsza odporność, która jest tylko odpornością antitoksyczną. Paciorkowiec może jednak wniknąć także przez błonę śluzową chorobowo zmienioną do organizmu i wywołać następcze procesy ropne.

Paciorkowiec ten, hodowany na odpowiednich podłożach, wytwarza również toksynę, która, wstrzyknięta w odpowiednich ilościach doskórnie człowiekowi, nieposiadającemu nabytej czy też wrodzonej antitoksyny, wywołuje u niego reakcję skórną analogiczną do odczynu Schick'a.

W celu sprawdzenia niektórych danych, ogłoszonych przez Dick'ów i innych autorów amerykańskich, dotyczących omawianego odczynu, wykonaliśmy w końcu roku 1924 szereg prób przeważnie na dzieciach i młodzieży w wieku szkolnym w Warszawie. Toksynę przygotowywaliśmy metodą Huntoonsa. Do tego celu użyliśmy dwu szczepów paciorkowca

z pośród sześciu szczepów, wyhodowanych z nalotów względnie z krwi chorych na płonicę. Hodowle trzymano na odpowiednim buljonie z dodatkiem 5% krwi końskiej w ciepłocie 37° C. przez 5 dni. Po tym czasie dodawano do hodowli karbolu, zlewano płyn z osadu i strącano chlorkiem sodu w obecności kwasu octowego, poczem płyn filtrowano przez świece Berkefelda. Przesącz poddawano dializie w woreczkach Schleichera aż do otrzymania dwukrotnej objętości płynu. Po dializie przesączano płyn powtórnie przez świece Berkefelda. W ten sposób przygotowane toksyny, zadane śródskórnie, dawały odczyn jeszcze w rozcieńczeniu 1 : 1000. W naszych badaniach używaliśmy rozcieńczenia 1 : 500. Do kontroli braliśmy tę samą toksynę, ogrzaną w ciągu godziny w ciepłocie 100° C. Ponieważ toksyny obu szczepów okazały w próbach przedwstępnych jednakowe działanie, używaliśmy w dalszym ciągu do produkcji toksyny tylko jednego szczepu (Nr. 5). Zastrzykiwaliśmy toksynę rozcieńczoną rozczynem soli fizjologicznej śródskórnie w ilości 0,1 cm³, na przedramieniu prawem. Taką samą ilość toksyny ogrzanej zastrzykiwano na ręce lewej dla kontroli. Odczytywanie prób, jak również klasyfikację odczynów przeprowadzaliśmy według wskazówek Z i n g h e r a.

Według tego autora istnieją 4 zasadnicze typy odczynu, a mianowicie: dodatni, dodatni kombinowany, ujemny i ujemny kombinowany.

1. Odczyn dodatni zaczyna występować w 4—7 godzin po zastrzyknięciu i polega na zaczerwienieniu skóry wielkości 5—50 groszy, któremu może towarzyszyć mniejszy lub większy naciek. Odczyn osiąga szczyt natężenia po 18—24 godzinach i w tym czasie należy go oceniać. Zależnie od wielkości i natężenia zaczerwienienia i nacieku dzieli Zingher odczyn na 4 stopnie: silnie dodatni (+++) — intensywne zaczerwienienie i naciek; dodatni (++) — wyraźne zaczerwienienie ze słabym naciekiem lub bez nacieku; słabo dodatni (+ —) — mierne zaczerwienienie bez nacieku; bardzo słabo dodatni (+ — —) — wielkość zaczerwienienia nieznaczna. Ten ostatni stopień odczynu jest właściwie odczynem ujemnym.

2. Odczyn dodatni kombinowany polega na zaczerwienieniu na miejscu wstrzyknięcia zarówno toksyny nieogrzanej jak i ogrzanej. W miejscu zastrzyknięcia właściwej toksyny zaczerwienienie jest większe.

3. Odczyn ujemny: na obu rękach niema żadnego śladu po wstrzyknięciu.

4. Odczyn ujemny kombinowany: zaczerwienienie zarówno na miejscu wstrzyknięcia toksyny właściwej jak i ogrzanej jest jednakowe.

Ogółem wykonaliśmy odczyn D i c k 'ó w u 1044 osób. Osoby te można podzielić na 3 grupy *).

Pierwsza grupa obejmuje osoby zdrowe, uprzednio nie szczepione szczepionką paciorkowcową, z których część przebyła płonicę, część zaś nie wykazała płonicy w wywiadach. W tablicy Nr. 1. zestawiony jest materjał tej grupy podług wieku. Ogólnie biorąc osoby należące do tej grupy pochodzą przeważnie z warstw społecznych lepiej sytuowanych. Jak wspomnieliśmy, pewna liczba osób tej grupy wykazywała w wywiadach przebytą płonicę. Osób takich było 133. Na tę liczbę otrzymaliśmy odczyn dodatni w 20 stu przypadkach (15%), a mianowicie: w trzech silnie dodatni, w trzech dodatni w pięciu słabo dodatni i w dziewięciu bardzo słabo dodatni.

Druga grupa obejmuje 304 dzieci z Zakładu dla jagliczych w Witkowicach, które były szczepione uprzednio trzykrotnie szczepionką paciorkowcową (G a b r y c z e w s k i e g o). Od ostatniego szczepienia szczepionką aż do wykonania odczynu D i c k 'ó w upłynęło 5—7 tygodni. Tablica Nr. 2. podaje wyniki otrzymane w tej grupie.

Wyniki przedstawione w tablicy Nr. 2. są dość trudne do wytłumaczenia. Porównując odsetki odczynów dodatnich tablicy Nr. 1. i Nr. 2., widzimy, że odsetki te u dzieci do lat

Tablica Nr. 1.

Wiek	Liczba szczep.	Odczyn +	Komb. +	Razem +	Odczyn —	Komb. —	Razem —	% +
0—5 lat	21	8	3	11	8	2	10	52,3
6—10	71	35	6	41	25	5	30	57,7
11—15	86	32	5	37	38	11	49	43,0
16—20	182	44	0	44	110	28	138	24,1
ponad 20	288	74	3	77	177	34	211	26,7
Razem	648	193	17	210	358	80	438	32,4

10-iu w tablicy Nr. 2., są o wiele niższe. Nie można jednak rozstrzygnąć, co wpłynęło na taki wynik, czy mianowicie szczepienie szczepionką G a b r y c z e w s k i e g o zmniejszyło liczbę osobników wrażliwych na toksynę, czy też odgrywa tu rolę okoliczność, iż dzieci w Zakładzie Witkowickim rekrutują

Tablica Nr. 2.

Wiek	Ogółem szczep.	Odczyn +	Komb. +	Razem +	Odczyn —	Komb. —	Razem —	% +
0—5 lat	11	1	0	1	8	2	10	9,0
6—10	117	19	2	21	84	12	96	17,9
11—15	155	38	12	50	97	8	105	32,9
16-20	21	6	0	6	12	3	15	28,5
Razem	304	64	14	78	201	25	126	25,6

się z warstw ekonomicznie gorzej sytuowanych. Z prac Zinghera wynika bowiem, że odczyn dodatni u dzieci warstw biedniejszych występuje w mniejszym odsetku. Możnaby przypuścić również, że na obniżenie odsetka wyników dodatnich złożyły się obie wyżej wymienione przyczyny. Dla rozstrzygnięcia kwestji, w jakiej mierze szczepienia ochronne szczepionką G a b r y c z e w s k i e g o wpływają na znikanie odczynu D i c k 'ó w, należałoby wykonać w większej liczbie przypadków ten odczyn przed i po zastosowaniu szczepienia. Badań takich, niestety, nie mogliśmy przeprowadzić na dostatecznym materjale. W czterech zbadanych w ten sposób przypadkach, dodatni odczyn D i c k 'ó w po uodpornieniu szczepionką nie uległ najmniejszej zmianie. Na zasadzie tych spostrzeżeń skłonni jesteśmy do przypuszczenia, że szczepienie szczepionką paciorkowcową naogół nie wpływa na zmniejszenie wrażliwości osobnika na toksynę paciorkowcową. Przypuszczenie to zgadzałoby się w zupełności z poglądami Zinghera, który twierdzi, że odporność antitoksyczna (w zastosowaniu do paciorkowca płonicy) jest niezależna od odporności przeciwbakteryjnej. Na tem miejscu musimy również zaznaczyć, że znane nam są dotychczas trzy przypadki zachorowania na płonicę osób, które poprzednio wykazały silnie dodatni odczyn Dick'ów. Dwie z pośród nich były szczepione zapobiegawczo szczepionką G a b r y c z e w s k i e g o. Wreszcie należy zauważyć, że z pośród osób, przebywających w tych samych warunkach, a wykazujących ujemny odczyn Dick'ów, żadna dotychczas na płonicę nie zachorowała. Szczepionka, używana do uodpornienia, zawierała zawsze między innemi

*) Za dostarczony materjał, jak również pomoc okazaną nam przy pracy dziękujemy p. Dr. M. S u r a w s k i e j i p. Dr. Wł. S z e n a j c h o w i.

ten szczep paciorkowca z którego przyrządzano toksynę do odczynu Dick'ów.

Trzecią grupę obejmującą 92 przypadki stanowią chorzy na płonicę i ozdrowieńcy. Odczyn był wykonany przeważnie w późniejszych okresach choroby. Z liczby tej 78 osób reagowało ujemnie, 14 zaś słabo względnie bardzo słabo dodatnio.

Wnioski.

1. Zapomocą odczynu Dick'ów daje się istotnie stwierdzić różnicę we wrażliwości osobniczej względem toksyny paciorkowców hemolitycznych, wyhodowanych z przypadków płonicy.

2. U osób które przebyły płonicę, odczyn dodatni występuje znacznie rzadziej niż u osób, które płonicy nie przebyły.

3. W przebiegu płonicy na szczycie choroby i w dalszych okresach odczyn bywa w przeważającej liczbie przypadków ujemny, może jednak przetrwać cały okres choroby i zdrowienia w postaci słabego odczynu dodatniego.

4. Osobniki z dodatnim odczynem Dick'ów są wrażliwe na zakażenie płonicą (trzy nasze przypadki).

5. Szczepienie szczepionką paciorkowcową Gabryczewskiego nie wpływa, prawdopodobnie, na obniżenie wrażliwości względem toksyny paciorkowcowej. Sprawa ta wymaga jednak dalszych badań na większym materjale.

6. Odczyn Dick'ów ze stanowiska epidemjologicznego zasługuje na zastosowanie na szerszą skalę.

Piśmiennictwo.

W. Kolle u. A. von Wassermann. Hdb. d. p. Mikroorg. 2. Auf. Bd. VIII, IV. — W. Kolle u. H. Hetsch. Die exp. Bakteriologie u. die Infektionskrankheiten 4. Aufl. Bd. 2. — G. F. Dick & G. H. Dick. The Prevention of Scarlet Fever, J. Am. Med. Ass. v. 83. str. 84. — A. Zingher. The Dick Test, i t. d. J. Am. Med. Ass. vol 83. str. 432. — W. E. Gatewood. The Dick Test, i t. d. J. Am. Med. Ass. vol. 83. str. 494. — G. F. Dick & G. H. Dick. A Skin Test for Susc. to Scar. Fever. J. Am. Med. Ass. v. 82. str. 265. — Tenże. The Etiology of Scarlet Fever J. Am. Med. Ass. v. 82, 301. — A. R. Dochez & L. Sherman. Streptococcus hemol. in Scar. Fever. J. Am. Med. Ass. vol. 82. str. 542. — G. F. Dick & G. H. Dick. Scarlet Fever Toxin in Preventive Immun. J. Am. Med. Ass. vol. 82. str. 544. — Tenże. A. Scarlet Fever Antitoxin. J. Am. Med. Ass. vol. 82. str. 1246. — Ch. F. Branch & F. G. Edwards. The relation of Dick Test to Scarl. Fever. J. Am. Med. Ass. v. 82. str. 1260. — F. G. Blake. The Treatment of Scar. Fever with Dochez's antiscar. Sernm Boston M. & S. J. 1924, 191. 43—7. — F. G. Blake, J. D. Trask, G. F. Lynch. Observ. on the Treatment of Scar. Fever. J. Am. Med. Ass. vol. 82. str. 712. — G. Caronia. Sulla etiologia della scarlatina. Riv. di clin. ped. 1923. 21. 705—19.

Z praktyki.

Dr. Gwidon POKORNY, asystent kliniki. Kraków.

Przyczynek do obrazu klinicznego atypowych postaci ziarnicy złośliwej *).

(Z kliniki medycznej U. J. Dyrektor: Prof. dr. Witold Orłowski).

Jak ogólnie wiadomo, trudności rozpoznawcze w ziarnicy złośliwej są niejednokrotnie bardzo poważne, przy wielkiej rozmaitości obrazów klinicznych, mamy często (Ziegler, Rencki) przypadki, gdzie pierwszy rzut oka na chorego, stwierdzając powiększenie kilku grup gruczołów chłonnych, kieruje rozważania rozpoznawcze w zdecydowanym kierunku, i gdzie badanie samego chorego, łącznie z badaniami pracownianemi oraz histologicznemi dają pewną podstawę do rozpoznania. Obok tych przejrzystych, znajdują się przypadki, w których najdokładniejsze spostrzeganie i badanie kliniczne nie daje przez dłuższy czas możliwości do wyjaśnienia tajemniczej sprawy chorobowej. Są to przeważnie przypadki, przebiegające z zajęciem tylko gruczołów wewnętrznych, dla badania niedostępnych, bez zmian w gruczołach zewnętrznych, lub też przypadki początkujące, gdzie wprawdzie, bardzo dokładne badanie wykazuje kilka nieznacznie powiększonych gruczołów, gdzie jednak inne więcej jaskrawe objawy, czy to w postaci skarg chorego, czy też przedmiotowo dających się stwierdzić zmian powodują, że lekarz uważa to nieznaczne powiększenie gruczołów, za objaw banalny, z obrazem choroby w żadnym związku nie stojący. Stąd pochodzą mylne rozpoznania, zamiast ziarnicy złośliwej, duru brzusznego, gruźlicy prosówkowej, przewlekłych nieżytów oskrzeli, nporczywych nerwobólów, schorzeń rdzenia i t. d. Podobne przypadki rejestruje niezawodnie każda klinika, każdy większy szpital.

W klinice medycznej U. J. spostrzegaliśmy też, jeśli wspomnę tu tylko przypadki z ostatniego czasu, mianowicie z roku szkol. 1923/24 chorą, która była wysłaną przez lekarza z daleko rozwiniętą ziarnicą złośliwą do Zakopanego z rozpoznaniem gruźlicy; dopiero lekarz w Zakopanem rozpoznał chorobę właściwie i z własnem rozpoznaniem odesłał chorą natychmiast na klinikę. Historji choroby tego przypadku, który przedstawiono na posiedzeniu Krak. Koła Internistów dnia 3. kwietnia 1924., przytaczać tu nie będę. Natomiast zamierzam podać poniżej dwa inne przypadki ziarnicy złośliwej spostrzegane w klinice medycznej U. J. w latach szkolnych 1923/24 i 1924/25, z których pierwszy długi czas leczono w Krakowie jak neuralgję, mianowicie aż do czasu, gdy zjawienie się gorączki spowodowało skierowanie chorego na klinikę, drugi zaś gdzie początkowo — przed przyjściem chorego do kliniki — postawione rozpoznanie raka języka było powodem do zbytecznych i bezcelowych zabiegów chirurgicznych.

1. Dr. A. M. urzędnik bankowy, lat 26, przyjęty na klinikę medyczną 19. II. 1924; L. dz. 191. Skarży się na reumatyczne bóle w kończynach górnych, wzmagające się na przewiewie i pod wpływem alkoholu, bóle te wystąpiły w grudniu 1922 r., po kilku tygodniach dołączyły się do nich podobne bóle w mięśniach barków. Po dwumiesięcznej przerwie, w marcu 1923 r. bóle wracają. Leczenie w Elster bez skutku, po elektroterapji bóle znikają, lecz wracają w październiku u. r., wzmagając się pod wieczór, podczas, gdy przedpołudniem chory czuje się zupełnie dobrze. — W styczniu 1924 r. leczony w Krakowie przez doświadczonego neurologa wstrzykiwaniami lactolu. Po piątem wstrzyknięciu występują nowe dolegliwości, które skłaniają chorego do szukania porady w klinice, mianowicie, silne bóle w okolicy lędźwiowej, promieniujące do brzucha, jednostajne, niezależne od czynności narządów brzucha, oraz gorączka do 38° wieczorem, połączona z ogólnem zmęczeniem oraz z uczuciem niepokoju i z bólem głowy. Wykonane przed przyjęciem do kliniki zdjęcie roentgenowskie dolnych odcinków kręgosłupa zmian nie wykazało. W dzieciństwie zimnica; w r. 1918 grypa z zapaleniem płuc i opłucnej.

Badanie na klinice 22. II. wykazało co następuje. Wzrost średni, budowa asteniczna, waga ciała $50\frac{1}{2}$ kg., mięśnie słabo rozwinięte, tkanka tłuszczowa skąpa, owłosienie na spojeniu łonowem o typie kobiecym. Kościec wysmukły; klatka piersiowa długa, wąska; kręgosłup w dolnej części odcinka piersiowego nieco w tył wypuklony, przy ruchach, na ucisk i obciążenie niebolesny. Tuż powyżej prawego obojczyka kilka drobnych do wielkości małego grochu dochodzących, niebolesnych gruczołów, również kilka dochodzących do wielkości fasoli nad lewym obojczykiem, wreszcie jeden gruczoł wielkości orzecha laskowego za dolnym końcem mięśnia sutko-mostko-obojczykowego po stronie lewej, inne grupy gruczołów chłonnych bez zmian. Nieznaczne skrócenie wypuku nad obu szczytami płucnemi; granica dolna lewego płuca nieruchoma. Serce nieznacznie rozszerzone, nad koniuszkiem cichy szmer skurczowy, II ton nad tętnicą płucną wzmożony. Słabo zaznaczone stłumienie w środkowej części przedniej powierzchni klatki piersiowej na wysokości 2 żebra szerokości $8\frac{1}{2}$ cm sięgające w prawo od mostka na $2\frac{1}{2}$ cm. W jamie brzusznej nie stwierdza się ani bolesności, ani zmian w narządach. Badanie roentgenologiczne wykazuje zrosty w dole płuca lewego, cień śródpiersia rozszerzony mianowicie 9 cm. W świeżej kropli krwi zmian nie stwierdza się. Krwinki czerwone*) w 1 mm^3 krwi 4,800.000 (4,800.000); hemoglobiny (Sahli) 98% (98%); wskaźnik barw 1.0 (1.0). Ciałka białe w 1 mm^3 krwi 21.000 (23.000), w tem obojętnochłonnych 84,0% (84.0%); eozynochłonnych 4.5% (6.0%); zasadochłonnych 0.5% (0.5%); limfocytów 5.0% (3.5%); jednojądrzastych 5.0% (6.0%). Badanie histologiczne gruczołu wyciętego nad lewym obojczykiem wykonane w zakładzie Anatomji patologicznej U. J. wykazało: »ogniska nekrotyczne, znaczna ilość komórek eozynochłonnych, oraz nieliczne komórki, zawierające po kilka jąder, o typie komórek Sternberga. Całość obrazu przemawia za lymphogranulomatosis«.

*) Przedstawione w Krakowskiem T-wie. Internistów 19. II. 1925 r.

*) Wartości, podane przed nawiasem, dotyczą badania przeprowadzonego dn. 21. II., w nawiasie dn. 23. II.

Podczas pobytu na klinice ciepłota stale waha się między 36.8—38, a chory uskarża się na wzmagające się pod wieczór bóle w brzuchu i w mięśniach barków. Po opuszczeniu kliniki 6. III. 1924 roku zastosowano 2 serje naświetlań promieniami Roentgena, przyczem naświetlano przeważnie powiększone gruczoły szyi i śródpiersia jakoteż okolicę lędźwiową, dla oddziałania na gruczoły zaotrzewnowe, których powiększenia, jak to zwykle bywa, nie można było stwierdzić, lecz ze względu na podane przez chorego bóle brzucha, z wielkiem prawdopodobieństwem można je było przyjąć. Po tych naświetlaniach i pobycie chorego na Semmeringu bóle znikają, chory czuje się dobrze, gorączka znika, stan odżywienia i stan ogólny wykazują wyraźną poprawę, stłumienie i cień śródpiersia wyraźnie zmniejszają się, wreszcie, wyżej opisane macalne gruczoły chłonne zaledwie można uznać za powiększone. Z końcem września 1924 ponownie silne bóle w jamie brzusznej i gorączka do 40°. W październiku bóle brzucha słabną, zjawia się natomiast silny napadowo występujący suchy kaszel, występuje stale wzrastająca duszność oraz szybko wzrastające obustronne wysięki w jamach opłucnych; stan ogólny pogarsza się, gruczoły nad obojczykami są nieco większe, zjawia się powiększenie gruczołów w obu pachach; nakłucie i wypuszczenie części płynu z lewej, później i z prawej jamy opłucnowej przejściowo tylko przynosi ulgę. 15. XII. 1924 r. zejście śmiertelne w $23^1/_2$ miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów, a w $9^1/_2$ miesięcy od ustalenia rozpoznania.

Epikryza. Przez 14 miesięcy dominujące w obrazie bóle w kończynach górnych i mięśniach barków uważają leczący chorego lekarze wobec zupełnego braku przedmiotowo dających się stwierdzić zmian za »reumatyczne«. W trakcie antineuralgicznego leczenia zjawiające się gorączka i bóle w brzuchu powodują oddanie chorego w ręce internisty. Chory zostaje przyjęty do kliniki. Na właściwe rozpoznanie naprowadzają klinikę bóle brzucha rzekomo bezprzyczynowe w połączeniu z nieznacznem powiększeniem zaledwie kilku gruczołów nadobojczykowych — zespół na który zwraca uwagę Ortner, a któremu w naszym przypadku towarzyszy stłumienie, jakkolwiek i słabo zaznaczone śródpiersia; badanie histologiczne gruczołu potwierdza rozpoznanie. Godną zaznaczenia jest ta okoliczność, że w dalszym przebiegu, aż do zejścia śmiertelnego tylko bardzo nieliczne gruczoły zewnętrzne są stale, lecz bardzo nieznacznie powiększone, tak, że w ostatnim miesiącu, gdy wysunęły się na pierwszy plan dolegliwości ze strony klatki piersiowej i wysięki opłucnej, obraz ziarnicy złośliwej zupełnie się zaciera. Odróżnienie tej sprawy chorobowej w tym okresie od sprawy gruźliczej byłoby bez badania histologicznego gruczołu prawie niemożliwe.

II. P. P., 50 letni tapicer, żonaty, przyjęty do kliniki 30. X. 1924 r. L. dz. 64. Przed 20 laty kiła; w 42 roku życia zapalenie opłucnej; w 44 r. życia nieżyt szczytów płucnych; od 10 lat prawie stale kaszel z obfitą plwociną. Z początkiem stycznia 1924 r. zauważył chory zawadzanie w gardle przy połykaniu. Lekarz stwierdził — podobno po wycięciu próbnem — raka podstawy języka i zaproponował choremu wycięcie języka, na co chory się nie zgodził. Ograniczono się wobec tego do kilku naświetlań języka radem. W kilka dni później wykonano obustronne wycięcie, powiększonych rzekomo przerzutami, gruczołów podszczękowych. Rozpoznanie raka języka podtrzymywano jeszcze i wówczas, gdy wystąpiło w marcu powiększenie gruczołów po obu stronach szyi, w pachach i wzdłuż wewnętrznej bruzdy m. dwugłowego, wtedy bowiem jeszcze, odsyłając gruczoł wycięty do badania histologicznego, oznaczono go jako pochodzący z przypadku z rozpoznaniem »*Ca linguae*«. Po zbadaniu Zakład Anatomji patol. U. J. daje następującą odpowiedź: »W wyciętym gruczole limfatycznym stwierdza się hiperplazję tkanki limfoidalnej i niestosunkowo dużą ilość eozynofilów«. W maju zjawia się swędzenie ciała, a w lipcu swędząca wysypka na kończynach: przytem osłabienie, poty i spadek na wadze. Z początkiem października zjawia się powiększenie brzucha, a w połowie tegoż miesiąca powoli wzrastający ból pod lewym łukiem żebrowym, promieniujący w lewe ramię. I wtedy jeszcze chorego traktują mylnie jako cierpiącego na raka śledziony w następstwie raka języka.

W dniu przyjęcia chorego do kliniki stwierdzono: Chory wychudzony, blady; wszystkie macalne zewnętrzne grupy gruczołów chłonnych powiększone, dochodzą do wielkości orzecha włoskiego, niebolesne, ruchome. Rozedma i przewlekły nieżyt płuc. Wątroba trzy palce pod łukiem żebrowym, śledziona bolesna na ucisk sięga ku dołowi do linji pępkowej, ku wewnątrz zaś do linji środkowej nie dochodzi o trzy palce. W moczu urobilina i urobilinogen. W kale jaj glist niema. W krwi*): krwinki czerwone w 1 mm³ 3,900.000 (4,200.000); hemoglobiny 85° (90°); wskaźnik barw. 1.1 (1.1). Ciałka białe 19.600 (30.000); z tego obojętnochłonnych 16.8% (14.4%); eozynochłonnych 74.4% (73.3%): zasadochłonnych 0.4% (0.3%); limfocytów 6% (10%); jednojądrzastych 2% (1.4%); myelocytów obojętnochłonnych 0.4% (0.3%); myelocytów eozynochłonnych 0% (0.3%); badanie wyciętego gruczołu wykazuje: budowa gruczołu zupełnie zatarta. Wśród siatki delikatnych włókien łącznotkankowych znajdują się w dużej ilości limfocyty pomieszane gdzieniegdzie z komórkami plazmatycznemi i młodemi fibroblastami. W każdym preparacie spotyka się dużo komorek eozynochłonnych, rozrzuconych pojedynczo i grupkami między innemi elementami komórkowemi. Komórek olbrzymich Sternberga brak. Całość obrazu histologicznego przemawia za bardzo wczesnym stadjum lymphogranulomatosis, które jednak napewno rozpoznać można jedynie w związku z badaniem klinicznem. — Podczas pobytu w klinice ciepłota przeważnie stale poniżej 37°, jednorazowe wzniesienie do 37.5; bóle w okolicy śledziony pod koniec pobytu słabsze.

*) Wartości, podane przed nawiasem, dotyczą badania przeprowadzonego dn. 31. XI. w nawiasie dn. 4. XII.

Epikryza. W tym przypadku zasługuje na podkreślenie przedewszystkiem usadowienie się pierwotnego ogniska w jamie ustnej na języku, ta bowiem siedziba jest dla ziarnicy złośliwej bardzo rzadka w przeciwieństwie do mięsaka limfatycznego oraz do ostrej białaczki. Istotnie, w monografji swej Ziegler zaznacza powiększenie migdałków tylko w 3 z 54 przypadków ziarnicy złośliwej, oraz silne powiększenie migdałka trzeciego w dwóch przypadkach. O zmianach natomiast na języku w ziarnicy złośliwej Ziegler wcale nie wspomina. Nie znalazłem o tem wzmianki i w innych dostępnych mi pracach, dotyczących ziarnicy złośliwej.

Ta rzadka dla ziarnicy złośliwej siedziba w połączeniu z powiększeniem gruczołów podszczękowych, była, trzeba przypuścić, powodem mylnego rozpoznania lekarzy. Że pierwotne badanie histologiczne tu zawieść mogło, znajduje to swe wytłumaczenie w częstym braku typowych zmian w ziarnicy złośliwej w okresie początkowym, zwłaszcza, w świeżo powiększonych gruczołach (Rencki, Hertz, Wretowski). Na zaznaczenie zasługuje też w tym przypadku eozynofilja krwi. Co prawda jest ona, jak wiadomo, naogół objawem nierzadkim w ziarnicy złośliwej. Nie z tego więc stanowiska o niej tu wspominam. Czynię to raczej ze względu na jej bardzo wysoki poziom, dotychczas nieopisany, bo sięgający 74% (więc 13.882 w 1 mm krwi. Istotnie, według Zieglera eozynofilja krwi w ziarnicy złośliwej wynosi przeciętnie 4—28%, Naegeli zaś podaje przypadek Srisowera z 42.6% eoz. na 28.910 c. biał. i przypadek Wirtza z 49% eos. na 25.000 c. biał.; o eozynofilji natomiast tak wysokiej jak w naszym przypadku, piśmiennictwo nie wspomina.

Podając powyższe historje chorób ograniczyłem się ze względu na cały szereg wyczerpujących prac w piśmiennictwie polskim o ziarnicy złośliwej do zwięzłego skreślenia tej tylko strony diagnostycznej, która nas najwięcej interesowała. Celem lekarza jest i tu wczesne prawidłowe rozpoznanie sprawy chorobowej. Nie może ono co prawda zbytnio zmienić losu chorego. Może jednak uchronić go nieraz od zbytecznych ofiar pieniężnych, n. p. na klimatyczne i kąpielowe leczenie i od zabiegu chirurgicznego, który jak sądzi Ziegler jest często tylko powodem do dalszego rozprzestrzeniania się choroby.

Piśmiennictwo.

1) Ziegler. Die Hodginsche Krankheit. Jena 1911. — 2) Ziegler. W Kraus — Brugsch Handbuch der Ges. Path. u. T. h. t. VIII. 1920. — 3) Naegeli. Blutkrankheiten. Berlin. 1923. — 4) Ortner. Klin. Symptomatologie I. T. Wien. 1921. — 5) Rencki. O ziarnicy złośliwej. Pol. Gaz. lek. 1924. zesz. 3. — 6) Klejn. Lymphogranulomatosis. Gaz. lek. 1912. zesz. 13. — 7) Hertz i Wretowski. Przypadek uogólnionego nabrzmienia gruczołów chłonnych. Gaz. lek. 1913.

Wykłady i odczyty.

Prym. dr. Zenon LEŃKO. Lwów.

W sprawie wypadnięcia błony śluzowej moczowodu, z uwzględnieniem niezwykłego przypadku własnego.

Z Oddziału urologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Moczowód jest łącznikiem między nerką a pęcherzem i stosownie do tego zadania nie często ulega samoistnym

chorobom, lecz zwykle dzieli los zmian w nerce albo w pęcherzu, albo w obu. W właściwościach rozwojowych i anatomicznych szukać należy wytłumaczenia, że przy tak codziennych zmianach chorobowych w pęcherzu, współudział w nich moczowodu nie należy do częstych a nawet znane jest ominięcie zakażenia moczowodu a usadowienie się sprawy ropnej głównie w miedniczce. Przewrót w urologji sprowadził cystoskop, przyczynił się też wielce do wykrycia rozpoznawczo trudnych zboczeń rozwojowych moczowodu, nadliczbowego ujścia, nadmiernego zwężenia lub rozszerzenia. Choroby wyłącznie samego moczowodu są dość rzadkie i chociaż cewnikowanie moczowodów i fotografowanie ich (ureterografja) przy pomocy środka kontrastowego przyczyniło się do poznania wielu nowych szczegółów, to jednak trzeba przyznać, że wiele zmian na moczowodzie uchodzi uwagi badającego z powodu mało cechujących objawów klinicznych. Kamyki moczowodowe znane są oddawna, patologja zawiera opis odziedziczonych lub nabytych zwężeń moczowodu, rozszerzeń powyżej zastawek lub zarośnięcia, które może dawać powód do wpochwienia w kierunku pęcherza (Rokitansky, Güterbock, Orth). Jedno- lub obustronne rozszerzenie wrodzone ujścia pęcherzowego, z wrodzonym brakiem mechanizmu zwężającego od strony pęcherza, może ciągnąć się aż do nerki i nie wywiera wpływu na jej czynność; natomiast zwężenie pociąga za sobą cały szereg następstw. Często zdarza się wrodzone zwężenie ujścia moczowodowego, zwłaszcza nadliczbowego, z następowem rozszerzeniem ku górze tej części nerki, która należy do tego moczowodu. Z innych chorób samego moczowodu znamy rany jego postrzałowe, urazy, przetoki pourazowe; kamień moczowodowy nie tworzy się na miejscu, lecz powstaje wskutek zesuwaniu się złogu z nerki i zatrzymania się po drodze. Z nowotworów spotykamy brodawczaki pojedyncze lub liczne a rozpoznanie jest tylko wówczas możliwe, jeżeli część takiego nowotworu wystercza przez ujście do pęcherza (Nitze). Widziano pierwotnego mięsaka, jakoteż raka moczowodu; o ile nastąpiło wczesne rozpoznanie, możemy przy operacyjnem usunięciu moczowodu założyć przetokę moczową moczowodową lędźwiową lub pyelostomję a nerkę tej strony usunąć dopiero w ostateczności. Opisane przez Israela błonowate zapalenie bakteryjne samego moczowodu na tle gronkowców (*ureteritis bacterica membranacea*) spostrzegali później Stern i Viertel i in. możności istnienia pierwotnych zmian gruźliczych nie możemy, teoretycznie rzecz biorąc, wykluczyć. Grupy które bliżej będą nas obchodzić są: następstwa wrodzonego lub nabytego zwężenia moczowodu, a) torbielowate rozszerzenie części moczowodu przebiegającej tuż pod błoną śluzową pęcherza, b) wypadnięcie błony śluzowej względnie moczowodu przez ujście.

Przyczyny powstania.

Zuckerkandl mówi o wypadnięciu torbielowato rozszerzonego ujścia moczowodowego jako o osobnej jednostce chorobowej. Wypadnięcie błony śluzowej moczowodu spostrzegał Nitze po długo trwającem przeciskaniu się skrzepów wskutek krwotoku nerkowego. Marion widział wypadnięcie po energicznych skurczach muskulatury moczowodowo-pęcherzowej wśród dwóch warunków: zapalenia tej okolicy lub kamyka w dolnym odcinku moczowodu. Przy torbieli jest zwykle jakaś mniejsza lub większa komunikacja utrzymana pomiędzy torbielą a pęcherzem; brak właściwego zwężenia niekiedy mimo istnienia torbieli przemawia za tem, że nie tylko samo zwężenie jako takie jest przyczyną torbieli, ale jakieś inne wady rozwojowe, których jeszcze nie znamy. Odróżnić należy torbielowate rozszerzenie moczowodu od wypadnięcia błony śluzowej przez ujście moczowodowe, choć autorowie oba te cierpienia omawiają równocześnie. Przyczynę powstania torbieli upatrują w sprawach zapalnych i drażnieniach pęcherza, nie wyłączając motylicy krwawej pęcherza (*bilharziosis)*, lub w kamykach moczowodowych, ponieważ jeden lub drugi rodzaj choroby prowadzić może do zwężenia ujścia.

Przebieg i objawy chorobowe.

Prawie przy wszystkich rodzajach chorób moczowodu występują objawy kliniczne niewiele różniące się od przypadłości, które spostrzegamy przy zatrzymaniu wydzieliny z nerki: kolka nerkowa, krew lub ropa w moczu. Czasem dopiero uporczywość zakażenia dróg moczowych zwraca uwagę, czy nie mamy do czynienia z torbielą moczowodu. Torbielowate rozszerzenie części pęcherzowej moczowodu przychodzi jedno- lub obustronnie i jest częstsze, niż wynicowanie przez ujście błony śluzowej moczowodu, które według zgodnego zapatrywania autorów należy do wielkich rzadkości. Przy torbielowatem rozdęciu moczowodu są kliniczne objawy prawie takie same, jak przy wypadnięciu błony śluzowej moczowodu a więc następstwa zwężenia światła moczowodu i mniejsze lub większe ze strony pęcherza zaburzenia w oddawaniu moczu, posuwające się aż do zatrzymania moczu i dalsze objawy wskazujące na następowe rozszerzenie odcinka moczowodu ponad zwężeniem, miedniczki później nerki i zakażenie dróg moczowych. Z drugiej strony oba rodzaje zmian mogą nie dawać klinicznych objawów lub tylko mało charakterystyczne, o ile niema utrudnionego odpływu moczu. Zaburzenia w moczeniu mogą powstać przez przemieszczenie szyjki pęcherza przez torbiel, jako parcie i utrudnione moczenie a siła i wielkość strumienia moczu są zmniejszone; czasem prąd oddawanego moczu przerywa się nagle albo ustaje, kiedyindziej występuje mimowolne moczenie. Czasem torbiel wielkich rozmiarów zatyka i drugie ujście moczowodu lub ujście cewki; jeżeli zaś uwięźnie w szyjce pęcherza wywołuje parcie na mocz lub mimowolne moczenie; u kobiet może wyzierać z ujścia zewnętrznego cewki a zwieracz pęcherza może ją tak odsznurować, że ulega zgorzeli i przez to następuje samowyleczenie. Częściej, niż zatrzymanie moczu w pęcherzu, zdarza się zastój moczu w moczowodzie i dalej w nerce, prowadząc do wodonercza, któremu towarzyszy kolka moczowodowa lub nerkowa. Zakażeniu dróg moczowych może położyć kres tylko usunięcie torbieli lub wypadnięcia błony śluzowej moczowodu. Zgrubienie moczowodu, jego rozszerzenie, zrosty zapalne z otoczeniem mogą zmusić do wycięcia nerki.

Stan obecny.

Pasteau, Nitze, Albarran, Englisch, W. Zdanowicz i in. opisują obraz cystoskopowy choroby wypadnięcia błony śluzowej z moczowodu (przepuklina moczowodu do pęcherza), przedstawiający się jako spłaszczona kula lub stożek z zagłębieniem na szczycie w części środkowej, od którego ciągną się ku obwodowi nieregularne fałdy. Guz jest barwy sinoróżowej z powodu ścieśnienia błony śluzowej przez ujście moczowodu. W chwili przedostawania się moczu otwiera się zagłębienie, by pozwolić wytrysnąć moczowi, przyczem guz powiększa się przez to, że większa część błony śluzowej moczowodu wychodzi a cofa się częściowo po dokonanem wycieczeniu moczu. Guz przedstawia wynicowaną błonę śluzową i nie widać na nim ruchów rozprężania, bo brak tu włókien mięśniowych. Ściana torbieli części pęcherzowej moczowodu jest czasem cienka, czasem grubsza; zewnętrzna strona jest wyścielona nabłonkiem pęcherza, wewnętrzna zaś nabłonkiem moczowodu, pomiędzy temi warstwami znajduje się tkanka łączna, naczynia, włókna mięsne, czasem naciek zapalny. Wielkość jej jest różna, czasem tak znaczna, że cały pęcherz jest wypełniony torbielą.

Rozpoznanie.

Przed erą cystoskopji rozpoznawano omawiane zmiany tylko po otwarciu pęcherza; w cystoskopie widać bardzo wyraźnie wypadnięcie błony śluzowej moczowodu; rozpoznanie torbieli jest również możliwe przy pomocy wziernika pęcherzowego, ale też wówczas jest bardzo łatwe. Widzimy część wystającą w miejscu ujścia moczowodu jako wypuklenie stożkowate, na którego końcu znajduje się ujście; obraz przypomina wpadnięcie odbytnicy u dziecka. Wypadnięcie ściany moczowodu do pęcherza różni się od torbieli przez swój kształt stożkowaty z fałdami i ujście, które leży w środku wypuklenia błony śluzowej; przy torbieli leży ujście z boku. Wypadnięta część nie wykonuje ruchów wypierania moczu, jak to widać właśnie na torbielowatem rozszerzeniu moczowodu. Uteau, Zdanowiczowi udało się cewnikiem moczowodowym odprowadzić wypadnięcie i ten szczegół może czasem służyć za cechę różniczkową, bo torbiel nie da się cofnąć na stałe,

ani nie udaje się wprowadzić do niej cewnika moczowodowego. Torbiel tworzy guz pokryty naczyniami przechodzącemi z błony śluzowej pęcherza, guz kolejno powiększający się i zmniejszający się; jeżeli utrzymał się jeszcze otworek widzialny w cystoskopie jako mały punkt, wycieka tędy mocz a guz się zmniejsza. Zjawisko wytrysku możemy uczynić widoczniejszem przez zabarwienie moczu wstrzykniętym dożylnie karminem indygowym. Guza o gładkiej ścianie kulistego, przyświecającego, w miejscu ujścia moczowodowego, nie można wziąć, byle tylko o tem myśleć, za coś innego, jak za torbiel moczowodu, zwłaszcza, jeżeli następują w nim zmiany w wielkości wskutek odpływu i dopływu moczu. Czasem napełnienie torbieli następuje tylko podczas wytrysku moczu z moczowodu, poczem ściana zaraz opada. Według Wildboltz'a kończy się torbiel należąca do nadliczbowego moczowodu ślepo, inne zwykle mają jakąś komunikację z pęcherzem.

Rokowanie.

Rokowanie poprawiło się od czasu wprowadzenia śródpęcherzowych operacyj; według Marion'a jest ono przy torbielowatej rozstrzeni poważne z powodu rozdęcia nerki, zaniku jej lub zakażenia. Zapatrywanie to będzie każdy podzielał w odniesieniu do daleko posuniętych powikłanych przypadków w ogóle. Przypadek Albarrana poucza, że należy być ostrożnym w rokowaniu, ponieważ tam po usunięciu wypadniętego moczowodu po otwarciu pęcherza nadłonowem i początkowem wyleczeniu, dopiero po dwu latach wystąpiły u chorego objawy niedrożności tego samego moczowodu, które zmusiły Albarran'a do wycięcia całego moczowodu i nerki.

Leczenie.

Ponieważ torbiel pociąga za sobą stale zastoinę moczową ze swemi fatalnemi dla chorego następstwami, koniecznem jest usunąć zaleganie, choćby chwilowo narazie jeszcze nie było żadnych alarmujących objawów. Rozszerzanie przy pomocy cystoskopu operacyjnego zwężonego ujścia podczas wypadnięcia błony śluzowej moczowodu, zaradza złemu tylko chwilowo, daleko bardziej celowem jest usunięcie wypadnięcia lub torbieli. W erze przed cystoskopją przeciął Kelly u kobiety śródpęcherzowo torbiel nożyczkami. Jeżeli jednak torbiel pcha się do ujścia cewki, lub nie można jej przejrzeć w całości w cystoskopie, lub jeżeliby rodzaju cierpienia nie rozpoznano przedtem, trzeba guz usunąć po otwarciu pęcherza. Łączymy po usunięciu torbieli błonę śluzową otwartego moczowodu z błoną śluzową pęcherza i taki szew jest korzystny by ustaje krwawienie, albo obramowujemy szwami obie blaszki ściany po odcięciu worka. Torbiel należącą do nadliczbowego moczowodu, tworzącą ślepy worek, usuwali Bostroem, Schwarz, Schede i in. u mężczyzn po nacięciu pęcherza od góry. Z reguły usuwamy torbiel galwanokaustycznie, obecnie raczej prądem elektrycznym o wysokiem napięciu, elektrokoagulacją. Po zniszczeniu pozostaje zwykle już na stałe wcale szerokie ujście i nawrotu nie widziano. Dla usunięcia wypadnięcia moczowodu wchodziłaby w użycie jedna z metod wszczepienia moczowodu po otwarciu pęcherza, o ile nie pomogłoby zniszczenie elektrokoagulacją. Będzie zawsze jeszcze można zastosować w razie potrzeby operację po nacięciu pęcherza od góry, gdyby po śródpęcherzowym zabiegu nie nastąpiło trwałe wyleczenie. W przypadku Albarran'a leczonym operacyjnie po otwarciu pęcherza, wystąpiły po dwu latach objawy niedrożności tego samego moczowodu, które zmusiły Albarrana do wycięcia całego moczowodu i nerki.

Przy naiskrzaniu w obu rodzajach cierpienia, prowadzimy elektrodę linijnie w kierunku długiej osi stożka; elektrokoagulacja pociąga za sobą mokrą zgorzel, poczem po wygojeniu pozostaje szerokie otwarcie ujścia moczowodowego. Warunkiem wykonania jest to, by obraz był dobrze widzialny w cystoskopie. W razie zajęcia obustronnego moczowodów, należy leczyć najpierw jedną stronę, później dopiero drugą, bo w przeciwnym razie wskutek obrzęku może przyjść do ustania czynności nerek, nawet przez kilka dni i objawów mocznicy.

Tak przedstawiałaby się sprawa w przypadkach początkowych, bo w przypadkach daleko posuniętych jest leczenie zależne od stanu nerki. W razie groźnych objawów ze strony nerki, można widzieć się zmuszonym do nacięcia nerki, albo jej wycięcia. Jeżeli nerka jest zniszczona wycinamy ją bez oglądania się na moczowód.

Wielkie usługi wyświadczał nam cystoskop operacyjny z palnikiem, tak przy niszczeniu brodawczaków pęcherza, jak torbieli i wypadnięcia błony śluzowej dolnego odcinka moczowodu. Prawdziwe jednak triumfy święci przy tych zmianach obecnie elektrokoagulacja, godna polecenia i coraz częściej używana. Ponieważ elektroda do naiskrzania da się włożyć nawet do cienkiego ureteroskopu dziecinnego, możemy nią pracować śródpęcherzowo przy wcale wąskiej cewce.

Leczenie operacyjne z otwartego pęcherza nadłonowo pozostałoby dla tych przypadków, w których samo wprowadzenie przyrządu wywołuje wielce przeszkadzające pracy krwawienie, lub w których posiedzenie naiskrzania ze względu na rozmiary czy to torbieli, czy brodawczaka musiałoby trwać za długo a w których operacją krwawą po otwarciu pęcherza prędzejbyśmy doszli do celu.

* * *

Według Zuckerkandla, Englisch podał cechy charakterystyczne ślepo kończącego się moczowodu wskutek torbielowatego rozszerzenia, na mocy własnego przypadku i przytacza 15 przypadków z piśmiennictwa. Pasteau ogłosił z piśmiennictwa 40 przypadków torbielowatego rozszerzenia dolnego odcinka moczowodu a Albarran podaje, że mógłby jeszcze dorzucić kilka takich przypadków własnych. Piętkiewicz ogłosił 2 przypadki tego rodzaju, wyleczone śródpęcherzowo. W. Zdanowicz opisując własny przypadek wypadnięcia moczowodów, wspomina o 3 innych: Albarrana, Junga i Simona. Nitze przytacza jeden przypadek wypadnięcia moczowodu rozpoznany cystoskopem; było to spostrzeżenie jedno z bardzo dawnych, jeżeli wzmianka o niem znajdowałaby się w I-szem wydaniu jego podręcznika z 1889 r. Pollet (1921) opisuje 2 własne podobne przypadki, leczone naiskrzaniem; przez Uteau (1924) odprowadzone wypadnięcie cewnikiem moczowodowym, więcej się nie powtórzyło.

Mój przypadek wcale rzadki zasługuje z kilku względów na wzmiankę; dotyczy 36-letniego rolnika, dotychczas zawsze zdrowego, żonatego, ojca jednego dziecka. Dn. 20. X. 1924 r. wystąpiły zaburzenia moczowe rzekomo wskutek nadużywania wódki od 2-ch lat; przypadłości wzmogły się po 7 dniach do zatrzymania moczu i sprowadziły tak ciężki ogólny stan, że chory widział się zmuszonym do szukania pomocy w szpitalu. Przy wprowadzeniu cewnika dla spuszczenia moczu miało się uczucie zepchnięcia ciała obcego z tylnej części cewki do pęcherza, poczem chory zaczął już sam oddawać mocz. Przy badaniu była okolica jednej i drugiej nerki na ucisk niebolesna, nerka była niemacalna, gruczoły pachwinowe, stercz niepowiększone; w moczu mętnym było nieco białka i ropy. Obraz w cystoskopie nie był bardzo wyraźny wskutek stanu zapalnego pęcherza, odróżnić jednak było można ciało obce podobne do złogów przy prawym moczowodzie i wybujałą ziarninę przechodzącą stąd na trójkąt. Raz 2. XI. okazała się potrzeba wyjęcia kleszczykami fosfatu wielkości ziarna grochu, który przeszedł całą cewkę a uwiązł w dole łódkowatym; drugi raz po przeszło tygodniu drugiego kamyka podobnego, z tego samego miejsca. W tym czasie zrobione zdjęcie roentgenowskie nie wykazało innych złogów ani w nerkach, ani w moczowodach. Interesujący obraz przedstawił cystoskop po podleczeniu pęcherza: na wewnętrznej stronie prawego ujścia moczowodowego znajdował się brodawczak wielkości orzecha laskowego, dobrze odgraniczony od reszty błony śluzowej pęcherza; nieco bliżej ujścia była widoczna kępka ziarniny o powierzchni naszej złotówki, przechodząca częściowo na trójkąt; przez ujście same moczowodu wypuklała się przekrwiona błona śluzowa, długości przeszło 1 cm. Świeżych zmian spowodowanych przez zranienie kamieniami, które przeszły niedawno przez moczowód, nie można było cystoskopowo wykazać. Zaznaczyć należy, że początkowo ciężki stan nie pozwalał na przygotowanie chorego odpowiednio, by można było zrobić dobrą fotografję roentgenowską; późniejsze zdjęcie nie wykazało złogów w całym narządzie moczowym.

Zestawiając wynik klinicznego przebiegu cierpienia z obrazem widzianym, nasuwają się następujące wnioski: chory miał dwa kamyki moczowodowe, które przecisnęły się do pęcherza; że dość wielkim okrągłym złogom to się udało, zależało wyłącznie od osobniczych właściwości światła moczo-

wodu. Może obecność kamyka w pęcherzu, może mocz ropny z prawej nerki i następowe zapalenie pęcherza, były przyczyną powstania brodawczaka, gdyż w tej okolicy leżały złogii podczas pierwszej' cystoskopji a znanem jest, jak uparcie czasem małe kamyki trzymają się jednego miejsca w pęcherzu. Zdaje się, że jeden kamyk już dawniej musiał przecisnąć się przez moczowód, za czem przemawiała ziarnina rozprzestrzeniająca się od brzegu moczowodu na trójkąt. Prawdopodobnie powstała ziarnina po zranieniu dolnego odcinka i ujścia moczowodu, jako miejsc najwęższych, za czem przemawiałoby i to, że świeżych zmian na moczowodzie nie można było stwierdzić cystoskopem. Uwięźnienie kamyka w tylnej części cewki pociągnęło za sobą najgroźniejsze objawy, bo bezmocz i ogólny stan ciężki; albo pierwszy kamyk, albo drugi, albo oba zawiniły, że wystąpiło wypadnięcie błony śluzowej moczowodu, którego rozpoznanie przyszło na myśl po pierwszym rzucie oka w cystoskopie na pęcherz już podleczony, choć na taką właśnie zmianę było się najmniej przygotowanym z powodu rzadkości schorzenia. Łuki fałdów na stożku przypominających wypadnięte, zapalnie zmienione guzy krwawnicowe w miniaturze, zagłębienie na szczycie, w które jednak nie udało się wprowadzić cewnika, nie pozostawiało wątpliwości co do trafności rozpoznania.

Jako leczenie obrałem naiskrzanie przyrządem fabryki Drapiera w Paryżu, po wprowadzeniu elektrody przez dziecinny ureteroskop. Ślad elektrokoagulacji ciągnął się linijnie, przepoławiając wypadniętą błonę śluzową i częściowo niszcząc część fałdów; na tem samem posiedzeniu tym samym sposobem usunąłem ziarninę i brodawczaka.

Stan chorego poprawił się, mocz stał się czysty a 5. XII. 1924 r. mogli Koledzy przekonać się na posiedzeniu Lw. Tow. Lek. o wyleczeniu doskonałem pęcherza.

Naiskrzanie nadaje się do leczenia brodawczaków licznych i małych, jakoteż wszystkich innych, nawet większych, niż orzech włoski, czy to uszypułowanych, czy szeroko usadowionych, byle odgraniczonych od reszty pęcherza. Ułatwiona technika pozwala na niszczenie ambulatoryjne brodawczaka wówczas, gdyby przy kontroli okazała się potrzeba tego, mianowicie w razie nieznacznych nawet nawrotów, powstających zwykle nie w miejscu elektrokoagulacji. Miejsce leczone zdradza się w pęcherzu blizną i nawrót w niej może służyć czasem za dowód, że guz przybiera przecie cechy złośliwości. Naiskrzanie nadaje się dalej do usuwania polipów około szyjki pęcherza, które nim nauczyliśmy się rozpoznawać i właściwym sposobem leczyć, opierały się skutecznie środkom żrącym, stosowanym długi czas nawet.

Zdjęcia fotograficznego moczowodu wypadniętego, ziarniny i brodawczaka u tego samego osobnika równocześnie, niestety nie dało się wykonać, ponieważ wąska cewka nie pozwalała na wprowadzenie dość grubego cystoskopu do fotografowania.

Piśmiennictwo.

1) a. Albarran: J. Médecine opératoire des voies urinaires 1909. str. 483—485. b. Sesja VIII. Fr. Tow. Urol. w 1904. ogł. w r. 1905. s. 596. — 2) Busson i Danziger: J. d'Ur. 1924. T. XVIII. Nr. 4 s. 323—325. — 3) Casper L.: Lehrbuch der Urologie 1921. s. 524—528. — 4) Cristol V.: J. d'Ur. 1921. t. XII. Nr. 5. s. 319—320. — 5) v. Frisch Anton i Otto Zuckerkandl: Handbuch der Urologie 1905. II. t. s. 63. 230. 359. 618. 698. — 6) Gerus K.: Lw. Tyg. Lek. 1914. Nr. 4 i 5 s. 33.— 7) Güterbock Paul: Die chirurgischen Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane 1890. Chirurgische Krankheiten der Harnleiter s. 800—838. — 8) Hartmann J.: ze sprwzd. w Lw. Tyg. Lek. 1910. Nr. 14. s. 202. Zeitschrift f. gyn. Ur. t. II. z. 1. — 9) Judd E. S. et W. E. Sistrunk: J. d'Ur. 1921. t. XII. Nr. 1. s. 55—57. — 10) Marion G.: Traité d'Urologie I. 1921. s. 427. s. 486—507. — 11) Martin J.: J. d'Ur. 1922. t. XIII. Nr. 2. s. 99—102. — 12) Michon Edouard: J. d'Ur. 1921. t. XI. Nr. 5—6. s. 463—466. — 13) Nitze Max: Lehrbuch der Kystoskopie II. wyd. przez M. Weinricha i R. Jahra. Pathologie der Harnleitermündung. s. 224—237. — 14) Nogués M.: Société française d'Urologie Séance du lundi. 9. VII. 1923. J. d'Ur. 1923. t. XVI. Nr. 2. s. 146—148. — 15) Piętkiewicz: Zeitscht. f. gyn. Ur. t. II. z. 5. ze sprzd. w Lw. Tyg. Lek. 1911. Nr. 18. s. 250. — 16) Piętkiewicz M.: Prz. chir. i gin. t. IV. z. 2. ze sprzd. w Lw. Tyg. Lek. 1912. z. 5. s. 73. — 17) Pollet: J. d'Ur. t. XI. Nr. 1. s. 15—24. — 18) Thomas B. A.: J. d'Ur. 1921. t. XII. Nr. 1. s. 57—60. — 19) Uteau: J. d'Ur. 1924. t. VIII. Nr. 6. s. 473. — 20) Wildboltz Hans: Lehrbuch dre Urologie 1924. s. 118—123. s. 229. — 21) Zdanowicz W.: Pos. Związku Pol. Lek. i Przyrodn. w Petersburgu 12/25. X. 1912. ze sprzd. w Przegl. Lek. 1913. Nr. 10. s. 152. — 22) Zondek M.: Die chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. 1924. Die Erkrankungen der Ureteren. s. 224—234.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. URYSON. Łódź.

Refraktometrja kliniczna.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala im. małżonków Poznańskich.

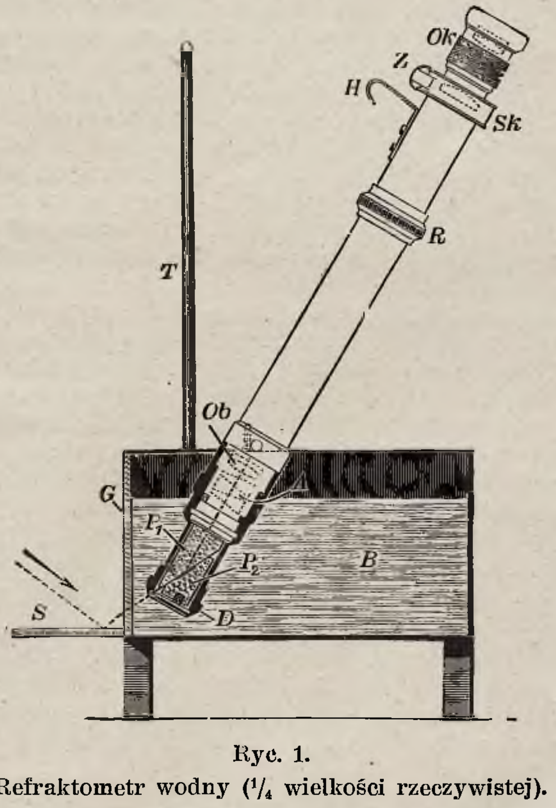
Do niedawna badanie krwi polegało na określeniu ilościowem i postaciowem ciałek krwi; mało uwagi zwracano na surowicę. Od czasu, kiedy stało się możliwem określanie składowych części surowicy, operując małemi jej ilościami, klinika określa w surowicy cukier, bilirubinę, cholesterynę, chlorki, wreszcie i ciała białkowe. Do określenia ilości i jakości białka w surowicy krwi używa się specjalnego przyrządu, zwanego refraktometrem.

Wartość kliniczna refraktometru polega na tem, że mając kilka kropel, możemy określić wskaźnik załamania światła danego płynu.

Promień świetlny, przechodząc z jednego środowiska do drugiego, zbacza z drogi, załamuje się. (Uprzytomnijmy sobie pałeczkę szklaną, zanurzoną do wody; wydaje się nam ona załamaną na wysokości powierzchni płynu. Podobnie dzieje się z promieniem świetlnym).

Stopień odchylenia promienia od pierwotnej drogi zależy: od ilości części stałych, zawartych w badanym rozczynie i od ciepłoty tego rozczynu. Na tej zasadzie fizycznej opiera się refraktometrja, używając przyrządu, pozwalającego na określanie wskaźnika załamania badanych rozczynów.

Dwa są przyrządy w tym celu używane: refraktometr Abbeg'o, suchy i Pulfrich'a — wodny; ten ostatni jest prostszy w użyciu.



Ryc. 1.

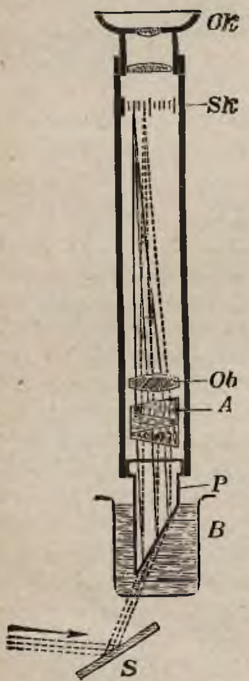
Refraktometr wodny (1/4 wielkości rzeczywistej).

Płyn badany jest rozpostarty w cienkiej warstwie pomiędzy klinami szkła P_1 i P_2. Promień świetlny pada na zwierciadło *S*, odbija się, przechodzi — przez szkło matowe *G* — do kąpieli wodnej, w niej zaś przez okienko *D* i przez płyn badany, wpadając do okulara refraktometru.

Wartość badań refraktometrycznych surowicy opiera się na tem, że białko cieczy ustrojowych silniej wpływa na za-

łamanie promieni świetlnych tych cieczy, aniżeli sole w nich zawarte.

Dlatego można refraktometrem dokładnie określić ilość białka w surowicy krwi, płynach przesiękowych i wysiękowych; ilość bowiem soli zawarta w wyliczonych płynach jest nieznaczna i ulega wahaniom nieznacznym. Określanie białka w tych płynach, w których ilość części składowych niebiałkowych jest większa od ilości białka, n. p. w płynie mózgowo-rdzeniowym, oraz w tych, gdzie ilość soli nie jest wielkością stałą, n. p. mocz, nie jest już drogą refraktometryczną możliwe.



Ryc. 2.

Przy większej ilości materjału badany płyn nie jest rozpościerany w cienkiej warstwie; znajduje się w naczyniu szklanem *B*. (Inne szczegóły budowy przyrządu pomijam).

Refraktometrem można też określić stopień działania pepsyny, soku żołądkowego.

Przy określaniu refraktometrycznem ilości białka w surowicy krwi nie ograniczamy się jednak do określenia tylko ogólnej ilości ciał białkowych. Za pomocą specjalnych metod badania można dokładnie też określić stosunek poszczególnych składników białkowych zawartych w danym płynie.

Osocze krwi stanowi rozczyn koloidalny białkowy, który zawiera albuminy i globuliny. Przy pomocy refraktometru można rozporządzając dwu centymetrami sześciennemi krwi, określić dokładnie zawartość odsetkową w osoczu każdego z wyżej wymienionych ciał białkowych.

Badanie ma bieg następujący: z żyły łokciowej — w godzinach rannych — pobieramy do strzykawki 1,6 cm^3 krwi; dodajemy 0,4 cm^3 rozczynu cytrynianu sodu 3,5%. Współcześnie do probówki nabieramy jeszcze 1—2 cm^3 krwi i odstawiamy w celu otrzymania surowicy. Krew z cytrynianem sodu może być potem użyta do wykonania odczynu Biernackiego). Po osadzeniu się czerwonych ciałek krwi określamy w osoczu refraktometrycznie wskaźnik załamania; to załamanie jest spowodowane przez całość ciał białkowych, zawartych w osoczu, jak również przez cytrynian sodu, dodany do krwi.

Odejmując od wskaźnika załamania osocza wskaźnik załamania zużytego cytrynianu sodu, otrzymujemy liczbę, która określa wskaźnik załamania ciał białkowych osocza; za pomocą zaś specjalnych tablic Reissa obliczamy zawartość odsetkową tego białka w osoczu.

Ponieważ w osoczu znajdują się, jak wspomniałem, albuminy, globuliny i — jako składowa część tych ostatnich — fibrinogen, surowica zaś, t. j. płyn po ścięciu się krwi ze skrzepu wyciśnięty, fibrinogenu nie zawiera, więc, odejmując od liczby, wskazującej odsetkową zawartość białka w osoczu liczbę, wskazującą zawartość białka w surowicy, otrzymujemy odsetkową zawartość fibrinogenu.

Podstawę określania ilościowego albumin i globulin stanowi fakt, że globuliny zostają strącone przez dodanie do surowicy równej ilości nasyconego rozczynu siarczanu amonu. Po strąceniu globulin w surowicy określamy refraktometrycznie odsetkową zawartość białka w pozostałym płynie. Otrzymana liczba wskazuje na ilość albuminy w surowicy; ilość zaś globulin określamy na tej samej zasadzie, jaką stosujemy do fibrinogenu.

Wszystkie wyżej opisane metody są proste; wykonanie ich trwa od 15 do 20 minut.

Przy obliczeniach odsetkowej zawartości różnych frakcji białkowych w osoczu i surowicy, należy pamiętać o tem, że surowica — obok białka — zawiera również inne ciała, jak n. p. sole i cukier. Jednakże wszystkie te ciała, nawet w przypadkach patologicznego zwiększenia się ich ilości, nie wpływają zbyt znacznie na wskaźnik załamania.

Najmniejszym wahaniom ulega zawartość soli.

Punkt zamarzania surowicy leży prawie stale przy — 0,56°; największe wahania, jakie były tu spostrzegane, nie przekraczają liczb — 0,49° i — 0,71°. Nawet w tych przypadkach zawartość soli wpływa tak nieznacznie na wskaźnik załamania, że błąd przy obliczeniach nie przekracza $1/3$ odsetki białka. Normalnie w surowicy znajdujemy od 0,02 do 0,03% mocznika. Przy mocznicy liczba ta może dojść do 0,5%. Błąd najwyższy zależny od nadmiaru mocznika we krwi nie przekracza przy refraktometrycznem określaniu białka 0,3%. Przy cukrzycy ilość cukru we krwi może od 0,05% do 0,1% podnieść się do 0,2, nawet do 0,3%; w refraktometrze może to spowodować błąd w określeniu ilości białka, sięgający 0,1 — 0,2%; w wyjątkowych zaś przypadkach zawartość cukru we krwi może dojść do 0,6% i nawet 0,7%, co już spowoduje — przy określaniu ilości białka — błąd, sięgający do 0,6%.

Widzimy przeto, że naogół ilość ciał niebiałkowych w surowicy jest wielkością stałą, wahającą się nieznacznie; a tych ciał niebiałkowych zawiera surowica około 15%; tę liczbę należy uwzględnić przy obliczeniu ilości białka.

Tylko przy niektórych schorzeniach błąd zależny od ciał niebiałkowych nie może być dokładnie określony; w tych też przypadkach musimy zrezygnować z używania refraktometru. Tak n. p., przy mocznicy zjawiają się w surowicy — oprócz mocznika — jeszcze inne związki azotowe, które tak wpływają na wskaźnik załamania, że określenie białka daje wyniki błędne. To samo należy powiedzieć o śpiączce cukrzycowej.

Niezależnie od wyżej opisanego sposobu określania poszczególnych frakcji białkowych za pomocą osadzania globulin, można posługiwać się sposobem Naegeli, polegającym na jednoczesnem użyciu refraktometru i wiskosimetru, przyrządu, określającego lepkość surowicy. Zasada tego sposobu polega na tem, że szereg rozczynów albumin i globulin, mających jednakowy wskaźnik załamania, ma jednak znacznie różną lepkość, a mianowicie lepkość globulin jest prawie dwa razy większa od lepkości albumin.

Na tej podstawie zbudował Rohrer tablice, które pozwalają na zasadzie określenia refraktometrycznego wskaźnika załamania surowicy i określenia lepkości tejże surowicy, określić dokładnie ilość i stosunek wzajemny albumin i globulin. Sposób ten wymaga jeszcze mniejszej ilości materjału, a posługując się nim, można określić ilość poszczególnych frakcji w przeciągu 2 do 3 minut. Jedynie w przypadkach bardzo znacznej duszności nie wolno stosować tego sposobu, ponieważ zwiększona ilość kwasu węglowego we krwi, nie zmieniając stosunku albumin i globulin, wpływa bardzo znacznie na lepkość surowicy.

W warunkach normalnych w osoczu krwi, które jest rozczynem koloidalnym, znajdujemy przewagę albumin nad globulinami.

Albuminy są to ciała białkowe rozpuszczalne we wodzie, zupełnie nie zawierającej soli.

Obojętne (neutralne) rozczyny albumin nawet przy nasyceniu solą kuchenną nie wykazują zmętnienia.

Pod względem koloidalnym są to ciała małochwiejne (stabil) i znajdują się w stanie bardzo znacznego rozpylenia. Globuliny są zupełnie nierozpuszczalne we wodzie przekroplonej; rozpuszczają się łatwo w obecności soli obojętnych. Ulegają wysalaniu przez dodanie do rozczynu soli kuchennej i siarczanu amonu. Pod względem koloidalnym należą do ciał chwiejnych (labil) i znajdują się w postaci nieznacznego rozpylenia, czyli rozpyłki ich są wielkie, tak dalece, że w pewnych warunkach mogą być widoczne gołem okiem.

Ten fizyko-chemiczny stan ciał białkowych, w normalnych warunkach stały, ulega bardzo znacznym wahaniom w warunkach patologicznych. Przy wszystkich prawie stanach zapalnych tak ostrych, jak i przewlekłych, spostrzegamy zmiany w strukturze koloidalnej surowicy, zmiany w ilości i wzajemnem ustosunkowaniu poszczególnych jej części składowych.

W kilku tylko słowach chciałbym poruszyć jeszcze wartość teoretyczną refraktometrycznego określania poszczególnych fra-

kcji białka. Uchylenia od stanu fizjologicznego mogą zasadniczo iść w dwóch kierunkach (Starlinger):

1. albo w kierunku zwiększonej stabilizacji i zwiększonego rozpylenia ciał białkowych,

2. albo też w kierunku odwrotnym, t. j. zmniejszenia stabilizacji i zwiększonego rozpylenia spostrzegamy przy wszystkich tych stanach chorobowych, przy których czynność wątroby jest zakłócona. Wątroba bowiem jest, podług Kisch'a narządem, wytwarzającym fibrinogen.

Objawy drugiego rodzaju, t. j. zwiększenie się chwiejności ciał białkowych i sknpienie ich w rozpyłki większe, spostrzegane są we wszystkich tych przypadkach, gdzie mamy klinicznie do czynienia ze zwiększonym rozpadem białka ustrojowego.

Cały szereg odczynów klinicznych, których natura jest jeszcze mało wyjaśniona, starają się niektórzy autorzy objaśnić zmianami koloidalnemi, występującemi w surowicy i osoczu, a mianowicie: wzajemnem ustosunkowaniem albumin, globulin i fibrinogenu. Odczyn Biernackiego (opadanie czerwonych ciałek krwi w cytrynianie sodu) uzależniają, między innemi,i od ilości fibrinogenu. Rzeczywiście, mogliśmy się w szpitalu przekonać, że w tych przypadkach, gdy opadanie krwinek jest przyśpieszone, ilość fibrinogenu w osoczu jest zwiększona.

Wzmożone napięcie powierzchniowe niektórych surowic jest — podług Kopaczewskiego — w znacznej mierze powodowane przez zwiększoną ilość globulin, ciał białkowych, których drobiny są bardzo duże; również lepkość surowic jest częściowo uzależniona od stosunku albumin i globulin.

Te kwestje teoretyczne nie są dotychczas jeszcze rozstrzygnięte; mają one jednak znaczenie bardzo doniosłe; z punktu zaś widzenia praktycznego wyłania się zagadnienie leczenia tych stanów chorobowych, przy których znajdujemy zmniejszoną dyspersję, a co zatem idzie — zwiększoną ilość globulin i wzmożone napięcie powierzchniowe, środkami które zmniejszają to napięcie i zwiększają dyspersję.

Tak n. p. przy kile znajdujemy znacznie zwiększoną ilość globulin i zwiększone napięcie powierzchniowe surowicy; na tej podstawie są czynione próby (w Anglji) leczenia kiły wprowadzeniem wody przekroplonej do żył. Zagadnienia odporności ustroju są też uzależnione od budowy koloidalnej surowic.

Zdaje się, że badania nad wzajemnem ustosunkowaniem poszczególnych frakcyj białkowych przy różnych stanach patologicznych wyjaśnią przyczynę występowania nieswoistych odczynów Widala i Wassermanna, przyczynę występowania Wassermanna przy gruźlicy.

W warunkach normalnych ilość poszczególnych ciał białkowych ulega pewnym wahaniom. W surowicy człowieka zdrowego znajduje się przeciętnie fibrinogenu 0,1 — 0,26%, globulin 1,5 —3,5%, albumin 4,2 — 6,8%. Wzajemny stosunek albumin do globulin jest zwykle 60 : 40.

Uchylenie wyraźne od tej przeciętnej spotykamy przy ciąży, przy której ilość fibrinogenu i globulin zwiększa się, ilość zaś albumin zmniejsza. Prawdopodobnie część albumin przechodzi tu w globuliny.

Zwiększona ilość globulin nie zawsze powstaje kosztem zmniejszenia się ilości albumin. Berger dowiódł, że przy sztucznem uodparnianiu zwiększa się ilość globulin, dlatego, że one z tkanek przechodzą do krwi, co powoduje zwiększoną ilość białka w surowicy.

Znacznie zwiększoną ilość fibrinogenu i globulin spostrzegamy przy chorobach gorączkowych zakaźnych, które są połączone z rozpadem białka ustrojowego. To samo zjawisko spostrzegamy przy nowotworach złośliwych, przy których otrzymujemy prawie te same liczby, jak przy ciąży, jednakże zmniejszenie się ilości albumin i zwiększenie ilości globulin nie jest tak wyraźnie zaznaczone. Występuje tu wtedy zwiększona ilość fibrinogenu.

Przy gruźlicy płuc wzajemny stosunek ciał białkowych w surowicy jest zależny od ciężkości schorzenia. Przy lekkich postaciach gruźlicy stosunek frakcyj białkowych nie ulega zmianie; przy średnio-ciężkich spostrzegamy nieznacznie zwiększoną ilość globulin i znaczne zwiększenie ilości fibrynogenu. Przy bardzo ciężkich postaciach jest znacznie zwiększona ilość globulin. Ma to spostrzeżenie wartość zarówno rokowniczą, jak i kontrolującą przebieg leczenia. Stosunek albumin i globulin w miarę pogarszania się stanu zmienia się na korzyść globulin.

Nie zawsze jednakże w przypadkach patologicznych następują zmiany składu surowicy na korzyść fibrinogenu i globulin. Przy niektórych schorzeniach przewlekłych, jak n. p. gościec stawowy przewlekły, widzimy zwiększenie się fibrinogenu, zmniejszenie globulin i zwiększenie ilości albumin. Stosunek albuminy do globuliny może wtedy dojść do cyfr 75 : 25. Cyfry analogiczne były spostrzegane przy zapaleniu mózgowia nagminnem.

Przy niedokrwistości złośliwej mamy normalną ilość albumin i globulin a nieznaczne zwiększenie ilości fibrynogenu; przy niedokrwistości wtórnej — znacznie zwiększoną ilość fibrinogenu i globulin.

Przyczyna tych różnic tkwi w tem, że niedokrwistość złośliwa jest przeważnie schorzeniem czerwonych i białych ciałek krwi oraz narządów je wytwarzających; niedokrwistość zaś wtórna jest skutkiem ciężkich schorzeń ustrojowych (gruźlica, nowotwory), które wpływają bezpośrednio na skład białkowy surowicy.

Bardzo ciekawe spostrzeżenia uczyniono przy żółtaczkach. Kisch twierdzi, że wątroba wytwarza fibrinogen. Jady wątrobowe, jak chloroform, fosfor w małych dawkach, wywołują zwiększenie ilości fibrinogenu, a to wskutek podrażnienia miąższu wątrobowego; w dużych zaś dawkach te jady zmniejszają ilość fibrinogenu.

Spostrzeżenia przy żółtaczkach były następujące; (klinika Duranyi): 1) przy żółtaczkach t. zw. nieżytowych (miąższ patologicznie zmieniony) spostrzegamy zwiększoną ilość albumin, normalną ilość globulin i zmniejszoną ilość fibrinogenu. 2) W grupie drugiej, do której należą przypadki ze zwiększoną ilością fibrinogenu, można znaleźć dwie podgrupy: a) z normalną ilością globulin (t. zw. żółtaczki mechaniczne) i b) ze zwiększoną ilością globulin, co było spostrzegane przeważnie przy żółtaczkach po leczeniu salwarsanem i przy marskości wątroby typu Hannot.

Na zasadzie niniejszego krótkiego opisu używania refraktometru w klinice wolno przyjść do wniosków następujących:

1. Określenie refraktometryczne poszczególnych frakcyj białkowych jest metodą prostą, wymagającą nieznacznej ilości materjału i czasu.

2. Stosunek wzajemny poszczególnych frakcyj białkowych może rzucić światło na cały szereg nie rozstrzygniętych dotąd zagadnień teoretycznych.

3. Ilość i stosunek wzajemny frakcyj wskazuje na stopień rozpadu białka ustrojowego.

4. W schorzeniach, przy których rozpad białka ustrojowego jest znacznie wzmożony, stosunek albumin do globulin zmienia się na korzyść globulin. Ilość fibrinogenu zwiększa się.

5. Określanie stosunku wzajemnego frakcyj białkowych może ułatwić rozpoznanie niektórych chorób (wątroba), oraz ma znaczenie prognostyczne i kontrolujące przebieg leczenia.

6. Refraktometrję należy stosować w klinice narówni z innemi metodami badania.

Przegląd piśmiennictwa.

Klinische Wochenschrift

Nr. 1. 1925.

Zondeck i Ucko. **Dwufazowe działanie hormonów.** Przy dokładnem spostrzeganiu mechanizmu działania hormonów, stwierdzić można, że po pierwszem, dla danego hormonu typowem działaniu następuje drugie w kierunku wprost przeciwnym. I tak n. p. po podaniu adrenaliny następuje z reguły po charakterystycznym wzroście ciśnienia krwi spadek lub po hiperglikemji krótkotrwały okres hipoglikemji. W tem dwufazowem działaniu hormonów — — faza druga jest jednak czynnym, dla swoistego i prawidłowego prze-

biegu funkcji w obrębie komórki i pierwszej fazie równowartościowym procesem. To jednak zjawisko dwufazowego działania inkretów daje się zauważyć tylko przy podawaniu małych i najmniejszych ich ilości. Autorowie prowadząc badania przy pomocy insuliny — wykryli na krzywej poziomu cukru krwi również opisaną wyżej dwufazowość: po fazie spadku cukru krwi nastąpiła faza druga zwyżki, przyczem nasilenie fazy drugiej można w pewnych hormonach zakryć przez określoną konstrukcję elektrolitów (n. p. przysadka). Od tego układu zależy sposób działania hormonów i tłumaczy sprzeczności w doświadczeniach przy stosowaniu wyciągu przysadki (płatu tylnego), jako środka moczopędnego.

M o r a w i t z i K ü h l. **Zachowanie się krwi człowieka normalnego pod wpływem różnych warunków (żelazo, arsen, mięso).** Oznaczając równocześnie nasilenie nowotworzenia krwi metodą zużycia tlenu i nasilenie rozpadu krwi metodą badania ilościowego wydzielania urobiliny — autorzy doszli do wniosku, że obfite odżywianie mięsem tak u ludzi normalnych, jak i zwierząt prowadzi do potężnej odnowy krwi, której nie można uzyskać ani przy pomocy żelaza, ani arsenu. Mięso jest więc prawdziwym bodźcem dla organów krwiotwórczych.

T r e n d e l e n b u r g. **Zawartość ciał pobudzających macicę w znajdujących się w handlu wyciągach przysadki.** W czasie obecnym większość przetworów przysadkowych jest materjałem małowartościowym i fałszywie deklarowanym, co do obecności wspomnianych ciał (miano) a w pewnych wypadkach wprost niebezpiecznym.

H a a s. **Próby przepłukiwania krwi przy pomocy dializy.** Po podaniu choremu hirudyny celem przeciwdziałania krzepnięcia jej — przetacza się krew z prawej tętnicy promieniowej poprzez błonę dializacyjną do żyły łokciowej. W jednym przypadku autor uzyskał przez porównawcze badanie krwi i dializatu wynik, odpowiadający wypłukaniu indykanu ze 150 cm^3 krwi. O ile dalsze badania doprowadzą do wydoskonalenia metody — nefrologja uzyska niewątpliwie dzielny środek do leczenia stanów zatruć z niewydolności nerek (przyp. ref.).

V o g t. **Doświadczenia z dożylnem wstrzykiwaniem cylotropiny do zwalczania zatrzymania moczu.** Autor zaleca wspomniany środek na podstawie własnego doświadczenia w przypadkach pooperacyjnych i poporodowych.

M e s t e r. **Przyczynek do rozpoznawania wczesnej pleuritis diaphragmatica.** Obok znanych dotąd obrazów wczesnych t. j. bólu kłującego z utrudnionem oddychaniem, charakterystycznych zresztą dla każdego początkującego zapalenia opłucnej — autor za objaw patognomoniczny uważa oddychanie skrzydełkami nosa bez innych objawów duszności

F r a e n k e l. **Męski obojnak rzekomy i kretynizm.** Oba szeregi objawów ze strony narządów płciowych zewnętrznych i nerwowych spostrzegał autor u 21-letniej osoby.

Eug. Krajewski (Bielszowice G. Śl.).

C u r s c h m a n n Hans. **W sprawie leczenia zapalenia osierdzia.** Autor przypisuje wykonanie i opis pierwszej punkcji osierdzia swemu ojcu Henrykowi Curschmann'owi, który punktował w 5—6 lewem międzyżebrzu na zewnątrz a nawet i na wewnątrz od linji sutkowej lewej lub też z tyłu w linji łopatkowej lewej w miejscu najsilniejszego stłumienia odgłosu wypukowego.

Punkcję z tyłu autor stosuje w razie znacznych wysięków i wówczas tylko, kiedy jest bezwzględne stłumienie, t. j. kiedy worek osierdziowy bezpośrednio przylega do ściany klatki. W braku tych warunków nakłuwa z przodu w miejscu wyżej podanem, lecz zawsze na zewnątrz od linji sutkowej, najchętniej w przedniej linji pachowej (w miejscu największego stłumienia) kierując igłę nie na serce a równolegle do niego.

W przypadkach wysięków reumatycznych autor ogranicza się tylko do nakłucia i nie wprowadza do worka osierdziowego powietrza, jak radzi Wenckebach.

Wysięki pochodzenia gruźliczego leczy w ten sposób, że po punkcji przemywa worek rozczynem kwasu borowego, następnie napełnia go rozczynem Pregl'a, wprowadzając jednocześnie trochę powietrza.

W ropnych (nie gruźliczych) wysiękach radzi stosować perikardjotomję natychmiast po stwierdzeniu wysięku ropnego.

W. Ręczajski (Warszawa).

Nr. 2. 1925.

H o e s s l i n. **Trzepotanie komór i zespół Adams-Stockesa.** U 31-letniej chorej obserwował autor krótkotrwałe trzepotanie komór, które nie doprowadziło do zejścia śmiertelnego lecz przeszło znowu w istniejącą już poprzednio niemiarowość ekstrasystoliczną. Te zaburzenia uchwycił autor także na elektrokardjogramie w czasie dwu napadów Adams-Stockesa, których ani w przebiegu tego cierpienia ani wogóle o takiem trwaniu i zupełnej restytucji u człowieka jeszcze nie spostrzegano.

J a s c h k e. **Wyświetlenie istoty bólów głowy przy znieczuleniach lędźwiowych.** Autor dopatruje się przyczyny bólów głowy w zmianach chemicznych, powstałych w roztworach tropokokainy przez dodatek soli kuchennej. Użycie roztworów tropokokainy bez dodatku soli kuchennej ma zdaniem autora usunąć w zupełności tą jedyną ujemną jeszcze stronę znieczulenia lędźwiowego.

V a n D e n B e r g h. **Ciepłota początkowa w zimnicy trzeciaczkowej.** Autor zauważył w szeregu przypadków pierwotnej autochtoniczej zimnicy trzeciaczkowej gorączkę stałą lub zwalniającą.

D u s s e r d e B a r a n n e i B u r g e r. **Aparat do graficznego oznaczania zużycia tlenu i oddawania kwasu węglowego a tem samem całkowitej wymiany gazowej u człowieka.** Zaleta tego rodzaju przyrządu, w którym odpadają jakiekolwiek gazo analityczne zabiegi, mieści się w tytule. Następuje szczegółowy opis konstrukcji przyrządu B. i B.

Eug. Krajewski (Bielszowice G. Śl.).

R i s s e O. i P o o s F. **Promienie Roentgena a wydzielanie wewnętrzne.** Autorzy zastanawiają się nad istotą działania promieni Roentgena na zdrowy i chory organizm ludzki i podkreślają, że dotychczasowe próby wyjaśnienia mechanizmu tego działania zbyt zatrącały o fizyczną stronę zagadnienia, bagatelizując o wiele ważniejszą — fizjologiczną.

Jednem z najbardziej charakterystycznych zjawisk w leczeniu Roentgenem jest t. zw. choroba aktyniczna (roentgenowska), w której, obok szeregu objawów podmiotowych i przedmiotowych, jak mdłości pragnienie, wymioty, nadmierna perystaltyka, stwierdza się zawsze obniżenie parcia krwi, leukopenję, trombocytozę i obniżenie zawartości cukru we krwi. Cały ten obraz, przypominający stany po usunięciu nadnerczy, względnie stany hipoglikemiczne pobudził autorów do doświadczeń, czy ewentualnie naświetlania Roentgenem nie wpływają zasadniczo na wydzielanie nadnerczy i w jakim kierunku.

W tym celu przeprowadzono badania metodą Trendelenburga, polegające na jednostronnem usunięciu u królika zwoju szyjnego najwyższego, przez co rozszerzacz źrenicy zyskuje całkowity i najwyższy stopień pobudliwości względem krążącej we krwi adrenaliny. Dla zniesienia przeciwniczego działania parasympatycznego zwężacza używa się atropinizacji w dawce bezwzględnie porażającej, której działanie trwa zwykle 3—4 dni.

Doświadczenia, polegające na wielokrotnem naświetlaniu rozmaitemi dawkami zwierząt i porównywanie ich z kontrolnemi, dały wyniki następujące:

1) wskutek naświetlań występuje stale zwężenie źrenicy wynoszące na źrenicy fizjologicznie wyodrębnionej 0,4 do 2 mm średnicy;

2) atropinizacja zostaje bardzo szybko zobojętniona;

3) w przypadkach jednoczesnego wyodrębnienia od ośrodków mięśni zwieracza przez usunięcie zwoju rzęskowego zwężenie występuje z równą siłą, jest więc pochodzenia obwodowego (dokrewnego);

4) zwierzęta z uprzednio usuniętemi nadnerczami dostają maksymalnej miozy już przy mniejszych dawkach promieni;

5) natomiast zwierzęta z usuniętą trzustką reagują na naświetlania rozszerzeniem wybitniejszem na źrenicy wyodrębnionej.

Na zasadzie powyższych wyników autorzy przychodzą do wniosku, że mioza po naświetlaniach jest pochodzenia czynnego z powodu nadmiernego wydzielania dokrewnego trzustki.

Istotnie jedynie insulina posiada własność zobojętniania atropiny podanej w ilości porażającej.

Prawdopodobnem jest przeto, że główny efekt działania promieni Roentgena polega na czynnościowej podniecie względem gruczołów dokrewnych, przedewszystkiem względem trzustki i już mniej nadnerczy. Być może, że wyniki lecznicze naświetlań tłumaczą się (w każdym razie w pewnych cierpieniach [raki, czyraczność) hipoglikemją i następczem zubożeniem tkanek w cukier i związki pochodne.

S. Higier (Warszawa).

Z. 3. 1925.

Bürger. **Przyczynek do kliniki dystopij wątrobowych.** Ścisłe badania roentgenologiczne stanu narządów i syntopji ich w zakresie jamy brzusznej pozwalają ująć w sposób ścisły klinikę dystopij wątrobowych. Autor przytacza historję trzech chorych z wrzodem dwunastnicy, u których badanie roentgenowskie wykazało wtłaczanie się pętli jelitowych pomiędzy wątrobę a boczną ścianę klatki piersiowej względnie jamy brzusznej; do tej nieprawidłowości odnosi też autor część objawów chorobowych. Powstanie tego stanu tłumaczyć należy sobie istnieniem zrostów, jako następstwa wrzodu zaoddźwiernikowego, które wzmacniając *lig. hepatoduodenale* pociągają i ustalają w nieprawidłowym położeniu wątrobę. Ponadto towarzyszące tym chorym wychudnienie i spowodowane tem obniżenie masy trzew podtrzymujących wątrobę oraz pomniejszenie wątroby wskutek niedożywienia — współdziałają w powstaniu dystopji wątroby. Na podstawie tych, jakoteż i szeregu innych przypadków dochodzi autor do następującego ugrupowania dystopij wątroby:

1. Całkowite dystopje wątroby: należy pod tem rozumieć interpozycję narządów obcych między wątrobą a przeponą. Ten stan może powstać tylko wówczas, gdy wskutek zmian w aparacie umacniającym i żyły próżnej wytworzona szczelina między wątrobą a przeponą, pozwala przy współistnieniu pewnych warunków na interpozycję innych narządów. Takich stanów u żyjących z całą pewnością jeszcze nie stwierdzono.

2. Częściowe dystopje wątroby w przypadkach odparcia prawego płatu wątroby wskutek samoistnej lub sztucznej odmy brzusznej oraz jak w 3 przypadkach wyżej opisanych.

3. Hepatoptozy, gdy wątroba wraz z aparatem umacniającym i przeponą obsuwa się ku dołowi i to: *a)* jako objaw częściowy ogólnego opadnięcia trzew, przez niektórych autorów niesłusznie zwany wątrobą wędrującą; *b)* jako stan objawowy, gdy prawostronne wysiękowe zapalenie płuc, rozedma lub odma piersiowa spychają przeponę wraz z wątrobą ku dołowi.

4. Zniekształcenia (deformacje) wątroby, trudne rzeczywiście nieraz do odróżnienia od dystopij lub hepatoptozy.

Boas. **Czy próba guajakolowa może obecnie uchodzić za metodę pewną dla wykazywania krwawień utajonych?** Pogląd ogólny jakoby próba guajakolowa ustępowała benzydynowej pod względem czułości nie jest słusznym.

Odnosi się on tylko do starej i dziś śmiało powiedziawszy, za mało czułej próby Webera, przy której tylko ułamek barwika krwi ulega z kału wyciągnięciu.

W innych modyfikacjach a szczególnie modyfikacji B. z wyciąganiem barwika przy pomocy mieszaniny 70% chloralowo-alkoholowej jest ona próbie benzydynowej zupełnie równowartościową. Za mało jest orzekać o ujemnym wyniku próby na krew utajoną lub opierać na tem zestawienia statystyczne. Trzeba ponadto podać na jakiej specjalnej metodzie oparto badanie na krew utajoną.

Langer i Wassmund. **Zmiany na zębach w kile wrodzonej.** Na podstawie bardzo ścisłych badań dochodzą autorowie do wniosku, że dla kiły wrodzonej są swoistemi tylko zmiany w uzębieniu stałem i to kształt beczkowaty zębów siecznych górnych wewnętrznych t. j. zaokrąglenie całego zęba a szczególnie dolnych kątów i to skojarzone albo

1) z prawie równą powierzchnią sieczną (niesłusznie „zęby dłutkowate“ zwane) lub

2) z wycięciem półksiężycowatem (najczęstsze),

3) z wcięciem na powierzchni siecznej o kierunku prostopadłym.

Podstawę tych zmian tworzyć ma dystrofja szczęki środkowej wskutek swoistych zmian kiłowych, rozwijających się podobnie, jak w innych częściach układu kostnego w spojeniu środkowem (symfizie) szczęki.

Aronowicz. **Napady anginoidalne przy bólach w lewym splocie ramiennym.** Bodźce czuciowe w lewej górnej kończynie, wywołane krwiakiem poamputacyjnym, spowodowały zjawienie się typowych napadów dusznicy bolesnej. Po usunięciu krwiaka objawy sercowe znikły.

Mendel i Engel. **W sprawie powstawania kwasu mlecznego w żołądkach, dotkniętych rakiem.** Drobnoustroje łącznie z laseczkami długiemi, nie są tym czynnikiem, który wytwarza kwas mleczny w żołądkach chorych na raka. Autorowie są raczej zdania, że powstawanie kwasu mlecznego należy odnieść do produkowanego przez komórki rakowe fermentu, który cukier gronowy rozkłada aż do kwasu mlecznego.

Eug. Krajewski (Bielszowice G. Śl.).

K. Neubürger. **O patogenezie drgawek w kokluszu.** W przypadkach drgawek podczas kokluszu wykazują badania anatomo-patologiczne niezapalne zmiany w miąższu nerwowym. Komórki nerwowe zanikają a miejsce ich zajmuje wybujały glej („homogenizacja komórek“). Nasuwa się przypuszczenie, iż zmiany te dokonują się skutkiem zatorów powietrznych, powstających wskutek bardzo silnego ciśnienia śródpłucnego, podczas napadów kaszlu. Przez pęknięte żyłki płucne dostają się bańki powietrzne aż do narządów centralnych i tu zatykając naczynia prowadzą do niedokrwienia *(ischaemia)*.

Degkwitz. **Organizacja ochronnego szczepienia przeciw błonicy w Monachjum.** Za przykładem Ameryki, która rozwiązując praktycznie zamysły Behringa, dokonuje masowych szczepień ochronnych przeciw błonicy, klinika pedjatryczna w Monachjum, podjęła organizację tego samego zadania. Szczepienie polega na jedno- lub dwurazowem wstrzyknięciu 1 cm^3 mieszanki jadu + przeciwjadu w nadmiarze pod skórę dzieciom, najlepiej niemowlętom i w wieku zabawowym.

Szczepień dokonano u dzieci w zakładach, poradniach i pozostających w opiece domowej. Na te ostatnie zwrócono szczególniejszą uwagę, jako na te, u których najczęściej przydarza się błonica, a gdzie pomoc lekarska przychodzi bądź za późno, lub nigdy. Aby zainteresować jak najszersze warstwy, użyto propagandy na wielką skalę a przeto przygotowano odczyty, pouczenia drogą iskrową, artykuły w pismach codziennych przy pomocy związków rodzicielskich, szkół i t. d.

Szczepień dokonywano bezpłatnie, koszt szczepionki (Höchst) wynosił $^1/_2$ marki. Obliczono, że za połowę kosztów jakie wyniosłoby leczenie tylko 100 chorych w roku możnaby zaszczepić 5.000 dzieci. 95% szczepionych dzieci uzyskuje odporność.

Progulski (Lwów).

Nr. 4. 1925.

Stern. **Przyczynek do kliniki endocarditis.** Autor opisuje dwa przypadki posocznicowatego zapalenia wsierdzia, przyczem w jednym przypadku zmiany zapalne usadowiły się jedynie i wyłącznie na zastawkach tętnicy płucnej, w drugim zaś o typie zapalenia trawiącego wsierdzia rozwinął się duży tętniak tętnicy biodrowej lewej i nierozpoznany za życia tętniak tętnicy śledzionowej. W obu przypadkach rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało badaniem sekcyjnem.

Rosenberg. **Uderzający korzystny wpływ schorzeń wikłających na stan cukrzycowej przemiany materji.** U 4 djabetyków postaci ciężkiej zauważył autor w związku z rozwojem względnie szerzeniem się istniejącej już przedtem gruźlicy płuc, jakoteż wytworzeniem się ropniaka opłucnej — uderzającą zwyżkę tolerancji względnie cofanie się kwasicy, które

w jednym przypadku doprowadziło do zupełnego zniknięcia glykosurji i kwasicy przy prawie normalnym sposobie odżywiania się.

Eug. Krajewski (Bielszowice G. Śl.).

Mautner. **Niedomoga trawienna Herter-Heubner.** Cierpienie to pierwszy opisał amerykański autor Herter pod nazwą »*infantilismus intestinalis*«, Heubner określił je bliżej. Występuje ono u dzieci a cechą jego jest: zahamowanie rozwoju do tego stopnia, że dzieci kilkoletnie posiadają wagę niemowlęcia, małokrwistość, wielki brzuch, powiększenie wątroby i śledziony, wielkie ilości białych stolców, uporczywy brak apetytu. Prócz tego wzmożone pragnienie, obrzęki kończyn. W przypadku autora stwierdzono nadto bardzo dolegliwe bóle w kościach i niezdolność wiązania wody w ustroju. Brak zmian w *sella turcica*. Wstrzykiwania podskórne, 1 cm³ pituglandolu a częściowo i surowicy wpłynęły niezwykle korzystnie, niestety jednak na krótki tylko czas kilku miesięcy. Badanie sekcyjne wykryło jedynie zmiany zwyrodnienia w części gruczołowej trzustki, bez zmian w części wysepkowej, co przypominałoby przypadki zaniku trzustki w chorobie obrzękowej. Prawdopodobnie cierpienie rozwinęło się następowo wskutek niedostatecznego odżywiania.

Progulski (Lwów).

Nr. 5. 1925.

Amelung i Hecker. **Kliniczne i roentgenologiczne spostrzeżenia przy rozsianej drogą krwi gruźlicy płuc.** Wszystkie na drodze krwi rozsiane postaci gruźlicy płucnej t. j. gruźlice prosówkowe tworzą pomimo całej różnorodności, obrazu klinicznego i przebiegu pewną jednolitą całość. W przeciwstawieniu do rzucających się w oczy nieznacznych danych klinicznych, które nieraz nie wskazują nawet wogóle na jakieś schorzenie płucne, stoi obraz roentgenologiczny, wykazujący prawie jednolite rozsianie na całych polach płucnych. Także dla tych rozsianych drogą krwi gruźlic płucnych mają moc obowiązującą obecne, oparte na biologicznych i histologiczno anatomicznych podstawach, zasady klasyfikacji gruźlicy. Gruźlica prosówkowa nie jest bezwzględnie niepomyślnie przebiegającem schorzeniem. Jej rozwój i przebieg zależą od poszczególnych, roentgenologicznie dobrze rozpoznawalnych form reakcji (wytwórczej czy wysiękowej) i obecności gruźlicy w innych narządach. Niedostateczna oporność i przez zewnętrzne wpływy spowodowany spadek odporności posiadają wielki wpływ.

Reinhold. **Przyczynek eksperymentalny do leczenia doodbytniczego naparstnicą.** Doświadczenia na kotach. W wyniku na pierwszem miejscu pod względem szybkości zadziałania digipuratu — podawanie dożylne. Okoliczność zrozumiała przy uwzględnieniu tego, że przetwór drogą krążenia bez poprzedniego przejścia przez inne narządy i tkanki, w których może nastąpić kumulacja lub rozkład, w pełnej ilości dostaje się na miejsce przeznaczone. Jest to fakt ważny, ponieważ dla działania toksycznego nie jest jedynie rozstrzygającym bezpośredni kontakt przetworu, lecz i absolutna podaż zdolnej do przyjęcia substancji. Na miejscu drugiem stoi podawanie domięśniowe, na trzeciem przez kiszkę stolcową. To tłumaczy się gorszą zdolnością resorpcyjną błony śluzowej w stosunku do tkanek. Na ostatniem miejscu stoi podawanie doustne z powodu rozkładu ciał naparstnicowych przez kwas solny i zaczyny żołądkowe, które w najniższym odcinku w warunkach prawidłowych próżnej bańki w grę już nie wchodzą. Ponadto nie zachodzi tu już możliwość gromadzenia się leku w wątrobie, ponieważ ciała wchłaniane w dolnej części prostnicy omijając żyłę wrotną dostają się wprost do krwiobiegu wielkiego.

Luger i Lauda. **Nowy dowód obecności drobnoustroju opryszczki zwykłej w pęcherzu półpaśca.** Jest to wynik doświadczeń z treścią pęcherzy półpaścowych na zwierzętach.

Nr. 6. 1925.

Kylin. **Znaczenie jonu wapniowego dla odczynu adrenalinowego.** Z doświadczeń klinicznych autora wynika (podawanie dożylne 10% roztworu chlorku wapniowego wraz z podskórnem adrenaliny), że jon *Ca* jest w stanie spotęgować podwyższające działanie czynnika reakcji adrenalinowej a przeciwdziałać wywołującemu spadek.

Rominger. **O prawdziwem zatruciu aminowem u oseska.** Chodzi autorowi o przypadek samozatrucia jelitowego u oseska z *megacolon congenitum* bez zmian wrzodziejących. Badanie oseskόw z czynnościowem zaparciem stolca, u których brak jest istotnych objawów zatrucia, nie wykazało wydzielania aminów z moczem. Z tego wynika, że przy zaparciu stolca znacznego stopnia z silnym rozkładem gnilnym treści jelitowej, dopiero jak w przypadku opisanym przez autora, występuje w związku z mniejszem lub większem uszkodzeniem ściany jelitowej prawdziwe zatrucie aminowe u młodego dziecka (obecność aminów w moczu, objawy ze strony jamy brzusznej o postaci silnej bębnicy, zapaść).

Ehrmann i Preuss. **Leukopenja i zniknięcie granulocytów w posocznicy (»agranulocytosis«).** Autorzy opisują przypadek »*angina agranulocytotica*« z objawami typowemi a więc zgorzelinowem zapaleniem migdałków i śluzówki jamy ustnej, wysoką ciepłotą, zniknięciem granulocytów u 44-letniego mężczyzny. Według autorów chodzić tu ma o wychodzącą z gardzieli posocznicę, która doprowadziła do porażenia szpiku kostnego i to jego aparatu granulocytowego. Spowodowany brakiem odczynu leukocytarnego spadek obronności tkanek, szczególnie śluzówek, tłumaczy procesy martwicze w jamie ustnej.

Nr. 7. 1925.

Kempmann i Menschel. **Przyczynek do diurezy euphyllinowej w przypadkach prawidłowej i zboczonej gospodarki wodnej.** Autorowie dochodzą na podstawie swoich doświadczeń do następujących wniosków:

1. U zdrowego ulega moczopędne działanie przetworów kofeinowych (*euphyllina* dożylnie) pod wpływem soli sodowych i wapniowych silnemu spotęgowaniu.
2. Spotęgowane działanie odnosi się do wydzielonej ilości moczu, spadku wagi ciała, zaoszczędzenia wody w następnych dniach a przedewszystkiem do zagęszczenia krwi.
3. Wzmożone wydalanie wody może często w znacznej części odbywać się przez płuca i skórę.
4. Działanie jonu *K* i *Ca* w kombinacji z *euphylliną* odnieść należy do ich specyficznego charakteru jonowego a nie działania zasad.

Adlersberg i Neubauer. **Kwas dehydrocholowy jako środek leczniczy w cholecystitis i cholangitis.** Autorzy stosowali dożylnie w 7 przypadkach gorączkowych schorzeń dróg żółciowych raz dziennie 2 g substancji w wodzie destylowanej lub 20% roztwór w płynie fizjologicznym NaCl. Korzystny wynik w 6 przypadkach upoważnił, jak sądzą autorowie, do odniesienia go do zastosowanej terapji.

Werner. **Badania porównawcze nad działaniem helminalu.** Helminal Mercka okazał się nieskutecznym przy porównaniu z działaniem santoniny na wyizolowane i pozbawione zwojów włókna mięsne *lumbric, terrestis*. Nie wystąpiło bowiem ani widoczne zwiększenie siły skurczu, ani zwiększenie częstości ich ani zwiększenie napięcia włókien mięsnych po zadziałaniu helminalem w rozmaitych stężeniach.

Eug. Krajewski (Bielszowice G. Śl.).

Archiv f. Gynaecol.
122-3.

I. Amreich. **Anatomja i technika rozszerzonych pochwowych operacji raka.** Autor przedstawia technikę operacji przez pochwę przy *Ca uteri* stosowaną w wiedeńskiej klinice Pehama. Zaletą tej metody jest możność usunięcia znacznej części parametralnej tkanki, a przez to dokładniejsze wycięcie gruczołów, mogących być punktem wyjścia przerzutów rakowych. Utrata krwi ma być nieznaczną, a ujemną stroną proponowanej metody są znaczne techniczne trudności, na które zwraca uwagę sam autor, radząc wpierw nim ktoś przystąpi do tej operacji wyćwiczyć ją na zwłokach. Operacja ta nie powinna zastąpić dotychczasowych metod pochwowych czy brzusznych, gdyż nadają się do niej przeważnie te przypadki, które z powodu złego stanu ogólnego wykluczają operację brzuszną, albo te, które skutkiem przejścia sprawy

w otoczenie nie mogą być radykalnie operowane dotychczasową metodą pochwową.

Oskar Frankel. **O współistnieniu i wzajemnym stosunku do siebie nowotworów macicy.** Autor zastanawia się nad stosunkiem mięśniaków do mięsaków.

Badanie swe prowadzone w ciągu $15^1/_2$ lat w klinice Pehama oparł na 1878 przypadkach mięśniaków i 38 mięsaków, które następnie po operacji sam badał. Z tych 38 mięsaków w 17 przypadkach początkiem był niewątpliwie mięśniak, w 5 przypadkach można było to przypuszczać z wielkiem prawdopodobieństwem, w 15 zaś przypadkach mięśniaków nie można było wykluczyć.

W dalszym ciągu zastanawia się autor czy komórki embrjonalne mogą być przyczyną tumorów, a zwłaszcza tumorów złośliwych i odpowiedź dostatecznie przekonywującą widzi w *chorionepithelioma.*

W końcu omawia stosunek *Sa* do przebytych porodów kształt i usadowienie się nowotworu, jego obraz histologiczny, rokowanie i leczenie.

Robert Meyer. **Czy istnieje u ludzi i małp miesiączkowanie bez owulacji.** Autor zastanawia się nad pytaniem, czy możliwy jest przedciążowy rozwój błony śluzowej macicy bez rozwoju przemiany pęcherzyków w ciałko żółte i dochodzi do przekonania, że nie mamy na to ani jednego dowodu ani u ludzi ani u małp. Musimy zatem przyjąć jako pewnik, że ciałko żółte nie wywołuje, ani też nie wstrzymuje miesiączki, lecz jedynie dostarcza pewnych substancji, które w sposób nieznany dotąd utrzymują błonę śluzową macicy w zdolności życiowej i pobudzają ją do normalnej czynności.

H. Runge. **Plastyczne rozciągnięcie porodowe pochwy.** Badając patologiczno-anatomicznie i koloidalno-chemicznie zmiany ciążowe i w czasie porodu w pochwie, dzieli autor te zmiany na dwie części: Jedne z nich występujące w sposób gwałtowny podczas samego porodu radzi nazwać „porodowym obrzękiem pochwy", drugie zaś występują powoli w czasie ciąży. Są one wyrazem zaburzenia resorbcji i zastoju cieczy tkankowej, skutkiem przerwania żył i naczyń limfatycznych.

R. Apel. **Stosunek flory bakteryjnej do zawartości drobnoustrojów w odchodach połogowych (lochia).** Autor twierdzi, że prawidłowa wydzielina pochwy powstrzymuje aż do czasu porodu możność usadowienia się i rozwoju kokków. Najważniejszem bowiem jest, kiedy one dostaną się do *cavum uteri.* Po odejściu bowiem łożyska ogromna powierzchnia ranna wnętrza macicy pokrywa się wałem ochronnym włóknika, zawierającego zabójcze dla bakterji ciałka ochronne i wielojądrzaste leukocyty. Zwyczajnie więc siła bakterji nie wystarcza do przerwania tego wału i wtargnięcia do miąższu o ile nie mamy mechanicznych uszkodzeń tego wału. Droga do krwi zaś zamknięta zostaje dla bakterji przez zatory naczyń utero-placentarnych. O ile więc chorobotwórcze zarazki znajdują się w pochwie już w czasie porodu łatwiej dostają się do ustroju, niźli te, które dopiero po porodzie usadowią się w pochwie. Prawidłowa zatem wydzielina pochwy w ciąży ma duże znaczenie dla przebiegu połogu, pomijając nierostrzygnięte dotąd pytanie, czy przy infekcji większą rolę odgrywa dyspozycja danego osobnika, czy też jadowitość zarazków.

P. Theodor. **O występowaniu ciał zwężających naczynia w osoczu krwi ciężarnych i u eklamptycznych.** Dotychczasowe wyniki badań autora nie potwierdzają tezy Hüssysa, jakoby eklampsja była wynikiem skurczu naczyniowego, powodowanego przez białko-pochodne aminy, które w czasie ciąży dostają się z łożyska, gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i z jelita do krwi matki, gdzie rozwijają swoje trujące działanie. Wątroba, a po części i inne narządy ciężarnej inaktywują te jady, lecz gdy wystąpi niedomoga tych odtruwających narządów przychodzi do kumulacji aminów i występują cierpienia mające wspólną etjologię. Należy do nich: eklampsja, nephropatja, ostry żółty zanik wątroby, dermatozy i atypowe toksykozy.

Z aminów najważniejszą jest histamina. Najpierw występuje zatrucie, a później dopiero skurcze.

B. Samter. **Przyczynki do badań nad rakiem dziedzicznym — rodzinnym.** Z badań autora wynika, że w Niemczech można wykazać dziedziczność raka, z przewagą jednak u osobników żeńskich.

Lehmann i Fraenkel. **Dalsze spostrzeżenia kliniczne nad posocznicą gazową połogową.** Z badań swych autorzy wyciągają następujące wnioski praktyczne:

Przy gorączkowem poronieniu z wielkiem prawdopodobieństwem za infekcją przemawiają: hemoglobinemja—nurja wraz z ksantochromją, *icterus* i przeźroczystym odcieniem skóry. Rozpoznanie daje wykazanie bakterji w szyjce i w barwionych preparatach osadu moczowego. Ujemny wynik posiewu krwi nie wyklucza infekcji, zależy to bowiem od czasu, w którym pobrano krew.

Leczenie należy uzależnić od rozprzestrzenienia się sprawy chorobowej, co znów stwierdzić możemy badaniem przez pochwę.

Przy zgorzeli macicy wycięcie, przy *endometritis* wyskrobanie macicy. O ile mamy już do czynienia z zapaleniem otrzewnej uratować chorą może jeszcze tylko otwarcie jamy brzusznej.

E. Brack. **O zmianach histologicznych w sutkach a szczególnie w brodawkach sutkowych w różnych okresach życia.** Autor zbadał 25 brodawek piersiowcch na 18 zwłokach w różnych okresach wieku ze szczególnem uwzględnieniem płci żeńskiej i sądzi, że badania te mogą przyczynić się do wyjaśnienia patologji gruczołu piersiowego, szczególniej w stosunku do raka sutka, zwłaszcza, że niektórzy autorowie przyjmują jako przyczynę raka sutki zaburzenia rozwojowe i że klinicznym objawem początkowego raka jest zmiana i zaciągnięcie brodawki.

Badania te według autora mogą mieć również znaczenie dla wyjaśnienia powstawania innych też guzów, szczególnie torbielowatych.

Qettingen i Linden. **O heterotopowem bujaniu nabłonkowem o budowie błony śluzowej macicy i o jego stosunku do torbieli terowatych i czekoladowych.** U kobiet, u których mniej wartościowa konstytucja przejawia się w zmianach w narządzie rodnym, jak n. p. mięśniak, tyłozgięcie i t. d. przychodzi do zastoju krwi miesiączkowej, która dostawszy się częściowo do trąbek w okolicy ujścia trąbek drażni tkanki, skutkiem czego nabłonek błony surowiczej poczyna bujać wgłąb i tworzy wysepki podobne do błony śluzowej macicy.

Bujaniu nabłonka sprzyja brak dojrzałego rozwoju tegoż i patologicznie działające hormony. Wysepki te skutkiem współmiesiączkowania przemieniają się na torbiele, które niekiedy pękają i powodują wszczepianie się w innych tkankach, a skutkiem drażnienia jakie wywiera wylana krew zmieszana z komórkowym *detritus* przychodzi do rozległych zapalnych reakcyj i zrostów.

Niektóre jednak tego rodzaju torbiele powstają w inny sposób, a mianowicie z krwiaków w ciałku żółtem lub w pęcherzykach.

H. Neumann. **Rak śluzakowaty jajnika (guz Krukenberga).** Autor dochodzi do następujących wniosków:

Jedynie obdukcja stwierdzić może napewne, czy dany guz jajnikowy jest pierwotnym, czy przerzutem.

Podobnie i przy guzie Krukenberga. Badanie histologiczne pewności tej nam nie da, ponieważ wiemy, że guzy Krukenberga jakkolwiek rzadko, bywają też pierwotnemi. Nietylko podczas operacji, ale i przed tem należy w każdym przypadku raka jajnika myśleć o ewentualnym pierwotnym guzie. Nawet przy pozornie odosobnionych guzach rakowych jajnika o ile to jest technicznie możliwem należy wykonać operację radykalną, tem bardziej, gdy mamy do czynienia także z guzem pierwotnym.

Po każdej operacji raka jajnika, radykalnej, czy też nie, należy wykonać profilaktyczne leczenie energją świetlną.

Hisashi Iseki. **O polipach rakowych i rakach polipowatych.** Autor na podstawie swych badań na bogatym materjale berlińskiej kliniki zwraca uwagę na to, że znaczna część guzów o szerokiej podstawie i polipów, które uległy następnie zwyrodnieniu rakowemu, pierwotnie były tworami dobrotliwemi.

Przemiana tych guzów i polipów dokonała się we własnych ich komórkach. Od nich odróżnić należy guzy i polipy, które występują równocześnie obok guzów rakowych i te, które ulegają przemianie rakowej skutkiem nacieczenia nowotworowego z otoczenia.

Autor podkreśla konieczność drobnowidowego badania wszystkich wyciętych guzów i polipów, gdyż w ten jedynie sposób w większości przypadków można zapobiec rozszerzeniu się sprawy nowotworowej, że wcześnie wykonamy wycięcie macicy, jakkolwiek zawsze musimy pamiętać o przerzutach dróg chłonnych i implantacyjnych.

R. Meyer. **Mola hydatiformis intravascularis (accreta), t. zw. zaśniad groniasty złośliwy. Cyto-typowy—histjo-typowy wzrost nabłoniaka kosmkowego.** Na podstawie badań dochodzi autor do wniosku, że t. zw. „złośliwy zaśniad groniasty" nie istnieje w tem znaczeniu, aby stroma kosmków przerastała niszcząc tkankę matczyną. Kosmki pęcherzyków pozostają bowiem wewnątrz naczyń. Nie można mówić o „zaśniadzie złośliwym" nawet wówczas, gdy przypadkiem nawet ściany naczyń ulegną uszkodzeniu, gdyż zdarza się to i przy zwyczajnej »*placenta accreta*«. W takich przypadkach mamy do czynienia raczej z przyrośniętem łożyskiem, które uległo przemianie pęcherzykowej. Wyjątkowo tylko sprawie tej towarzyszy *chorionepithelioma malignum* — nabłoniak kosmkowy, ale jak dotąd nie mamy dowodu na to, aby podścielisko kosmków niszcząc nabłonek zajmowało jego miejsce, gdyż nie znamy dotąd przypadku, w którym nabłoniak kosmkowy rósłby histjo-typowo, czy to na zewnątrz, czy też na wewnątrz naczynia.

Wiślański (Lwów).

Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie.
Bd. LXVII. H. 5.

R. Hirsch. **O końcowym spadku wagi ciała ciężarnych.** Praca Zangenmeistra: »*Waga ciała ciężarnych*« i możliwość wyrokowania o dniu porodu na podstawie końcowego spadku wagi ciała — znalazła żywe zainteresowanie. Autor przeprowadził w tym kierunku badania na 282 ciężarnych i przekonał się, że przeciętnie najwyższą wagę osiągają ciężarne od 6-go do 4-go dnia przed porodem. Od 4-go do 3-go dnia przed porodem zaczyna się spadek, który utrzymuje się przez 2 ostatnie dni przed porodem. Przeciętnie spadek ów wynosi 0,4 kg. Tą przeciętność otrzymuje się — badając setki ciężarnych. W rzeczywistości przeglądając poszczególne krzywe — otrzymujemy zgoła inne wyniki i t. p. Spadek wagi ciała do 1 kg i więcej mimo tego, że poród w najbliższych dniach nie następuje, to znów przybytek wagi ciała aż do dnia rozwiązania. W końcu autor przypisuje przysadce mózgowej rolę czynnika wpływającego na zaczęcie porodu i w związku z czynnością tego gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu końcowy spadek wagi ciała ciężarnych.

R. Joachimovits. **O objawie ciąży Hegara.** Na 50 przypadków poronień stwierdzono objaw ów dodatni i to 2 razy „zupełny" a 11 razy „częściowy" — mimo całkowitego opróżnienia macicy. Jakość i wyrazistość tego rozpulchnienia *isthmus* — nie odpowiadają sobie zawsze i bezwzględnie przed i po poronieniu. Trwanie objawu Hegara po poronieniu jest indywidualnie różnie długie — czasami utrzymuje się przez tygodnie. Wyjaśnienia objawu Hegara należy szukać w różnicy budowy tkanki (mięśniówki, tkanki elastycznej) i różnicy unaczynienia, a od rodzaju tychże i stopnia zmian zależy występowanie tego objawu w ciąży i w jakiś czas po ciąży.

Sellheim. **Ciążowe rozszerzenie w ogólności a szczególnie moczowodów.** Da się udowodnić, że teorja Stoeckla w związku z atonją moczowodu posiada łączność z ciążą. Rozszerzenie moczowodów wedle zdania Sellheima jest w łączności z procesem rozszerzania całego ustroju (puerperalnego) ciążowego i jego narządów w czasie ciąży o ile tylko pod wpływem procesów rozrodczych zwiększa się zawartość tychże narządów.

Aby udowodnić rozszerzenie się moczowodów podaje doświadczenia Boeminghaus'ena, który wykazał, że przy zwiększaniu zawartości moczowodów zanika praca ich perystaltyczna objawiająca się rozszerzaniem i zamykaniem poszczególnych odcinków i przechodzi do stanu ustawicznego rozszerzania.

Doświadczenie jego pozwala nam przypuścić możliwość istnienia podobnego stanu w ciąży. Przy podwojeniu ilości moczu u ciężarnych, moczowody zatracają zdolność rozszerzania się i zwężania i pozostają stale rozszerzone, ten stan jednak zmienia się przy wydaleniu dziecka z ustroju matki. O ile więc przyjmiemy zwiększenie się ilości moczu u ciężarnych, możemy przyjąć rozszerzenie się moczowodu w czasie ciąży jako następstwo mechanicznego rozszerzenia moczowodów z powodu zwiększenia się ich zawartości. Należy jeszcze dodać, że podczas procesów wzrostowych działają w tym kierunku poszczególne narządy, przez akcję mięśniową, by następowo położenia nowe utrwalić. Różne części ciała zachowują się odmiennie. Dla serca, macicy i dróg rodnych to ustalenie w nowej równowadze odgrywa bardzo ważną rolę, natomiast dla powłok brzusznych, podstawy miednicy i moczowodów ta czynność mięśniowa jest nieznaczną z powodu nieznacznej zdolności ekspanzji.

Już w warunkach prawidłowych t. zn. nie w czasie ciąży posiada moczowód skłonności do rozszerzania się, po odpadnięciu jednak czynnika działającego — ustaje to rozszerzenie — jak to wynika z doświadczeń Boeminghaus'ena. Podczas ciąży dołączają się do tego stałego rozszerzenia czynniki czy to wskutek zmiany stałej równowagi, czy to przez procesy wzrostowe lub też rozszerzenie w granicach elastyczności lub też poza te granice.

O ile rozszerzenie moczowodów pozostaje w łączności z »*pyelitis*« podczas ciąży, to Sellheim przyjmuje ten sam związek — jak w fizjologicznych warunkach rozszerzenie wejścia do macicy stanowi doskonały moment dla infekcji, tak samo rozszerzenie przewodu t. zn. moczowodu ułatwia wstępowanie istniejącej infekcji — do miedniczek nerkowych.

Larisch. **Wypadnięcie łożyska przy prawidłowem usadowieniu.** Opis rzadkiego przypadku dotyczącego wieloródki (5 raz rodziła) zupełnego wypadnięcia łożyska w czasie porodu — przy normalnem usadowieniu. Ręczne wyjęcie łożyska wolno leżącego w pochwie. Następnie dokonano obrotu z powodu położenia poprzecznego i ekstrakcji — świeżo obumarłego płodu.

Zaraz po pęknięciu pęcherza, które nastąpiło przy zupełnie prawie rozwartem ujściu — odejście znacznej ilości wód płodowych i nieznaczne krwawienie. Przy usuwaniu łożyska luźno w pochwie leżącego nie było zupełnie krwawienia, wystąpiło ono jednak gwałtownie przy obrocie. W czasie ciąży i porodu aż do zupełnego rozwarcia ujścia, krwawienia zupełnie nie było. Przyczyny tego nieczęstego powikłania należy szukać w wielkiej ilości wód płodowych i ciąży mnogiej, po odpłynięciu wód płodowych — zmniejsza się powierzchnia macicy tak szybko i znacznie, że łożysko zostaje odklejone. Rzadko następuje takie odklejanie przez pociąganie pępowiną wyjątkowo skróconą z powodu licznych skręceń (węzłów). Choroby nerek i błony śluzowej macicy są również czynnikiem uspasabiającym. W odnośnym przypadku należy szukać przyczyny w mechanicznym urazie (silnym kaszlu) i wielkiej ilości wód płodowych oraz w szybkim ich odpływie. Prognoza tak dla dziecka, jak i matki poważna.

Sieber. **O stosowaniu dożylnem urotropiny przy zatrzymaniu moczu pooperacyjnem.** Stosowanie dożylne urotropiny przy niemożności oddawania moczu po operacjach daje w 85% przypadkach dobre wyniki. Autor stosował zapobiegawczo t. zn. zaraz po operacji i leczniczo. Po radykalnej operacji Wertheima najczęściej doznawał zawodów. Jako pojedynczą dawkę — 5 cm, której nie należy przekraczać ze względu na występowanie objawów ubocznych (Tenesmus, Haematuria).

U ciężarnych nie należy stosować z obawy wywołania skurczów macicy pod wpływem większych dawek urotropiny.

M. Beckman. **Czy usadowienie łożyska przy ciąży zewnątrzmacicznej ma wpływ na postępowanie?** Na materjale 40 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej badanym makro- i mikroskopowo autor stwierdzał, że basiotropowe usadowienie łożyska zdarza się bardzo rzadko (7 razy). Wbrew zda-

niu Lichtenstein'a — właśnie wówczas przychodzi wcześniej do zaburzenia (przerwania) ciąży, a to dlatego, że na podstawie możliwość zniszczenia większych naczyń jest częstsza. W praktyce klinicznej stanowisko Werth'a — traktujące ciążę zewnątrzmaciczną jako złośliwy nowotwór jest najsłuszniejsze. Stanowisku Lichtensteina — wymagającemu postępowania wyczekującego przy ciążach zewnątrzmacicznych — o basiotropowo usadowionem łożysku sprzeciwiają się przypadki z piśmiennictwa (Zweifel, Amreich).

A. Mayer. **O przedoperacyjnem naświetlaniu raka macicy.** Powyższe naświetlanie poprawia wyniki nietylko w stosunku do samej operacji, ale także uzyskujemy przez to lepsze, trwałe wyniki w związku z następową operacją. Autor przestrzega przed rezygnacją z operacji — polegając na pozornem wyleczeniu klinicznem pierwotnego ogniska rakowatego — w wielu takich przypadkach pozornie wyleczonych przy następowej operacji przekonał się o istnieniu ognisk rakowych w głębszych warstwach ściany szyi macicy. Ogniska te uszły działaniu promieni. Jako główną korzyść przedoperacyjnego naświetlania należy podnieść usunięcie rozpadu, a tem samem zmniejszenie niebezpieczeństwa pooperacyjnego zapalenia otrzewnej. Z ustaniem rozpadu tkanki poprawia się ogólny stan ustroju — a także możliwość przeniesienia raka w czasie operacji jest mniejsza. Warunki, w jakich operujemy są więc znacznie korzystniejsze. Najkorzystniej jest operować w 6 tygodni po naświetlaniu, gdyż wtedy już nie ma rozpadu (gnicia), a stwardnienie tkanek a przedewszystkiem przymacicza jeszcze nie wystąpiło. Trzymając się tych warunków autor nie spotkał się nigdy z większemi trudnościami technicznemi — a co więcej nawet krwawienie było mniejsze.

Jeżeli więc mamy kombinować operację z naświetlaniem to raczej należy stosować wpierw naświetlanie a potem operację — niż przeciwnie. Czy przez takie postępowanie uzyskamy lepsze wyniki i to nietylko pierwotne ale i stałe — przyszłość okaże. Dotychczasowe doświadczenia w tym kierunku — są w każdym razie korzystne.

Seidler (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Pedjatrja Polska. T. IV. Zesz. VI. 1924. Treść: J. Bogdanowicz: Leczenie zołzów u dzieci enteroantygenem Danysza. Br. Szulczewski: Czy można wywołać sny w hipnozie? — Wł. Mikułowski: Ambulatorja dziecięce a profilaksja chorób zakaźnych. — Fr. Cieszyński i Gileczek Hacowa: Czerwie u dzieci warszawskich. — Uchwały II. Zjazdu Pedjatrów Polskich w Poznaniu.

Opieka nad dzieckiem. Rok III. Styczeń-Luty Nr. 1. Treść: Dr. Mikułowski: Dziecko szkolne. — Dr. W. Miklaszewski: Obarczone. — Dr. Zylberlast-Zandowa: Dziecko nerwowe. — J. C. Babicki: Przygotowanie wychowawców w zakładach zamkniętych. — Dr. St. Kopczyński: W sprawie dozoru higjeniczno-lekarskiego nad szkołami. — Dr. A. Nowiński: Kilka słów odpowiedzi. — W. Szumanówna: O zagadnienia wychowawcze w opiece zakładowej nad dziećmi.

Przemysł chemiczny. Nr. 3. Marzec 1925. Treść: Prof. Cz. Grabowski i Jakób Bornstein: Zjawiska w kolumnie rektyfikacyjnej w oświetleniu graficznem. — K. Raczkowski: Postępy w dziedzinie kolorystyki. — Dr. Suknarowski i inż. Wandycz: W sprawie artykułu »O destylacji ropy na wielkich powierzchniach«.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 28 stycznia 1925 r.

Przewodniczy: prof. Majewski.

Obecnych 105 członków.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia zawiadamia przewodniczący, że wdowa po św. p. prof. Nowotnym ofiarowała, w myśl życzenia swego męża, bibljotekę, złożoną z 300 tomów i 200 broszur, na rzecz bibljoteki Tow. lek. Przewodniczący imieniem Towarzystwa lek. wyraził za wspaniały ten dar gorące podziękowanie.

Kol. prof. Orłowski prosi członków Tow. o czynne poparcie go w organizacji mającego się odbyć zjazdu internistów. Wnosi, aby do Komitetu organizacyjnego wybrać z ramienia Krak. Tow. lek. prof. Majewskiego. Przyjęto przez aklamację.

1. Kol. doc. Szymanowicz przedstawia 2-letnią dziewczynkę, dobrze rozwiniętą, u której przed 4 miesiącami **wyjął radykalnie cewkę moczową** z częścią błony śluzowej szyjki pęcherza z powodu **mięsaka groniastego**, wychodzącego z dopęcherzowego odcinka cewki, i zwisającego przed szparą sromową w kształcie tworu gruszkowatego, o powierzchni nierównej, groniastej barwy czerwono-fioletowej. Dziecko ma się zupełnie dobrze, jedynie przykrą pozostałością po zabiegu, to niemożność zatrzymania moczu; omawia mówca teorje, związane z pochodzeniem podobnych nowotworów.

2. Kol. Cikowski przedstawia preparat **histologiczny tegoż nowotworu.**

W dyskusji kol. Woyciechowski przypuszcza, że dobry wynik leczniczy możnaby w danym przypadku uzyskać przez wstrzyknięcie parafiny. Kol. Szymanowicz niespodziewa się po tym zabiegu dobrego wyniku, ponieważ chodzi tu o dziecko.

3. Kol. Zubrzycki, nawiązując do dwóch przypadków zaśniadu groniastego, przedstawionych już poprzednio przez kol. Jabłońskiego, omawia dwa **preparaty zaśniadu** groniastego, powikłane nabłoniakiem kosmówkowym, uzyskane drogą operacji brzusznej. Jeden uzyskano od chorej M. H. 48-letniej, która zgłosiła się na O. III. dnia 23. XI. 1924 r. Podaje ona w wywiadach, że rodziła 4 razy na czasie, siłami natury, ostatni raz przed 8 laty, nie roniła, połogi prawidłowe. Ostatni poród we wrześniu. Zgłasza się z powodu nieregularnych krwawień, różnie długo i z różnem nasileniem trwających. Przy badaniu chora średniej budowy, lichego odżywienia, z objawami silnej niedokrewności. W jamie brzusznej guz, sięgający 2 palce poniżej pępka, będący ciężarną macicą; części płodu wyczuć nie można. W pochwie z tyłu i po stronie lewej dwa guzki wielkości i koloru owocu nieszczepionej czarnej wiśni, łatwo krwawiące. Rozpoznano zaśniad groniasty, powikłany nabłoniakiem kosmówkowym, co też badanie histologicznie potwierdziło. Usunięto macicę drogą brzuszną, z pochwy wycięto 2 płaty z obu guzami. Chora zniosła zabieg zupełnie dobrze, w dwa miesiące po zabiegu stan chorej zupełnie dobry.

Drugi przypadek dotyczył chorej H. R. l. 31 liczącej, która zgłosiła się na oddział dnia 17. XI. 1924. Podaje w wywiadach, że rodziła 2 razy, porody i połogi prawidlowe, nie roniła. Ostatni perjod w sierpniu; od października nieregularne krwawienia. Badaniem stwierdzono macicę, odpowiadającą $3^1/_2$ m. ks. ciąży, w pochwie skrzepy krwi i gronka. Rozpoznano zaśniad groniasty. Macicę opróżniono po rozszerzeniu szyi palcem, częściowo łyżeczką dnia 18. XI. 1924. Krwawienie utrzymywało się nadal; wobec tego wyskrobano macicę po raz drugi dnia 28. XI. 1924 r., usuwając twarde strzepy z tylnej ściany macicy. Z powodu utrzymującego się wciąż krwawienia wyskrobano wnętrze macicy po raz trzeci, dnia 3. XII., usuwając z tylnej ściany macicy znaczne ilości kruchych mas. Badania histologiczne, za każdym razem przeprowadzone, tylko z pewnem prawdopodobieństwem kazały rozpoznać nabłoniaka kosmówkowego. Opierając się jednak na danych klinicznych: 1) uporczywe krwawienia, 2) ciągłe narastanie mas kruchych, wydobywanych z jednego miejsca w macicy, 3) niezwijanie się całkowite macicy, oraz na 4) niejasnym obrazie mikroskopowym, usunięto macicę. Na preparacie widać miejsce nierówne, częściowo krwią podbiegnięte, sięgające w głąb mięśnia macicznego; makroskopowo typowe ognisko nabłoniaka kosmówkowego. Preparat mikroskopowy ustawiony jest pod drobnowidem.

W końcu zwraca uwagę, na rzucającą się w oczy wzajemną zależność nabłoniaka kosmówkowego i zaśniadu. Według niektórych autorów 50% zaśniadów bywa powikłanych nabłoniakiem kosmówkowym. Według Veita każdy nabłoniak kosmówkowy ma punkt wyjścia w zaśniadzie. Co do czasu powstawania, może nabłoniak kosmówkowy powstać równocześnie z zaśniadem, jak w przedstawionych przypadkach, lub w dłuższy, czy krótszy, czas po jego urodzeniu (przypadek Rosnera w 5 lat, przypadek Polana w 13 lat), dalej przedstawia mówca, szereg preparatów makroskopowych ciałka żółtego ciążowego i miesiączkowego, zwracając uwagę na to, że ciałko żółte leży zawsze na powierzchni jajnika i zawsze je przy zabiegu widzieć możemy, dzięki fizjologicznemu mechanizmowi jego powstawania. Wędrowanie pęcherzyka z głębi jajnika na jego powierzchnię, tłumaczy Strasmann nierównomiernym rozwojem otoczki włóknistej pęcherzyka (*theca folliculi*), co popiera całym szeregiem preparatów mikroskopowych.

W dyskusji kol. Rosner zaznacza, że strona praktyczna sposobu postępowania przy zaśniadzie groniastym była obszernie poruszana w piśmiennictwie — przyczem zwraca uwagę, że nie jest prawdą, aby 50% zaśniadów groniastych kończyło się rozwojem kosmówczaka złośliwego. Radzono wyjmować macicę w każdym przypadku zaśniadu groniastego — niezależnie od wyniku badania histologicznego. W dużym precencie przypadków zjawiają się u osób z zaśniadem groniastym guzy jajnikowe jedno lub obustronne, duże, o powierzchni gu-

zowatej wykazujące na przekrojach liczne torbiele o zawartości płynu lepkiego, gęstego. Komórki luteinowe stanowią wyściółkę tych torbieli. Z chwilą zniknięcia zaśniadu znikają i guzy.

Kol. Rosner pyta, czy w obu tych przypadkach były guzy jajnikowe. W ostatnich czasach we francuskiem piśmiennictwie spotyka się twierdzenie, że istnienie tych thekaluteinowych guzów świadczy o obronie organizmu przez pracę wewnętrzno-wydzielniczą jajnika. O ile guzy jajnika istnieją, sprawa ma być mniej groźna — świadczyć to ma bowiem, że ustrój zmobilizował siły do obrony. Nieistnienie guzów przemawiałoby za tem, że wytworzy się nowotwór złośliwy. Stanowisko kol. Zubrzyckiego w sprawie wycięcia macicy w przypadku pierwszym u kobiety starszej pochwala — nie robi się bowiem krzywdy kobiecie stojącej przed klimakterjum, gdy się ją pozbawi macicy. U kobiet młodszych powinno się postępować konserwatywnie, aby zachować macicę, z drugiej zaś strony musi się mieć poważne obawy — czy w przyszłości nie rozwinie się u danej chorej *chorioepithelioma*. Przytacza przypadek, gdzie przy operacji *chorioepthelioma* przyszło do olbrzymich krwotoków, w następstwie których niedługo po zakończeniu operacji przyszło do zejścia śmiertelnego.

Kol. Szymanowicz: Możliwe jest, że ustrój broni się tworzeniem guzów thekaluteinowych. Przemawia, że ten przypadek spostrzegany w klinice, gdzie przy bardzo daleko posuniętych zmianach w częściach rodnych i preparatach nowotworowych poza niemi nie było zupełnie zmian thekalnteinowych w jajnikach.

Kol. Zubrzycki: Guzów thekaluteinowych w żadnym z przedstawianych przypadków nie było. Istnienie ich jednak bezwarunkowo nie przemawia za złośliwością czy dobrotliwością guza.

4. Kol. Kościuszko pokazuje preparat, przedstawiający **wynicowaną po porodzie macicę**, która uległa częściowej zgorzeli.

Chora pierwiastka 23 letnia, urodziła siłami natury żywe dziecko 1. VIII. 1924 r. o 10 wieczór. Ponieważ łożysko nie odchodziło, akuszerka miała pociągać za pępowinę tak długo aż się urwała. Z powodu silnego krwawienia wezwano lekarza, który macicę zatamponował i odesłał ahorą do szpitala, do którego dostała się dopiero 3. VIII. w nocy.

Badanie wykazało: tętno 160 słabo napięte, ciepłota 38.2° C.; chora blada, osłabiona, brzuch dołem bolesny. Nad spojeniem guz z lejkowatem wgłębieniem w środku. W pochwie wyczuwa się guz wielkości główki dziecka, cuchnący, pokryty szarawym nalotem o powierzchni nierównej, niezbyt twardej konsystencji, który daje się nieco poruszać, ale nie pozwala się odepchnąć ku górze ani ściągnąć w dół. Na górnym biegunie wyczuwa się wyżej wspomniane lejkowate zagłębienie, natomiast brzegów ujścia nie można wybadać. Rozpoznano całkowite wynicowanie macicy po porodzie z następową zgorzelą.

O odprowadzeniu w tym przypadku w uśpieniu nie można było myśleć z powodu istniejącej zgorzeli, podobnie nie można było użyć metody Küstnera ani Spinellego. Operować przez pochwę również nie było można, ponieważ w pochwie tkwił guz, który ją szczelnie wypełniał. Wybrano drogę operacji brzusznej, przyczem przeciągnięto wyjętą macicę przez pochwę na wewnątrz, a dół jamy brzusznej wysączkowano gazą częściowo przez pochwę, częściowo przez ranę laparotomijną. Mimo ciężkiego stanu chora zniosła zabieg dobrze i po 6 tygodniowym pobycie w szpitalu pojechała zdrowa do domu.

Następnie omawia mówca powody powstawania zgorzeli i metody leczenia tak zachowawcze, jakoteż i operacyjne.

Co się tyczy tego przypadku, to cała wynicowana macica została w okolicy ujścia wewnętrznego opasana ściśle, przez kurczący się mięsień szyjki, a co za tem idzie, przyszło do zaburzeń w krążeniu i następowej zgorzeli.

W dyskusji kol. Woyciechowski: Wobec rzadkości wynicowania macicy wśród porodu podaje do wiadomości swój przypadek z praktyki prywatnej.

1. I. 1924. wezwany został do 26 letniej powtórnie rodzącej J. P., która 1. poród odbyła przed 2 laty prawidłowo. Położna podaje: przed 5 kwadransami urodził się płód żywy, donoszony — przed 3 kwadransami wykonała z powodu silnego krwotoku zabieg Credégo bez pociągania za pępowinę. Na skutek tegoż wysunął się z pochwy guz, bardzo silnie krwawiący; chora omdlewająca. Stwierdził: Chora leży w kałuży krwi. Guz złożony z zupełnie wynicowanej macicy z całkowicie w dnie jej przyklejonem łożyskiem i z prawie zupełnie wypadniętej pochwy leży w brudnym basenie. Chora przedstawia obraz najwyższego stopnia ostrej niedokrwistości (alabastrowo blada, wargi sine, wyraz lęku i niepokoju, rysy ostre, skrzydełka nosowe pracują energicznie, oddech szybki, nasilony i płytki — brak tętna. Opłukawszy szybko sublimatem nie krwawiący już teraz guz spróbował łagodnej reiniwerzji, która się atoli nie powiodła. Wstrzykiwanie kamfory, Koffeiny, ergotyny, autotransfuzja i hipodermokliza nie zdołały już tętna przywrócić i chora po niespełna $^1/_2$ godziny zmarła. Na reininwerzję w narkozie brakło czasu. (Przypadek zgłoszony do prokuratorji skończył się na przesłuchaniu położnej, podtrzymującej twierdzenie, że za pępowinę nie pociągała — i na orzeczeniu mowcy, jako rzeczoznawcy).

Kol. doc. Szymanowicz nie zgadza się z zapatrywaniami kol. Kościuszki co do wskazań operacyjnych w podobnych przypadkach. Uważa, że tam, gdzie przyszło do zgorzeli i zakażenia w dolnych drogach płciowych, należy raczej operować przez pochwę, a nie przez powłoki brzuszne, gdzie jest większa sposobność wciągnięcia zakażonych części do otrzewnej jamy brzusznej.

5. Kol. Rosenhauch przedstawia a) chorego, który podczas wybuchu granatu ręcznego doznał urazu w oko prawe w r. 1917. Oko od czasu do czasu czerwieniało, nie sprawiając większych dolegliwości. Dopiero przed kilku dniami oko silniej rozbolało, a badanie wykazało odłamek miedzi w przedniej komórce wielkości 2—3 cm³. Visus = $^6/_{12}$. Ciało obce będzie usunięte na drodze operacyjnej;

b) przypadek **zaburzeń wzrokowych na tle nerwicy ogólnej (histerji)**. Chory przysłany z pułku z podejrzeniem o symulację: nagle bez wiadomej przyczyny powieki górne obu óczu opadły, a przy podnoszeniu ich palcem występuje wybitny oczopląs. Badanie narządu wzroku okazuje poza opisanem zboczeniem stosunki prawidłowe. Badanie systemu nerwowego (Dr. Sochacki) wykaznje nerwicę ogólną. Pod wpływem zimnych natrysków objawy chorobowe oka zupełnie ustąpiły.

Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z podświadomym urazem psychicznym u osobnika dotkniętego nerwicą ogólną.

6. Kol. Artwiński przedstawia 8 chorych w ostrym okresie **encephalitis lethargica** i zwraca uwagę, że w obecnej epidemji zdają się przeważać poronne przypadki tego cierpienia w stosunku do poprzednich epidemij.

7. Kol. M. Ostrowski przedstawia chorą 20-letnią, która zgłosiła się na oddział z **objawami uciskowemi rdzenia**. Cierpienie trwa od 3 lat, a od roku przeszło chora nie chodzi. Objawy kliniczne oppowiadały dolnemu odcinkowi kręgosłupa piersiowego. Po wykluczeniu gruźlicy kręgosłupa i kiły rdzenia, rozpoznano guz rdzenia i przy pomocy nakłucia podpajęczynowego z wstrzyknięciem 1 cm³ lipiodolu podpajęczynówkowego metodą Wartenberga i Sicarda z następowem zdjęciem Roentgena, dokonanem przez p. dr. Korabczyńską, określono dokładnie górną granicę guza, która odpowiadała IX. kręgowi piersiowemu (tutaj zatrzymał się lipiodol całkowicie). Chorą operował w klinice chirurgicznej prof. Rutkowski. W określonem miejscu znaleziono i wyłuszczono guz kształtu wrzecionowatego, długości około 4 cm. Utkanie guza mikroskopowo odpowiadało obrazowi glejaka. Chora zabiegi zniosła dobrze. Neurologiczny stan ulega zwolna poprawie.

Kol. Ostrowski podkreśla na danym, choć pojedynczym narazie przypadku, wartość djagnostyczno-lokalizacyjną rachygrafji, przy użyciu lipiodolu, spraw uciskowych rdzenia.

8. Kol. Wander przedstawia ciekawe przypadki z zakresu »**artropatji tabetycznych**« ilustrowane pokazami świetlnemi. Pierwszy przypadek dotyczył artropatji tabetycznej kręgosłupa lędźwiowego, rzeczy, bardzo rzadkiej, bo stwierdzonej dopiero w trzydziestu paru przypadkach. Cierpienie to charakteryzuje się tak samo, jak i inne tego rodzaju zmiany, stawowe procesami destrukcyjnemi i proliferacyjnemi, doprowadzającemi do znanych olbrzymich zniekształceń stawowych. Dla analogji pokazuje referent zmiany artropatyczne stopy, połączone ze złamaniami kostnemi, a dającemi w rezultacie znany »*pied tabetique*«, artropatję palucha w następstwie »*mal parforant du pied*« i artropatję stawu kolanowego. Zmiany te występowały stale w późniejszem stadjum choroby, co potwierdziła też obserwacja innych artropatji na oddziale tut. Referent przytacza pod koniec fakty, przemawiające niezbicie za neurologiczną naturą tych zmian kostno-stawowych.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 17 lutego 1925 r.

Przewodniczący: prezes prof. Sawicki.

1. Kol. T. Milewski i I. Finkelkraut wygłosili rzecz p. t. »**Badania nad powstawaniem urobiligenurji**«. Badania autorów wynikły ze spostrzeżeń jednego z nich z okazji badania odczynu Biernackiego, że po wywołaniu zastoju żylnego w większych odcinkach ciała ludzkiego n. p. w dwu kończynach, odczyn aldehydowy na urobilinogen w moczu zjawiał się bardzo wyraźnie w 1—3 godzin po ucisku, trwającym 15—30 minut. Na podstawie dalszych badań doszli oni do przekonania, że ta urobiligenozа niema nic wspólnego z urobiligenurją okresową u ludzi gorączkujących, czy urobiligenurją trawienną. Dalsze badania doprowadziły ich do szukania wyjaśnień w sprawie mechanizmu powstawania tej urobiligenurji. Badania odporności osmotycznej, celem wykazania wzmożonego rozpadu krwinek we krwi zastoinowej i wzmożonego dopływu materjałów barwikowych do wątroby nie doprowadziły do żadnych rezultatów. Natomiast wykryło fakt, że urobiligenurja nie jest zjawiskiem odosobnionem, lecz, że tym zaburzeniom w krążeniu, wytworzonym sztucznie przez ucisk, towarzyszą dwa inne. Autorzy spostrzegali we krwi zastoinowej zespół zjawisk, który p. E. Weil, Bocage i Isch-Wall spotykali w schorzeniach wątroby jako t. zw. zespół hemoklasyczny. Objawy tego zespołu są następujące: obniżenie krzepliwości krwi, górne kurczenie się skrzepu, lub brak tego kurczenia się, oraz szybkie rozpływanie się tego skrzepu. We krwi kończyn nieuciśniętych autorzy spostrzegali typową kryzę Vidal'a ze wszystkiemi bardzo

silnie wyrażonemi objawami tej kryzy. Niejednokrotnie u chorych niegorączkujących, spostrzegano jednodniowe podniesienie ciepłoty o przeszło jeden stopień w kilka godzin po ucisku, lub u gorączkujących — spadek ciepłoty wynoszący przeszło jeden stopień. Kilka przypadków nie wykazywało typowego odczynu na ucisk; do nich należały schorzenia wątroby w ilości 4-ech, schorzenia w zakresie krążenia żyły wrotnej 2, cukrzyca 1, na ogólną liczbę zbadanych przypadków. Autorzy w końcu dodają przypuszczenie, że odczyn przez nich wywołany, możnaby również wywołać przez zadziałanie miejscowe na krążenie czynników toksycznych, bakteryjnych, termicznych i psychicznych.

W dyskusji kol. Gluziński podkreśla, iż spostrzeżenia prelegenta są ciekawe. Dziś przybywa do odkrycia Filińskiego nowy fakt, że również podrażnienia mechaniczne wywołują zespół hemoklastyczny. W klinice znany jest sposób Katzensteina do określenia czynności serca. U ludzi zdrowych po ucisku obu tętnic udowych osłabione parcie krwi wraca w krótkim czasie do normy. U ludzi z osłabionym mięśniem sercowym parcie to nie powraca do normy. W doświadczeniach prelegenta zapewne osłabienie mięśnia sercowego ma dominujące znaczenie, tembardziej, że doświadczenia były robione na rekonwalescentach. Kol. Modrakowski uważa, że w tych doświadczeniach działają metody fizyczne i fizyko-chemiczne. Te same objawy wywołuje wstrzykiwanie histaminy. W Anglji, sprawa szoku, wstrząsu — była podczas wojny szczegółowo badana. Louis stara się dowieść, że mniejsze wstrząsy wywołują objawy bardzo podobne do opisanych przez prelegenta. Kol. Karwacki stwierdza, że przed kilku laty jeden z badaczy francuskich zrobił te same spostrzeżenia i doszedł do wniosku, że są to objawy wstrząsu osoczowego. Mówca stosował tę metodę praktycznie w *hydrorhea nasalis*. Kol. Sawicki podkreśla, że sprawa poruszona przez prelegenta interesuje również i chirurgów. Po ucisku operowanej kończyny otrzymujemy często kroć przykre objawy w postaci krwotoków, osłabienia. Jest to sprawa głębsza, tkwiąca w chemizmie organizmu. Kol. Milewski stwierdza że rzeczywiście ozdrowieńcy wykazywali długotrwały odczyn.

2. Kol. J. Węgierko wygłosił rzecz p. t. »**Kilka spostrzeżeń, dotyczących samej insuliny, oraz połączenia z doustnie podawanym dwufosforanem sodu**«. (Ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Grott zaznacza że, pomimo różnych wątpliwości, pewną jest rzeczą konieczność podawania insuliny w stanach śpiączkowych. W ciągu ostatniego roku mówca obserwował 8 chorych w klinice prof. Rzętkowskiego. Trzech chorych miało napady kwasicy, powtarzające się kilkakrotnie. Z ogólnej liczby, 3 chorych wypisało się z kliniki z poprawą los ich jest nieznany, u 2-ch chorych nastąpiło zejście śmiertelne raz z powodu niedostatecznych dawek insuliny, drugi — z powodu zbyt późnego jej stosowania. Natomiast 3 chorych żyje i od roku otrzymują codziennie po 2 dawki od 50—80 jednostek insuliny. W początku kuracji stany frekomatyczne powtarzały się często, wskutek niedostatecznego podawania leku (z powodu drożyzny). Dzięki wczesnej interwencji insulina zawsze szybko wywierała wpływ doroczynny. O sile działania insuliny wnioskujemy z krzywej cukru we krwi, a tymczasem jest to środek działający w pierwszym rzędzie na zmniejszenie ciał ketonowych w ustroju, a dopiero później na cukier. Winniśmy więc postarać się o biologiczny miernik dla wpływu insuliny na ciała ketonowe. W 2-ch przypadkach ciężkiej cukrzycy u osobników młodych kol. G. stosował prócz insuliny — glycerophosphat, co zdaniem mówcy przyśpieszyło powrót chorych do względnego zdrowia. Kol. Cytronberg. Zaraz po ogłoszeniu przez Bautinga o działaniu insuliny odezwały się głosy sceptyków ze względów teoretycznych, zarówno i praktycznych. Dotychczas w prasie angielskiej, w przeciwieństwie do niemieckiej dosyć często odzywają się głosy o insulinie. Wskazywano, że działanie insuliny tej samej marki fabrycznej jest nierówne nie tylko u różnych osobników, ale także u tego samego chorego, będącego na tej samej djecie. Wobec tego niemożliwem jest stwierdzić ile gramów węglowodanów można podawać na każdą jednostkę insuliny. Z biegiem czasu działanie insuliny zdaje się słabnąć. Stałe podawanie dużych dawek insuliny jest niebezpieczne, gdyż w razie przerwy kuracji występuje kwasica i śpiączka. Djeta musi być zawsze zachowana nieznaczną ketonurję i cukromocz należy tolerować. Blum stwierdził na zwierzętach, iż w cukrzycy doświadczalnej podawane jednocześnie insulina i fosforany — potęgują nawzajem swoje działanie. Kol. Węgierko stwierdza że różne wyniki leczenia śpiączki zależą od czasu, kiedy się stosuje insulinę.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 25 stycznia 1925 r.

Przewodniczy kol. Szteyner.

1. Zabawska-Domosławska przedstawia chorą z **kamieniami nerki**; chora przybyła na oddział z guzem w prawej jamie otrzewnowej. Guz ten okazał się osuniętą i bardzo powiększoną nerką. Badanie moczu wykazało obecność bardzo dużej ilości białka oraz ropnych ciałek, które pokrywają całe pole widzenia. Prątków Kocha nie znaleziono. Roentgen wykazał natomiast ogromnej wielkości kamienie nie tylko w prawej, ale i w lewej nerce.

W dyskusji kol. Puławski zapytuje, czy w danym przypadku należy operować, czy nie? Szteyner uważa, że istnieje wskazanie do nefropyelotomji lub pyelotomji po jednej stronie, a w kilka miesięcy po drugiej stronie. Sławiński jest zdania, że, o ile chora nie gorączkuje, to niema bezwzględnego wskazania do operacji, ze względu na technikę operacyjną w tych przypadkach trudną i zawiłą. Nielubowicz wypowiada zdanie, że wobec wielkich kamieni a braku dolegliwości, należałoby wskazanie do operacji oprzeć na próbie funkcjonalnej obu nerek.

2. Czarnocki pokazuje preparat anatomo-patologiczny **tętniaka tętnicy głównej**.

Dyskusja: Drozdowicz zwraca uwagę, że w sprawach kiłowych niema głównego objawu roentgenologicznego, jaki jest tętnienienie, co objaśnia kruchością, brakiem elastyczności dotniętych kiłą naczyń krwionośnych. Czarnocki twierdzi, że tętnienia niema tam, gdzie odkładają się znaczne ilości wapnia, przeciwnie tam, gdzie niema złogów wapnia, rentgenologicznie powinno się stwierdzać tętnienie.

3. Szper przedstawia chorego dotkniętego **słoniowaciżną moszny i kończyn dolnych**.

Dyskusja Sławiński spostrzegał też chorego ze słoniowaciżną moszny i prącia samoistną. Moszna i prącie sięgały do kolan. Zabieg chirurgiczny polegał na wycięciu skóry moszny i utworzeniu worka ze skóry podstawy moszny, a następczo na ścięciu skóry z prącia. Wynik był dobry: chory miał prącie bez skrzywień.

4. Szper pokazuje chorego z **częściową zgorzelą kości szczęki górnej**.

Dyskusja: Sławiński spostrzegał martwicę szczęki górnej u dwóch młodych dziewczyn. Po usunięciu szczęki jedna z chorych nie miała zniekształcenia twarzy.

Posiedzenie kliniczne w dniu 15 lutego 1925 r.

Przewodniczy kol. Bełkowski.

1. Rubinrot przedstawia chorą po operacji **połączenia pęcherzyka żółciowego z żołądkiem**, dokonaną ze względu na ciężką cholemię, spowodowaną niedrożnością przewodu żółciowego. Kwalifikując chorą do operacji, przypuszczano obecność kamienia w przewodzie wspólnym żółciowym. Operacyjnie (Leśniowski) przekonano się, ze przyczyną niedrożności wybitnej żółtaczki była twarda, powiększona główka trzustki. Chora po operacji poprawiła się, a badania żołądka dowodzą, że chemizm i mechanizm żołądka jest zupełnie normalny. Naczczo nieotrzymano ani soku żołądkowego, ani też żółci zarówno przed jak i po próbnem śniadaniu.

Dyskusja: Bełkowski uzupełnia przemówienie Rubinrota w ten sposób, że chora została przedstawioną nie ze względu na takie, albo inne rozpoznanie, a jedynie ze względu na dobry wynik zabiegu, który, o ile wie, w naszych warunkach rzadko jest dokonanym. Trudno powiedzieć coś o zmianach w trzustce i czy były one pierwotne, czy też wtórne: rozszerzeniem się sprawy zapalnej na trzustkę w przebiegu t. zw. żółtaczki kataralnej. Szteyner przypomina, iż przed 10—12 laty dokonał również połączenia pęcherzyka żółciowego z żołądkiem a nie z dwunastnicą, jako zabieg paljatywny, u chorej dotkniętej nowotworem złośliwym pęcherzyka. Stan chorej po operacji był tak pomyślny, że powątpiewano, czy miano do czynienia z nowotworem złośliwym: chora jednak po 6 ściu miesiącach zmarła. Starkiewicz zwraca uwagę na stosunek trzustki i przewodów żółciowych, a mianowicie, że nawet w przypadkach zwykłej kamicy żółciowej trzustka może być zmienioną, co ilustruje historja obserwowanych przypadków. Powołuje się również na chirurgów, którzy konstatują powiększenie trzustki częściej, aniżeli anatomo-patologowie, z czego wynika, że zmiany w trzustce mogą się cofać. Sławiński podziela zdanie przedmówcy i zwraca uwagę, że po zespoleniu pęcherzyka żółciowego z żołądkiem otwór utworzony operacyjnie często zarasta. Bełkowski podkreśla, że w przypadkach niedrożności, przewodu żółciowego, powstałej na jakiejkolwiek bądź drodze operację uważa zawsze za wskazaną, zwłaszcza wobec przypadku Starkiewicza, gdzie wraz z powiększeniem główki trzustki chirurg na stole operacyjnym skonstatował zgorzel pęcherzyka żółciowego.

2. Opalski odczytuje historję chorobę dziewczyny, która od 3 roku życia cierpi **na dychawicę oskrzelową**. W ostatnich czasach ataki te były tak częste, że chora zastrzykiwała sobie dziennie po 3 pudełka asthmolisiny. Wobec podobnego stanu rzeczy, oraz wychodząc z założenia, że mamy tu do czynienia z przejawami anafilaksji, szukano owego czynnika, który je wywołuje: Metodą Pirqueta stosowano tuberkulinę, surowicę końską, psią, kocią — bez wyniku lub z nikłym wynikiem po tuberkulinie. Dopiero zastrzykiwanie mleka wywołało poprawę, polegającą na tem, że chora od kilku tygodni nie ma ataków duszności i gorączka spadła do normy, czego przedtem ani razu nie obserwowano.

Dyskusja: Puławski zna chorą od lat kilkunastu i z przyjemnością usłyszał, że chorej coś pomogło, bowiem wszystkie metody i środki, jakie stosował u tej chorej, zawodziły. Radzi jednak na osiągnięty rezultat zapatrywać się nieco sceptycznie, stwierdza znaczną poprawę ogólnego stanu chorej. Starkie-

wicz wypowiada się za tuberkulizacją chorych na dychawicę oskrzelową drogą autoseroterapji, opierając się w swych wywodach na powiększaniu gruczołów oskrzelowych, faktu, stwierdzonego w swoim czasie przez Chełmońskiego.

3. Szendzikowski przedstawia chorą, która przybyła z **objawami zapalenia opon mózgowych**. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie potwierdziło rozpoznania gruźlicy opon, jednak już w szpitalu chora dostała krwotoku płucnego, bezwątpienia pochodzenia gruźliczego, jakto potwierdza badanie kliniczne. W ostatnich czasach do objawów ze strony opon przyłączył się zez prawostronny. Obecnie zez ten nie jest tak wybitny.

Dyskusja: Janowski jest zdania, że w danym przypadku mamy bezwątpienia do czynienia z gruźlicą opon mózgowych, i twierdzi, że rozpoznanie gruźlicy opon nie jest równoznaczne z wyrokiem śmierci dla chorej, gdyż mnożą się przypadki, gdzie nastąpiło albo zupełne wyzdrowienie, albo polepszenie na czas dłuższy pomimo, że w płynie m.-rdzeniowym znajdowano niezaprzeczalnie prątki Kocha. Francuzi są zdania, że, o ile w płynie m.-rdzeniowym znaleziono mniej niż 6—7 białych ciałek krwi, to przypadek jest uleczalny. Jako leczenie uważa za najwłaściwsze częste nakłucia lędźwiowe. Starkiewicz nie zgadza się na możliwość guzka tuberkulicznego — przypuszczenie, wypowiedziane przez Puławskiego. Stawiński obserwował chorego z bąblowcem tasiemca w mózgu z objawami zapalenia opon mózgowych.

4. Szendzikowski przedstawia chorego z **tętniakiem tętnicy głównej**, że względu 1) na obecność we krwi chorego ++++ i 2) na okoliczność, że skargi chorego na bóle w okolicy mostka i duszność wystąpiły po urazie; chory został uderzony w klatkę piersiową kawałkiem mięsa z dużą kością. Istnieje więc uzasadnione przypuszczenie, że uraz wywołał zmiany w istniejącym tętniaku o charakterze, jakie stwierdza się przy tętniaku rozdzielczym.

Dyskusja: Janowski również jest zdania, że uderzenie w mostek mogło powodować pęknięcie mięśniówki w tętnicy głównej, zwłaszcza, że chory jest nałogowym pijakiem. Uderzenie w mostek powoduje zwiększenie ciśnienia w naczyniach.

5. Szendzikowski przedstawia preparaty mikroskopowe krwi od chorych, dotkniętych **kolką ołowiową**. Zatrucie zostało spowodowane minią ($Pl_2 O_3$). Zwraca uwagę na coraz częstsze przypadki zatrucia się farbą, nawet wśród inteligencji, co dowodzi małego uświadomienia ogółu co do tej choroby.

Sekretarz: *W. Goździcki.*

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

W roku bieżącym zamierzone jest zwołanie w Amsterdamie kongresu międzynarodowego w sprawie leczenia przypadków nieszczęśliwych oraz chorób zawodowych przy pracy powstałych.

Lekarze specjaliści są proszeni o podanie swoich nazwisk i adresów do kancelarji Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Naczelnik Izby: w zast. *Dr. Jakowicki.*

Pisarz Izby: Dr. *Ignacy Sochacki.*

Związek Lekarzy Państwa Polskiego. Obwód lubelski.

Zarząd Obwodu lubelskiego Związku lekarzy P. P. zawiadamia, że od 16 maja b. r. istnieje stan bezkontraktowy odnośnie do Powiatowej Kasy chorych, wobec czego Zarząd ostrzega przed zawieraniem umów z Lubelską Kasą Chorych.

Korespondencja.

(Dokończenie).

Baltimore, w kwietniu 1925 r.

Doroczny zjazd, zwoływany przez Towarzystwo rozwoju wiedzy, odbył się tego roku w Waschingtonie. Zjazd był bardzo liczny, organizacja techniczna wzorowa. Wzięło w nim udział 35 zrzeszeń, w tem 24 filje oficjalne i 11 towarzystw zaproszonych. Obesłanie zjazdu było tak liczne, że był on największym w historji Towarzystwa. Liczba zapisanych uczestników wyniosła 4.206 osób, w rzeczywistości jednak była większa, gdyż wiele osób brało udział w zjeździe bez formalnego zgłoszenia. Ogólną zatem liczbę uczestników oceniano na 4.700 osób. Ilość zgłoszonych komunikatów 1.781. Zjazd odbył się w budynkach uniwersytetu washingtońskiego i centralnej wyższej szkoły. Oświetlenie sal, kinematografy naukowe, aparaty projekcyjne, mikroskopy etc. dostarczone zostały przez odpowiednie firmy przemysłowe zupełnie bezinteresownie. Prace zjazdu odbywały się w 15-tu sekcjach, które tworzą składową część towarzystwa. Program ogólny zjazdu, w postaci książki o 247 stronach, rozdawany był członkom w przeddzień rozpoczęcia prac. Oddzielnie drukowany był katalog wystawy, odbywającej się równocześnie.

Wystawa dzieliła się na dwa oddziały, jeden mieścił eksponaty naukowe badaczy, drugi tworzył grupę eksponatów przemysłowych w dziedzinach ściśle związanych z charakterem zjazdu. Były więc różne aparaty optyczne, mikroskopy, ekrany, aparaty fotomikrograficzne, aparaty projekcyjne, wagi, niezwykle czułe galwanometry, potencjometry, termostaty o dokładności 0,005 C, kinematografy naukowe, filmy kolorowane w serjach mono i ortochromatycznych. Wytwórnie chemiczne wzięły też udział w wystawie i wreszcie wydawcy dzieł naukowych. Różne księgarnie pokazywały swe wydawnictwa, wśród których wiele bardzo publikacyj niemieckich. Oglądać można było książkę, wydaną przez towarzystwo Grolier z N. Yorku, p. t. »Księga wiedzy popularnej«. Dzieło to w 15 tomach posiada 50.000 ilustracyj i 20.000 rozdziałów.

Komitet zjazdu poświęcił wiele uwagi temu, by materjał naukowy, przedstawiony na zjeździe, był odpowiednio zredagowany dla prasy codziennej. Jednem z założeń Towarzystwa jest popularyzowanie wiedzy, a prasa posiada w tem pierwszorzędne znaczenie. Każdy zatem komunikat dla prasy codziennej opatrzony był wstępem, zawierającym elementarne wiadomości z odpowiedniego działu tak, że mógł być czytany z prawdziwą korzyścią przez szerszą publiczność. Techniczną stroną zajmował osobny subkomitet. Autorzy nadsyłali subkomitetowi komunikaty, ten zaś w ścisłem porozumieniu z przedstawicielami prasy codziennej i prasowemi ajencjami badał materjał i przygotowywał do druku. W ten sposób 60 dzienników we wszystkich częściach Stanów Zjednoczonych otrzymało około 1200 komunikatów prasowych, nie licząc wiadomości krótkich, które stale z biura komitetu telegraficznie rozsyłano. Temu ostatniemu celowi służyło specjalnie i stale 5 aparatów telegraficznych.

By popularyzację wiedzy posunąć jak najdalej, użyto więc wszelkich środków technicznych. Aparaty radio użyte były również dla celów naukowych i popularyzatorskich. W przeciągu tygodnia, codziennie wieczorem, odbywające się wykłady na tematy ogólne, dzięki radiofonom, mogły być słuchane w całej Ameryce.

Zjazd rozpoczął się zwykłemi ceremonjami, między innemi przyjęciem członków Zjazdu przez prezydenta Coolidge'a. Prace rozpoczęły się posiedzeniem wspólnem, na którem otwarcia dokonuje przewodniczący Mc Keen Cattel i wprowadza W. M. Lewis'a, rektora uniwersytetu w Washingtonie oraz sekretarza stanu Hughes'a. Po przyjęciu rezolucji w sprawie zmiany kalendarza w związku z najnowszemi wynikami badań naukowych i po ogłoszeniu darów, najczęściej bezimiennych ofiarodawców na rzecz Towarzystwa, sekretarz stanu Hughes mówi o perspektywach międzynarodowej kooperacji. Wśród ośmiu posiedzeń ogólnych, na których różne tematy były przedmiotem wykładów, znalazł się jeden wykład na temat lekarski, wygłoszony przez dr. Russel'a, dyrektora międzynarodowego urzędu zdrowia. Tematem wykładu była walka z chorobami ze szczególnem uwzględnieniem zimnicy i żółtej febry.

Na jednem z posiedzeń ogólnych dokonano również wyboru nowego prezydenta Towarzystwa, którym został M. I. Pupin, profesor elektromechaniki uniwersytetu nowojorskiego. Z powodu wyboru tego wybitnego badacza pisma podają szeroko jego bibljografję, przypominając dawne lata, kiedy to Pupin, z pochodzenia Serb, przybył jako 16 letni młodzieniec do N. Yorku i powoli zajął wybitne stanowisko w świecie naukowym. Pupin był uczniem Helmholtza, pracował pod wpływem Faradaya i Maxwella. Zaraz po odkryciu promieni Roentgena robił pierwsze w Ameryce zdjęcia roentgenowskie. On pierwszy w Ameryce robi zdjęcia dla celów operacyjnych. W lutym 1896 roku wykonano pierwszą operację, dla której aparatu roentgenowskiego użyto w celu rozpoznawczym. Pupin wykonał właśnie to zdjęcie. Zająwszy się aparatem roentgenowskim wprowadza Pupin pewne ulepszenia. Znany jest powszechnie jego ekran, który wstawiony pomiędzy objekt, a płytę fotograficzną skraca ekspozycję.

Sekcja N. pod przewodnictwem Mac Callum'a, profesora patologji z Baltimore, była sekcją nauk lekarskich. Prace sekcji rozpoczęło wspólne posiedzenie z towarzystwem fizjologicznem, biochemicznem, patologicznem i farmakologicznem. Na tem wspólnem posiedzeniu zabierało głos 4-ch mówców. Dr. Marine mówił o gruczołach dokrewnych o ich wzajemnym stosunku, Dr. Lusk o źródłach energji w czynności mięśniowej, Dr. Henderson przedstawił dane wytyczne z chemji i fizyki krwi, wreszcie Dr. Brown mówił o paralelizmie, istniejącym pomiędzy światłem, ciepłotą i innemi klimatycznemi czynnikami, a cyklicznemi zmianami w przebiegu raka i kiły.

Posiedzenia wzbudziły wielkie zainteresowanie tembardziej, że był to drugi dopiero zjazd, poświęcony wspólnej dyskusji przedstawicieli medycyny, parazytologji i lekarskiej entomologji. Obecnego roku współpracowali również przedstawiciele amerykańskiej antropologji i towarzystwa bakterjologicznego. W łonie sekcji N. odbywały się jednocześnie posiedzenia federacji amerykańskich towarzystw biologji eksperymentalnej, na których szczególnie ciekawe tematy były przedmiotem obrad. Dr. Mulin przedstawia wyniki doświadczeń nad doustnem podawaniem insuliny, w postaci tabletek, zabezpieczonych przed

działaniem soku żołądkowego. Dr. Ivy i towarzysze z chicagoskiego laboratorjum fizjologicznego przedstawiają wyniki doświadczeń nad wydzielaniem soku żołądkowego. Autorzy przekonali się, że sok jelitowy, otrzymany z przetoki Thiry-Vella u psa, zwiększa wydzielanie soku żołądkowego, jeśli go wprowadzić do żołądka. Rozpatrując wyniki badań nad czynnością fizjologiczną przewodu pokarmowego i, biorąc pod uwagę fakty, dostarczone przez innych badaczy (przyczem badania Popielskiego i jego lwowskiej były należycie wzięte pod uwagę), dochodzą autorowie do następujących wniosków: Wydzielanie żołądka zależnie od jego mechanizmu dzieli się na trzy fazy. 1) faza mózgowa: a) spowodowana odruchami przez korę, b) przez thalamus, śródmóżdże i rdzeń przedłużony. 2) Faza żołądkowa: a) mechaniczna jak n. p. rozdęcie żołądka, b) »chemiczny« wpływ substancji działających wprost na błonę śluzową żołądka. 3) Faza jelitowa spowodowana »chemicznym« wpływem pewnych ciał, działających drogą jelit.

Dr. Cannon w studjum nad pseudoaktywnym stanem u kotów zwraca uwagę na fakt, że podstawowym zmianom, które towarzyszą największej emocji odpowiada taki sam mechanizm u człowieka i zwierząt. Oznakom silnych emocji, jak drapanie, kąsanie, wyciąganie pazurów i podnoszenie się sierści u kotów połączone jest z podnoszeniem się ciśnienia krwi i zwiększaniem się zawartości cukru we krwi.

Dr. Collip podaje do wiadomości, iż udało mu się izolować hormon z gruczołów przytarczycznych. Wstrzyknięcie wyciągu usuwa tężyczkę u zwierząt, pozbawionych gruczołów. Jedno zwierzę żyło 10 tygodni dzięki zastosowaniu wyciągu. Jednocześnie ze znikaniem objawów pod wpływem wstrzykiwania izolowanej substancji zauważył Collip, że następuje olbrzymi wzrost wapnia we krwi (*hypercalcaemia*). Towarzyszą jej objawy kliniczne; wymioty, biegunka, ogólna atonja, dyspnoe, w ciężkich przypadkach wybroczyny krwawe w przewodzie pokarmowym. Krew staje się tak gęsta, że nie może niekiedy wypływać z naczyń. We krwi samej zachodzą duże zmiany a więc przedewszystkiem: zwiększenie lepkości o 2-, 15-, 20%, wzrost parcia osmotycznego, wzrost fosforanów o 100% lub więcej wzrost azotu bezbiałkowego o 400%, wzrrst mocznika, zmniejszenia haloganów, zmniejszenie rezerwy alkalicznej i wreszcie zmniejszenie się ilości krwi o 5—15%. Jak widać hormon Collipa sprowadza głębokie zmiany w ustroju. Autor ten przekonał się dalej, że psy pozbawione jednocześnie gruczołów przytarczowych i tarczowych są bardziej wrażliwe na działanie substancji, z czego Collip wnosi, że pomiędzy gruczołami tarczowemi a przytarczowemi istnieje fizjologiczny antagonizm. Wyciąg Collipa był już stosowany u ludzi w tężyczce dziecięcej gdzie dał znakomite wyniki (rezultaty badań jeszcze nie ogłoszone) i w ostrem zapaleniu nerek z obrzękami, również u dzieci. Obserwowano pzytem zawsze wzrost wapnia we krwi. W klinice wyciąg może mieć zastosowanie we wszystkich stanach, które łączą się z niedomogą gruczołów przytarczycznych.

Doktorzy Keith i Whelan omawiają wpływ nowasurolu na skład krwi i moczu. Poza działaniem moczopędnem, stwierdzonem już dawniej, badacze ci zauważyli, że jednocześnie ze wzmożoną diurezą następuje wzrost względny i absolutny wydzielanych chlorków.

Manfield Clark mówi o utlenianiu i redukcji biologji. Gesell i towarzysze podają daty eksperymentalne odnoszące się do chemicznej regulacji oddechania. Badacze ci wskazują, że odczyn krwi krążącej nie jest czynnikiem regulującym pobudzanie ośrodków oddechowych. Novy przedstawia dane o oddechaniu komórek, szczególną uwagę poświęcając laseczniкowi gruźlicy. Novy Novy podnosi konieczność studjowania w biologji raczej samych komórek niż tkanek, organów lub całego zwierzęcia. Wreszcie Yong podaje wyniki leczenia chemjoterapeutycznego zapomocą mercurochromu Wyniki są bardzo zachęcające szczególnie w posocznicach i miejscowych zakażeniach.

Na posiedzeniu towarzystwa farmakologicznego zapowiada Dr. Jackson ciekawe wyniki leczenia dusznicy bolesnej. Podawanie adrenaliny doustnie zapobiega bólom bez zabiegów chirurgicznych i może mieć charakter wyleczenia trwałego. W żadnym przypadku nie zauważono działania szkodliwego. W dusznicy bolesnej której przyczyną jest nieznana, stosowano dotychczas dwa typy leczenia, jeden polega na wdechiwaniu lotnego azotynu amylowego, drugi jest zabiegiem chirurgicznym Pierwszy sposób jest dobry lecz musi być stale powtarzany, metoda chirurgiczna nie zawsze daje wyniki zadawalające.

Hel, jeden z najbardziej ekskluzywnych chemicznych elementów, jest przedmiotem badań profesora Compton'a z Princeton. Gaz ten najpierw odkryty w sferze słońca a używany obecnie do napełniania sterowców, daje się związać w próżni z rtęcią, jeżeli pary rtęci zostaną aktywowane przez promienie pozafiołkowe. Nowe połączenie, które w ten sposób powstaje otrzymało nazwę mercuro-helid'u.

Niejasną było dotychczas sprawą czy promienie X zostają załamane z chwilą, gdy przechodzą przez różne ciała. Szwedzki fizyk prof. Siegbahn wyjaśnia, na podstawie swych badań, że istotnie promienie X ulegają załamaniu wtedy, jeżeli przechodzą przez ciała stałe.

Równolegle pracują inne sekcja. Ciekawe były wywody prof. Boas'a, który mówił w sekcji antropologicznej o klasyfikacji imigrantów, z punktu widzenia biologicznego. Pojęcie, iż ktoś jest Szwedem, czy Włochem, to znaczy, że posiada zdecydowany rasowy charakter, jest zupełnie fałszywe. Tak zwane rasy są niezwykle pomieszanemi zbiorowiskami ludzi i rasa nie może być uważana jako jednostka, lecz jako konglomerat wielu rodzimych grup. W określaniu cech imigrantów muszą być wzięte pod uwagę fakty, że osobniki pewnych obszarów z tym samym językiem, zwyczajami, ubiorem i t. d. różnią się od osobników w innych kulturalnych zbiorowiskach. Zanim jednak ważność każdej cechy może być oznaczona Boas podkreśla, że musi być przebrowadzone dokładne badanie co do stopnia asymilacji imigranta w różnych okresach po przybyciu.

Równocześnie ze zjazdem naukowym Towarzystwa rozwoju wiedzy obradował Związek profesorów uniwersytetu, załatwiają najpierw szereg spraw lokalnych następnie zaś ogólnych. Ważnem postanowieniem były plany co do wymiany profesorów, ich podróży i stypendjów. Związek podkreślił jako ważny postulat współpracę z Ameryką łacińską. Wreszcie wspólnie z Towarzystwem rozwoju wiedzy podaje związek profesorów do publicznej wiadomości niezwykle symptomatyczną rezolucję w sprawie wolności nauczania. Wydane przez niektóre Stany — mówi uchwała — prawa przeciw nauczaniu o ewolucji jest pogwałceniem wolności słowa, opartem na bezpodstawnych obawach i ignorancji. Uchwała ta, mająca za sobą powagę Towarzystwa rozwoju wiedzy, jest protestem przeciwko dążeniu niektórych stanów do usunięcia wykładów o ewolucji poza uniwersytety oraz przeciw usuwaniu wykładowców za ich naukowe poglądy. Związek stanowczo przeciwstawia się temu, by sprawy natury naukowej były załatwiane przez głosowania publiczne lub akcję jakichkolwiek grup. Jedynie badacze i nauczyciele mogą decydować o tem, co jest przedmiotem ich badań lub nauczania i w czem są specjalistami.

* * *

Przedstawiłem w krótkości najważniejsze dla lekarza i biologa tematy, które poruszano na zjeździe. Rozmyślnie poświęciłem więcej uwagi opisowi organizacji samego towarzystwa, które poważną gra rolę w rozwoju i popularyzacji wiedzy w Stanach Zjednoczonych. Na przykładzie Ameryki widać, jak wielkie znaczenia posiada rozwój wiedzy dla kształtowania się i postępu życia ekonomicznego i politycznego cywilizowanych narodów. Zrozumienie znaczenia wiedzy przez szerokie warstwy społeczeństwa stwarza jej poszanowanie, prowadzi do zamiłowania do pracy, stwarza racjonalne metody wychowania i wiedzie do dobrobytu. Wewnętrzna struktura państwa zyskuje na tem, gdy postęp organizacji wszelkich jego dziedzin jest wynikiem zastosowania najnowszych zdobyczy naukowych dociekań, a nie opiera się na surowym empiryźmie.

Na zewnątrz rośnie powaga państwa i narodu, umacnia się jego polityczne stanowisko. Dla Polski szczególnie pierwszorzędne ma znaczenie każdy krok, który prowadzi do usystematyzowania pracy naukowej i do popularyzowania wiedzy. Przykład pracy Towarzystwa rozwoju wiedzy w Ameryce jest idealnym wzorem dla pracy w tym kierunku u nas, dla sharmonizowania jej w kraju i dla umiejętnej i trwałej propagandy nauki polskiej za granicą. Doskonałą myśl stworzenia związku polskich towarzystw lekarskich, poruszona przez profesorów Frankego i Nowickiego, należałoby rozszerzyć i w łonie związku pomieścić wszystkie towarzystwa naukowe polskie.

W. Koskowski.

Uczczenie Charcota w Klinice chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.

Dnia 17 b. m. w sali wykładowej na Klinice prof. Gluzińskiego, przy szpitalu Dzieciątka Jezus, odbyła się skromna, lecz serdeczna uroczystość ku czci Charcota z okazji setnej rocznicy Jego urodzin, obchodzonej w tym miesiącu przez cały świat naukowy. Inicjatorem tej uroczystości był prof. Orzechowski. Z powodu braku odpowiedniej sali w klinice nerwowej uroczystość odbyła się w klinice wewnętrznej — co w danym razie można uważać jako symbol łączności tych dwóch dziedzin medycyny — wszak Charcot był nie tylko wielkim neurologiem, lecz i wielkim internistą. W sali pięknie udekorowanej, ozdobionej udatnie wykonanym portretem olejnym Charcota, wśród licznie zgromadzonej rzeszy młodzieży lekarskiej, lekarzy szpitalnych i profesorów Wydziału Lekarskiego z J. Magnificencją Rektorem i Dziekanem Wydziału Lekarskiego na czele, wygłosił krótkie zagajenie A. Puławski, lekarz naczelny szpitala Dzieciątka Jezus, podkreślając zaszczyt, jaki przypadł w udziale szpitalowi, iż w nim się narodziła chronologicznie pierwsza klinika neurologiczna w naszym kraju, podobnie jak pierwsza taka klinika Charcota w szpitalu w Salpêtrière. Klinika mieści się tymczasowo w jednym z pawilonów szpitalnych, który odpowiednio przerobiony został z całą gotowością oddany do dyspozycji Kliniki przez Zarząd miasta i szpitala. W części tego pawilonu pracował lat kilkanaście ś. p. Władysław Gajkiewicz, wybitny uczeń Charcota i gorliwy krzewiciel nauki swego Mistrza wśród ogółu lekarzy polskich. Portret Charcota będzie umieszczony w jednej z sal klinicznych, która otrzyma nazwę sali Charcota aż do czasu, gdy klinika uzyska własną i dla siebie

dogodniejszą siedzibę. Mowca przypomniał obecnym, że szpital zawdzięcza swój początek synowi Francji, gdyż był założony na schyłku XVIII wieku przez misjonarza francuskiego ks. Boduena, któremu w okresie wielkiej wojny wzniesiono tablicę na murach szpitalnych. Tym sposobem, zakończył mówca, na terenie szpitalnym jest to druga uroczystość składania hołdu genjuszowi francuskiemu — genjuszowi miłosierdzia i genjuszowi wiedzy. Są to dwie piękne cechy, tego szlachetnego a związanego z nami węzłami przyjaźni n rodu, a zarazem dwie dwiazdy przewodnie naszego zawodu lekarskiego.

Prof. Orzechowski w przepięknym a treściwym wykładzie zobrazował genjalną postać Cbarcota, Jego niezapomniane zasługi dla neurologji i nauki lekarskiej, Jego wszechstronną erudycję i bezstronność, Jego umiejętność w dobieraniu współpracowników, i urok, jaki wywierał na swoich słuchaczy, co Mu zjednało wszechświatową sławę. Piękne to przemówienie podajemy w całości w niniejszym numerze.

Dziekan Czubalski w krótkich słowach uzasadnił pożytek czczenia wielkich mężów nauki i nadawania ich imion salom wykładowym klinicznym, jak to się praktykuje w naszej Wszechnicy. W ten sposób młodzież ma stale w pamięci ideały wielkich mężów nauki i ich czyny, kóre powinna naśladować, aby z czasem im dorównać i zasłużyć na cześć społeczeństwa.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Związek Lekarzy rządowych w Państwie Polskiem, Oddział we Lwowie, zawiadamia, że Zebranie Ogólne Związku odbędzie się we Lwowie w jesieni r. b. Dzień Zebrania będzie podany później.

Z kraju.

Dr. St. Lewicki z Krynicy donosi nam, że z powodów od niego niezależnych Zakładu fizyko-leczniczego prowadzić w Krynicy nie będzie. Natomiast stosować będzie djatermję w Zakładzie fizyko-leczniczym Dra Kmietowicza.

Ze świata.

Śmiertelność z raka w Szwajcarji przedstawia ciekawe liczby choćby z tego powodu, że Szwajcarja, obok Danji, uważana jest za kraj, w którym choroba raka zachodzi najczęściej. W okresie czasu 1901—1910 i 1911—1920 liczba przypadków śmierci z powodu raka była mniej więcej ta sama, a wynosiła na 10.000 ludności 12–12.1. Należy podnieść, że liczba śmierci z powodu raka u osób poniżej 70 roku życia zmalała, natomiast powyżej 70 roku życia liczba śmierci z raka powiększyła się (ze 102 na 113). Liczba raka przewodu pokarmowego u mężczyzn jest stosunkowo bardzo wysoka. W ostatnich 20 latach liczba ta jednak nie wzrosła. Twierdzenie, że zmieniony rodzaj pożywienia ma wpływ na liczbę raka przewodu pokarmowego, okazało się zatem niesłuszne. Natomiast rzeczywiście wzrosła liczba raka piersi, podczas gdy liczba raka macicy nie uległa zmianie.

Miejski Urząd dla ćwiczeń fizycznych został otwarty w Berlinie. Na czele urzędu tego jest osobny dyrektor, któremu podlegają dzielnicowi doradcy. Zadaniem ich jest systematyczne pouczanie ludności o potrzebie ćwiczeń fizycznych i szerzenie idei racjonalnego sportu. Doradcy ci są w ścisłej łączności z towarzystwami i związkami sportowemi i nauczycielami gimnastyki i sportu, odbywają z nimi posiedzenia i pogadanki i t. p., mające na celu szerzenie zamiłowania do sportu i jego ułatwianie.

Zmarli.

Dr. Józef Pawiński, były ordynator i konsultant honorowy szpitala św. Ducha w Warszawie, były prezes Warsz. Tow. Lekarskiego, członek paryskiej Akademji Lekarskiej, zmarł niespodziewanie w dn. 17 maja r. b. Paryżu, gdzie brał bardzo czynny udział w Zjeździe lekarskim polsko-francuskim.

Dr. Edward Przewoski były profesor Anatomji patologicznej w b. Uniwersytecie rosyjskim w Warszawie i b. prezes Warsz. Tow. Lekarskiego. Żył lat 76.

Dr. Bronisław Puljanowski, adjunkt Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik Zakładu roentgenologicznego w Warszawie; zmarł w Nizzy dn. 11 maja r. b.

Dr. Zbigniew Paderewski, inspektor szpitali m. Warszawy, jeden z zasłużonych działaczy społecznych.

Dr. Mieczysław Sołtysik zmarł we Lwowie.

Obszerniejsze wspomnienia o zmarłych, a tak zasłużonych dla nauki polskiej pracowników, podamy w najbliższych numerach Gazety Lek.

Nr. 23. 7. czerwca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prymarjusz Dr. Roman LESZCZYŃSKI. Lwów.

Metodyka rozpoznawania chorób skórnych.

Wstęp. Dermatologja jest nauką o zmianach chorobowych skóry. Zajmuje się sprawami, które toczą się w narządzie dostępnym bezpośrednio naszemu badaniu. Mogłoby się więc wydawać, że rozpoznawanie chorób skórnych należy do rzeczy najłatwiejszych. Z takiem zdaniem zdarzało mi się niejednokrotnie spotykać. W rzeczywistości jednak rzecz ma się przeciwnie. Prawidłowa diagnostyka skórna jest trudną. Składa się na to kilka przyczyn.

Przedewszystkiem sprawa cała »patet«, czyli jest na widoku. Spostrzeżenia robimy bezpośrednio, każdy błąd daje się bezpośrednio wytknąć, a kontrola prawdy jest ściślejszą, niż w innych działach medycyny. Dlatego odsetek dopuszczalnych pomyłek musi być mniejszym.

Powtóre trudności rozpoznawcze piętrzą się z następującego powodu. Jest stosunkowo niewiele rodzajów zmian morfologicznych (wykwitów), zaś ilość jednostek chorobowych jest ogromną. Kombinacja, ustosunkowanie, rozmieszczenie, następstwo elementów pierwotnych i wtórnych nadają dopiero osutce charakter osobniczy jednostki chorobowej. Wypływają stąd pełne zdrad i niebezpieczeństw podobieństwa obrazów. Po trzecie, *quot homines, tot cutes.* Każda skóra ma swoje osobnicze właściwości. Na tę samą szkodliwość będą rozmaite skóry, rozmaicie oddziaływały, nieraz w sposób zgoła nieoczekiwany lub niezwykły. Ta sama choroba może znaleść na różnych skórach, odmienny wyraz morfologiczny. Tu leży źródło dalszych trudności rozpoznawczych.

W końcu, *last, but not least,* umiejętność oglądania ma swe znaczenie. Nie wszyscy, którzy będą patrzeć, będą także widzieć. Nigdzie może, różnica znaczenia tych dwóch słów patrzeć i widzieć nie występuje tak dobitnie, jak w dermatologji. Nie wszystkie szczegóły utrwalone na siatkówce dochodzą do naszej świadomości. Dlatego widzeniem nazwę tylko uświadomione patrzenie. Ilość szczegółów dochodzących do naszej świadomości stanowi o zdolnościach spostrzegawczych badacza. Jedni mają wrodzony zmysł spostrzegawczy, drudzy przez ćwiczenie urabiają go w pewnej mierze, innym wreszcie zawsze go niedostaje.

To są przyczyny, dla których diagnoza skórna, pozornie tak łatwa, nastręcza tyle trudności. Wydało mi się przeto rzeczą pożyteczną, rozważyć i wskazać drogi, jakiemi podążać należy, chcąc dojść do tworzenia prawidłowej diagnozy skórnej.

Biegły dermatolog, oglądający chorą skórę, przebiega w swym intellekcie szereg szczebli, wykonuje szereg prac myślowych, zanim dojdzie do wniosku, do rozpoznania. Część tych prac dokonywa się świadomie, przeważna jednak część odbywa się podświadomie. Niektóre kojarzenia odbywały się w jego umyśle tylekroć razy, że zeszły do rzędu funkcyj automatycznych. Ucząc się czytać, zaczynamy od pojedynczych liter, potem czytamy zgłoski, po latach czytamy całemi słowami. Tak dzieje się i z obrazami skórnemi. Badacz, który już coś widział, porównuje chętnie obraz oglądany z obrazami znanemi, a idąc po drodze najmniejszego wysiłku, stara się odczytać obraz *in toto.* Droga to zawodna i pełna niebezpieczeństw. Przedewszystkiem sposób ten jest nieprzydatnym wobec obrazów nieznanych, powtóre prowadzi łatwo do pomyłek przy obrazach podobnych, po trzecie nie wystarcza przy osutkach kombinowanych. Dlatego sposób rozpoznawania oparty na porównywaniu w myśli całych obrazów nie jest polecenia godnym.

Chcąc uzyskać niezawodność i celność naszego rozpoznawania musimy pozostać wiernymi metodzie »sylabizowania« na skórze.

Dążeniem naszem musi być, aby jak najmniej procesów myślowych w czasie badania odbywało się podświadomie, aby za to jak największa ich ilość dokonywała się pod kontrolą świadomości.

W poszukiwaniu najpewniejszej drogi rozpoznawania zmian na skórze, starałem się całą pracę myślową, jaką dermatolog wykonywa rozłożyć na jej części składowe. Zobaczyłem, że najpierw musi on przez analizę obrazu stworzyć sobie przesłanki, później przez syntezę tychże, dojść do wniosku. Warunkiem powodzenia jest metodyczne badanie chorego. Najpierw rozbijamy całość obrazu na szczegóły, zbieramy spostrzeżenia, potem porządkujemy je i wiążemy w logiczne łańcuchy. Badania pomocnicze uzupełniają obraz morfologiczny, usuwają wątpliwości, dają wskazówki etjologiczne i torują drogę do pełnego, prawidłowego rozpoznania, rokowania i leczenia.

§. I. ANALIZA TŁA.

Obnażywszy w zupełności chorego, oglądamy go najpierw w całości. Ten pierwszy rzut oka poucza nas o rozległości i głównych siedliskach zmian chorobowych, oraz o typie konstytucjonalnym, jaki mamy przed sobą. Zwrócimy zaraz baczną uwagę na rodzaj skóry wydającej się normalną, na barwę włosów, oczu, na ewentualne nieprawidłowości budowy całego ciała. Rozpatrzenie skóry, jako tła, rozeznanie podłoża, na jakiem sprawa chorobowa się toczy, musi być pierwszą i integralną częścią naszego badania. O znaczeniu rodzajów skóry dla patologji tejże, pisałem w swoim czasie (Pol. Gaz. Lek. Nr. 14. 1923). Dlatego tutaj krótko się z tą sprawą załatwiam. Każda skóra posiada swoją indywidualność. Każda jest w stanie w sposób osobniczy oddziaływać na rozmaite szkodliwości Jedne jej właściwości są jawne i stwierdzamy je już przy oglądaniu, inne są utajone i wykrywamy je pomocniczemi metodami biologicznemi. Jeszcze inne wreszcie są potencjalne i wychodzą na jaw dopiero w czasie przebiegu. Wczesne poznanie osobniczych właściwości oglądanej skóry, wyjaśnia nam szczegóły morfologiczne i kaprysy przebiegu, ułatwia rozpoznanie, koryguje rokowanie, daje cenne wskazówki co do postępowania leczniczego.

§. II. A. ANALIZA WYKWITÓW.

Przystępujemy do szczegółowego badania. Z obawy, aby jakiś szczegół nie uszedł naszej uwagi, będziemy oglądali postępując wedle okolic ciała. Zaczynamy od głowy, skóry owłosionej, uszu, twarzy, oglądamy po drodze błonę śluzową jamy ustnej, gardła, nosa, dalej szyję, skórę klatki piersiowej i brzucha, kończyn górnych i dolnych. Zwracamy szczególną uwagę na okolicę narządów płciowych. Następnie odwracamy chorego. Oglądamy skórę grzbietnej strony karku, tułowia, kończyn górnych i dolnych, międzykrocze. Baczną uwagę poświęcamy zarówno stronie plastycznej, jak i kolorystycznej zmian chorobowych.

Po przyjrzeniu się staramy się znaleść odpowiedź na następujące pytania:

1) jakie rodzaje wykwitów pierwotnych, a jakie wtórnych spotkaliśmy, 2) który rodzaj jest w danej chwili dominującym, główwnym, a które są tylko dodatkowemi (*Effl. accessoriae*), następowemi (*E. consecutivae)* lub towarzyszącemi *(E. concomitantes),* 3) które wykwity uważamy za najstarsze, które za najmłodsze.

§. II. B. SYNTEZA ewolucji WYKWITÓW.

Znalazłszy odpowiedź na zadane sobie pytania staramy się uporządkować nasze spostrzeżenia. Wiemy już, jakie wy-

kwity pierwotne i wtórne wogóle na danej skórze się rozwinęły, wiemy, który typ w danej chwili jest najobfitszym i co najważniejsza, odszukaliśmy najmłodsze (najświeższe zmiany). Opierając się na naszej znajomości ogólnej patologji skóry, staramy się o d t w o r z y ć o b r a z r o z w o j u i przebiegu w czasie, czyli n a s t ę p s t w a w y k w i t ó w. Staramy się ułożyć zauważone zmiany w szereg, zaczynając od najmłodszych, aż do najstarszych. Zmiany niedające się pomieścić w szeregu ewolucyjnym, będziemy uważali za dodatkowe lub towarzyszące.

Przykład pierwszy: (II. A.). Znalazłem dość rozległe brunatne plamy, takie same mniejsze, przy niektórych wyraźny zanik, dalej płaskie nacieki brunatno-czerwono-wiśniowe, większe i mniejsze (wielkości grochu), także guzki płaskie, ciemno-brudno-czerwone, wielkości łebka szpilki do soczewicy, często w podłużne smugi się układające, niekiedy krwawemi strupkami pokryte.

(II. B.) Układam w szereg: guzki drobne czerwone, gdy się zlewają tworzą większe nacieki, gdy ustępują, brunatnieją i spłaszczają się, w końcu zostają brunatne plamy bez nacieku, nawet zaniki; objawy drapania, jako następstwo świądu (*lichen ruber planus).*

Przykład drugi: (II. A.) obfite krosty wielkości soczewicy do małego grochu, o szczycie zapadłym. Z rzadka tejże wielkości czerwone guzki, na ich szczycie zaczynające się rozpływanie i pęcherzyk z treścią mętną, na niektórych krostach przysychanie i tworzenie się strupa.

(II. B.) Guzki na szczycie rozmiękkające, krostki, strupy (*variola* w okresie krostowania).

Przykład trzeci: (II. A.) łojotok, w obrębie twarzy, uszu dość rozległe, płaskie ogniska, w środku białawe, na obwodzie brudno-czerwone, tłuste łuski, rozszerzone ujścia mieszków; inne ogniska białawe z obwódką brunatnawą, inne mniejsze wysycono-czerwone, lekko wyniosłe, więcej na obwodzie, niż w środku.

(II. B.) Płaskie nacieki ciemno-czerwone na skórze łojotocznej, rozszerzają się obwodowo przybierając odcień brunatnawy i spłaszczając się w środku. Później w środku wytwarza się blizna zanikowa, na obwodzie naciek brunatnieje i spłaszcza się (*lupus erythematodes chronicus).*

§. III. A. ANALIZA OSUTKI.

Gdy wykwitów jest wiele, mówimy o osutce. Jest to więc pojęcie zbiorowe. Rzadko bywa osutka jednoczasową (równoczasową jak n. p. *herpes zoster)* zwyczajnie zajmuje stopniowo rozmaite okolice ciała. Rzadko stosunkowo widzi się osutki o jednym typie wykwitów, częściej spotykamy rozmaite rodzaje wykwitów pomięszane (osutki kombinowane). Bywa też tak, że na tych samych okolicach pojawiają się w różnych okresach, różne wykwity i mieszają się ze sobą. Mówimy wtedy o typie dominującym dla danej chwili. Przy innych schorzeniach skórnych zmiany powiększają się przez wzrost na obwodzie, przez zlewanie się ognisk sąsiednich, przez występowanie całych nowych ognisk, grup lub wysepek na coraz to nowych okolicach ciała.

Gdyśmy już wykonali pracę pod II. A. i II. B. zakreśloną, t. j. analizę wykwitów i syntezę rozwoju tychże, oczekuje nas podobne zadanie odnośnie do osutki, jako pojęcia wyższego. Musimy oznaczyć: 1) u ł o ż e n i e wykwitów lub ognisk w z g l ę d e m s i e b i e (w kołach, smugach, girlandach i t. d.), 2) r o z m i e s z c z e n i e ich na rozmaitych częściach skóry, a to, gdzie spotykamy typy lub ogniska n a j m ł o d s z e, n a j s t a r s z e, d o m i n u j ą c e, 3) musimy ustalić s p o s ó b r o z s z e r z a n i a s i ę o s u t k i (przez występowanie pojedynczych nowych wykwitów lub grup, przez postępowanie obwodowe, przeszczepianie i t. d., 4) musimy ustalić n a s t ę p s t w o w c z a s i e c z y l i k o l e j n o ś ć zajmowania poszczególnych okolic przez osutkę.

§. III. B. SYNTEZA OSUTKI.

Poznanie ułożenia, rozmieszczenia, sposobu rozszerzania się i kolejności okolic skóry pozwoli nam na o d t w o r z e n i e r o z w o j u i p r z e b i e g u o s u t k i w c z a s i e i p r z e s t r z e n i.

Będziemy się starali znów ułożyć nasze spostrzeżenia w szereg: okolice, gdzie są dominujące, najmłodsze wykwity będą ostatnio zajętemi. Tam gdzie spotykamy najstarsze wykwity, będziemy się dopatrywać punktu wyjścia osutki. Wiadomo, że rozmieszczenie, kolejność zajmowania rozmaitych partyj, bywa patognomoniczną dla pewnych schorzeń. Podobnie i sposób rozszerzania się stanowi niekiedy istotną cechę schorzenia.

§. III. C. WNIOSKI.

a) dalszem naszem staraniem będzie określenie c z a s u t r w a n i a s c h o r z e n i a na podstawie zebranych spostrzeżeń. W i e k o s u t k i oznaczamy wedle: 1. i l o ś c i wykwitów lub ognisk i ich rozsiania, 2. ich w i e l k o ś c i, 3. (w zapaleniach) wedle b a r w y: żywo czerwona, wysycona czerwona, ciemno-czerwona, brunatno-czerwona, brunatna, 4. stopnia w y n i o s ł o ś c i (obrzęk, naciek, neoplasia) względnie s p ł a s z c z e n i a s i ę, 5. zmian w s t e c z n y c h (łuszczenia się, pigmentacje, zanik, rozpady, owrzodzenia, blizny).

b) Dane uzyskane przez dotychczasowe badanie pozwalają nam pokusić się o r o z p o z n a n i e. Niekiedy jesteśmy w stanie skonstruować już pełne rozpoznanie k l i n i c z n e, w innych razach musimy się zadowolić tylko diagnozą a n a t o m i c z n ą.

Przykład pierwszy (III. A.): widzę pęcherzyki z treścią surowiczą, niektóre z krwawą, wielkości łebka szpilki, ułożone w grupkach na tułowiu, z jednej strony i na jednej wysokości.

(III. B.). Osutka jest jednoczasową, o jednym typie wykwitów, rozmieszczoną połowiczo, wzdłuż przebiegu jednego nerwu.

(III. C.). *Herpes zoster.*

Przykład drugi (III. A.): widzę osutkę dość gęsto rozsianą na tułowiu i kończynach, złożoną z plamek owalnych, ułożonych dłuższą osią wedle linij podzielności skóry. Barwa jest najżywiej czerwoną na przedramionach, mniej na ramionach i kończynach dolnych, jeszcze mniej na górnej części tułowia. Tutaj niektóre plamki są wyniosłe, twardawe, o barwie miedziano-czerwonej. Na brzuchu plamki są brudnoczerwone i widzi się znacznie więcej guzków wielkości soczewicy, miedziano-czerwonych.

(III. B.). Osutka zaczęła się jako plamista na brzuchu, później wystąpiła na górnej części tułowia, na ramionach i udach, w końcu na przedramionach i podudziach. W miarę trwania osutki wytwarza się naciek przy niektórych plamkach, przeobrażając je w guzki.

(III. C.). Czas trwania osutki około 5—6 tygodni na brzuchu, 4—5 tyg. na górnej części tułowia i t. d. Rozpoznanie: *lues maculo-papulosa* w 13—14 tygodniu od zakażenia.

§. IV. ZWIĄZEK Z NARZĄDAMI WEWNĘTRZNEMI. *(Status internus).*

Skórę musimy uważać za żywy narząd czerpiący swe soki z tego samego źródła co wszystkie inne narządy. Zaburzenia w czynnościach któregokolwiek z narządów wewnętrznych, powodujące nieprawidłowości w biochemizmie ustroju, znajdują swój wyraz na skórze. W jednych wypadkach zaburzenia w narządach wewnętrznych wywołują wręcz zmiany chorobowe na skórze. W innych razach skóra pozostaje pozornie zdrową, ale ulega »przestrojeniu«. Bądź to staje się wrażliwą na bodźce normalnie nieszkodliwe, bądź też staje się przeczuloną w stosunku do niektórych szkodliwości i oddziaływa na nie niestosunkowo silnie. Dlatego nieodzownem jest dla zrozumienia patologji skóry, poznanie stanu i sprawności narządów wewnętrznych.

Przedewszystkiem musimy się zapoznać ze stanem narządów wydalających (nerki, wątroba). Wszelkie upośledzenie ich czynności ciężko odbija się na skórze. Cały aparat ekonomji ustroju, czy to będą gruczoły dokrewne, czy narządy krwiotwórcze, czy układ wegetatywny musi zostać starannie przeszukanym. Procesy ana- jak i kataboliczne zarówno nas obchodzą. Zależność skóry od układu nerwowego dobrze jest

znaną. Serce i układ krwionośny odgrywają w patologji skóry również pierwszorzędną rolę. Z etjologji ogólnej chorób skóry wiemy, że przyczyny schorzeń mogą być pochodzenia zewnętrznego *(noxae externae)* lub wewnętrznego *(n. internae).* Chcąc wyrozumieć wątek i istotę większości schorzeń skórnych musi nowoczesny dermatolog u każdego chorego sporządzić dokładny *status internus.* To mu daje w dużej większości przypadków klucz do klinicznej diagnozy, podstawę do ustalenia przyczyny, do rokowania i racjonalnego leczenia.

Na powyższe twierdzenia można przytoczyć wiele przykładów. Zmiany skórne przy awitaminozach *(pellagra)*, fotodermatozy, jako następstwo uczulenia bądźto wrodzonego *(xeroderma pigmentosum)* bądźto nabytego *(hydroa vacciniformis).* Wypryski u chorych ze skazą moczanową lub szczawianową. Xanthomata przy cholesterynemji, uczulenie skóry przy hiperglikemji, zmiany na skórze przy białaczce, endokrinidy, jak *myxoedema, exanthemata menstrualia et gravidarum, hyperidrosis* u gruźliczych, świąd przy schorzeniach wątroby i podniesieniu parcia krwi i wiele, wiele innych.

Tutaj podkreślić musimy, że odwrotnie znajomość objawów skórnych ma także dużą wartość dla internisty. Naprowadza go często na właściwe tory, zwraca uwagę na niedomogi, którychby inaczej nie podejrzewał.

§. V. BADANIA POMOCNICZE.

Badanie morfologiczne skóry i narządów wewnętrznych nie zawsze daje nam odpowiedzi wystarczające do odtworzenia pełnego obrazu chorobowego, do skonstruowania pełnej diagnozy klinicznej. W takich razach uciekamy się do badań pomocniczych. Mają one zadanie: 1. w jednych razach potwierdzić nasze rozpoznanie (np. badanie histologiczne, bakterjologiczne), 2. w innych wypadkach zapoznać nas z szczegółami drugorzędnemi, towarzyszącemi, równoległemi (eozynofilja przy świerzbie, przy pęcherzycy, cukier w moczu przy xantomatach, seroreakcja przy kile jawnej), 3. w innych jeszcze razach dostarczyć nam szczegółów pierwszorzędnych, o decydującem znaczeniu rozpoznawczem, (obraz krwi przy białaczce, utkanie gruźlicze lub SR+ w wypadkach wątpliwych, wykazanie krętków, gonokokków, grzybków i t. p.).

Dermatologja posługuje się przedewszystkiem inspekcją, dalej palpacją. Przy badaniu narządów wewnętrznych potrzebną nam jest auskultacja. Badania pomocnicze obejmują jeszcze cały szereg innych metod, jako to:

1. Badanie moczu chemiczne, oraz mikroskopowe osadów i części morfotycznych.

2. Badanie krwi cytologiczne i chemiczne (zawartość cukru, cholesteryny, kwasów żółciowych, azotu i t. d.) bakterjologiczne, posiewy i szczepienia na zwierzęta) w końcu serologiczne.

3. Badania serologiczne krwi, płynu mózgowordzeniowego, surowicy z wrzodów, gruczołów, wysięków, przesączów i t. d.

4. Badania bakterjologiczne moczu, krwi, innych płynów i wydzielin ustrojowych, dalej produktów znajdujących się na skórze, wreszcie tkanek w głębi położonych. Przy badaniach bakterjologicznych posługujemy się mikroskopem, hodowlami, szczepieniem na zwierzęta, autoinokulacjami.

5. Badania histologiczne tkanki chorobowej służą do poznania stosunków i diagnozy anatomicznej, niekiedy dla potwierdzenia naszego rozpoznania makroskopowego. W wyjątkowych razach mogą być przydatne lub potrzebne dla diagnozy klinicznej.

6. Badania fizykalne, jak badanie Roentgenem, badanie ciepłoty skóry, jej przewodzenia elektrycznego i t. p.

7. Badania biologiczne. Dział bardzo ważny, który znajduje się dopiero w początkach, w okresie tworzenia się. Możnaby je nazwać też badaniem czynnościowem, funkcjonalnem, albo badaniem sprawności narządów.

A) badanie sprawności narządów wewnętrznych (v. §. IV.) n. p. nerek, wątroby.

B) badanie sprawności skóry.

a) wykrywanie stanów allergicznych n. p. odczyny zapomocą tuberkuliny, trichofityny, luetyny i t. p. Próby Walkera, Jaegera.

b)badanie czynnościowe skóry sposobem farmakodynamicznym wedle Gröera (dermoreakcje Gröera).

c) badanie zachowania się skóry w związku z układem wegetatywnym (vago- i sympatykotonja skóry).

d) badanie leukopenji po wstrzyknięciach intradermalnych, wedle Widala-Müllera-Kartamiszewa.

8) Wnioskowanie *ex juvantibus et nocentibus.* Zdarza się czasem, że ostateczne potwierdzenie rozpoznania daje nam dopiero zachowanie się ogniska chorobowego względem leków swoistych. Jest to pewnego rodzaju odczyn biologiczny. Gdy zmiana ustępuje pod jodem i rtęcią, wnioskujemy o kilakowej naturze schorzenia.

Tutaj zaliczyć też muszę odczyn Jarisch-Herxheimera po Hg., Bi., As. (podobny do reakcji ogniskowej po tuberkulinie, trichofitynie). Podobnie widujemy zaostrzenia n. p. w zapaleniu stawu kolanowego, lub przydatków macicy po szczepionce gonokokkowej i wnioskujemy stąd o naturze swoistej tych zapaleń. To prowadzi nas do metody prowokacji dla celów rozpoznawczych. Osobna wzmianka należy się wstrzykiwaniom prowokacyjnym arsenobenzolów, zmieniających SR— na SR+.

§. VI. WYWIADY.

Nie przez zapomnienie umieszczam wywiady dopiero na szóstem miejscu. Owszem czynię to świadomie. Chory bądź to bezwiednie, *bona fide*, bądź też, jak się często dzieje, rozmyślnie, podaje nam fałszywe szczegóły lub zataja inne. Jeszcze gorzej, gdy chory przychodzi z pewną własną koncepcją co do swej choroby, przykrawa odpowiednio swe opowiadanie i stara się nas suggerować. Biada lekarzowi, który nie umie się oprzeć, który się poddaje myślom chorego. Szczególnie dermatolog nie może się mieć dość na baczności, nie może być dość krytycznym w odniesieniu do podań chorego. Zresztą wszystko prawie, co chory może nam powiedzieć, winniśmy w ogólnych zarysach wyczytać ze skóry. I czas trwania i przebieg i przyczynę. Wywiady mogą nam być przydatnemi w następujących wypadkach:

1. dla potwierdzenia szczegółów, któreśmy sami ze skóry wyczytali,

2. dla dodania nowych szczegółów, wypełnienia luk, uzupełnienia obrazu, przez nas samoistnie już (!!) skonstruowanego,

3. w rzadkich przypadkach mogą nam przynieść szczegóły nieznane, pierwszorzędnej wagi, wyjaśniające patogenezę lub etjologję cierpienia.

Takie znaczenie mają n. p. niekiedy wywiady rodzinne, o ile idzie o choroby wrodzone, dziedziczne, lub rodzinne, (genodermatozy). W innych razach sprecyzują nam przyczynę, której ogólną naturę rozeznaliśmy: n. p. stwierdzamy *eczema artefactum ex usu externo medicamenti*, a chory podaje, że nacierał się terpentyną, lub gdy rozpoznaliśmy *erythema toxicum*, a chory podaje, że zażywał *luminal.* Wogóle wywiady mogą nam być pomocnemi przy ustalaniu przyczyny i rokowaniu, wyjątkowo tylko przy rozpoznawaniu.

§. VII. USTALENIE PRZYCZYNY CHOROBY.

Może się komu wyda dziwnem, dlaczego po tem, co powiedziałem, wyznaczam osobny ustęp, pojmuję, jako osobną czynność, ustalanie przyczyny. Wszak i przy badaniu klinicznem i przy badaniach pomocniczych i przy wywiadach zwracaliśmy uwagę na etjologję schorzenia. Niewątpliwie bywa w wielu razach tak, że w poprzednich etapach wyjaśniamy dostatecznie i etjologją i patogenezę cierpienia. W innych przypadkach natomiast może się zdarzyć, że wcześniej dochodzimy do pełnego rozpoznania obrazu istniejącego, niż do zdania sobie sprawy skąd, dlaczego i jak powstał. Postępując metodycznie konstruowaliśmy diagnozę stanu faktycznego z nieubłaganą konsekwencją. Jednak co się tyczy etjologji i patogenezy zebraliśmy tylko luźne spostrzeżenia. Otóż teraz nadchodzi właściwy moment, aby te spostrzeżenia zrewidować, uporządkować i powiązać w łańcuch logiczny. Idzie

tu nie o osutkę, ale o chorobę. Wyjaśnię na przykładach o co mi idzie.

Przykład pierwszy: Osutkę istniejącą na skórze rozpoznaliśmy, jako *trichophytię*. Badaniem mikroskopowem, znalezieniem grzybków potwierdziliśmy rozpoznanie. Możemy jeszcze zastanowić się nad źródłem zakażenia. Po za tem dalsze rozważania nad przyczyną schorzenia są nam zbędne,

Przykład drugi: Istniejącą osutkę rozpoznałem, jako *pityriasis versicolor*. Mikroskopem wykazałem grzybki *microsporon furfur*, będące przyczyną tego schorzenia. Wiadomo jednak, że nie wszyscy ludzie dostają pstry łupież, mimo iż jest tak częstym, że grzybek przeszczepiony nie na każdej skórze się przyjmuje. Tylko u niektórych osobników przedstawia skóra podglebie dlań korzystne. Liczne spostrzeżenia pouczyły nas, że *pityriasis versicolor* spotykamy prawie wyłącznie u gruźliczych. I oto wyłania się prawda, że do powstania *pityriasis versicolor* potrzebnym jest zbieg dwóch momentów: obecności grzybka i skóry podatnej, zmienionej odpowiednio przez jady gruźlicze.

Przykład trzeci: Chory podlega łatwo zakażeniom ropnym, które przebiegają u niego nader ciężko, wiodąc często do zgorzeli. Nie możemy się zadowolić wykazaniem streptoczy staphylokokków. Bakterje ropne są przecież ogromnie rozpowszechnione, spotykamy je niemal na każdej skórze zdrowej. Stąd jednak do pyodermji daleko. Badając starannie chorego znajdujemy cukier w moczu. Łączymy te dwa spostrzeżenia i powiadamy, że cukromocz (ściślej hiperglikemja) sprowadził nadmierną wrażliwość skóry na zakażenia ropne. Chcąc leczyć przyczynowo, niedość usunąć bakterje, niedość usunąć cukromocz. Należy wykryć i usunąć przyczynę ostateczną (n. p. *pancreatitis gummosa)*.

Przykład czwarty: Chory dostaje co wiosny osutki, którą rozpoznajemy, jako *hydroa vacciniformis Bazin*. Poszukiwania wykazały nam, że momentem wywołującym erupcję były wiosenne promienie słoneczne. Czy mogliśmy ten niewątpliwy moment przyczynowy uważać za ostateczną przyczynę? Nie! Szukaliśmy więc dalej. W niektórych przypadkach stwierdziliśmy obok zmian na skórze haematoporphyrinurję. W innych razach, gdy nie było haematoporphiryny w moczu, znaleźliśmy haematoporphirynogen we krwi. Nasunęło się podejrzenie, że haematoporphyrinogen we krwi krążący zrobił skórę wrażliwszą niż zwyczajnie na promienie słoneczne. Znaleźliśmy przyczynę erupcji, nie znamy ciągle jeszcze przyczyny choroby.

Ustalenie przyczyny ma więc znaczenie: *a)* dla rokowania, *b)* dla racjonalnego leczenia, *c)* jako czynnik postępu, pogłębiający zrozumienie skórnych obrazów chorobowych.

§. VIII. ROKOWANIE.

O znaczeniu, potrzebie, umiejętności rokowania nie będę się rozpisywał. Nie wchodzi to w obręb, zakreślonych nadpisem rozważań. Podnieść tylko pragnę, że w metodycznem postępowaniu teraz dopiero przychodzi odpowiednia chwila do rokowania. Prace wykonane pod I. — VII. dają nam realne podstawy do uzasadnionego rokowania.

§. IX. LECZENIE.

Powodzenie leczenia jest zawisłem od dobrego rozpoznania. Leczenie przyczynowe wymaga poznania poprzednio etjologji i patogenezy schorzenia. Nie można zabierać się do leczenia nie wykonawszy poprzednio prac, jakie w logicznem następstwie przedstawiłem. Metodyczne przejście etapów myślowych stwarza podstawy do rozwinięcia rozumnego programu leczenia.

* * *

Rozważania moje dobiegły do kresu. Część uwag to starzy znajomi. Celem moim było po pierwsze: rozłożyć i wydobyć na jaw procesy myślowe, które odbywają się w czasie tworzenia rozpoznania dermatologicznego. Powtóre: ułożyć je w łańcuch logiczny. Po trzecie: położyć nacisk na metodykę postępowania rozpoznawczego, jako najpewniejszą drogę w diagnostyce dermatologicznej.

W zakończeniu nie mogę pominąć, że pierwszy impuls do urobienia sobie takiej metodyki dały mi prace P h i l i p p s o n'a (Palermo), N i k o l s k i'e g o (Rostów n/D) i B e t t m a n n'a (Heidelberg).

Dr. Witold LIPIŃSKI. Kraków.

Wartość odczynu zmętnienia Meinickiego (M. T. R.*) w serodiagnostyce kiły.

Z Instytutu Weterynarji i Med. Dośw. Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie. (Dyrektor: Prof. dr. Juljan N o w a k).

Serodiagnostyka kiły wzbogaciła się w ostatnim czasie nowym odczynem kłaczkującym, który dzięki możności łatwego i szybkiego wykonania znajdzie prawdopodobnie niebawem ogólne zastosowanie. Odczyn zmętnienia M e i n i c k e g o, ulepszany ustawicznie i opracowany ostatecznie w szczegółach z początkiem zeszłego roku, poprzedziło spostrzeżenie M e i n i c k e g o, poczynione jeszcze w czasie wojny, że lipoidy, zawarte w antigenie kiłowym, wypadają z globulinami surowicy, i to tak kiłowej jak normalnej. Strąty surowic normalnych ulegają rozpuszczeniu pod wpływem czynników, zwiększających dyspersję ciał białkowych, jak n. p. hipertoniczny roztwór soli kuchennej, podczas gdy strąty surowic kiłowych są nieodwracalne i nie rozpuszczają się w roztworach hipertonicznych. Tak powstała pierwsza metoda M e i n i c k e g o (1917), metoda dwufazowa, która mimo dobrych wyników, nie znalazła na ogół zastosowania, właśnie dzięki niedogodnościom, wynikającym z pracy w dwu etapach. Tę usterkę usunęła niebawem tak zwana III. modyfikacja (D. M.), gdzie technikę dwu-fazową zastąpiła jednofazowa. Dodanie do antygenu balsamu tolutańskiego ulepszyło znacznie technikę, dając ostatecznie odczyn zmętnienia (M. T. R.).

Zanim przejdziemy do rozpatrzenia naszych wyników, podamy pokrótce technikę odczynu. Technika ta, jak wspomniano powyżej niezmiernie prosta i łatwa, polega na dodaniu do 0.2 cm^3, odwirowanej surowicy czynnej — 1 cm^3 antygenu, odpowiednio rozcieńczonego hipertonicznym (3%) roztworem soli kuchennej (w stosunku 1:11). Tak roztwór soli, jakoteż antigen, należy uprzednio podgrzewać przez 10 minut w ciepłocie 40 do 45° C. poczem szybko zmieszać i natychmiast dodać go do surowicy badanej. Do probówki kontrolnej dodajemy uprzednio kroplę 40% formaliny. W krótki czas potem występuje w surowicach kiłowych wyraźne zmętnienie, dające się odczytać gołem okiem. Probówki z surowicami niekiłowemi i probówki kontrolne, trzymane w odległości około 2-ch metrów od okna, pozwalają nam widzieć dokładnie ostro cięty krzyż ramy okiennej.

Mimo całej prostoty, udatne wyniki odczynu zmętnienia, zależą od wielu czynników, których należy ściśle przestrzegać. W pierwszym rzędzie probówki i pipety powinny być bezwzględnie czyste. Ślad kwasów lub zasad może dać powód do przykrych pomyłek. Przy badaniach naszych posługiwaliśmy się z dobrym skutkiem probówkami, używanemi w pracowniach do odczynu Wassermanna (w 1 cm^3).

Surowicę badamy w stanie czynnym, odwirowaną na wirówce elektrycznej, o obrotach około 3.000 na minutę, wystarczy podług naszych spostrzeżeń, wirowanie przez 1 minutę. Początkowo używaliśmy 0.2 cm^3 surowicy i 1 cm^3 rozcieńczonego antigenu kiłowego, później stale 0.1 cm^3 surowicy i 0.5 cm^3 rozcieńczonego antigenu. Przy znacznej ilości surowic odgrywa to dużą rolę, a nie wpływa zupełnie na swoistość i przejrzystość wyników. Do badań nadają się wszystkie surowice bez wyjątku, a zatem zarówno hemolityczne jak i żółtaczkowe.

W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się, wyłącznie oryginalnym antigenem kiłowym, ustalonym i wypróbowanym na szeregu surowic przez M e i n i c k e g o, sprowadzonym z Niemiec (Adler-Apotheke, Hagen in Westphalen. Originalextrakt für Dr. M e i n i c k e s Trübungsreaktion auf Syphilis [M. T. R.]). — Otrzymaliśmy stamtąd dwa wyciągi, jeden o słabszem stężeniu, drugi silniejszy. Wyniki, otrzy-

*) Dr. M e i n i c k e s. Trübungsreaktion auf Syphilis. (M. T. R.).

mane z antigenem słabszym, naogół równie dobre, były nieco czulsze. Antigen ten dawał większą ilość wyników wątpliwych, które zmuszały nas do przesunięcia terminu odczytania niejednokrotnie do dwóch godzin. W przeważnej ilości przypadków wyniki dodatnie występowały po kilkunastu minutach, dając po jednej godzinie możność łatwego i przejrzystego odczytania. Surowice normalne, niekiłowe, pozostawały zupełnie przejrzyste. Zmętnień powstałych po dwóch godzinach stosownie do wskazówek Meinickego, nie uwzględnialiśmy; odczytywaliśmy stale przy świetle dziennem. Odczytywanie wyników przy świetle sztucznem nastręczało znaczne trudności.

Materjał nasz, obejmujący 1.000 surowic, otrzymywaliśmy z filji Państwowego Zakładu Higjeny, z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell. i pracowni bakterjologicznej Szpitala Okręgowego W. P.; płyny mózgowo-rdzeniowe z kliniki psychjatrycznej. Wyniki odczynu Meinickego porównywaliśmy z wynikami odczynu Wassermanna czynnego (P. Z. H.), i wynikami odczynu Wassermanna z surowicą unieczynnioną (10 minut przy 56°C.) (Szpital Okręgowy W. P.). Z surowicami kliniki dermatologicznej wykonywaliśmy w większości przypadków (na 300 surowic) obok odczynu Meinickego i odczynu Wassermanna czynnego i klasycznego, w kilkudziesięciu przypadkach, serologicznie wątpliwych, lub klinicznie szczególnie ważnych, również odczyn Hechta.

Klinicznie rozpada się nasz materjał na następujące grupy:

Lues suspecta	271	przypadków
Lues primaria	108	»
Lues secundaria	137	»
Lues tertiaria	25	«
Lues cerebri	11	«
Lues peracta, asympt. (kiła po ukończeniu leczenia, kiła utajona)	350	»
Metalues (Paralysis progr., tabes dorsalis)	35	»
Okres laktacji (mamka)	14	»
Gruźlica skóry	7	»
Abortus habitualis	2	»
Partus praematurus	2	»
Varia	38	»

Na 38 przypadków varia przypadają:

Guz w mediastinum	1
Psoriasis	1
Ulcera cruris	2
Posocznica	1
Impetigo contagiosa	1
Neuritis optica	1
Carcinoma prostatae	1
Pemphigus neonatorum	1
Wyprysk rąk	1
Ulcus molle	3
Condyloma acuminata	3
Neurastenia	5
Gonorrhoea	2
Urticaria	5
Choroby umysłowe (etjologji niekiłowej)	12

Wyników zgodnych otrzymaliśmy na 1.000 przypadków 873,
co stanowi 87.3%, z tego:
Odczyn Wassermanna + Meinickego + 320.
» » —, » —, 553.
Wyników niezgodnych otrzymaliśmy 127,
co stanowi 12.7%, z tego:
Odczyn Wassermanna +, Meinickego —, 38.
» » —, » +, 89.

Po szczegółowem rozpatrzeniu otrzymanych wyników przypada na 38 przypadków dodatniego odczynu Wassermanna, a ujemnego Meinickego:

na Lues suspecta	10	(Wszystkie z Wassermannem czynnym)
Lues I.	2	(Wszystkie z Wassermannem czynnym)
Lues II. w ciągu leczenia	1	(Wasserman z surowicą unieczynnioną)
Lues per-acta asymptomat.	21	(15 Wassermannów czynnych + 6 nieczynn.)
Impetigo contagios.	1	(Wassermann czynny)
Condylomata acumin.	1	(« »)
Mamka	1	(« »)
Metalues	1	(« »)

Impetigo contagiosa, condylomata, acuminata i mamka, dodatnie przy odczynie Wassermanna czynnym, musiały odpaść a wyniki dodatnie uznano za wyniki nieswoiste, wobec braku objawów kiłowych i ujemnych wywiadów. Odczyn Wassermanna klasyczny, wykonany z temi surowicami dał wyniki zgodnie ujemne. W tych trzech przypadkach odczyn Meinickego okazał wyższość nad odczynem Wassermanna czynnym, wskazując na nieswoiste zahamowanie.

Nie jest to bez znaczenia wobec faktu, że pracownie bakterjologiczne pracują niejednokrotnie wyłącznie z surowicami czynnemi. Porównanie wyników, otrzymanych z odczynem Wassermanna czynnym, z wynikami odczynu zmętnienia może nieraz przestrzedz przed nieswoistem zahamowaniem przy odczynie Wassermanna czynnym i przed fałszywem rozpoznaniem, co dla badanego nie jest rzeczą obojętną.

Pominąwszy dziesięć przypadków lues suspecta, gdzie nie można było ustalić, czy podejrzenie w kierunku kiły okazało się słusznem, widzimy, że odczyn Wassermanna czynny okazał się siedmnaście (17) razy czulszym od odczynu Meinickego, odczyn zaś Wassermanna klasyczny 8 razy.

Na 89 przypadków dodatniego odczynu Meinickego przy równocześnie ujemnym odczynie Wassermanna przypada:

na	Lues suspecta	19
»	Lues I.	10
»	Lues II.	6
»	Lues III.	2
»	Lues per-acta asym.	43
«	Lues hereditatia	3
«	Mamki	3
«	Posocznica	1
«	Lupus vulgaris	1

Nieswoiste wyniki dodatnie, przemawiające na niekorzyść odczynu Meinickego, otrzymaliśmy zatem 5 razy a to:

u mamek	3
w posocznicy	1
w lupus vulgaris	1

W tym ostatnim przypadku odczyn Wassermanna czynny dał wybitne zahamowanie, a hemoliza z surowicą nieczynną szła bardzo wolno. Klinicznych objawów kiły nie było. Wywiady w kierunku lues ujemne.

Chcąc oceniać wyniki możliwie bezstronnie, musimy odrzucić 19 przypadków lues suspecta (4 razy odczyn Wassermanna czynny, + 15-razy odczyn Wassermanna klasyczny), wskutek niemożności sprawdzenia rozpoznania klinicznego.

W 65 przypadkach odczyn Meinickego okazał się czulszym, a to:

w 55 przypadkach czulszym od odczynu Wassermanna klasycznego,

w 10 przypadkach czulszym od odczynu Wassermanna z surowicą czynną.

Zasługują tutaj na wyszczególnienie przypadki kiły leczonej, bezobjawowej, utajonej, dalej trzy przypadki lues hereditaria, dwa abortus habitualis i dwa partus praematurns, wszystkie z dodatniemi wywiadami w kierunku kiły. Porównanie wyników odczynu Wassermanna klasycznego z wynikami odczynu zmętnienia po-

zwoliło skierować tych chorych na właściwą drogę. A zatem i dla pracowni, operującej wyłącznie surowicami unieczynnionemi, odczyn Meinickego wykazał swą użyteczność.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć w krótkich słowach o odczynie zmętnienia w zastosowaniu do płynów mózgowo-rdzeniowych, jakkolwiek Meinicke mówi wyłącznie o surowicy krwi.

Z 10-ciu badanych płynów mózgowo-rdzeniowych przypada klinicznie na:

Lues II	1
Lues peracta	1
Metalues	1
Choroby nerwowe i umysłowe, etjologji niekiłowej	7

Na 10 wyników ujemnych, tak z płynem czynnym jak unieczynnionym, dał odczyn Meinickego 9 razy wyniki dodatnie. Okazał się zatem nieswoistym w działaniu i nie może mieć zastosowania przy płynach mózgowo-rdzeniowych.

Streszczenie.

Odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) wykonano równocześnie z odczynem Wassermanna na materjale, obejmującym 1.000 surowic. Przy łatwej technice i przejrzystości wyników odczyn ten okazał się wysoce swoistym. Na 1.000 surowic otrzymano 5 wyników dodatnich nieswoistych. Do badania płynów mózgowo-rdzeniowych odczyn Meinickego nie nadaje się. Odczynu Wassermanna nie może zastąpić. Wykonany równocześnie z odczynem Wassermanna czynnym, może niejednokrotnie uchronić przed nieswoistemi wynikami, spotykanemi przy surowicy czynnej; wykonany równocześnie z odczynem Wassermanna z surowicą unieczynnioną, wskaże, jako czulszy, szereg przypadków, w których odczyn Wassermanna klasyczny zawodzi. Przy wynikach wątpliwych może, jako wysoce swoisty, odegrać rolę rozstrzygającą.

Piśmiennictwo.

1) Deutsche Med. Wochenschr. 922. Nr. 12, Deutsche Med. Wochenschr. 1923. Nr. 2. Deutsche Med. Wochenschr. 1923. Nr. 13, Klin. Wochenschr. 1924 r. Nr. 3. Münchner Med. Wochenschr. 1924, Nr. 17. Beitrage zur Klinik der Tuberkulose Bd. 56.

Z praktyki.

Dr. Eugenjusz KRAJEWSKI, lekarz-asystent. Bielszowice G. Śląsk.

Endocarditis acuta gripposa.

Z lecznicy Brackiej w Bielszowicach.
Lekarz naczelny: r. s. Dr. Uloth.

Ostre schorzenia wsierdzia mają w przygniatającej swej większości przyrodę gośćcową (Coombs, Picton), po dziś dzień pod względem bakterjologicznym niewyjaśnioną. Nieliczne odsetkowo przypadki wywołane są przez zakażenie gronkowcami, paciorkowcami, pneumokokami, dwoinkami tryprowemi lub szeregiem innych drobnoustrojów chorobotwórczych. Ostre więc zapalenie wsierdzia jest w ostatnich przypadkach jednym z objawów zakażenia ogólnego, które doprowadziło do usadowienia się drobnoustrojów w tym właśnie narządzie (Aubertin). Zapalenie wsierdzia tworzy też bardzo często w obrazie klinicznym zakażenia ogólnego tak ostrego jak i przewlekłego punkt centralny zespołu objawowego zarówno ze względu na mechanizm chorobowy, jak i znaczenie rokownicze. Wspomnę tu tylko o niektórych powikłaniach ostrego zapalenia wsierdzia i to nietylko wrzodziejącego ale i brodawkowego, jak zatory różnych ważnych narządów a więc nerek, naczyń krezkowych lub kończyn i t.p., które przebieg cierpienia czynią nader często ciężkim i poważnym.

Powikłanie grypy ostrem zapaleniem wsierdzia nie jest częstem a Müller, a z nim i szereg innych autorów (Cona, Son, Aubertin) podkreślają tę rzadkość tego powikłania także i odnośnie do grypyo ciężkim przebiegu. Tyczy się to w równej mierze i wikłających grypę ostrych schorzeń mięśnia sercowego. Do najbardziej też znanych postaci grypy należy postać:

1. bez szczególnych miejscowych objawów,
2. płucna,
3. nerwowo-gośćcowa,
4. żołądkowo-jelitowa,
5. toksyczna i
6. mózgowa.

Postać, w której objawy sercowe t. j. zajęcie wsierdzia ostre znajdują się na planie pierwszym, jest mało opisaną tak w naszem, jak i zagranicznem piśmiennictwie fachowem i dlatego uwagi kliniczne nad 28 przypadkami spostrzeganemi w tut. lecznicy przyczynić się mogą do rozszerzenia zarówno znajomości symptomatologji schorzeń grypowych, jak i ostrych schorzeń wsierdzia. Nazwy grypa i grypowe zapalenie wsierdzia używam celowo i świadomie, a to dlatego, że nazwa ta w niczem nie przesądza bakterjologicznej istoty znanego nam dobrze zespołu chorobowego, czego nie można powiedzieć o »influency«, tembardziej, że drobnoustrój wywołujący »influencę«, pozostaje po ostatnich i systematycznych badaniach bakterjologicznych znanej pandemji grypy w dalszym ciągu spornym, w każdym zaś razie nie jest nim bez dużych zastrzeżeń prątek Pfeifferowski. Pojęcie grypy jest pojęciem *par excellence* klinicznem i jako takie oddaje doskonałe usługi kliniczne przy odróżnianiu tej grupy charakterystycznych objawów chorobowych od podobnych spraw zakaźnych.

W lutym i marcu b. r. w związku ze znanemi przesileniami atmosferycznemi (dnie ciepłe a słoneczne z następującemi mrozami i śnieżycą, po nich znowu odwilż i deszcz) obserwowano wśród świeżo przybyłych chorych 28 przypadków, które przez swoje podobieństwo i grupowe zjawianie się zwróciły szybko na siebie uwagę. Chorzy w wieku 17 do 35 lat, którzy nigdy gośćca stawowego ani innych schorzeń zakaźnych nie przebywali, zgłaszali się na oddział z powodu »przeziębienia«. W wywiadach podawali prawie jednozgodnie, że choroba obecna rozpoczęła się przed kilku dniami (2—7) nieżytem nosa, kaszlem suchym i kłuciem w piersiach, szczególnie po stronie lewej. Z objawów ogólnych wspominali u siebie o bólach i zawrotach głowy, osłabieniu ogólnem z brakiem łaknienia. Skargi na nieżyt nosa, kaszel i dolegliwości piersiowe powtarzały się z uderzającą monotonnością. Bóle piersiowe umiejscawiali niektórzy chorzy między łopatkami lub »w krzyżach« i wpływ na nasilenie bólów tak kaszlu, jak i głębokich oddechów nie zauważyli. Kaszel miał charakter niedokuczliwy, ranny, połączony z odpluwaniem skąpej treści śluzowej. W jednym przypadku skarżył się nadto chory na krwioplucie w pierwszych dniach choroby, 1 na uczucie drapania w gardle, 1 na zadyszkę przy ruchach a 5 na zaparcie stolca. Przypadłości jakichkolwiek sercowych (bicie serca, ściskanie koło serca i t. p.) chorzy u siebie nie zauważyli, podobnie jak gorączki, dreszczów, potów lub objawów zapalnych w zakresie stawów kończyn (bóle, obrzęki).

Badanie przedmiotowe chorych wykazywało nieżytowe zapalenie śluzówek nosa, gardzieli, tchawicy oraz oskrzeli. W 3-ch przypadkach badanie fizykalne wykazało małe ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc — wszystkie w prawym dolnym płacie. Skóra w otoczeniu otworów nosowych była zaczerwieniona, oddechanie nosem utrudnione lub wręcz niemożliwe, śluzówka łuków podniebiennych i migdałków gardzielowych nieco zaczerwieniona i rozpulchniona, śluzówka tchawicy (badanie wziernikowe) również nieżytowo zmieniona. Przy osłuchiwaniu płuc stwierdzić można było objawy suchego nieżytu oskrzeli. Ciepłota ciała wahała się w granicach między 36·9 a 37·8° C. Plwocina pod względem ilości — skąpa, śluzowa, ciągnąca się, bezwonna; w preparacie pod drobnowidem śluz, nieliczne nabłonki i wielojądrzaste krwinki białe, oraz skąpa flora bakteryjna w postaci ziarniaków. Prątków kwasoodpornych — brak. Ilość białka w plwocinach niezwiększona.

Już przy oglądaniu rzucał się w oczy objaw, który wskazywał na jakąś nieprawidłowość w ośrodkowym narzą-

dzie krążenia. Była to lekka sinica na wargach i tętnienie naczyń na szyi oraz w dołkach podobojczykowych, dla których brakło takich przyczyn jak nerwice, blednica, miażdżyca, gorączka, zaburzenia dokrewne i t. p. Badanie dokładniejsze wykazywało, że chodziło tu o skurczowe tętnienie tętnic dogłowowych i podobojczykowych oraz przedskórczowe tętnienie powierzchownych żył szyjnych. Objaw ten występował bardzo wyraźnie u wszystkich chorych w czasie zupełnego spokoju, w położeniu pionowem i poziomem badanych i to, rzecz ciekawa, często na kilka dni przed zjawianiem się przysłuchowych objawów nad sercem, które pozwalały na przyjęcie organicznego schorzenia zastawek. Tętnienie to było miarowe i miernie przyśpieszone. W okolicy serca stwierdzić można było oglądaniem i obmacywaniem w części tylko przypadków (11 chorych) — tętnienie końca serca rozlane (3—4 opuszek palców w obu kierunkach), podnoszące, miarowe, współczesne ze skurczem serca, umiejscowione w V-tym lub VI-tym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz lub też w samej lewej linji sutkowej. W 2-ch przypadkach okolica serca wykazywała falowanie. Granice wypukowe serca — prawidłowe, za wyjątkiem kilku przypadków gdzie granica lewa znajdowała się w lewej linji sutkowej lub o 1 palec na zewnątrz od niej. Osłuchiwanie serca w postawie pionowej wykazywało odchylenie w postaci zwiększenia głośności I-go tonu nad końcem serca i zaakcentowanie II-go tonu nad tętnicą płucną. Badanie natomiast chorych w położeniu leżącem wykazywało:

w 10 przypadkach w pierwszym dniu obserwacji,
w 16 » » drugim » »
w 2 » » trzecim » »

nad końcem serca a jeszcze częściej w II lub III-cim przestworze, międzyżebrowym tuż przy mostku głośny szmer skurczowy, zajmujący cały okres systoliczny, chuchający, udzielający się nad tętnicą główną lub płucną a połączony z wyraźnem zaakcentowaniem II-go tonu nad miejscem osłuchiwania tętnicy płucnej. Szmery wspomniane bardzo często słyszalne były dopiero po wykonaniu przez chorego paru energicznych ruchów. Tętno zazwyczaj miernie przyśpieszone około 98 uderzeń na 1 minutę, średnio wypełnione, miarowe, o napięciu obniżonem. Badanie sprawności serca przez wykonanie 10 przysiadów w $^1/_4$ minuty wykazywało zawsze pewien stan niewydolności serca: duszność, nagłe podniesienie ilości tętna o przeszło 20 fal na 15 sekund i powrót do poprzedniej ilości po 2—3 minutach, zwiększenie się sinicy na wargach i końcach rąk i nóg.

Skóra, szczególnie na twarzy blada, nieraz z odcieniem żółtawym. Pozatem badanie narządów jamy brzusznej (śledziona niepowiększona), nerek (białkomoczu brak), stawów i układu nerwowego — nie wykazywało żadnych szczególnych odchyleń od stosunków przeciętnych. Ciepłota ciała w czasie parotygodniowej obserwacji wahała się prawie w granicach normy. Samopoczucie chorych i stan ogólny w czasie tym był dobry. Szmery sercowe utrzymywały się stale, w postaci niezmienionej, wykazując równocześnie wszelkie cechy organicznych szmerów sercowych. Posiewy krwi wykonane tak w pierwszych dniach choroby, jak i w czasie obserwacji nie dały żadnych wyników godnych podkreślenia. W każdym razie w żadnym z przypadków nie wyhodowano ani paciorkowców, ani gronkowców. W jednym n. p. przypadku udało się wyhodować Gram + laseczkę, ruchomą, beztlenową, niezarodnikującą. Badanie krwi wykazało mierną leukocytozę. Obraz krwi podług Schillinga przesunięty nieznacznie w lewo. Zastosowane środki salicylowe, między innemi i atophanyl, nie dały żadnej szczególnej poprawy stanu chorobowego.

Jak z powyższych danych wynika mieliśmy u badanych do czynienia z ostrem schorzeniem wsierdzia, które klinicznie objawiało się niedomykalnością zastawki dwudzielnej i niesprawnością serca, schorzeniem zresztą o przebiegu dobrotliwym. Taki przebieg *endocarditis acuta* jest znany i w nierzadkich wypadkach, dopiero szczegółowe badanie narządu krążenia pozwala lekarzowi wykryć ją, podczas gdy ani podania chorego ani stan ogólny nie wskazują na jakiekolwiek schorzenia serca. Taki obraz odpowiada objawom brodawkowatego zapalenia wsierdzia a nie zapalenia wrzodziejącego, z towarzyszącemi mu burzliwemi objawami ciężkiej sprawy zakaźnej. W opisanych wyżej przypadkach uderza jednak wystąpienie ostrego schorzenia wsierdia w ścisłym związku z zakażeniem grypowem. Obraz ten przypomina w zupełności przypadki nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych u osesków, gdzie po okresie nieżytowym, zaznaczonym często tylko lekkiem zajęciem nosa, gardzieli i oskrzeli występują nieoczekiwanie objawy oponowe. Ileż to razy zresztą szczegółowe badanie układu nerwowego i płynu mózgo-rdzeniowego wykazuje u dzieci z nieżytem dróg oddechowych ciężkie i już daleko posunięte swoiste schorzenie opon. Podobnie w naszych przypadkach szereg chorych, którzy zgłaszali się w dalszych dniach choroby z przebytą lub jeszcze trwającą »grypą«,, skierowani przez lekarzy na tut. oddział, przy dokładnem badaniu i zwróceniu szczególnej uwagi na stan serca — wykazywali ostre schorzenie wsierdzia.

W rozpoznaniu etjologji opisanych przypadków ostrego schorzenia wsierdzia odrzucić musimy przedewszystkiem tło gośćcowe a to ze względu na zupełny brak zmian stawowych lub surowicówek (opłucna, osierdzie), jakkolwiek trzeba przyznać, że zdarzają się i pierwotne, gośćcowe schorzenia wsierdzia. Szczątkowe jednak objawy zajęcia błon stawowych dają się przecież wykryć w postaci bolów stawowych obok zmian i dolegliwości mięśniowo-nerwowych (Coombs, Pichon). Tak samo, nie możemy przyjąć rozwoju schorzenia wsierdzia na tle zakażenia ogólnego, głównie przez paciorkowce lub gronkowce, bo i stan ogólny chorych i wyniki badań bakterjologicznych do przyjęcia tego rodzaju zakażenia nie uprawniają. To samo można powiedzieć o zapaleniu wsierdzia w następstwie mieszkowego zapalenia migdałków (*angina follicularis)*, postaci względnie częstej, jako że migdałki u naszych chorych żadnych wybitniejszych zmian zapalnych ostrych lub nawracających nie okazywały. Trudno również przyjąć zakażenie wychodzące z ropnych zmian skórnych (*pyodermatoses)*, ucha środkowego lub zakażenie durowe, wiewiórowe, pneumokokowe (zapalenie płuc) i t. p. z braku odnośnych danych. Natomiast zupełnie widomym jest w naszych przypadkach związek schorzenia wsierdzia z grypowem zapaleniem dróg oddechowych, tworzącem niejako wrota dla zakażenia wsierdzia drobnoustrojami, których natury bliżej określić nie mogliśmy. Ale czy wykazanie w tych przypadkach jakiegoś drobnoustroju rozświetliłoby całe zagadnienie — to kwestja. Wszak schorzenia grypowe dróg oddechowych mogą być wywołane i przez pneumokoka i przez meningokoka i przez *bacil. influenzae* i przez *streptotoccus mucosus* i t. p. a jednak istotną rzeczą pozostanie mechanizm całego zakażenia, całokształt obrazu klinicznego, który i bez szczegółowych poszukiwań bakterjologicznych pozwala nam odróżnić opisaną wyżej grypową postać ostrego schorzenia wsierdzia od takiego wywołanego przez zakażenie posocznicowe, durowe czy gośćcowe nie mówiąc już o innych. Na tej samej wszak zasadzie rozpoznaje klinicysta z całokształtu objawów *bronchopneumonia*, czy *pneumonia gripposa* lub *colitis gripposa*, nie siląc się bynajmniej na ściślejsze określenie bakterjologicznej natury zakażenia płucnego czy jelitowego, ponieważ znalezienie któregokolwiek z szeregu drobnoustrojów, wywołujących zakażenie grypowe, nie wiele zmieni ani jego stanowisko diagnostyczne ani terapeutyczne. Przedstawione zaś przypadki grypowego zapalenia wsierdzia dowodzą tylko, że należy zwrócić baczną uwagę na możliwość kombinacji zachorzenia obu układów t. j. oddechowego i krążenia w przebiegu zakażenia grypowego o lekkim względnie przebiegu, na istnienie »sercowej« postaci grypy, która po nagromadzeniu odpowiedniej ilości podobnych przypadków przez innych obserwatorów, okaże się może jako rys charakterystyczny (*»genius morbi«)* szerzących się w roku bieżą-

cym z powodu szczególnych warunków atmosferycznych zachorzeń grypowych.

Piśmiennictwo.

1) Aubertin E.: Le développement de l'infection baccilaire chez l'homme 1923. — 2) Cooms, C. F.: Rheumatic heart disease, 1924. — 3) Pichon: Le Rhumatisme cardiaque e'volutif et son traitement 1924. — 4) Son R. F.: Antreatise on influenza. London 1923. — 5) Conn H. W. i H. J.: Bacteriology. Baltimore 1924. — 6) Bronowski: Epidemja grypy w latach 1918—1920 Warszawa. — 7) Herzog G.: Zur Bakterjologie der Influenza. Münch. Med. Woch, 1919, Str. 121. — 8) Dörbeck Fr.: Die Influenza pandemie des Jahres 1918. Deutsch. med, Wochenschr. 1919. Str. 716.

W. JANUSZ, asystent Zakładu. Lwów.

Pierwotny mięsak śledziony.

Z Zakładu Anatomji patologicznej U. J. K. we Lwowie. (Dyrektor Prof. Dr. W. Nowicki).

»Pierwotne nowotwory śledziony należą do wielkich rzadkości« pisze Czernecki w swojej monografji »Fizjologja i patologja śledziony«. Zdanie powyższe oparte jest na statystycznych danych anatomicznych, wykazujących zaledwie kilka odosobnionych przypadków, w piśmiennictwie lekarskiem. Adolph do niedawna był w stanie zebrać zaledwie 20 przypadków pierwotnego mięsaka śledziony z wszechświatowego piśmiennictwa, a w latach ostatnich przybyło jeszcze kilka nowych.

Z pierwotnych nowotworów śledziony należy mięsaka uważać za nowotwór najważniejszy, przyczem należy go jednak odróżnić od mięsaka chłonnego *(lymphorsarcoma).*

W materjale sekcyjnym tutejszego Zakładu miałem sposobność spostrzegania również pierwotnego nowotworu śledziony, którego opis podaję poniżej a to z powodu jego rzadkości i rozległości zmiany samej.

W przypadku tym za życia rozpoznano przypuszczalnie pierwotny nowotwór śledziony. Dotyczy on mężczyzny l. 61, wyzn. mojż., z zawodu ekonoma. Wywiady nie przedstawiają nic godnego uwagi, przebieg zaś kliniczny nie wykazuje żadnych szczegółów ważniejszych. Chory bez określonych skarg zgłosił się do lekarza z powodu uczucia ciężaru w podżebrzu lewem: badanie kliniczne zaś stwierdziło u niego guz, wychodzący najprawdopodobniej z okolicy śledziony o postaci niedającej się ściśle określić.

Na to zatarcie postaci śledziony należy zwrócić uwagę, gdyż wszelkiego rodzaju nienowotworowe powiększenia śledziony w przeciwstawieniu do powiększeń nowotworowych nie zmieniają zwykle charakterystycznej postaci tego narządu nawet mimo jej znacznych rozmiarów, co jest znamienną cechą różniczkową w rozpoznawaniu klinicznem.

Po kilkudniowym pobycie w szpitalu, w ciągu którego stan stale się pogarszał, chory umarł.

Sekcja: Nr. 293/24, wykonana w 16 godzin po śmierci, wykazała, co następuje (ograniczam się tylko do opisu narządów:

Przy oględzinach zewnętrznych uderza niejednostajnie wypuklenie powłok jamy brzusznej, zwłaszcza po stronie lewej. Odżywienie jest podupadłe. Na skórze stwierdza się skąpe plamy pośmiertne o zwykłem umiejscowieniu. Po otwarciu jamy brzusznej wylewa się z niej blisko litr mętnego płynu surowiczego bursztynowego; otrzewna ścienna, jakoteż jelitowa, jest zmętniała i przekrwiona. W miejscu przecięcia powłok brzusznych z pod lewego podżebrza wydostają się nowotworowe masy białawe, będące w ścisłej łączności ze śledzioną. Śledziona jest wybitnie ciężka i powiększona: długa 22 cm, szeroka 10 cm, gruba 8 cm. Przy oglądaniu śledziony można wyróżnić dwie części odrębne, w górnym biegunie wąziutki rąbek zachowanego jeszcze miąższu śledzionowego a dalej rozległe masy nowotworowe rdzeniaste. zajmujące resztę narządu. Powierzchnia zewnętrzna tych mas nowotworowych jest groniasta, o wyniosłościach nierównych, przeważnie kragławych. Od tyłu masy nowotworowe śledziony zrośnięte są z trzustką za pomocą wiotkiej tkanki łącznej. Na przekroju śledziona w górnym biegunie ma wyraźnie zgrubiałą torebkę i pasmo szerokości $2^1/_2$ cm, zachowanego miąższu niezmienionego, ściśle odgraniczonego od większych guzowatości nowotworowych, które dochodzą wielkości pięści dorosłego mężczyzny. Bliżej środka stwierdza się w śledzionie większą jamę o ścianach nierównych, postrzępionych, wypełnioną rozpadającą się masą nowotworową o spoistości gęstej śmietany: zawartość ta łatwo wylewa się na zewnątrz. Cała część śledziony w dolnym biegunie przedstawia jednostajną białawą masę rdzeniastą, zresztą dość miękką. Gruczoły we wnęce śledziony są powiększone, na przekroju są blado-różowe, miękkie, soczyste. Wątroba z pod łuku żebrowego wystaje na trzy palce. Jest ona ciężka i powiększona, o brzegach zaokrąglonych. Na przekroju jej rysunek zrazikowy jest zatarty, a liczne cięcia w najrozmaitszych kierunkach zrobione nie wykazują nigdzie mas nowotworowych; spoistość miąższu jest wybitnie krucha. Nerki są nieznacznie powiększone: ich torebka włóknista schodzi łatwo, a na powierzchni podtorebkowej w nerce lewej stwierdza się kilka (3) przerzutów białawych, wielkości ziarna grochu lub fasoli, ściśle odgraniczających się od miąższu nerkowego. Na przekroju nerki mają nieco zatarty rysunek, miąższ ich lekko wywija się z pod linji przekroju i jest kruchy. Żołądek jest rozdęty, jelito, zwłaszcza cienkie, jest obniżone i częściowo wciska się do miednicy małej.

Po otwarciu stwierdza się w żołądku na krzywiźnie dużej guzowatą wyniosłość wielkości orzecha laskowego; usadowiona jest ona na dość wielkiej szypule, na przekroju jest białawo-rdzeniasta W innych narządach nie ma nic godnego zanotowania.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Sarcoma primarium emoliens lienis. Metastases neoplasmaticae renis sin. et mucosae ventriculi. Emphysema pulmonum essentiale. Tracheo-bronchitis cat. chronica. Atrophia cordis. Deg. hepatis renumque parenchymatosa. Gastritis cat. chronica hypertrophica. Cachexia.*

Do badania drobnowidowego wycięto kawałeczki gołem okiem niezmienionego miąższu śledziony, jej masy nowotworowe oraz przerzuty w nerce i w żołądku.

Badanie drobnowidowe mas nowotworowych wykazuje utkanie mięsaka krągłokomórkowego, w skład którego wchodzą komórki przeważnie krągławe większe od limfocytów i zawierające znacznie więcej pierwoszczy, oraz balonowate jądro, silnie barwiące się, zawierające niekiedy kilka jąderek. Te liczne komórki układają się gęsto obok siebie, substancja międzykomórkowa zaś jest tak skąpa, że zaledwie gdzieniegdzie można ją z łatwością dostrzec. Miejsca makroskopowo rozmiękkające okazują pod mikroskopem jednostajną bladobarwiącą się masę, która w zupełności wypełnia oczka delikatnej siateczki substancji międzykomórkowej; a wśród niej gdzieniegdzie stwierdza się zarysy poszczególnych komórek i różne postacie rozpadu jąder. W skrawkach, zrobionych z mas nowotworowych, nigdzie nie stwierdza się nawet śladu miąższu śledziony. Badanie drobnowidowe utrzymanego miąższu śledziony wykazuje rozrost znacznego stopnia, beleczki śledzionowe są tu wyraźnie zgrubiałe a naczynia porozszerzane; wszędzie ucierza obfitość różnych postaci komórek krwi, gdzieniegdzie występują ciałka białe, niekiedy nadzwyczaj duże. Na granicy guzów nowotworowych stwierdza się rozrost tkanki łącznej, silnie barwiącej się eozyną. W przerzutach badanie mikroskopowe wykazuje podobny typ komórek mięsaka krągłokomórkowego.

W przypadku opisanym chodzi zatem o daleko posuniętego mięsaka krągłokomórkowego śledziony z przerzutami w nerce lewej i żołądku. Rozległość zmian nowotworowych i zmiany wsteczne (rozpad) przemawiają za pierwotnem pochodzeniem nowotworu ze śledziony; z niej następnie zapewne drogą krwionośną przyszło do wytworzenia się wspomnianych przerzutów. Długotrwająca sprawa chorobowa spowodowała wyniszczenie i następowe zwyrodnienie narządów miąższowych u mężczyzny, będącego już u progu starości.

Najczęstszym rodzajem mięsaka śledziony jest mięsak chłonny, wychodzący z mieszków chłonnych. Rzadko pojawia się on jako nowotwór samotny i rozprzestrzenia się bardzo szybko w całym układzie chłonnym. Inne rodzaje mięsaków bujają z samego podścieliska lub otoczki śledziony. Z właściwych pierwocin łącznotkankowych zrębu powstają włókniaki, mięsako-włókniaki i prawdziwe mięsaki, z naczyń — chłoniaki i naczyniaki. Co do utkania, to w przeważnej liczbie przypadków stwierdzano mięsaka krągłokomórkowego, rzadziej wrzeciono-komórkowego, najrzadziej włókniako-mięsaka. Niektóre z pierwotnych nowotworów śledziony są tak małe, że nie powodują widocznych objawów przyżyciowych, a stwierdzane są dopiero na sekcji. Również także mięsaki mogą być tak małe, że nie dają wyraźnego obrazu klinicznego. Tak było n. p. w obu przypadkach, ogłoszonych przez Weichselbauma. W jednym z nich stwierdzono samotny nowotwór wielkości orzecha laskowego o utkaniu włókniako-mięsaka, który rozwinął się na wypukłej powierzchni śledziony. W drugim przypadku zaś stwierdził on mnogiego śródbłoniako-mięsaka w postaci licznych guzków, wy-

stających ponad powierzchnię przekroju. W większości ogłoszonych przypadków mięsaki śledziony miały niezwykłe rozmiary, tak że nowotwór wybijał się na plan pierwszy w obrazie klinicznym. Właściwe mięsaki śledziony, jak również jej mięsaki chłonne, rozwijają się najchętniej u ludzi w wieku młodym lub średnim. Clark opisał nawet mięsaka krągłokomórkowego pochodzenia wrodzonego. Już wkrótce po urodzeniu dziecka pojawiło się powiększenie śledziony, do którego w 10-ym miesiącu życia dołączyło się podupadanie sił żywotnych. W końcu pierwszego roku dziecko zmarło. Sekcja wykazała rozległy nowotwór, zajmujący śledzionę i przechodzący aż na lewe jądro, które zrośnięte było masami nowotworowemi z pęcherzem moczowym. Doraźne badanie drobnowidowe wykazało utkanie mięsaka krągłokomórkowego, który, według zdania Clarka, wyszedł ze śledziony. Hirschfeld również jest zdania, że mięsaki śledziony dotyczą najczęściej wieku dziecięcego.

Mięsaki śledziony wykazują niekiedy silną skłonność do przechodzenia na sąsiednie narządy a wogóle śledziona lubi w tych przypadkach zrastać się z otoczeniem. Przerzuty w tych przypadkach są nader częste. W razie rozległego bujania nowotworu ulega on często zmianom wstecznym. Toteż często opisywano w takich przypadkach wytwarzanie się większych lub mniejszych torbieli oraz zropienie. Śledziony z pierwotnym mięsakiem mogą dochodzić do rozmiarów bardzo znacznych, i tak w przypadku Cassotta śledziona ważyła 5000 gr, Adolpha — 3800, Bacelliego — 2400 i Kryłow — 4250.

Charakterystyczną dla mięsaka śledziony jest nierówna, guzkowato wyniosła jej powierzchnia. W przypadkach pierwotnego nowotworu śledziony na brzuchu stwierdza się często silnie rozdęte żyły skórne, które wskazują na wytworzenie się krwiobiegu ubocznego w następstwie znacznej przeszkody w odpływie krwi z jamy brzusznej. Łatwo powstają też objawy i zmiany w jamie brzusznej o charakterze utrudnionego odpływu krwi, między innemi opuchlina jamy brzusznej. W związku ze znacznym powiększeniem nowotworowo zmienionej śledziony może zachodzić nietylko ucisk ale także przemieszczenie narządów sąsiednich. Z innych zmian należy podnieść stopniowo rozwijającą się niedokrewność, niekiedy nawet wysokiego stopnia, a wreszcie charłactwo. Etjologja pierwotnych nowotworów śledziony jest tak samo nieznaną, jak wogóle etjologja nowotworów.

Grohe spostrzegał mięsaka śledziony, który wystąpił po przebytem uderzeniu w tę okolicę. Niektórzy autorowie zwracali uwagę, że chorzy na mięsaka śledziony niejednokrotnie wspominają o przebytych napadach zimnicy. Innych wzmianek co do tego w piśmiennictwie niema. W naszym przypadku niema żadnych danych, któreby mogły rzucić światło na pochodzenie opisanego nowotworu.

Piśmiennictwo.

1. Cassot. Ein primäres Sarcom der Milz. In.- Diss. Würzburg 1899. — 2) Grohe. Primäres metastasierendes Sarkom der Milz. Arch. f. path. An. u. Phys. 1897 Bd. 150. — 3) Clark. Congenital sarcoma of abdomen The Brit. med. journ. 1883 vol. i Kryłow. Splenektomia po powodu sarkomy selezenki. Chirurgja 7 zesz. 1898 r. — 4) Prinzing. Frankf. Zeitschrift f. Path. B. 13. — 5) Skubiszewski. Rzadki przypadek jednoczesnego naczyniaka mięsakowatego wątroby i śledziony. Pol. Gaz. Lek. 1922 r. — 6) Weichselbaum. Beiträge zur Geschwulstlehre Arch. f. Path. Anat. u. Phys. Bd. 85. Tamże o Adolphie i Bacelliego. — 7) Foix et Roemnele. Contribution á l'étude du sarcome primitif de la rate, à propos d'une forme spéciale, le reticulo — splénome nodulaire. Arch. de Medic. Experiment. 1912. T. 24.

Dr. Benedykt ZIEMILSKI. Lwów.

O leczeniu zapomocą wstrzykiwań preparatów atofanowych.

I. Atofan (kwas fenylochinolinokarbonowy — $C_6 H_5 C_9 H_5 NCOOH$) wszedł do lecznictwa przed mniejwięcej 17 laty jako środek przeciw skazie moczanowej. Nicolaier i Dohra (1) w eksperymencie, a Weintraud (2) w klinice wykazali wtedy, że po przyjęciu atofanu następuje ogromne zwiększenie wydalania kwasu moczowego moczem u zdrowych i u chorych, dotkniętych podwyższeniem poziomu kwasu moczowego we krwi, czyli chorych na dnę. Równocześnie ustępują wszystkie inne liczne objawy tego cierpienia, przedewszystkiem ból i obrzęk stawowy. Mechanizm działania polega na ogólnie stwierdzonem swoistem działaniu w kierunku wydalania egzogennego kwasu moczowego, (Poulssen [3]), chociaż możliwy jest ponadto zwiększony rozkład jądrowych substancyj leukocytów, zawierających ciała purynowe, (za czem przemawia według niektórych stwierdzona przez Skórczewskiego i Sohna (4) diazoreakcja w moczu po zażyciu atofanu jako dowód rozkładu białka, chociaż inni pojmują ją tylko jako odczyn utlenionego atofanu) ponadto Wiechowski i Starkenstein (5) wykazali, tak ogólnie, jak i lokalnie (stawy), znieczulające, „antiflogistyczne i antipiretyczne" działanie. (Klasyczne doświadczenie, z okiem królika, które nie brzęknie po wkropleniu olejku gorczycznego przy równoczesnem karmieniu królika atofanem). Badania Spiessa (6) wykazały, że znieczulenie tkanki, znajdującej się w stanie zapalnym nie tylko znosi objawowo ból, ale i uśmierza w niej sam proces zapalny. Wobec tego, że gośćcowe zapalenie stawu możemy przyjąć za Weintraudem (7) jako anafilaktyczną lokalizację toksyn ogólnego zakażenia w stawach, przedstawiających u danego osobnika, pewnego rodzaju »*locus minoris resistentiae*«, będzie każdy środek znieczulający staw po pierwsze uśmierzeniem samego procesu zapalnego, po drugie będzie zapobiegał, nawrotom. Praktyka okazała też, że atofan jest obok salicylu jednym z najdzielniejszych środków przeciwgośćcowych, byleby był podawany w odpowiednio (dużej ilości) mniej więcej 2 do 3 gramów codziennie przez 10 do 15 dni z rzędu (środek ten posiada jednakowoż także i wiele nieprzyjemnych skutków ubocznych, zazwyczaj wprawdzie nieszkodliwych ale utrudniających choremu zażywanie) zgaga, pokrzywka, wypryski, zawroty głowy a bardzo rzadko krwiomocz, (do najczęstszych i bardzo nieprzyjemnych należy uporczywa dyspepsja, której nie zapobiega nawet dwuwęglan sodu, zażywany w dużych ilościach po atofanie. Mendel (8) spostrzegał po atofanie bardzo przykre ataki dychawicy i kładzie je na karb rozpadu leukocytów, dlatego zaczął wstrzykiwać dożylnie atofan rozpuszczony w urotropinie, która miała zobojętnić »szok« atofanowy. Zieglwallner (9) natomiast zastosował roztwór wodny soli sodowej atofanu, który fabryka chemiczna Schering rzuciła na rynek pod nazwą »atofanylu« (zawartość w ampułce 5 cm³ według zapodania fabryki — 0.5 soli atofanowej, 0.5 salicylanu sodowego i ponadto 0.008 nowokainy dla ewentualnej injekcji śródmięśniowej, ponieważ środek zasadniczo przeznaczony jest dla wstrzykiwań dożylnych). Wkrótce po pojawieniu się atofanylu w handlu pojawiły się sprawozdania bardzo korzystne. Zieglwallner miał doskonałe wyniki nietylko przy wszystkich postaciach dny, ale także przy zwyczajnym gośćcu stawowym, przy zniekształcającem zapaleniu stawów, przyczem zwykle wystarczała ilość 5 do 10 ampułek wstrzykiwanych codziennie, czyli w sumie $2^1/_2$ do 5 gramów atofanu (drobna ilość w porównaniu z wymaganą doustnie ilością 20 do 30 gr.). Objawów ubocznych nie stwierdził żadnych, poza atakiem nerwicy sercowej u neuropatycznego osobnika zaraz po wstrzyknięciu, atak jednak podobny mógł towarzyszyć także jakiemukolwiek innemu zabiegowi. Bez skutku był atofanyl w sprawach gruźliczych i rzeżączkowych.

O podobnych zupełnie wynikach donosi Zimmer, (10) Zimmermann, (11) Wessel, (12) Morath, (13) Kärcher, (14) Umber, (15) Venzmer (16), ten ostatni osiągnął szczególnie dobre wyniki w praktyce okrętowej, wymagającej nagłejas kutecznej pomocy; Van der Velden (17) atofanylową profilaksę obniża podatność płuc do zapalenia postnarkotycznego. Brodt (18) znosi ból i obniża gorączkę przy ropnem zapaleniu ucha środkowego, ropniu około migdałkowymi migdałkowym, na sam proces chorobowy wpływa jedynie przy ropniu migdałkowym. Tylko Schwahn (19) doniósł o kilku ujemnych objawach powstałych po atofanylu: w jednym przypadku przyszło do ataku dychawicy i utraty przytomności, w drugim do silnej pokrzywki i naczynioruchowego obrzęku, doradza on tedy dużą ostrożność i małe daw-

kowanie, gdyż opierając się na badaniach Skórczewskiego i Sohna uważa rozpad białka po atofanie za rzecz stwierdzoną. Z tem stanowiskiem rozprawia się bardzo energicznie Sundermann (20), udowadniając że objawy spostrzegane przez Schwahna mogą być nie swoistym skutkiem każdego wstrząsu po jakiemkolwiek wstrzyknięciu i podnosząc z naciskiem wspomniane już inne tłumaczenie diazoreakcji po atofanie.

Na podstawie tych wszystkich prawie identycznych referatów wolno było przedsięwziąć próby na własną rękę. Na materjał*) zbierany od początku roku 1924 składa się 45 przypadków chorobowych. Wstrzykiwania były o ile możności dożylne, ponieważ zastrzyk śródmięśniowy bywa prawie zawsze bardzo bolesny, środek bowiem rozchodzi się bardzo szybko wzdłuż nerwu kulszowego, wprowadzając sztuczną krótkotrwałą, ale silną rwę, Dodatek 0.01 nowokainy, wstrzykniętej w miejsce atofanylu, okazał się w takich przypadkach niezbędny. Z pośród powyższych przypadków trzy dały wynik całkowicie ujemny. W jednym rwa kulszowa okazała się spowodowaną wtórnie przez narośl gruźliczą kości miednicowej, w drugim obrzęk stawu barkowego okazał się skutkiem urazu ścięgna, w trzecim przypadku zawód przyniosła nader uporczywa rwa kulszowa u lekarza, która trwa z remisjami już 2 lata i nie reagowała zupełnie między innemi i na dolędźwiowe wstrzykiwania antipiryny i nowokainy, i której etjologja po dziś dzień nie jest wyjaśniona. Dwa pierwsze przypadki pokazują, że injekcji atofanylu można użyć jako środka diagnostycznego *»ex juvantibus«*. W przypadkach wahania się między przyjęciem urazu a zapalenia. Pozatem odniosły wstrzykiwania duży sukces w 16 przypadkach zapalenia stawów i postrzału na tle dny, w 5 przypadkach rwy kulszowej prawdopodobnie dnawej, 15 przypadkach przewlekłego gośćca stawowego, w 1. przyp. suchego gośccowego zapalenia opłucnej, w 1. przyp. wyprysku dnawego, w dwóch przyp. ostrego gośćca stawowego, w 1. przypadku dnawego zapalenia tęczówki, (przekazanego przez okulistę) i jednym przypadku gruźliczego zapalenia stawu typu Poncetowskiego (jak wiadomo anafilaksja!) musiano stosować także proteinoterapję (Yatren-Casein) dla przyśpieszenia leczenia, można jednak było odnieść po każdej injekcji atofanylu wrażenie, że bolesność szybciej znikała, niż się to zdawało spostrzegać w innych podobnych przypadkach, leczonych samą proteinoterapią. Najbardziej uderza natychmiastowy wpływ na ból i opuchnięcie, które objawia się dosłownie w kilka minut po zastosowaniu wstrzyknięcia dożylnego. Jeden z chorych mógł jeszcze przed wyjęciem igły z żyły przesunąć pierścionek na palcu wzdłuż opuchniętego stawu, co było jeszcze przed injekcją wykluczone. Inna chora z postrzałem, która się w łóżku z trudem obróciła na brzuch dla przyjęcia wstrzyknięcia śródmięśniowego, usiadła 10 minut potem swobodnie i o własnych siłach na łóżku. Bóle i obrzęk ustępywały przy sprawach stawowych po 3 do 4 injekcjach, tak samo też bóle postrzałowe i rwy. Jeden z chorych, którego co roku nawiedzały nawroty postrzału zmuszające go do leżenia w łóżku przez parę tygodni i oporne przytem na kąpiele i salicyl, po 5 injekcjach był już zupełnie uzdrowiony. (Nie trzeba dodawać, że w przypadkach dny sprawdzonej lub prawdopodobnej dieta bezpurynowa tak jak dotychczas jest nieodzowną. Widoki pięknego rozwoju posiada też kombinacja atofanylu z proteinoterapją, która w paru przypadkach przytoczonych dała dobre wyniki. (Co jest zrozumiałe, jeżeli się zważy, że wynik leczniczy dwóch środków skombinowanych a mających odmienne punkty zaczepienia, według Bürgi'ego nie jest sumą, tylko iloczynem skutków poszczególnych leków). Ujemnych skutków ubocznych niespostrzeżono wcale, ani nawet przy wstrzykiwaniu dożylnem ambulatoryjnem, które stosowano powoli, przy ciągłem mieszaniu krwi z lekiem. Nie ulega tedy żadnej wątpliwości, że posiadamy w atofanylu jeden z najdzielniejszych leków przeciw - dnawych i przeciw - gośćcowych.

*) Część materjału znalazłem na Oddziele II. wewnętrznym tut. Szpitala Państwowego, którego kierownik prym. Dr. Ziembicki pozwolił mi uprzejmie na przeprowadzenie prób leczniczych, za co składam Mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

II. Podczas gdy wstrzykiwania atofanylu są ostatecznie tylko ulepszeniem techniki leczenia atofanem, to wstrzykiwanie innego preparatu atofanowego (»Icterosan«*) — również fabr. chem. Scheringa), opierają się na całkiem nowej podstawie.

Wzmożone w ostatnich latach zainteresowanie fizjopatologją wątroby spowodowało berlińską klinikę Krausa do rewizji środków »żółciopędnych« t. zw. »cholagoga«, jak salicylanu sodowego, żółci, mięty, oliwy i wielu innych, o których sądzono, że zwiększają produkcję żółci i przyśpieszają jej wydalanie. Okazało się, jednak, z badań doświadczalnych i klinicznych Brugscha i Horstersa (21) (ilość produkowanej żółci mierzono na psach z przetokami, a u ludzi zapomocą zgłębnika dwunastnicowego), że wszystkie dotychczas używane środki działają tylko w kierunku szybszego wydalania żółci z woreczka i przewodów żółciowych, że są tedy dosłownie i wyłącznie środkami żółciopędnemi. Prawdziwym jednak lekiem »żółciotwórczym« (»Choleretícum« — słowo urobione na wzór »Diureticum« (okazała się żółć względnie kwasy żółciowe i przedewszystkiem w największej mierze atofan, który zwiększa produkcję żółci u psa do 64%, pewne zaś spostrzeżenia pozwalają na wniosek, że działa on przytem wybiórczo na komórki wątrobowe. Nie ulega wątpliwości, że przy tak zwiększonej produkcji żółci, może ona silnym swoim prądem) (»vi a tergo«) pokonać przeszkody w postaci mniejszych kamieni w przewodach lub nieżytowych zwężeń przewodów, a tem samem usuwać żółtaczkę; rzeczywiście udało się Heniusowi (22) jedną ampułką »Icterosanu« wypchać kamień z przewodu żółciowego do jelita, a doświadczenia kliniczne Brugscha i Horstersa oraz Gruneberga i Ullmann'a (23) okazały bardzo szybkie działanie leku przy żółtaczkach nieżytowych, kamicach i zapaleniach dróg życiowych: następował spadek gorączki, żółtaczka znikała, mocz jaśniał, a stolec się zabarwiał; bilirubina surowicy wprzód zwiększona, zmniejszała się, zaś wątroba opuchnięta bolesna malała tracąc czułość, ataki kamicowe niepowtarzały się więcej, tak, że wspomniani autorzy uważają próbę z »Icterosanem« za bezwzględnie wskazaną w każdym przypadku, niewymagającym bezpośrednio zabiegu jak n. p. ropień wątroby lub woreczka; naturalnie, że przypadki żółtaczki na tle hemolitycznem, kiły lub zatrucia arsenobenzolem i t. p. zupełnie tu nie wchodzą w rachubę. Dobry skutek miał także Allard (24) kombinacją śródżylnych wstrzykiwań preparatu atofanowego przy równoczesnem wśróddwunastnicowem wstrzykiwaniu 25% Magn. sulfur. Przypadków własnych, leczonych »I.« miałem dotąd 13. Jest to bardzo mała liczba; ogłaszam jednakwyniki, gdyż są dość jednozgodne i zachęcają do dalszych prób. W jednym tylko przypadku typowej kamicy „I." nie skutkował zupełnie, bolesność okolicy woreczka pozostała, tak, że na tej podstawie można było podejrzywać zrosty, i spowodować operację, która też najzupełniej potwierdziła rozpoznanie. Widać z tego, że i »I.« można używać jako środka diagnostycznego *»ex juvantibus«* gdyż dobry skutek widzi się tu tak jak przy atofanylu już parę minut po wstrzyknięciu dożylnem. Wątroba, której przedtem nie można było dotknąć bez wywołania przejmującego bólu, bezpośrednio po wstrzyknięciu staje się nieczuła, co przynosi choremu ogromną i rychłą ulgę. Przypadków takich leczonych z dużym sukcesem (żółtaczki na tle kamicy) spostrzegano 12. W jednym przypadku już 5 wstrzyknięć usunęło bóle, których nie uśmierzyło długotrwałe leczenie całym arsenałem anticholelitiatycznym, w innym przypadku jedno wstrzyknięcie w chwili napadu przerwało napad w zupełności. W 10 pozostałych, 10 wstrzyknięć usunęło w każdym przypadku na kilka miesięcy nie bardzo nasilone ale uporczywe, od kilku lat trwające, tępe bóle, oraz stan podżółtaczkowy. Jakichkolwiek niekorzystnych ubocznych objawów po wstrzykiwaniach dożylnych nie widziałem.

Nasuwa się zagadnienie, dlaczego cholerezy atofanowej nie zauważono nigdy przy doustnem stosowaniu leku, który

*) »Icterosan« według zapodania firmy zawiera w 5. cm³ ampułce także 0.5 sodowej soli atofanu i 0.5 salicylanu sodowego podobnie jak atofanyl, jest jednak od atofanylu jaśniejszy, także oba środki czemś jeszcze innem muszą się różnić między sobą.

przyjmowany w niezliczonych przypadkach dny skomplikowanej n. p. kamicą żółciową, powinien był przecież wywrzeć wpływ i na żółtaczkę. Brugsch (25) tłumaczy to zjawisko w sposób następujący: atofan we wodzie nie rozpuszczalny, rozpuszcza się natomiast w żółci, ściślej w kwasie dezoksycholowym; przy zamknięciu dróg żółciowych atofan podany doustnie i do prostnicy nie może się zresorbować i wywrzeć swojego swoistego wpływu na komórki wątrobowe).

Reasumując można stwierdzić, że pozaustne leczenie preparatami atofanowemi jest najzupełniej nieszkodliwe. (Razem wykonano przeszło 250 wstrzyknięć, z tego około 150 dożylnych).

W odpowiednich przypadkach leczenie to okazało się jednym z najskuteczniejszych, poznanych dotąd sposobów terapeutycznych dotąd znanych.

* * *

Już po oddaniu do druku powyższego artykułu wpadł mi do ręki referat Ad. Wolffa (Tow. lek. w Hamburgu, pos. z 3. II. 1925 cyt. w Kl. W. Nr. 14. z 1925) o wpływie wśródżylnego wstrzykiwania 0.5—2.0 g. 10% roztworu sodowego soli atofanu na krzywą koncentracji Ur we krwi i w moczu. Okazało się, że u zdrowych i u chorych ze zmienioną ilością Ur w moczu lub we krwi, w 20 minut po wstrzyknięciu nastąpiło znaczne wzmożenie koncentracji w obu płynach, które wkrótce ustępowało; nie można tedy wątpić o swoistem działaniu atofanu na wydalanie Ur z ustroju.

Piśmiennictwo.

1) Nicolaier i Dohrn. D. A. f. kl. M. 1908, T. 93. — 2) Weintraud. Th. d. G. 911. Z. 3. — 3) Poulssen. Pharmakologie. 1922. — 4) Skórczewski i Sohn. Zbiór prac lw. kl. lek. 1911. Z. XI. — Ztsch f. exp. Path. u. Ther. 1912. Z. 11. — 5) Wiechowski i Starkenstein cyt. w. Poulssena. — 6) Spiess. Ref. w. Ztsch. f. Hals Nasen u. Ohrenhlk. 1923. T. 6.— 7) Weintraud. Kraus Brugsch II/II. — 8) Mendel. D. M. W. 1922. Nr. 25 i 43. — 9) Zieglwallner. Med. Kl. 1923. — 10) Zimmer. Ztsch, f. ärztl. Fortb. 1923. T. 20. str. 569. — 11) Zimmermann. Th. d. G. 1923. Z. 9. i 10. — 12) Wessel. M. Kl. 1924. R. 20. str. 714. — 13) Morath. Th. d. G. 1924. R. 65. Z. 7. — 14) Kärchoer. Arztl. Rundschau 1924. Nr. 11. — 15) Umber. M. M. W. 1924. R. 71. str. 1822.— 16) Venzmer. Th. d. G. 1924. R. 65. Z. 8. — 17) Van der Velden. Ztrblt. f. Chir. 1923. Nr. 33. — 18) Brodt. Ref. Ctbrl. f. Hals. Ohren u. Nasen hlk. 1924. T. 4. str. 264. — 19) Schwahn. Kl. W. 1924. N. 21. — 20) Sundermann. D. M. W. 1924. Nr. 29. — 21) Brugsch i Horsters. Ztsch. f. ges. exp. Med. 1923. T. 38. Z. 4/6. — Kl. W. 1923. Nr. 33. M. Kl. 1924. Nr. 20. — 22) Henius. Kl. W. 1924. Nr. 36. — 23) Gruneberg i Ullmann. M. Kl. 1924. Nr. 20. — 24) Allard. D. M. W. 1924. Nr. 50. — 25) Brugsch. Verein f. innere Medizin Berlin z 21. V. 1924. cyt. w Kl. W. 1924. Nr. 30.

Oceny i sprawozdania.

E. Stübler i Th. Brandess. **Patologja i klinika guzów jajnikowych.** Würzburger Abhandlungen 1924, str. 250—360.

Szczegółowe sprawozdanie z 670 przypadków guzów jajnikowych spostrzeganych w klinice w Tybindze w ciągu lat 1907—1922. Materjał swój dzielą autorowie częściowo wedle wskazówek R. Meyera, częściowo według O. Frankla, zarzucają zaś w zupełności podział Pfannenstiela.

Poszczególne działy omawiają autorowie szczegółowo pod względem klinicznym, anatomo-patologicznym i odsetkowym. Osobno omawiają powikłania skrętem, ciążą, gruźlicą i t. d.

Jako metody operacyjne polecają: przy torbielaku surowiczym — odjęcie guza o ile możności z pozostawieniem części zdrowych jajnika, szczególnie przy obustronnym. Przy torbielako-gruczolaku surowiczym brodawczakowatym nawet jednostronnym wycięcie przydatków po obu stronach; przy najmniejszem podejrzeniu na złośliwość — całkowite usunięcie macicy wraz z przydatkami.

W ciąży operują tylko wtedy, jeśli guz jest w zatoce Douglasa lub w miednicy małej, inaczej wyczekują porodu.

Podczas porodu — o ile guz stanowi przeszkodę porodową — radzą próbę odprowadzenia; gdy ta się nie udaje cięcie cesarskie wraz z wycięciem chorego jajnika, w przypadkach nieczystych: samo wycięcie jajnika i pozostawienie porodu siłom natury.

W połogu operują zanim położnica opuści łóżko a to z obawy skrętu spowodowanego wiotkością powłok. Bardzo dokładne zestawienia statystyczne w tekście. Obszerne piśmiennictwo.

T. Wiczyński.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletins et Mémoires de la Société Medicale des Hopitaux de Paris.

Nr. 38. 1924.

J. Rolland, A. Maurer i J. Valtis. **Bezpośredni wpływ frenikotomji na jamy gruźlicze płuca.** Frenikotomję po raz pierwszy zastosował Stuertz w 1911 roku, jako metodę pomocniczą w leczeniu jednostronnej gruźlicy płuc.

We Francji stosowano ten zabieg rzadko i głównie w przypadkach zrostów opłucnej, uniemożliwiających odmę sztuczną. Pierwotnie wskazanie do frenikotomji stanowiły jamy u podstawy płuca, następnie obcy autorzy rozszerzyli wskazania na środkowy i górny płat.

Obecni autorzy przypuszczają, że można stosować frenikotomję również w razie głębokich zmian płucnych bez jam, a zwłaszcza zastępczo zamiast odmy sztucznej w razie mocnych zrostów oraz pomocniczo przy odmie sztucznej, której ze względu na zrosty przeponowe nie można całkowicie przeprowadzić lub przy starych odmach, których z powodu dużych zgrubień opłucnej nie można nadal stosować.

Frenikotomja jest zabiegiem lekkim dla chorego i łatwym do wykonania w znieczuleniu miejscowem. O wiele wyżej od frenikotomji jest ceniona frenicektomja, polegająca nie na przecięciu, lecz na wycięciu nerwu na pewnej przestrzeni, co zapobiega odradzaniu się nerwu.

Autorzy przytaczają przypadek frenikotomji zastosowanej przy niecałkowitej odmie sztucznej z powodu zrostów przeponowych, dzięki którym u podstawy płuca utrzymywała się duża jama. Po frenikotomji nastąpiło spłaszczenie się jamy i poprawa stanu chorej. Tą poprawę uważają sa przejściową, to jest za wygraną na czasie, by w lepszych warunkach przeprowadzić torakoplastykę.

M. Ameille podaje 6 przypadków frenikotomji z dobrym wynikiem przejściowym, sądząc o tym zabiegu to samo, co i R. M. V.

Dufour otrzymał dobry wynik po frenikotomji w przypadkach ropnych rozszerzeń oskrzeli.

J. C. Mussio Fournier. **O kilku małych objawach, a zwłaszcza o pewnych objawach zwrotnych w kamicy żółciowej.** Po przeglądzie całego szeregu objawów, przytaczanych w pracach Chauffard'a i Ramond'a, autor zastanawia się nad mniejszemi objawami, zaobserwowanemi przez siebie. Objawy te wprawdzie pojedynczo nie mogą być patogmoniczne dla kamicy żółciowej, jednak często w braku objawów kardynalnych mogą zrodzić jej podejrzenie, a w innych przypadkach znów w pewnym zespole objawów mogą decydować o rozpoznaniu.

Do tych małych objawów autor zalicza: obrzmienie i neuralgję prawego barku, zjawienie się punktów bolesnych na plecach, którym towarzyszą nudności, a nawet zwracanie (*regurgitatio*) śluzowe. Pozatem podobne znaczenie może posiadać obecność lekkiego porażenia prawego ramienia wskutek ostrych bólów w jamie brzusznej stwierdzenie szkodliwości wstrząsów i urazów, zwłaszcza zjawianie się w tych warunkach napadów gorączki z urobilinurją i w końcu zdolność wybiórczego reagowania na zimno.

Lévy-Valensi, Philbert i Lechaux. **Zapalenie wielonerwowe czuciowo-ruchowe po odmie sztucznej u osobnika gruźliczego.** Polineuryty na tle gruźliczem są bardzo rzadkiem zjawiskiem, zwłaszcza z przewagą porażeń ruchowych.

Autorzy widzieli jeden przypadek na 2.000 gruźlików. W 14 dni po odmie sztucznej na kończynach górnych i dolnych rozwinęły się porażenia czuciowe oraz ruchowe, ogar-

niając pewne grupy mięśniowe. Rozpoznanie ustalono po wykluczeniu alkoholizmu, zatrucia arszenikiem, kreozotem i t. d.

W zakończeniu autorzy rzucają pytanie, czy u osobników predysponowanych odma sztuczna, jako uraz, nie może uruchomić laseczników, toksyn lub substancji toksycznych.

Nr. 39. 1924.

M. C. Dimitracoff. **Spirochetoza oskrzelowa de Castellani'ego.** Liczni autorzy (Castellani, Violle, Barbary i inni) w wielu swych publikacjach zwracają uwagę na to egzotyczne cierpienie ze względu na łatwość popełnienia błędu rozpoznawczego i traktowania tych chorych jako gruźliczych lub cierpiących na grzybicę oskrzelową.

Przy badaniu krwawej plwociny, brak prątków Kocha, a natomiast obecność krętka de Castellani'ego rozstrzyga sprawę pod względem rozpoznawczym i rokowniczym.

Przypadek obserwowany przez autora dotyczy ciężko chorego osobnika z krwiopluciem, nie wyjeżdżającego poza granice Bułgarji i nie stykającego się z osobnikami egzotycznymi. 3-krotne wstrzyknięcie neosalwarsanu do żyły spowodowało zniknięcie objawów i zupełne wyleczenie.

M. Milian. **Zaburzenia wzroku wywołane przez 914 i ich patogeneza.** Autor podaje 2 przypadki przejściowej krótkowzroczności po stosowaniu dożylnych zastrzyknięć arseno-benzolu. To ostro rozpoczynające się zaburzenie wzroku, dochodząc prawie do zaniewidzenia, stopniowo tracąc swe napięcie, trwa najwyżej 48 godzin, poczem wszystko wraca do stanu normalnego. Zaburzenie to poprzedzają gwałtowne podniesienia ciepłoty do 39°—40°, bóle głowy, dreszcze, znużenie i towarzyszący im białkomocz dość intensywny 1—2 gramów na dobę, prócz tego w jednym przypadku notowano prawostronne opadnięcie powieki, przekrwienie łącznic ocznych i obrzmienie powiek.

Opierając się na doświadczalnie stwierdzonem powinowactwie arsenobenzolu do systemu sympatycznego, tłumaczy się to zjawisko porażeniem włókien sympatycnych, przebiegających w nerwie rzęskowym *(n. ciliaris)*, co daje przewagę włóknom nerwu oko-ruchowego, wywołując skurcz mięśni rzęskowych i zwiększając przejściowo wypukłość soczewki. Za porażeniem nerwu sympatycznego przemawiają i inne objawy, jak: rozszerzenie naczyń łącznic ocznych, obrzęk powiek; nic natomiast nie przemawia za pobudzeniem nerwu oko-ruchowego.

H. Grehet i L. Pelissier. **Przypadek otyłości monstrualnej.** Opisany przypadek dotyczy 37-letniej kobiety, wzrostu 167 cm, dotkniętej nadmierną otyłością całego tułowia, ramion i ud z pewnem tylko zaoszczędzeniem twarzy i znacznie większem rąk i nóg.

Waga tej osoby w chwili przybycia do szpitala Laenec'a wynosiła 201 kg 450 gr, a wymiar okrężny w biodrach 185 cm. Otyłość tamowała zupełnie ruchy chorej, wywoływała duszność, sinicę powłok skórnych, a zwłaszcza twarzy oraz liczne żylaki.

Źródła otyłości należy szukać z jednej strony w zawodzie chorej — kucharki, obdarzonej dobrym apetytem oraz mającej podostatkiem smacznych i pożywnych pokarmów, z drugiej zaś strony w zaburzeniach jajnikowych, towarzyszących rozwojowi otyłości. Od kilkunastu lat t. j. od porodu w r. 1908 miesiączki stały się skąpe i nieregularne, nie częściej niż 4 razy do roku. Jednocześnie chora tyła pomimo ograniczeń dietetycznych w ostatnich 2-ch latach.

Próby na wydolność czynnościową innych gruczołów dokrewnych (nadnercze, tarczyca i przysadka) nie ujawniły odchyleń od normy.

W celach leczniczych znacznie ograniczono ilość spożywanych pokarmów, oraz podawano doustnie i podskórnie duże dawki wyciągów jajników i tarczycy.

Pomimo to po kilku tygodniach chora ważyła 207 kg, wystąpiły spontaniczne bóle, bardziej jeszcze nasilające się przy ucisku skóry, oraz zaczęły się rozwijać duże tłuszczaki w piersi i na podbródku, początkowo miękkie, a następnie twarde i bolesne.

Powyższy obraz stawia rozpoznanie na pograniczu choroby Dercum'a, jednakże ze względu na dłuższe nadużywanie pokarmów oraz zaburzenia jajnikowe, autorzy uważają ten przypadek za zwykłą otyłość z objawami bolesności.

Nr. 9. 1925.

Sicard i Forestier. **Radio-lipjodol w zimnym ropniu wędrującym.** W przypadku ropnia zimnego w okolicy lędźwiowej, którego punktu wyjścia pomimo dokładnych badań nie dało się określić, autorzy wstrzyknęli do ropnia lipjodol. Dokonane następnie zdjęcie roentgenologiczne dokładnie ujawniło przebieg i siedlisko ropnia.

Jules Hatzieganu i Marius Hanganutin. **Nowe leczenie (proteinowe) moczówki prostej.** Autorzy, zachęceni dobremi wynikami proteino-terapji w cukrzycy (Singer) i niektórych chorobach gruczołów dokrewnych (Soraut), zastosowali z wynikiem dodatnim wstrzykiwania mleka w 2-ch przypadkach moczówki prostej, w których uprzednie leczenie zwykłe i opo-terapja nie przyniosły oczekiwanego skutku. Po zastrzykach obserwowano bóle skroniowe, nadmierną senność i wybitne obniżenie ilości moczu. Sarbo również zauważył obniżenie ilości moczu po proteinach w stwardnieniu wieloogniskowem, a nadto wyraźną hipertonję mieśniową, bicie serca i t. d.

Senność, hipertonja mięśniowa i obniżenie ilości moczu są objawami pobudzenia ośrodków śródmózgowia, dla których za najpotężniejszy bodziec Sarbo uważa proteinoterapję.

Przypuszczając wśród zespołu przyczyn, wywołujących moczówkę prostą, hipofunkcję tych ośrodków, autorzy wierzą w możność wzmożenia pod wpływem proteino-terapji funkcji, a nawet hiperfunkcję centrów śródmózgowia. i zachęcają do dalszych obserwacji.

Georges Guillain, Th. Alajonanine i Therenard. **Wywoływanie epilepsji Jackson'a przez nadmierną czynność płuc (hyperpnoë) doświadczalną. Wartość rozpoznawcza tego objawu klinicznego.** Liczni autorzy wywoływali tężyczkę mięśni twarzy i kończyn u osobników normalnych zapomocą głębokich oddechów 12—20 na minutę, trwających 15—30 minut. Inni znów szukali wpływu *hyperpnoë* w schorzeniach dróg piramidowych, pozapiramidowych, w parkinsonizmie, atetozie i t. d. i otrzymywali objawy myoklonji.

W epilepsjach *hyperpnoë* zdolna jest nawet wywołać atak epileptyczny.

Autorzy u 2-ch chorych z epilepsją Jackson'a po 5 do 6-ciu minutach *hyperpnoë* (20 oddechów) otrzymywali drgawki, odpowiadające ich cierpieniu w warunkach zwykłych.

Próba z głębokiemi oddechami ma duże znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w przypadkach, w których ataki bywają w nocy lub są tak rzadkie, że nie mogą być zaobserwowane przez lekarza. Pozatem wywołana hipertonja, tężyczka lub spazm pewnych grup mięśniowych twarzy, kończyn górnych lub dolnych pozwala sprecyzować umiejscowienie zmian mózgowych i daje dość dokładne wskazówki dla chirurga.

K. Rachoń (Warszawa).

Archiv für Verdauungskrankheiten.

T. XXXIII. Z. 1-2.

Elsner. **Wziernikowanie żołądka w rozpoznawaniu wrzodu i raka żołądka.** Gastroskopji powinno się używać tylko wtedy, gdy wszystkie inne badania nie doprowadziły do zupełnego wyjaśnienia sprawy chorobowej. Przy raku żołądka, wziernik żołądkowy tylko wtedy wchodzi w rachubę, skoro rozpoznanie jest niejasne, albo skoro przy mającym nastąpić zabiegu chodzi o ścisłe stwierdzenie rozprzestrzeniania się raka i zmian wywołanych przez niego na śluzówce. Dla wczesnego rozpoznania raka gastroskop niema znaczenia gdyż chory w początkach schorzenia niema dolegliwości i dlatego nie zgłasza się do badania. Natomiast przy zwykłym wrzodzie, gdzie zwykłe metody często zawodzą przy pomocy gastroskopji można rozpoznać wrzody, które inaczej uchodzą uwagi. Ujemny wynik badania gastroskopem nigdy nie jest rozstrzygający. Wpust żołądka jest dla oka uzbrojonego wziernikiem żołądkowym niewidoczny. Wziernikowanie

żołądka nauczyło nas jednak z pewnością, że niema bólów żołądkowych zależnych wprost od pobierania pokarmów, szczególnie t. zw. „bólów nadkwasowych“ bez organicznych zmian śluzówki żołądka.

B ö w i n g. **Układ wegetatywny i patologja trawienia.** Autor dokładnie opisuje unerwienie ślinianek, przełyku, żołądka i jelit i nerwowe schorzenia tych narządów, które nie zależą tylko od układu sympatycznego i parasympatycznego, lecz w dużej mierze, od stanu tych narządów, na które układy te mają wpływ.

W e r t h e i m e r. **O wrzodzie trawiennym żołądka.** W wyprostowanym chodzie człowieka upatruje autor moment patogenetyczny dla wrzodu, zaznaczając, że u czworonożnych wrzodu prawie się nie spotyka. Autor zauważył, że przy położeniu chorego na brzuchu przy wrzodzie żołądka ból samoistny i uciskowy się zmniejsza, przy gastralgji się nie zmienia, a przy schorzeniach pęcherzyka żółciowego ból uciskowy się wzmaga, a samoistny się zmniejsza. Dla uniknięcia wrzodu poleca po jedzeniu półgodzinne leżenie na brzuchu.

H i r a b a y a s h i. **Doświadczalne badania nad chromodiagnostyką zaburzeń wydzielniczych żołądka.** Autor wstrzykiwał psom kwadrans po jedzeniu wśródmięśniowo 5 cm^3 czerwieni obojętnej i dochodzi do przekonania, że lokalne uszkodzenia śluzówki żołądka, które zmniejszają wydzielanie soku, opóźniają wydzielanie barwika. Pozostawia klinice stwierdzenie tych spostrzeżeń u ludzi.

M a r x. **Laktaza w jelicie człowieka.** Panujące w nauce zdanie, które się zakorzeniło od czasu badań na zwierzętach Weinharda, że dorosły człowiek nie produkuje laktazy, jest fałszywe. Laktaza znajduje się u oseska i dorosłego stale w jelicie. Stąd też wniosek, że przyczyna nieznoszenia mleka przez niektórych dorosłych ludzi nie zależy od braku laktazy lecz od jakichś innych czynników.

W e i s s. **Tak zwane »długie laseczki« kału i ich stosunek do laseczek Boas-Opplera w treści żołądkowej.** Pod nazwą »długie laseczki« łączono dotychczas dwa różne drobnoustroje. Jeden z nich odpowiada laseczkom Boas-Opplera w żołądku i znajduje się w stolcu przy nieżycie żołądka, drugi nazwany »*streptobacillus intestinalis*« różni się od tamtego morfologicznie, hodowlą i biologicznie. *Streptobac. intest.* w odróżnieniu od laseczek Boas-Opplera jest większy, tworzy długie łańcuszki, barwi się jednostajnie w całej swej długości płynem Lugota. *Streptobac. intest.* znajduje się czasem i w prawidłowym stolcu; zwykle z *clostridium butyricum* powoduje dyspepsje fermentacyjne.

J a r n o. **Badania nad patogenezą wrzodu żołądka.** Znane etjologiczne momenty wrzodu żołądka wywołują nekrozę rozpływną śluzówki i wtedy dopiero pepsyna nadtrawiając ją wywołuje wrzód.

Autor stwierdza, że ściana żołądka nawet wycięta nie daje się strawić i że wrzód żołądka jest ubytkiem tkanki powstałym przez strawienie.

R a i b o w i S m o t r o w. **Znaczenie odczynu Wolff-Junghansa dla wczesnego rozpoznania raka żołądka.** Odczyn ten daje się użyć tylko w tych przypadkach, gdzie w treści brak wolnego HCL, krwi, żółci, które zwiększają ilość białka. Znaczenie mają tylko albo małe ilości białka przy *achylia gastr.*, które pozwalają *Ca* wykluczyć, albo duże ponad 200, które przemawiają za *Ca.*

Z. 3-4.

K a l k i D i s s é. **O wpływie tłuszczów na czynność wydzielniczą żołądka.** Autorzy badali wydzielanie soku żołądkowego, oznaczając wolny HCl i ogólną kwasotę, zgłębnikując żołądek zgłębnikiem dwunastniczym. Wlewali oni do żołądka 300 cm^3 5% alkoholu, zabarwionego błękitem metylenowym, z dodatkiem lub bez 30 g *ol. sesami* lub świeżej margaryny. Tłuszcze w połowie przypadków podnosiły kwasotę. Nieświeża margaryna podnosiła kwasotę. Jeżeli podawano tłuszcz pół godziny przed śniadaniem alkoholowem, to znajdowano obniżenie kwasoty, choć nieznaczne i szybsze opróżnienie się żołądka.

G ü n z b u r g. **O stosunku wrzodu trawiennego do stężenia pepsyny.** Autor starał się oznaczyć energję pepsyny, badając, ile z tej energji pozostaje, skoro ten ferment przez podgrzanie do 60° w ciągu 15 minut się uszkadza. Na czczo wypłukiwał on żołądek 200 cm^3 wody, z której kilka cm^3 ogrzewał do 60° w kąpieli wodnej. W rurkach szklanych dodawał do tego płynu 0,1 g sproszkowanego włóknika i kilka godzin zostawiał to w cieplarce. W jednej grupie doświadczeń nie uzyskiwał strawienia, w drugiej uzyskiwał strawienie. Różnicę tę tłumaczy sobie autor różnem stężeniem pepsyny. Wrzody żołądka wykazywały większe stężenie pepsyny, które autor uważa za moment przyczyniający się do powstawania przewlekłego wrzodu. Autor nie znalazł danych, żeby w surowicy krwi lub popłuczynach żołądka istniało ciało hamujące działanie pepsyny.

B o a s. **Próba na kwas mlekowy w soku żołądkowym według Fletschera i Hopkinsa.** Próbę tę, opisaną przez F. i H. do wykrywania kwasu mlekowego w moczu, zastosował B. też dla soku żołądkowego. Do 5 cm^3 stężonego kwasu siarkowego dodaje się kroplę wysyconego roztworu siarczanu miedzi i 2 krople soku żołądkowego. Próbówkę wstawia się na 1—2 min. do gotującej się wody i następnie szybko ochładza. Dodaje się 3 krople roztworu *Thiophenu* (10—20 kropli na 100 cm^3 alkoholu) i jeszcze raz się ogrzewa próbówkę. W obecności kwasu mlekowego powstaje wiśniowo-czerwone zabarwienie. Próba ta, według autora, ma być prawie dwa razy czulsza od próby Uffelmanna.

C r ä m e r. **O zgadze i ziewaniu.** Nie każdy chory na żołądek ma zgagę; żadne schorzenie żołądka nie stwarza szczególnego usposobienia do zgagi. Zgaga zdarza się też przy prawidłowej kwasocie. W niektórych rodzinach zgaga jest dziedziczna. Do powstawania zgagi konieczną jest pewna wrażliwość śluzówki żołądkowej. Może także wydzielanie wewnętrzne ma znaczenie przy powstawaniu zgagi. Ziewanie zdarza się przy różnych schorzeniach żołądka i żadne z nich niema z niem bezpośredniego związku. Natomiast przy zatrzymywaniu się gazów w jelitach ziewanie często się zdarza a powodują je może toksyny tam powstałe.

S t r a u s s. **O wpływie wyłączenia śliny przy chorobach żołądka i jelit.** Autor wlewał zupę z mąki pszennej zgłębnikiem dwunastniczym do dwunastnicy, podając zaraz po wyjęciu sondy suchy chleb, który chory po zżuciu go wypluwał. Doświadczenia te przekonały autora, że bez śliny u zdrowych trawienie skrobji odbywa się prawidłowo, przy zaburzeniach w wydzielaniu żołądka oraz po gastroenterostomji tylko wtedy występują zaburzenia, jeżeli równocześnie istnieje upośledzona ruchliwość żołądka i jelita cienkiego.

C a p a l d i. **Badania nad chemiczno-rozdrabniającą funkcją żołądka.** Podawano chorym kostki marchwi, które bez zgryzienia musieli połknąć. Przekonano się, że im mniej resztek roślinnych w stolcu, tem wyższa kwasota żołądka.

A l d o r. **O przewlekle-zapalnych schorzeniach dróg żółciowych, wolnych od kamieni.** Autor rozróżnia dwie grupy schorzeń: w jednej wybija się na plan pierwszy żółtaczka, w drugiej bóle. U obu grup wspólne jest powiększenie śledziony i niekiedy gorączka.

H e i n e m a n n. **O rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłej Amoebiasis.** Opisuje dokładnie symptomatologję i leczenie emetyną. Autor przez 5 dni wstrzykuje codziennie 60 mgr emetyny, robiąc potem 10-dniową pauzę w leczeniu, po której następuje 2-ga serja wstrzykiwań.

E b s t e i n. **Nieco z historji cukrzycy ze szczególnem uwzględnieniem trzustki.** (Nie nadaje się do krótkiego referatu).

Z. 5 6.

S t r a u s s. **O proctostasis paradoxa.** Schorzenie to przeoczone zostaje dlatego często, bo przejawia się czyszczeniem i parciem, stolce bywają nawet śluzowo krwawe.

Badanie *per rectum* jest tu rozstrzygające, bo wykazuje zbitą masę kałową w *ampulla recti.* Po ręcznem usunięciu kału w tych przypadkach i następowem zaleceniu chorym częstych lewatyw schorzenie to zupełnie ustępuje.

E i n h o r n. **O cystach trzustki.** Autor cytuje historje chorób kilku przypadków i w kwestji rozpoznawania zaznacza:

1. Zwykle w lewem *hypochondrium* wyczuwa się guz o gładkiej powierzchni, który często wykazuje chełbotanie

i nad którym stłumienie odcina się wyraźnie od stłumienia wątroby i żołądka.

2. Konfiguracja guza zmienia się zależnie od napełniania żołądka.

3. Roentgen wykazuje ubytek w ścianie żołądka wskutek ucisku guza.

Oesterreicher. **Badania nad stanem chorych po operacjach żołądka i jelit ze szczególnem uwzględnieniem ulc. pept. jejuni.** Opisuje przypadki *ulc. pept. jejuni* nietylko po gastroenteroanastomozie, lecz także po dużych resekcjach żołądka. Leczenie tego wrzodu polegało na podawaniu ogólnie przyjętej diety przy wrzodzie żołądka, przy równoczesnem ułożeniu chorego na stronę prawą, jak to polecił Singer, aby pokarm mimo gastroenteroanastomozy przechodził też przez odźwiernik, gdyż zetknięcie się treści pokarmowej z śluzówką dwunastnicy pobudza wydzielanie żółci i trypsyny oraz diastazy trzustki. W braku koordynacji ruchowych i wydzielniczych odruchów upatruje autor wraz z Singerem przyczynę powstawania *ulc. pept. jejuni*.

Schilling. **Gospodarka wodna ustroju.** Opisuje sprawy prowadzące do zatrzymania wody w ustroju i czynniki, które zwiększają wydzielanie wody. Artykuł nie przynosi nowych własnych danych doświadczalnych autora.

Friedheim. **O wynikach wewnętrznego leczenia ulc. ventr. z roentgenologiczną niszą.** Autor opisuje przypadki pewnych *ulcera callosa ventr.*, które po wewnętrznem leczeniu przez 3 do 7 lat wykazują wszystkie podmiotowe i przedmiotowe dane *restitutio ad integrum*. Średni czas trwania leczenia skutecznego *ulc. ventr.* wynosi 42 dni. Rodzaj diety (Leube, Sippy i t. d.) oraz leki nie odgrywają tu roli, o ile tylko ograniczają kwasotę.

Tscherning. **O używaniu południowo-amerykańskiej rośliny »matte« u zdrowego i chorego.** »*Matte*« jest to napar z liści *Ilex Paraguanyensis*, zastępujący kawę. Liście te zawierają tylko 1/10 kwasu garbnikowego, zawartego w herbacie, nie zawierają olejków aromatycznych i tylko 1/2 substancji szeregu purynowego. Autor chwali szczególnie działanie moczopędne tego środka.

Barsany i Polgar. **Działanie atropiny na przełyk.** 1 mgr atropiny śródżylnie podany zmniejsza *tonus* przełyku po 1/4 do 1/8 mgr nie daje się to roentgenologicznie stwierdzić.

Jünger. **O nerwicach żołądka, jako objawie schorzeń systemu krwionośnego.** Opisuje dwa przypadki, w których stwierdził *subaciditas*, powiększenie parcia krwi, wybroczyny spojówek i objawy nerwicy wegetatywnej. Zaburzenia ze strony żołądka uważa w tych przypadkach za objaw niedomogi naczyń.

T. XXXIV. Z. 1-2.

Cahn. **O zdolności trawienia niektórych kupnych preparatów-fermentów.** Preparaty z trzustki pankreon i pankrostaza dostatecznie są chronione przed działaniem soków trawiennych żołądka; dispersat mniej; 0,25% HCl bez pepsyny nie uszkadza ich. Tabletka pankreonu zawiera tyle trypsyny, ile 5 cm^3 soku trzustki. Tryptyczne fermenty tych preparatów są jednakowej siły. Diastatyczne działanie wykazują one tylko w obojętnym roztworze.

Kauders i Porges. **O »pseudoanaciditas«.** Autorzy zwracają uwagę, że do oceny, czy żołądek produkuje odpowiednią ilość HCl trzeba zgłębnikować też po obiedzie próbnym, gdyż często u chorych, u których po śniadaniu Boasa znajduje się *sub.* lub *anaciditas*, po obiedzie stopień kwasoty jest prawidłowy lub nawet przewyższa normę.

Pewsner. **O używaniu okładów błotnych przy zapalnych procesach narządów brzucha.** Okłady takie autor stosował o ciepłocie 39°—40° i działanie ich uważa za korzystniejsze od termoforu lub kataplazmów z owsa lub siemienia.

Lórié. **Działanie wód gorzkich na wydzielanie żołądka.** Używał wody „Batalinskaja" i zauważył po zażyciu jej zmniejszenie się kwasoty żołądka jakoteż ilości pepsyny.

Faust. **O znaczeniu opukowego badania wrażliwości narządów trawienia dla patologji i terapji.** Ponieważ opukową wrażliwość spotykał autor w 50—60% osób dorosłych, dlatego nie może ona służyć jako oznaka *ulc. ventr.* Znikanie opukowej wrażliwości przy istniejącym *ulc. ventr.* wskazuje na jego wyleczenie. Opukowa wrażliwość okolicy żołądka jest gastrogenicznego pochodzenia, czy i *plexus solaris* tu odgrywa rolę, autor nie rozstrzyga.

Friedrich. **Leczenie proteinowe ulc. ventr.** Leczenie proteinowe działa przez wywołanie miejscowego przekrwienia i zmniejsza *tonus* żołądka, lecz prawdopodobnie nie drogą systemu nerwowego. Autor dla leczenia zaleca szczególnie *Novoprotin*.

Najlepiej do leczenia nadają się nie długo istniejące, a bardzo bolesne wrzody żołądka. Przy krwi utajonej w stolcu ostrożność konieczna, gdyż może powstać krwotok. *Ulc. duodeni* lepiej nadaje się do leczenia niż *ulc. ventr.* Stosunki wydzielnicze żołądka nie zmieniają się przy leczeniu proteinowem, również *tonus* i perystaltyka, chyba, że po injekcji wystąpi gorączka i nudności.

Elzas. **Przypadek pseudoileus.** Opisuje przypadek, który początkowo robił wrażenie *ileus* a potem okazał się nadwrażliwością przy podawaniu santoniny.

Badylkes. **Kliniczno-fizjologiczne spostrzeżenia o wpływie niektórych hormonów na wydzielanie żołądka.** Pituitryna zmniejsza wolny HCl i ogólną kwasotę. Adrenalina w 80% zwiększa, w 20% zmniejsza kwasotę. Thyreoidyna zmniejsza wydzielanie i kwasotę żołądka.

Reiner (Kraków).

Annales d'Anatomie patologique médico-chirurgicale.

T. I. Nr. 5 i 6.

J. Humbert. **Wrzody trawienne uchyłka Meckel'a.** Patologja uchyłka Meckela wzbogaca się nowym działem, mało jeszcze uwzględnianym w piśmiennictwie. Dotyczy on wrzodów trawiennych oraz następstw ich przebicia. Autor omawia szczegółowo 7 przypadków zebranych z piśmiennictwa wrzodów uchyłka Meckel'a, które w przeważającej ilości przypadków występują u dzieci. Objawami klinicznemi, wybijającemi się w tych przypadkach na plan pierwszy są krwawienia jelitowe i objawy przebicia, powodujące bądź ogólne zakażenie jamy otrzewnowej, bądź miejscowe z wytworzeniem się otorbionego ropnia. Najczęstszem usadowieniem się tych owrzodzeń jest podstawa uchyłka, a miejsce przebicia przedstawia zwykle otwór okrągławy; obrazu, jaki spotykamy w *diverticulitis* w wspomnianych przypadkach nie stwierdza się. Z punktu widzenia patogenetycznego ważnym jest fakt stwierdzenia w obwodzie samego owrzodzenia wpryśniętej typowej błony śluzowej żołądka. Wykazanie heterotopowej błony śluzowej w uchyłku Meckel'a nie należy zresztą do rzeczy rzadkich. Autor sądzi, że omawiane przez niego wrzody trawienne są wyrazem samostrawienia zbłąkanych ognisk błony śluzowej żołądka — anomalji często występującej w uchyłkach prawdziwych. Opisany przypadek autora dotyczy 11-miesięcznego dziecka, które przybyło na klinikę z objawami zapalenia otrzewnej. Po zastosowanej laparotomji i sączkowaniu jamy brzusznej wkrótce nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcja wykazała ropne zapalenie rozlane otrzewnej i w odległości 50 cm od kątnicy występujący uchyłek Meckel'a, długości 3 cm, u podstawy którego stwierdzono otwór przebicia. Miejscowe gruczoły powiększone i obrzękłe. Badanie histologiczne i w tym przypadku wykazało w obwodzie owrzodzenia obecność ogniska zabłąkanego błony śluzowej żołądka. Leczenie podobnych przypadków polega jedynie na radykalnym zabiegu operacyjnym.

H. Rourillois i G. Delater. **Gruźliczo zmieniony płat dodatkowy płuca naśladujący nowotwór śródpiersia.** U młodego osobnika lat 21 stwierdzono roentgenologicznie w dolnej części śródpiersia po stronie lewej obecność torbielaka. Wycięcie 9-go żebra wykazało istotnie nieuszypułowany twór guzowaty, wielkości jaja kurzego, dający się łatwo wyłuszczyć. Dnia następnego po operacji chory umiera. Badanie wydobytego tworu wykazuje, że składa się on z cienkich ścianek jakgdyby pergaminowych a w środku, zawierający treść kremowo-serowaciejącą. Wycięty skrawek z części grubszych wykazuje utkanie miąższu płuca niedodmowego bez żadnych oznak zapalenia swoistego. Na sekcji również nigdzie

nie stwierdzono ognisk gruźliczych. Pomimo to autorowie sądzą, że w płacie dodatkowym przyszło do zupełnego zserowacenia i wytworzenia wspomnianego torbielaka. (Uwaga ref. Powyższe przypuszczenie autorów wobec braku stwierdzenia gruźlicy wydaje się rzeczą zupełnie nieuzasadnioną, raczej należy myśleć o torbieli pochodzącej z listka zarodkowego). Zresztą w końcowej części pracy autorowie, omawiając pochodzenie najrozmaitszych tworów torbielowatych śródpiersia przytaczają podział tych tworów według histogenezy, wyróżniając:

1) nadliczbowe płaty płuc, komunikujące z oskrzelami, bądź
2) też nie mające łączności z rusztowaniem oskrzelowym,
3) płaty podprzeponowe,
4) torbiele pochodne z listków zarodkowych,
5) uchyłki torbielowate przełyku.

Wytworzenie się torbieli tłumaczy teorja uchyłków w listkach zarodkowych tworzącej się brózdy przełykowej, która zagłębiając się w celu rozdziału od tchawicy może często dawać uchyłki o charakterze bądź budowy przewodu pokarmowego, bądź budowy oskrzelowo-płucnej.

Berard, Policard i Wertheim. **Rozważania nad zgorzelą mięśni miejscowo niedokrwionych.** W następstwie przyskrzynienia przedramienia u robotnika fabrycznego lat 44 przyszło do obrzęku w górnej 1/3 części przedramienia i powierzchownego skaleczenia skóry; ruchy kończyny są zachowane, kościec nie uszkodzony; palec środkowy znajduje się w stanie zgięcia, prostowanie zaś jego jest zupełnie niemożliwem. Z biegiem czasu zgięcie coraz silniej się zaznacza i w końcu 2-go miesiąca znajduje się w stanie zupełnego przykurczenia. W tym samym czasie na powierzchni dłoniowej na przedramieniu w linji środkowej w miejscu pierwotnego obrzmienia stwierdza się twardy guz, który usunięto dla badania histologicznego. Guz ten składa się z tkanki żółtawej o spoistości twardej, przypominającej zwyrodniałe mięśnie, ulegające martwicy. Badanie drobnowidowe wykazuje obraz zamartwicy jałowej, spowodowanej niedokrwieniem miejscowem, dookoła której buja i otarbia ją tkanka łączna o komórkach i jądrach wyraźnie barwiących się. Znamiennym jest brak zupełny ciałek białych dookoła wspomnianego ogniska. Zanik więc włókien mięsnych i rozległa martwica tkanki, powstała w związku z niedokrwieniem miejscowem powoduje raczej powolne wybujanie tkanki łącznej a nie szybkie trawienie zapomocą leukocytów. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie choroby Volkmana, która nie jest stanem zapalnym, lecz pewnego rodzaju martwicą jałową mięśni zginaczy. Tego rodzaju martwica może być ściśle ograniczoną, jak w danym przypadku, dotycząc tylko mięśni zginaczy palca średniego. Podnieść należy, że w omawianym przypadku zgięcie palca miało charakter wczesny, gdyż wystąpiło już w pierwszych godzinach po przebytym urazie. Wspomniany szczegół dowodzi, że zespół objawów, wyosobniony przez Volkmana nie może być uważany za następstwo przypadkowego złamania, lecz raczej opisane zmiany zależą od najrozmaitszych przyczyn, powodujących jeśli nie bezpośrednio to w bardzo szybkiem tempie występujące zniszczenie czynnościowe większego lub mniejszego odcinka mięśni. Pytanie dlaczego podobne zmiany występują wybiórczo albo nawet wyłącznie w mięśniach zginaczach tłumaczą autorowie znanym faktem, że ucisk przedramienia powoduje przedewszystkiem niedokrwistość w łożysku powierzchownem, nie zaś głębszem, w którem znajdują się mięśnie prostujące; różnica w ukrwieniu tłumaczy zdaniem autorów specjalne właściwości odczynowe mięśni zginaczy na niedokrwienie.

W. Janusz (Lwów).

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
T. LXVII. Z. 6.

Edelberg i Galant. **O essentionalnej Dyspareunii.** Ścisły związek między *dyspareunią* Kehrera a stanem, który powstaje w następstwie tejże wymaga zdaniem autorów potwierdzenia. Zastój limfatyczny i krwionośny w macicy i narządach miednicy, jak i niepłodność, powstawanie włókniaków i torbieli — są to następstwa według Kehrera — *dyspareunii.* Pojęcie *dyspareunii* Rohleder'a niema żadnego praktycznego znaczenia. Nawet w korzystnych warunkach niezawsze równocześnie występuje »*Orgasmus feminae* i *ejaculatio seminis*« — ta nierównoczasowość przy zupełnie normalnych narządach rodnych kobiecych nie może być uważaną za przyczynę niepłodności.

Czasowa *dyspareunia* na początku życia płciowego kobiety jest zupełnie fizjologiczną — *libido* i *orgasmus* dopiero kobieta uczy się poznawać. Częstość występowania tej czasowej *dyspareunii* można obliczać na 100%. Jeżeli czasowa *dyspareunia* utrzymuje się przez dłuższy czas lub na zawsze, to wtedy mamy obraz patologicznej essencjonalnej *dyspareunii,* która w następstwie powoduje zatrzymanie rozwoju *libido.* W wysokim stopniu *frigiditas* u kobiety w stosunku do *coitus* przy zupełnie normalnej budowie, zdrowych narządach płciowych, wybitnie kobiecym typie i prawidłowej płciowej pobudliwości. Zwykle istnieje w takich przypadkach zwrócenie się w innym kierunku a nie w kierunku narządów płciowych, przez co stwarza się przeszkoda dla prawidłowego rozwoju i koncentracji »*libido*« na narząd płciowy.

Drugim rodzajem *dyspareunii* jest forma rodzinna, której towarzyszy szereg objawów degeneracyjnych. Wówczas essencjonalna *dyspareunia* jest właściwie degeneracyjną psychozą.

Trzecim rodzajem będzie — właściwa forma essencjonalnej *dyspareunii.* Nabyta *dyspareunia* powstaje głównie w związku z wybrykami płciowemi i nieprawidłowemi stosunkami *(Perversitäten). Vaginismus* występujący w łączności z ciężką *dyspareunią* jako odruch obronny należałoby nazwać *dyspareunicznym vaginismus.*

Borelius. **Uwagi o ciąży po nefrektomji.** Autor wykonał wycięcie nerki w 9-ciu przypadkach — a to 6 razy z powodu *Tbc.,* 2 razy z powodu kamienia i 1 raz z powodu *hydro-* i *pyonephrozy.* 3 razy wykonał wycięcie nerki w czasie ciąży bez żadnego szkodliwego wpływu na przebieg ciąży i zdrowia matki, 9 kobiet przeszło w ogólności (sumarycznie) 15 prawidłowych ciąż — bez jakichkolwiek bądź następstw tak dla matki, jakoteż i dziecka, nawet w takich przypadkach, gdzie ciąża w krótki czas po nefrektomji nastąpiła — naturalnie o ile druga nerka była zupełnie zdrowa. Na podstawie swoich korzystnych doświadczeń autor nie podziela zdania Kümmla, że dopiero po 4-ch latach po operacji może odnośna osoba wyjść zamąż.

O ile podmiotowy stan i prawidłowy obraz moczu pozwala, to wystarczy 1—2 lat czekania po operacji. Jeżeli druga nerka jest zaatakowaną — to małżeństwo powinno być zakazane — a w każdym razie zajście w ciążę!

Abortus arteficialis może być brany w rachubę wówczas, jeżeli w czasie ciąży nastąpi zaburzenie funkcji dotychczas zdrowej nerki. Zgodnie uzyskane doświadczenie uczy, że istniejąca ciąża nie zmienia wskazań do wycięcia nerki (nefrektomji).

Küstner. **Zależność torbielowatych zmian w jajnikach od zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmówkowego.** W klinice chorób kobiecych w Halle w przeciągu pół roku operowano 4 przypadki nabłoniaka kosmówkowego, a 5-ty stanowił preparat z przypadku gdzieindziej operowanego. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych popartych badaniem drobnowidowem autor dochodzi do wniosku, że w czasie zwyrodnienia jaja płodowego pod formą zaśniadu groniastego przychodzi do wyraźnych zmian w jajnikach, objawiających się w torbielowatej degeneracji i bujaniu komórek luteinowych. Tem samem potwierdza się zdanie Stoeckla, który pierwszy zwrócił uwagę na tę zależność. Po usunięciu zaśniadu te zmiany w jajnikach szybko ustępują, prawidłowa owulacja szybko wraca.

Bezpośredni wpływ nabłoniaka kosmówkowego na jajniki względnie na zmiany w nich jest nieprawdopodobny.

Torbiele komórek luteinowych w jajnikach spotykane przy nabłoniaku kosmówkowym, należy uważać jako pozostałości po zmianach towarzyszących zaśniadowi groniastemu wyprzedzającemu powstanie nabłoniaka. To zgadza się z za-

patrywaniem, które nabłoniaka kosmówkowego uważa za nowotwór złośliwy, a nie za istotny twór ciążowy wywołujący w swej konsekwencji zmiany w ustroju t. zw. ciążowe.

M. Seidler (Lwów).

Annales of Surgery.

LXXXI/2. 1925.

M a t a s. **Podwiązanie aorty brzusznej.** M. podwiązał aortę brzuszną z powodu tętniaka tejże, w miejscu rozdwojenia u syfilitycznego negra w wieku 28 lat. Po podwiązaniu stwierdzono słabe tętno na tętnicy udowej, brak tegoż na stopach, jakoteż w samym tętniaku.

Tętno na stopach stopniowo wracało do normy, a w 9 dniu po zabiegu, zauważono, że poczyna tętnić sam tętniak jednak słabiej niż przed podwiązaniem; tętnienie to w miarę postępowania obliteracji tętniaka, stopniowo się zmniejszało.

W 17 miesięcy po podwiązaniu, chory zmarł na krwotok płucny z kawerny gruźliczej; przytem sekcja wykazała prawie zupełną obliterację tętniaka.

B e r g. **Polip w wyrostku robaczkowym.** Autor wspomina że w piśmiennictwie znalazł tylko 3 przypadki polipa wyrostka robaczkowego; jego jest czwarty; objawy kliniczne były jak w zapaleniu wyrostka. Przy zabiegu wyrostek okazał się obrzmiały, nacieczony a po odcięciu stwierdzono, że n podstawy jego leżał polip, wielkości orzecha laskowego na wąskiej szypule, zamykający światło wyrostka.

LXXXI/3. 1925.

R a u s o h o f f. **Sympathectomia cervic. w angina pectoris.** R. stwierdza, że napady w dusznicy bolesnej, w pewnych przypadkach mogą być zniesione przez lewostronną cervicosympatektomję. Polepszenie jest znaczne — chorzy wracają do swych zajęć — przytem R. zaznacza, że zabieg nie wpływa naturalnie w przypadkach sercowych.

Przytacza 2 przypadki operowane przez niego, w których przed zabiegiem stwierdzono ciężkie napady, co jakiś czas się powtarzające, trwające w 1 przypadku 7 lat — w 2-gim 5 lat. Wykonano w znieczuleniu miejscowem lewą cervicosympatektomję; dzień po zabiegu zaznaczyły się: *enophtalmus* — zaczerwienienie spojówki — zwężenie lewej źrenicy. Chorzy opuszczają szpital w 14-tym dniu; badani w kilka miesięcy później podają, że napadów nie mają zupełnie, tylko lekką duszność i uczucie ciężaru w okolicy serca, co należy odnieść do zmian w sercu.

R e i d i A n d r u s. **Leczenie chirurgiczne w angina poctoris.** Autorowie zebrali z piśmiennictwa 62 przypadków leczonych chirurgicznie — mianowicie: w 50-ciu przypadkach wykonano sympatektomję — w 10-ciu usunięcie nerwu hamującego (*g. depressor)* systemu parasympatycznego — a w 2 zostały usunięte oba nerwy hamujące i nerwy sympatyczne. Najlepsze wyniki otrzymano przez wykonanie cervicosympatektomji — przytem tam były dobre wyniki, gdzie nie było równocześnie silnych zmian sercowych. Autorowie dodają, że dobrze jest usunąć prócz gałązki sympatycznej, karkowo-piersiowej, również nerw hamujący *(n. depressor).*

Janik (Lwów).

Surg. Gyn. Obst.

XL/1. 1925.

W h i t a k e r i M i l l i k e n. **Sól sodowa tetrabromfenolftaleiny a sól sodowa tetrajodfenolftaleiny w radjografji woreczka żółciowego.** Z powodu większego ciężaru atomowego jodu — sól sodowa tetrajodfenolftaleiny jest blisko dwa razy mniej przepuszczająca promienie X, niż sól sodowa tetrabromfenolftaleiny; przytem doświadczalnie nie stwierdza się różnicy w toksyczności. Z tych przyczyn należałoby używać do prześwietlania woreczka żółciowego raczej pierwszej.

W i t l e r. **Pooperacyjna leukocytoza.** Autor obserwuje codziennie 30 przypadków i stwierdza, że leukocytoza rozwija się w przeciągu czterech godzin po zabiegu i opada do normy w przeciągu pięciu dni; wielkość zaś jej zależy od czasu trwania zabiegu. Ciepłota nie wzrasta równolegle z leukocytozą lecz dochodzi do swej wysokości w kilka godzin później.

Mc. N e a l y. **Podwiązywanie żył w chirurgji naczyń.** Równoczesne podwiązywanie dużej żyły i tętnicy w kończynach nie powinno być wykonywane ze względu na grożącą zgorzel. Autor jednak w 8-miu przypadkach *aneurysma arter.-ven.*, podwiązał tętnicę i żyłę; z tego 7 skończyło się pomyślnie; dalej wykonał to samo w 8-miu przypadkach tętniaka obwodowego *(art. poplit. — axill. — femor.)*, z których 6 skończyło się pomyślnie; w *endarteritis oblit.* i *morb. Raynaudi,* autor prócz sympatektomji Lericha, podwiązuje równocześnie żyłę z dobremi wynikami (mianowicie: żyły powierzchowne się rozszerzają, stają się bardziej widoczne, kończyna staje się cieplejsza — sinica znika).

J a c k s o n. **Rozległe wycięcie jelita cienkiego u dziecka.** U 2-letniego dziecka usuwa autor 1 m 42 cm jelita cienkiego z powodu ostrej niedrożności wywołanej zadzierżgnięciem przepukliny wewnętrznej, przez wrodzony otwór w krezce. Chory żyje 7 lat po zabiegu.

L e v i s o h n. **Częstość wrzodu żołądkowo-jelitowego.** Wrzód żołądkowo-jelitowy jest częsty po zespoleniu żołądkowo-jelitowem. W 68 przypadkach badanych w 4—9 lat po zabiegu, ledwie 64% było zupełnie wyleczonych, zaś 34% cierpiało na wrzód żołądkowo-jelitowy.

Autor zaznacza, że zespolenie żołądkowo-jelitowe nie zmniejsza kwasoty, nawet po wielu latach, wycięcie zaś żołądka powoduje natychmiastowe i stałe zmniejszenie kwasoty w większości przypadków.

Autor jest zwolennikiem wycięcia.

S t e r n. **Zmienione złogi tłuszczu w bursitis subdelt.** Prace kilku autorów podają, że przy *bursitis subdelt.* odkładają się w ścianie torebki złogi wapnia, dające cień w obrazie roentgenologicznym. Autor jednak stwierdza, że w 4-ch przypadkach cień taki wprawdzie znalazł, przy zabiegu atoli okazało się, że wapna ani kości w torebce nie było; natomiast była ona wypełniona tłuszczem; cień więc został spowodowany przez tłuszcz. (Czasem można również stwierdzić cień, prześwietlając krwiak, mimo, że ten nie zawiera wapnia).

XL/2. 1925.

R o b e r t s o n. **Ostra rozstrzeń żołądka i jelit.** R. dzieli 44 przypadków obserwowanych na 5 grup:

1) rozstrzeń bez widocznej przyczyny; po śmierci nie stwierdzono żadnych zmian; odnosi ją autor do zaburzenia równowagi między unerwieniem nerwu błędnego a sympatycznego;

2) po śmierci stwierdzono pewne zmiany, mianowicie: zapalenia płuc i otrzewnej septyczne; możliwe, że wtedy toksyny dostają się do komórek zwojów sympatycznych — lub do rdzenia do jądra nerwu błędnego;

3) rozstrzeń po pewnych zabiegach; po śmierci nie stwierdzono żadnych zmian;

4) po pewnem nieumiarkowaniu w diecie;

5) po urazie.

T a t a k s. **Usunięcie woreczka żółciowego z powodu nadkwaśności.** Autor w 2 przypadkach »*hyperaciditas essent.*« w których wszelkie leczenie zawodziło a objawy podmiotowe stawały się wybitne, wykonał cholecystektomję, po której chorzy, opuściwszy szpital czuli się zupełnie dobrze; co spowodowało tu wyleczenie, trudno powiedzieć — w każdym razie według T. należy na tę sprawę zwrócić uwagę.

C o h i l l. **Gruźlica gruczołu piersiowego.** U dziewczyny 13-letniej znachodzi autor gruźlicę sutka; zwraca on uwagę, że gruźlica piersi jest wogóle rzadką, zwłaszcza w tym wieku; przytem zakażenie nastąpiło w opisanym przypadku pierwotnie; uraz w anamnezie.

H u l l s i c k. **Zwichnięcie stopy ku tyłowi.** Autor przytacza przypadek zwichnięcia stopy ku tyłowi bez żadnego złamania. Przypadek ten o tyle jest ciekawy, że zwichnięcie takie zwykle jest połączone ze złamaniem kostki, tylnego brzegu przyczepu i t. d. — natomiast brak złamania należy zaliczać do wielkiej rzadkości.

Janik (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 6.: M. Blassberg: Działalność naukowa prof. Walerego Jaworskiego. — Z. Dziembowski: Przetaczanie krwi jako zabieg leczniczy. — A. Ciechomski: W sprawie t. zw. śmierci grasiczej oraz stanu grasiczo-chłonnego. — E. Krajewski: Kliniczne spostrzeżenia nad działaniem nitroseleranu w związku z zagadnieniem terapji stanów hipertonicznych.

Nr. 7.: T. Browicz: O sercu. — Z. Dziembowski: Znieczulenie w zabiegach operacyjnych lekarza praktycznego.— H. Gruszkiewicz: Mimowolne moczenia nocne. — M. Blassberg: Działalność naukowa prof. Walerego Jaworskiego.

Rocznik Psychjatryczny - Zeszyt 2.: S. Borowiecki: Uwagi w sprawie kierunku psychologicznego w psychjatrji współczesnej. — W. Sterling: Gruczoły dokrewne i zaburzenia psychiczne. — J. Mazurkiewicz: Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne. — W. Zylberlast-Zandowa: Zespół Korsakowa w przebiegu drętwicy karku. — K. Horwitzówna: Schizofrenja w wieku dziecięcym. — F. Wichert: O zaburzeniach afektywnych w parkinsonowskich postaciach porażenia postępującego. — S. Zamecki: O zachowaniu się układu roślinnego u psychicznie chorych. — F. Wichert: Z kazuistyki psychjatrycznej zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. — I. Krzemicki: Z pogranicza neurologji i okulistyki.

Wychowanie fizyczne Zeszyt 1.: E. Piasecki: Wychowanie fizyczne w Polsce porozbiorowej. — Wł. Missiuro; Wojskowy Instytut Wychowania Fizycznego w Brukseli. — E. Nowosielski: Z organizacji i metodyki ćwiczeń. — W. Sikorski: Ćwiczenia reakcji w wychowaniu fizycznem.

Przegląd Dentystyczny Nr. 3.: J. Rutkowski: Zasady chirurgicznego odkażania (c. d.). — H. Gruszczyński: Jeszcze parę słów o Centralnej Radzie Związków Dentystycznych.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung i 12 Monatsheften. 1925. Zeszyt 3. Monachjum. (J. F. Lehmann). Cena 2 M. n.

Treść: 1) Prof. Katsch: O trzustce. — 2) Prof. Naegeli: Lymphogranuloma. — 3) Prof. Fuld: Przegląd piśmiennictwa (z zakresu chorób trawienia i przemiany materji).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 marca 1925.

Przewodniczący kol. K. Opoczyński, sekretarz kol. E. Czarnecki.

Obecne 64 osoby, w tej liczbie 43 członków Twa.

Prezes Twa ogłasza list nadesłany przez Tambowskie Two lekarskie, którego członkiem przez szereg lat był ś. p. prof. T. Burdziński, z zawiadomieniem o uroczystem posiedzeniu, odbytem w celu uczczenia pamięci byłego swego członka. Na posiedzeniu tem wygłoszono kilka referatów, charakteryzujących prace i naukową działalność zmarłego w czasie jego pobytu w Tambowie.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 11. marca b. r.

2. Kol. E. Czarnecki wygłasza odczyt: **Z dziedziny badań nad koloidami.** Po omówieniu historycznego rozwoju nauki o stanach koloidalnych, początki której sięgają czasów najdawniejszych, kiedy to badacze częstokroć nieświadomie otrzymywali roztwory koloidalne metali (do rzędu takich zjawisk należy »*aurum potabile*« alchemików) i, przechodząc do prac Fulhame w końcu XVIII w. zatrzymuje się referent nieco dłużej nad wynikami prac Grahama w drugiej połowie XIX w. Po wszechstronnem scharakteryzowaniu własności stanów koloidalnych z uwzględnieniem zastosowania tej gałęzi wiedzy chemji fizycznej do biologji i medycyny, omawia referent dokładniej wyniki, otrzymywane przy zmieszaniu ze sobą dwóch roztworów koloidalnych; stwierdzono, że takie zmieszanie może dać następujące możliwości: 1) Cząstki koloidalne nie oddziaływają na siebie i tworzą mieszaninę, podobną do mieszaniny zwykłych roztworów, zdarza się to wówczas, kiedy cząsteczki obydwu roztworów posiadają jednakowy ładunek elektryczny. 2) Jeden koloid oddziaływa na drugi, wywołując koagulację — cząsteczki roztworów koloidalnych naładowane przeciwnemi ładunkami elektrycznemi. 3) Jeden z koloidów, dodany w niewielkiej nawet ilości do drugiego, odgrywa rolę czynnika stabilizującego. Na tej drodze doszukiwałby się referent istnienia pokrewieństwa względnie przeciwieństw krwi różnych osobników dzięki czemu została stworzona koncepcja t. zw. typów serologicznych, koncepcja, która w dobie obecnej, dzięki pracom Landsteinera, Hirszfelda i in., znalazła zastosowanie praktyczne w sprawie przetaczania krwi. Referent omawia w końcu sprawę ruchu Brown'a, przyczem zjawisko to pokazuje przy zastosowaniu ciemnego pola, w środowisku nieorganicznem i w wydzielinie ustroju ludzkiego. Zgodnie z nowoczesnemi poglądami ruch Brown'a nie jest związany z dopływem z zewnątrz energji w postaci cieplnej, promienistej lub jakiejkolwiek innej a da się raczej wytłumaczyć, jeżeli przyjąć za podstawę rozumowania kinetyczną teorję materji. Zgodnie z poglądami Smoluchowskiego Br. stoi w bezpośrednim związku ze zjawiskami dyfuzji, czyli przenikania substancji rozpuszczonej lub rozdrobnionej do warstwy czystego rozpuszczalnika.

Dyskusja. Kol. A. Safarewicz zapytuje prelegenta, czy utrzymała się w piśmiennictwie nowszem teorja M. Fischera o powstawaniu obrzęków tkanek wskutek osłabienia procesów utleniających, mianowicie we wszystkich przypadkach, gdy te procesy utlenienia są obniżone, w organiźmie gromadzą się kwasy organiczne, które nie spalają się do CO_2 i zmniejszają stopień alkaliczności krwi; to, jeżeli tak można się wyrazić, zakwaszenie organizmu powoduje, według Fischera, znaczne wzmożenie zdolności tkanek pobierania wody i może wywołać powstawanie obrzęków. M. Fischer wykazał, że żaby, u których wskutek zatrucia zmniejszały się sprawy utlenienia, po umieszczeniu w wodzie przekroplonej przybierały na wadze po upływie doby skutkiem pęcznienia tkanek 10 razy więcej, niż żaby kontrolne, tj. niezatrute; mianowicie, żaby zatrute pobierały wody w ciągu doby przeszło 30% wagi, żaby zaś niezatrute — zaledwie 3%. Kol. K. Rymaszewski: Stan koloidalny w wysokim stopniu zależy od stopnia koncentracji jonów w ośrodku dyspersyjnym, ponieważ pojęcie punktu izoelektrycznego jest w znacznej części pojęciem pochodnem pojęcia o pewnem określonem dla danego koloidu stężeniu PH i tem stężeniem między innemi uwarunkowane. Co do kataforezy, to podkreśliłby, że w niektórych pracowniach fenomen kataforezy, łącznie z zastosowaniem błon półprzepuszczalnych (elektroendosmoza), użyty został do wiele obiecujących badań, dotyczących dziedziny ciał odpornościowych i ich stosunku do rozmaitych gatunków białka surowiczego.

Kol. E. Czarnecki stwierdza, że dziś bardzo wielu autorów jest zwolennikami zapatrywań Fischera na sprawę powstawania obrzęków. Na dowód tego poglądu przytacza doświadczenie, polegające na pęcznieniu płytki żelatyny, która dosięga kilkakrotnie większych rozmiarów w środowisku kwaśnem w porównaniu ze stopniem napęcznienia takiej płytki w środowisku obojętnem. Podkreśla następnie, że istnieje ścisła zależność między stopniem PH ośrodka dyspersyjnego a t. zw. punktem izoelektrycznym (koagulacją) w ośrodku dyspersyjnym z odczynem kwaśnym łatwiej występują objawy koagulacyjne.

3. Kol. St. Mahrburg — **pokaz preparatów z Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B.: a) nadnerczy i skóry przy m. Addisoni**; w sprawie tego przypadku Kol. K. Pawłowski kreśli pokrótce przebieg kliniczny choroby u chorego, który zmarł wskutek tego cierpienia, poczem kol. St. Mahrburg omawia sprawę powstawania, jak również obrazu anatomo-patologicznego wspomnianego cierpienia. Pod względem anatomopatologicznym omawiany przypadek cechuje się wybitnemi zmianami obu nadnerczy. Sekcyjnie stwierdza się: w okolicy zwykłego umiejscowienia nadnercza lewego, guz wielkości jaja kurzego, zrośnięty z ogonem trzustki i zlewający się z tkanką nerki, bardzo twardej, spoistości chrząstkowatej z licznemi drobnemi ogniskami zserowacenia wewnątrz. Tkanki nadnercza nie pozostało ani śladu. W miejscu prawego nadnercza także guz wielkości orzecha włoskiego, ale ograniczony, niezrośnięty z otoczeniem. Tkanki nadnercza tu też nie widzimy. Badanie histologiczne obu nadnerczy wykazało rozrost tkanki łącznej, pojedyncze komórki olbrzymie, zserowacenie. W innych narządach stwierdzono: szczyty płuc w stanie wygojenia po sprawie gruźliczej, pojedyncze gruczoły szyi — duże, na przekroju widoczne gruzełki, przerost aparatu chłonnego ścianki dróg pokarmowych; badanie histologiczne nie wykazało tu zmian gruźliczych. Zarówno w omawianem, jak i w innych przypadkach m. Addisoni, najbardziej wrażliwemi na zakażenie gruźlicze okazały się nadnercza; można tu mówić niejako o elektywnym wpływie jadu gruźliczego na ten narząd. Spostrzeganie pokazuje, iż w przebiegu powolnych procesów chorobowych w nadnerczach objawy addisonizmu występują najwybitniej; przemawiałoby to za tem, iż nabłonek skóry ma tu czas do zastosowania się w czynności zastępczej — wytwarzania barwika. Przeciwnie przy procesach szybko postępujących w nadnerczach objawy zabarwienia skóry i błon śluzowych przejawiają się w mniejszym stopniu, gdyż tu skóra nie podąża w zastosowaniu się zastępczego wytwarzania barwika. Przypuszczenie to byłoby potwierdzeniem teorji Blocha o wytwarzaniu się barwika. Nieraz stwierdza się w ogólnej gruźlicy, gruźlicę nadnerczy bez objawów m. Addisoni. Przypuszczać należałoby, że w tak zniszczonem nadnerczu zostały jeszcze tkanki funkcjonującej, albo też, że szybkie zmiany, wywołane przez ostry proces, szybciej doprowadziły do śmierci, zanim nabłonki warstwy podstawowej skóry zdążyły wytworzyć barwik. (Streszczenie własne);

b) **lewostronne umiejscowienie zrośniętych nerek** z objawami ropnego zapalenia miedniczek, miąższa nerkowego moczowodów oraz pęcherza. Na sekcji stwierdzono: nerki prawej

niema, nerka lewa odległegła u góry na trzy palce od przepony, u dołu na poziomie spojenia łonowego, obficie pokryta tkanką tłuszczową. Miedniczki rozszerzone. Dwa moczowody leżą po stronie lewej; światło ich — średnica końca małego palca. Nadnercza na właściwem miejscu. Pęcherz rozszerzony, ścianka zgrubiała, śluzówka pokryta nalotem i upatrzona bardzo licznemi punkcikowatemi wybroczynkami, miejscami drobne ubytki tkanki. Śluzówka cewki moczowej pokryta licznemi wybroczynkami, w *pars membranacea urethrae* — głębokie owrzodzenie, pokryte tkanką ziarninową i ropą. Na 1 cm poniżej — ubytek, przepuszczający koniec zgłębnika i kończący się w postaci kanału ślepego w tkance podśluzowej na głębokości 1 cm — droga fałszywa (*fausse route*) w dnie ubytku i w kanale tkanka krwawo podbiegnięta. Histologicznie stwierdzono rozszerzenie kanalików prostych w rdzeniu nerki, wypełnienie ich produktami ropy — typowe wstępujące zapalenie nerek (Streszczenie własne).

Dyskusja. Kol. K. Michejda przytacza przypadek, gdzie felczer, wprowadziwszy kateter metalowy między napletkiem a *glans penis*, przepchnął go aż do pęcherza; dalej mówi, że droga fałszywa jest dość częstą przyczyną śmierci. Kol. A. Januszkiewicz w sprawie przypadku I. Z zestawienia obrazu klinicznego i wyniku rozbioru zwłok widzimy, że w danym przypadku nie rozpoznaliśmy za życia zrostu serca z osierdziem, z czego J. korzysta, by jeszcze raz podkreślić trudności w rozpoznawaniu tej sprawy. Nie mieliśmy tutaj takich znamiennych objawów, jakiemi są: *pulsus respiratione intermittens* (*paradoxus*), skurczowe wciąganie okolicy koniuszka serca, rozkurczowe wypukłanie przestrzeni międzyżebrowych, wciąganie dolnej części klatki piersiowej po lewej stronie mostka podczas skurczów (Broadbent), częściowy rytm płodowy (Ortner), a także wydłużanie się serca przy oddechu, stwierdzane prześwietlaniem. Objaw zmiany pozycji serca przy zmianie pozycji ciała, cenny dla wykluczenia zrostu, gdy jest wyraźnie zaznaczony, traci na znaczeniu wobec wielkich indywidualnych wahań w przesuwalności serca, przy rozedmie płuc i t. p. Powyższe zmiany występują coprawda znacznie wyraźniej przy zrostach sięgających poza granice worka sercowego, przy zmianach modzelowatych w śródpiersiu, gdy mamy nietylko zarośnięcie, ale i przyrośnięcie osierdzia. (*Concretio et accretio pericardii*), czegośmy w danym przypadku na sekcji nie stwierdzili. (Streszczenie własne). Kol. L. Achmatowicz: Jak przebiegały naczynia krwionośne w przypadku zrośnięcia uerek? Kol. K. Pawłowski: Co do niedostatecznego wydzielania soku żołądkowego przy m. Addisoni, zwłaszcza w omawianym przypadku, przypuszczamy, że wobec braku anatomicznych zmian w żołądku, można by było przyjąć wraz z Pawłowem i innymi autorami, wpływ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem na błony śluzowe; dzięki zaburzeniom w nadnerczach następują zmiany w innych gruczołach, co w wyniku ostatecznym może dawać w jednych przypadkach niedostateczną ilość kwasu solnego, w innych zaś nadmierną. Głos w dyskusji zabierał jeszcze kol. Z. Jakubowski.

Odpowiada kol. St. Mahrburg. Naczynia w przyp. 2 przebiegały z lewej strony razem z moczowodami.

4. Kol. St. Trzebiński. **Pokaz preparatów mikroskopowych płuc z ciałami tłuszczowemi.** (Preparaty wykonane przez M. Pfaffiusównę w Zakładzie Patologji Ogólnej U. S. B.). Mówca omawia prace Gilbert'a i Giomini zapoczątkowane w r. 1995 na płucach karmionych tłuszczami; u większości psów stwierdzono duże ilości tłuszczu w naczyniach płuc, tworzące prawie zatory. Dalsze badania polegały na zastrzykiwaniu do naczyń oliwy albo lipijodolu do naczyń albo tchawicy. Obecny pogląd na los tłuszczu wprowadzonego do ustroju drogą jelitową, czy też pozajelitową (prócz żyły wrotnej) polega na tem, że tłuszcz dostaje się do naczyń włoskowatych i żył, dalej do prawego serca, skąd (w stanie rozpylenia) do *art. pulmonalis*, do naczyń włoskowatych płuc, stąd do żył płucnych i do krwiobiegu. Miano tłuszczu we krwi żył płucnych w porównaniu s tętnicami płucnemi obniża się o 14—30$^0|_0$. Tłuszcz, wynoszący tę różnicę, pozostaje w płuach, gdzie go można wykryć metodami mikrochemicznemi. Jaki jest dalszy los tłuszczu w płuaach? Ulega on pod wpływem zaczynu lipazy rozkładowi, jednak nie na kwasy tłuszczowe i glicerynę (Pogen). Obecność lipazy stwierdzono drogą maceracji płuca, wodnego wyciągu i strącania za pomocą chlorku wapniowego i fosforanu sodowego. Tłuszcz z płuca znika szybko; rozpad jego zależy od dowozu powietrza; jeżeli bowiem podwiązać oskrzele, to w podwiązanej części tłuszcz będzie się znajdował w całości niezmieniony. W sprawie pytania, gdzie się lokalizuje tłuszcz w płucach. Roger daje odpowiedź, że albo w naczyniach krwionośnych, albo tylko w naczyniach włoskowatych. Inni badacze sądzą natomiast, że w nabłonkach płucnych ulegających bujaniu i powiększeniu się. Roger przypisuje przemianie tłuszczowej w płucach wielkie znaczenie; zdaniem jego jest to jedyny wypadek trawienia w naczyniach włoskowatych.

W dyskusji zabrał głos kol. K. Opoczyński.

Polskie Towarzystwo otolaryngologiczne we Lwowie

Posiedzenie naukowe w dniu 9 lutego 1925.

Przewodniczący kol. Zalewski.
Obecnych 9 członków.

1. Kol. Zalewski wspomina o zmarłym członku Towarzystwa Drze **Oreście Litwinowiczu**, podnosząc w gorących słowach Jego umiłowanie pracy, bezinteresowność i koleżeńskość. Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

2. Kol. Dobrzański przedstawia preparat anatomiczny **twardzieli tchawicy i oskrzeli**, pochodzący od kobiety 32 letniej, będącej w piątym miesiącu ciąży. W przypadku tym napady duszności w ostatnich tygodniach do tego stopnia się wzmogły, że zastanawiano się nad tem, czy przerwać ciążę, czy też przeczekać, zwłaszcza, że chora życzyła sobie ciążę donosić. Bronchoskopja wykazywała znaczne wałowate nacieki w tchawicy, a głównie — koncentryczne — w miejscu rozwidlenia i oskrzelach. Zwężenie światła głównych oskrzeli było b. znaczne. Ponieważ ataki duszenia się, trwające po kilkanaście godzin, występowały coraz częściej i były coraz groźniejsze, zdecydowano się przerwać ciążę, aby przynajmniej nieco zmniejszyć zapotrzebowanie tlenu. Przerwano ciążę (cięciem cesarskiem pochwowem), zabieg ten jednak ulgi nie przyniósł i chora w kilkanaście godzin później zmarła. Sekcja wykazała rozległe nacieki twardzielowe w tchawicy i oskrzelach. Mówca podnosi problem, czy twardziel dolnych dróg oddechowych jest bezwzględnem wskazaniem do przerwania ciąży i zaznacza, że w danym przypadku musiano się do pewnego stopnia kierować wolą chorej, lecz zasadniczo przy zwężeniach wskutek przewlekłych stanów zapalnych specyficznych (twardziel, gruźlica) powinno się bezwzględnie ciążę przerwać.

W dyskusji kol. Zalewski podnosi, że w beznadziejnych przypadkach twardzieli dolnych dróg oddechowych powinno się *ex consilio* podawać śmiertelną dawkę trucizny, by oszczędzić chorym męczarni długiego duszenia się. Kol. Zabłocki: Przy przerywaniu ciąży u chorych twardzielowych należy się stosować do woli tychże, przedstawiwszy im poprzednio niebezpieczeństwo porodu. Kol. Reinhold: Ciążę powinno się zasadniczo przerywać, aby nie tworzyć nieszczęśliwego pokolenia z dziedziczną dyspozycją do twardzieli i jak najdłużej utrzymać życie matki. Kol. Lehm wspomina o przypadku, gdzie po przejściu róży nacieki twardzielowe się cofnęły; należałoby wypróbować na świeżych przypadkach działanie ostrych infekcyjnych chorób na twardziel. Kol. Reinhold stawia projekt, aby ktoś z kolegów podjął się referatu nad stosunkiem schorzeń dróg oddechowych i usu do ciąży, po ewentualnem porozumieniu się z Tow. ginekologicznem.

Kol. Dobrzański przedstawia przypadek **przecięcia krtani** na wysokości chrząstki tarczykowej. W dwa tygodnie po skaleczeniu chory przybył do kliniki z raną na szyji częściowo wygojoną, z obu jednak stron znajdowały się przetoki ropiejące, prowadzące do wnętrza krtani; przetoki rozszerzono, pocem nastąpiło wygojenie. Badanie lusterkiem krtaniowem wykazywało w spoidle przedniem bujanie ziarniny i obustronnie nad więzadłami wrzekomemi obrzęki w postaci wałów, przysłaniających dość znacznie głośnie. W laryngoskopja directa (direktoskop Haslingera) usunięto ziarninę i przykauteryzowano obrzęki (ignipunktura), które po pewnym czasie zupełnie się cofnęły, przez co krtań doprowadzono do wyglądu normalnego. Mówca podnosi dogodność direktoskopu Haslingera do wewnątrz-krtaniowych operacyj a nadto porusza problem, czy przy zranieniach krtani należy bezwzględnie wykonać tracheotomję, czy też nie i dochodzi do przekonania, że, o ile chory, mający nawet nieznaczną duszność, jest pod stałą obserwacją laryngologa, to większość przypadków zranień krtani da się uleczyć bez tracheotomji — o ile jednak brak jest opieki specjalisty, to zawsze powinno się wykonać tracheotomję profilaktycznie.

W dyskusji kol. Skrowaczewski podnosi, że najczęstsze zranienienia krtani są na wojnie i austrjackie przepisy wojskowe nakazywały przy każdem zranieniu w krtań wykonywać tracheotomję. Sądzi jednak, że wykonywać ją należy wtedy tylko, gdy jest *indicatio vitalis* (duszenie się).

Wedle Kahlera tylko 5—10$^0/_0$ rannych w krtań wymaga tracheotomji.

Posiedzenie naukowe w dniu 9 marca 1925 r.

Przewodniczy prof. Zalewski.
Obecnych 9 członków.

1. Kol. Berlstein przedstawia przypadek **przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego postaci Bezolda.** Objawy kliniczne, jak dreszcze i krzywa ciepłoty o typie septycznym, przemawiały za zakrzepem zakażonym w zatoce esowatej. Po otwarciu wyrostka sutkowego okazała się obfita ropa w jamkach wyrostka i około zatoki esowatej, sama zatoka dość oporna przy dotyku, tętna jej się nie wyczuwa, co wskazuje na jej zajęcie, zatoki nie punktowano i nie otwierano, wykonano tylko operację radykalną. Chory wyzdrowiał.

W dyskusji kol. Spalke zauważa, że w tym przypadku,

wobec zaniechania nakłucia próbnego zatoki, rozpoznanie zakaźnego zapalenia zakrzepowego zatoki nie jest pewne. Kol. Skrowaczewski: Zakrzepy aseptyczne mogą się doskonale zorganizować tak, że otwierać zatoki nie potrzeba i dopiero przy pozytywnym wyniku badania bakterjologicznego należy otworzyć zatokę, względnie także podwiązać żyły szyjne. Kol. Dobrzański: Sama zapalnie zmieniona zewnętrzna ściana zatoki (*perisinuitis*) może makroskopowo imponować na zakrzep w świetle: z punkcji nie można napewno mówić o zakrzepie.

2. Kol. Berlstein przedstawia przypadek gruźlicy krtani, który przez dość długi okres czasu był rozpoznawany jako rak a to ze względu na wygląd nacieków; dopiero ekscyzja próbna i badanie drobnowidowe ustaliło rozpoznanie. Po serji naświetlań prom. Roentgena nastąpiła znaczna poprawa.

3. Kol. Krygowska przedstawia przypadek **mięsaka krągło-komórkowego jamy noso-gardzielowej** u kobiety 37-letniej. W chwili zgłoszenia się chorej jama noso-gardzielowa wypełniona była guzem wielkości jabłka, w jamach nosowych w tyle widać było polipowate guzy; nos zupełnie niedrożny. Część guza usunięto kleszczami Jurasza i poddano chorą serji naświetlań prom. Roentg. Obecnie po 6 naświetlaniach guz zmniejszył się do wielkości orzecha laskowego, zupełnie odsłaniając lewe nozdrza tylne.

W dysknsji kol. Lehm wspomina o przypadku mięsaka, wychodzącego z gruczołu Rosenmüllera. Po naświetlaniach radem wystąpiła zgorzel podniebienia miękkiego i twardego. Kol. Zalewski: Leczenie naświetlaniami nie zostało jeszcze ujęte dokładnie pod względem dawkowania. W leczeniu nowotworów złośliwych ani leczenie chirurgiczne, ani też radio wzgl. roentgenoterapja nie dają jeszcze wyników zupełnie zadawalających.

4) Kol. Dobrzański przedstawia **przyp. ostrego ropnego zapalenia ncha środkowego lewego wraz z surowiczem zapaleniem błędnika** (*otitis media suppurativa acuta et labyrinthitis serosa sinistra*), w którym równocześnie były objawy lekkiego podrażnienia wyrostka sutkowego. Równocześnie z wystąpieniem ropnego zapalenia ucha środkowego nastąpiła całkowita głuchota (wysokie i niskie tony niesłyszalne, Szwabach skrócony, Rinne ujemny) i objawy zaburzenia równowagi (samoistny oczopląs skierowany ku stronie prawej, zbaczanie i padanie na lewo). Ciepłota była prawidłowa. Próba przewodnictwa ciepła Zalewskiego wykazała wskaźnik niski = 2·2. Leczono zachowawczo, stosując przy tem naświetlania lampą »Sollux«. Po trzytygodniowem leczeniu wyciek całkowicie ustał — chory ma się dobrze— objawy zaburzenia równowagi ustąpiły, głuchota jednak utrzymuje się nadal. Mowca podkreśla, że zajęcie błędnika tak znacznego stopnia przy ropnem zapaleniu ucha środkowego nie zdarza się zbyt często.

5. Kol. Dobrzański przedstawia chorego z **brodawczakiem nosa oraz twardzielą nosa i jamy noso-gardzielowej.** Wspowniany guz wypełniał jamę nosową prawą, był miękki, na powierzchni nierówny, blado-różowy. Dwukrotne badanie drobnowidowe wycinka z guza dało rozpoznanie: »*papilloma nasi*«. Zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie prawej jamy nosowej i szczękowej. W znieczuleniu miejscowem usunięto operacyjnie guz z jamy nosowej. Mowca podnosi rzadkie występowanie tych dwóch schorzeń jednocześnie i tłumaczy powstanie brodawczaka z już zmienionego wskutek twardzieli nabłonka migawkowego w nabłonek wielowarstwowy płaski. Taka przemiana jest znana i opisana.

Sekretarz: *Kuźniar.*

XII. Zjazd Lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Okólnik Nr. 2.

Od chwili wydania w listopadzie r. ub. pierwszej odezwy w sprawie Zjazdu z wykazem sekcji naukowych i komisji gospodarczych prace przygotowawcze Komitetu posunęły się w sposób następujący:

I. **Termin Zjazdu** ustalono na dzień 12—16 lipca r. b.

II. **Opłata za udział** wynosić będzie 30 zł. dla członków i 20 zł. dla gości (osób towarzyszących).

Uprasza się wszystkich uczestników o łaskawe wpłacenie składek jaknajrychlej, jako jedynego dotąd funduszu na niezbędne wydatki prac przygotowawczych Zjazdu (konto czekowe P. K. O. Nr. 10077).

III. **W sekcjach naukowych:** przybyły 2 sekcje nowe:

34 — Sekcja raka — przewodniczący dr. Bronisław Wejnert (ul. Marszałkowska 55). 35 — Sekcja medycyny społecznej i szpitalnictwa — przewodniczący dr. Bolesław Jakimiak (ul. Chmielna 26).

Nadto zaszły następujące zmiany:

10 — Sekcja przyrodniczo-rolnicza dodano — c) dział entomologji stosowanej — przew. prof. Z. Mokrzecki (Skierniewice, Zakład Ochrony lasów). 16 — Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji — przew. Dr. Arkadjusz Puławski (Szpital Dzieciątka Jezus ul. Nowogrodzka). 31 — Sekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego — przewodniczący dr. Władysław Światopełk-Zawadzki (Marszałkowska 76) i dr. Stanisław Kopczyński (Wspólna 28).

Komisja redakcyjna — przewodniczący dr. Jan Koelichen (Nowy Świat 35). Zgłoszone dotąd wykłady w sekcjach naukowych przedstawiają się następująco:

3 — **Sekcja matematyki** (przewodniczący prof. S. Dickstein, Marszałkowska 117).

Tematy programowe: a) Aksjomatyzacja pojęcia liczby (ref. doc. dr. Böttcher, Lwów). b) Rola pewnika wyboru Zermeli w teorji mnogości (ref. doc. dr. Böttcher, Lwów). c) Sprawa podręczników szkolnych do matematyki (prof. dr. Zaremba Kraków). d) Kwestja związana z nauczaniem matematyki (por. dr. H. Steinhaus, Lwów). Nadto zgłoszono 9 wykładów.

4 — **Sekcja geofizyki i astronomji** (przewodniczący prof. K. Szulc, Nowy Świat 72, Pałac Staszica).

Zgłoszono 17 wykładów z zakresu:

Promieniowania słonecznego w Polsce (5 ref.). Klimatu Polski (4 ref.). Synoptyki Polski (3 ref.). Dynamiki atmosfery (2 ref.). Astronomji i geodezji (3 ref.).

7 — **Sekcja zoologji** (przewodniczący prof. K. Janicki, Krakowskie Przedm. 26, Zakł. Zool. U. W.).

Zgłoszono 7 wykładów.

9 — **Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna** (przewodniczący doc. H. Raabe, Chocimska 24, Zakł. Epidem.).

Temat programowy:

Realizacja nauczania przyrody w szkołach średnich (p. wiz. K. Czerwiński i p. wiz. Męczkowska).

Nadto zgłoszono 3 wykłady.

10 — **Sekcja przyrodniczo-rolnicza**: a) dział rolniczy (przewodniczący prof. M. Górski, Skierniewice, pałac).

Zgłoszono 2 wykłady.

12 — **Sekcja nauk antropologicznych** (przewodniczacy prof. K. Stołyhwo, Piękna 4.

Zgłoszono 16 wykładów.

13 — **Sekcja anatomji, embrjologji i histologji** (przewodniczący prof. E. Loth, Anatomicum Chałubińskiego 5).

Tematy programowe:

a) Z anatomji porównawczej układu limfatycznego (prof. H. Hoyer). b) Znaczenie kiszki ślepej i t. zw. wyrostka robaczkowego (prof. K. Kostanecki).

Sprawy organizacyjne programowe:

a) Sprawy bibljografji — zagaja prof. H. Hoyer. b) Krytyka programu studjów anatomji według t. zw. nowej ustawy, zagaja prof. Kostanecki. c) Sprawa przekształcenia Warszawskiego T-wa anatomicznego w ogólne polskie Tow. Anatomiczne (zagaja prof. Konopacki i prof. Loth).

Nadto zgłoszono 13 wykładów.

14 — **Sekcja fizjologji, patologji doświadczalnej, chemji fizjologicznej i farmakologji** (przewodniczący prof. F. Czubalski, Krak.-Przedm. 26 U. W.).

Tematy programowe:

a) Regulacja stężenia jonów wodorowych w ustroju, ref. prof. Przylęcki (Poznań) i prof. Modrakowski (Warszawa. b) krew, jako układ fizyczno-chemiczny, ref. prof. Moraczewski, prof. Parnas (Lwów).

15 — **Sekcja anatomji patologicznej** (przewodniczący prof. L. Paszkiewicz, Anatomicum, Chałubińskiego 5).

Tematy programowe:

a) Patologja układu siateczkowo-śródbłonkowego (prof. W. Nowicki, Lwów i dr. W. Czarnecki. b) Patogeneza i etjologja nowotworów doświadczalnych (prof. S. Ciechanowski, Kraków i prof. L. Skubiszewski, Poznań).

16 — **Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji** (przewodniczący dr. A. Puławski, Szpital Dz. Jezus ul. Nowogrodzka).

Tematy programowe:

a) choroba Brighta (ref. prof. M. Franke [Lwów] i dr. A. Landau [Warszawa]). b) Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną, ref. doc. dr. W. Janowski i prof. A. Leśniowski).

17 — **Sekcja radjologji** (przewodniczący dr. Z. Grudziński Wspólna 3 a).

a) Djagnostyka radjologiczna wrzodu dwunastnicy (ref. dr. E. Meisels [Lwów] i dr. Tadeusz Alkiewicz, [Poznań]). b) Leczenie radjologiczne nowotworów złośliwych (ref. prof. dr. Karol Mayer, Poznań i dr. Henryk Wachtel, Kraków). c) Kamica żółciowa w świetle promieni Roentgena (ref. dr. A. Elektorowicz Warszawa).

Nadto zgłoszono 1 wykład z dziedziny mianownictwa radjologicznego polskiego.

18 — **Sekcja chirurgji** (przewodniczący prof. A. Leśniowski, Widok 10).

Tematy programowe:

a) Chirurgja dróg żółciowych (wspólnie z sekcją med. wewn.) ref. doc. dr. W. Janowski i prof. Leśniowski), Warszawa). b) Ropnie mózgu (wspólnie z Sekcją oto-ryno-laryngologiczną i sekcją chorób nerwowych) — ref. prof. Schramm i dr. Rothfeld (Lwów).

19 — **Sekcja oto-ryno-laryngologji** (przewodniczący dr. J. Pieniążek, Moniuszki 6).

Zgłoszono 9 wykładów.

21 — **Sekcja stomatologji** (przew. prof. H. Wilga, Marszałkowska 151 Inst. Dent.).

Tematy programowe:

a) Najnowsze zdobycze aseptyki i antyseptyki w dentystyce; b) Znaczenie społeczne próchnicy i walka z nią; c) Exstirpatio czy amputatio miazgi; d) Nowoczesne sposoby wyjaławiania kanałów (przewodów) korzeniowych i ich wypełnianie; e) Jakie zapalenia ozębnej powodują zakażenie innych organów ustroju ludzkiego; f) Przyczyna i istota ropotoku zębodołowego; g) Czy można stosować metale nieszlachetne zamiast szlachetnych w protetyce dentystycznej.

Nazwiska referentów będą podane później.

22 — **Sekcja chorób nerwowych i umysłowych**: a) Choroby nerwowe (przew. dr. Bregman, Marszałkowska 124).

Tematy programowe:

1. O ropniach mózgu (wspólnie z sekcją chirurgiczną i oto-ryno-laryngoliczną) ref. Dr. J. Rothfeld, Lwów. 2. O nagminnem zapaleniu mózgu, (temat wspólny z sekcją psychjatrji). Etjologja i epidemjologja ref. prof. Z. Szymanowski, Warszawa. Obraz kliniczny i przebieg — dr. J. Koelichen, Warszawa. Zaburzenia psychiczne — dr. J. Handelsman, Warszawa — Tworki. Anatomja patologiczna — dr. T. Simchowicz, Warszawa. b) Choroby umysłowe (przew. dr. J. Nelken, Marszałkowska 33).

Zgłoszono 1 wykład wspólnie z sekcją chorób nerwowych (dr. Handelsman, patrz wyżej).

23 — **Sekcja okulistyki** (przew. prof. K. Noiszewski Krucza l. 38).

Tematy programowe:

a) Jaskra doświadczalna: obrzękowa — prof. Szymański (Wilno) prosta — prof. Kapuściński (Poznań), b) Stosunek nieżytów do jaglicy — doc. dr. Reis (Lwów).

24 — **Sekcja ginekologji i położnictwa** (przew. prof. A. Czyżewicz, Starynkiewicza 3 Klinika Położnicza).

Tematy programowe:

a) Postępowanie lecznicze w gorączce połogowej i w gorączce w połogu, ref. dr. Monsiorski (Warszawa). b) Znaczenie badań nad kwasotą krwi w ginekologji, ref. dr. Zwoliński (Warszawa).

25 — **Sekcja historji i filozofji medycyny** (przewodniczący prof. F. Giedroyć, Kredytowa 8).

Zgłoszono 7 wykładów.

28 — **Sekcja higjeny i mikrobiologji** (przew. prof. Sz. Dierzgowski, Nowy-Świat 19 i dr. L. Hirszfeld, Chocimska 24, Zakł. Epidem.).

Higjena:

Tematy programowe:

1. Zagadnienia sanitarne w Polsce (ref. dr. Witold Chodźko). 2, Nowe prądy w higjenie zawodowej (ref. prof. Karaffa-Korbutt). 3. Współpraca międzynarodowa na polu higjeny (ref. dr. Z. Rajchman).

Mikrobiologja:

Tematy programowe:

1. Zagadnienia zmienności w bakterjlogji (ref. dr. Eisenberg). 2. Patologja i epidemjologja błonicy — prof. Groer. 3) Nowe prądy w metodyce hodowli bakteryjnej — dr. Sierakowski.

30 — **Sekcja weterynarji** (przew. prof. J. Gordziałkowski Brzozowa 12).

Zgłoszono 13 wykładów.

31 — **Sekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego** (przew. dr. W. Światopełk-Zawadzki, Marszałkowska 76 i dr. St. Kopczyński, Wspólna 28).

Tematy programowe:

a) Rola lekarza w wychowaniu fizycznem, ref. dr W. Światopełk-Zawadzki (Warszawa), oraz prof. Ciechanowski, dr. Gębarski. dr. Jaroszyński i pułk. lek. Osmólski. b) Przeciążenie młodzieży szkolnej, ref. prof. dr. H. Jonszer (Poznań) oraz dr. S. Szuman i dr. J. Oziembłowski.

31 — **Sekcja medycyny wojskowej** (przew. płk. lek. Zembrzuski, Szpital Ujazdowski, Szkoła Sanitarna).

Tematy programowe:

a) Wyżywienie wojska i ludności cywilnej podczas wojny mjr. lek. G. Szulc i płk. int. Romański. c) Powszechne wychowanie fizyczne jako podstawa przygotowania ludności do wojny prof. Ciechanowski (Kraków) i płk. lek. Osmólski. c) Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju i wojny — gen. dr. W. Horodyński.

33 — **Sekcja prasy lekarskiej** - (przew. dr. W. Szumlański, Warszałkowska 73).

Tematy programowe:

a) Stosunek lekarzy do prasy lekarskiej — prof. Ciechanowski (Kraków). b) Sprawa reformy pism archiwalnych — prof. Nowicki (Lwów). c) Sprawa reformy pism ogólno-lekarskich — prof. Ciechanowski i dr. Wierzbicki. d) Propaganda piśmiennictwa lekarskiego za granicą — prof. E. Loth. c) Błędy językowe w prasie lekarskiej — prof. Wrzosek (Poznań) i dr. W. Szumlański.

Nadto zgłoszono 1 wykład.

35 — **Sekcja medycyny społecznej i szpitalnictwa** (przew. dr. B. Jakimiak, Chmielna 55).

Dotąd zgłoszono 2 wykłady.

IV. **Termni zgłaszania wykładów** do przewodniczących ustalono na 15 maja r. b. Z dniem 1 czerwca rozpocznie się druk programu naukowego.

V. **Wystawa naukowo-przemysłowa** mięścić się będzie w nowym gmachu »Kreślarni« Politechniki warszawskiej. W sprawach wystawy zgłaszać się należy do przewodniczącego profesora Bronisława Koskowskiego, Elektoralna 35.

VI. **Komisja mieszkaniowa** czyni starania o zapewnienie członkom Zjazdu lokali. Wolne lokale wyznaczane będą stosownie do kolejności zapisywania się uczestników Zjazdu.

Prezes: *Prof. Dr. Leon Kryński.*

Sekretarz generalny: *Prof Dr. Edward Loth.*

Warszawa w lutym 1925 r.
Anatomicum, Chałubińskiego 5.

Sprawy zawodowe.

Koło lekarzy zdrojowych w Truskawcu.

»Koło lekarzy Zdrojowych« w liczbie jedenastu zawiązało się w Truskawcu. Na prezesa wybrano dr. Pelczara, na zastępcę dr. Opieńskiego, na sekretarza dr. Altera. Celem Koła jest obrona interesów zawodowych w zdrojowisku, wzajemnego pogłębianie naukowych zagadnień, związanych z lecznictwem i zacieśnienie węzłów koleżeńskich. Za Zarząd: *Dr. Pelczar*, przewodniczący. *Dr. Alter*, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Tow. lek. w Krakowie składa serdeczne podziękowanie J. Wielm. Pani Dr. Langowej i J. W. Panom Dr. Cersze i Dr. Juraszowi za ofiarowane Bibljotece roczniki czasopiśmienne dzieła lekarskie.

Warszawa.

Wystawa przyrodniczo-lekarska będzie urządzona przy sposobności XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Celem wystawy jest przedstawienie lekarzom i przyrodnikom oraz publiczności ruchu naukowego w piśmiennictwie przyrodniczo-lekarskiem, środków naukowych i technicznych, jakiemi obecnie się posługujemy w tych dziedzinach nauki, jak również tego wszystkiego, co z gałęzi przemysłu jest w związku z medycyny i naukami przyrodniczemi. Komitet wystawy opracował szczegółowy regulamin dla wystawców. Wystawa zostanie otwarta 12-go lipca w gmachu Politechniki przy ul. Polnej l. 75 i trwać będzie 5 dni. W wystawie mogą brać udział wystawcy polscy i zagraniczni. Komitet ustanowił nagrodę dla wystawców, mianowicie dyplomy uznania, medale złote i srebrne i listy pochwalne. Przewodniczącym Komitetu Wystawy jest prof. Br. Koskowski, Warszawa, Elektoralna 35.

Ze świata.

Konferencja klimatyczna. Polski Urząd Konsularny w Bernie przesyła nam pismo z zawiadomieniem, że między 17 a 22 sierpnia 1925 r. odbędzie się w Davos konferencja klimatologiczna, urządzona przez Instytut dla Fizjologji i badań nad gruźlicą (Institut für Hochgebirgsphysiologie und Tuberkuloseforschung, Davos). Konferencja ta zajmie się w szczególności fizykalnem i fizjologicznym znaczeniem klimatu. Szereg wybitnych uczonych z różnych krajów dał wyraz swemu zainteresowaniu dla tej konferencji przez zapewnienie swego udziału i zgłoszenie referatów. O informacje bliższe należy się zwracać do sekretarjatu, w osobie p. dr. Wogel Eysern, Daves Dorf.

Sprawą badań zjawisk okultystycznych zajął się uniwersytet wiedeński. W tym celu wyłonił komisję, która ostatecznie przedstawiła protokół następujący: 1. Stwierdzono, że pewne medjum zagraniczne, które wykazywało wprost niezwykłe zjawiska i uważane było za osobnika o niezwykłych medjumicznych zdolnościach, zostało zdemaskowane w Instytucie fizykalnym przy zastosowaniu odpowiednich warunków kontrolnych. Każde »zjawisko« było następstwem zwykłej zręczności badanego osobnika i dało się nią wytłumaczyć. Medjum przyłapano na wykonywaniu różnych zręcznych »tryków«. O tem samem przekonano się w badaniach i seansach z medjum innem, przyczem dalsze badania kontrolne stały się niemożliwemi, gdyż medjum wyłączało coraz większą liczbę członków komisji, ponieważ obecność ich »przeszkadzała« zjawiskom medjumicznym. Trzecie medjum zaproszone wogóle nie poddało się badaniom Komisji.

Nr. 24. 14. czerwca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Ludwik SKUBISZEWSKI. Poznań.

Dane liczbowe do sprawy gruźlicy pierwotnej przewodu pokarmowego.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Poznańskiego.

Sprawa pierwotności zmian gruźliczych przewodu pokarmowego budzi zainteresowanie nietylko anatoma patologicznego, lecz w równym stopniu zaciekawia klinicystów i bakterjologów, gdyż rzuca ona światło na możliwość przedostawania się jako też wyłącznego umiejscawiania się w tym odcinku ustroju, względnie stąd może nawet niekiedy pochodzić wogóle zakażenie gruźlicze ogólne. Nie dziwi nas wobec tego, że pogląd R. Kocha, wypowiedziany na Zjeździe lekarzy w Londynie (1901 r.), że pierwotna gruźlica jelit występuje rzadko, wywołał szerszy sprzeciw i to przedewszystkiem ze strony lekarzy angielskich, bowiem w Anglji pierwotna gruźlica jelit ma stanowić 30% wszystkich postaci cierpień gruźliczych. W tym względzie wypowiada się podobnie A. Heller (1902 r.), który na zasadzie materjału z zakładu anatomji patologicznej w Kolonji, zebranego w ciągu 21 lat (1873—1894), a obejmującego 714 spostrzeżeń sekcyjnych dzieci zmarłych na błonicę, stwierdził w tej liczbie 140 przypadków gruźlicy, przyczem w 53 spostrzeżeniach miano do czynienia z pierwotną gruźlicą jelit, a w tem w 10-ciu przypadkach były zajęte jelita, a w 43 — gruczoły chłonne krezki. W ogólnej liczbie gruźlicy, dotyczącej materjału dziecięcego, w $^1/_3$ przypadków występują pierwotne zmiany gruźlicze w jelitach.

Również amerykańscy lekarze uzyskali w swych badaniach zbliżony odsetek pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego. Councillman, Mallory i Pearce (Boston) przeprowadzili swoje dociekania na 220 przypadkach z zejściem śmiertelnem wskutek błonicy i wykazali wysoki odsetek pierwotnych zmian gruźliczych dróg pokarmowych. Wagener sam wykonał 600 sekcyj, szczegółowo je przebadał i przekonał się, że w 28 razach była gruźlica jelit i gruczołów chłonnych krezki. Z tego materjału sekcyjnego 16 przypadków dotyczyło osobników w wieku od 1—15 lat, zaś 12 przypadków obejmowało osobników dorosłych. Hof zestawił 15.000 protokołów sekcyjnych z zakładu anatomji patologicznej w Kolonji, przytem stwierdził w 25,1% zakażenie gruźlicą spowodowane na drodze przewodu pokarmowego. Fibiger i Jensen (Kopenhaga 1904 r.) na 213 sekcyj podają 13 obserwacyj pewnych pierwotnej gruźlicy jelit oraz gruczołów chłonnych krezki, nadto dwa przypadki, w których o pierwotności sprawy chorobowej nie było można twierdzić.

Należy podnieść tutaj fakt, że Behring, opierając się na własnych badaniach, jako też na na doświadczeniach Römera, Mucha i Kovacsa, wypowiedział na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Kessel (1903 r.) pogląd, że gruźlica płuc wogóle bierze swój początek we wczesnem dzieciństwie wskutek przedostawania się laseczników Kocha przez błonę śluzową dróg pokarmowych, które wówczas widocznie nie posiadają dostatecznej odporności na zarazek gruźliczy. Stąd też drodze pokarmowej przypisuje badacz ten ważną, jeżeli może nie główną, wyłączną rolę w powstawaniu gruźlicy wogóle.

Mamy natomiast cały szereg autorów, którzy pierwotne zmiany gruźlicze w jelitach uważają za rzadkie. A więc jeszcze Virchow w przeciągu 5-ciu lat w Charité spostrzegał 10 przypadków pierwotnej gruźlicy jelit; Ganghofner w Pradze w ciągu 15-tu lat na materjale dziecięcym widział tylko 5 przypadków, nadto Zahn (Genewa) w ciągu 25-ciu lat tylko — 43 przypadki. Wyniki innych autorów zestawiam wreszcie sumarycznie:

Hansemann	na	10.000	sekcyj	—	25 przypadków
Biedert	»	3.104	»	—	16 »
Grosser	»	1.104	»	—	4 »
Orth	»	203	zwłok dziecięcych		2 razy
Grosser	»	1.407	»	»	1 raz

A. Baginsky na 933 sekcyj nie widział przypadku z pierwotną gruźlicą jelit. W dalszych następnych swych spostrzeżeniach autor ten na 806 sekcyj widział tę postać w 6-ciu przypadkach. Dmochowski jest zdania, że pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego występuje rzadko.

Już z zestawienia danych statystycznych, dotyczących sprawy wyłączności zmian gruźliczych przewodu pokarmowego, wynika, że pierwotność tych zmian można ustalić widocznie naogół rzadko, przytem tłumaczenie jej napotyka na dalsze liczne trudności. Znaczna różnica zdań może też zależeć od niejednolitego materjału sekcyjnego, jakim się posługiwano w celach rozstrzygnięcia sprawy pierwotnego usadowienia się gruźlicy w przewodzie pokarmowym.

Osobiście w przeciągu 10-ciu lat (1914—1924 r.) spostrzegałem 29 przypadków gruźlicy jelit, która mogła być uważana jako pierwotna, gdyż badanie makroskopowe na stole sekcyjnym poza jelitami pozornie zmian swoistych nie wykazywało. Nadto w materjale tym zawsze istniały w ustroju jeszcze inne zmiany chorobowe, które mogły być przyjmowane za przyczyną zejścia śmiertelnego. Spostrzeżenia moje zestawiam na załączonej tablicy.

We wszystkich zestawionych tutaj przypadkach przeprowadziłem badania drobnowidowe różnych odcinków płuc, gruczołów chłonnych wnęki płucnej, gruczołów chłonnych szyi, migdałków oraz gruczołów chłonnych krezki. W wyniku tych poszukiwań okazało się, że w przypadkach: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11—21 i 23—27 znajdują się ogniska bliznowate w górnym płacie jednego lub obu płuc. W tej tkance bliznowatej na jej obwodzie można było odnaleźć małe skupienia, składające się przeważnie z komórek nabłonkowatych i limfocytowych. Nadto we wszystkich tylko co wymienionych przypadkach z wyjątkiem 11, 23 i 25 wykryto w gruczołach chłonnych wnęki płuc ogniska o typowem utkaniu gruzełków, zwykle przeważnie pojedynczych. W przypadku 11 znalazłem w prawym migdałku podniebiennym ogniska serowate, otoczone tkanką łączną i dość znaczną ilość gruzełków z komórkami olbrzymiemi. Prócz tego występowały też zmiany swoiste w gruczołach chłonnych krezki, przyczem gruzełki przeważnie były nikłej wielkości i rozsiane pojedynczo. Niekiedy musiałem przejrzeć dużą ilość kolejnych skrawków, zanim można było się zdecydować na rozpoznanie sprawy gruźliczej. Należy więc wnosić, że w przypadkach przytoczonych musiała istnieć gruźlica o umiejscowieniu rozleglejszem, jednak w poszczególnych narządach, a w pierwszym rzędzie w płucach, uległa ona prawie całkowitemu wyleczeniu, natomiast wskutek nieznanych nam bliżej przyczyn, uległa ona postępowi w jelitach, powodując tutaj znaczne i widoczne zmiany destrukcyjne. Ponieważ zmiany gruźlicze w jelitach wybiły się na plan pierwszy, stąd na podstawie badania tylko makroskopowego owrzodzenia gruźlicze w jelitach mogły być uważane za wyłączne i pierwotne.

Jednak w przypadkach: 3, 8, 9, 10, 22, 28 i 29 badanie drobnowidowe różnych narządów i gruczołów chłonnych nie wykazało poza obrębem przewodu pokarmowego zmian swoistych dla gruźlicy. W tych przypadkach rzeczywiście nasuwa się twierdzenie, że mimo wszystko przewód pokarmowy może być miejscem, gdzie nawet u osobników dorosłych laseczniki gruźlicze się umiejscawiają i rozwijają, nie przedostając się do narządów dalszych. Stąd też tylko w tych 7-miu przypadkach można mówić o pierwotnych zmianach gruźliczych w jelitach. Przypadki te przedstawię w krótkich zarysach.

L.	Płeć	Wiek	Rozpoznanie sekcyjne	Zmiany w jelitach
1	K.	56	Pneumonia lobaris dextra	Ulcus tbc coeci
2	M.	49	Carcinoma ventriculi	Ulcera tbc ilei
3	K.	50	Nephritis interstitialis genuina	Ulcera tbc ilei partis inferioris
4	K.	52	Carcinoma uteri	Ulcus tbc coeci
5	K.	48	Nephritis parenchym. chronica	Ulcera tbc coeci
6	M.	43	Endocarditis v. v. semil. aortae	Ulcera tbc ilei
7	M.	23	Preumonia crouposa sinistra	Ulcus tbc ilei
8	M.	59	Pneumonia lobularis	Ulcus tbc coeci
9	M.	29	Appendicitis perforativa, peritonitis	Ulcus tbc flexurae sigmoideae
10	K.	39	Ulcus ventriculi perforativum	Ulcera tbc ilei
11	K.	45	Ulcus ventriculi pepticum	Ulcus tbc ilei
12	K.	37	Endometritis purulenta post abortum	Ulcus tbc coeci
13	M.	46	Endocarditis ulcerosa	Ulcus tbc coeci
14	M.	18	Bronchopneumonia confluens sinistra	Ulcera tbc coeci
15	M.	35	Peritonitis post vulnus sclopetarium	Ulcera tbc coli partis ascendentis
16	K.	61	Carcinoma ventriculi	Ulcus tbc recti
17	K.	58	Haemorrhagia cerebri ventriculi IV.	Ulcus tbc coeci
18	M.	51	Glioma thalami optici dex. cum haemorrhaghia	Ulcera tbc coeci et coli ascendentis
19	M.	49	Ca. ventriculi	Ulcera tbc ilei
20	K.	59	Ca. uteri	Ulcera tbc flexurae sigmoideae et recti
21	M.	62	Pneumonia lobaris sin.	Ulcera tbc coeci
22	K.	48	Nephritis interstitialis genuina	Ulcus tbc coeci
23	K.	32	Leptomeningitis purulenta	Ulcera tbc coli ascendentis
24	M.	52	Sarcoma femoris sinistri	Ulcus tbc coeci
25	M.	43	Nephritis parenchymatosa chronica	Ulcera tbc jejuni
26	K.	56	Haemorrhagia cerebri	Ulcera tbc jejuni
27	K.	49	Glioma cerebri	Ulcera tbc ilei
28	K.	?	Marasmus senilis	Ulcera tbc coeci
29	K.	74	Encephalomalacia flava thalami optici dextri partis anterioris	Ulcus tbc ilei

Przypadek I. (3): K., 50 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Nephritis interstitialis genuina. Hypertrophia musculi cordis sinistri excentrica. Hydrothorax. Hydropericardium. Ascites. Ulcera tbc ilei partis inferioris.*

W dolnym odcinku jelita krętego 50 cm powyżej kiszki ślepej widać na śluzówce dwa ubytki stykające się prawie ze sobą, jeden wielkości 2×1,5 cm, drugi o połowę mniejszy. Owrzodzenie pierwsze drąży prawie do błony surowiczej, zaś drugie ogranicza się do zniszczenia błony śluzowej. Brzegi owrzodzeń są nierówne, pozazębiane, tu i ówdzie podminowane. Na dnie i brzegach można dostrzec bardzo maleńkie żółte gruzełki, które też znajdują się i w błonie śluzowej w najbliższem od owrzodzeń sąsiedztwie.

Badanie drobnowidowe: W pierwszem owrzodzeniu stwierdza się ogromną ilość typowych gruzełków, obfitujących w komórki olbrzymie, szczególnie w obrębie błony śluzowej. W niektórych gruczołach chłonnych krezki jelita cienkiego spotyka się skupienia komórek nabłonkowatych, a w jednem miejscu wśród nich stwierdza się też komórkę olbrzymią.

Przypadek II. (8): M., 59 lat. Rozpoznanie patologiczno anatomiczne: *Pneumonia crouposa sinistra Hepatisatio grisea Degeneratio parenchymatosa musculi cordis. Dilatatio ventriculorum cordis. Ulcus tuberculosum coeci.*

Na błonie śluzowej kiszki ślepej widzi się rozległy ubytek o rozmiarach 4×5 cm; jego brzegi są podminowane, pozazębiane i nierównomiernie wzniesione; dno jest chropowate, brudne, a gdzieniegdzie pokryte gruzełkami. Błona śluzowa okolicy owrzodzenia jest usiana pojedynczemi, żółtemi, zresztą różnej wielkości gruzełkami. W tkance pozaotrzewnowej, przylegającej do ściany kiszki ślepej znajduje się guz wielkości orzecha laskowego, zawierający masy serowate.

Badanie drobnowidowe: Ściana kiszki ślepej jest zniszczona do warstwy mięsnej, w której widać bardzo liczne, zlewające się ze sobą gruzełki z obfitą ilością w nich komórek olbrzymich. Gruczoł chłonny wykazuje martwicę koagulacyjną i karjorektyczną; jego torebka jest znacznie zgrubiała wskutek rozrostu tkanki łącznej nacieczonej nadto przez limfocyty. Pozatem gruczoły chłonne w jamie brzusznej zmian nie wykazują.

Przypadek III. (9): M., 29 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Appendicitis perforativa. Peritonitis purulenta. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis, hepatis et renis utriusque. Ulcus tbc flexurae sigmoideae.*

W błonie śluzowej esicy tuż na granicy jej przejścia w odbytnicę znajduje się owrzodzenie, obejmujące przestrzeń 3×4 cm, a dosięgające w głębi aż błony surowiczej. Na dnie widać liczne gruzełki. Prócz tego owrzodzenia nieco poniżej od niego znajdujemy dwie gwiaździste blizny o rozmiarach 1×1,5 cm.

Badanie drobnowidowe: W owrzodzeniu widzi się zwykłe zmiany gruźlicze. W bliznach stwierdza się w warstwie podsurowiczej pojedyncze komórki olbrzymie, miejscami fibroblasty i ogniska z komórek limfocytowych. Tkanka łączna ma wygląd zbity i wykazuje znaczne zmiany szkliste. Gruczoły chłonne w jamie brzusznej zmian nie wykazują.

Przypadek IV. (10): K., 39 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Ulcus ventriculi perforans. Peritonitis purulenta. Status post operationem: gastroenterostomia retrocolica. Degeneratio perenchymatosa hepatis gradus majoris. Ulcera tbc ilei.*

W ścianie przedniej części przyodźwiernikowej żołądka widnieje lejkowate owrzodzenie drążące ku błonie surowiczej; brzegi jego są schodkowate. Poszczególne warstwy ściany żołądka zaznaczają się bardzo wyraźnie. W dnie owrzodzenia widać otwór o średnicy 3 mm, który łączy jamę żołądka z jamą otrzewny. W błonie śluzowej jelita cienkiego, w odstępie 30 cm od jelita ślepego widać cztery owrzodzenia. Wielkość ich jest prawie jednakowa, 2×3 cm, brzegi są podminowane, dno nierówne i usiane żółtemi gruzełkami. W głębi dosięgają one błony mięsnej, a nawet i ją zajmując.

Badanie drobnowidowe: W ścianie wrzodu okrągłego żołądka, prócz pojedynczych limfocytów i komórek plazmatycznych, brak innych zmian. Przy oglądaniu poszczególnych warstw ściany żołądka, stanowiących ścianę wrzodu, otrzymuje się wrażenie, jakby były sztucznie wycięte i to nadzwyczaj równo.

Błona mięsna, stanowiąca dno owrzodzeń w jelitach jest usiana na całej przestrzeni licznemi gruzełkami. Prócz tego stwierdza się gruzełki w błonie podśluzowej poza obrębem owrzodzeń. Obok gruzełków widać drobne ogniska martwicy skrzepowej. Niektóre tylko gruczoły chłonne krezki zawierają pojedyncze gruzełki z komórkami olbrzymiemi.

Przypadek V. (22): K., 48 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Nephritis interstitialis genuina. Hypertrophia musculi cordis sinistri. Pleuritis purulenta dextra. Ulcus tbc. coeci.*

W kiszce ślepej znajduje się obszerny ubytek, sięgający do błony surowiczej. Brzegi jego są nierówne, podminowane i poszarpane. W dnie widać liczne żółte gruzełki, oraz wysepki rozrastającej się błony śluzowej. Gruczoły chłonne krezkowe zmian widocznych nie wykazują.

Badanie drobnowidowe. W ścianie owrzodzenia błony śluzowej, w jego otoczeniu i w dnie samem stwierdza się liczne typowe gruzełki i ogniska martwicy skrzepowej. Gruczoły chłonne krezki są bez widocznych zmian.

Przypadek VI. (28): K., lat (?) około 70-ciu. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Marasmus senilis. Ulcus tbc prima-*

rium coeci et appendicitis tuberculosa. Colitis chronica hyperplastica, infiltratio adiposa hepatis gradusmajoris. Tonsillitis purulenta. Degeneratio colloidea gland. thyreoideae. Adhaesiones pleurae sinistrae. Emphysema pulm. senile. Venostasis lienis et renis utrusque. Bronchitis catarrhalis chronica.

W kiszce ślepej istnieje obszerny ubytek o brzegach nierównych, podminowanych i poszarpanych. Dno owrzodzenia nierówne, czerwone, usiane wysepkami błony śluzowej i gruzełkami. Błona śluzowa wyrostka robaczkowego usiana na całej przestrzeni bardzo maleńkiemi owrzodzeniami i żółtemi gruzełkami. Gruczoły chłonne krezki jelit nie wykazują zmian widocznych.

Badanie drobnowidowe: W gruczołach chłonnych wnęki jako też i w samych płucach nie udało się stwierdzić zmian gruźliczych. W ścianie kiszki ślepej w obrębie owrzodzenia, jak również i w jego otoczeniu widać rozrost tkanki łącznej, w której są rozrzucone liczne i drobne gruzełki z komórkami olbrzymiemi w środku. Naczynia krwionośne są znacznie poroszerzane i wypełnione przez krwinki czerwone. Ściana wyrostka robaczkowego na całej przestrzeni przedstawia typowe owrzodzenia gruźlicze, przytem poszczególne gruzełki obejmują całą grubą ścianę.

Przypadek VII. (29): K., lat 76. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Tuberculosis nodosa disseminata peritonei. Ulcus tbc ilei. Angiochotitis chronica catarrhalis. Cholecystitis chronica fibrosa cicatricosa. Calculi ductus choledochi Nr. III. Atherosclerosis universalis. Renes atherosclerotici. Hypertrophia musculi cordis sinistri. Encephalomalacia flava thalami optici dextri partis anterioris.*

Sieć wielka na wysokości pępka po stronie prawej okazuje się przyrośnięta do otrzewnej ściennej. Otrzewna ścienna i trzewna są usiane drobnemi guzkami, wystającemi ponad powierzchnię. Guzki te układają się wzdłuż naczyń krwionośnych, na przekroju są zabarwione na żołto i posiadają spoistość dość twardą. Takież same guzki stwierdza się na krezce jelita cienkiego i na otrzewnej żołądka. W odległości 140 cm od kiszki ślepej w błonie śluzowej jelita cienkiego stwierdza się ubytek z podciągniętemi ku środkowi brzegami i promienisto przebiegającemi pasmami tkanki łącznej. Ubytek ten ma wymiary 0,4×0,3 cm. Prócz tego widać ubytek o średnicy 1 cm o brzegach nieco wzniesionych.

Badanie drobnowidowe: W miejscu blizny stwierdza się istotnie brak błony śluzowej. W jelicie na tem miejscu widać różnej grubości pasma tkanki łącznej, zbitej i szklisto zmienionej w części środkowej z nieznaczną ilością fibroblastów; zajmuje ona całą grubość ściany jelita. Warstwa mięsna zachowana jest tylko w częściach obwodowych gdzie są one poroz-suwane bezładnie wskutek nacieków z limfocytów i gdzieniegdzie komórek plazmatycznych. W jednem miejscu wśród tkanki łącznej na kolejnych skrawkach udało się stwierdzić ognisko, złożone z komórek nabłonkowatych w środku i limfocytów na obwodzie w postaci wianuszka oraz komórkę olbrzymią. Guzki na otrzewnej i w krezce jelit wykazują martwicę skrzepową, przeważnie zaś są poprzerastane przez tkankę łączną zbitą i szklisto zmienioną.

Na podstawie spostrzeżeń tych przypadków nasuwają się następujące wnioski:

I. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że i u dorosłych mogą powstać w przewodzie pokarmowym pierwotne zmiany gruźlicze.

II. Do przypadków z pierwotnemi zmianami gruźliczemi przewodu pokarmowego mogą być zaliczone tylko takie spostrzeżenia sekcyjne, w których badanie drobnowidowe płuc, gruczołów chłonnych wnęki płuc, szyi i migdałków nie wykażą zmian gruźliczych. Z tego też powodu w spostrzeżeniach moich spotyka się znacznie mniej przypadków z pierwotną sprawą gruźliczą w jelitach wogóle, niż podają inni autorzy.

III. Poszukiwania moje dowodzą dość przejrzyście, że dane statystyczne nie mogą być oparte tylko na badaniach makroskopowych. Mianowicie w 29-ciu przypadkach zmian gruźliczych w jelitach, które mogły być przyjmowane za pierwotne, badanie drobnowidowe zredukowało tą pierwotność do 7 przypadków. Tem się może tłumaczy częściowo większy odsetek zmian gruźliczych pierwotnych w jelitach autorów innych. Jednak i w tych przypadkach nie możemy z całą pewnością twierdzić, że sprawa gruźlicza umiejscowiła się pierwotnie w jelitach i tutaj podlegała dalszemu rozwojowi. Niema się niekiedy pewności, czy jednak w pewnym okresie życia osobnika sprawa gruźlicza nie istniała też w innych narządach, tylko z biegiem czasu uległa wygojeniu całkowitemu, które pozostawiło tak nikłe ślady, że badanie nasze ich nie wykrywa. Przy tym poglądzie przesuwa się pojęcie samej pierwotności gdyż wówczas raczej można mówić o wyłączności sprawy gruźliczej w pewnym okresie istnienia jej w ustroju, rozwiniętej dla przyczyn nam mało znanych w przewodzie pokarmowym. Są to rozumie się rozważania nazbyt teoretyczne, których nie można wyjaśnić w całej rozciągłości na materjale sekcyjnym. Pozostają jednak mające znaczenie dla klinicysty fakty, że gruźlica może wyłącznie istnieć w przewodzie pokarmowym, a przeto tej sprawy nie można wykluczać, jeżeli się nie stwierdza zmian objektywnych w płucach, co się zwykło poniekąd czynić.

Piśmiennictwo.

1) Bagiński: D. med. Woch. 1902. — 2) Bagiński: Berl. Klin. Woch. 1903. str. 223. — 3) Beitzke: Virch. Arch. + 184. str. 1. — 4) Beitzke: Virch. Arch. Tom 190. str. 58. — 5) Beitzke: Virch. Arch. Beiheft 191 str. 225. — 6) Beitzke: Lubarsch-Ostertag Ergeb. d. allg. Pathol. Tom. 14. str. 169. — 7) Brüning und Schwalbe: Hand. d. allg. Pathol. und der pathol. Anat. des Kindealters. Tom III. str. 875. r. 1913. — 8) Councilman, Mallory and Pearce: Difteria. Boston 1921. — 9) Edens: Berl. Klin. Woch. 1905. str. 1528. — 10) Edens: Ergeb. d. inn. Med. u, Kinderh. Tom. 2. str. 142. — 11) Fibiger und Jensen: Berl. Klin. Woch. 1908. Nr. 42—45. — 12) Ganghofner: Berl. Klin. Woch. 1903. str 949. — 13) Heller: D. med. Woch. 1902. Nr. 39. 696. — 14) Heller und Wagener: Munch. med. Woch. 1903. Nr. 475, 2036. — 15) Heller: Verh. d. d. Path. Ges. Tom. 12. str. 283. — 16) Henke: Beitrag z. Frag. prim. Darmtub. 2 tbl. 7. Pathol. 1906. str. 866. — 17) Henke: Verh. d. d. Pathol. Ges. Tom. 12. str. 283. 18) Hof: Über prim. Darmtub. nach rund 15000 Sektionen. Diss. Kil. 1903. — 19) Ipsen: Berl. Klin. Woch. 1906. Nr. 24. — 20) Kovacs: Zieglers Beiträge. Tom. 40. str. 281. — 21) Orth: Berl. Klin. Woch. 1907. str. 213. — 22) Wagener: D. med. Woch. 1906. str. 1980. — 23) Weber und Tante: Arb. a. d. Kais. Ges. Amt. H. 6. str. 15. — 24) Zahn: Münch. med. Woch. 1902. str. 49. — 25) Tuyosumi: Virch. Arch. Beiheft. 1914. Str. 247.

Doc. Dr. A. OSZACKI. Kraków.

O określaniu tolerancji węglowodanowej zapomocą krzywej poborowego przecukrzenia krwi.

Doniesienie tymczasowe*).

Oznaczanie tolerancji węglowodanowej zapomocą zestawienia ilości pobranych węglowodanów ze zachowaniem się cukromoczu, nie daje wiernego obrazu węglowodanowego (cukrowego) gospodarstwa ustroju. Składają się na to 3 powody: 1) ze względu na fakt wydalania moczu przez nerki określanie tolerancji musi trwać czas dłuższy, tak, że 2) trudno określić tolerancję w zależności od samych poborów węglowodanowych względnie cukrowych. Wreszcie 3) zależność od t. zw. »momentu nerkowego«, a więc od czynników, ściśle biorąc, nie metabolicznych.

Znacznie bezpośredniej można poznać sprawność gospodarstwa cukrowego ustroju zapomocą krzywych przedstawiających zachowanie się cukru we krwi na czczo i po pobraniu przez badanego już to 50 gr cukru gronowego, już to takiej ilości bułki (90 gr) lub ziemniaków (200 gr.), która odpowiada 50 gr. cukru. Badanie cukru we krwi przeprowadzono metodą Macleana na czczo i w odstępach pół godzinnych po spożyciu próbki obciążającej. Pole zakreślone krzywą w ten sposób otrzymaną z badań przeprowadzonych w ciągu kilku godzin można nazwać polem przecukrzenia poborowego krwi. Linję pionową łączącą najwyższy punkt pola z podstawą pola, t. zn. z linją poziomą przebiegającą poziomo od wartości cukru na czczo, można nazwać wysokością przecukrzenia krwi. Dzieli ona pole przecukrzenia na część lewą wstępującą, którą można nazwać zatorową częścią pola przecukrzenia, oraz na część prawą, najczęściej zstępującą, którą można nazwać częścią opadową pola przecukrzenia.

Z tego rodzaju krzywych otrzymanych już to u osób zdrowych już to u chorych cukrzycowych i to przy obciążeniu albo cukrem albo bułką czy ziemniakami, lub wreszcie przed, lub po zastosowaniu insuliny — dochodzi się do następujących wniosków: 1) Wysokość przecukrzenia u osób zdrowych dochodzi mniej więcej do podwójnej lub cokolwiek

*) Praca ta ukaże się »in extenso« w Polskiem Arch. medycyny wewnętrznej, przyczem zostaną podane klisze omówionych krzywych.

wyższej wartości niż koncentracja cukru krwi na czczo. Czas przecukrzenia poborowego waha się od $1^1/_2$—2 godzin. 2) Przecukrzenie krwi po bułce i ziemniakach jest odnośnie do wysokości cokolwiek mniejsze niż po cukrze, a odnośnie do długości, a więc czasu przecukrzenia, cokolwiek dłuższe niż po cukrze. 3) U chorych cukrzycowych pole przecukrzenia zachowuje się odmiennie. Różnica polega na następujących danych: 4) poziom pola przecukrzenia jest u nich znacznie wyższy, oraz 5) wielkość pola przecukrzenia jest znacznie większa i to w daleko większym stopniu co do długości pola aniżeli jego wysokości. 6) Przedłużenie czasu przecukrzenia krwi u osób cukrzycowych powstaje w większym stopniu kosztem czasu odcukrzenia krwi, aniżeli kosztem czasu zatoru cukrowego. 7) Im gorsze rokowanie w przypadku cukrzycy, tem stosunkowo znaczniejsze przedłużenie czasu opadania. Dotyczy to tak krzywej cukrowej jak bułkowej czy ziemniaczanej, tych dwu ostatnich tak dalece, że w jednym przypadku ciężkiej cukrzycy nawet w ciągu 5 godzin nie można się było doczekać opadania krzywej, tak że część opadowa pola przecukrzenia była właściwie nieskończenie długą. 8) Działanie leczenia insulinowego odbija się głównie na skróceniu części opadowej pola przecukrzenia. Należy z tego wnosić, zgodnie z badaniami O. Müllera i Gensslena, że insulina zmienia stosunek koncentracji cukru w tkankach i krwi na korzyść tej ostatniej, podczas gdy przy cukrzycy nie insulinowanej koncentracja cukru w tkankach jest większą niż we krwi, a więc odwrotnie niż normalnie. Przedłużenie części opadowej pola przecukrzenia polega na częściowej lub mniej lub więcej całkowitej »blokadzie cukru w krwi«, tak że tylko z trudnością może się on przedostać do tkanek. Blokada ta częściowo mogłaby się tłumaczyć wspomnianym powyżej stosunkiem koncentracji cukru w tkankach i we krwi, a może jeszcze innemi czynnikami. O ile blokada zależy od zwiększonej koncentracji cukru w tkankach, o tyle zależy też od hiperprodukcji endogenicznej cukru w tkankach jako zasadniczego zboczenia cukrzycowego, w takim razie przedłużenie opadowej części pola przecukrzenia może służyć za miernik nasilenia endogenicznego, cukrzycowego zboczenia.

Dr. A. HERSCHENDÖRFER. Lwów.

Zmiany barwikowe spojówki powiekowej w przypadkach jaglicy *).

Z Oddziału ocznego Szpitala Państw. we Lwowie.
(Prymarjusz Prof. Dr. E. Machek).

Barwik brunatny zawiera spojówka normalnie u ciemnych ras, mianowicie w postaci rozlanego ciemnego zabarwienia. Najciemniej jest zwykle zabarwiona okolica rąbka spojówkowego i część spojówki w szparze powiekowej, która najbardziej jest wystawiona na działanie światła. Barwik mieści się w przybłonku, głównie w komórkach podstawowych (Hauschild, Bourquin, Steiner).

Ale i u białej rasy znajdywano pigment w spojówce, mianowicie w rąbku spojówkowym (Kazuo, Morax) a Redslob wykazał za pomocą metody Massona, polegającej na powinowactwie chemicznem melaniny do zredukowanego srebra tudzież za pomocą t. zw. Dopa-reakcji Blocha (Dopa-Dioxyphenylalanin), że ciało barwikodajne (propigment) stale istnieje w różnych okolicach spojówki. Niezabarwione komórki barwikodajne typu Langerhansa znajdują się głównie w okolicach silnie unaczynionych. Przybłonek rogówki, który jest wolny od naczyń, melanoblastów nie zawiera,

Zmiany barwikowe spojówki w postaci plam, tak wrodzone jak nabyte, zdarzają się po największej części na gałce (najczęściej w pobliżu rąbka rogówkowego) i na brzegach powiekowych, rzadziej w załamkach, najrzadziej zaś występują w spojówce tarczkowej. Zdaje się, że spojówka powiek, szczególnie spojówka tarczkowa, w ogólności nie jest glebą podatną do gromadzenia się barwika. W przypadku np. intensywnej melanozy obu oczu, ogłoszonym przez Kestenbauma, silne zabarwienie obejmuje skórę powiek i gałki a pozostawia prawie zupełnie wolną od barwika spojówkę powiek.

Ciemne plamy, występujące w spojówce chorych na jaglicę — wyjąwszy opisane przez Steinera zmiany barwikowe, zdarzające się bardzo często u osobników ras ciemnych — należą u osobników białej rasy do nadzwyczajnych rzadkości. Dla przykładu nadmienię, że Wicherkiewicz w ciągu 40-letniej praktyki widział tylko 3 przypadki (prawie równocześnie), które w 2 publikacjach opisał.

Zanim przystąpię do opisania przypadków przezemnie spostrzeganych, podam najpierw krótko opisy nielicznych przypadków z piśmiennictwa, sposoby zaś tłumaczenia powstawania tych zmian przez autorów omówię razem na końcu.

Plamy barwikowe w spojówce powiekowej przy jaglicy opisał najpierw Steiner u Malajczyków i u Chińczyków w r. 1898. i w późniejszej pracy w r. 1906. Plamki podobne spotykał jednak często nietylko w jaglicy, ale także w innych schorzeniach spojówki a nawet w spojówce normalnej. Barwik mieścił się zawsze w przybłonku, w komórkach o kształcie nieregularnym i o zabarwionych wypustkach, łączących się często w sieć barwną.

W tkance podprzybłonkowej barwik znajdował się o tyle tylko, o ile wnikał tam wraz z przybłonkiem. Co do plamek barwikowych w jaglicy stwierdza, że występują one często w okresie zbliznowacenia i to zwykle na górnej powiece, spowodowane zaś są samym procesem chorobowym jaglicy, który przyczynia się do bujania chromatoforów, które już normalnie są zawarte w spojówce tych ludzi.

W r. 1907. opisał Küsel plamki barwikowe u 2 żydówek przy jaglicy w okresie zbliznowacenia. W pierwszym przypadku czarna plamka wielkości 4 mm² mieściła się w spojówce tarczkowej górnej powieki, w drugim nieregularna plamka znajdowała się nad tarczką dolną. W obu przypadkach już makroskopowo można było stwierdzić, że barwik leżał głęboko pod przybłonkiem. W pierwszym przypadku zbadał Küsel wycięty skrawek histologicznie i stwierdził, że barwik żółtawy wzgl. brunatny mieścił się w postaci ziarnistej w komórkach wrzecionowatych i w komórkach wędrownych *(Wanderzellen)* o wypustkach zabarwionych. Komórki te mieściły się dość głęboko pod przybłonkiem, przybłonek zaś i tkanka tuż pod przybłonkiem były wolne od barwika. Jakiegoś szczególnego ułożenia barwika w stosunku do naczyń Küsel nie zauważył. Odczyn na żelazo wypadł ujemnie. Czy chore było przedtem leczone, autor nie podaje. Küsel tłumaczy powstanie tych plamek z wybroczyn w spojówce, które z powodu blizn nie mogły ulec wessaniu.

Podobny przypadek ogłosił w r. 1911 Wiktor Reis u kobiety nigdy przedtem nie leczonej. Jaglica w okresie zbliznowacenia. W środku spojówki l. powieki górnej, na granicy załamka, mieści się ciemna plamka wielkości 4 mm². Badanie histologiczne wykazuje prawie czarny barwik drobnoziarnisty, leżący przeważnie śródkomórkowo w tkance grubowłóknistej, dość głęboko pod przybłonkiem. Komórki takie szczelnie wypełnione barwikiem, leżąc gęsto obok siebie, tworzą czarne smugi. Kształtem nie różnią się komórki barwikowe od niezabarwionych. Zależności topograficznej barwika od naczyń autor nie stwierdza. Próba na żelazo ujemna.

Dla chronologicznego porządku należy tu nadmienić pracę Steinera z r. 1913.

Omawiając sprawę plamek barwikowych u rozmaitych ras i możliwość wytwarzania się z nich złośliwych nowotworów, wspomina też o zmianach barwikowych przy jaglicy. U Jawajczyków przychodzi już we wczesnych okresach jaglicy do bujania barwika. Barwik gromadzi się najchętniej na górnej powiece w otoczeniu ziaren jaglicowych. Po ustąpieniu zaś ostrych objawów pozostaje barwik w bliźnie we formie łuków i siateczek.

Następne przypadki w liczbie trzech zostały ogłoszone przez Wicherkiewicza w Przeglądzie Lekarskim w r. 1914. Wszystkie 3 przypadki dotyczą jaglicy w okresie zbli-

*) Rzecz wraz z pokazem rysunków i preparatów mikrosk. przedstawiona na II. Zjeździe Okulistów polskich we Lwowie dnia 20. września 1924.

znowacenia. W pierwszym przypadku ciemna plama nieregularna wielkości 3—4 mm² znajdowała się w samym środku spojówki powieki górnej. Czasu trwania poprzedniego leczenia nie podano.

W drugim przypadku, leczonym poprzednio dwukrotnie w ciągu kilku lat na klinice, zauważono plamkę ciemną wielkości ziarna prosa na samym środku górnej powieki. — W obu tych przypadkach barwy włosów ani skóry nie zaznaczono.

Trzeci przypadek to młoda żydówka, brunetka o śniadej cerze, która się przedtem nigdy nie leczyła, gdyż nie miała poważniejszych dolegliwości ze strony oczu. Także i u tej chorej plamka wielkości prosa mieściła się na spojówce górnej powieki. — Na górnej wardze miała chora ciemną plamkę wielkości łebka szpilki. — Badanie histologiczne przeprowadzono we wszystkich 3 przypadkach, z wynikiem prawie jednakowym. Różnica była tylko w stopniu nacieczenia drobnokomórkowego. Badanie wykazało: Przybłonek wolny od barwika. Złogi barwika ciemno-brunatnego mieszczą się w głębszych warstwach o wyglądzie grubo-włóknistym i o skąpej ilości jąder. Tworzą one ciemne smugi, oddzielone od siebie pasmami tkanki nie zabarwionej. Barwik w postaci drobnych ziarenek wzgl. grudek leży przeważnie śródkomórkowo.

Wedle Wicherkiewicza plamki w jaglicy istnieją już przedtem, podobnie jak plamka na błonie śluzowej wargi, jaglica zaś powoduje »rozplenienie« barwika i temsamem powiększenie plam. Znaczną skłonność do tworzenia takich plam mają osobniki o ciemnej cerze.

W ostatniej swej pracy o pigmentacji przybłonka spojówki i rogówki u Jawajczyków i Chińczyków z r. 1923. porusza Steiner znów sprawę plam barwikowych u tych ras w jaglicy. W przypadkach, w których jaglica zajęła także rogówkę, znajdywał, choć rzadko, plamki w rogówce*), spojówka zaś tarczkowa miała często wygląd drobnoplamisty, pochodzący stąd, że barwik, gromadzący się w ostrym stanie choroby, zostaje wraz z ziarnami mechanicznie wyługowany, powstające zaś blizny uniemożliwiają ponowne wnikanie barwika do tych miejsc.

I. przypadek.

Z przypadków przezemnie spostrzeganych pierwszy dotyczy 60-letniego Mojżesza K. Cierpi on na jaglicę około 30 lat. Z początku choroby leczył się u lekarzy prywatnych i przez 2 tyg. w szpitalu na naszym oddziale ocznym. Cierpiał też wtedy na śluzoropotok woreczka łzowego prawego i przez krótki czas leczono go sondami. Od 20 lat pozostaje bez jakiegokolwiek leczenia. Nie był nigdy poważnie chory.



Ryc. 1.
Dwie plamki barwikowe na zbliznowaciałej spojówce powieki górnej. — Chory M. K.

Stat. praes. dnia 29. kwietnia 1924:

Stan ogólny: Mężczyzna silnie zbudowany, muskularny i dobrze odżywiony. Kolor włosów przeważnie siwy, włosy nieposiwiałe jeszcze są czarne. Skóra bardzo ciemno zabarwiona. Bardzo dużo barwika w formie rozlanej widać na karku i w okolicy pach i bioder. W innych okolicach widać niezliczoną ilość gęsto obok siebie położonych, często zlewających się, drobnych plamek o barwie szaro-brązowej. Na twarzy znajduje się kilka drobnych ciemno-szarych znamion, na tułowiu kilka stosunkowo mało zabarwionych brodawek.

Oczy: Wydzielina śluzowo-ropna w miernej ilości. Skóra powiek nie wykazuje ważniejszych zmian. Rzęsy dość dobrze ustawione.

Oko prawe: Chrząstka powieki górnej silnie zgrubiała i czółenkowato wygięta. Spojówka powieki górnej miernie przekrwiona i zgrubiała, zawiera nieregularne blizenki i liczne, łatwo dające się wycisnąć, ziarna jaglicowe.

Mniej wyraźne blizenki i mniej ziaren widać na spojówce dolnej powieki i w dolnym załamku.

Gałka miernie spojówkowo i rzęskowo nastrzykana.

Większa część rogówki zajęta jest przez bliznę, w środku owrzodziałą. Reszta rogówki zakryta gęstą łuszczką tak, że głębszych części oka nie widać. Cała rogówka lekko spłaszczona.

Oko lewe: Tarczka górna podobnie, choć w mniejszym stopniu zmieniona, jak na oku prawem. Mniej też ziaren na spojówce niż na oku prawem. Wyraźniej natomiast występują tu blizny. Z tych najwyraźniejsza przebiega jako grubsza linijka wzdłuż *Sulcus subtarsalis*, 2 zaś delikatniejsze biegną zbieżnie w kierunku do opisanych poniżej plamek. Wypustki tych blizen tworzą gęstą delikatną sieć, obejmującą całą powierzchnię spojówki nad tarczką. Blisko górnego brzegu tarczki na granicy między częścią środkową a nosową, w miejscu, gdzie zbiegają się blizny, mieszczą się dwie blisko obok siebie położone plamki ciemno-brunatne, miejscami barwy mniej nasyconej, z których pierwsza, bliżej wewnętrznego kącika położona, podobna jest do małej litery c, druga zaś do nieco skośnie ustawionej litery v. Powierzchnia nad plamkami gładka, lśniąca. Plamki zajęły powierzchnię wielkości około 6—7 mm kwadratowych.

W dolnym załamku kilka ziaren.

Na rogówkę zachodzi od góry łuszczka, sięgająca do połowy rogówki a kończąca się licznemi drobnemi naciekami.

Dno oka: p. niewidoczne, l. o zabarwieniu ciemnem, b. zm. chor.

Vis. oko prawe: ruchy ręki,
oko lewe: liczy palce w odległ. 2 m.

Rozpoznanie: *Trachoma granulo-cicatriceum, pannus o. u. Leucoma exulcerans corneae. Pigmentatio conjunctivae tarsi sup. o. s.*

Dnia 16. V. 24. wycięto spojówkę wraz z tarczką, zawierającą barwik dla zbadania drobnowidowego. — Barwik obejmował całą grubość tarczki.

II. przypadek

mam do zawdzięczenia uprzejmości p. prof. Macheka (z jego praktyki prywatnej).

Antonina F. lat 74, zamężna od 19. r. życia, urodziła 16 dzieci, z których 8 umarło. W 19. r. życia chorowała na ospę, oczy przytem nie ucierpiały. Na jaglicę choruje od 30 lat. Leczyła się tylko z początku choroby przez tydzień, później po kilka dni w r. 1914. i 1918. Pozatem wycierała sobie oczy często alkoholem. Lewem okiem nie widzi od 20 lat. Bliższych jednak szczegółów co do lewego oka podać nie umie. Przed 3 tygodniami zachorowała na grypę, która trwała 2 tygodnie. Od tego czasu miewa bóle prawego oka i widzi niem jakby przez mgłę.

Stat. praes. dn. 7. VI. 1924:

Ciemna brunetka, w znacznej mierze posiwiała. Barwa skóry ciemno-śniada. Na twarzy widać tu i ówdzie drobne ciemno-brązowe znamiona, dochodzące do wielkości ziarna prosa, gdzieniegdzie drobne sinawe naczyniaki. Na dolnej wardze, nieco na lewo od linji środkowej, mieści się na błonie śluzowej, blisko przejścia w skórę, ciemna plamka wielkości ziarna siemienia, mało uwydatniająca się na ciemnem, sinawem tle wargi. Na tułowiu znajduje się kilka rozrzuconych, drobnych pigmentowanych brodawek.

Oczy: Nieznacznie wzmożona wydzielina śluzowa. Brzegi powiek lekko obrzękłe i nieco zaczerwienione.

Oko prawe: Tarczka górna nieco zgrubiała i lekko czółenkowato wygięta. Spojówka powiek cienka (atroficzna), gładka, mało nastrzykana. Na górnej powiece rowek podtarczkowy (*Sulcus subtarsalis*) z powodu szerokiej, wciągniętej blizny silniej zaznaczony. W środku rowka podtarczkowego mieści się plamka ciemno-szara (z odcieniem niebieskawym), okrągława, na całej przestrzeni prawie jednolicie zabarwiona. Powierzchnia plamki wynosi około 1·5×1·5 mm. Spojówka w tem miejscu jest gładka, nie wyniosła. Prócz tego widać jeszcze kilka szerokich blizn, łączących się ze sobą w okolicy wymienionej plamki. Delikatną sieć blizn widać także na spojówce dolnej powieki.

Gałka miernie spojówkowo, nieco silniej rzęskowo nastrzykana. Rogówka w całości miernie zmętniała, zawiera w części nosowej liczne, zlewające się z sobą, plamki. Od góry zachodzi cienka łuszczka, sięgająca do połowy rogówki. Powierzchnia rogówki nierówna, jakby pokłuta, wykazuje (pod lupą) powierzchowne pęcherzyki, pochodzące od obrzęku przybłonka. Komórka płytka, płytsza aniżeli na oku lewem. Źrenica średnio

*) Odpowiada to spostrzeżeniom Redsloba, że komórki barwikowe rozmnażają się tylko w miejscach unaczynionych.

rozszerzona, nie reaguje na światło i konwergencję. Tęczówka barwy szarej, posiada wyraźną strukturę.

Tonus gałki podwyższony: T+1.

Wziernikiem szczegółów dna nie można rozpoznać.

Oko lewe: Tarczka górnej powieki bardziej zgrubiała i wygięta niż po stronie pr. Spojówka bliznowata, nieco silniej nastrzykana, jak po str. prawej. *Sulcus subtarsalis* również wybitnie zaznaczony. Ponad nim po stronie skroniowej od środka widać wyniosłość płaską, z której wystają żółte grudki konsystencji twardej (infarkty gruczołów). Gałka lekko rzęskowo nastrzykana. Rogówka nieco wydęta, wydaje się być mniejszą, aniżeli po stronie pr. W całości zmętniała, zawiera ona liczne wystające plamki, głównie w centrum położone. Łuszczka nieco gęstsza, aniżeli po stronie pr., zachodząca z góry, zakrywa prawie całą rogówkę. — Komórka średnio głęboka, tęczówka ciemna, jej struktura niewidoczna. Źrenica nieco ku górze przemieszczona, średnio szeroka, kształtu skośnego owalu, nie oddziaływa na światło i konwergencję.

Tonus gałki nieco podwyższony.

Wziernikiem czewonego światła nie widać.

Vis: o. p.: Liczy palce w odl. 3 m.

o. l.: Brak poczucia światła.

Rozpoznanie: *Trachoma cicatriceum, pannus et maculae corneae o. u. Glaucoma chronicum o. u. Pigmentatio conjunctivae tarsi super. o. d.*

Leczenie przeciw-jaglicowe, pilokarpina.

Dnia 18. VI. wykonano iridektomję na obu oczach. Przebieg pooperacyjny bez ważniejszych zdarzeń. Podwyższenie jednak ucisku śródocznego lewego oka utrzymało się do odejścia chorej ze szpitala.

Plamkę barwikową wycięto do zbadania mikroskopowego.

III. przypadek.

Anna W., 58 lat licząca, przebyła w dzieciństwie ospę. Przed 19 laty, chorowała na zapalenie płuc, 3 lata później na chorobę pęcherza moczowego i nerek. Na jaglicę choruje od 12 lat. Z początku leczyła się u lekarza przez 8 dni, później zaś sama zapisanemi kroplami i maścią. U lekarza wzgl. na klinice była przez cały czas choroby oczu 3—4 razy. Znaczne pogorszenie widzenia oka lewego trwa od 6 miesięcy, od miesiąca pogorszenie oka prawego.

Stat. praes. dnia 17. VI. 24:

Brunetka o ciemnej cerze. Na twarzy ślady przebytej ospy. Na skórze twarzy, tułowia i na kończynach widać liczne drobne brązowe plamki, prócz tego tu i ówdzie znamiona zabarwione i owłosione, niektóre wyniosłe, na piersiach zaś widzimy kilka drobnych naczyniaków (haemangiomata).

Powieki zewnętrznie bez zmian. Na obu powiekach górnych w kąciku zewnętrznym rzęsy zwrócone są ku gałce.

O. p. Spojówka cienka, gładka, miernie nastrzykana. Tarczka górnej powieki miernie wygięta. W okolicy *Sulcus subtarsalis* zaznacza się silniej wciągnięta w głąb blizna o żółtawej barwie. Spojówka dolnej powieki zawiera gęstą sieć powierzchownych blizenek, wśród których zaznacza się wyraźniej kilka poprzecznie, blisko załamka przebiegających. W załamku dolnym blisko gałki mieści się mniej więcej na granicy między środkową a zewnętrzną trzecią częścią ciemno-szara, prawie czarna plamka, wyglądem podobna do leżącej drukowanej litery Y (⋈), której dolne ramię jest znacznie grubsze od górnego. Długość cieńszego ramienia wraz z trzonkiem litery wynosi 2 mm, grubszego ramienia 1 mm. Wielkość zabarwionej powierzchni 1—1·5 mm kw.

Rogówka w całości zmętniała, zawiera liczne plamki i powierzchowne naczyńka. — Tęczówka i głębsze części oka b zm.

O. l. Tarczka powieki górnej i spojówka podobnie, lecz w silniejszym stopniu zmieniona, jak na oku pr. Blizna nad rowkiem podtarczkowym wybitniejsza i silniej wciągnięta.

Gałka bez zadrażnienia. Rogówka od góry pokryta mgiełkami. W nosowej części mieści się duża blizna zrośnięta z tęczówką, w środku ścieńczała i lekko wydęta.

Vis.: o. p. 5/60.

o. l. ruchy ręki.

Pozpoznanie: *Trachoma cicatr, pannus et maculae corneae o. u. Pigmentatio fornicis conjunctivae inf. o. d. Leucoma adhaerens o. s.*

Dnia 23. VI. wykonano operację trichiazy metodą Spencer-Watsona na obu powiekach górnych.

Badanie histologiczne dało następujący wynik:

I. przypadek:

Skrawek pokryty jest wielowarstwowym przybłonkiem płaskim, który w wielu miejscach tworzy głębokie wnęki. Komórki przybłonka nigdzie nie zawierają barwika. Pod nabłonkiem widać wśród tkanki łącznej kilka typowych, świeżych, również wolnych od barwika, ziaren jaglicowych, w innych miejscach tkanka bliznowata okazuje gdzieniegdzie rzadkie nacieczenie komórek limfoidalnych. W głębszych warstwach tkanki łącznej mieszczą się obfite złogi barwika na przestrzeni nie ostro ograniczonej. W kierunku ku powierzchni sięga barwik, już rzadko rozmieszczony, prawie do przybłonka, podczas gdy cała masa barwika leży w właściwej błonie śluzowej i w tarczce. W samem ognisku barwikowem i w pobliżu niego wpada w oczy obfita ilość naczyń rozszerzonych, często krwinkami napełnionych. Barwik tworzy ciemno-brunatne smugi, przebiegające równolegle do przybłonka. Prócz tego poznać można chętne układanie się barwika wzdłuż i dookoła drobnych naczyń. Barwik ten leży przeważnie śródkomórkowo a mianowicie wypełnia szczelnie komórki łączno-tkankowe i śródbłonki.



Ryc. 2

Przekrój przez spojówkę i tarczkę powieki górnej. (Mikrofotografja. Zeiss, objekt. B, okul. 1). n = naczynie, pi = barwik, pr = przybłonek, z = ziarno jaglicowe. Chory M. K.

Miejscami komórki barwikowe zlewają się w większe plamy. W miejscach, gdzie barwik jest mniej obfity, tj. głównie na obwodzie ogniska, widać, że składa się on z drobniutkich, zlewających się w większe grudki, ziarenek o barwie żółtawo-brązowej. W kilku nielicznych miejscach widać drobne kuleczki tłuszczu, zabarwione Sudanem na czerwono.

Barwienie na żelazo dało wynik ujemny.

II. przypadek.

Na powierzchni wielowarstwowy przybłonek płaski, częściowo łuszczący się, częściowo tworzący wpuklenia w głąb (wnęki jaglicze), w których spotyka się miejscami obfite kuleczki tłuszczu (zabarwione Sudanem na czerwono). Drobne kuleczki tłuszczu spotyka się także tu i ówdzie w ognisku barwikowem, pozakomórkowo. Miejscami nabłonka brak zupełnie. Pod nabłonkiem tkanka łączna w niektórych miejscach bardzo zbita, bliznowata, o skąpej ilości jąder i naczyń. W innych miejscach naczyń dużo o wysokich śródbłonkach. Wreszcie na ograniczonej przestrzeni widzimy ognisko, w którem uderza ogromna ilość brunatnego barwika. Barwik ten, drobnoziarnisty, wypełnia obficie bądźto komórki łączno-tkankowe, bądź też śródbłonki naczyń. Leży on jednak także pozakomórkowo w tkance interstycjalnej, przeważnie jednak w otoczeniu najbliższem naczyń. Niektóre komórki są tak szczelnie barwikiem wypełnione, że przedstawiają się nam jako ciemne, jednolite plamki, często łączące się w większe plamy. Na obwodzie tego ogniska barwika jest nieco mniej, leży przeważnie w niektórych jeszcze śródbłonkach i komórkach łączno-tkankowych. Ostatecznie znika zupełnie.

Próba na żelazo wypadła ujemnie.

Porównując zmiany barwikowe opisane przez Steinera z innemi przypadkami spostrzegamy natychmiast, że różnią się one od siebie tak klinicznie jak histologicznie i ich sposobem powstawania. Zmiany opisane przez Steinera musimy wyodrębnić i ująć w osobną grupę. Są to zmiany barwikowe, występujące u rasy żółtej i, jak inni autorowie opisują, u innych ras barwnych, u których spojówka już normalnie jest brunatnawo zabarwiona a nawet fizjologicznie (Steiner) zawiera mniejsze lub większe plamki. Cechą zasadniczą tych plamek jest umiejscowienie barwika w komórkach przybłonka. W jaglicy następuje podobnie jak w innych stanach zapalnych (np. przy ektropium) rozmnożenie się tego barwika przybłonkowego (ektodermalnego), sama jaglica zaś modyfikuje tylko swoim przebiegiem wzgl. skutkiem leczenia topograficzne układanie się złogów barwikowych.

Zmiany barwikowe opisane przez Küsela, Reisa, Wicherkiewicza i w obecnych 3 przypadkach (razem

9 przypadków) w jaglicy u rasy białej stanowią osobną grupę. Odznaczają się one pewnemi wspólnemi i regularnie występującemi cechami, z powodu których możnaby je, mimo, iż związek ich przyczynowy z jaglicą nie da się na razie zupełnie wyjaśnić, objąć osobnem mianem. Nazwać by je można »plamkami jaglicowemi«.

»Plamki jaglicowe« dają się określić jako: małe (3—7 mm² liczące) ograniczone plamki barwikowe, brunatne lub czarne, występujące w jaglicy w okresie zbliznowacenia na spojówce powiekowej, głównie nad tarczką powieki górnej, rzadziej powieki dolnej. Złogi barwikowe mieszczą się w tkance łącznej (bliznowatej) w pewnej głębokości pod nabłonkiem, wzgl. w tarczce, sam nabłonek jednak jest wolny od barwika. Barwik, składający się z drobnych ziarenek barwy brązowej do ciemno-brunatnej, leży przeważnie śródkomórkowo (w komórkach łącznotkankowych i śródbłonkowych naczyń), tam gdzie go dużo, także pozakomórkowo. Plamki te występują u ludzi o ciemnej cerze, skłonnych do wytwarzania znamion barwikowych.

Skąd pochodzi ten barwik i w jakim stosunku pozostaje do sprawy chorobowej jaglicy?

Każdy z autorów w inny sposób stara się odpowiedzieć na to pytanie.

Według Küsela jaglica tylko pośrednio powoduje powstawanie plamek barwikowych, stwarzając przez zblizowacenie złe warunki wessania, skutkiem czego wylew krwi do spojówki, jaki się zdarza przy wyciskaniu ziaren, ulega rozkładowi i w dalszym ciągu zamienia się w barwik brunatny. Przeciw temu tłumaczeniu rzeczy przemawia stale ujemnie wypadająca próba na żelazo (w 7 badanych przypadkach), Ponadto, jak słusznie zauważa Reis, musiałyby »plamki jaglicowe« przy tak częstem mechanicznem usuwaniu ziaren jaglicowych i połączonem z niem krwawieniem o wiele częściej występować. W 2 przypadkach zaś (przyp. Reisa i 3. przyp. Wicherkiewicza) chorzy wcale nie byli leczeni, a więc nie było powodu do wybroczyn.

To, że barwik we wszystkich preparatach leży głównie śródkomórkowo, również przemawia przeciw pochodzeniu z wybroczyny. Wskazuje to bowiem na to, że barwik ten odrazu gromadził się w komórkach i z nich dopiero przy silnem wzmożeniu się z następowym rozpadem komórek wydostawał się w tkankę interstycjalną.

Podobnie jak Küsel sądzi Wicherkiewicz, że jaglica nie jest bezpośrednią przyczyną powstawania plamek barwikowych. Przypuszcza on, że barwik istniał już w spojówce przedtem, niezależnie od jaglicy, w malutkich plameczkach, łatwo mogących ujść uwadze badającego — drobne plameczki widywał nieraz przy szczegółowem badaniu lupą w rozmaitych miejscach spojówki bez jaglicy — lub jako pojedyncze chromatofory, które pod wpływem procesu zapalnego jaglicy uległy »rozplenieniu«, tworząc owe plamki, które dopiero po ustąpieniu choroby dobrze się uwydatniają. Tłumaczy więc, podobnie jak Steiner powstawanie plamek wzmożeniem się istniejącego już przedtem barwika. Lecz w przypadkach Steinera zmiany barwikowe występowały już we wcześniejszych okresach jaglicy (dookoła ziaren), tymczasem »plamki jaglicowe« u białej rasy występują tylko w trzeciem stadjum. W jednym przypadku, u brunetki o ciemnej cerze znalazł Wicherkiewicz znamię zabarwione na wardze, które chora zauważyła dopiero przed kilku miesiącami. Sądzi więc, że podobny »*naevus*« mógł się wytworzyć także na spojówce a dopiero zanik tkanek przy zejściu jaglicy lepiej go uwidocznił. Plamki z wargi nie zbadano histologicznie, lecz wiemy, że barwik w znamionach zwykle umiejscowiony jest w naskórku względnie przybłonku, a dopiero stamtąd wnika w głąb tkanek. W żadnym zaś z zbadanych 7 przypadków nie znaleziono barwika w komórkach przybłonkowych.

Przyznać jednak musimy, że przypuszczenie Wicherkiewicza, że plamki barwikowe występują głównie u brunetów, było trafne, mimo iż stwierdził to tylko w jednym przypadku. (W innych 2 nie zwrócono na to uwagi). We wszystkich moich przypadkach chorzy byli ciemnymi brunetami z wyraźną skłonnością do tworzenia plamek na skórze.

Dużo prawdopodobieństwa ma sposób tłumaczenia sprawy przez Reisa. Opierając się na wynikach badania Nenckiego, przypuszcza on, że w przypadkach nieleczonych ziarna jaglicowe ulegają powolnemu rozkładowi i że z białka obumierających pierwocin komórkowych wytwarza się melanina. Istotnie z 9 przypadków 2 wcale nie były leczone (przyp. Reisa i jeden przyp. Wicherkiewicza), w 2 przypadkach (Küsela) nie podano w tym kierunku żadnych dat, reszta zaś przypadków dziesiątki lat pozostawała bez leczenia.

Lecz i ta teo ja nie może nas zupełnie zadowolić. Nie tłumaczy bowiem, dlaczego zmiany te występują tak rzadko. Wszak jaglica często goi się bez leczenia, pozostawiając blizny.

Chcąc wyświetlić istotę plamek barwikowych w jaglicy, musielibyśmy odpowiedzieć na następujące pytania:

1) Jakiego pochodzenia jest ten barwik i do jakiego rodzaju barwików należałoby go zaliczyć?

2) W jakim stosunku pozostaje do sprawy chorobowej jaglicy?

3) Dlaczego występuje tylko w okresie zbliznowacenia;

4) Dlaczego najchętniej nad górną tarczką?

5) Jak wytłumaczyć rzadkość tych zmian?

Już przy pierwszym punkcie trafiamy na znaczne trudności, gdyż sprawa barwików nietylko chorobowych, ale i normalnych, ich nomenklatura i podział, ich sposób i miejsce powstawania tudzież skład chemiczny nie są dotychczas dostatecznie wyjaśnione, zdania zaś autorów w tych kwestjach są niezgodne, nieraz nawet sprzeczne.

W myśl wywodów Brahna i Schmidtmanna należy *endogenne* barwiki ludzkie podzielić na 2 grupy:

a) pochodzące z barwika krwi,

b) takie, które powstają w pewnych tkankach (autochtonne) czyli melaniny.

Te zaś ostatnie rozpadają się na melaninę właściwą czyli przybłonkową i na lipomelaninę, przedtem lipofuscyną nazwaną (produkt wstecznych zmian starczych i chorobowych). Oba te ostatnie rodzaje barwików, przedtem ostro od siebie odgraniczane, okazały się chemicznie identycznemi, różnią się jednak sposobem powstawania i rozmaitą zawartością lipoidu. (Brahn, Schmidtmann, Salkowski, Kutschera-Aichbergen). Melaniny w przeciwieństwie do barwików haematogennych nie zawierają żelaza.

Jak wyżej starałem się wykazać, barwik nasz najprawdopodobniej nie pochodzi z wybroczyny. Po wykluczeniu zaś melaniny przybłonkowej wypada nam zaliczyć go do lipomelaniny.

Co do miejsca powstawania barwika brunatnego w ogólności, zdania są podzielone. Jedni utrzymują, że tworzy się on wyłącznie w komórkach ektodermalnych, drudzy, że tylko w mezodermalnych. Meirowski zaś i Schmidt przyjmują oba sposoby; są jednak zdania, że różnią się one zasadniczo od siebie nietylko miejscem, ale i mechanizmem powstawania. Podczas gdy pierwszy barwik powstaje w jądrach komórek barwikowych, tworzy się drugi pod wpływem światła z barwika krwi częścią wolno w tkance, częścią w najdrobniejszych naczyńkach, częścią zaś w komórkach wrzecionowatych, które wchłonęły barwik krwi.

W oku wykazał Redslob, jak na początku wspomniałem, ścisły związek między melanoblastami a naczyniami. Melanoblasty mieszczą się tylko tam, gdzie znajdują się naczynia. Przez swoje położenie zdają się one pośredniczyć w wymianie materji między naczyniami a tkanką, której naczynia te już nie dosięgają.

W moich preparatach widać pewien związek między naczyniami a barwikiem: wzmożona ilość naczyń w ognisku barwikowem wzgl. w jego otoczeniu, chętne układanie się barwika wzdłuż naczyń i w ich śródbłonkach.

Co do chemicznego pochodzenia melaniny skóry, twierdzi Kreibich, że tworzy się ona z lipoidu jąder komórkowych, który w barwiku tym daje się jako jego składnik wykazać za pomocą Sudanu III. Hueck zaś (podobnie jak

Bloch i Meierowski) zaprzecza, jakoby melanina pochodziła z tłuszczu, utrzymując, że tylko lipofuscyna powstaje z tłuszczu, podczas gdy melanina powstaje z białka. Przy rozkładzie białka komórkowego i tworzeniu się melaniny odszczepia się lipoid jako składnik, w żywej komórce ściśle z białkiem połączony. W każdym razie przy tworzeniu się barwika otrzymujemy, o ile proces nie jest skończony, mniej lub więcej wybitną reakcję na tłuszcz (zabarwienie Sudanem III. na czerwono). W naszych obu preparatach znaleźliśmy w kilku miejscach małe grupki drobnych kuleczek tłuszczu. Przemawiałoby to za tem, że proces tworzenia się barwika nie jest jeszcze całkiem ukończony. Wniosku natomiast w kierunku zaliczenia barwika do melaniny prawdziwej czy do lipomelaniny, wyciągnąć nie można, gdyż jeden jak i drugi, jak słyszeliśmy powyżej, zawiera tłuszcz.

Bloch twierdzi, że barwik brunatny skóry powstaje z krążącej w sokach tkankowych substancji barwikodajnej, która pod wpływem zawartego w melanoblastach (bezbarwnych) fermentu utleniającego (Dopa-oxydaza) zostaje zamieniona na barwik brunatny. Ferment ten, obecny tylko przy embrjonalnem tworzeniu się barwika (z wyjątkiem chromatoforów naczyniówki) zjawia się w pewnych warunkach np. przy powstawaniu nowotworu zabarwionego (melanoma).

Uwzględniając wymienione teorje, możnaby barwik w plamkach przy jaglicy określić jako melaninę (lipomelaninę), powstającą w komórkach łącznotkankowych w pobliżu naczyń prawdopodobnie z barwika krwi (lecz nie z rozkładu wybroczyny) lub krążącej we krwi substancji chromogennej. W miejscu światła jako czynnika aktywującego, które tu nie wchodzi w grę, musielibyśmy sobie pomyśleć działanie jakiejś oxydazy w myśl teorji Blocha.

Pewną analogję do plamek w jaglicy mamy w melanozie jelit, występującej u starych ludzi i po stanach zapalnych. Mamy tu także do czynienia z tworzeniem się podobnych złogów barwikowych w błonie śluzowej. Barwik również brunatny, bezpostaciowy, nie dający próby na żelazo, gromadzi się i tu w komórkach łącznotkankowych wzgl. w komórkach wędrownych, przybłonki zaś i mieszki limfatyczne zostają wolne od barwika. Hueck, jeden z najlepszych znawców sprawy pigmentów, przedstawia sobie powstawanie tych złogów barwikowych z bezbarwnych propigmentów, pochodzących z krwi i limfy, wnikających przez ekskrecję do błony śluzowej, gdzie zostają utlenione na barwik brunatny.

Jeżeli chodzi o związek ze sprawą chorobową jaglicy, jeden tylko czynnik z przebiegu choroby zdaje się z wielkiem prawdopodobieństwem mieć wpływ na powstawanie plam, tj. blizny. W drugim rzędzie wydaje się, jakoby naczynia odgrywały tu pewną rolę.

Możnaby sobie mechanizm powstawania tych plam pomyśleć w następujący sposób:

Jeżeli u osobnika, zawierającego w tkankach czy we krwi lub limfie zwiększoną (choć w granicach fizjologicznych) ilość substancji chromogennej, przyjdzie przy jaglicy w okresie zbliznowacenia do wzmożenia się sprawy chorobowej, przychodzi skutkiem stanu zapalnego do wytworzenia się nowych i rozszerzenia się istniejących już naczyń wśród blizn, poczem przez dłuższy czas krew w danej ograniczonej okolicy wolniej przepływa. Dopomóc to może pewnemu czynnikowi, może jakiejś oksydazie, wytworzonej przez samą chorobę, do wytworzenia barwika. Toby tłumaczyło nam także, dlaczego plamki powstają na małem ograniczonem miejscu a nie we formie rozlanej.

Gdy przyjmiemy konieczność blizn przy wytwarzaniu się plamek, mamy równocześnie odpowiedź na czwarte pytanie, gdyż najgęstszą tkankę mamy w tarczkach, głównie w górnej i w tej okolicy wytwarzają się też najwybitniejsze blizny.

Rzadkość występowania tych plamek przemawia zatem, że do ich wytworzenia się potrzeba *kilku równocześnie* działających czynników. Do takich czynników zdaje się w pierwszym rzędzie należeć ogólna, choć w fizjologicznych granicach, wzmożona zawartość pigmentu względnie propigmentu w organizmie i skłonność do tworzenia plamek barwikowych. Drugi warunek to blizny, upośledzające w znacznej mierze miejscową przemianę materji (utrudniające wessanie, ułatwiające zaś osadzanie się pewnych wydzielin). Dalszym warunkiem zdaje się być ostre wzmożenie się procesu chorobowego w tym okresie z miejscowem pomnożeniem i rozszerzeniem naczyń. Powstawaniu tych warunków sprzyja naturalnie dłuższe pozostawanie bez leczenia. Wreszcie przypuścić należy działanie występującego w pewnych warunkach fermentu aktywującego.

W końcu nadmienić muszę, iż dziwnem się wydaje, że, pomimo rzadkości tego objawu, każdy prawie z autorów opisuje po 2 lub 3 przypadki. Przywykliśmy wprawdzie w klinice do powtarzania się przypadków rzadkich *(duplicitas casuum)*, mimoto ta wielokrotność nasuwa podejrzenie, czy drobne tego rodzaju plamki nie zdarzają się częściej a ulegają tylko przeoczeniu.

Wszelkie próby wytłumaczenia plamek barwikowych w jaglicy nie wychodzą z zakresu przypuszczeń i domysłów, jak długo ogólna sprawa barwików nie jest dostatecznie wyjaśniona. Może postęp w nauce ogólnej o pigmentach przyczyni się do wyświetlenia i tych zmian.

Za wskazówki przy objaśnianiu preparatów histologicznych dziękuję uprzejmie pani Dr. Schusterówney, Adjunktowi Zakładu Anatomo-patologicznego Uniwersytetu, za zdjęcia mikrofotograficzne panu Docentowi Dr. W. Reisowi.

Piśmiennictwo.

1) Steiner. Centr. f. prakt. Augenh. 1898. — 2) Tenże Annal. d'Oculistique T. 135, 1906. — 3) Küsel. Kl. M. f. A. 45. Jhrg. I. 1907. — 4) W. Reis. Postęp okulistyczny 1911; Arch. f. Augenh. 70. Bd. 1912. — 5) Steiner. Kl. Mon. f. Aug. Okt. Nov. 1913. — 6) Wicherkiewicz. Przegl. Lek. 1914, Nr. 1 i 2. 7) Kreibich. Ueber d. melatonische Pigment d. Epidermis, Arch. f. Dermat. u. Syph. 1914, Bd. 118. — 8) Kestenbaum. Ein Fall von doppeltseitiger Melanosis bulbi et faciei, Ztschr. f. Augenh. Bd. 34. 1916. — 9) Bourquin. Die angeborene Melanose d. Auges, Ztschr. f. Augenh. Bd. 37. 1917. — 10) Redslob. Etude sur le pigment de l'epithélium conjonctival et corneen. Ref. Kl. M. f. A. Bd. LXIX 1922. — 11) Kutschera-Aichbergen. Über Melanin u. über das braune Abnutzungspigment, Frankfurt. Ztschr. f. Pathol. Bd. 27. 1922. — 12) Brahn u. Schmidtmann. Zur Pigmentfrage. Virchovs Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. Bd. 239. H. 3. 1922. — 13) Gans. Sammelreferat über Pigmentbildung, Zentrbl. f. Haut- u. Geschl. Kranheit. IV. I. 1922. — 14) Miescher. Die Pigmentgenese im Auge. Ref. Z. f. d. g. Ophth. Bd. 10. 1923. — 15) Steiner. Die Pigmentierung des Konjunktival- u. Kornealepithels. Ref. Kl. M. f. A. 1923. Bd. LXX. — 16) Kaufmann. Lehrb. d. pathol. Anat. 1924. S. 634.

Dr. Roman GLASSNER. Kraków.

Dusznica bolesna pod postacią kamicy żółciowej.

(Uwagi z powodu artykułu Dra Rożkowskiego w Nr. 18. Pol. Gaz. lek.).

Zespół objawów dusznicy bolesnej towarzyszy w przeważającej liczbie przypadków zmianom miażdżycowym w tętnicy głównej i tętnicach wieńcowych serca. Nie ulega jednakowoż wątpliwości, że także i inne schorzenia narządu krążenia mogą wywołać napady dusznicy bolesnej.

Wystarczy wymienić niedawno opisany i sekcyjnie stwierdzony przypadek zwężenia lewego ujścia żylnego, zwyrodnienia mięśnia sercowego, zaburzenia odżywcze i toksyczne w mięśniu sercowym bez zmian miażdżycowych, zaburzenia czynnościowe naczyń (*Gefässkrisen Pala)*, nadto schorzenia innych narządów, nie mających bezpośredniego związku z krążeniem, które wywołują również klasyczne napady dusznicy bolesnej. Nie wchodząc w tej chwili w przyczyny, dlaczego tak różnorodne schorzenia i klinicznie różne jednostki chorobowe dają ten sam zespół objawów (w toku będące badania autorów amerykańskich oraz europejskich jak: Duriga, Hofera, Stämmlera, Ormosa, Jonescu, Brüninga, Eppingera, Leriche'a i t., rzucają nowe światło na istotę powstawania dusznicy bolesnej) — chciałbym w związku z artykułem Rożkowskiego, ogłoszonym w nr. 18. P. G. l. zwrócić uwagę na wręcz przeciwne spostrzeżenia, dotyczące 2 przypadków, w których zespół objawów, przemawiający za kamicą żółciową okazał się niewątpliwym napadem prawdziwej dusznicy bolesnej.

Przypadek I.

J. M. mężczyzna 65 letni cierpi od 40 roku życia na kamicę żółciową; wielokrotne leczenie klimatyczno-zdrojowe w Karolowych Warach. Ostatni napad przed 3 laty z wyraźną żółtaczką, która utrzymywała się przez 2 tygodnie.

W listopadzie z. r. wezwany zostałem do chorego w godzinach porannych z powodu rzekomego nawrotu kamicy żółciowej. Otoczenie chorego uprzedziło mnie rozpoznaniem. Badanie stwierdziło: Mężczyzna niskiego wzrostu bardzo otyły pozostaje w łóżku w pozycji siedzącej, czoło zroszone obfitym potem, tętno wolne miarowe, 56 uderzeń na minutę, silnie napięte, brak zabarwienia żółtaczkowego tak na spojówkach jak i na skórze. Stłumienie serca na małej przestrzeni (z powodu rozedmy) Wątroba znacznie powiększona dość twarda, bolesna, również wybitna bolesność, w okolicy woreczka żółciowego; silne napięcie powłok brzusznych nie zezwala na dokładne obmacywanie jamy brzusznej. Skargi podmiotowe dotyczą wyłącznie bólu w dołku podsercowym, w prawem podżebrzu oraz w prawej łopatce.

Mimo zwrócenia uwagi, chory nie przyznaje się do jakichkolwiek bólów lub przypadłości ani w klatce piersiowej ani w kończynach górnych. Stan podmiotowy chorego nie zezwalał na dalsze szczegółowe badanie, nadmienię jeszcze, że chory był bardzo niespokojny a wyraz twarzy wskazywał na silny lęk i trwogę. Przyjąłem napad kamicy żółciowej i wyszedłem do drugiego pokoju, by przygotować się do wstrzyknięcia morfiny z atropiną — jak to zazwyczaj w tych przypadkach czynię. Nagle usłyszałem krzyk ze strony osoby, pozostałej przy chorym i kiedy wróciłem do pokoju chorego, już go przy życiu nie zastałem. Nie można wątpić, że nie był to atak kamicy żółciowej, lecz prawdziwej dusznicy bolesnej.

Drugi przypadek dotyczył kobiety 58 letniej. Historja choroby, przebieg i stan w chwili badania omal analogiczne z tą odmianą, że ów pozorny napad kamicy żółciowej trwał blisko 30 godzin i że w tym czasie dwukrotnie wstrzyknąłem morfinę z atropiną. Zejście śmiertelne, które nastąpiło wśród napadu przemawia również za prawdziwą dusznicą bolesną.

Podkreślam, że ani przedmiotowo, ani podmiotowo nie było żadnych objawów, któreby powinny skierować myśl w stronę zespołu objawów dusznicy bolesnej. Jeden objaw był tylko wspólny w obu przypadkach, objaw bardzo charakterystyczny: uczucie lęku.

Kto zna niezwykłą mozaikę zespołu dusznicy bolesnej z piśmiennictwa i doświadczenia, tego nie zdziwią moje przypadki; atypowa lokalizacja bólów należy do zjawisk codziennych. Swego czasu opisałem ten atypowy zespół szczegółowo w Przeglądzie lekarskim w r. 1912.

W Polskiej Gazecie lekarskiej w roku 1922 uzupełniłem moje spostrzeżenia »objawem splotu nerwu ramiennego« (Nr 12|13).

Za każdym razem podkreślam w symptomatologji dusznicy bolesnej ten nad wyraz charakterystyczny objaw, którym jest uczucie lęku i trwogi, mimo, że ból jest umiejscowiony w narządach lub członkach odległych od centralnego układu krążenia.

Przypadki ogłoszone przez R o ż k o w s k i e g o należą omal do białych kruków, jakkolwiek niewątpliwie zdarzają się i w znanym podręczniku O r t n e r a są uwzględnione. Natomiast napady dusznicy bolesnej z atypowym zespołem objawów wcale nie należą do rzadkości i kto rozporządza wielkim materjałem sercowo-chorych mógłby ogłaszać bogatą na ten temat kazuistykę. Tak często powtarzające się przypadki nagłej śmierci w Karolowych Warach pozostają niewątpliwie w związku z błędnemi rozpoznaniami wskutek atypowych objawów dusznicy bolesnej, u chorych cierpiących rzekomo na kamicę żółciową, lub wrzód żołądka.

Nie chcąc obciążać balastem literackim niniejszych uwag, które są niejako „odwrotnem uzupełnieniem« do artykułu R o ż k o w s k i e g o — zwrócę uwagę tylko na bardzo pożyteczne wydawnictwo S c h w a l b e g o p. t. Irrtümer der allgemeinen Diagnostik, w którem więcej szczegółów z tej dziedziny można znaleźć.

O ile artykuł R o ż k o w s k i e g o jest bardzo cenny pod względem kliniczno-literackim, o tyle przytoczenie moich przypadków ma służyć, jako ostrzeżenie przed niedocenianiem atypowego zespołu dusznicy bolesnej.

Z praktyki.

Dr. Aureli Bogusław MAŃKOWSKI. Wilno.
St. Asystent Kliniki Dermatologicznej.

Przyczynek do leczenia chorób skóry dożylnemi wstrzykiwaniami soli bromu.

Z Kliniki Dermatologicznej Uniw. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr. Z. S o w i ń s k i.

Powszechnie jest znany wpływ jaki system nerwowy odgrywa wogóle w niektórych cierpieniach skóry. Wpływ ten na powstawanie pryszczycy został spostrzeżony jeszcze w połowie XIX. wieku; od dawna też zauważono, iż niektóre pryszczyce o wiele prędzej goją się, jeżeli równocześnie podajemy wewnętrznie sole bromowe.

W Dermatologische Wochenschrift Nr. 35. z roku 1924. podał L e b e d j e w sposób dożylnego wstrzykiwania bromu w pryszczycy i innych chorobach skóry, a nadzwyczaj pomyślne wyniki jakie otrzymał, szczególnie przy pryszczycy ostrej, zachęciły nas do wypróbowania tego środka w różnych chorobach skóry na naszej klinice.

Po raz pierwszy zastosowaliśmy brom dożylnie w przypadku pokrzywki przewlekłej u chorej, która od dwóch lat cierpiała na obfitą wysypkę na całem ciele w postaci bąbli silnie swędzących. Jedne bąble ginęły, inne występowały, tak, iż w przeciągu 2. lat chora nie miała ani jednej doby wolnej od wysypki. Na naszej klinice leczoną była od pół roku i nie okazała wpływu, ani odpowiednio ułożona dieta, ani regulowanie żołądka, podawanie wewnętrznie soli bromu, ani też stosowanie zewnętrznie najrozmaitszych maści i płynów. Bez skutku była także autohemoterapja, jakoteż naświetlanie słońcem sztucznem i wstrzykiwania domięśniowe olejku terpentynowego. Chora wskutek bardzo silnego świądu nie sypiała po nocach, a stan ten doprowadzał ją do rozpaczy.

Po wyczerpaniu wszelkich środków wskazanych w danym przypadku, zastosowaliśmy dożylnie brom, a wynik otrzymaliśmy nieoczekiwany. Po pierwszem wstrzyknięciu skóra oczyściła się do tego stopnia, iż pozostało tylko kilka bąbli, które po dalszych trzech wstrzyknięciach wraz ze świądem znikły zupełnie. Stan ten utrzymywał się przez dwa miesiące, a kiedy po tym czasie znowu wystąpiło kilka bąbli, już po dwu wstrzyknięciach objawy powyższe zupełnie ustąpiły.

W następnych 3. przypadkach pokrzywki przewlekłej wpływ dożylnego stosowania bromu był znaczny, jednak nie w tym stopniu, co w wyżej wymienionym przypadku — jeden zaś przypadek pozostał bez wyniku.

Bardzo dobrym okazał się ten sposób leczenia w przypadku ostrej pryszczycy twarzy połączonej ze silnem sączeniem, zaczerwienieniem i swędzeniem. Już po 2 wstrzykiwaniach sączenie ustąpiło zupełnie, a zaczerwienienie i swędzenie znacznie zmniejszyło się.

W pryszczycy przewlekłej dobrych wyników nie widzieliśmy prócz jednego przypadku,gdzie po wstrzykiwaniach sączenie ustąpiło i świąd zmniejszył się, a pryszczyca łatwiej goiła się pod wpływem miejscowego leczenia.

Dobry wpływ wstrzykiwań bromu mieliśmy w przypadku *Dermatitis herpetiformis* Duhringa **), a chociaż nie dało się zapobiedz nowym wyrzutom, to jednak ustąpienie świądu i prędkie gojenie się nadżerek uważać należy jako bardzo dodatni objaw.

W 2. przypadkach swędzenia samoistnego (*Pruritus cutaneus idiopathicus)* mieliśmy również dodatnie wyniki; w pierwszym przypadku świąd znacznie zmniejszył się, w drugim po 4 wstrzyknięciach ustąpił zupełnie — w jednym zaś przypadku nie było polepszenia.

Wpływ dodatni dało się zauważyć w łuszczycy ostrej, gdzie po kilku wstrzykiwaniach rąbek czerwony znikał, a łuski o wiele prędzej ustępowały przy równoczesnem zastosowaniu zewnętrznie maści lekko złuszczającej. W łuszczycy przewlekłej sposób ten pozostał prawie bez skutku.

**) Patrz Polska Gazeta lekarska 1925. z 12. dr. M a ń k o w s k i: Przypadek *Dermatitis herpetiformis Duhring.*

W przypadku łupieża różowego (*Pityriasis rosea Giberti*) dało się zauważyć zblednięcie blaszek już po pierwszem wstrzyknięciu, a ponieważ chory ten następnie wyjechał, przeto nie można było dalej go obserwować.

Wstrzykiwania dożylne bromu są niebolesne i chorzy znoszą je bardzo dobrze. Nigdy nie zauważyliśmy podniesienia ciepłoty, ani ogólnej reakcji lub jakichkolwiek szkodliwych następstw. Wstrzykiwaliśmy co 2—4 dni, wedle wskazówek Lebedjewa po 10. gr. 10% *Natrium bromatum* w roztworze soli fizjologicznej. Ilość dokonanych wstrzyknięć zależała w każdym poszczególnym przypadku od ustępowania zmian chorobowych i wahała się od kilku do kilkunastu.

Ponieważ rozporządzamy dotychczas niewielkim materjałem (około 30. przypadków), przeto nie możemy dojść do ostatecznych wniosków; jednak na podstawie dotychczasowych naszych spostrzeżeń mogliśmy wysnuć iż:

1) Dożylne wstrzykiwania Na. Br. okazały się skuteczne w ostrej pryszczycy, połączonej z obrzękiem i sączeniem.

2) Również dobre działanie daje się zauważyć w większości przypadków pokrzywek przewlekłych.

3) Działa przedewszystkiem na zmniejszenie świądu, a w niektórych przypadkach usuwa go zupełnie, przeto należy wypróbować ten sposób we wszystkich chorobach skóry, którym towarzyszy silny świąd.

4) Łuszczyca ostra, oraz niektóre przypadki pryszczycy przewlekłej łatwiej poddają się miejscowemu leczeniu przy równoczesnem stosowaniu Na. Br. dożylnie.

5) Działanie jest pewniejsze u osobników z czynnościowemi zaburzeniami w układzie nerwowym.

6) O ile po 2. lub 3. wstrzykiwaniach nie daje się zauważyć żadna poprawa stanu chorobowego, dalsze stosowanie jest bezcelowe.

Dr. Jadwiga SZULISŁAWSKA, asyst. Instytutu. Lwów.

Z kazuistyki samobójstw przez rany cięte i kłute.

Z Instytutu medycyny sądowej U. J. K.
(Dyrektor: Prof. Dr. Sieradzki).

Samobójstwo przez rany cięte i kłute należy do rzadszych rodzajów samobójstw, przyczem zauważyć można, że liczba tych przypadków w ostatnich dziesiątkach lat zmniejsza się w stosunku do innych sposobów samobójstwa. Podczas gdy bowiem w dawniejszych statystykach znachodzi się liczby tych samobójstw dochodzące do kilkunastu procentów wszystkich samobójstw wogóle, jak np. według Sedlaczka od r. 1854—1858 dla Wiednia 16,1%, to późniejsze statystyki Sedlaczka oraz Fizykatu wiedeńskiego do r. 1899 wykazują cyfry coraz mniejsze, aż do 3,5%. Pfeiffer na podstawie materjału sekcyjnego Instytutu medycyny sądowej w Grazu od r. 1893—1912 określa tę ilość nawet na 2%, statystyka pruska zaś za r. 1914 na 2,3%. Również zwraca uwagę i ta okoliczność, że podczas gdy stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet waha się w Europie przeciętnie między 4 : 1 a 3 : 1 *), to samobójstwa przez rany cięte i kłute zdarzają się procentowo prawie tak samo często u obu płci z nieznaczną tylko przewagą mężczyzn.

W Instytucie medycyny sądowej U. J. K. we Lwowie na 802 zwłok samobójców, które dostawiono w ciągu lat 25, tj. od r. 1899—1923 było 29 przypadków samobójstw przez rany cięte i kłute, co stanowi 3,61% wszystkich samobójstw. Z tych 29-ciu przypadków 21 dotyczyły mężczyzn, 8 kobiet, przyczem jednak stosunek procentowy tego rodzaju samobójstw do samobójstw wogóle, wynoszący u mężczyzn 3,71% nie wiele przewyższał podobny stosunek u kobiet 3,39%. Cyfry te jednak nie są dokładnym wyrazem stanu rzeczywistego, gdyż do Instytutu nie dostawiono wszystkich zwłok samobójców z tego okresu czasu, a biuro statystyczne miejskie ogólną liczbę wszystkich samobójstw w wspomnianym 25-cioleciu określa na 1253, w czem mężczyzn 927, kobiet 326, jednak nie podaje szczegółowych cyfr dla samobójstw przez rany cięte i kłute.

Przypadki samobójstw przez rany kłute i cięte stanowią zawsze poważny przedmiot badania, choćby z tego względu, że tego rodzaju rany bywają o wiele częściej zadawane ręką obcą, tak, że zawsze w tych przypadkach staje przed znawcą zadanie rozstrzygnięcia między samobójstwem a morderstwem, co niekiedy nastręcza duże trudności. Nie wchodząc bliżej w zasady tego rozważania omawiane obszernie w podręcznikach medycyny sądowej, sądzę, że krótkie zdanie sprawy z materjału zebranego w naszym Zakładzie przez dany okres czasu nie będzie bez wartości, mnożąc doświadczenie, które stanowi główną wytyczną przy sądowo-lekarskiej ocenie poszczególnych przypadków śmierci z ran kłutych i ciętych.

Na wspomnianych już 29 sekcji zwłok samobójców, którzy odebrali sobie życie przez rany cięte i kłute, w 12-tu przypadkach przyczyną śmierci były rany cięte na szyi. W przeważnej ilości naszych przypadków tego rodzaju samobójstwa stwierdziliśmy na szyi tylko jedną ranę, kilkakrotnie jednak spotykaliśmy obok rany głównej, głębokiej, inne rany płytsze, bądź schodzące się pod ostrym kątem z najgłębszą raną, bądź przedstawiające powierzchowne rysy skórne. W jednym przypadku obok świeżej rany na szyi stwierdzono starą bliznę również po ranie ciętej, pochodzącą z dawniejszego zamachu samobójczego. Co do przebiegu rany na szyi, to najczęściej były to rany biegnące poziomo, rzadziej znajdowano ranę biegnącą skośnie od góry i strony lewej ku dołowi i stronie prawej, w jednym zaś tylko przypadku stwierdzono ranę skośną, biegnącą przeciwnie od strony prawej ku lewej. Pod względem umiejscowienia rany ciętej na szyi, to najczęściej drążyła ona w głąb między chrząstką tarczową a kością gnykową, choć spotkaliśmy się też z ranami między chrząstką tarczową a pierścieniową, lub nawet poniżej chrząstki pierścieniowej. Co do głębokości ran, to prawie wszystkie rany przecinały całkowicie krtań, w trzech przypadkach był także przecięty przełyk lub gardło, u dwóch zaś samobójców stwierdzono nadcięcie kręgosłupa.

Prócz tych 12 samobójstw przez rany cięte szyi mieliśmy jeszcze w 7 przypadkach rany cięte szyi w połączeniu z innemi obrażeniami, a mianowicie w trzech przypadkach wraz z ranami ciętemi nadgarstków, w dwóch zaś z ranami kłutemi serca, w dwóch wreszcie w połączeniu z otruciem. Z wspomnianych przypadków połączonych z ranami ciętemi nadgarstków jeden poniżej opisuję dokładniej, w drugim stwierdzono jedną ranę ciętą na szyi przecinającą tchawicę oraz kilka ran ciętych na obu przedramionach, w trzecim zaś prócz kilku głębokich ran ciętych na szyi znajdowały się dwie rany cięte w okolicy obu nadgarstków. Z dwóch przypadków, w których prócz rany ciętej stwierdzono i rany kłute w okolicy serca, w jednym były 4 rany cięte na szyi, zaś 19 kłutych w okolicy serca dość powierzchownych, z których tylko jedna drążyła do lewej jamy opłucnowej, w drugim zaś prócz kilku głębokich ran szyi stwierdzono liczne rany kłute powierzchowne w okolicy serca. Dwa przypadki były kombinowane z otruciem, a to jeden przez nalewkę jodową, w drugim zaś u kobiety 22-letniej przez jakąś substancję żrącą; w tym ostatnim przypadku stwierdzono obok rany ciętej dość powierzchownej na szyi prawie zupełne odcięcie lewego sutka.

Rany kłute serca jako przyczynę śmierci stwierdziliśmy u 5 samobójców i to u wszystkich znaleźliśmy tylko jedną ranę. W trzech przypadkach rana ta umiejscowiona była tuż przy brodawce sutkowej lewej, raz w 3-cim przestworze międzyżebrowym po stronie lewej a raz w 2-gim przestworze po tejże stronie, przyczem oprócz serca było w tym przypadku przebite i płuco.

Prócz powyższych ran kłutych serca stwierdzono w 1-m przypadku u umysłowo chorego samobójcy 3 rany kłutocięte w okolicy brodawki sutkowej lewej oraz jedną ranę kłutą brzucha, przechodzącą przez przeponę. U dwóch samo-

---

*) Zestawienia z czasów wojny i najbliższego okresu powojennego wykazują znaczny spadek samobójstw u mężczyzn a wzrost u kobiet tak, że np. statystyka pruska za rok 1919 przedstawia stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet jak 1,5:1. Statystyka Fizykatu lwowskiego wykazuje w tym czasie stosunki podobne, stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet od r. 1899—1914 3,65 : 1, od r. 1915—1923 zaś 1,49 : 1. Objaw ten jest niewątpliwie przejściowy.

bójców stwierdziliśmy, jak wspomniano powyżej, rany kłute serca wraz z ranami ciętemi na szyi. W trzech przypadkach stwierdziliśmy przecięcie naczyń na kończynach górnych i to raz rany cięte w okolicy obu przegubów łokciowych, raz jedną ranę głęboką przedramienia lewego, raz rany cięte nadgarstka lewego oraz lewego przegubu łokciowego. W jednym wreszcie przypadku, który poniżej skreślę dokładniej, stwierdzono liczne rany kłute rozrzucone w różnych miejscach ciała w połączeniu z ranami ciętemi obu przedramion.

Ze wszystkich powyżej zestawionych przypadków samobójstwa przez rany cięte i kłute dwa zasługują na szczególną uwagę, dlatego pozwolę sobie je dokładniej skreślić.

Pierwszy przypadek (L. p. 322/23) dotyczy mężczyzny, lat 47, właściciela kawiarni, wyzn. mojż., który aresztowany popełnił samobójstwo w więzieniu, przy pomocy scyzoryka. Na zwłokach przeprowadzono tylko oględziny, ponieważ denata na zarządzenie Prokuratury musiano zwolnić od sekcji. Oględziny te dały wynik następujący:

1) Zwłoki mężczyzny, lat 47 liczyć mającego, dobrej budowy, dobrego odżywienia, 160 cm długie. Stężenie trupie wybitne w kończynach i szczęce, plamy pośmiertne bardzo skąpe na miejscach zwykłych, nacięciem jako takie stwierdzone. Spojówki i widoczne błony śluzowe blade. W jamie ustnej skąpa ilość płynnej krwi. Inne otwory naturalne wolne od ciał obcych.

2) Na ciele stwierdza się liczne obrażenia, umiejscowione tylko na przedniej stronie ciała i to grupami, a mianowicie na szyi, w okolicy sutka lewego, na brzuchu dokoła pępka i pachwiny lewej oraz na dłoniowych stronach obu przedramion. Wszystkie te obrażenia z wyjątkiem kilku na przedramionach okazują podobny charakter; wszystkie mianowicie przedstawiają się jako głębsze i płytsze rany oraz rysy skórne długości od kilku milimetrów do 2—3 cm, szerokości od kilku do kilkunastu milimetrów, o brzegach równych, gładkich, niezmiażdżonych, przeważnie krwią podbiegniętych, pokryte tu i ówdzie strupkami. Płytsze z tych ran obejmują skórę lub też i tkankę podskórną, głębsze są ziejące i drążą w głąb. Kierunek wszystkich tych ran jest najrozmaitszy. Przechodząc po kolei dokładniej poszczególne grupy obrażeń stwierdza się:

a) Na szyi 3 rany głębokie, ziejące, długości od 8—12 mm a z nich jedna nieco na prawo od linji środkowej ciała, 1 cm powyżej górnego brzegu chrząstki tarczykowej. Zgłębnik wprowadzony do tej rany drąży mniej więcej prostopadle w głąb tkanek na 4—5 cm. Drugą ranę stwierdza się na przednim brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego lewego, na wysokości górnego brzegu chrząstki tarczykowej, biegnącą skośnie ku przodowi i dołowi, zgłębnik zaś wprowadzony do niej drąży w głąb szyi na 4 cm. Z rany tej sączy się płynna krew. Trzecia rana znajduje się po stronie prawej szyi na przednim brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego prawego, na wysokości dolnego brzegu chrząstki tarczykowej, drąży zaś w głąb na 5 cm. Prócz tych trzech ran głębokich znajdują się dalsze dwie rany równolegle do siebie biegnące, umiejscowione w linji środkowej ciała, nad chrząstką tarczykową, powierzchowne, obejmujące tylko skórę i tkankę podskórną, nieznacznie łukowate, wypukłością skierowane ku górze, każda długości około 2 cm. Wreszcie stwierdza się 6 ran umiejscowionych przeważnie tuż pod szczęką dolną, biegnących w najrozmaitszych kierunkach, powierzchownych, długości od 6—10 mm, jedną zaś tuż nad mostkiem we wcięciu jarzmowem. Rany te obejmują tylko skórę i tkankę podskórną.

b) Na klatce piersiowej dwie rany głębsze, z których jedna poziomo biegnąca tuż przy lewym brzegu mostka między 6 a 7 chrząstką żebrową, długości 1 cm. Zgłębnik wprowadzony w głąb przechodzi między chrząstkami wspomnianych żeber i drąży nieco ku górze i stronie lewej w głąb ciała na 6 cm, najprawdopodobniej do worka osierdziowego. Druga, również głęboka rana znajduje się w linji środkowej ciała tuż poniżej wyrostka mieczykowatego mostka, poprzeczna, długości $1^1/_2$ cm, drążąca w głąb ku górze i tyłowi na głębokość $3^1/_2$ cm. W bezpośredniem sąsiedztwie tych ran stwierdza się jeszcze dwie powierzchowne, również poziomo biegnące. Pozatem na klatce piersiowej dokoła brodawki sutkowej lewej i poniżej niej stwierdza się 13 przeważnie poziomo biegnących powierzchownych ran, długości od kilku do kilkunastu milimetrów.

c) Na brzuchu w okolicy pępka 4 głębsze rany poziome, trzy na mięśniu lewym prostym brzucha, jedna na wysokości pępka na prawym; wszystkie te rany drążą w głąb na 2—3 cm, żadna z nich nie dochodzi do jamy otrzewnowej. Prócz tych znajduje się jeszcze 24 ran powierzchownych, o różnym przebiegu, rozrzucone w okolicy i poniżej pępka po stronie lewej, aż do pachwiny lewej.

d) Na przedramieniu prawem, po stronie zginaczy, $1^1/_2$ cm powyżej stawu nadgarstkowego stwierdza się ranę wrzecionowatą, poprzecznie biegnącą, długości 5 cm, ziejącą w najszerszem miejscu na 2 cm, schodkowatą; w głębi niej widnieją przecięte ścięgna powierzchownych zginaczy, oraz przecięta tętnica promieniowa prawa. Brzegi rany równe, gładkie, krwią podbiegnięte. Na palec powyżej tej rany rana druga, również poprzecznie ułożona, złożona z dwu ran skośnych, krzyżujących się w kształcie litery X, długości 4 cm, ziejąca na szerokość $1^1/_2$ cm, w głębi niej widnieją nadcięte powierzchowne zginacze przedramienia. Powyżej tych ran stwierdza się 4 płytkie ranki i rysy różnej długości, poniżej zaś, na opuszce kciuka prawego 3 powierzchowne rysy, pergaminowato przyschnięte.

e) Na ramieniu prawem, w $^1/_3$-ciej obwodowej jego części po stronie przednio-wewnętrznej, poprzecznie biegnąca rysa powierzchowna, długości $5^1/_2$ cm, pergaminowo przyschnięta.

f) Na przedramieniu lewem, również po stronie zginaczy, 2 cm powyżej stawu nadgarstkowego rana ziejąca, wrzecionowata, poprzecznie ułożona, długości 4 cm, ziejąca na $1^1/_2$ cm, w głębi niej widoczne przecięte ścięgna powierzchownych zginaczy oraz kikuty naczyń tej okolicy. W pośrodku przedramienia lewego widoczna rana, również poprzeczna, wrzecionowata, długości 6 cm, ziejąca, w głębi rany widnieją częściowo przecięte zginacze powierzchowne. Między temi ranami i powyżej stwierdza się 8 ran płytkich, przeważnie poprzecznie ułożonych, długości od kilku do kilkunastu milimetrów, z tych niektóre przedstawiają się jako powierzchowne rysy, pergaminowato przyschnięte.

2) Poza powyżej opisanemi 78 ranami nie stwierdza się nigdzie żadnych innych śladów obrażenia.

Przypadek ten, ze względu na znaczną ilość ran (78) oraz ich rozmieszczenie należy niewątpliwie do rzadkich i niezwykłych.

Drugi przypadek (L. prot. 34/14) dotyczy studenta Uniwersytetu, lat 19, wyzn. rz.-kat., który popełnił samobójstwo w wannie, podczas kąpieli, przy pomocy brzytwy.

Sekcja zwłok, wykonana w tutejszym Instytucie stwierdziła co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne.

1) Zwłoki mężczyzny, lat 19 liczyć mającego, miernej budowy i odżywienia, 166 cm długie. Stężenie trupie utrzymane w kończynach i szczęce, plamy pośmiertne bardzo słabo zaznaczone w okolicy krzyżowej, jako takie nacięciem stwierdzone. Powłoki skórne blade, na klatce piersiowej po stronie przedniej, na przedramionach i rękach przyschłą krwią zwalane. Spojówki blade, źrenice równomiernie znacznie rozszerzone, otwory naturalne wolne od ciał obcych.

2) Na ciele stwierdza się następujące ślady obrażeń:

a) Na szyi po stronie prawej rozległa rana kształtu owalnego, biegnąca poprzecznie i zajmująca prawie całą przestrzeń szyi po tej stronie, ziejąca, 14 cm długa, 6 cm szeroka w miejscu największego oddalenia brzegów. Brzegi tej rany dość równe, krwią podbiegnięte, rozwidlają się ku środkowi szyi na dwa ramiona, z których górne kończy się ostro w skórze i tkance podskórnej na wysokości kości gnykowej tuż przed nią, dolne zaś ramię zwrócone ku dołowi kończy się wąską, smugowatą rysą naskórka, pergaminowato przyschniętą, biegnącą w kierunku wcięcia jarzmowego mostka. Między powyżej opisanem rozwidleniem zwisa luźno płat skóry w kształcie trójkąta, zwrócony wierzchołkiem ku środkowi rany, na którego powierzchni znajduje się jeszcze kilka powierzchownych, smugowatych otarć naskórka. Z dolnego brzegu rany odcina się również trójkątny płat skóry z wierzchołkiem zwróconym ku środkowi rany. Od tylnego kąta rany, po części i od dolnego jej brzegu, ciągną się ku karkowi, prawie w równych odstępach od siebie oddalone, cztery linijne, pergaminowato przyschnięte nadcięcia naskórka, zwracające się wolnemi, obwodowemi końcami nieco ku sobie i w kierunku brzegu mięśnia kapturowego. Szeroko rozwarty głąb rany, opadający schodowato aż do kręgosłupa wykazuje przy bliższem badaniu przecięte: żyłę jarzmową zewnętrzną i wewnętrzną, tętnicę dogłowową wspólną, wraz z nerwem błędnym, prawie wszystkie mięśnie szyjne tej okolicy i większą część gałązek splotu barkowego; nadcięty jest również prawy płat gruczołu tarczykowego prawie w całości, a w dnie rany znajduje się luźno leżący odłamek kostny wyrostka poprzecznego piątego kręgu szyjnego.

b) Równolegle do kości podjęzykowej tuż ponad nią w samym środku szyi widoczna jest rana, leżąca poprzecznie, kształtu owalnego, długości 6 cm, a rozwartości w miejscu najszerszem $4^1/_2$ cm, o brzegach równych, krwią podbiegniętych; ściany tej rany, zresztą dość powierzchownej, stanowi przecięta tkanka podskórna, żyły poskórne, mięsień żuchwowo-gnykowy i część mięśnia bródkowo gnykowego.

c) Poniżej dolnego brzegu rany opisanej pod b), widoczne jest powierzchowne przecięcie skóry o brzegach równych, biegnące od linji środkowej szyi ku stronie lewej, lekko ku górze zwrócone, 3 cm długie, około 1 cm oddalone od poprzedniej rany, prawie równoległe do lewej połowy dolnego jej brzegu.

d) Na szyi po stronie lewej na tej samej mniej więcej wysokości co rana opisana pod a), widoczna jest czwarta rana kształtu wrzecionowatego, 6 cm długa, a 3 cm w miejscu najszerszem rozwarta, o brzegach równych i ostrych, krwią podbiegniętych, przenikająca skórę, tkankę podskórną, i części miękkie pod nią leżące, przy bliższem zaś badaniu stwierdza się przecięcie mięśnia szerokiego szyi, żyły jarzmowej zewnętrznej i nadcięcie dośrodkowego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego.

e) Na szyi po stronie przedniej w częściach utrzymanej skóry jest widocznych nadto kilka linijnych, pergaminowato przyschniętych otarć, względnie nadcięć naskórka, poprzecznie leżących, od $\frac{1}{2}$–3 cm długich.

f) Na grzbiecie ręki prawej w samym środku znajduje się poprzecznie biegnąca rana, promieniowym końcem łukowato zwrócona w kierunku kciuka, około 5 cm długa, a 1 cm rozwarta, o brzegach równych, przenikająca skórę i tkankę podskórną i naruszająca powierzchowne żyły.

g) Na przedramieniu prawem po stronie grzbietowej w odległości 10 cm od powyżej opisanej rany pod f) znajduje się około 5 cm długa a 1 cm szeroka rana o brzegach równych, ostrych, poprzecznie biegnąca; przecina ona skórę, tkankę podskórną i żyły a w dnie jej widoczne jest nadcięte ścięgno mięśnia prostownika sprychowego nadgarstka.

h) U podstawy ręki prawej po stronie wewnętrznej znajduje się rana szeroko rozwarta o brzegach dość równych, poprzecznie ułożona, a obejmująca swą długością całą szerokość przedramienia w tem miejscu, 4 cm szeroka, przenikająca skórę i cześci pod nią leżące; przy bliższem badaniu widoczna jest przecięta tętnica łokciowa, nerw ramieniowy pośredni, mięsień dłoniowy długi, mięsień zginający palce wspólny powierzchowny, wreszcie łokciowa część ścięgna mięśnia zginającego palce głębokiego.

i) Na przedramieniu ręki lewej tuż u podstawy ręki po stronie grzbietowej znajduje się rana ziejąca na 3 cm, obejmująca całą szerokość przedramienia w tem miejscu; przecina ona cały szereg drobnych żył, nadcięte jest również ścięgno mięśnia prostownika palca wskazującego, przecięty zaś w zupełności prostownik sprychowy nadgarstka krótki oraz prostownik palców powierzchowny.

j) Po stronie wewnętrznej na przedramieniu lewem, 4 cm powyżej nasady kciuka ręki lewej stwierdza się ranę prawie kształtu owalnego, skośnie ku górze i stronie łokciowej biegnącą, obejmującą prawie całą szerokość przedramienia w tem miejscu. Rana ta dochodzi schodowato aż do obu kości przed ramienia, przecinając w ten sposób wszystkie ścięgna, tętnice i nerwy.

k) Na nodze prawej po stronie tylnej, na wysokości mniej więcej kostki zewnętrznej znajduje się rana cięta 5 cm długa, o brzegach równych, lekko ziejąca, drążąca w głąb i przecinająca całkowicie ścięgno Achillesa, ścięgno zginacza palca dużego długiego, nerw piszczelowy i tętnicę piszczelową. Tuż nad tą raną znajduje się smugowate nadcięcie naskórka nieco krótsze i prawie do poprzedniej rany równoległe.

l) Zupełnie podobną ranę ciętą, leżącą poprzecznie na tej samej wysokości, długości $4\frac{1}{2}$ cm stwierdza się na nodze lewej a rana ta drążąc w głąb, przecina zupełnie ścięgno Achillesa i nerw piszczelowy.

3) Pozatem na ciele brak innych śladów obrażenia.



Ryc I.

1. Rany na szyi.

2. Rysunek schematyzowany rany na szyi opisanej w pr. pod 2 a (a. żyła szyjna wewnętrzna, b. nerw błędny i tętnica szyjna wspólna, c. mięsień mostkowo-tarczowy i łopatkowo-gnykowy, d. mięsień mostkowo-gnykowy, e. cięcie w grucz. tarczykowym, f., g., h. splot barkowy i mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy.

B. Oględziny wewnętrzne (w skróceniu).

Powłoki czaszki, kości czaszki bez zmian. Opony miękkie wzdłuż naczyń zmleczałe, blade, mózg blady, bez zmian. Opłucna cienka, gładka, lśniąca, płuca powietrzne, obrzękłe. Grasica dość duża, wagi 28 gr, migdałki duże, aparat limfatyczny języka wyraźny, Serce nieco powiększone, aorta wąska. Otrzewna cienka, gładka i lśniąca, błona śluzowa przewodu pokarmowego bez zmian. Śledziona dość duża, o wyraźnych grudkach limfatycznych, inne narządy gruczołowe blade bez zmian. Narząd moczopłciowy bez zmian, kościec nieuszkodzony.



Ryc. II.
Rany cięte na rękach.

Na podstawie obrazu sekcyjnego łatwo można było określić. że przyczyną śmierci było skrwawienie z licznych ran ciętych, znajdujących się na szyi oraz w przegubach stawowych. Trudniejszą była odpowiedź na pytanie, czy w powyższym przypadku mógł samobójca zadać sobie tyle i tak głębokich ran, czy też działała tu ręka obca. Za samobójstwem przemawia przedewszystkiem umiejscowienie ran na szyi i w przegubach stawowych, chociaż to nie wyklucza morderstwa i to zwłaszcza t. zw. upozorowanego, o którem wspomina W a c h h o l z, gdzie morderca po zabiciu swej ofiary w inny sposób, n. p. przez poderżnięcie szyi, zadaniem mu następnie ran w okolicy stawów pragnie wzbudzić podejrzenie samobójstwa. Również znane są przypadki morderstwa przez przecięcie przegubów stawowych oraz szyi n. p. przypadek H o f m a n n a z Pragi morderstwa w ten sposób czworga dzieci oraz 2 przypadki wzmiankowane przez H a b e r d ę. Również znaczna ilość ran, stwierdzonych na sekcji, przemawia raczej za samobójstwem. W danym przypadku, jeśli zliczymy wszystkie nadcięcia na szyi, to mamy ich tu przeszło 10, co wraz z ranami na kończynach daje sumę około 20 ran. W piśmiennictwie spotykamy jeszcze większe ilości ran u samobójców i to zwłaszcza ran kłutych : i tak L a u g i e r opisuje 145 ran, M a s c h k a 285, C h e v a l i e r 300, H o f m a n n 16 ran kłutych i kilka ciętych, W a c h h o l z kilkanaście ran ciętych. Na podstawie naszego materjału sekcyjnego samobójców, największą ilość ran t. j. 78 stwierdziliśmy w powyżej skreślonym przypadku samobójstwa. W innym przypadku, L. p. 20/02 również powyżej wspomnianym, znaleźliśmy u samobójcy 23 ran na szyi i w okolicy brodawki sutkowej lewej.



Ryc. III.
Rany cięte nad piętami.

Największe trudności przy stwierdzeniu samobójstwa w danym przypadku nasuwa nam rozważanie możności zadania sobie tych ran przez denata samego ze względu na ich głębokość i umiejscowienie. Rana na szyi sięga nietylko aż do kręgosłupa i przecina wszystkie mięśnie, naczynia i nerwy po tej stronie, ale nawet w głębi rany znajduje się odcięta część wyrostka poprzecznego kręgu. Rany na kończynach są także głębokie i zadane z wielką siłą. Ponieważ jednak w powyższym przypadku mamy do czynienia z niewątpliwem samobójstwem, gdyż listy pozostawione oraz śledztwo wykluczają czyn zbrodniczy, pozostaje do rozstrzygnięcia pytanie, w jakim porządku samobójca mógł zadać sobie tyle tak ciężkich ran.

Gdybyśmy się kierowali tylko rozważaniami anatomicznemi czy fizjologicznemi, to trudnoby nam było na to odpowiedzieć. Jeśli bowiem przyjmiemy, że najgłębsza rana na szyi była ostatnią, to trudno wytłumaczyć, jak samobójca mógł sobie zadać tak głęboką ranę ręką prawą, która miała już częściowo przecięte ścięgna mięśni zginaczy, a mianowicie ścięgno mięśnia dłoniowego długiego, mięśnia zginającego palce wspólnego powierzchownego, część łokciową zginającego palce głębokiego, nerw ramieniowy pośredni i tętnicę łokciową, wobec czego było utrudnione zginanie palców, a tem samem silne uchwycenie brzytwy. Lewa ręka nie mogłaby tutaj zupełnie wchodzić w grę, gdyż całkowite przecięcie wszystkich ścięgien mięśni zginaczy, tętnic i nerwów musiało uniemożliwić uchwycenie brzytwy. Jeśli zaś przyjmiemy, że rana na szyi została wcześniej zadaną niż rany inne, to trudno sobie wytłumaczyć, jak można sobie zadać inne obrażenia, mając przeciętą tętnicę dogłowową wspólną, znaczną ilość nerwów, naczyń i mięśni po jednej stronie szyi. Ale tu kazuistyka przychodzi z pomocą, gdyż znamy przypadki dokładnie opisane w piśmiennictwie n. p. przypadek Amosa, Rusta, Szigetiego, Hofmanna, Limana, gdzie osobniki z głębokiemi ranami na szyi, z przeciętemi naczyniami i nerwami szyjnemi oraz krtanią mogą odbywać krótszą lub dłuższą drogę, mogą chować narzędzie, którem zadali sobie rany, mogą wbić nóż z całej siły w ziemię lub nawet wyciąć sobie całą krtań. Wobec tego nie możemy wykluczyć, by samobójca nie mógł sobie zadać dalszych obrażeń, mając głęboką ranę na szyi .Ale również nie możemy wykluczyć możliwości zadania sobie nawet tak głębokiej rany na szyi ręką prawą, mającą już częściowo przecięte mięśnie zginacze. Wprawdzie zniesiona była możność zginania dwóch ostatnich falang palca czwartego i piątego, falangi środkowej drugiego i trzeciego palca i wobec przecięcia nerwu ramieniowego pośredniego upośledzona funkcja mięśni opuszki palca pierwszego, to jednak przyjąć musimy możność dalszego samookaleczania się, gdyż, przypuściwszy nawet, że rana na szyi zadana została jeszcze nieuszkodzoną ręką prawą lub lewą, to w każdym razie rana na ręce lewej przenikająca wszystkie tkanki aż do kości, musiała być zadana ręką prawą już uszkodzoną. Również w piśmiennictwie znane są podobne przypadki zadania sobie dalszych ran zranionemi rękami n. p. w przypadkach H a b e r d y.

Tak więc w danym przypadku co do kolejności powstania głównych ran przyjąć należy, że denat albo sobie zadał najpierw ranę na szyi ręką prawą lub lewą, potem zaś ręką lewą rany na ręce prawej a tą już zranioną ręką prawą rany na ręce lewej, albo też, że zraniwszy sobie ręką lewą rękę prawą, tąż zranioną ręką prawą zadał sobie rany na ręce lewej i na szyi.

Powyższy przypadek rzuca jeszcze właściwe światło na stan psychiczny samobójcy. Jeśli od czasu prac Hellera, Broscha, Ollendorfa i Pfeiffera wiemy, iż samobójstwo bywa przeważnie wyrazem bądź stałych, bądź przejściowych zaburzeń psychicznych, to zwłaszcza przy samobójstwach kombinowanych, szczególnie połączonych z tak zaciekłem samookaleczaniem się i taką uporczywością w przeprowadzeniu zamierzonego celu, jak w powyższym przypadku, patologiczny stan umysłowy samobójcy rzuca się sam przez się w oczy.

Piśmiennictwo.

1) F e i g e l. Medycyna sądowa. — 2) H o f m a n n-H a b e r d a. Lehrb. d. ger. Med. Wien 1919. — 3) F i s c h e r. Verletzungen d. Halses. — 4) W a c h h o l z. Medycyna sądowa. — 5) Annales d'hygiene publ. 1899. — 6) K l ę s k. Przegląd lek. 1900. — 7) Vjschrft. f. ger. Med. 1896 3 F. Bd. 12. S. 345. — 8) Vjschrft. f. ger. Med. 1917 Bd. 54. — 9) Vjschrft. f. ger. Med. 1921 3 F. Bd. 61. S. 172. — 10) P f e i f f e r. Über d. Selbstmord Jena 1912. — 11) D. Ztschrft. f. g. ger. Med. II.S. 324.

Przegląd piśmiennictwa.

La presse médicale.

Nr. 1. 1925

Max E i n h o r n. **O leczeniu colitis ulcerosa chronica zapomocą przemywań grubej kiszki przez wprowadzoną per os sondę dwunastniczą.** Einhorn podaje nowy, bezkrwawy sposób leczenia owrzodzeń kiszki grubej. Sposób ten polega na wprowadzeniu przez usta tak długiej sondy, ażeby dostała się aż do kiszki grubej. Sonda taka składa się z kilku zwykłych sond dwunastniczych Einhorna, połączonych zapomocą oliwek. Technicznie sprawa przedstawia się w ten sposób, że chory pierwszego dnia naczczo dostaje jeden, następnego dnia drugi odcinek sondy; dalsze zaś w odstępach kilkudniowych i ciągle pod kontrolą Roentgena. Kiedy zgłębnik jest już w kątnicy, należy go umocować tak, aby nie posuwał się już dalej, a następnie wprowadzać kroplami dwa razy dziennie słaby rozczyn (0,5 : 1000,0) węglanu wapnia i raz dziennie 60—100 ccm chromianu rtęci (1/2:100).

Kuracja taka trwa zwykle około 3-ch tygodni, przyczem chory przez cały czas odżywia się naturalnie. Zgłębnik można usunąć per os lub per rectum, lepiej i jakoby przyjemniej dla chorego per os, przyczem należy to wykonywać b. łagodnie i ostrożnie. Wyniki tego leczenia są takie jak w appendico- i coecostomji, a mają tę nad niemi wyższość że się je osiąga w drodze leczenia bezkrwawego.

Pierre D u v a l, J. Ch. R o u x et. F. M o n t i e r. **O roli wtórnego zakażenia w przebiegu owrzodzeń żołądka i dwunastnicy.** Autorzy zwracją uwagę na b. ważną rolę, jaką ich zdaniem odgrywa wtórne zakażenie w przebiegu owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. Klinicznym wyrazem zakażenia jest tak często w wyżej wspomnianych sprawach obserwowane podniesienie się ciepłoty, przyczem dają się zauważyć dwa typy: kilkudniowy stan podgorączkowy lub 38,5⁰—39⁰ w ciągu jednego lub dwóch dni. Podniesionej ciepłocie towarzyszy zwykle nasilenie się innych objawów chorobowych.

Za ważną rolą zakażenia w *ulcus ventriculi* przemawia również ujemny nań wpływ chorób zakaźnych oraz stwierdzana w znacznym odsetku przypadków dość wysoka nawet leukocytoza.

R o z e n o w stwierdził w 63% swoich chorych obecność drobnoustrojów w błonie podśluzowej, a odczyn śródskórny ze szczepionki tych drobnoustrojów był w 60% dodatni.

Stąd wniosek, że proteinoterapja powinnaby mieć w leczeniu tych spraw znaczenie decydujące, co potwierdzają znane badania P r i b a m a, stąd też celowość szczepienia chorych, którzy mają być operowani.

H. Goldman (Warszawa).

Nr. 3. 1925.

S i c a r d et L a p l a n e. **Rozpoznawanie guzów rdzenia.** *(Diagnostic des tumeurs rachidiennes. Forme pseudo pottique. Radiolipiodol).* Objawy guzów rdzeniowych są bardzo różnorodne. Mogą one przebiegać pod postacią hemianomyelji, syryngomyelji, *sclerosis multiplex,* i tylko kontrola zapomocą lipjodolu może nas ustrzec od omyłki. Oprócz tego istnieją specjalne przypadki guzów rdzenia, które autorzy nazwali «*tumeurs pseudopottiques*«, a które są często rozpoznawane jako lumbago, sprawy artretyczne, jako *spondylitis* lub choroba Potta.

Od omyłki może nas uchronić: 1) badanie płynu, 2) radjografja i 3) kontrola zapomocą lipjodolu.

Ad 1: W płynie występuje dyssocjacja białkowo-cytologiczna (dużo białka, mało komórek) i ksantochromja. Ważnym momentem różniczkowym jest zwiększenie się ilości białka, które występuje w sprawach uciskowych w odróżnieniu od zmniejszającej się ilości białka, co znów spotykamy w zakaźnych zapaleniach oponowo mózgowych.

Ad 2: Radjografja kręgosłupa jest niezbędna i to w dwóch kierunkach: od przodu ku tyłowi i zdjęcia boczne, które najczęściej uwidaczniają zmiany w kręgach.

Ad 3: Lipjodol należy wstrzykiwać powyżej i poniżej domniemanego guza, aby uwidocznić przestrzeń narażoną na ucisk.

Jak ważną jest rzeczą stosowanie lipjodolu może zaświadczyć fakt, że dawniej laminektomje stanowiły operację wyjątkową; obecnie operacje te robi się coraz częściej. Sam Robineau operował 26 przypadków; wszystkie z dobrym wynikiem.

Dla potwierdzenia powyższego autorzy podają szereg przypadków, z których przytoczymy tylko dwa następujące:

1. Chory od kilku tygodni cierpiał na bóle w okolicy kręgów krzyżowych i pośladków. Ponieważ gorączkował, a dawniej chorował na ropne zapalenie kości, więc rozpoznano gruźlicę. Okolica kręgów lędźwiowych nieruchoma; od L_3—L_4 silna bolesność na ucisk. Zaburzeń czucia niema, odruchy normalne, tylko lewy kolanowy słabszy. Roentgen nic nie wykazał. Punkcja między L_4—L_3 dała ropę (*staphyloc*). Umiejscowienie tego cierpienia było tak jasne, że początkowo zaniechano stosowania lipjodolu. Jednakże gdy dla kontroli wstrzyknięto lipjodol, przekonano się, że lipjodol zatrzymał się na wysokości L_{10}. Umiejscowienie lipjodolu zupełnie nie zgadzało się z powyższemi objawami klinicznemi. Wykonano laminektomję w okolicy L_4, znaleziono ropę, którą usunięto. Celem przekonania się, dlaczego lipjodol zatrzymał się na wysokości D_{10}, zrobiono laminketomję od L_4 do D_{10}. Znaleziono całą masę małych ropni na oponie twardej. Gdyby nie zastosowano lipjodolu, skończyłoby się na wypuszczeniu ropy z okolicy L_4 i chory z pewnością zmarłby z mylnem przypuszczeniem, że powstało wtórne zakażenie lub coś podobnego. Obecnie chory czuje się bardzo dobrze i jest na drodze do zupełnego wyleczenia.

Przyp. II. Kobieta ma paraplegję od 3 miesięcy. Silne bóle w okolicy klatki piersiowej. Górna granica znieczulenia dochodzi do D_5. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał nadmiar białka. Rozpoznano ucisk na rdzeń. Radjografja 0. Lipjodol wstrzyknięty przez nakłucie podpotyliczne zatrzymał się na wysokości D_3. Kliniczne objawy zgadzały się z umiejscowieniem się lipjodolu. Operacja w tej okolicy wykazała torbiel epiduralną, którą usunięto. Po operacji stopniowe pogorszenie i chora zmarła. Na sekcji stwierdzono drugą torbiel między D^9—D_{10}. Gdyby lipjodol wstrzyknięto powyżej i poniżej miejsca ucisku, możnaby było usunąć obiedwie torbiele jednocześnie i być może, że chorą możnaby było uratować.

Nr. 9. 1925.

L. Binet. **Czy dym tytoniowy jest trucizną dla mózgu?** Heinze wykazał, że papierosy zawierające 25 centygr nikotyny oddają z dymem 4 centygr nikotyny; z nich 35 miligr wchłania się przez drogi oddechowe, przy głębokiem wdychiwaniu, a tylko 7 milgr przy powierzchownem, t. zn., gdy dym nie dostaje się do tchawicy i do oskrzeli.

Organizm ludzki pozbywa się nikotyny bardzo powoli. Dym tytoniowy oprócz nikotyny zawiera jeszcze nikotianinę, zasady pirydynowe i produkty spalania. Wszystkie te substancje mogą więc działać na mózg. Roger wykazał w swych doświadczeniacb, że królik po wstrzyknięciu podskórnem nikotyny popada w pewien stan delirium.

Następnie autor zastanawia się głównie nad trzema objawami ze strony mózgu pod wpływem zatrucia nikotyną; 1) Nikotyna wywołuje przekrwienie mózgu, objętość mózgu staje się większa. Stwierdzał to doświadczalnie Wertheimer. 2) Stwierdzono uszkodzenie komórek w korze mózgowej. Guillain i Gy stwierdzili największe zmiany w wątrobie i w układzie nerwowym. Uszkodzone są tylko komórki kory mózgowej, w różnych jej warstwach. Zmiany w komórkach polegają na chromatolizie i wakuolizacji. Zmian w naczyniach ani w oponach nie stwierdzono. 3) Badanie nad zwierzętami, zatrutemi dymem tytoniu, wykazały istnienie zaburzeń pamięci u tych zwierząt. P. Mathieu i L. Merkleu doświadczalnie wykazali, że zwierzęta (myszy) poddawane działaniu dymu tytoniowego przez 10—15 minut, nie odrazu wykazywały objawy zatrucia, lecz dopiero po upływie 24—48 godzin; zwierzęta np. nie mogły znaleść swego legowiska, lub potrzebowały większej ilości czasu, aby przebyć tę samą drogę, jaką przebywały przed zatruciem.

Wszystkie powyższe dane są dość przekonywujące, aby wykazać istnienie szkodliwego działania tytoniu na mózg.

Michalski (Warszawa).

Nr. 8. 1925.

Crainicianu. **Badania doświadczalne nad stosunkiem między wydzielaniem wewnętrznem jajników i napięciem układu wegetatywnego.** Autor badał napięcie układu wegetatywnego sercową próbą atropinowo-ortostatyczną Danielopolu i Carniola, pozwalającą oddzielnie określić liczbowo napięcie nerwu błędnego i sympatycznego.

Badając to napięcie przed i po operacji Wertheima autor stwierdził, że po usunięciu całkowitem jajników:

1) napięcie bezwzględne układu sympatycznego zwykle się zmniejsza;

2) napięcie bezwzględne układu nerwu błędnego również się zmniejsza i zmniejszenie to może być zaznaczone tak dalece, że spada do 0.

Z badań tych wynika, że wydzielanie wewnętrzne jajników wspólnie z wydzielaniem innych gruczołów wpływa na utrzymanie się napięcia układu wegetatywnego, gdyż po zniknięciu tego wydzielania napięcie w układzie wegetatywnym zmniejsza się.

J. Typograf (Warszawa).

Nr. 9. 1925.

A. Chauffard et M. Debray. **O wzajemnym stosunku kamicy nerkowej i kamicy wątrobowej.** Obserwacja kliniczna wykazała, że kolejne występowanie napadów kolki nerkowej i wątrobowej u jednego i tego samego osobnika należy do zjawisk częstych. Statystyka (Senac, Bouchard) stwierdza, że chorzy na kamicę wątrobową często jednocześnie cierpią na kamicę nerkową, względnie występuje ona w ich antecedencjach, że natomiast ani jeden % chorych na kamicę nerkową nie cierpiał uprzednio na kamicę wątrobową. Przeprowadzone przez autorów badania nad składem surowicy krwi takich chorych doprowadziły do wniosku, że chorzy na kamicę nerkową są przeważnie dotknięci hipercholesterynemją i hiperurikemją. Podobny stan wykazano u chorych dnawych. U chorych na kamicę wątrobową hipercholesterynemja jest regułą, natomiast nigdy nie występuje u nich hiperurikemja. Obserwacje cudze i własne, upoważniają autorów do zestawienia wniosków następujących:

1. Stanom hiperurikemicznym (kamica nerkowa i dna) towarzyszy zazwyczaj we krwi obraz hipercholesterynemji. Stany te odgrywają rolę przyczyn usposabiających do występowania kamicy wątrobowej.

2. Kamicy żółć. pierwotnej nie towarzyszy hiperurikemja; nie usposabia też ona ani do dny, ani do kamicy nerkowej.

3. Gdy oba stany współistnieją u jednego chorego (stan taki autorzy nazywają *Bilithiasis*) to zazwyczaj kamica nerkowa poprzedza wystąpienie kamicy wątrobowej.

E. Landau (Warszawa).

Annales d'Oculistique.

T. CLXI. Octobre. 1924.

Dupuys Dutemps. **Odłamek żelaza pozostający przez 15 lat w przedniej komorze bez wywołania reakcji zapalnej lub żelazicy oka.** Autor przedstawia chorego, u którego odłamek żelaza pozostawał przez 15 lat w cieczy wodnej przedniej komory, nie powodując żadnych zmian w oku. Dopiero po 15 latach z powodu nastrzykania rzęskowego z łatwością usunięto ten odłamek żelaza.

Autor przypuszcza, że w cieczy wodnej, tem środowisku martwem niema odpowiednich czynników chemicznych i biologicznych, koniecznych do wywołania żelazicy w oku. Żelazica powstaje prawie zawsze, gdy żelazo utkwi gdzieś poza tęczówką: w naczyniówce, siatkówce, ciałku rzęskowem, ciele szklistem, znacznie rzadziej, gdy jest w tęczówce, soczewce, a nigdy, gdy pozostaje wolno w cieczy wodnej.

J. Lippincatt. **Wpływ znieczulenia oka na działanie leków ocznych.** Autor twierdzi, że poprzednie znieczulenie oka wpływa na szybsze wessanie leków ocznych n. p. adrenalina po poprzedniem znieczuleniu oka środkiem nierozszerzającym źrenicę n. p. holokainą, rozszerza źrenicę. Spostrzegał dalej, że stosując środki wyjaśniające zaćmioną soczewkę — po poprzedniem znieczuleniu oka otrzymywał znacznie lepsze wyniki. Przyczyny tego zjawiska autor wytłumaczyć nie potrafi.

Etienne Leblond. **Przypadek pierścieniowatego ubytku w polu widzenia pochodzenia urazowego.** W piśmiennictwie opisano kilka takich przypadków.

Przypadek autora dotyczy żołnierza ranionego kulą w okolicy potylicy. U chorego stwierdzono: stan ogólny i stan nerwowy bez zmian, upośledzenie widzenia osiowego

zwężenie pola widzenia obwodowe, ubytek w polu widzenia pierścieniowaty, obustronny. Przez 9 lat ubytek pierścieniowaty pozostawał bez zmiany, natomiast widzenie osiowe znacznie się poprawiło. Autor sądzi, że zmiany te powstały skutkiem uszkodzenia obustronnego i symetrycznego mózgu, w okolicy płatów potylicznych. Podobne przypadki pierścieniowatych ubytków w polu widzenia opisał Beauvieux, lecz przy zranieniach w okolicy ciemieniowo-skroniowej.

T. CLXI. Novembre. 1924.

D u f o u r. **Używanie filtrów barwnych i widzenie barw.** Filtry barwne są to płytki barwne o powierzchniach równoległych. Płytka taka nie przepuszcza wszystkich promieni, stąd też światło po przejściu przez filtr zmienia swą barwę.

Jeśli oglądamy biały ekran oświetlany przez 2 źródła światła A i B o różnej barwie otrzymamy barwę powstałą skutkiem t. zw. optycznego zmieszania barw, barwę z dodania *(couleur d'addition)*. Jeśli zaś patrzymy przez filtr o barwie A na powierzchnię o barwie B, to ponieważ filtr zatrzymuje pewne promienie z B otrzymamy barwę t. zw. z odjęcia *(couleur de soustraction)*. Dwa światła z różnych źródeł pochodzące mogą mieć tą samą barwę, mimo tego, że różnią się składem swych promieni. Takie 2 barwy identyczne o różnym składzie dają tę samą barwę po zmieszaniu z innemi barwami — rzecz się ma przeciwnie, jeśli oglądamy przedmiot barwny przez 2 filtry jednakiej barwy, ale o różnym składzie.

Filtry barwne pozwalają nam na przeprowadzenie analizy barw. Ażeby zanalizować wiązkę światła, podobnie, jak to czynimy spektroskopem, musielibyśmy mieć ogromną ilość filtrów, z których każdy przepuszczałby tylko jeden promień widma. Dzięki filtrom barwnym odróżniamy nieraz barwy o różnicach bardzo nieznacznych, albo przeciwnie, mieszamy zupełnie odmienne barwy n. p. znak czerwony na białem tle oglądany przez filtr zielony wyda nam się czarnym, natomiast jeśli ten znak czerwony oglądamy przez iltr czerwony, wówczas całe pole wyda się nam czerwonem.

Praktyczne zastosowanie filtrów jest dość znaczne. Filtry szare lub barwne używane jako t. zw. szkła ochronne chronią oko od promieni z natury swej dlań szkodliwych n. p. pozafiołkowych, lub też szkodliwych skutkiem zbyt wielkiej intenzywności n. p. promieni słońca albo elektrycznych. Szkło ochronne może być zarazem szkłem poprawczem o ile połączymy go z odpowiednią soczewką.

Dzięki filtrom możemy otrzymać znaczną poprawę widzenia. Wiemy, że absorbcja środków optycznych oka jest różną dla różnych promieni. Promienie pozafiołkowe nie wnikają do oka, ale powodując fluorescencję soczewki powodują zarazem zamazanie obrazów na siatkówce. Szkło nieprzepuszczające tych promieni usuwa ich szkodliwe działanie. Jeśli zapomocą filtru przepuścimy tylko niektóre promienie n. p. żółte i zielone, na które oko jest najwrażliwsze, obrazy są znacznie wyraźniejsze.

Dla lekarzy mają filtry dość wielkie zastosowanie.

1. Znanem jest używanie szkieł niebieskich »Isly« celem łatwiejszego rozpoznania wysypek.

2. Filtru Vogta używamy przy badaniu dna oka w świetle bezczerwiennem.

3. Szkła fotometryczne Tcherniga używane są przez okulistów (przepuszczające tylko pewną część promieni widma).

4. Do wykrycia symulacji służą teksty barwne, które badany ogląda przez filtry barwne.

Oswald twórca mało dotąd znanej teorji barw przeprowadza zapomocą filtrów z wielką dokładnością analizę barw.

Jak wielką usługę oddają filtry daltonistom, o tem najlepiej świadczą załączone przez autora kopje rysunku wykonanego przez daltonistę, jedna gołem okiem, druga przez filtr odpowiedni. — W drugiej barwy zielona i czerwona oddane są bez zarzutu. Zrozumiałem jest, że daltonista przez filtr nie widzi barw w ten sposób, jak oko normalne — ale analizując wiązkę promieni może odróżnić barwy, których gołem okiem nie odróżnia. Niwątpliwie wielką rolę odgrywa tu ćwiczenie inteligencji chorego.

Według autora do ważnych zadań okulisty należy poznanie sposobów poprawy dyschromatopsji.

G a l l e m a e r t s. **Egipskie zapalenie i barwienie tkanki żywej.** G. podaje nowy sposób rozpoznawania wczesnych stadjów egipskiego zapalenia.

Zapomocą lampy szczelinowej Gullstrand'a albo mikroskopu Czapskiego można rozpoznać w spojówce najdrobniejsze ziarna pod postacią jasnych plam rozrzuconych między naczyniami. Obrazy są o wiele wyraźniejsze po odpowiedniem zabarwieniu spojówki. W tym celu używa G. błękitu metylowego 0,4%, błękitu nilu 0,4%, azuru metylenowego 0,5%. Silniejsze roztwory powodują złuszczanie się rogówki. Oko należy znieczulić kokainą. Jeśli bóle są zbyt silne należy zaniechać badania. Roztwory świeżo sporządzone barwią gorzej niż stare. Jeśli mikroskop wykaże zbyt intenzywne zabarwienie należy opłukać spojówkę tanniną 3—4%. Odbarwienie występuje zwykle po 24 godzinach.

Mikroskopem stwierdzamy, że elementy zabarwione tworzą ciemne plamy. Plamy te odpowiadają nagromadzeniu się komórek — w późniejszych okresach miejsca zabarwione wystają nieco nad powierzchnię i są ostro odgraniczone od otoczenia niezabarwionego. W okresie organizacji ogniska zabarwione umiejscawiają się jedne obok drugich i wtedy również na tle niebiesko zabarwionych komórek wyraźnie zarysowują się czerwone naczynia.

Zmiany powyższe możemy śledzić na spojówce gałkowej aż po rąbek rogówki.

M i l l e t A. H. **Astygmatyzm nieregularny, a egipskie zapalenie.** Astygmatyzm nieregularny powstaje bardzo często w następstwie zmian rogówkowych powstałych jako powikłanie egipskiego zapalenia. Najwięcej dolegliwości sprawia choremu astygmatyzm spowodowany nieraz bardzo nieznacznemi uszkodzeniami w partjach środkowych rogówki. W tym przypadku bystrość wzroku jest znacznie upośledzoną, często również występują objawy hemeralopji. Objektywne wykazanie tego astygmatyzmu sprawia nieraz wiele trudności — zwyczajnie używane metody rozpoznawcze jak: zwierciedlenie, oświetlanie lupą Bergera, prześwietlanie lusterkiem płaskiem, astygmometr Placido, zawodzą często w zupełności. Według autora z łatwością dadzą się te nieznaczne zmiany rogówkowe rozpoznać astygmometrem Jawala i Schiötza. Przy obracaniu łuku astygmometru widzimy stopnie schodków zniekształcone i wykrzywione. Ze stopnia tych zmian możemy w przybliżeniu określić upośledzenie bystrości wzroku spowodowane uszkodzeniem rogówki. Badanie to zaleca autor w szczególności lekarzom wojskowym, jako metodę łatwą, szybką, dostępną nawet dla lekarza niespecjalisty.

D a n t r e l l e. **Dwa przypadki usunięcia drobnych ciał obcych z ciałka szklistego.** D. spostrzegał dwukrotnie przypadki drobnych odłamków żelaza (największy przekrój 1 do 1,5 mm — ciężar 0,4 i 0,5mg). które utkwiły w ciele szklistem. Rozpoznanie w podobnych przypadkach nie jest łatwem. Radjoskopja i elektromagnes dają wyniki ujemne. Jedynie zapomocą radjografji można wykazać drobne odłamki żelaza a nawet dość dokładnie określić ich wielkość. Również pewną usługę oddaje lampa szczelinowa Gullstrand'a, zapomocą której można wykazać, czy ciało obce przebiło tylną ścianę rogówki. Drobne odłamki żelaza należy według D. usuwać z ciała szklistego elektromagnesem po wykonaniu trepanacji twardówki trepanem Elliot'a.

Zabieg ten nie powodnje żadnych szkodliwych następstw, a chroni oko od żelazicy.

J. Mikulińska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VIII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 13 marca 1925 r.

Przewodniczy kol. G r e k.

Obecnych 105 członków.

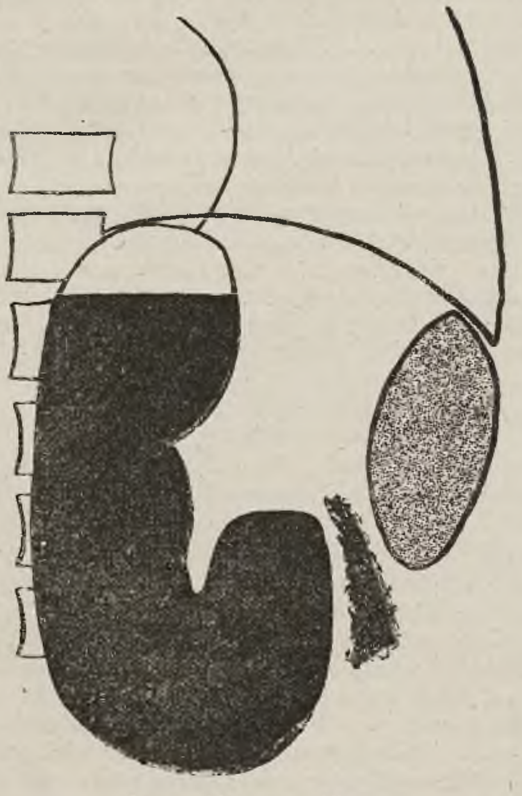
1. Kol. E. M e i s e l s przedstawia przypadek **zawęźlenia żołądka »Volvulus ventriculi«.**

Chory został przysłany do badania roentg. z powodu dolegliwości żołądkowych. Od lat 7-miu cierpi na okresowo występujące bóle w lewem podżebrzu o charakterze kurczów, pro

mieniujące pod lewą łopatkę. Bóle te występują co roku, trwając 1—2 miesięcy. W okresach wolnych od tych bólów czuje się zupełnie dobrze. Bóle występują $1\frac{1}{2}$—2 godz. po jedzeniu, i uspokajają się po ponownem przyjęciu pokarmów. Typowe bóle głodowe. W nocy bólów niema, oprócz tego dość często zgaga. Apetyt słaby. Stolce stale regularne. Wywiady typowe dla wrzodu żołądka, czy też dwunastnicy. Badanie wykazuje: brzuch lekko wzdęty, nieprawidłowych oporów, ani też wyraźnej bolesności przy ucisku nie można nigdzie stwierdzić.

Badanie treści żołądkowej wykazuje drobne zalegiości na czczo, nieco zwiększoną kwasotę.

Badanie roent. wykazuje obraz bardzo niezwykły: Żołądek hakowaty, prawidłowy, leży po stronie lewej, do części wpustowej normalnie na lewo wypuklonej dostaje się pokarm bez żadnej przeszkody. Między częścią środkową, a częścią wpustową można zauważyć małe wgłębienie i przy prześwietleniu można stwierdzić, że treść pokarmowa zatrzymuje się w tem miejscu przez parę chwil. Część środkowa przebiega pionowo ku dołowi i łukowato skręca na lewo, przechodząc w część odźwiernikową. Część ta prawidłowo szeroka, przebiega lekko skośnie od dołu strony medialnej ku górze i stronie lateralnej. Zamiast więc normalnego przebiegu ku wątrobie, przebiega część odźwiernikowa w tym przypadku ku śledzionie. Ruchy robaczkowe bardzo żywe. Odźwiernik drożny, czas wypróżnienia, kilkakrotnie badany, prawidłowy. Opuszka dwunastnicy wypełnia się przelotnie, zarysy nie są ostre. Jelita cienkie i kiszka gruba motorycznie i morfologicznie są zupełnie prawidłowe. Chorego M. ma w obserwacji od 2-ch tygodni, stan ten zupełnie się nie zmienił. Jest to więc skręt żołądka o 180°; żołądek dokonał



obrotu około swej osi długiej, wskutek czego część odźwiernikowa została przeniesiona ze strony prawej na stronę lewą. Nie cały żołądek jednak jest skręcony, część wpustowa wykazuje prawidłowe położenie, tylko jego dolne $\frac{2}{3}$ części, część środkowa i część odźwiernikowa, zostały na lewo obrócone. Miejsce skrętu leży pod częścią wpustową, w przejściu jej w część środkową, co zaznacza się w obrazie roentg. wpukleniem i lekkiem zatrzymywaniem się pokarmów. Przyczyny tych zmian trudno na pewne podać. W każdym razie nie odpowiada ten obraz żadnym zmianom wrodzonym, gdyż nie ma dla niego uzasadnienia w rozwoju embrjonalnym. Najbardziej prawdopodobnem wydaje się mówcy powstanie tego stanu wskutek zrostów z powodu wrzodu, najprawdopodobniej wrzodu dwunastnicy, za czem przemawia obraz roentg. opuszki dwunastnicy. Przypadki skrętu żołądka należą do rzadkich schorzeń. W piśmiennictwie opisanych jest zaledwie kilkanaście przypadków, które, z wyjątkiem jednego, różnią się od naszego. Wszystkie te przypadki cechuje ostry przebieg. Obraz kliniczny odpowiada ostremu rozszerzeniu żołądka. Wedle B o r c h a r d t a trzy objawy są charakterystycznemi cechami dla skrętu żołądka: 1. wzdęcie i balonowaty guz w lewem podżebrzu; 2. silna czkawka i brak wymiotów; 3. niemożność wprowadzenia zgłębnika do żołądka. Tylko natychmiastowa operacja mogła chorych ocalić. Po otwarciu brzucha można się było przekonać, że ten balonowaty guz tworzyła silnie rozdęta górna część żołądka, skręcona w ten sposób, że tylna ściana żołądka jest obrócona ku przodowi, krzywizna duża przebiega po stronie prawej i jest podniesiona ku górze. Żołądek był w tych przypadkach skręcony w około obu osi, podłużnej i strzałkowej.

Dzięki uprzejmości i pomocy prof. N o w i c k i e g o, mógł mówca na zwłokach przekonać się o mechanizmie takiego skrętu. Najłatwiej można obrócić do przodu i skręcić na lewo część odźwiernikową wraz z dwunastnicą. Wiązadła wątrobowo-żołądkowo-dwunastnicowe dają się łatwo rozciągnąć do tego stopnia, iż umożliwiają wykonanie tego skrętu. Górną część żołądka, umocowaną przy wpuście, próżną, jest bardzo trudno skręcić. Natomiast przepełniona, wydęta, po poprzedniem skręceniu dolnej części i utwierdzeniu części odźwiernikowej na stronie lewej, schodzi sama ku dołowi i skręca się krzywizną dużą ku przodowi. Można przypuszczać, że podobny mechanizm zachodził w tych przypadkach skrętu żołądka z ostremi objawami górnego ileus. Poprzedni z różnych powodów wywołany skręt części odźwiernikowej na lewo, tworzy predyspozycję do takiej reakcji żołądka na przeładowanie górnej części.

W przedstawionym przypadku mamy do czynienia tylko ze skrętem dookoła osi pionowej, dlatego też nie mamy w nim dotychczas ostrych zaburzeń. Jednak w miejscu skrętu, to jest w powyższym przypadku na granicy górnej części i środkowej można zauważyć zatrzymywanie się — lekkie wprawdzie — pokarmów; a więc istnieje tutaj lekkie przewężenie. Silniejsze zaciśnięcie światła w tem miejscu może łatwo spowodować rozdęcie i skręcenie się górnej części żołądka, tak jak w tych wyżej wspomnianych przypadkach. W piśmiennictwie roentg. mógł M. znaleźć tylko jeden przypadek skrętu żołądka, opisany przez dr. W e i s s a. W przypadku tym również brak było ostrych objawów, ale różni się on od przedstawionego tem, że nastąpiło tutaj samodzielne odkręcenie się żołądka, tak, że w 6 godz. po pierwszem badaniu stwierdził autor znowu prawidłowe położenie żołądka. W przedstawionym przypadku, obserwowanym od 2-ch tygodni, położenie żołądka nie uległo żadnej zmianie.

W dyskusji kol. S c h r a m m przypadku, przedstawionego przez kol. M e i s e l s a nie mógłby uważać za prawdziwy skręt żołądka wobec braku objawów zwężenia lub zamknięcia wpustu i odźwiernika; należałoby oznaczyć zmianę widoczną na fotografji raczej tylko, jako przesunięcie odźwiernika na lewo.

Kol. G r e k zaznacza, że tłumaczenie obrazu roentgenologicznego przez kol. M e i s e l s a zupełnie mu nie odpowiada, t. zn. iż wskutek pewnych zmian przebytych zapalnych powstało przemieszczenie odźwiernika na lewą stronę, podczas gdy wpust pozostał na miejscu. Przemieszczenie to odźwiernika w tym stopniu mogła nastąpić li tylko przy skręcie żołądka o 180°.

Kol. L. G l u z i ń s k i uważa, że przypadek ten można przeto wytłumaczyć przebytym wrzodem żołądka i zrostami następowemi, które przeciągnęły odźwiernik na stonę lewą. To tłumaczy mu wszystkie objawy bez przyjęcia skrętu.

W odpowiedzi kol M e i s e l s zaznacza, że wytłumaczenie przemieszczenia części odźwiernikowej na lewo tylko przesunięciem jej jest zupełnie niewystarczające. Obraz przedstawiony mógł tylko powstać wskutek obrotu o 180°. Brak objawów zamknięcia wpustu i odźwiernika zupełnie nie przemawia przeciwko temu. W piśmiennictwie chirurgicznem (Haber) są opisane przypadki bez tych objawów ostrych, a także w jedynym dotychczas opisanym przypadku roentgenologicznym również brak było powyższych objawów.

Kol. G r u c a przedstawia a) 66 letniego chorego, u którego wykonano **„neurolizę" prawego nerwu promieniowego.** Chory doznał urazu prawego ramienia: został przyciśnięty wozem do drzewa, przyczem ramię prawe uległo zgnieceniu między wozem, a klatką piersiową. W chwili urazu silny ból i ścierpnięcie palców, mógł jednak pracować jeszcze przez dwa dni, nie mając żadnych zaburzeń, prócz bólu i obrzęku w miejscu ucisku. Po dwu tygodniach obrzęk rozlany cofnął się, pozostało jednak twarde, ograniczone zgrubienie. Równocześnie zjawiło się ograniczenie możności wyprostowania palców. Po dalszych trzech tygodniach chory zgłosił się na klinikę.

Stwierdzono wówczas, na ramieniu prawem, około 4 palce powyżej stawu łokciowego prawego po stronie wewnętrznej, guz twardy, wielkości jaja kurzego, niebolesny, nieprzesuwalny wobec kości, oraz parezę nerwu promieniowego, poniżej guza. Roentgen wykazał cień długi około 8 cm, szeroki ca $1\frac{1}{2}$ cm po zewnętrznej stronie kości ramieniowej, dający obraz wczesnego okresu t. zw. *myositis ossificans.*

Rozpoznano: **ucisk nerwu promieniowego, wywołany przez nowopowstałą tkankę kostną.** Podczas operacji stwierdzono, ze nerw promieniowy przechodzi przez środek guza, o spoistości chrząstki, usadowionego powyżej przysadki kości ramieniowej; posuwając się wzdłuż nerwu nacięto część guza nad nerwem, zamieniając kanał w rynnę, nerw odsunięto, a guz po odpreparowaniu mięśni — oddzielono zapomocą raspatorium od okostnej. Przebieg prawidłowy. W dwa tygodnie po operacji wróciła zdolność prostowania palców, z małą siłą motoryczną. Po 4 tygodniach zupełny powrót funkcji ręki. Guz histologicznie wykazał typowy dla *myositis ossificans* układ tkanek. Zarówno urazowa *myositis ossificans* z takiem powikłaniem, jak i tak szybki powrót czynności nerwu należą do spostrzeżeń rzadkich;

b) chorego z **porażeniem prawego nerwu promieniowego na tle raka, leczonego przeszczepieniem ścięgien.** 44 letni urzędnik, przed 25 laty wrzód twardy, nieleczony, od 10 lat, bóle opasujące. W ostatnich sześciu latach przeszedł szereg kuracyj

przeciwkiłowych, z poprawieniem się częściowem stanu ogólnego. W 1920 r. złamanie samoistne lewej kości skokowej. W 1921 upadł i złamał prawą kość promieniową tuż nad nadgarstkiem. Po złamaniu kość zrosła się wadliwie. Od 6 tygodni niemożność wyprostowania palców.

Stan 30. I. *Tabes dorsalis.* Ręka prawa zwisa bezwładnie ku stronie dłoniowej, wyprostowanie w stawach nadgarstkowych, zgięcie i wyprostowanie palców w stawach śródręczno-palcowych niemożliwe. Zginanie palców możliwe z bardzo małą siłą motoryczną. Dłoń cała przesunięta ku stronie promieniowej i przegięta tworzy wobec przedramienia prawie kąt prosty Obwodowy koniec kości łokciowej wystaje wolno ku dołowi.

Rozpoznano **źle wyleczone złamanie kości promieniowej prawej, nadwichnięcie. Paralysis nervi radialis tabica.** Ponieważ, wobec tła cierpienia, o jakimkolwiek zabiegu na nerwie danym nie mogło być mowy, wykonano operację plastyczną: Po wyprostowaniu ręki — ścięgno *m. extensor carpi radialis brevis* przecięto w miejscu przejścia w brzusiec i przeprowadzono przez otwór wywiercony w kości ramieniowej około 2 cm powyżej jej obwodowego kośćca — poprzecznie od strony kości łokciowej ku stronie promieniowej — zszywając je w pętlę i przyszywając do okostnej. Ścięgno *m. extensor carpi radialis longus* odcięto i przyszyto do okostnej kości promieniowej od strony kości łokciowej. Ścięgno mięśnia *extensor carpi ulnaris* przecięto i przyszyto do okostnej zewnętrznej krawędzi k. łokciowej. Ta część zabiegu ustalała rękę w zgięciu około 30° ku stronie grzbietowej i umożliwiała wydatniejsze zginanie palców. Dla uzgodnienia możności wyprostowania palców odcięto ścięgno *m. flexor carpi ulnaris* od kości trzeszczkowej—uruchomiono naprzestrzeni 10 cm jego brzusiec, przeprowadzono przez kanał pod powięziowy na stronę grzbietową ręki i po rozszczepieniu go objęto niem ścięgna wspólnego prostownika palców i prostownika palca wielkiego i zeszyto z niemi na znacznej przestrzeni. Opatrunek szynowy w nadmiernem wyprostowaniu na 3 tygodnie. Przez dalsze trzy chory na godzinę dziennie szynę zdejmował dla ćwiczeń palców.

Obecnie wyprostowanie palców jest dobre, zginanie ze znaczną siłą motoryczną. Chory pisze szybko i wyraźnie. Opisany sposób różni się nieco od operacji Pertlesa dla porażeń nerwu promieniowego. Mianowicie otwór przez k. promieniową przewiercono nie w kierunku grzbietowo dołoniowym, ale promieni łokciowym — celem utrzymania silniejszej redresji ku stronie ulnarnej, z tego samego powodu ścięgno *m. extensor carpi radialis longus,* przyszyto po stronie ulnarnej, a nie do wolnej krawędzi radii, jak poleca Pertlers. Do obrazu operacji Pretlesa należy jeszcze przeszczepienie *m. flexor carpi radialis* lub *palmaris longus* na mięśnie kciuka, ze względu jednak na naruszenie równowagi, gdyż ścięgno mięśnia *extensor carpi ulnaris* było bardzo słabe i przeszczepiono ścięgno *flexor carpi radialis* ściągałoby dłoń ku stronie promieniowej — przeszczepienia tego zaniechano.

W dyskusji kol. S c h r a m m podkreśla dobry wynik przeszczepienia ścięgien, jaki otrzymano w tym przypadku.

3. Kol. Wł. D o b r z a n i e c k i wygłasza wykład: »**Sympatektomja okołotętnicza pod względem klinicznym**« (w całości okaże się drukiem w Pol. Gaz. lek.). Na wstępie omawia mówca ogólne objawy ze strony układu wegetatywnego, który do ostatniej niemal doby stanowił dziedzinę w zupełności niedostępną dla leczenia operacyjnego. Chirurgja jednak, w miarę rozwoju, zdobywając coraz szerszy zakres działania sięgnęła i do układu wegetatywnego, a piękne wyniki, jakie osiągnęli niektórzy chirurgowie (J o n n e s c o, B r ü n i n g, K ü m m e l) drogą zabiegów operacyjnych na układzie współczulnym (dychawica oskrzelowa, dusznica bolesna), jak również i dane histologiczne, oparte na materjale, tym sposobem uzyskanym, rzucają nowe światło na fizjologję względnie patologję, układu wegetatywnego. Jeśli chodzi o historję zabiegów operacyjnych na układzie wegetatywnym, to należą one do ostatnich dziesiątków lat ubiegłego stulecia. Pierwszy zabieg na człowieku wykonał w r. 1883 W i l i a m Alexander, wycinając *gangl. cervic. sup.* przy padaczce. Śladami temi poszli J a b o u l a y i J o n n e s c o, stosując tę metodę przy padaczce, chorobie Basedowa, w przełomach wiądowych i niektórych schorzeniach zapalnych narządów miednicy. J e d n y m z p i e r w s z y c h wogóle, a w Polsce niewątpliwie pierwszym, był B ą r ą c z, który stosował wycięcie zwojów współczulnych szyjnych wraz z podwiązaniem względnie wycięciem tętnic kręgowych. On też pierwszy w r. 1893 rzuca myśl obustronnej resekcji nerwu współczulnego szyjnego wraz ze wszystkiemi zwojami celem leczenia padaczki. Usuwanie przydanki naczyniowej a wraz z nią i *plexus sympathicus periarterialis,* który posiada w stosunku do naczynia własności wazokonstryktoryczne — stanowi jeden z działów chirurgji układu współczulnego. Myśl tę wykorzystał w celach leczniczych, oparł o szersze teoretyczne podstawy i wprowadził do piśmiennictwa przed 10 laty francuski chirurg z Lyonu R. L e r i c h e pod nazwą »*sympathectomie periartérielle*«. Skala stosowania jej była bardzo rozległą. I tak wykonywano ją przy zgorzeli na tle miażdżycy, cukrzycy, odmrożenia, w analogicznych stanach, na tle nieznanych nam bliżej spraw infekcyjnych i toksycznych w zaburzeniach naczyniowych o najrozmaitszej etjologji, przy owrzodzeniach troficznych pochodzenia centralnego i obwodowego, w neuralgjach i zranieniach nerwów, jakoteż naczyń, w przykurczach odruchowych, przy bólach, obrzękach i owrzodzeniach kikutów poamputacyjnych, w ostrych obrzękach pourazowych z niedowładem czynnościowym kończyny, po bólach o nieznanej przyczynie, w marskości sromu, w *Keratitis neuroparalytica,* w całym szeregu schorzeń skórnych, w przewlekłem zapaleniu szpiku kostnego, w słoniowaciźnie kończyny i narządów płciowych, przy złamaniach kości i gruźlicy chirurgicznej, a wreszcie w pewnej modyfikacji przy ropnem zapaleniu pochewek ścięgnistych, przy ciężkich uszkodzeniach tkanek i przy kontrakturze Dupuytrena. Prócz oryginalnej metody Leriche'a istnieją jej modyfikacje, z których ważniejsze są: wycięcie tętnicy i t, zw. sympatikoliza periarterjalna. S. p. wykonywano zawsze na dużych pniach tętniczych, ażeby w ten sposób doprowadzić do wybitnych zmian krążenia w obrębie terenu, zaopatrywanego prawie że wyłącznie przez dane naczynie. Bezpośrednio po wykonaniu zabiegu występuje skurcz odnośnej tętnicy, jakoteż niedokrewność, obniżenie temperatury i ciśnienia. Stan ten może się utrzymywać od 3—36 godzin, poczem przychodzi okres rozszerzenia tętnicy, manifestujący się wyraźniejszem tętnem, podwyższeniem ciepłoty i ciśnienia. Często już w tym okresie znikają ciężkie stany podrażnienia całego układu wegetatywnego, które jest tak charakterystyczne i tak często towarzyszy całej grupie schorzeń, zaliczanej do trofoneuroz. Co się tyczy powikłań po s. p., to do najważniejszych należy przebicie tętnicy w czasie zabiegu lub po wykonaniu tegoż jakoteż, ropienie w obrębie rany operacyjnej skutkiem zakażenia z sąsiednich otwartych dróg i gruczołów chłonnych. Niektórzy obserwowali powstanie tętniaka rzekomego w miejscu wykonanej sympatektomji. Wyniki ostateczne po s. p. przedstawiają się bardzo różnolicie. Statystyki tylko w znikomej części notują rezultaty trwałe, w olbrzymiej zaś ilości przypadków osiągano polepszenie tylko przejściowe z częstemi nawrotami. Lwowska Klinika Chirurgiczna wykonała s. p. w 25 przypadkach, stosując ją w tych stanach, w których patogeneza wskazywała na pierwotne schorzenie naczyniowe względnie drogą poprawy krążenia starano się usunąć dany stan chorobowy. Wszystkie zabiegi wykonano w znieczuleniu. Po omówieniu zmian anatomicznych, jakie spotykano w czasie wykonywania zabiegu, mówca zestawił w krótkości te powikłania, jakie spostrzegano na lwowskiej Klinice chirurgicznej. Co się tyczy ogólnych następstw samego zabiegu, to są one na ogół zgodne z tem, co w tej kwestji już wyżej powiedziano. Przejściowe często polepszenie po s. p. należałoby odnieść do pewnych regeneracyjnych, czy też funkcjonalnych procesów wyrównawczych w zakresie przewodnictwa nerwowego, jakie niewątpliwie muszą mieć miejsce zwłaszcza po tak subtelnym zabiegu anatomicznym. Przy wrzodach troficznych, źle gojących, się mimo wykonania s. p., poleca mówca wstrzykiwanie gąszczu nabłonkowego sposobem P e l s - L e n s d e n a w modyfikacji Hilarowicza. Na uwagę zasługuje też stosowane na klinice śródmięśniowe wstrzykiwanie mleka z pomyślnym wynikiem leczniczym. Ciekawe są również podane ostatnio próby Orzechowskiego leczenia kauzalgji pourazowych, przykurczów i bólów fizjopatycznych — pilokarpiną, jako sui generis wybiórczym, sympatykoporaźnym środkiem. Jeżeli chodzi o przyszłość s. p. to, zdaniem Leriche'a, dermatologja, a do pewnego stopnia i niedomoga gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu otwiera przed nią szerokie horyzonty.

W dyskusji kol. B ą r ą c z dziękuje kol. D o b r z a n i e c k i e m u za przyznanie mu pierwszeństwa pomysłu — przed J o n e s c o — **obustronnej resekcji pnia nerwu współczulnego wraz z wszystkimi 6-ma zwojami przy padaczce samoistnej.** Ponieważ nie tylko J o n n e s c o, ale i poważni chirurdzy niemieccy jak K ü m m e l, B r ü n n i n g i i., polecają w ostatnich czasach nie tylko przy chorobie Basedowa, *asthma cardiaeum* i *bronchiale,* ale i przy padaczce wycinać pień n. współczulnego szyjnego, przytacza kol. B ą r ą c z swoje próby leczenia padaczki samoistnej przedsiębrane jeszcze w r. 1888 na 4 chorych najpierw przez podwiązanie jedno — później obustronnie tętnicy kręgowej na 2 chorych, później własną modyfikację tej operacji — przez resekcję obu tętnic kręgowych w r. 1889, wreszcie w r. 1889 przez obustronną resekcję tych tętnic z jednostronną resekcją pnia n. współczulnego. Do podwiązywania tętnic kręgowych zachęciły go przypadki operowane w jego obecności przez S y d n e y J o n e s a w Londynie w r. 1882 oraz prace autora tej operacji A l e x a n d r a. A. tłómaczył korzystny wpływ tej operacji na padaczkę zmniejszeniem przekrwienia żylnego rdzenia przedłużonego u epileptyków po podwiązaniu tych tętnic. Ponieważ kol. B ą r ą c z w 3 przypadkach zauważył po podwiązaniu tętnic kręgowych polepszenie, trwające tylko od 8–9 miesięcy, i ponieważ u każdego z operowanych spostrzegał, jako wyraz obrażenia splotu naokołonaczyniowego n. współczulnego, tłómaczył sobie łącznem obrażeniem podczas operacji gałązek n. współczulnego i splotu naokołonaczyniowego tegoż nerwu. Ponieważ tak pień nerwu współczulnego, jak i splot jego periarterialny tętnicy kręgowej przewodzą bodźce mechaniczne obwodowe (od trzewiów) do ośrodkow kurczowych, spodziewał się kol. B. przez resekcję tętnic kręgowych i zarazem najradykalniejsze usunięcie splotu naczyniowego nerwu współczulnego lepszych wyników, aniżeli po samem podwiązaniu tętnic. Wreszcie wykonał jednostronną resekcję nerwu, ponieważ znany mu był tylko jeden przypadek z piśmiennictwa I s r a e l a wycięcia jednostronnego nerwu przy

operacji naczynniaka jamistego na szyi bez szkodliwych następstw. Opisując ten przypadek polecił w przyszłości obustronną resekcję wraz z wszystkiemi zwojami. Wyniki wszystkich tych zabiegów nie były zachęcające. Kol. B. ma zamiar wywiedzieć się o dalszym losie tych chorych. Technika skombinowanej metody resekcji dróg nerwu współczulnego na szyji, podana w r. 1923 przez Brüninga, jest zbliżona do techniki, użytej przez kol. Barącza jeszcze w r. 1888, rozciąga się jednak i na splot periarterialny tętnicy dogłowowej.

Kol. Sochański wspomina o przypadku twardziny skóry (*sklerodermia*), leczonej w klinice lekarskiej, w którym wykonano obustronną sympatektomję około tętnicy ramieniowej. Uzyskano wynik częściowo dodatni (zmniejszenie napięcia skóry, lepsze wydzielanie po u). Mówca zastanawia się nad mechanizmem bodźców troficznych i podkreśla, że prócz nerwowych impulsów wegetatywnych, a pośrednio i wpływów naczyniowych, grają tu rolę i bodźce hormonalne. Zabieg usuwa tylko część dróg wegetatywnych, a stąd zaburzenia od nich właśnie zależne mogą być w odpowiednim przypadku wdzięczniejszem polem dla zabiegu od innych, w których trofoneuroza ma inny punkt wyjścia. W przypadku omawianym nie usunął zabieg zbrunatnienienia skóry, mającego tło inkretoryczne, a wpłynął po części na inne objawy, zależne najprawdopodobniej od bodźców, których dopływ udało się częściowo usunąć.

Kol. Schramm: Doświadczenia, zrobione na lwowskiej klinice chirurgicznej, każą mu się zapatrywać dosyć sceptycznie na wartość operacji Leriche'a. Dobre skutki po niej widział mówca tylko w przypadkach, w których mieliśmy do czynienia z cierpieniami, jakie musimy odnieść do zaburzeń w czynności nerwów, nieraz jeszcze bliżej nieznanej, jak przy chorobie Reynauda sclerodermji, przy wrzodach, tak zwanych troficznych i t. p. W przypadkach zgorzeli na tle zwapnienia tętnic, przy odmrożeniach, przy nerwobólach w kikutach amputacyjnych nie widział S. skutków pomyślnych; w przypadkach cięższych zmian chorobowych przy gruźlicy kości stan miejscowy tak szybko się pogarszał, że miał wrażenie, że sympaticektomia wywarła tu wpływ niekorzystny.

Z zabiegów na nerwie współczulnym wchodzi znów w użycie wycięcie tego nerwu i zwojów szyjnych przy padaczce swoistej. Przed przeszło dwoma miesiącami wykonał mówca taki zabieg u kobiety dwudziestokilkoletniej, cierpiącej na padaczkę, dla której najdokładniejsze badanie na oddziale nerwowym tutejszego szpitala u prym. Dra Domaszewicza nie mogło wykazać żadnej przyczyny choroby. Po wycięciu zwoju drugiego i trzeciego wraz z odpowiednim kawałkiem pnia nerwu współczulnego, stan z początku się pogorszył; w następstwie jednak po upływie kilku dni napady ustały i do dnia dzisiejszego się nie powtórzyły. Naturalnie nie można jeszcze mówić o wyleczeniu, wpływ korzystny jednak zabiegu nie da się zaprzeczyć.

Kol. Pisek sądzi, że przy doszczętnych zabiegach operacyjnych (resekcja) z powodu wrzodu żołądka wyleczenie, uzyskujemy prawdopodobnie i dlatego, że przecinamy włókna sympatyczne, przebiegające w ścianie żołądka, a więc wykonujemy suis generis sympatektomję równocześnie z usunięciem wrzodu.

Co do podwiązywania tętnicy kręgowej przy padaczce nie patrzyłby na to dzisiaj z takim entuzjazmem i sądzi, że sam kol. Barącz nie powtórzyłby tak śmiałych zabiegów przy padaczce.

Kol. Leńko podnosi, że Francuzi próbowali robić sympatektomję jednostronnie i obustronnie na naczyniach nerkowych, lecz wynik nie odpowiedział pokładanym nadziejom. Mówca sądzi, że zabieg ten powinno się robić tylko na mocy ściśle określonych wskazań — jak to zaznaczył poprzednio kol. Schramm.

Kol. Schramm zauważa, że w ostatnich czasach przypisuje się znaczny wpływ nerwowy w powstawaniu i niegojeniu się wrzodu okrągłego żołądka. Myśl leczenia tego wrzodu za pomocą operacji Leriche'a, powziął też przed kilku miesiącami kol. Franke; za jego radą, po doświadczeniach na zwłokach, starał się mówca wykonać sympatektomię na pniu tętnicy żołądkowej lewej u chorego z rozległym wrzodem modzelowatym żołądka. Trudności techniczne były jednak tak znaczne, że dokładne wykonanie zabiegu było niemożebne. Z powodu tych trudności poleca w ostatnich czasach jeden z autorów wypalanie ściany tętnicy kwasem karbolowym, postępowanie, według przekonania prof. Schramma, niepewne i niebezpieczne.

Kol. Barącz w odpowiedzi kol. Piseko wi oświadcza, że nadal wykonywałby i polecałby resekcję pnia nerwu współczulnego — operację uznaną jako racjonalną — osobliwie, jeżeli dalsze spostrzegania operowanych chorych okażą, że operacja ta daje choćby trwałe polepszenia.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Sekcja lekarska Tow. Wiedzy Wojsk. w Stanisławowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 kwietnia 1925 r.

Dr. Feil: **Mucha, wesz i pchła, jako roznosiciele chorób zakaźnych.** Z chwilą odkrycia roznosiciela zimnicy datuje się powstanie specjalnego piśmiennictwa, Entomologii czyli nauki o stworzeniach, biorących udział w rozwoju chorób zakaźnych. Przed 30-tu laty zbadano, że roznosicielem zarazków zimnicy jest mucha rodzaju, *anopheles*, z których pewne gatunki żyją w Europie, jak *anopheles maculopenius, bifukatus i nigripaus anopheles* żyje i rozwija się w specjalnych warunkach, mianowicie przy temp. wyżej 16 stopni i stąd zimnica panuje w okolicach o wysokiej ciepłocie średniej, przyczem ukłucie u zdrowego człowieka, bezpośrednio po ukłuciu nosiciela zimnicy choroby, nie wywołuje dopiero po rozwoju zarazka w ciele muchy, który to rozwój trwa około dziesięciu dni. Powrót tysięcy żołnierzy zimniczych do krajów Europy nie spowodował rozszerzenia zimnicy w Europie środkowej, mimo obecuości widlisza dzięki odrębnym stosunkom higienicznym, klimatycznym, izolacji chorych w okolicach suchych i ponadto osuszeniu okolic wilgotnych, zwłaszcza, że żywot widlisza w naszych okolicach jest krótki. W krajach północnych brak wypadków malarji gdyż nie ma *anopheles* z powodu niskiej temperatury, w klimacie umiarkowanym zarazki giną podczas zimy stąd też przypadków malarji w porze zimowej niema.

Drugim niebezpiecznym roznosicielem chorób zakaźnych jest pchła. Nie wszystkie pchły stanowią plagę człowieka, lecz pewne gatunki, mianowicie *Xenopsylta cheopis*, żyjąca w klimacie tropikalnym na szczurach, natomiast pchła żyjąca w Europie *ceratophyllus fasciatus* jest znacznie mniej niebezpieczną. Pierwsza z nich *xenophylla cheopis* żyje na ciele szczurów, które zagrożne dżumą giną, wskutek czego po opuszczeniu szczurów rzucają się na człowieka, przenosząc na niego dżumę. Stąd też przy dezynfekcji ta nie może być skierowaną jedynie przeciw szczurom, lecz także pchłom, tak tropikalnym, jakoteż w Europie żyjącym.

Spokrewnionym pasożytem jest wesz, która w stosunkach normalnych pasożytuje u ludzi sfery ubogiej, rozpowszechnia się podczas ogólnej nędzy, głodu, wojny i t. p. najważniejsze choroby przenoszone przez weszło to dur plamisty i powrotny, które, epidemje często równocześnie występują. Badanie życia wszy dowiodło, że w wypadkach, gdzie przeprowadzenie dezynfekcji natrafia na trudności, wystarczy wystawienie zawszonych rzeczy na działanie powietrza i wszy giną do 30 dni, przy temperaturze wyższej szybciej. Roznosicielem zarazka są wszy sukien i bielizny, natomiast wszy łonowe nie przenoszą choroby, wesz głowy czyni to wprawdzie, lecz w mniejszym stopniu, gdyż te wogóle przechodzą na bliźniego trudniej. Wesz, żyjąca na Wołyniu, przenosi za pośrednictwem swego kału zarazek *Pickettsia pediculi*, wywołujący febrę wołyńską. Nie brak zdań, że wesz przenosi nagminne zapalenie opon mózgowych, stąd też i w tym kierunku winna być przeprowadzoną dezynfekcja.

Bardzo ważnym czynnikiem w przenoszeniu chorób zakaźnych w naszych okolicach jest mucha, która przenosi zarazki wprost lub za pośrednictwem swego kału, wymiotów i t. p. Zarazki żyją w ciele much 18 godz. przyczem po defekacji mogą odżyć ponownie. Głównie czerwonka stoi w związku z rozwojem much, gdyż w ciele muchy żyją zarazki Schiga Kruse nawet do 24 godzin.

Liczba wypadków czerwonki zależy od wysokości ciepłoty i tak w lecie r. 1917 podczas wojny na Bałkanie wskutek gorąca ilość wypadków czerwonki była bardzo wielka w przeciwstawieniu do chłodniejszej pory 1918 r. Dalekość lotu muchy z pewnego miejsca wynosi około 21 klm, w tej odległości należy baczną zwrócić uwagę przy panującej epidemji czerwonki. Sprawa przenoszenia duru brzusznego i nibyduru przez muchy jest sporną, również przenoszenie cholery, gdyż nie brak autorów, którzy są zdania, że epidemja cholery w Hamburgu w r. 1892 wywołana przez wodę, stanowi jedyny wyjątek, podczas gdy główną rolę odgrywają muchy.

Dr. Leon Feil sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne na Nadzw. Walnem Zgromadzeniu członków, odbytem w dniach 5, 12 i 26 maja 1925 r., uchwaliło, po przeprowadzeniu obszernej dyskusji, następujące wnioski wybranych ad hoc komisyj:

I. W sprawie przestrzegania zasad deontologji:

Lwow. Two Ginekologiczne w pełnem odczuciu zła, jakiem jest wykraczanie przeciw zasadom etyki lekarskiej, a nadto w pełnem poczuciu obowiązku obrony dobrego imienia, uchwaliło następujące rezolucje:

A) «Lwow. Two Ginek, przypomina swoim członkom, że posługiwanie się spółką w celach materjalnych, czyto z faktorami, czy z akuszerkami, dzielenie się z nimi dochodami i korzystanie z ich pomocy do zwiększenia praktyki — jest rzeczą ubliżającą godności i etyce stanu lekarskiego, że za takie jest przez Izbę lekarską uznane i że w ślad za tem dopuszczających się tych nadużyć wykluczy ze swego grona.

W tym celu lwow. Two Ginek. powierza czuwanie nad stosowaniem się do tych zasad deontologji osobnej, stałej komisji, złożonej z trzech członków, dorocznie wybieranej przez Walne Zgromadzenie, której równocześnie powierza egzekutywę«.

Na członków komisji proponuje Walnemu Zgromadzeniu skład następujący: Prezes Twa, i na bieżący [rok administracyjny: Prof. Dr. Sołowij, Dr. Schellenberg i Dr. Mączewski.

B) W sprawie sztucznych poronień powzięto wniosek:

»Lwow. Tow. Ginek. wzywa wszystkich członków do zdeklarowania się słowem honoru i podpisania deklaracji, że bez ścisłego wskazania lekarskiego i konsyliarnej zgody nie będą wykonywali poronień.

Miejscem składania słowa honoru i podpisania deklaracji jest każdoczasowe posiedzenie Twa.

Słowo honoru składa się do rąk przewodniczącego i dwóch przez przewodniczącego powołanych członków Twa, którzy, jako świadkowie, deklarację podpisują«.

Odnośnie do zobowiązania się słowem honoru, co do przestrzegania ścisłych wskazań lekarskich, członkowie Twa zdają sobie dobrze sprawę z tego, że jest to z ich strony ciężką ofiarą moralną, którą atoli chętnie ponoszą, gdyż uważają to w obecnych warunkach za je yny sposób umożliwiający im obronę swego dobrego imienia.

II. W sprawie nadużywania tytułu »specjalisty ginekologa-położnika« uchwalono:

»Prawo do tytułu »specjalisty ginekologa-położnika ma tylko ten, komu na to pozwoli Izba lekarska. Izbę lekarską zaś uprasza się, by pozwolenia takie wydawała pod następującemi warunkami:

1) Gdy petent wykaże się dowodami z 3 letniej przynajmniej praktyki kliniczno-szpitalnej, z czego przynajmniej lat 2 w jednym z zakładów naukowych położniczo-ginekologicznych. W wyjątkowych wypadkach, zasługujących na uwzględnienie, zwłaszcza przy dodatnim warunku wymienionym pod 2) może ten okres studjów być krótszy.

2) Gdy w sprawie petenta, za uznaniem go specjalistą oświadczy się przychylnie Two ginekol.

3) Gdy petent zobowiąże się pisemnie przed Izbą lekarską, że nie będzie wykonywał równocześnie praktyki lekarskiej w innym dziale medycyny.

4) Dotychczasowi specjaliści do zatwierdzenia tytułu specjalisty, muszą uzyskać przychylną opinję Towarzystwa ginekologicznego.

Skład komisji kwalifikacyjnej: a) Dwaj szefowie zakładów położniczo-ginekolog. b) Prezes Twa ginekol. c) Trzej członkowie Twa — czyli na bieżący rok administracyjny: Prof. Dr. Sołowij, Doc. Dr. Bocheński, Doc. Dr. Wiczyński, Dr. Hojnacki, Dr. Hermelin, Dr. Mączewski.

III. W sprawie Kas chorych uchwalono:

»Lwow. Two Ginek. oświadcza się za wolnym wyborem lekarzy do Kas chorych wszystkich i kolejowych. Równocześnie zaś obowiązuje członków Twa do nieprzyjmowania posad specjalistów ryczałtowo płatnych we wszystkich Kasach chorych, niewyłączając Kas chorych kolejowych.

IV. Zarazem uchwalono zwołać w najbliższym czasie Nadzw. Walne Zgromadzenie dla poczynienia zmian w statucie, wynikających z powyższych uchwał.

Jednocześnie postanowiono, aby Wydział wszystkim członkom dostarczył powyższe uchwały na piśmie.

Za Lwowskie Tow. Ginekologiczne:

Dr. Kazimierz Wiślański sekretarz Twa — *Doc. Dr. Tadeusz Wiczyński* prezes Twa.

Sprawy podatkowe a lekarze.

W »Polskiej Gazecie Lekarskiej« niejednokrotnie były wzmianki o podatkach, ale były to raczej utyskiwania na niesprawiedliwy wymiar ich, na nieufność, okazywaną przez Komisje podatkowe zeznaniom lekarskim, ale nie było ani jednego artykułu, któryby obejmował całokształt płaconych przez lekarzy podatków.

Lekarze (na równi z innemi zawodami wyzwolonemi) płacą podatki podwójne:

1) Podatek t. zw. obrotowo-przemysłowy, który w wysokości $2^1/_2\%$ płaci się od ogólnego dochodu, nawet od najdrobniejszej sumy zarobionej.

2) Podatek dochodowy, progresywny, płaci się od tegoż samego dochodu.

Dla uplastycznienia różnicy w płaceniu podatków przez lekarzy wolno praktykujących i lekarzy urzędowych (wojskowych, powiatowych, szkolnych itd.) porównam stawki podatkowe obydwu kategoryj.

Lekarz wolno praktykujący rozpoczyna płacenie podatku dochodowego od sumy 1501 zł. dochodu rocznego, co wynosi 31 zł. + 2,5% podatku obrot. 38 zł., razem 69 zł., zaś lekarz urzędowy (jak zresztą każdy urzędnik) płaci dopiero od sumy 2600 zł. w wysokości 1,5% czyli 39 zł., wtedy kiedy lekarz wolno praktykujący od takiejże sumy płaci 75 zł. + 2.5% podat. obr. 65 zł. = 140 zł.

Weźmy średni zarobek lekarza prowincjonalnego w sumie 6000 zł. rocznie, od tego płaci 246 zł. + 150 zł. = 396 zł., tymczasem lekarz urzędowy od takiejsze sumy płaci tylko 186 zł.

Jeżeli lekarz wolno praktykujący ma taki przywilej płacenia wyższych podatków, to widocznie położenie jego w stosunku do lekarza urzędowego musi być znacznie lepsze, byt bardziej zapewniony, starość zabezpieczona itd. Ale niestety wszystkim jest wiadomo, że rzecz ma się zupełnie przeciwnie. Otóż lekarze urzędowi po większej części zajmują się także wolną praktyką, zarabiają nieraz więcej, niż lekarz wolno praktykujący, mają zapewnioną emeryturę na starość, w razie choroby pobierają tę samą pensję, korzystają z różnych ulg, n. p. na kolejach itd., tymczasem lekarz wolno praktykujący, jeżeli chce zarobić, musi i w nocy nie dospać, nieraz fizycznie dobrze się napracować, np. przy porodach, musi sobie boki i inne części ciała obijać na chłopskich gnojówkach, a co najważniejsze, w razie choroby, wszystko odrazu ustaje i, w razie cokolwiek dłuższego przeciągania się choroby, pozostaje bez środków do życia i na leczenie.

Zrobi mi może kto zarzut, że w takich samych warunkach znajdują się także inne wolne zawody. Otóż nie, żaden zawód nie jest tak wyzyskiwany pod każdym względem, jak lekarz, w żadnym innym zawodzie niema takiej instytucji, jak Kasy chorych, które prowadzą wprost do proletaryzacji lekarzy. Ostatnia uchwała Zjazdu Z. L. P. P., aby urzędnikom państwowym udzielać porady w domu za 1 zł. i na mieście za 2 zł. prowadzi do tego samego rezultatu.

Wobec tego uważam za pożądane, aby wszystkie Izby lekarskie wystąpiły jednolicie z żądaniem:

1) aby podatek obrotowy, jako w stosunku do lekarzy zupełnie niesprawiedliwy, bezwzględnie został zniesiony;

2) aby stawki podatkowe od dochodu były zrównane z urzędniczemi; ponieważ warunek ostatni, jak z góry przewiduję, nie da się urzeczywistnić, to

3) aby wolno było lekarzom wpłacać podatek dochodowy za każdy miesiąc od dochodu z miesiąca ubiegłego.

Przy tej sposobności pozwalam sobie zwrócić się do Izb lekarskich, a szczególniej zwracam się do Izby lek. Lubelskiej, aby jaknajrychlej wprowadziła przyobiecaną Kasę zapomogową, czyli, jak mówi w rozesłanym Komunikacie Nr. 1, Kasę rentową od wszelkiego »nieszczęścia życiowego«, która bodaj jest ważniejszą od kasy pogrzebowej.

Dr. Maurycy Sztein (Siedlce).

---

† Dr. WŁADYSŁAW KOPYTOWSKI.

Dnia 27 kwietnia r. b. zmarł w 67 roku życia niestrudzony i głęboko zamiłowany w swej specjalności dermatolog Władysław Kopytowski.

Oddany w ciągu 36 lat dziedzinie chorób skóry i wenerycznych, Kopytowski, obok zajęć, związanych z praktyką prywatną i obowiązkami ordynatora szpitala św. Łazarza, cały czas wolny poświęcał pracy naukowej. Od 1888 roku, gdy opublikował pierwsze swe badania, dotyczące histologji patologicznej łuszczycy, piśmiennictwo lekarskie polskie wzbogacone zostało licznemi i dużej wartości pracami Kopytowskiego, które zawsze cechowała gruntowna znajomość przedmiotu i jasność wykładu. Niektóre z tych prac, jak histologja osutek pęcherzykowych (*herpes zoster, h. progenitalis*), posiadają pierwszorzędne znaczenie i są podwaliną dalszych badań w tym kierunku. Opanowawszy doskonale technikę badań histopatologicznych skóry, Kopytowski w ostatniem piętnastoleciu swej działalności naukowej oddał się mozolnemu badaniu farmakopatologji skóry. Badania te, wykazujące zmiany anatomo-patologiczne w zdrowej skórze po zadziałaniu na nią rozmaitych leków (*eugallol, chryzarobina, salicylan sodu* etc. etc.) uwieńczone zostały licznemi pracami, umieszczanemi przedewszystkiem w prazie polskiej i uczyniły Kopytowskiego badaczem wysokiej miary i jedynym w swoim rodzaju. Jako więc znawca farmakodynamiki skóry, Kopytowski zyskał sobie pierwszorzędne imię naukowe u swoich i obcych.

Jako człowiek o nieskazitelnej prawości charakteru, unikający przynależnych mu zaszczytów i godności, uczynny i szczery w stosunkach koleżeńskich, dobry syn ojczyzny i wiernie oddany nauce, Kopytowski pozostawia głęboki żal nietylko wśród świata lekarskiego, lecz i tych warstw, które stykały się z Jego czystą i szlachetną duszą.

A. Racinowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Pierwszy Międzynarodowy Kongres radjologów. »W związku z Pierwszym Międzynarodowym Kongresem Radjologów, który się odbędzie w Londynie w dniach 1—4 lipca r. b., organizuje Instytut dla Curieterapji w Krakowie wyjazd Kolegów, interesujących się radjologją lekarską, do Londynu. Uprasza się przeto Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w Kongresie, o zgłoszenie swych nazwisk i adresów w Instytucie (dr. Henryk Wachtel, Instytut dla Curieterapji, Kraków, Garncarska 9) najpóźniej do d. 10 czerwca r. b., aby Instytut mógł ich umieścić na liście, mającej być przedłożoną Ministerstwom w celu uzyskania przyobiecanych ułatwień paszportowych.

XIV. Zwyczajne Walne Zgromadzenie Członków Banku Zaliczkowego w Zborowie.

spółdzielni zarejestrowanej z ograniczoną odpowiedzialnością odbędzie się w piątek 19-go czerwca 1925 r. o godzinie 12-tej w południe, a w razie braku kompletu o godzinę później (§ 38 statutu) w lokalu Banku z następującym porządkiem dziennym:

1. Odczytanie protokółu z ostatniego Zgromadzenia,
2. Odczytanie sprawozdania rewizyjnego z rewizji Spółdzielni przeprowadzonej przez Związek,
3. Sprawozdanie Dyrekcji z czynności i rachunków za rok 1924,
4. Przedłożenie bilansu otwarcia w złotych na rok bieżący 1925,
5. Sprawozdanie Rady Nadzorczej z czynności nadzoru i kontroli w przedmiocie sprawozdania Dyrekcji i w przedmiocie bilansu otwarcia w złotych na rok 1925, tudzież wniosek Rady Nadzorczej co do udzielenia Dyrekcji absulutorjum za rok 1924 i zatwierdzenie bilansu otwarcia na 1925 r.
6. Rozdział czystego zysku za rok 1924.
7. Zmiana postanowień statutu § 4. punkt d. oraz § 12. podwyższenie odpowiedzialności i wysokości udziałów,
8. Oznaczenie granicy najwyższego obciążenia spółdzielni,
9. Wybór uzupełniający Rady Nadzorczej,
10. Wnioski członków.

DYREKCJA.

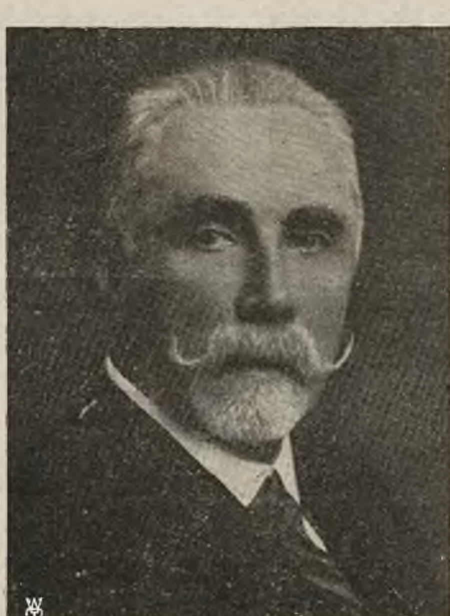
POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. dr. med. JÓZEF PAWIŃSKI.

»In corde spes, vis et vita«.

Dnia 16. maja 1925 roku, po kilkudniowej chorobie, zakończył życie ś. p. dr. med. Józef Pawiński.

Pomimo lat podeszłych i półwiekowego okresu pracy naukowej, pojechał w końcu kwietnia na Zjazd polsko-francuski do Paryża, brał w nim z młodzieńczym zapałem udział bardzo czynny, a po Kongresie udał się do Vichy, gdzie czas pewien pozostał dla odpoczynku i kuracji. W drodze powrotnej do Warszawy zatrzymał się jeszcze w Paryżu i tu śmierć Go zaskoczyła.



Urodził się w Zgierzu, 21. stycznia 1851 roku. Początkowe nauki pobierał w Łęczycy, następnie uczęszczał do III gimnazjum w Warszawie. Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w roku 1874, poczem pracował jako asystent w klinice diagnostycznej prof. Ignacego Baranowskiego przez dwa lata. Pod kierunkiem tej powagi naukowej nauczył się, jak Sam wspominał, sumiennej i ścisłej obserwacji chorego, dokładnego badania fizykalnego, umiejętności postępowania z chorymi i oddziaływania na nich. Od roku 1876 do 1878 letnie miesiące spędzał w Nowem Mieście nad Pilicą, gdzie ordynował w Zakładzie przyrodo- i wodoleczniczym dra Jana Bielińskiego, w zimowych zaś miesiącach wyjeżdżał na studja medyczne i doskonalił się w wiedzy oraz sztuce lekarskiej pod kierunkiem ówczesnych znakomitości, jako to: prof. Bambergera, Ducheka, Benedikta, Störka, Hebry, Strichera i innych we Wiedniu, prof. Frerichsa, Leydena, Westphala, Waldenburga w Berlinie, prof. Jaccoud, Potain'a, Charcot'a w Paryżu.

Po powrocie do Warszawy został w roku 1880 lekarzem miejscowym w szpitalu Dzieciątka Jezus, a w roku 1883, po obronie rozprawy *»O arytmji serca wogóle, a w szczególności przy wadach zastawek«*, otrzymał w Uniwersytecie Warszawskim stopień doktora medycyny.

Rozprawa ta nadała właściwy kierunek dalszym pracom naukowym i klinicznym dra med. Pawińskiego, stopniowo stał się On wyrocznią w dziedzinie patologji i terapji serca i naczyń, nie był jednak zwolennikiem wyłącznego zajmowania się kardjologją, obejmował zawsze całość patologji wewnętrznej, mając na widoku wzajemne na Siebie oddziaływanie różnych organów.

Mianowany w roku 1884 ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus, a po kilku latach starszym ordynatorem szpitala św. Ducha, spędził na tem stanowisku 32 lata wytrwałej i owocnej pracy. Za czasów rosyjskich praca ordynatorów na oddziałach szpitalnych miała niezmierne znaczenie: wspólnie z piśmiennictwem lekarskiem i pracami Towarzystwa Lekarskiego oraz Higjenicznego zdołała przez długie dziesiątki lat utrzymać medycynę polską, zgodnie z tradycją Akademji Medycznej i Szkoły Głównej, na poziomie wiedzy europejskiej. Dr. med. Pawiński był jednym z najwytrwalszych bojowników o ten wysoki poziom polskiej wiedzy lekarskiej.

Dzięki bliższej znajomości z prof. Henri Huchard'em dr. med. Pawiński miał sposobność bliżej się zaznajomić z kierunkiem francuskiej szkoły klinicznej, w której podstawą diagnostyki i terapji jest bystra i ścisła obserwacja, umiejętne wyzyskanie dostępnych metod badania i leczenie, przystosowane do indywidualności chorego.

W roku 1923 dr. med. Pawiński mianowany został honorowym konsultantem szpitala św. Ducha, a w dniu 16. listopada 1924 r. został niezwykle uczczony i wyróżniony przez władze m. st. Warszawy: sala, na której pracował, otrzymała nazwę sali Jego imienia, a na głównej ścianie wmurowana została tablica pamiątkowa tego znakomitego lekarza. Uroczystość odsłonięcia i poświęcenia tej tablicy odbyła się w podniosłym nastroju wobec licznie zgromadzonych władz miejskich, spitalnych i świata lekarskiego.

Od roku 1880 był współwłaścicielem i bardzo czynnym członkiem Komitetu redakcyjnego „Gazety Lekarskiej", w której wszystkie Swe liczne prace ogłaszał, a po złączeniu się wszystkich ówczesnych tygodników lekarskich polskich w jedną „Polską Gazetę Lekarską" pozostał do końca życia członkiem Warszawskiego Komitetu Redakcyjnego i pracą Swą i radą wspierał niezmordowanie wydawnictwo, bolejąc jedynie nad tem, że stolica Polski Odrodzonej, Warszawa, niema swego czysto polskiego pisma lekarskiego tygodniowego.

Ś. p. dr. med. Pawiński był wzorem pod względem wytrwałości w pracy. Obdarzony umysłem spostrzegawczym, posiadający wiedzę historyczną i zdolności lingwistyczne, nigdy czasu nie marnował. Pierwsze Jego prace naukowe datują się od pierwszych lat po ukończeniu studjów lekarskich, pomimo, że musiał wtedy jednocześnie walczyć z trudnościami materjalnemi życia. W licznym szeregu, bo około 80 większych prac, dużą przewagę tworzą prace z zakresu patologji i terapji organów krążenia krwi. Przeszło 60 prac z tej dziedziny stanowią wszechstronny i wyczerpujący materjał, ilustrowany olbrzymią liczbą obserwacyj klinicznych oraz liczonych na tysiące spostrzeżeń z praktyki prywatnej.

Już w roku 1882 ukazuje się w Gazecie Lekarskiej Nr. 13—22 praca Pawińskiego *»O tak zwanym połowicznym skurczu serca«*, a w Nr. 43—46 *»Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca«*. W roku 1883 pisze Pawiński *»O zwężeniu i zatkaniu tętnic wieńcowych serca pod względem fizjologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym«* oraz wydaje *»Badania kliniczne nad arytmją serca wogóle, a w szczególności przy wadach zastawek serca«* (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1883).

W księdze pamiątkowej ku uczczeniu prof. Hoyera w r. 1884 znajdujemy pracę dra Pawińskiego *»O szmerach słyszalnych z pewnej odległości od chorego«*, a w Gazecie Lekarskiej 1885 r. *»Przyczynek do rozpoznawania tętniaków aorty brzusznej«*. W tejże Gazecie z roku 1887 spotykamy *»Wzruszenia moralne, jako powód nagłej śmierci przy wadzie zastawki«* oraz *»Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdzia«*.

W roku 1888 Pawiński podaje przypadki *»Choroby Adissona«*, *»Ostrej prosowatej gruźlicy płuc z niezwykłą nadruchliwością serca«*, *»Dusznicy acetonowej«* i *»Szkarlatyny, przebiegającej bez gorączki ze znacznem zwolnieniem tętna«*. W roku 1889 pisze *»O działaniu siarczanu sparteiny«* i *»Strofant i jego wpływ na serce«*, w roku 1890 *»O wpływie influenzy na serce«*, *»Niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty wskutek pęknięcia błony wewnętrznej«*, *»Ostra prosowata gruźlica bez gorączki«*, *»Potrójna wada serca — stenosis ostii venosi sinistri, dextri et arteriosi sinistri«*, wreszcie *»O rytmie wahadłowym serca i jego stosunku do rytmu galopu«*.

W latach 1891—1894 mamy do zanotowania następujące ważniejsze prace: *»Przyczynek do rozpoznawania nowotworów wzgórków czworaczych«*, *»O tak zwanem ostrem i ostrawem zapaleniu aorty«*, *»O zastosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek«*, *»Badania kardjograficzne przez prof. A. Hołowińskiego i dra J. Pawińskiego«*, *»O moczopędnem działaniu diuretyny«*, *»O względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego«*.

W latach 1896—1900 spotykamy w Gazecie Lekarskiej kilka wielce cennych prac, jak n. p. *»Napady częstego oddychania ze stanowiska klinicznego (polypnoe paroxysmalis)«*, *»O wpływie suchego zapalenia osierdzia na powstawanie stenokardji i dychawicy sercowej«*, *»Asthma vesicale — przyczynek do powstawania dychawicy u starców przy niedostatecznem opróżnianiu się pęcherza moczowego«*, *»O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej«*, *»O zastosowaniu heroiny w zaburzeniach krwioobiegu«* i inne.

Z dziedziny środków sercowych i zabiegów przyrodoleczniczych dr. Pawiński ogłosił jeszcze prace o *apocynum cannabinum*, o działaniu teocyny w chorobach serca i nerek, o działaniu kąpieli kwasowęglowych (odczyt kliniczny), o działaniu chinidyny i jej stosowaniu leczniczem (odczyt w Tow. lek. z roku bieżącego).

Szczególnie liczne są prace Pawińskiego z zakresu studjów nad dusznicą bolesną (10 większych prac), że wspomnimy tylko *»O dusznicy bolesnej przy zakażeniu septycznem«*, *»Dusznica bolesna jako objaw samozatrucia ustroju«*, *»Dusznica bolesna, przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka«*, *»O leczeniu dusznicy bolesnej«* (1907), *»Czy cierpienie Seneki należy uważać za astmę czy anginę piersiową?«*, *»Angina pectoris w świetle przeszłości«* (1908 r.). W rękopisie pozostała wyczerpująca praca o tem cierpieniu.

Z pośród prac, mających za główny temat zaburzenia w innerwacji organów krążenia, do ważniejszych należą: *»Zaburzenia innerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych«* (1901 r.), *»Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet«* (1904 r.), *»Hypostenia cardio-vasculosa climacterica«* (1905 r.), *»Zaburzenia innerwacji, a cierpienia organiczne serca i naczyń«* (odczyt wygłoszony na I. Zjeździe Internistów Ziem Polskich w Krakowie 1909 r.), *»Wojna a serce — przyczynek do patogenezy zaburzeń cyrkulacyjnych«* (1915 r.), *»O wpływie wzruszeń wywołanych wypadkami wojennemi na serce«* (1915 r.), *»Nerwice serca w świetle statystyki«*, *»Przemęczenie serca — Higjena sportu«* (1918 r.), *»Les troubles fonctionnels du coeur et les lesions organiques du coeur et des vaisseaux, leurs rapports reciproques«* (odczyt na Kongresie Lekarskim Francusko-Polskim 1921 r.).

Miażdżyca tętnic, jej przyczyny i skutki bardzo zajmowała badawczy umysł ś. p. dra med. Pawińskiego.

Nie wszystkie prace z tej dziedziny są ogłoszone drukiem: w rękopisach przygotowywane są materjały, oparte na olbrzymiej statystyce, do wydania kapitalnego dzieła o arterjosklerozie. Z pośród ogłoszonych wspomnieć należy: *»O wpływie wzruszeń moralnych i przemęczenia umysłowego na powstawanie arterjosklerozy«* (1912 r.), *»Etjologja arterjosklerozy w świetle statystyki«* (odczyt w Tow. Nauk. Warsz. 1913 r.), *»O wpływie nadużyć w paleniu tytoniu na naczynia i serce«* (1913 r.), *»O wpływie wyskoku na serce i naczynia«* (odczyt na II. Zjeździe Internistów polskich we Lwowie 1914 r.).

Wyjątkowy znawca historji medycyny oraz dziejów ojczystego lecznictwa dr. med. Pawiński cały szereg dzieł poświęcił tej gałęzi wiedzy. Na uroczystość stulecia Warsz. Tow. Lek. w 1921 r. wygłosił świetnie opracowany odczyt p. t. *»Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile życiowej (pneuma, spiritus vitalis)«*. Na Zjeździe Internistów polskich w Wilnie w r. 1923 wypowiedział odczyt *»O zarysie historyczno-krytycznym postępu medycyny w zakresie terapji chorób serca i naczyń w ubiegłem XIX stuleciu i w początku obecnego«*. Wreszcie, na parę tygodni przed śmiercią, wygłosił w Paryskiej Akademji lekarskiej odczyt na temat *»Zarys historyczno-krytyczny postępu medycyny w zakresie fizjologji i patologji serca i naczyń od odkrycia Harvey'a do naszych czasów«* — *»Le progrès de la cardiologie depuis Harvey jusqu' à nos jours«*.

* * *

»Quod potui feci, faciant meliora potentes« — temi słowy ś. p. dr. med. Pawiński zakończył swoje przemówienie podczas uroczystości odsłonięcia Jego tablicy pamiątkowej w szpitalu św. Ducha. Pomimo swej skromności, dał On światu i nauce ojczystej tyle niezmordowanej i owocnej pracy, a wraz ze Swem imieniem przysporzył sławy wiedzy polskiej, że musi być zaliczony do najgodniejszych, najszlachetniejszych przedstawicieli polskiego świata lekarskiego, najwytrwalszych pracowników na ojczystej niwie naukowej.

W Towarzystwie Naukowem ś. p. dr. med. Pawiński uwiecznił Swe imię nietylko pracami naukowemi, lecz i hojną ofiarą 10.000 rubli, za które ufundowano dwie pracownie przyrodnicze imienia ofiarodawcy.

Dr. Kazimierz Wagner.

Prace oryginalne.

Doc. Dr. Al. ŁAWRYNOWICZ Poznań.

O zakażeniu rzekomo gruźliczem *(bac. de la pseudo-tuberculose zoogléique Malassez-Vignal, b. pseudotuberculosis rodentium Pfeiffer)* człowieka.

(Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Padlewski).

W patologji gryzoniów las. rzekomo gruźliczy występuje jako czynnik etjologiczny licznych, samoistnych epizootyj (zwłaszcza u świnek morskich i królików). Dokonane spostrzeżenia nagromadziły znaczny materjał bakterjologiczny, dały charakterystykę szczepów wyhodowanych w rozmaitych przypadkach. Poczynając od pierwszych spostrzeżeń Malassez i Vignal *(tuberculose zoogléique 1883)*, Eberth (1885), Pfeiffer (1889), którzy wyosobnili w jednostkę samodzielną drobnoustroje powodujące sprawy rzekomo gruźlicze, liczni autorowie podawali opisy hodowli wyszczepianych, posiadających niekiedy całkiem odmienne własności bakterjologiczne. Jako cechę podstawową tej grupy drobnoustrojów przyjmowano zdolność powodowania zmian guzkowych w ustroju zwierząt wrażliwych. Jednocześnie pod określenie las. rzekomogruźliczych niekiedy podporządkowywano laseczki kwasoodporne niechorobotwórcze (l. mastkowe, las. mleka i masła — Petri, L. Rabinowitsch i i.). Także dwoiste mianownictwo oparte na dwu zasadach całkiem odmiennych zawikłało terminologję, czego wyraz stanowi połączenie tych

tak odmiennych drobnoustrojów w jednej grupie (n. p. w podręczniku Dopter et Saequépée). Obecnie laseczek kwasoodpornych nie powinniśmy odnosić do grupy rzekomej gruźlicy, rezerwując to miano dla drobnoustrojów powodujących zmiany guzkowe w narządach podobne do zmian gruźliczych. Jednakże nawet przy takiem ograniczeniu grupy laseczek rzekomogruźliczych stwierdzamy znaczną rozmaitość własności szczepów załączanych pierwotnie do tej grupy; wynika to z faktu, że zmiany rzekomogruźlicze, po za pleśniakami i pierwotniakami, mogą powodować rozmaite drobnoustroje — łańcuszkowce, las. paratyfusowe, oraz szereg laseczek (dodatnich i ujemnych przy barwieniu sposobem Grama, ruchomych i nieruchomych, rozrzedzające i niezozrzedzające żelatynę itd.). W początkowym okresie spostrzeżeń miano rzekomogruźlicze nadawano wszelkim drobnoustrojom, które wyszczepiano u zwierząt i ludzi przy zmianach guzkowych natury niegruźliczej w narządach lub tkankach. Nie podaję na tem miejscu dokładnego zestawienia odnośnych spostrzeżeń, gdyż szczepy z przed r. 1898 zestawili O. Bujwid i N. Kostanecki, późniejsze Saisawa.

Współczesna systematyka bakterjologiczna pod określeniem las. rzekomogruźliczej (b. de Malassez et Vignal, *b. pseudotuberculosis rodentium* Pfeiffer) pojmuje drobnoustrój bardzo rozpowszechniony w świecie zwierzęcym, posiadający wysoką miarę zjadliwości, zwłaszcza dla gryzoniów i o wiele rzadziej dla drobiu (Nocard), kotów (Galavielle, Albrecht i i.). Jest to drobnoustrój *sui generis*, z las. gruźliczą pod względem bakterjologicznym nie posiada żadnych cech wspólnych, zawdzięczając swoje imię powodowanym przezeń zmianom anatomicznym w narządach. Własności bakterjologiczne (wzrost na pożywkach, sposób barwienia się, morfologja kolonij, wspólne odczyny odpornościowe) oraz zdolność powodowania, przy zastosowaniu większych dawek, ostrych spraw posocznicowych typu posocznicy krwotocznej przy zakażeniu zwierząt doświadczalnych upoważniają do włączenia las. rzekomo gruźliczej do grupy bakteryj posocznicy krwotocznej *b. bipolaris septicus s. septic. haemorrhagicae*) wspólnie z las. dżumy, las. cholery drobiu, *b. bovisepticus, b. suisepticus* i i. Z tych drobnoustrojów l. dżumy posiada najbardziej blizkie i w znacznej mierze wspólne cechy z las. rzekomogruźliczą, ze względów natury praktycznej kilkakrotnie podkreślane (Galli-Valerio, Złatogorow). Laseczka rzekomogruźlicza rośnie na wszystkich podłożach, tworzy błonkę i stalaktyty oraz krótkie łańcuchy na pożywkach płynnych, barwi się ujemnie sposobem Grama, nie tworzy zarodników, nie posiada rzęsek, nie peptonizuje białek, rozkłada poszczególne rodzaje cukrów, posiada wspólne z grupą posocznicy krwotocznej odczyny odpornościowe; w ustroju zwierzęcym daje dwa typy spraw chorobowych: ostry typ posoczniczy i bardziej przewlekły ze zmianami guzkowemi w narządach.

Własności chorobotwórcze las. rzekomogruźliczej przeważnie łączono z wyżej pomienioną grupą świata zwierzęcego — z gryzoniami. Jednakże jeszcze w początkowym okresie gromadzenia spostrzeżeń wykazywano jej obecność, a niekiedy zdolność powodowania spraw chorobowych w ustroju ludzkim, gdyż nawet pierwsze spostrzeżenie Malassez i Vignal nastąpiło po zaszczepieniu śwince morskiej pod skórę zawiesiny serowatego guzka z warstwy podskórnej przedramienia dziecka zmarłego na gruźlicze zapalenie opon mózgowordzeniowych. Piśmiennictwo podaje nam kilkanaście spostrzeżeń w których za życia lub pośmiertnie w przypadkach rozmaitych spraw chorobowych u ludzi wyszczepiano odmiany las. rzekomogruźliczej. Bardziej szczegółowe i krytyczne rozejrzenie się w tym materjale wykazuje znaczną jego rozmaitość. Drobnoustroje nieszczepione, aczkolwiek powodowały w ustroju ludzkim lub przy zakażeniu doświadczalnem zwierząt zmiany guzkowe, jednakże pod względem charakterystyki własności bakterjologicznych bądź pozostawiały wiele do życzenia (Malassez i Vignal, Hayem, Mazza i Tensi), bądź podawały cechy dla las. rzekomogruźliczej, w naszem obecnem pojmowaniu niewłaściwe, jako Gram — dodatniość (Manfredi, Wrede, Henle) lub peptonizację żelatyny (Du Cazaliet Vaillard, Legrain, Vincenzi). Co do własności chorobotwórczych szczepów podanych nie zawsze posiadamy należyte uzasadnienie. Sam fakt wyszczepienia las. rzekomogruźliczej wcale nie dowodzi jej własności chorobotwórczych w danym przypadku; to zastrzeżenie zwłaszcza dotyczy spostrzeżeń w których własności chorobotwórcze stwierdzono przez zakażenie zwierząt doświadczalnych u których możliwe jest występowanie epizootyj samoistnych.

Stwierdzone na tej drodze przypadki obecności w ustroju ludzkim laseczek powodujących u zwierząt zmiany rzekomogruźlicze przy braku wyraźnych zmian chorobowych u człowieka, winniśmy postawić po za nawias. A więc nie posiadamy dowodów wystarczających na to aby spostrzeżenia: Manfredi (z plwociny dzieci po odrze), Vincenzi (ze stawu ręki przy objawach klinicznych podobnych do wąglika), Courmont (2 przyp. nietypowej gruźlicy płuc przy braku las. Kocha), Bettencourt (z wyrośli gruczołowatych jamy nosowogardłowej dziecka), Jurkiewicz (z plwocin chorych płucnych), traktować jako powodowane przez laseczkę rzekomogruźliczą. Znaczne wątpliwości co do własności chorobotwórczych szczepów wyhodowanych nasuwają się w przypadkach istnienia jednoczesnych wyraźnych klinicznych zmian gruźliczych (Malassez i Vignal, Legrain, Courmont).

Objawy kliniczne w grupie przypadków, które w większym lub mniejszym stopniu można przyczynowo powiązać z wyszczepioną laseczką rzekomogruźliczą, wypadają rozmaicie. Spostrzeżeń takich mamy w piśmiennictwie 10*). Spotykamy tu przeważnie ogólne zakażenia często z umiejscowieniem objawów i zmian anatomicznych w jamie brzusznej, zwłaszcza w dolnym odcinku jelita czczego oraz w kątnicy (Du Cazal i Vaillard, Hayem, Bridigi, Albrecht, Saisawa) lub też objawy ogólne zakażenia, nieokreślonego (Mazza i Tensi, Roman), bądź sprawy umiejscowionej przewlekłej (Weltmann i Fischer — przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego).

Olbrzymia większość tych przypadków została stwierdzona dopiero pośmiertnie przy badaniu sekcyjnem oraz bakterjologicznem zmian guzkowych w narządach (Du Cazal i Vaillard, Hayem, Bridigi, Henle, Wrede, Roman). Za życia stwierdzono nieliczne przypadki (Mazza i Tensi, Albrecht, Lorey, Saisawa, Weltmann i Fischer).

Z podanych w piśmiennictwie przypadków tylko dwa przeżyły, (Weltman i Fischer, Albrecht) reszta zakończyła się zejściem śmiertelnem. Fakt ten bynajmniej nie przemawia za wysoką zjadliwością las. rzekomogruźliczej dla ustroju ludzkiego i może być całkowicie zrozumiany i objaśniony o ile weźmiemy pod uwagę, że dotąd nie mamy jeszcze ustalonego wyobrażenia o własnościach i zdolnościach jej chorobotwórczych, skutkiem czego nie liczymy się z możliwością jej występowania. Stwierdza się przeważnie tylko te nieliczne przypadki, które się kończą zejściem śmiertelnem i zwracają uwagę przy badaniu anatomicznem, zaś schorzeń o przebiegu łagodniejszym nie rozpoznaje się — uchodzą one najprawdopodobniej z widnokręgu. Wobec takiego stanu rzeczy własności odpornościowe krwi chorych dotąd są nieznane, aczkolwiek, być może, mogłyby one w przypadkach o bardziej przewlekłym przebiegu ułatwić rozpoznanie i stwierdzenie zakażenia laseczką rzekomogruźliczą. W całem piśmiennictwie tej sprawie poświęconem tylko w dwu przypadkach badano własności zlepne surowicy krwi chorych. Saisawa wykonał w 8 dniu choroby z własnym szczepem z wynikiem ujemnym, oraz Albrecht, który otrzymał odczyn zlepny dodatni z własnym szczepem w rozcieńczeniu 1 : 1280.

*) W pracy świeżo ogłoszonej (Ztschr. f. Hyg. B. 101, s. 406) E. Fraenkel podaje 3 przypadki pośmiertnie stwierdzone u noworodkow (2 dni, 4 dni, 10 tygodni) z umiejscowieniem zmian przedewszystkiem w wątrobie. We wszystkich przypadkach wyhodowano laseczki Gr +, posiadające własności chorobotwórcze i powodujące zmiany rzekomogruźlicze u gryzoniów. Gram — dodatniość laseczek oraz brak ich charakterystyki bakterjologicznej nie pozwala na włączenie do grupy las. rzekomogruźliczej w wyżej zaznaczonem pojmowaniu (*b. pseudotubercul. rodentium*). Sam Fraenkel zestawiając swoje laseczki z wyszczepianemi przez innych autorów wypowiada przypuszczenie o istnieniu samodzielnej, równoznacznej grupy Gr + las. rzekomogruźliczych.

Spostrzeżenia Bayer i Herrenschwand'a, dotyczące spraw zapalnych spojówki oka typu *conj. Parinaud*, w których wyszczepili oni laseczkę nazwaną rzekomogruźliczą (*b. pseudotubercul. rodentium*, której rola etjologiczna została przez autorów stwierdzona doświadczalnie), wobec pewnych jej cech odmiennych i niewłaściwych, nie upoważniają na razie do włączenia tych spostrzeżeń do szeregu spraw rzekomogruźliczych bez zastrzeżeń.

Jeśli teraz po ogólnej charakterystyce piśmiennictwa wyosobnimy przypadki w których natura drobnoustroju powodującego może być bez zastrzeżeń ustalona jako rzekomogruźlicza (*bac.* de Malassez-Vignal, *b. pseudotubercul. rodentium* Pfeiffer) stwierdzimy, iż są one bardzo nieliczne — 5 (Albrecht, Lorey, Saisawa, Weltman i Fischer, Roman).

Ta okoliczność upoważnia mię do przedstawienia własnego spostrzeżenia, aczkolwiek niedość opracowanego pod względem klinicznym, posiadającego szereg ciekawych cech z punktu widzenia wyjaśnienia własności chorobotwórczych laseczki zekomogruźliczej.

Olga K. ur. 20. III. 1917 r., przedtem zupełnie zdrowa, chora od połowy lipca r. 1923; choroba rozpoczęła się stopniowo w postaci nieprawidłowej gorączki, potów, bólów głowy. Badanie w dniu 1. IX. 1923 wykazało wybitnie zaznaczoną bladość skóry i błon śluzowych, brak zmian chorobowych w sercu i płucach, gruczoły szyjne nieco powiększone. Odczyn Pirqueta ujemny: mocz zawiera bardzo wiele ciałek ropnych, komórek nabłonkowych płaskich oraz nabłonków miedniczek nerkowych, białko — ledwo dostrzegalne ślady. Stan gorączkowy przeciętnie utrzymywał się na poziomie 37,0–38,0°, występując okresowo (co 4–6 tygodni) w postaci kilkudniowych napadów ostrych (ciepłota do 39,0–40,0°), połączonych z ogólnem osłabieniem oraz bólami w okolicy nerkowej; w osadzie moczowym w okresie napadu nieliczne ciałka ropne, natomiast bezpośrednio po napadzie obfity ropomocz; innych objawów chorobowych nie spostrzegano. Dni o ciepłocie prawidłowej notowano wyjątkowo rzadko. Taki stan rzeczy trwał do lipca r. 1924 (a więc około roku), kiedy w stałej dotąd gorączce nastąpiła przerwa dwutygodniowa. Od sierpnia r. 1924 chora przestała gorączkować, wyjątkowo tylko występowały podniesienia ciepłoty do 37,5 do 38,0°. Od jesieni r. 1924 chora zaczęła uczęszczać do szkół. Obecnie (luty r. 1925) po półrocznej przerwie ponownie wystąpił ostry napad typu wyżej zaznaczonego. (Danych dotyczących przebiegu choroby łaskawie mi udzielił Dr. T. Pinkus).

Wobec przewlekłej natury cierpienia oraz braku wyraźnych zmian w ustroju lekarz ordynujący w lipcu r. 1924 skierował mocz chorej, jałowo otrzymany, do Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego dla zbadania na obecność las. gruźliczych. Mocz słabo mętny, c. g. 1013, odczyn kwaśny, ślady białka, innych części składowych patologicznych nie zawiera. W osadzie liczne ciałka ropne i Gram — ujemne laseczki na preparatach osadu po zadziałaniu antyforminą laseczek gruźliczych nie stwierdzono. Na zwykłych pożywkach zaszczepionych osadem moczu otrzymano w czystej, niemal, hodowli laseczki Gram — ujemne.

Jednocześnie śwince morskiej do otrzewnej zastrzyknięto zawiesinę osadu moczu chorej. W 9 dni po zastrzyku świnka padła nagle, aczkolwiek już przedtem chorowała. Badanie sekcyjne stwierdziło wylew krwi do jamy otrzewnej, wypełnionej krwią całkowicie. Po usunięciu krwi i skrzepów ustalono olbrzymią śledzionę (długą 6·5 cm, szeroką 2·5 cm) z licznemi rozmaitej wielkości, częstokroć zlewającemi się, guzkami barwy białawej; w części środkowej śledziony olbrzymi krwotok wewnątrz śledzionowy ze skrzepami, nad tym krwotokiem torebka pęknięta (przez to pęknięcie nastąpił wylew krwi do otrzewnej. Takie same guzki stwierdzono w innych narządach jamy brzusznej) wątroba, nerki, krezka, jelita, gruczoły krezkowe powiększone), oraz nieliczne w płucach. Ze krwi serca, ze śledziony, z wątroby, z żółci wyszczepiono identyczne Gram — ujemne laseczki.

Jeden guzek ze śledziony roztarto i zawiesinę w rozczynie fizjolog. soli kuchennej zastrzyknięto zdrowej śwince morskiej, która w 10 dni potem padła. Zmiany anatomiczne w tym przypadku zasadniczo odpowiadały wyżej zaznaczonym z tą różnicą, że guzki były drobniejsze. Badanie bakterjologiczne narządów dało czystą hodowlę laseczek Gram — ujemnych.

Równocześnie badanie bakterjologiczne szczepów z moczu, z pierwszej i drugiej świnki wykazało identyczność otrzymanych hodowli, których charakterystyka wypadła w sposób następujący: 1) morfologja: laseczki, grube, nieruchome, nie tworzące zarodników, nie barwiące się sposobem Grama i Ziehl-Neelsen'a, na preparatach z narządów oraz z hodowli barwią się wyraźnie biegunowo; w hodowlach płynnych początkowo tworzą równomierne zmętnienie, lecz po 2 dobach wytwarzają obfitą błonkę bez stalaktytów, opadającą przy wstrząśnięciu i tworzącą obfity osad, drobnodowidowo wykazują ułożenie łańcuszkowe w hodowlach świeżych z 6—8 ogniw. w starszych (10 dniowych) do 20 i wyżej ogniw; na podłożach stałych obfity, szarawy, zlewający się nalot, przeźroczysty w świetle przenikającem; morfologja kolonij na żelatynie — okrągłe przeważnie, niekiedy o brzegach nieco falujących, barwy żółtawej z bardziej intenzywnie zabarwionym środkiem; głębokie kolonje posiadają zwykły kształt osełkowaty, zabarwione bardziej intenzywnie.

2) Biochemja: na pożywkach białkowych peptonizacji i peptolizy nie daje (żelatyny i surowicy nie rozrzedza, mleka nie zmienia, indolu, H_2S i HNH_3 nie tworzy); na pożywkach z krwią hemolizy oraz hemometarmofozy nie daje. Na pożywkach węglowodanowych gazu nie tworzy, na pożywkach płynnych z lakmusem zakwasza maltozę (po 3 dobach), glukozę i mannit (po jednej dobie, sacharozę bardzo słabo zakwasza (+) w ciągu pierwszych 2 dni, powracając następnie do zabarwienia pierwotnego, laktozy nie zmienia; mleka nie ścina, serwatkę mleczną alkalizuje po 3 dobach.

2) Biologja: tlenowiec względny; ogrzewanie przy 58° w ciągu godziny zabija. Odczyn zlepny dał wynik następujący — z surowicą durową ujemny, z surowicą paradurową A dodatni w rozcieńczeniu 1 : 200, z surowicą paradurową B dodatni w rozcieńczeniu 1 : 50. Surowica własna chorej O. K. zlepia wyhodowane szczepy w rozcieńczeniach od 1 : 640 do 1 : 1800.

4) Chorobotwórczość: przesącz hodowli płynnych nie powoduje u zwierząt żadnych objawów chorobowych. Świnki morskie zakażone do otrzewnej $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ hodowli dobowej na agarze skośnym ginęły po 9—10 dniach wykazując zmiany anatomiczne guzkowe; szczury białe dootrzewnowo $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ hodowli dobowej na agarze ginęły po 6—8 dniach ze zmianami guzkowemi, zakażone $^1/_4$ hodowli ginęły w rozmaitych odstępach czasu — od 12 godz. — 3 dni wykazując zmiany anatomiczne posocznicze (częstokroć wysięk krwawy w opłucnej; z 10 szczurów zakażonych $^1/_4$ hodowli tylko jeden wyżył nie wykazując żadnych objawów chorobowych); u szczurów zakażonych dootrzewnowo niemal stale występowało zapalenie okołojądrowe (*periorchitis*). U świnek morskich i szczurów białych ze wszystkich narządów wyszczepiano hodowle. Myszy białe zakażone dootrzewnowo $^1/_{10}$ hodowli dobowej ginęły w 3—5 tygodni; zmiany anatomiczne przedstawiały wielkie szaro-żółte guzy we wszystkich płatach płuc.

Karmione hodowlami świnki morskie i myszy białe nie dawały żadnych objawów chorobowych oraz zabite po 5 tygodniach nie miały zmian anatomicznych; z 4 szczurów białych zginął 1 po 5 tygodniach, nie dając przy badaniu anatomicznem żadnych zmian rzekomogruźliczych w narządach. Zjadliwość szczepów zbadana w 4 mies. po wyszczepieniu nie uległa zmianie.

Badanie histologiczne dokonane przez Dra W. Węsława w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniw. Poznańskiego (dyr. prof. dr. Skubiszewski) dało wynik następujący: »I. Świnka morska: 1) wątroba: a) makroskopowo: na torebce i powierzchni przekroju widoczne są okrągłe, białe lub szarawe, nieco wystające ogniska, wyraźnie ograniczone, wielkości od ziarna maku do ziarna prosa przypominające nieco gruzełki; b) mikroskopowo: budowa narządn jakby rozstrzępiona, zaródź komórek wątrobowych ćma, ziarnista, jądra barwią się nierównomiernie, częstokroć b. słabo. W wielu z tych komórek, szczególnie w okolicy *v. centralis* widzimy większe i mniejsze okrągłe jasne twory nakształt wodniczek, gęsto wypełniające zaródź (luki po wypłukanym tłuszczu). Twory makroskopowo przedstawiające się jako gruzełki pod drobnowidem mają wygląd dość wyraźnie odgraniczonych ognisk, składających się przeważnie z 3 części; w środku tych ognisk widzimy martwicę koagulacyjną i karjolityczną komórek wątrobowych, dalej na obwodzie spotykamy znaczne skupienia leukocytów o płatowem jądrze znajdujących się częściowo w stanie rozpadu i otaczających opisaną część środkową; nareszcie na samym obwodzie widzimy okrężnie przebiegające pasemka młodych fibroblastów, jakby otorbiających całe ognisko. Niektóre z tych ognisk nie posiadają środkowej części martwicowej. Wszystkie te ogniska są rozrzucone bezładnie w miąższu wątroby. W ich otoczeniu pomiędzy beleczkami komórek wątrobowych widzimy nieliczne leukocyty płatojądrzaste oraz czasami duże okrągłe komórki, przeważnie o licznych ciemnobarwiących się jądrach i obfitej zarodzi jaskrawo barwiącej się eozyną. Dookoła przewodzików żółciowych występują nieliczne nacieki z limfocytów.

2) Płuco: a) makroskopowo na powierzchni przekroju widzimy biało szarawe ogniska nieco wystające, ziarniste, o kształtach nieregularnych, czasami zlewające się; b) mikroskopowo stwierdzamy, że pęcherzyki płucne na znacznych odcinkach są wypełnione przez leukocyty o płatowem jądrze, złuszczone komórki nabłonka płucnego oraz nieliczne limfocyty. W niektórych miejscach pęcherzyki płucne mają światło wolne lub zawierają ścięte białko płynu obrzękowego. Nabłonek oskrzeli obficie łuszczy się, w ich świetle widzimy mniej lub więcej liczne leukocyty płatojądrzaste oraz treść śluzową; dookoła oskrzeli nacieki z limfocytów czasem dość znaczne. Naczynia większe i włosowate są rozszerzone i przepełnione krwinkami czerwonemi oraz leukocytami o płatowem jądrze. Rozpoznanie: *Bronchopneumonia*.

II. Szczur biały. 1. Śledziona: a) makroskopowo na torebce guzki zupełnie podobne do opisanych wyżej w wątrobie świnki morskiej; b) mikroskopowo: stwierdzamy guzki na torebce składające się z leukocytów o płatowem jądrze, częściowo w stanie rozpadu (martwica karjorektyczna. Od miąższu śledziony te ogniska są odgraniczone pasemkami młodej tkanki łącznej, od strony zaś powierzchni narządu niczem nie ograniczone i rozpadające się. W samym miąższu śledziony widzimy gdzieniegdzie ogniska martwicy karjolitycznej niewyraźnie ograniczone i otoczone pasem przekrwienia. Oprócz tego w miąższu śledziony są rozsiane leukocyty o jądrze płatowem najliczniej występujące w otoczeniu ciałek Malpighi'ego, wykazujących znaczne powiększenie. Rozpoznanie: *Abscessus miliaris multipl. subcapsulam. Necroses multipl. et tumor septicus.*

2) Płuco: a) makroskopowo obraz w zupełności podobny do wyżej opisanego w płucu świnki morskiej; b) mikroskopowo: pęcherzyki płucne prawie na całej przestrzeni z wyjątkiem niektórych odcinków są wypełnione przez krwinki czerwone i leukocyty płatojądrzaste oraz mniej liczne limfocyty i komórki złuszczonego nabłonka płucnego. Wokoło większych oskrzeli i naczyń krwionośnych widoczne są ogniskowe nacieki w postaci guzków składające się z limfocytów i pojedynczych komórek plazmatycznych. W niektórych pęcherzykach płucnych stwierdza się treść obrzękową. Nabłonek oskrzelowy w wielu miejscach złuszczony i wykazuje zmiany śluzowe. W świetle oskrzeli widzimy oprócz tego pojedyncze erytrocyty i leukocyty o jądrze płatowem. Naczynia krwionośne rozszerzone i przepełnione krwinkami czerwonemi i leukocytami o jądrze płatowem. Rozpoznanie: *Pneum. lobularis (bronchopneumonia) haemorrhagica.*

III. Mysz biała. Makroskopowo i mikroskopowo zmiany zupełnie analogiczne do opisanych w płucu szczura.

Z powyższych danych histologicznych można wysnuć wniosek, że przy zakażeniu gryzoni występuje u nich podostra forma ropnicy (pyaemia) przy której pomimo tworzenia się w narządach drobnych otorbionych ognisk o charakterze ropni występuje zapalenie płuc oskrzelikowe (zrazikowe) niekiedy o charakterze krwotocznym. Dokładne wyjaśnienie istoty zmian histopatologicznych wymaga dalszych badań doświadczalnych obecnie rozpoczętych, wynik których będzie stanowił treść pracy specjalnej.

Uwzględniając całokształt faktów osiągniętych, poddane badaniu szczepy należy określić jako rzekomogruźlicze (b. de la tuberculose zoogléique Mallassez et Vignal, *b. pseudotuberculosis rodentium* Pfeiffer). Rozpoznawanie różniczkowe nie napotyka trudności, gdyż w grę pod tym względem mogłaby wchodzić tylko las. dżumy. Otrzymany szczep laseczki rzekomogruźliczej przedstawia się naogół typowo z wyjątkiem zdolności zakażenia zwierząt doświadczalnych przez pokarm, czego w żadnym przypadku nie dało się osiągnąć, oraz wysokiej wrażliwości szczurów białych na zakażenie dootrzewnowe. Ten ostatni fakt przeciwstawia się przeważającemu poglądowi o ich zupełnej niewrażliwości na zakażenie las. rzekomogruźliczą (Złatogorow, Jurkiewicz, Komisja Indyjska) aczkolwiek istnieją spostrzeżenia przeciwne (Weltmann i Fischer, Messerschmidt i Keller) Własności chorobotwórcze dla świnki morskiej utrzymują się w granicach ustalonych, natomiast dla myszy białych bardzo słabe. Zmiany anatomiczne i histologiczne, których szczegółów nie będę omawiał, przedstawiają się charakterystycznie.

Stwierdzając wyszczepienie z moczu chorej na zapalenie miedniczek nerkowych las. rzekomogruźliczej nie przesądza się przez to jej własności chorobotwórczych i jej roli przyczynowej w danym przypadku. Uwzględniając możliwość przypadkowej jej obecności w drogach moczowych jako zakażenia wtórnego, przypuszczenie o roli przyczynowej szczepów wyhodowanych należało uzasadnić.

W tym celu poddałem badaniu własności odpornościowe surowicy chorej. Niestety, z powodów niezależnych odemnie, nie miałem możności wykonania wszechstronnego badania, gdyż tylko jeden raz otrzymałem 2 cm sz. krwi. Odczyn zlepny wykonany z surowicą chorej wykazał, że zlepia ona szczepy wyhodowane z moczu, ze świnki morskiej i ze szczura przy znacznych rozcieńczeniach:

szczep z moczu w rozcieńczeniu 1 : 640
szczep ze śledziony świnki morskiej 1 : 1600
szczep ze śledziony szczura białego 1 : 1800.

Kontrola odczynu zlepnego w przeciwstawieniu do Bachmann'a, zaprzeczającego odczynowi zlepnemu przy zakażeniach rzekomogruźliczych wszelkiej wartości wobec stale występującego zlepiania samoistnego, wypadła bez zarzutu.

Jednocześnie odczyn zlepny ze szczepami duru brzusznego, paratyfusów A i B wypadł dodatnio tylko w rozcieńczeniach do 1 : 50.

Tak znaczne rozcieńczenia dodatniego odczynu zlepnego, upoważniają do uznania w danym przypadku las. rzekomogruźliczej za czynnik chorobotwórczy związany przyczynowo ze sprawą chorobową dróg moczowych. Faktów powtórnego wyszczepienia las. rzekomogruźliczej z moczu jałowo pobranego oraz obecności wysokiego miana zlepnego surowicy chorej w stosunku do szczepu własnego wystarczy, aby uznać znaczenie jego chorobotwórcze.

Co do sposobu zakażenia się i patogenezy danego przypadku trudno wypowiedzieć się stanowczo, wolno jednakże, biorąc pod uwagę wysokie miano zlepne, przypuszczać, że czynnik chorobotwórczy w toku sprawy chorobowej nie pozostawał wyłącznie na błonie śluzowej dróg moczowych, lecz zetknął się i krążył z krwią. W ten sposób sprawa rzekomogruźlicza mogłaby powstać przez umiejscowienie tam drobnoustroju krążącego pierwotnie we krwi. Co do drogi zakażenia, to biorąc pod uwagę doświadczenia Ramon na zwierzętach oraz dane patologo-anatomiczne w przypadkach du Cajal et Vaillard, Hayem, Bridigi, Albrecht, Saisawa przedewszystkiem należy mieć na uwadze zakażenie przez przewód pokarmowy. Drogi oddechowe niewątpliwie też mogą mieć znaczenie zwłaszcza ze względu na ustalone fakty obecności las. rzekomogruźliczej w plwocinach (Manfredi, Legrain, Bettencourt, Jurkiewicz) osobników zdrowych lub chorych.

Zakażenia rzekomogruźlicze w patologji ludzkiej nie posiadają dotąd większego znaczenia praktycznego. Nawet przy bardzo łagodnem potraktowaniu nagromadzonego materjału nie przenoszą one ilościowo kilkunastu, zaś tylko kilka można uznać za należycie uzasadnione. Ze spostrzeżeń tych nie można ustalić typu klinicznego zakażenia rzekomogruźliczego, aczkolwiek dotąd przeważnie chodziło o zakażenia ogólne ostre o przebiegu ciężkim, niekiedy typu durowego. Nie dowodzi to jednakże wcale znikomej roli las. rzekomogruźliczej w szeregu czynników chorobotwórczych. Gdy weźmiemy pod uwagę stwierdzoną obecność las. rzekomogruźliczej w naszem otoczeniu (mleko — Parietti, wodzie wodociągowej i ścieków — Chantemesse, Grancher, Ledoux-Lebard, nastój siana — Lignière, powietrze, ziemia, możliwość zakażenia przez koty pożerające chore myszy i szczury Albrecht), gdy większą uwagę skierujemy na możliwość jej udziału w sprawach chorobowych zakaźnych, może nie będziemy jej traktowali, jako nieszkodliwego, z punktu widzenia patologji ludzkiej drobnoustroju.

Wnioski:

1) Zakażenie rzekomogruźlicze może mieć przebieg przewlekły z umiejscowieniem w drogach moczowych.

2) W toku przewlekłego zakażenia rzekomogruźliczego może wytworzyć się wysokie miano zlepne dla szczepu własnego. Odczyn zlepny nabiera przez to wartości rozpoznawczej.

Piśmiennictwo.

Albrecht: W. K. W. 1910, N 27, 991. — Bachmann: Ctrlb. f. Bakt. I. T. Orig. Bd. 87, H. 3. 1921. — Bettencourt: Archivos di medic 1897, T. I, N 9 (wedł. Baumgartens Jahresber. 1897 Bd. XIII). — Bridigi: Gaz. degli osped. Vol. XIV. 1893 (wedł. Saisawa). — Bayer u. Herrenschwand: Arch. f. Ophtalm. B. 98, 1919. — O. Bujwid i N. Kostanecki: Przegl. Lekarski 1898 N 43–44. — Chantemesse: Ann. Past. T. I. 1887, 97. — Cazal et Vaillard: Ann. Past. T. V. 353, 1891. — Courmont J.: Compt. Rend. de la Soc. de Biol. 1889. 215 (wedł. Poppe). — Courmont P.: Comp. Rend. de la Soc. de Biol. 1897, N. 35, 970. — Dopter et Saaquépée: Precis de bacteriologie Paris 1914. — Eberth: Fortschr. d. Medizin. 1885, N 22. — Virchow's: Arch. 1885, Bd. 100 i 1886 Bd. 103. — Gallavielle: Compt. Rend. de la Soc. de Biol. 1898, p. 492 i 1005. — Galli-Valerie: Ctrlb. Bakt. I. Abt. Orig. Bd. 33, 1903. — Grancher et Ledoux-Lebard: Arch. de méd. et per 1889, N 5. — Hayem: Le Sem Medic 1891, N 35, p. 285. — Henle: Arb. a. d. pathol. Inst. in Göttingen. 1903, s. 143 (według Saisawa).—Jurkiewicz: Rozpr. doktorska Ptrsb. 1911.— Legrain: Le Bull. Médic. 1891, N 89, 1019 (wedł. Ctrlb. f. Bakt. XII, 873, 1892). — Lignieré: Bull. de la soc. centr. de méd. vét 1898, 193 (wedł. Poppe). — Lorey: Ztschr. f. hyg. Bd. 63, 1911. — Malassez et Vignal: Arch. de physiol. norm. et pathol. 1883, T. II.—Mazza i Tensi: Gaz. Med. di Torino·

Vol. 47, N 17—18 (wedł. Baumgart. Jahresber. B. XII, 479, 1896.— Manfredi: Frtsch. d. Mediz. 1886, N 22 (wedł. Saisawa). — Messerschmidt u. Keller: Ztsch. f. hyg. Bd. 77, 1914. — Nocard: Ann. Past. T. X, 609, 1896. — Parietti: Ctrlb. f. Bakt. Bd. VIII. 577, 1890. — Pfeiffer Ueber die bazill. Pseudotuberkulose bei Nagetieren Lpz. 1889. — Poppe Pseudotuberkulose w Kolle-Waserm. Handb. d. pathog. Mikrorg. T. V. 1913, Fischer Jena. — Ramon G.: Ann. Past. 1914 N 6. — Roman B. Virch. Arch. Bd. 222, 1916. — Saisawa: Ztsch. f. hyg. Bd. 73, 1913 (2 prace). — Vinzenzi: Ctlbl. f. Bakt. I Abth. Orig. Bd. 44, 391, 1907 oraz Bd. 50, 2, 1909. — Weltmann u. Fischer: Ztsch. f. hyg. Bd. 78, 1914. — Wrede: Ziegl. Beitr. 1902. Bd. 32, s. 526: Złatogorow: Ctrlb. f. Bakt. Bd. 37, 1904. Russkij Wracz 1904, Patoczka łożnago tuberkulieza gryzunow, w podręczniku zbiorowym Uczenije o mikroorganizmach pod red. S. Złatogorowa T. III. str. 681, 1917 r.

A. DOBRZAŃSKI, Lwów.
H. LENARTOWSKI.

O stosowaniu lipjodolu w diagnostyce roentgenologicznej schorzeń jam szczękowych.

Z kliniki oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie, Dyr. Prof. Dr. T. Zalewski
i z pracowni roentgenologicznej szpitala powszechnego we Lwowie: Prymarjusz Dr. T. Vrabetz.

Diagnostyka schorzeń jamy szczękowej napotyka niejednokrotnie na trudności, ponieważ objawy kliniczne je charakteryzujące często występują niewyraźnie. Podnieść bowiem należy, że bóle głowy, bóle w okolicy danej jamy szczękowej, obrzęk widoczny zewnątrz czy też przy badaniu jamy nosowej, powiększenie muszli nosowych i gromadzenie się wydzieliny ropnej w jamie nosowej nie są objawami, które pozwoliłyby w każdym przypadku z całą ścisłością rozpoznać schorzenia jamy szczękowej. W rozpoznawaniu schorzeń jam szczękowych roentgenologja przyniosła nam znaczny postęp; jesteśmy bowiem w stanie określić wielkość, kształt i powierzchność jamy szczękowej. Na radjogramie możemy odczytać, czy dana jama szczękowa jest mniej powietrzna niż odpowiednia drugiej strony, czyli jak mówimy jest zaciemniona, albo też czy obie jamy szczękowe są mniej powietrzne względnie zaciemnione w porównaniu z takiemiż jamami przypadków prawidłowych.

Zaciemnienie jamy szczękowej na radjogramie może mieć różne przyczyny. Jama szczękowa może być mianowicie:

1) mało rozwinięta,
2) wypełniona cieczą (surowiczą lub ropną),
3) wyścielona zgrubiałą śluzówką,
4) wypełniona guzem dobrotliwym lub złośliwym,
5) przysłonięta przez zmiany chorobowe toczące się w sąsiedztwie.

Oczywista rzecz ma duże znaczenie rozpoznawcze także wysycenie cienia, które będzie n. p. większe w razie obecności guza w jamie szczękowej aniżeli w przewlekłem ropnem zapaleniu tejże. Mimo to jednak w razie zaciemnienia jamy szczękowej trudno określić, z jaką sprawą chorobową ma się do czynienia. Brak więc sposobu różniczkowania zaciemnienia jamy szczękowej na radjogramie daje się oddawna odczuwać, dlatego też niektórzy autorowie starali się wprowadzić środki kontrastowe celem wypełnienia jamy szczękowej lub torbieli zębowych w jej okolicy. I tak Feuchtinger w roku 1921 ogłosił przypadek torbieli zębowej, którą wypełnił 5% roztworem protargolu przez przetokę w wyrostku zębodołowym i uzyskał przez to dokładny obraz tejże na radjogramie a mianowicie jej wielkość, kształt i położenie. Próbowaliśmy tego sposobu w podobnym przypadku,okazał się jednak niedogodnym z tego względu, że mimo zatamponowania przetoki część płynu rozlała się w jamie ustnej, część była wessana przez tampon, a obraz cienia był niewyraźny. Włoscy autorowie Brunetti i Filipini podali do wypełnienia jam szczękowych 15% roztwór jodku potasu, oraz roztwór baru w gumie, a Francuzi Reverchon i Worms, omawiając ubiegłego roku w Paryżu na zjeździe otjatrów i laryngologów znaczenie lipjodolu w otolaryngologji, podkreślają jego wartość jako znakomitego środka rozpoznawczego w schorzeniach jamy szczękowej.

Lipjodol-Lafay płyn oleisty, ciemno-żółty i przeźroczysty, wprowadzony do diagnostyki płuc przez Sicard'a i Forestier'a znalazł już na tem polu, jakoteż w diagnostyce narządu nerwowego centralnego szerokie zastosowanie.

Dla stwierdzenia jego znaczenia w rozpoznawaniu schorzeń jamy szczękowej, wykonaliśmy szereg zdjęć w przypadkach prawidłowych i patologicznych.

Chcąc wprowadzić lipjodol do jamy szczękowej, mielibyśmy do wyboru dwie drogi, a mianowicie ujście jej naturalne, znajdujące się w miejscu niedogodnem, bo wysoko popod muszlą średnią, a w przypadkach patologicznych trudno dostępne z powodu przerostu muszli; lub też nakłucie pod muszlą dolną.

Nakłucie jamy szczękowej wykonywujemy za pomocą grubej igły lub trójgrańca Krauzego, najczęściej od strony jamy nosowej w celu stwierdzenia obecności ropy.

Dla wprowadzenia lipjodolu wybraliśmy otwór po typowem nakłuciu jamy szczękowej od strony jamy nosowej, przez który wprowadzaliśmy pojedynczą rurkę do przepłukiwań połączoną ze strzykawką Rekorda wypełnioną lipjodolem, lub też przez przetokę w zębodole w razie jej obecności. W przypadkach operowanych radykalnie metodą Luc-Caldwella wprowadzaliśmy lipjodol przez otwór pooperacyjny od strony jamy nosowej. Do wypełnienia jamy szczękowej potrzebna jest ilość około 4—6 cm^3 lipjodolu. Po wprowadzeniu lipjodolu tamponowaliśmy dolny przewód nosowy gazą napojoną oliwą lub parafiną. Chory powinien w czasie zabiegu znajdować się w pozycji leżącej z głową pochyloną w stronę wypełnionej jamy.

Zdjęcia roentgenowskie wykonywaliśmy stale w typowej projekcji tylno przedniej, to znaczy chory był ułożony twarzą do kliszy; nadto w niektórych przypadkach posługiwaliśmy się zdjęciem w projekcji osiowej, gdzie kliszę wkładamy pod silnie wyciągniętą brodę chorego. Po wykonaniu zdjęcia usuwaliśmy tampon z nosa, a lipjodol częściowo wypływał na zewnątrz, częściowo ściekał do gardła, skąd chorzy go wykrztuszali, częściowo zaś wsysał się w jamie.

Wszyscy chorzy znosili zabieg ten doskonale.

Nie widzieliśmy żadnych objawów podrażnienia, ani miejscowych ani ogólnych. Jeśli uwzględnimy dużą zawartość jodu w lipjodolu, bo 0·54 gr w 1 cm^3 to można przypuścić, że działa on także leczniczo jako środek bakterjobójczy. Prócz lipjodolu próbowaliśmy również wypełniać jamę szczękową 20% jodipiną Mercka, cień na radjogramie był jednak niewyraźny wobec czego zaniechaliśmy używania tego środka.

Odczytując radjogram prawidłowej jamy szczękowej, wypełnionej lipjodolem, widzimy *dokładny, silnie wysycony, ostro się odznaczający i gładko konturowany odlew światła* jamy szczękowej.

Zdjęcie (Ryc. 1) wykonaliśmy na zwłokach, przyczem następnie mogliśmy stwierdzić zupełnie prawidłowe warunki badanej jamy, otwarłszy ją od strony *fossa canina*.

Inaczej przedstawia się cień lipjodolu na radjogramach przypadków patologicznych.

W przypadkach *przewlekłego ropienia* jamy szczękowej z przerostem śluzówki, względnie powstałemi z niej polipami, *cień lipjodolu był mniejszy, nieregularny, o nierównych brzegach,* wykazując *większe lub mniejsze ubytki przybrzeżne.* Przy operacji radykalnej tych przypadków mogliśmy stwierdzić, że nierówności i ubytki przybrzeżne cienia lipjodolu spowodowane były zgrubieniami śluzówki wyścielającej jamę szczękową, względnie obecnością polipów jamy szczękowej, które często przewlekłemu ropieniu tejże towarzyszą. Nie ulega więc wątpliwości, że opisany wyżej obraz cienia lipjodolu na radjogramie w przypadkach przewlekłego ropienia jamy szczękowej może decydować o konieczności wykonania radykalnej operacji.

W przypadkach *guzów* wypełniających jamę szczękową na radjogramie w przyciemnionej jamie szczękowej widoczne były *drobne wysepki rozrzucone nieregularnie* wprowadzonego lipjodolu. W przypadku zaś rozległego guza jamy nosowej prawej (*papilloma nasi)* w którym wobec zaciemnienia jamy

szczękowej prawej można było przypuszczać, że guz wypełnia także jamę szczękową; wprowadzony lipjodol pozwolił nam stwierdzić, że prawa jama szczękowa w całości się wypełniła, a cień lipjodolu wykazywał przybrzeżne nierówności t. j. polipowate zgrubienie śluzówki, co operacyjne otwarcie jamy szczękowej w zupełności potwierdziło.



Rycina 1.

Wreszcie w przypadku *torbieli zębowej* rozpoznanie pewne moglibyśmy postawić dopiero po wprowadzeniu lipjodolu przez przetokę w zębodole, gdyż obraz cienia lipjodolu dał nam w przypadku tym całkowite wyjaśnienie stosunków anatomicznych. Otrzymaliśmy bowiem na radjogramie *owalny nieco wydłużony cień, wpuklający się od dołu w jamę szczękową*, lecz ostro od niej odgraniczony. Połączenia z jamą szczękową cień lipjodolu nie wykazywał. *Operacja* wykonana sposobem Partscha w zupełności potwierdziła nasze przypuszczenia, znaleźliśmy bowiem torbiel wielkości orzecha włoskiego, o gładkich ścianach, wypuklającą się do jamy szczękowej i z nią nie komunikującą.

Dla przykładu przytoczymy kilka krótkich wyciągów historji chorób badanych przypadków, najbardziej charakterystycznych:

1) Chora M. S. pozostawała w leczeniu *z obustronnem przewlekłem ropieniem jam sitowych i szczękowych.* Zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie obu jam szczękowych. Bóle i obfitość wydzieliny ropnej więcej były nasilone po stronie prawej, nakłucie zaś prawej jamy szczękowej stwierdziło obecność ropy. Zdjęcie z jodipiną dało obraz niewyraźny. Zdjęcie z lipjodolem wykazuje, że jama szczękowa nie daje się całkowicie wypełnić, cień lipjodolu jest nieregularny, nie odpowiadający światłu prawidłowej jamy szczękowej oraz wykazuje ubytki przybrzeżne. (Ryc. 2).

Przy *operacji* wykonanej sposobem Luc-Caldwella mogliśmy stwierdzić polipowate zgrubienie śluzówki. Zdjęcie z lipjodolem wykonane po operacji wykazuje dużą jamę o gładkich brzegach.

2) Chory F. T. pozostaje w leczeniu z powodu *brodawczaka jamy nosowej* prawej *(papilloma durum nasi)*, który operacyjnie usunięto. Miewał silne ataki bólów w prawej połowie twarzy i ropną wydzielinę w prawej jamie nosowej się gromadzącą. Zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie prawej jamy szczękowej; nakłucie pozwoliło stwierdzić ropę. Można było mieć wątpliwości czy brodawczak nie wypełnia też jamy szczękowej. Zdjęcie z lipjodolem wykazało, że jama szczękowa daje się w zupełności wypełnić, lecz cień lipjodolu miał brzegi nierówne. Przy operacji sposobem Luc-Caldwella znaleziono zgrubienia śluzówki dość znacznego stopnia, brodawczaka jednak nie było. Zdjęcie wykonane po operacji wykazuje obszerną jamę szczękową o gładkich konturach.



Rycina 2.

3) Chory K. W. operowany dwukrotnie z powodu *włókniaka (fibroma molle)* wypełniającego jamę nosową, gardłowo-nosową, szczękową a najprawdopodobniej sitową i czołową, zgłosił się po raz trzeci z powodu *nawrotu* i pozostaje w leczeniu naświetlaniami promieniami Roetgena. Jama szczękowa w tym przypadku nie daje się wypełnić lipjodolem mimo, że komunikacja z jamą nosową jest dostateczna dla wprowadzenia rurki; tylko bardzo skąpe, rozrzucone wysepki zdołały wejść do jamy, ponieważ reszta światła jej wypełniona jest przez guz.



Rycina 3.

4) Chora M. M. zgłosiła się na klinikę z lekkim obrzękiem twarzy po stronie lewej i przetoką obficie ropiejącą w miejcu pierwszego trzonowego zęba. Przepłukiwanie przez przetokę nie dawało poprawy, a wprowadzony przez przetokę zgłębnik wchodził 4 cm w głąb i natrafiał na gładkie ściany.

Miało się wrażenie, że przetoka prowadzi do jamy szczękowej lewej, mimo, iż ropienia w nosie nie stwierdzało się, lecz tylko lekkie wypuklenie bocznej ściany nosa. Wprowadzony przez przetokę lipjodol pozwolił nam stwierdzić na radjogramach wykonanych w projekcji tylno-przedniej i osiowej obecność torbieli zębowej wielkości orzecha włoskiego, wpuklającej się do jamy szczękowej i zajmującej dolną część jej światła, lecz z nią nie komunikującej. Reszta bowiem jamy jest jasna i lipjodolem wypełnić się nie daje.

Operacja wykonana sposobem Partscha potwierdziła nam w zupełności obraz otrzymany na zdjęciach z lipjodolem.

Zestawiając nasze spostrzeżenia nad stosowaniem lipjodolu w rozpoznawaniu schorzeń jam szczękowych, uważamy za wskazane wprowadzanie lipjodolu do jamy szczękowej dla wykazania zgrubień błony śluzowej i obecności polipów przy przewleklem ropieniu, oraz dla wykazania guzów jamy szczękowej.

Nadto przy pomocy lipjodolu będziemy mogli stwierdzić na radjogramie kształt i wielkość torbieli zębowych, oraz ich ewentualną komunikację z jamą szczękową; wreszcie wypełniając przetoki prowadzące na zewnątrz n. p. na policzku będziemy mogli określić ich stosunek do jamy szczękowej.

Z praktyki.

Dr. Marjan MIENICKI, Wilno.
adjunkt Kliniki dermatologicznej.

Przypadek słoniowatości nabytej powiek.

Z kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof Dr. Z. Sowiński.

Do nader rzadkich spraw chorobowych spostrzeganych na powłoce skórnej twarzy należy słoniowatość nabyta. W ostatnim 50-ciu leciu przypadków takich w piśmiennictwie spotykamy zaledwie około 30.

Do najnowszych spostrzeżeń należy zaliczyć przypadek opisany przez Fage'a dotyczący pewnego młodzieńca 22 lat u którego wystąpiły zmiany na powiekach górnych i dolnych w postaci obrzęku w 17-tym roku życia po kilkakrotnie powtarzającej się róży.

Tenże autor w roku 1892 opisał słoniowatość u kobiety u której pierwsze obrzęki uwidoczniły się po przebytej róży podczas perjodu w 12-tym roku życia.

Stany zapalne, a w szczególności róża w okolicy twarzy mają wpływ na rozwój słoniowatości w tych miejscach.

Delbanco przypuszcza, że drobnoustroje chorobotwórcze obecne w tkance, podrażniając ją w tym lub owym stopniu, przyczyniają się poniekąd do jej rozrostu. Z innych momentów powodujących to cierpienie należy wymienić objawy zastoinowe w naczyniach chłonnych (Schreiber) urazy, oraz okres dojrzewania płciowego osobnika.

Czy słoniowatość pozostaje w jakimkolwiek związku z kiłą jak twierdzi Eichhorst, dotąd ustalić nie dało się.

Niektórzy badacze, jak n. p. Moncorvo i Van-Duyse sądzą, że jeszcze w życiu zarodkowem kształtuje się pewne usposobienie do słoniowatości i że tylko występuje ona w przyszłości pod wpływem różnych bodźców zewnętrznych. Obecnie jednak przeważa zdanie, że ten stan chorobowy może być nabytym i rozwinąć się w wieku późniejszym. Co się tyczy płci to według spostrzeżeń nabytą słoniowatość twarzy rzadziej spotykamy u kobiet niż u mężczyzn (Luithlen). Zdaniem zaś Darier'a, Terson'a, Fage'a płeć w tych przypadkach nie gra żadnej roli.

Przy różniczkowaniu mogą się nastręczać trudności w odróżnianiu słoniowatości od zwykłego obrzęku twarzy, lecz przy tym ostatnim brak wiotkości oraz uczucia lepkości przy dotyku. Podług Teillais przy nakłuciu *elephant. nostr.* wydziela się duża ilość płynu surowiczego, co ułatwia odróżnienie tej choroby od *elephant. limphangiectodes*. Najbardziej trudnem jest wykluczenie niektórych spraw zapalnych na twarzy. Często zdarza się, że słoniowate zgrubienie powstaje wskutek przewlekłych chorób skóry, tworzenia się wrzodów lub innych długotrwających spraw i znika po ustąpieniu tych stanów chorobowych; dlatego też w niektórych razach nie stwierdza się istnienia i rozrostu elementów łączno-tkankowych, co większość badaczy uważa za patognomoniczne dla słoniowatości. Wreszcie można wykluczyć opisywane przypadki »*érisipèle persistante de la face*«, w których zmiany chorobowe również mogą się ograniczać do powiek; jednak tu na miejscach obrzęków skóra jest gładka, lśniąca, czerwona, jednocześnie towarzyszy uczucie napięcia oraz pieczenia, które to objawy przypominają chorobę Quinque'a.

Co się tyczy obrazu histopatologicznego, to mamy tu zazwyczaj przerost tkanki łącznej w warstwie skóry właściwej i nacieczenie okołonaczyniowe. Światło naczyń krwionośnych rozszerzone, czasem zatkane skrzepliną; prócz tego rozszerzenie naczyń chłonnych, zgrubienie błony zewnętrznej naczyń chłonnych i żylnych. Nabłonek zazwyczaj zmian prawie żadnych nie przedstawia. Jednak w pewnym przypadku opisanym przez Wernk'a grubość skóry wynosiła zamiast 3 mm 11 mm.

Przypadek obserwowany na naszej klinice zasługuje na zainteresowanie ze względu na rzadkie umiejscowienie jak również i dlatego że rzuca pewne światło na etjologję tego cierpienia.

Chora Sara P., izraelitka, uczenica szkoły kroju i szycia w wieku lat 14½. Cierpieniem z powodu którego zgłosiła się do kliniki był obrzęk powiek- szpecący twarz.

Ojciec zmarł przed 2 laty, matka i rodzeństwo zdrowe. W r. 1918 chora przechodziła dur wysypkowy. W r. 1924 jak twierdzi chora i jej matka, miała różę na twarzy, która po leczeniu ustąpiła, a przed 6 miesiącami powtórzyła się.

Tym jednak razem aczkolwiek objawy okresu ostrego ustąpiły pozostał obrzęk, a zwłaszcza powiek górnych i dolnych. Wszelkie zabiegi lecznicze jakie u chorej stosowano pozostały bez skutku.

Pierwsze miesiączki u chorej rozpoczęły się przed ½ rokiem — poczem w ciągu 4-ch miesięcy nie było. Obecnie przebieg jest prawidłowy (bez bólu 3—4 dni). Nie dało się ustalić czy pierwsza miesiączka była w związku przyczynowym z początkiem cierpienia.

Również chora nie zauważyła, ażeby dalsze miesiączki okazywały jaki wpływ ujemny na przebieg choroby. Na żadne dolegliwości nie uskarża się.

Chora wzrostu średniego, waga 57 kg. System kostnomięśniowy normalny. Tkanka podskórna prawidłowo rozwinięta. Ze strony płuc zmian żadnych nie przedstawia. Granice serca normalne. Tony czyste. Rytm kurczów serca prawidłowy, Serce pobudliwe. Tętno 90. Ciepłota normalna. Widzialna błona śluzowa różowa. Gruczoły chłonne niezwiększone. Głos czysty. Słuch nieco przytępiony. Ze strony wzroku zmian chorobowych nie stwierdzono. Kanały noso-łzowe drożne. Odruchy kolanowe nieznacznie wzmożone. Dermografizm wyraźny, czerwony, utrzymujący się przez czas dłuższy (podrażnienie rozszerzaczy objaw Nikolskiego). Powłoki skórne o kolorze ciemno-śniadym. Włosy na owłosionej części głowy nieco przerzedzone, krótkie. Skóra twarzy, a mianowicie powiek, zwłaszcza dolnych, oraz nasady nosa są w stanie obrzęku. Obrzęk uwydatnia się o tyle, że przykrywa gałki oczne, przez co tworzą się wąskie szpary. Obrzęk o charakterze wiotkim. Skóra nieco więcej zabarwiona na różowo aniżeli normalna z odcieniem niebieskawym. W miejscach chorobowo zmienionych występują brózdy. Obrzęk wyraźnie odgraniczony. Żadnych uczuć podmiotowych chora nie odczuwa. Chora kapryśna o usposobieniu histerycznem.

Specjalne badania otolaryngologiczne ustaliły u chorej *otitis med. chron bilat. et rhinitis chron.*, które to stany chorobowe nie stoją w związku z obrzękiem skóry. Wynik badania moczu: Białka, oraz cukru nie znaleziono. W osadzie stwierdzono kryształy szczawianu wapnia i nabłonki płaskie wielokątne. Odczyn moczu kwaśny. Ciężar właściwy 1026.

Wynik badania krwi wykazuje: ciałek czerwonych 5050000, ciałek białych 6,100, hemoglobiny 65% (Sahli).

Leukocytów:		
	limfocytów	37 %
	wielojądrzastych	60 %
	przejściowych	2,5%
	eozynofilnych	0 %
	tucznych	0,5%

Krzepliwość — 13'. Odczyn Biernackiego 109' (aparat Linzenmayera).

Odczyn Wassermanna — ujemny. Roentgen zmian w sella turcica nie stwierdza.

Przy nakłuciu igłą miejsc chorobowo zmienionych wydziela się znaczna ilość płynu surowiczego. Otrzymany w ten sposób z dolnej powieki płyn zaszczepiony na agarze z surowicą ludzką okazał się jałowym.

Wycięty z dolnej lewej powieki płat skóry wraz z tkanką podskórną łączną szerokości 8 mm długości 2 cm poddano w Za-

kładzie anatom. patolog. U. S. B. badaniu histopatologicznemu, które wykazało: nacieczenie okrągło drobnokomórkowe dookoła naczyń chłonnych i krwionośnych. W skórze właściwej bujanie oraz zgrubienie włókien tkanki łącznej, jak również rozrost młodych komórek łączno-tkankowych. Szczeliny oraz naczynia chłonne rozszerzone. Nabłonek i przydatki skóry bez widocznych zmian.

Chora pozostawała na klinice przez 5 tygodni (od dnia 12. II. do dnia 21. III. 1925 r.) i w tym czasie miała jedną miesiączkę prawidłową podczas której nie dało się zauważyć jakichkolwiek zmian w miejscach obrzęku. Wogóle przez cały czas pobytu chorej na klinice stan ogólny jej zdrowia był zadowalający.

W danym przypadku mamy do czynienia z niedawno powstałą słoniowatością, która ograniczyła się do wyraźnych zmian na powiekach.

Bodźcem do powyższych zmian była róża. Objaw ten powstał w okresie dojrzewania płciowego, jednak stanowczo nie da się powiedzieć czy czynnik ten miał jaki wpływ w danym przypadku na przebieg choroby. W formule krwi zwraca na siebie uwagę brak komórek eozynochłonnych i zwiększona liczba % limfocytów.

Ostatniemi czasy (Vogt) zwrócono uwagę na zmiany w gruczołach dokrewnych, a zwłaszcza w przysadce mózgowej w przypadkach słoniowatości powiek; w naszym przypadku tego nie stwierdziliśmy gdyż siodełko tureckie jak o tem było wyżej wspomniane, nie było rozszerzone.

Nasz przypadek zdaje się potwierdzać przypuszczenia niektórych badaczy (Moncorvo, Darier), że pierwszorzędną rolę w powstawaniu tego stanu chorobowego odgrywają paciorkowce.

Leczenie powyższego cierpienia jest trudne i niezawsze dają się osiągnąć pomyślne wyniki. Według niektórych autorów (Duhot, Gaston, Pośpiełow) wstrzykiwania przetworów rtęci mogą polepszyć stan chorobowy i w tych nawet razach kiedy kiła nie stoi w związku przyczynowym. Silva-Araujo i Jarisch radzą ichtiol w dużych dawkach jednocześnie zewnętrznie i do wewnątrz. Unna salicylan sodowy. Obok wyżej przytoczonych środków farmaceutycznych stosują z powodzeniem również i zabiegi chirurgiczne. Poulard, Schreiber — zalecają naświetlanie promieniami Roentgena i radu.

Moncorve i Silva-Araujo podkreślają że dobre wyniki daje elektroliza oraz prąd stały i zmienny. Fage stosował u tego rodzaju chorych galwanopunkcję i na dwa przypadki otrzymał w jednym zupełne uleczenie.

Nie mogliśmy zastosować u naszej chorej metody Fage'a, gdyż wszelkiego rodzaju zabiegi połączone z nakłuciami i t. p. natrafiały na silny opór ze strony chorej i kategoryczną odmowę.

Wobec powyższego opierając się na wskazanej przez Schmidt'a technice w tego rodzaju przypadkach zastosowaliśmy roentgenoterapję.

Chora otrzymała jedno naświetlanie i dotychczas poprawy nie można zauważyć — jednak z tego nie można wyciągnąć ostatecznych wniosków, gdyż wskazanem jest kilkakrotne naświetlanie w dłuższych odstępach czasu.

Piśmiennictwo.

1) Fage: Archives d'ophtalmologie t. 41. Nr. 10. 1924. — 2) Luithlen, Mracek: Handbuch der Hautkrankheit b. 3. st. 219—237. — 3) Poulard: Traité d'ophtalmologie st. 623—625. 1923. — 4) Delbanco: München med. Wochenschrift 1902. Nr. 20. — 5) Schreiber: Die Krankheiten der Augenlieder. st. 156—158. 1924. — 6) Wartin: Bulletin de Dermatologie et de Syphil. Nr. 7. st. 26. RN. 1924. — 7) Terson: Encyklopedie Francaise d'ophtalmolog. 539—545. 1906. — 8) Bernhard: Choroby skóry. st. 390—395. 1922. — 9) Darier: Précis de dermatologie st. 435—443 1923. — 10. Vogt: Klinische Monatsblätter für Augen. B. 72. st. 507—509. 1924. — 11) Schmidt: Röntgentherapie. st. 171—172. 1923.

Dr. Jerzy KRZYŻANOWSKI. Lwów.

Cztery przypadki objaśniające niemożność ujednostajnienia postępowania w czasie porodu przy miednicach ścieśnionych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Kierownik: Doc. Dr. Bocheński.

Postępowanie przy miednicach ścieśnionych zależy od tak wielu okoliczności, że w przypadkach pozornie identycznych stosuje się różne zabiegi zależnie nie tylko od warunków, ale i od stanu, w jakim się rodząca znajduje. Wszystkie zabiegi operacyjne mogą mieć tutaj zastosowanie, i choć wartość ich nie jest jednakowa, to jednak musimy je stosować zależnie od sytuacji. Największe trudności w rozstrzygnięciu co do sposobu postępowania istnieją zwykle przy miednicach miernie ścieśnionych, o wymiarze prostym wchodu 7—9 cm. W tych przypadkach doświadczenie położnika i wprawa w ocenianiu sytuacji, ma największe pole do popisu. Przebiegu porodu i jego zakończenia nigdy przewidzieć nie można, bo jak z jednej strony przy pozornie dużym niestosunku porodowym może się poród odbyć siłami natury, tak z drugiej strony będziemy zmuszeni stosować w podobnych przypadkach cały szereg zabiegów operacyjnych jak obrót, kleszcze, hebosteotomia, wymóżdżenie, wypatroszenie i cięcie cesarskie. Stopień ścieśnienia miednicy, względnie wielkości niestosunku porodowego, nie zawsze są czynnikami najważniejszemi w ocenie przypadku. Wielkie znaczenie ma sposób wstawiania się główki, jej zdolność do konfiguracji, dalej jakość bólów porodowych i siła mięśnia macicznego. Opierając się na tych danych, rozstrzygamy co do sposobu postępowania.

O słuszności powyższych uwag miałem sposobność przekonać się podczas obserwowania przebiegu porodu w 4 przypadkach miednic ścieśnionych jakie przydarzyły się w klinice położniczej w czasie jednego tygodnia.

Przypadki te były następujące:

I. Pierwiastka, rodząca na czasie, przybyła do kliniki w II. okresie porodowym. Położenie czaszkowe I., ujście rozwarte zupełnie, główka dużym odcinkiem we wchodzie. Ciemię małe prawie w środku pola badania. Miednica ogólnie ścieśniona, krzywicza, płaska o wymiarach: D. spin.: 24½, D. crist.: 25¼, d. troch.: 28, Conj. ext.: 16. Wobec tego, że główka wydawała się stosunkowo małą i zdolną do konfiguracji, zachowano stanowisko wyczekujące, które okazało się słuszne, gdyż poród nastąpił siłami natury. Płód żywy wagi 2200 gr., o cechach dziecka donoszonego.

II. Rodziła 2 razy. Poród pierwszy przedwczesny w VII. mieś. ciąży, siłami natury, dziecko nieżywe. Drugi poród trwał bardzo długo, zakończył się operacją kleszczową. Płód nieżywy. Obecnie rodzi po raz trzeci na czasie. Położenie czaszkowe I. Miednica o wymiarach: D. spin.: 27¼, D. crist.: 27¼ D. troch.: 29½, Conj. ext. 18. Wobec tego że poród trwał już w domu 2 dni, ciepłota była podwyższona, wody odchodziły brudne i cuchnące, wreszcie wobec tego, że w chwili przybycia rodzącej do kliniki tętno płodu było nieregularne i zwolnione, bo wynosiło 80, czasem 60 uderzeń na minutę, postanowiono ukończyć poród, głównie ze względu na wyraźny uraz porodowy u rodzącej, przyczem nie bez znaczenia była też nadzieja uratowania dziecka, będącego już w silnej asfiksji. Wykonano obrót na nóżkę jako zabieg, który w danej chwili najszybciej można było zastosować, lecz mimo że ręczne wydobycie płodu po dokonanym obrocie poszło gładko i dość szybko, wydobyto płód wagi 3750 gr, którego nie zdołano docucić.

III. Pierwiastka rodząca. Położenie płodu czaszkowe II. Miednica o wymiarach: D. spin.: 22½, D. crist.: 24½, D. troch.: 27¾, Conj. ext.: 18, a więc miednica ogólnie ścieśniona, krzywicza, płaska. Poród trwał już 5 dni. Wody odeszły przedwcześnie. Badanie wykazało ciepłotę 38,6, tętno 108. język suchy, wycieńczenie. Macica w dole bardzo bolesna, pierścień skurczowy wyczuwalny na wysokości 1 palca poniżej pępka. Główka przyparta do wchodu, duże przedgłowie, tętno płodu nieregularne, zwolnione. Założono kleszcze i wykonano kilka pociągań. Skoro jednak główka zupełnie nie postępowała ukończono poród przy pomocy wymóżdżenia. Waga płodu 3200 gr.

IV. Pierwiastka, rodząca, zgłosiła się do kliniki w I-szym okresie porodowym. Położenie płodu czaszkowe II. Miednica ogólnie ścieśniona krzywiczo płaska o wymiarach: D. spin.; 24, D. crist.: 25, D. troch.: 28, Conj. ext. 16¼. Bardzo wyraźne ślady przebytej krzywicy. Przy ujściu na dwa palce rozwartem pękł pęcherz. Bóle silne i energiczne. Badanie wewnętrzne wykonane w 6 godzin po pęknięciu pęcherza wykazało, szew strzałkowy tuż za spojeniem łonowem. Kość boczna tylna w całości prawie wyczuwalna we wchodzie, zaczynające się tworzyć przedgłowie. Wykonano cięcie cesarskie i urodzono płód żywy wagi 4550 gr.

Jak z powyższego widać, w przypadku pierwszym pozostawiono poród siłom natury, gdyż mimo znacznego ścieśnienia miednicy nie stwierdzono niestosunku porodowego, wobec małej główki, tak że w czasie badania miało się wrażenie, że główka ta przejdzie przez kanał rodny, co też rzeczywiście nastąpiło.

W przypadku drugim mimo wyraźnego niestosunku porodowego, spróbowano wykonać obrót, gdyż ani stan matki ani stan dziecka nie pozwalał na dłuższe czekanie. W przy-

padku tym odstąpiono od cięcia cesarskiego, choć ono jedynie mogło być zabiegiem najbardziej wskazanym, o ileby istniała pewność że uda się urodzić płód żywy. Wobec tego jednak że pewności tej nie było, ale przeciwnie płód znajdował się w stanie bardzo silnej asfiksji, tak że lada chwila musiał obumrzeć, próbowano jeszcze uratować go przy pomocy obrotu i ręcznego wydobycia.

W przypadku trzecim wobec grożącego pęknięcia macicy, próbowano jeszcze operacji kleszczowej a skoro ta nie doprowadziła do celu, ukończono poród wymóżdżeniem, które dla matki było zabiegiem bezsprzecznie najdelikatniejszym.

Wreszcie w czwartym przypadku, z uwagi na znaczny niestosunek porodowy, przy asynklitycznem tylnem ustawieniu główki, co już nawet przy normalnej miednicy pogarsza rokowanie porodu, dalej z uwagi na przedwczesne pęknięcie pęcherza, duże przedgłowie na główce zaledwie przypartej do wchodu, wykonano cięcie cesarskie jako jedyny zabieg, który tak dla matki jak i dla dziecka był najwięcej wskazany. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w razie czekania w przypadku tym byłoby przyszło do wymóżdżenia.

Opisane przypadki ilustrują bardzo wyraźnie, jakie wytyczne winne nami kierować przy postępowaniu podczas porodu wobec miednicy ścieśnionej. Dowodzą one niezbicie, że postępowanie to nie może być jednolite i żadnych stałych wytycznych w tym kierunku nie można postawić. Żadne reguły nawet najściślej obmyślane, nie mogą mieć powszechnego zastosowania, ale przeciwnie, postępowanie w każdym przypadku musi być inne. Innemi słowy, możemy mówić jedynie o postępowaniu w każdym poszczególnym przypadku ścieśnienia miednicy.

Na jedną okoliczność chciałbym wskazać, która w jednym z naszych przypadków miała zastosowanie. Mianowicie na stosowanie cięcia cesarskiego przy miednicy ścieśnionej. Sprawa wskazań do cięcia cesarskiego nie jest jeszcze ustalona. Podczas gdy do niedawna stosowano je głównie ze wskazania bezwzględnego, dziś stosuje się je często i ze wskazania względnego. Z drugiej strony przeważna część operatorów stoi na tem stanowisku, że w tychsamych warunkach, rychlej decydują się na cięcie cesarskie u wieloródki aniżeli u pierwiastki. Pierwszy poród bowiem uważamy za próbny, od przebiegu którego uzależniamy nasze postępowanie przy porodach następnych. Zasadniczo więc stanowisko nasze podczas porodu u pierwiastki ze ścieśnioną miednicą winno być wyczekujące. Podnoszą się jednak w ostatnich czasach głosy przemawiające zatem, aby wskazania do cięcia cesarskiego rozszerzyć i na te przypadki ścieśnionych miednic u pierwiastek, u których po dokładnem zbadaniu i uwzględnieniu wszystkich okoliczności, względnie nawet po wyczekaniu pewnego czasu, nabieramy przekonania że zabieg ten daje większą pewność urodzenia płodu żywego, aniżeli poród pozostawiony siłom natury. Czyli, że cięcie cesarskie w takich przypadkach wykonujemy w interesie dziecka. Stanowisko to jest słuszne, a to tem więcej, że przy dzisiejszym stanie techniki operacyjnej jest ono zabiegiem nieprzedstawiającym dla operowanej zbyt wielkiego niebezpieczeństwa. Stojąc na stanowisku rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego nie powinno się jednak wskazań tych zbyt luźno oceniać i w każdym poszczególnym przypadku zbadać dokładnie, czy istnieją warunki zapewniające pomyślny wynik zabiegu. W przeciwnym razie należy w ocenie wskazań być powściągliwszym. Uwzględnić więc należy nie tylko jakość niestosunku porodowego wskutek ścieśnienia miednicy, wielkości płodu czy nieprawidłowego wstawiania się główki, ale nadto stan rodzącej. W przypadku czystym prędzej zdecydujemy się na cięcie cesarskie, aniżeli tam, gdzie temperatura rodzącej będzie podwyższona a zwłaszcza jeżeli kanał rodny będzie już zakażony lub choćby tylko istniała wątpliwość pod tym względem. Więcej wstrzemięźliwym musi być operator w przypadku badanym kilkakrotnie w czasie porodu zwłaszcza przez niepewne ręce, aniżeli w przypadku którego nikt nie badał. W tym ostatnim wypadku bowiem istnieje większa pewność że przypadek jest czysty i że rodzącej nie grozi zakażenie, aniżeli w przypadkach nieczystych a choćby tylko podejrzanych. W tych ostatnich z możnością zakażenia zawsze i to poważnie liczyć się musimy. Jednem słowem powiedzieć musimy że rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego w interesie płodu, wobec udoskonalonej techniki i aseptyki operacyjnej jest zupełnie usprawiedliwione, nie powinno jednak przekraczać pewnych granic, poza któremi interes rodzącej za mało byłby chroniony.

Sprawozdania i korespondencje.

Prym. Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

Sprawozdanie naukowe o ruchu chorych w roku 1924 na oddziale I. B chorób wewnętrznych.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W roku 1924 pozostawało w leczeniu na oddziale chorób wewnętrznych (I. B) państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie 1456 chorych (694 m. 762 k).

Z powodu chorób narządu *oddechowego* leczono 376 chorych (192 m. 174 k.) t. j. 25,8% ogólnej liczby; narządu *krążenia* 163 (67 m. 96 k.) t. j. 11,1%; *trawienia* 207 (117 m. 90 k.) t. j. 14,2%; *układu nerwowego* 70 (36 m. 34 k.) t. j. 4,8%; narządu *moczo-płciowego* 99 (8 m. 51 k.) t. j. 6,8%; z powodu chorób *zakaźnych* 470 (220 m. 250 k.) t j. 32,3%; z powodu chorób *krwi, zaburzeń przemiany materji* i *gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem* 31 chorych (19 m. 12 k.) t. j. 2,1%; z powodu *zatruć* 40 (14 m. 26 k.) t. j. 2,7%; z powodu *pasorzytów* 22 (8 m. 14 k.) t. j. 1,5%; z powodu *nowotworów* 55 (26 m. 29 k) t. j. 3,7%. W 24 przypadkach (15 m. 9 k.) t. j. 1,6% chorych przywieziono do szpitala w *stanie konania*; zmarli oni po kilkugodzinnym pobycie bez badania szczegółowego. W 142 przypadkach (41 m. 91 k.) t. j. 9,1% nie można było stwierdzić *żadnej sprawy chorobowej*, a rzekomo chorzy zostali zaraz ze szpitala wydaleni po dokładnem zbadaniu.

Z powyższego zestawienia wynika, iż największy odsetek chorych leczonych przypadał na choroby zakaźne, gdyż wynosił 32,3%, a następnie na choroby narządu oddechowego 25,8%. Trzecie miejsce zajmowali chorzy okazujący zaburzenia przewodu pokarmowego (14,2%). Czwarte, bo 11,1% ogólnej cyfry, stanowili chorzy dotknięci chorobami narządu krążenia; odsetek chorych układu nerwowego (4,8%) narządu moczo-płciowego (6,8%) był znacznie mniejszy. Odsetek leczonych z powodu zatruć wynosił 2,7%; z powodu nieprawidłowości krwi, przemiany materji i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem 2,1%; z powodu nowotworów 3,7%. Niski odsetek 1,5% stanowili chorzy na czerwie.

Przy bliższem rozpatrzeniu poszczególnych chorób, leczonych na oddziale w roku 1924, rzecz przedstawia się następująco:

I. Choroby zakaźne:

Choroby zakaźne stanowiły największą ilość przypadków leczonych na oddziale, skoro ogólna ilość wynosiła 470 (220 m. 250 k.) t. j. 32,3%.

Największa ilość przypadków dotyczyła chorych na gruźlicę, gdyż z powodu jej leczono 205 osób (89 m. 116k.) t. j. 43,6%. Wogóle odsetek chorych gruźliczych wynosił 14,1%. Ze względu na samą gruźlicę: w 178 przypadkach (83 m. 95 k.) t. j. 37,9% stwierdzono gruźlicę płuc; w 22 przypadkach (4 m. 18 k.) t. j. 4,6% gruźlicę błon surowiczych *(polyserositis)*; w 3 przypadkach (1 m. 2 k.) t. j. 0,6% gruźlicę przewodu moczopłciowego; w 2 przypadkach (1 m. 1 k.) gruźlicę kości t. j. 0,4%; w 1 przypadku (1 m.) t. j. 0,2% zapalenie gruźlicze opon mózgowych. Należy nadmienić, iż chorzy mieli przeważnie gruźlicę otwartą w daleko posuniętym okresie i tylko przejściowo znajdowali się na oddziale, dopóki nie mogli być przeniesieni do szpitalnego baraku gruźliczego. Leczenie w tych z góry już straconych przypadkach było tylko objawowe. W przypadkach gruźlicy otwartej w I i II okresie choroby, tudzież wogóle gruźlicy

zamkniętej, dobre wyniki dawało leczenie mojemi przeciwgruźliczemi wstrzykiwaniami i moją metodą.

Po gruźlicy najwięcej leczono na grypę, bo 132 chorych (69 m. 63 k.) t. j. 28%. W 58 przypadkach (26 m. 32 k.) t. j. 12,3% stwierdzić można było ogniskowe rozsiane zapalenie płuc; wszystkie przypadki prócz 6 (5 m. 1 k.) zakończyły się pomyślnie wyzdrowieniem. U 2 kobiet spostrzegano obraz właściwy śpiączce nagminnej (*encephalitis lethargica)*; obie opuściły szpital w stanie ozdrowienia. Wogóle odsetek śmiertelności w grypie na oddziale był niski, bo wynosił 6%. Zważywszy; że ogólny charakter epidemji w mieście był ciężki, nie da się zaprzeczyć, iż korzystny przebieg w przeważnej części odnieść należy do leczenia oddziałowego, które jak w latach poprzednich — pomiędzy innemi — polegało na stosowaniu podskórnych wstrzykiwań trikrezolu 1% w czasie gorączki i jeszcze 10—14 dni po jej ustaniu. Podnieść należy z naciskiem, iż wstrzykiwania roztworu wodnego 1% trikrezolu, nawet przez dłuższy czas dokonywane — nie drażnią nerek i nie wywołują żadnych zmian szkodliwych w ustroju. Ból chwilowy po wstrzykiwaniach można złagodzić dodaniem małych dawek chloretonu.

Na trzeciem miejscu uderza częstość gośćca stawowego ostrego, który stwierdzono u 61 chorych (29 m. 32 k.) t. j. 11%. Zejścia śmiertelnego nie było pomimo ciężkiego nasilenia przypadków chorobowych. W 10 przypadkach (7 m. 3 k) t. j. 0,2% spostrzegano świeże zapalenie wsierdzia w przebiegu gośćca ostrego stawowego, które ustąpiło we wszystkich przypadkach przy odpowiedniem leczeniu wstrzykiwaniami podskórnemi elektrargolu i pędzlowaniu okolicy serca nalewką jodową obok stosowania okładów zimnych na okolicę serca.

Z powodu duru brzusznego leczono 15 chorych (7 m. 8 k.) t. j. 3,2%; jeden przypadek zakończył się śmiertelnie. W 6 przypadkach (4 m. 2 k.) t. j. 0,2% stwierdzono paratyfus A po zjedzeniu mięsa nieświeżego i kiełbasy; wszyscy chorzy powrócili do zdrowia. U 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 1,2% stwierdzono zapalenie wyrostka robaczkowego i zarządzono przeniesienie po wyleczeniu na oddział chirurgiczny w celu dokonania operacji doszczętnej. U 9 chorych (5 m. 4 k.) t. j. 1,9% rozpoznano czerwonkę *(dysenteria)* i przeniesiono ich na oddział zakaźny dla dalszego leczenia. Z powodu posocznicy leczono 10 chorych (2 m. 8 k.) t. j. 2,2% przyczem u jednej kobiety tylko nastąpiło zejście śmiertelne. W 10 przypadkach (3 m. 7 k.) t. j. 2,2% wystąpiło zapalenie pryszczykowe gardła; w 6 przypadkach (1 m. 5 k.) t. j. 1,2% spostrzegano różę; w 7 przypadkach (5 m. 2 k.) t. j. 1,5% zimnicę trzeciaczkową; w 1 przypadku u mężczyzny (0,2%) zapalenie nagminne opon mózgowych; w 4 przypadkach (2 m. 2 k.) t. j. 1,2% kiłę w okresie drugorzędnym.

II. Choroby narządu oddechowego:

Najwięcej, bo 47,5% stanowili chorzy na gruźlicę płuc i opłucnej; szczegóły przytoczyłem w dziale, omawiającym choroby zakaźne. Z powodu rozedmy płuc, nieżytu oskrzelowego i niedomogi serca znajdowało się w leczeniu 82 chorych (61 m. 21 k.) t. j. 21,7%; w 5,6% (11 m. 10 k.) stanowili chorzy na zapalenie włóknikowe płuc; w 9,6% (13 m. 24 k.) chorzy na zapalenie ogniskowe nieżytowe płuc; w 0,7% (1 m. 2 k.) na zgorzel płuc; w 0,7% (3 k.) na dusznicę oskrzelową; w 9,2% (19 m. 16 k.) na wysięk opłucny surowiczo-włóknikowy; w 0,5% (1 m. 1 k.) na odmę piersiową surowiczą *(seropneumothorax)*; w 1% (2 m. 2 k.) na ropniak opłucny *(pyothorax)*; w 1 przypadku u mężczyzny stwierdzono nowotwór płuc (mięsaka). Zejście śmiertelne, wyłączając gruźlicę nastąpiło w 6 przypadkach z powodu zapalenia płuc włóknikowego, a w 5 przypadkach z powodu zapalenia płuc ogniskowego nieżytowego t.j. 18,9%; w 2 przypadkach zapalenia wysiękowego opłucnej i w 2 przypadkach ropniaka opłucnej; w 8 przypadkach (8%) rozedmy płuc i w jednym przypadku nowotworu płuc. Tę względnie wysoką śmiertelność przy zapaleniu włóknikowem płuc odnieść należy do tej okoliczności, iż chorzy zbyt późno zostali przywiezieni do szpitala i zwykle po kilkunastu godzinach po przyjęciu ginęli. Zresztą poza tem chorzy opuszczali szpital ze znacznem polepszeniem lub wyzdrowieniem.

III. Choroby narządu krążenia:

Z powodu niedomogi mięśnia sercowego i przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego leczono chorych 45 (13 m. 32 k.) t. j. 27,7%; z powodu wad sercowych w następstwie przebytego zapalenia wsierdzia 53 chorych (24 m. 29 k.) t. j. 32,7%; z powodu miażdżycy tętnic 37 chorych (14 m. 23 k.) 22,7%; z powodu tętniaka aorty 1 mężczyznę (0,6%); z powodu zapalenia osierdzia 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 2,4%; z powodu zapalenia włóknikowego osierdzia *(obliteratio sacci pericardii)* 1 kobietę (0,6%). Z powodu nerwicy serca leczono 22 chorych (12 m. 10 k.) t. j. 13,4%. Uderza, iż zgłosiło się do szpitala z chorobami serca więcej kobiet, niż mężczyzn (67 m. 96 k.).

Ilość przypadków chorobowych na tle nerwowem, tak znaczną pośród zaburzeń w narządzie krążenia (13,4%), należy odnieść do następstw powojennych i do ciężkich warunków życiowych, z powodu niepewności najbliższej przyszłości. Również na uwagę zasługuje częstsze pojawianie się miażdżycy tętnic u kobiet, niż w dwóch latach ubiegłych.

IV. Choroby przewodu pokarmowego:

Z powodu ostrego nieżytu żołądka leczono 6 chorych (2 m. 4 k.) t. j. 2,8%; z powodu śluzowego nieżytu żołądka 22 chorych (18 m. 4 k.) t. j. 14%; z powodu nadkwaśności i nieżytu kwaśnego 29 chorych (21 m. 8 k.) t. j. 17,3%; z powodu ostrego nieżytu żołądka i jelit 9 chorych (6 m. 3 k.) t. j. 4,3%; z powodu wrzodu okrągłego żołądka 10 chorych (8 m. 2 k.) t. j. 4,7%; z powodu wrzodu dwunastnicy 5 chorych (5 m.) t. j. 2,5%; z powodu nerwicy żołądka 48 chorych (30 m. 18 k.) t. j. 23,1%; z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 1,8%; z powodu niedrożności jelit 1 kobietę (0,4%); z powodu ropnia podprzeponowego 4 chorych (2 m. 2 k.) t. j. 1,8%; z powodu żółtaczki nieżytowej 19 chorych (12m. 7 k.) t. j. 9,1%; z powodu kamicy żółciowej i zapalenia woreczka żółciowego 16 chorych (5 m. 11 k.) t. j. 7%; z powodu marskości wątroby 5 chorych (2 m. 3 k.) t. j. 2,4%; z powodu choroby Glenarda 6 chorych (6 k.) t. j. 2,5%; z powodu raka przełyku 2 mężczyzn t. j. 0,9%; z powodu raka żołądka 35 chorych (18 m. 17 k.) t. j. 17,4%; z powodu raka dwunastnicy (brodawki Vatera) 1 kobietę t. j. 0,4%; z powodu raka odbytnicy 1 mężczyznę t. j. 0,4%; z powodu raka woreczka żółciowego 1 kobietę (0,4%); z powodu przerzutów na otrzewnej po pierwotnej operacji 5 kobiet (2,4%).

Na uwagę zasługuje okoliczność, iż odsetek raka żołądka wynosił 17,4%, a wrzodu okrągłego 7%. Wrzodem żołądka głównie byli dotknięci mężczyźni (13 m. 2 k.), a rakiem na równi mężczyźni i kobiety (18 m. 17 k). Również uderza niezwykle wielka liczba przypadków nerwicy żołądka (23,1%), przyczem dwa razy częściej dotknięci byli mężczyźni, niż kobiety (30 m. 15 k.).

V. Choroby układu nerwowego:

Na ogólną ilość 70 chorych (36 m. 34 k.) stwierdzono u 11 chorych (4 m. 7 k.) t. j. 15,7% krwotok mózgowy u 2 chorych (2 k.) t. j. 2,8% zapalenie mózgu w następstwie grypy *(encephalitis letargica)*; u 1 mężczyzny (1,4%) zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych; u 1 mężczyzny (1,4%) zapalenie gruźlicze opon mózgowych; u 1 mężczyzny (1,4%) wiąd rdzenia, u 4 chorych (3 m. 1 k.) t. j. 5,7% porażenie postępowe; u 1 mężczyzny (1,4%) rozsiane stwardnienie mózgu i rdzenia; u 1 kobiety (1,4%) zapalenie rdzenia poprzeczne; u 1 kobiety (1,4%) guz mózgu; u 12 chorych (9 m. 3 k.) t. j. 7,1% neurastenję; u 13 chorych (1 m. 12 k.) t. j. 18,5% histerję; u jednego mężczyzny (1,4%) szał opilczy; u 3 chorych (2 m. 1 k.) t. j. 4,2% padaczkę; u 1 mężczyzny (1,4%) ciężką psychozę; u 15 chorych (10 m. 5 k.) t. j. 21,4% zapalenie nerwu kulszowego i rwę kulszową *(ischias)*; u 1 mężczyzny półpaśca *(herpes zoster)* (1,4%). W przypadkach leczenia rwy kulszowej stosowano z korzystnym wynikiem podskórnie zmodyfikowany przezemnie rozczyn soli Trunecka naprzemian z 1% rozczynem trikrezolu wzdłuż nerwu kulszowego.

VI. Choroby narządu moczowo-płciowego.

Z powodu krwotocznego zapalenia nerek leczono 7 chorych (4 m. 3 k.) t. j. 7%; z powodu przewlekłego zapalenia włóknistego nerek leczono 32 chorych (18 m. 14 k.) t. j. 32,4%; z powodu miąższowego zapalenia nerek z następową puchliną leczono 26 chorych (13 m. 13 k.) t. j. 26,2%; z powodu stwardnienia miażdżycowego nerek *(nephrosclerosis)* 2 kobiety t. j. 2%; z powodu gruźlicy nerek 9 chorych (6 m. 3 k.) t. j. 9%; z powodu skrobiawicy nerek leczono 1 kobietę (1%); z powodu ostrego nieżytu pęcherza 8 chorych (6 m. 2 k.) t. j. 8%; z powodu ostrego zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych 4 kobiety (4%); z powodu zapalenia przydatków 5 kobiet t. j. 5%; z powodu nowotworu nerek (nadnerczaka) 1 kobietę (1%); z powodu raka macicy 3 kobiety (3%).

VII. Choroby krwi i zaburzenia przemiany materji tudzież gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem:

Choroby krwi i zaburzenia przemiany materji tudzież gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem spostrzegano u 31 chorych (19 m. 12 k.). U 4 mężczyzn (12,9%) stwierdzono objawy ogólnego wyniszczenia z obrzękiem kończyn w następstwie wygłodzenia; u 6 chorych (3 m. 3 k.) t. j. 19,3% ciężką niedokrwistość; u 2 mężczyzn (6,4%) białaczkę szpikową; u 2 kobiet ostrą limfemję (6,4%); u 3 kobiet (9,6%) chorobę Hodgkina *(lymphadenosis aleucaemica)* u 1 kobiety (3,2%) chorobę Addisona; u 2 kobiet nowotwór gruczołów limfatycznych *(lymphosarcoma)* t. j. 6,4%; u 3 mężczyzn (6,7%) chorobę Werlhofa; u 8 chorych (4 m. 4 k.) t. j. 25,7% cukrzycę; u 1 mężczyzny (3,1%) moczówkę prostą *(diabetes insipidus)*. W cukrzycy stosowano insulinę; odnośne uwagi ogłoszone zostały w «*Polskiej Gazecie Lekarskiej*«.

VIII. Zatrucia:

Z powodu zatruć leczono w roku 1924 na oddziale 40 chorych (14 m. 26 k.). U jednego mężczyzny stwierdzono zatrucie kwasem solnym (2,5%); u 2 chorych (1 m. 1 k.) t. j. 5% rozcieńczonym kwasem siarkowym; u 1 kobiety (2,5%) kwasem azotowym; u 2 chorych (1 m. 1 k.) t. j. 5% kwasem octowym; u 1 kobiety (2,5%) kwasem karbolowym; u 3 chorych (2 m. 1 k.) t. j. 7,5% lysolem; u 1 kobiety (2,5%) sublimatem; u 2 kobiet (prostytutek) nadmanganjanem potasu (5%); u 11 chorych (7 m. 4 k.) t. j. 27,5% alkoholem; u 6 chorych (1 m. 5 k.) tlenkiem węgla; u 1 kobiety weronalem (2,5%); u 1 kobiety (2,5%) formaliną; u 1 kobiety (2,5%) atropiną; u 7 kobiet (10,7%) nalewką jodową.

IX. Czerwie:

Z powodu czerwiów leczono 22 chorych (8 m. 14 k.) t. j. 1,5%; u 5 chorych (2 m. 3 k.) stwierdzono glisty, a w 17 przypadkach (6 m. 11 k.) tasiemca.

X. Nowotwory:

W 55 przypadkach stwierdzono sprawę nowotworową, a mianowicie: raka przełyku u 2 mężczyzn (3,6%); raka żołądka u 35 chorych (18 m. 17 k.) t. j. 63,6%; raka dwunastnicy u 1 kobiety (1,8%); raka odbytnicy u 1 mężczyzny (1,8%); raka pęcherzyka żółciowego u 1 kobiety (1,8%); raka otrzewnej u 7 chorych (2 m. 5 k.) t. j. 12%; raka nerek (nadnerczaka) u 1 kobiety (1,8%); raka sutka u 1 kobiety (1,8%); raka jądra u 1 mężczyzny (1,8%); raka krtani u 1 mężczyzny (1,8%); nowotwór złośliwy płuc u 1 mężczyzny (1,8%).

Ruch naukowy w ubiegłym roku na oddziale był silniejszy niż w latach ostatnich, co głównie należy przypisać tej okoliczności, iż lekarze przydzieleni odznaczali się pilnością i starali się wyzyskać naukowo pod każdym względem materjał szpitalny. Wychodząc z założenia, iż szpital stanowi prawdziwą uczelnię dla lekarzy praktykujących, starałem się odpowiedzieć memu zadaniu jako prymarjusz i badałem wspólnie z lekarzami każdy przypadek chorobowy z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy klinicznych w zakresie badania fizycznego, mikroskopowego, chemicznego i bakterjologicznego, jak również omawiałem leczenie. W przypadkach zejścia śmiertelnego uwzględniałem zawsze epikryzę na podstawie oględzin pośmiertnych w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. prof. dr. Ciechanowskiego. W celu dokładnego zbadania chorego i ustalenia rozpoznania wykonywano w każdym przypadku — nieraz kilkakrotnie — rozbiory chemiczne moczu, kału, treści żołądkowej, krwi, wysięków i wszelkich cieczy patologicznych — badano plwociny bakterjologicznie — jak również przesyłano krew do pracowni bakterjologicznej szpitalnej na oddziale zakaźnym, zostającej pod kierunkiem Doc. dr. Kostrzewskiego, dla wykonywania rozbiorów serologicznych lub też hodowli bakteryj, we krwi się znajdujących. Wartość wyników serologicznych dla lekarza praktycznego ogłosiłem w mojej rozprawie, pomieszczonej w *Polskiej Gazecie Lekarskiej*« Nr. 3, 1925 r. pod tytułem: »*Dalsze uwagi o znaczeniu odczynów serologicznych dla lekarza praktykującego*«. Oprócz tej pracy ogłosiłem w *Nowinach lekarskich*« Nr. 6, 1924 r. pracę: »*Trzy przypadki zejścia śmiertelnego z powodu ostrego zatrucia weronalem*« — a z oddziału wyszła prócz tego jeszcze praca w »*Polskiej Gazecie Lekarskiej*« Nr. 24, 1924 r. napisana przez Dra Blassberga, Joffego i Liwszyca: »*Przyczynek do stosowania insuliny i oznaczania cukru we krwi*«.

Przechodząc do stosunków oddziału szpitalnego należy zaznaczyć, iż bardzo mało zmieniło się na lepsze w porównaniu z rokiem ubiegłym. Warunki leczenia i odżywiania chorych, zaopatrzenie oddziału w potrzebną bieliznę przedstawiały bardzo dużo do życzenia. Brak dotkliwy przyrządów, odczynników i barwików do badania — z powodów finansowych nie pozwala na wykonywanie prac naukowych w szerszym zakroju.

Ze względu na urządzenie oddziału, to wszystkie odnośne uwagi, pomieszczone w sprawozdaniu szpitalnem za rok 1912 (»*Uwagi o ruchu chorych w roku 1912 na oddziale I. B krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie i o stosunkach na tym oddziale*« »*Przegląd lekarski*« 1913, Nr. 15) należy pogłębić w ujemnym kierunku; zwłaszcza grozą przejmuje fakt, iż oddział ten może być rozsadnikiem gruźlicy. Wobec rozłożenia łóżek na salach w odległości 43 cm od siebie — nie jest wykluczonem, iż chory ozdrowieniec, wolny od gruźlicy, zaraża się następnie od sąsiadującego chorego na gruźlicę. Rzecz sama nie wymaga dalszego wyjaśniania. Okoliczność, iż stosunki w szpitalu państwowym mogą przyczyniać się do rozszerzania gruźlicy — zasługuje na napiętnowanie.

Dr. Olgierd SOKOŁOWSKI. Zakopane.

Leczenie gruźlicy sanocrysiną.

(Rzecz wygłoszona dnia 11 lutego na posiedzeniu Tow. internistów w Krakowie, wspólnie z krakowskiem Tow. Lek.).

Pojęcie: »chemoterapja gruźlicy« było zawsze ziemią obiecaną, nieosiągalnym, zdawało się, celem dociekań szeregów badaczy. Usiłowania wszelkie paraliżowała otoczka drobnoustroju, fortece: tkanki gruzełka bez naczyń i wał ochronny tkanki łącznej.

Mölgaard pokusił się o rozwiązanie tego zagadnienia dotąd nierozwiązanego. Przyszłość, może niedaleka, pokaże, czy istotnie go rozwiązał; już stan rzeczy dotychczasowy wykazuje, że zrobił on znaczny wyłom w twierdzy i posunął się o znaczny krok naprzód.

Okoliczności złożyły się dla mnie sprzyjająco, gdyż mogłem przyjrzeć się z bliska narodzinom terapji *sanocrysiną* Mölgaarda: przyłączyłem się bowiem do Komisji rządowej, wysłanej do Kopenhagi celem zbadania sprawy na miejscu.

Mölgaard wyszedł od krytyki zasad swoich poprzedników m. i. Roberta Kocha, Feldta i Spiessa. Zadaniem lecznictwa jest, wedle niego, zmienić kierunek fizykochemicznego procesu w ustroju chorym, nie zaś wyłącznie działać pobudzająco na siły przyrodzone ustroju i wzmagać siłę i szybkość jego reakcji, jak chce teorja katalizatorów.

Z teorji katalizatorów wynika teorja małych dawek, ryzykowna z dwóch powodów:

1) każde ciało chemiczne może być tolerowane przez ustrój w ilościach minimalnych i przynieść jakąś pomoc w walce z chorobą: nie podobna wykazać, aby jakiśkolwiek rodzaj leczenia nie dał w swoim czasie jakichś wyników.

2) Takie leczenie może nieraz przyśpieszyć proces w organiźmie w kierunku niepożądanym. Mölgaard odrzuca tę teorję i wraca do starej drogi mistrza chemoterapji, Ehrlicha, zadziałania bezpośrednio na pierwiastek chorobotwórczy przez wyzyskanie powinowactwa chemicznego danego związku do ciała drobnoustroju.

Ze wszystkich metali związki złota wywierają w stężeniach nawet bardzo małych największy wpływ hamujący na wzrost prątków w hodowli. Należy nadto zważyć dwa momenty: otoczkę prątka i brak naczyń w tkance gruźliczej, w szczególności w gruzełku.

Szereg rozumowań z dziedziny fizyko-chemji doprowadza M. do wniosku, iż po pierwsze powinno się związać metal z taką grupą, która będzie zdolna przeniknąć system tłuszczowy (otoczki), albo uczynić go przenikalnym dla dodatnio naładowanego jonu metalu. Po drugie, że poszukiwane ciało musi być zdolne przenikać przez tkanki zwierzęce, a przytem przenikać szybko, a rozkładać się w ustroju powoli, aby zdążyło przeniknąć przez tkanki gruźlicze przed swojem rozłożeniem się. Beznadziejnem jest, z tego względu, tworzenie połączeń o dużej cząsteczce, która rozpadnie się, zanim dosięgnie laseczników w stężeniu dostatecznem dla jego zabicia. Następnie, właściwości bakterjozwrotne soli metalu mogą iść w parze z jej właściwościami organozwrotnemi. Idzie oczywiście o zredukowanie do minimum tej ostatniej właściwości bez uszkodzenia pierwszej.

Ponieważ sól ciężkiego metalu zawdzięcza działanie trujące na tkanki dodatnio naładowanemu jonowi, chodziłoby o to, by ten jon był mocno związany i wyswobadzał się dopiero po przeniknięciu do ciała laseczników; innemi słowami, związek chemoterapeutyczny nie powinien wprowadzać do ustroju większych ilości jonów metalu. Aby zredukować jego właściwości organozwrotne, należy zamknąć metal w tem znaczeniu, by stężenie jonów metalu w rozczynie wodnym równało się praktycznie zeru. Przy rozkładaniu się związku we krwi nie powinno powstawać wiele trujących ciał rozpadowych, a ciała, z któremi metal jest związany nie powinny też być same trujące.

Po uzyskaniu szeregu połączeń, odpowiadających tym wymaganiom, M. poddał je badaniu w kierunku ich zdolności bakterjobójczych, a w szczególności wstrzymywania wzrostu w hodowlach i wpływania na kwasoodporność. Po wielu próbach wybrał związek $[S_2O_3Au]\begin{matrix}Na\\Na_2\end{matrix}SO_3$, nazwany przez niego *sanocrysiną*, która przedstawia następujące własności fizyko-chemiczne:

1) *sanocrysina* jest ciałem stałem, koloru śnieżno-białego, krystalizującem w długich igłach.

2) Rozpuszcza się łatwo w wodzie; 1 gr może się rozpuścić w 2 ch cm^3 wody; nie jest hydroskopijna. Punkt topliwości jest nieznany, gdyż rozkłada się w 120^0 C.

3) Rozczyn wodny *sanocrysiny* jest prawie obojętny.

4) Dyffunduje bardzo łatwo przez błony zwierzęce; szybkość dyffuzji wynosi około 75% szybkości dyffuzji jodu.

4) $FeSO_4$, SO_2, $SnCl_2$, $H_2C_2O_4$, nie wytrącają złota ze związku, a jodek potasu nie zmienia związku w ciepłocie 100^0 C.

6) Rozcieńczone kwasy mineralne nie działają na *sanocrysinę* w zwykłej ciepłocie. Ogrzane wyzwalają złoto.

7) Rozcieńczony roztwór wodny *sanocrysiny* może być wyjaławiany przy 130^0, bez rozkładania się. Roztwory o stężeniu większem ponad 5% ogrzane do 130^0 rozkładają się wolno. W ciepłocie 5—10^0 roztwory 1%—5% pozostają jasne przez dwa tygodnie (w ciemnym pokoju); na świetle tworzą powoli brunatny osad. *Sanocrysina* w stanie suchym jest bardzo trwała; zamknięta w ampułkach pozostaje niezmieniona przez szereg miesięcy do roku; pod wpływem wilgoci rozkłada się po 3—4 tygodniach i zabarwia się na żółto.

8) *Sanocrysina* nie daje strątu z proteinami, nawet w 1% rozczynie po 24 godzinach w cieplarce przy 40^0. Roztwór 1% w surowicy może być ogrzewany do 40^0 przez 24 godz. bez tworzenia strątu lub czernienia.

9) *Sanocrysina* utleniona H_2O_2 w rozczynie alkalicznym rozpada się na metaliczne złoto i siarczan soli; nie tworzy się ani SO_2 ani H_2S.

Z tego widać, że *sanocrysina* odpowiada wszystkim wymaganiom uprzednio postawionym.

Badania nad wpływem *sanocrysiny* na wzrost laseczników wykazały, że rozczyny (w buljonie 1 : 10,000.000 i 1 : 1,000.000 opóźniają wzrost laseczników w porównaniu z hodowlami kontrolnemi; rozczyn zaś 1 : 100.000 pozbawia zupełnie laseczniki zdolności rozmnażania się (błonki hodowli wypłukane starannie i przeniesione na podłoże wolne od *sanocrysiny* nie odzyskują zdolności wzrostu). Dalsze badania nad bakterjotropizmem *sanocrysiny*, wykazały, że już w rozczynie 5 : 100,000.000 wywiera ona wpływ niszczący na kwasoodporność prątka.

Po stwierdzeniu tak silnego bakterjotropizmu *sanocrysiny in vitro* M. przeszedł do badań nad zwierzętami. Wstrzykiwał świnkom 1 mgr prątków podskórnie i potem jedną ich serję leczył zastrzykiwaniami *sanocrysiny* w miejsce zaszczepienia, drugą pozostawiał własnemu losowi. W pierwszej serji uogólnienie gruźlicy nie nastąpiło wcale, w drugiej nastąpiło u wszystkich.

Z kolei poddał M. *sanocrysinę* badaniom biologiczno-fizjologicznym w zdrowym ustroju. Stężony rozczyn *sanocrysiny* (1 gr na 2 cm^3 wody), zastrzyknięty dożylnie wywołuje tylko lekkie podrażnienie narządu oddechowego, czego nie stwierdza się w rozcieńczeniu większem. Rozczyn $4^1/_2\%$ jest izotonicznym (w stosuuku do przemytych ciałek czerwonych). Zastrzykiwania *sanocrysiny* cielętom (6 cgr. na 1 kg żywej wagi) nie wykazują wpływu na ilość czerwonych ciałek i procent hemoglobiny. *Sanocrysina* w stosunku 3 cgr na 1 kg wagi nie wywołuje zmian w ciśnieniu krwi ani w szybkości i rytmie tętna, ani w krzywej ciepłoty u zdrowego. Na nerki *sanocrysina* nie działa zupełnie w stosunku 1 cgr na 1 kg wagi. Podwójna dawka powoduje lekki białkomocz, szybko przemijający. Ta sama dawka przy powtórnej próbie nie daje białkomoczu. Badania czynnościowe nerek przy pomocy K. J. wykazały, że *sanocrysina* w ilości 2 cgr na 1 kg wagi nie wpływa na szybkość wydzielania jodu. Mikroskopowo stwierdzano tylko lekki obrzęk nabłonka w kanalikach krętych, bez zmian w kłębkach nawet przy 6 cgr na 1 kg wagi. Na kiszki *sanocrysina* wywiera tylko wpływ nieznaczny (rozwodnienie kału). Objawów zatrucia metalowego nie stwierdzono. Prawie całkowita ilość *sanocrysiny* wydziela się przez nerki w ciągu 4 - 6 dni.

T. zw. *dosis tolerata* określił M. na 4 cgr (u świnek) do 6 cgr (u cieląt) na 1 kg wagi. *Sanocrysina* winna być używana w stanie bezwzględnie czystym; strąt wywołany alkoholem z rozczynu wodnego jest 5—10-krotnie bardziej trujący niż czysta *sanocrysina* i dopiero 5-krotne przekrystalizowanie przywraca jej pierwotną małą toksyczność.

Na podstawie tych badań M. stwierdza, że dawka 1—2 cgr na 1 kg wagi (którą w doświadczeniach późniejszych określono jako leczniczą), nie może wywoływać wpływu ujemnego na zdrowy ustrój, jako trzykrotnie niższa, niż *dosis tolerata*.

Następnie przeszedł M. do doświadczeń nad *sanocrysiną* stosowaną u zwierząt gruźliczych i przekonał się, że, duże jej dawki wywołują wstrząs, identyczny z tuberkulinowym (wywołanym u zwierząt gruźliczych przez zastrzyknięcie im tuberkuliny). Wstrząs powstawał zwykle w 2-ch określonych fazach choroby: u sztucznie zarażonych zwierząt, w pierwszych trzech tygodniach po zarażeniu, u zwierząt, które się same zaraziły gruźlicą, w ostatnich tygodniach przed śmiercią. Ponieważ w tych okresach zawartość przeciwciał we krwi zmniejsza się, a często znika, M. wywnioskował, że wstrząs jest wynikiem tego braku, przy nadmiarze świeżo wyzwolonych endotoksyn. Wyrozumował dalej, żsurowica zwierząt chorych na przewlekłą gruźlicę może przeciwdziałać wstrząsowi, o ile zawiera przeciwciała. Leczył za-

tem *sanocrysiną* zwierzęta, zarażone gruźlicą, stosował zapobiegawczo surowicę i przekonał się, że zastrzyknięcie surowicy dożylnie przerywa wstrząs natychmiast. Bez stosowania surowicy musiałoby, zdaniem jego zginąć 50% leczonych *sanocrysiną* zwierząt od wstrząsu tuberkulinowego.

Obecnie surowicę zapobiegawczą wyrabia Instytut serologiczny pod kierunkiem prof. Madsena Uodparnia się cielęta lub konie prątkami zabitemi, następnie żywemi (dożylnie), poczem zastrzykuje się im laseczniki żywe na zmianę z *sanocrysiną*. Surowica taka mianowana jest w ten sposób, że 20 cm³ powinno przerywać wstrząs doświadczalny u cielęcia.

Uzbrojony w ten sposób, przeciwko wstrząsowi M. przeprowadził olbrzymią ilość doświadczeń nad leczeniem *sanocrysiną* zwierząt chorych i zarażonych gruźlicą z wynikiem niezwykle pomyślnym. Stwierdził przytem, że w ustroju gruźliczym *sanocrysina*:

1) wywołuje zawsze odczyn gorączkowy,
2) często odczyn skórny w postaci osutki,
3) zaburzenia kiszkowe (u zwierząt bardziej chorych, biegunkę),
4) nie wpływa na czerwone ciałka i procent hemoglobiny,
5) może wywoływać toksyczną *myocarditis* i co zatem idzie spadek ciśnienia; nie występuje to jednak u zwierząt, którym zastrzyknięto uprzednio dostateczną dawkę uodparniającą przeciw endotoksynom surowicy,
6) waga się zmniejsza,
7) wpływ na nerki bywa bardzo duży, o ile również endotoksyny nie zostaną zobojętnione.

W ustroju wyleczonym *sanocrysina* nie wywołuje
1) białkomoczu (lub tylko ślady),
2) odczynu gorączkowego,
3) zniżki wagi,
4) zaburzeń jelitowych, czyli że, *sanocrysina* nie wywołuje wpływu ujemnego na ustrój wyleczony.

W pracowni swojej pokazywał nam Mölgaard szereg preparatów: makro- i mikroskopowych, mikrofotografij, oraz zwierzęta, znajdujące się obecnie w leczeniu. Preparaty z przypadków wstrząsu doświadczalnego, wywołanego raz tuberkuliną, raz *sanocrysiną* u zwierząt gruźliczych: w obu serjach przekrwienie identyczne w okolicy ognisk gruźliczych w płucach, śledzionie, wątrobie i obrzęk płuc. Preparaty narządów cieląt, zakażonych śródżylnie, potem leczonych lub nieleczonych *sanocrysiną;* preparaty płuc kóz, zakażonych prątkiem wyjątkowo jadowitym i również leczonych i nie leczonych *sanocrysiną*: w przypadku pierwszym *restitutio ad integrum,* w drugim szereg ognisk bardzo obfitych, nieraz z ogniskami zgorzelinowemi. Preparaty narządów świnek, którym zastrzyknięto miazgę z narządów cielęcia zakażonego i następnie leczonego *sanocrysiną*: świnka pozostała nie zarażona.

Dodatnie wyniki opisanych pokrótce badań, pozwoliły M. przejść do stosowania *sanocrysiny* u ludzi.

Rozpoczęto stosowanie w szeregu szpitali kopenhaskich oraz w sanatorjum Veile Fiord i Sölleröd. Badania nad zachowaniem się odczynu wiązania dopełniacza wykazały spadek, a nawet zupełne znikanie przeciwciał we krwi podczas leczenia *sanocrysiną*; szybkość opadania krwinek stale wzrastała; po przerwaniu wstrzykiwań ilość przeciwciał znów wzrastała, a szybkość opadania krwinek zmniejszała się. Odczyn Pirquette'a spadał podczas leczenia, aż do zupełnego zniknięcia, aby znów powrócić po jego ukończeniu.

Statystyka chorych, którą znajdujemy w książce M., obejmuje 135 przypadków gruźlicy płuc i ogólnej, 47 gruźlicy chirurgicznej i 22 gruźlicy dziecięcej. Statystyka ta przedstawia się dosyć ponuro. Samych wypadków śmierci wskutek leczenia jest 20; 18 śmierci w przypadkach z rubryki »obostrzenie« oraz »brak wpływu«, które wynikły, wedle słów autora, z istoty cierpienia. Wstrząs tuberkulinowy dał 5 śmierci, objaw Herxheimera 2; zatrucie *(sanocrysiną)* 5 śmierci i szybko postępujące wyniszczenie 6 śmierci. Historja chorób wskazuje, że stosujący *sanocrysinę* błądzili w początkach pomacku. Wystarczy powiedzieć, że wypadki śmierci z zatrucia wynikły z tego, że stosowano po 1,0—1,25—1,50 co drugi lub trzeci dzień (kumulacja!); w przypadkach lekkich, bez prątków, (9 leczonych) otrzymano wyniki dobre tj. ustąpienie wszelkich objawów. W przypadkach lekkich i prątkujących na 19 otrzymano w 10-u ustąpienie wszelkich objawów, a w 4-ch poprawę (razem 14 z poprawą) w 4-ch *sanocrysina* nie wpłynęła na przebieg, a w jednym dała obostrzenie.

W przypadkach ciężkich: na 83 leczonych, w 5-u ustąpienie objawów, 24-ch poprawa, w 36-u brak wpływu; w 18-u pogorszenie (w dwóch ostatnich rubrykach 18 przypadków zakończyło się śmiercią). Zastanawiającem jest t. zw. ustąpienie objawów w rubryce »ciężko chorych«. Przez to rozumieją autorzy: trwały spadek ciepłoty, trwałe zniknięcie prątków z plwociny, ustąpienie objawów wysiękowych, znaczny przyrost wagi u chorych, leczonych uprzednio szereg lat metodami sanatorjalnemi bez wyników, lub odmą, również z wynikami nikłemi, z powodu zrostów lub przerzutu na drugie płuco. Objawy, wynikające ze spustoszenia »mechanicznego«, jakie gruźlica zostawiła w tych przypadkach, lub wynikające z istnienia łącznotkankowego zwyrodnienia płuc nie ustępują oczywiście wskutek leczenia *sanocrysiną*. Chorych takich poddano dalszemu leczeniu sanatorjalnemu lub odmie i torakoplastyce w wypadkach jam. Do kategorji ciężko chorych, leczonych bez wyniku, należą chorzy z ciężkiemi, staremi zmianami włóknisto-serowatemi, z rozpadem i nieraz z obostrzeniami zapalnemi (świeżemi). U kilku takich chorych zaprzestano leczenia, u innych leczenie ma być stosowane dalej (po zamknięciu statystyki); u innych znów nastąpiła śmierć jako zakończenie nieubłagane procesu postępującego pomimo *sanocrysiny*. W przypadkach »ciężkich z obostrzeniem« chorzy źle znosili *sanocrysinę* i z tego powodu zastrzykiwano ją w długich (nieraz jednomiesięcznych) odstępach czasu lub w małych dawkach, które pobudzały gruźlicę zamiast ją leczyć, i dawały bardzo znaczne pogorszenia.

Bardzo interesujące są dwa przypadki gruźlicy prosówkowej z poprawą (umieszczono je w rubryce »poprawa« tylko dlatego, że pozostały niewyleczone ogniska uboczne, jak gruczoł ropiejący, punkt wyjścia gruźlicy prosówkowej). W jednym z tych przypadków, bardzo ciężkim, stwierdzono uprzednio przechodzenie prątków przez nerki. W każdym z tych przypadków nastąpiło znaczne wyjaśnienie na płycie roentgenologicznej (lub zupełne zniknięcie plamek), spadek ciepłoty do normy i duża poprawa stanu ogólnego. (Trzeci przypadek gruźlicy prosówkowej wcielono niesłusznie do rubryki »bez objawów«, gdyż rozpoznanie nie jest uzasadnione historją choroby, przytoczoną w książce). Gdy się wraca myślą do owej fatalnej cyfry 20 śmierci w skutek samego zabiegu mimowoli przychodzą na myśl wypadki zatorów przy odmie, opisane w piśmiennictwie w zaraniu jej stosowania: wszak obecnie na tysiące przypadków odmy, rzadko słyszy się o zatorach.

Z kategorji gruźlicy chirurgicznej leczono (w Instytucie Finsena) 47 chorych; w 27 przypadkach zastrzykiwano *sanocrysinę* dożylnie z wynikiem nieznacznym. Resztę chorych leczono miejscowo przez infiltrowanie chorej tkanki 1% rozczynem lub przez wstrzykiwanie n. p. do stawu, pęcherza 1% – 5% rozczynu; wyniki otrzymano bardzo korzystne.

Z kategorji gruźlicy dziecięcej, gruczołowej i płucnej, leczono 22 przypadki; z tych z dużą poprawą 17, z poprawą 2, bez zmiany 2, i 1 z wynikiem śmiertelnym w skutek samego leczenia. Były to w większej części, przypadki ciężkie.

Zapoznanie się na miejscu z materjałem klinicznym który się uzbierał po wydaniu książki (do stycznia 1925), upoważnia do bardziej optymistycznego sądu o *sanocrysinie*. Nauczono się wielu rzeczy: wstrząs tuberkulinowy, śmiertelne obostrzenie procesu, lub objaw Herxheimera należą obecnie do wypadków rzadkich, dzięki czemu wyniki dodatnie występują jaskrawiej i widzi się nieraz poprawy wprost zdumiewające. Niepodobna ująć cyfrowo tych około 400 przypadków, gdyż sami autorzy nie opracowali ich jeszcze staty-

stycznie, przygotowując materjał do wielkiej dyskusji o *sanocrysinie* w Kopenhadze w maju b. r.

Na oddziale Knuta Fabera widziałem roentgenogramy, robione w odstępach dwumiesięcznych, w których występowały takie różnice, jakie się czasem tylko widzi po rocznej kuracji sanatorjalnej, (wedle słów tegoż Fabera): obraz wyjaśnia się znacznie, cienie stają się ostro odgraniczone, zjawiają się smugi, zmniejsza się ilość plamek.

Na oddziale Permina widziałem przypadek odmy, gdzie w toku leczenia zjawił się świeży, ostry proces po drugiej stronie; po dwóch miesiącach leczenia *sanocrysiną* znaczna poprawa, wyjaśnienie niemal zupełne na płycie. To samo w innym przypadku rozsianej ostrej sprawy po krwotoku.

Na oddziale Sechera prócz podobnych przypadków, widziałem przypadki wysięków surowiczych w opłucnej, o uporczywej wysokiej ciepłocie, leczonej z szybkim, dobrym wynikiem.

Sofus Bang stosował *sanocrysinę* tylko w dwóch przypadkach: w jednym z nich w *tbc. miliaris*, gdzie na roentgenogramie oba pola płucne były zasiane bardzo licznemi, drobnemi plamkami, otrzymał wybitną poprawę, jednak po szóstem wstrzykiwaniu, którem chciał zakończyć leczenie, zjawiło się ostre zapalenie nerek i chory zginął po dwóch dniach.

Na oddziale chirurgicznym prof. Rowsing leczył kilka przypadków gruźlicy pęcherza po wycięciu nerki zawsze z wynikiem pomyślnym; nie poddające się innemu leczeniu owrzodzenie zabliźniało się po kilku wstrzyknięciach 5% *sanocrysiny* i bez objawów jakiegokolwiek podrażnienia. W kilku przypadkach gruźliczych zapaleń stawów, leczonych wstrzykiwaniem *sanocrysiny* do stawu i do torebki, naciek i obrzęk stawu dosyć szybko się zmniejszał i chory odzyskiwał stopniowo ruchomość stawu. Rowsing wstrzykuje również 5% *sanocrysinę* do ropni chłodnych, po uprzedniem opróżnieniu z ropy. Przy leczeniu spraw otwartych, stawowych lub kostnych, połączonych z rozległą gruźlicą części miękkich, tamponowanie 5% *sanocrysiną* oczyszcza ranę bardzo szybko; chora ziarnina oddziela się jakby przez demarkację i powstaje świeża, zdrowa, szybko dająca bliznę. Sprawy otwarte nie dają żadnego odczynu ogólnego; w zamkniętych zjawia się odczyn gorączkowy, a czasem osutka i białkomocz. Dr. Grawesen (dyrektor Sanatorjum w Veile Fiord) miał 50% poprawy na 50 pogorszenia i bez zmiany. W przypadkach niepomyślnych obserwował powiększenie się jam, jako wyraz reakcji ogniskowej.

Niepodobna oczywiście opisywać tutaj przebiegów leczenia. Podkreślę tylko dwa charakterystyczne objawy: Typowa krzywa ciepłoty w przypadkach z rokowaniem dobrem: szybkie wzniesienie się ciepłoty do 39° nieraz 40° i po dwóch dniach trwania spadek stopniowy w ciągu następnych dwóch do czterech dni. W przypadkach gruźlicy włóknistej ten odczyn gorączkowy każe na siebie czekać dzień lub dwa. Drugi charakterystyczny objaw polega na tem, że po 5—6 wstrzyknięciu *sanocrysina* nawet w dawce zwiększonej (do 1,25) nie wywołuje już prawie żadnego odczynu gorączkowego (Faber nazywa ten objaw *sanocrysin-Festigkeit*), zdaje się dlatego, że *sanocrysina* zadziałała już prawdopodobnie na wszystkie dostępne prątki. Dodać należy, że u wszystkich chorych spada gwałtownie waga podczas leczenia, by potem szybko się podnieść przy zwykłem szpitalnem żywieniu.

Zjawia się pytanie, czy można otrzymać zapomocą *sanocrysiny* tzw. »*sterilisatio magna*«? Otóż wszyscy zgodnie twierdzą, że nie. Tylko Mölgaardowi udało się otrzymać ją u zwierząt, zakażonych gruźlicą dożylnie nawet bardzo dużemi dawkami, u których leczenie *sanocrysiną* rozpoczęto dość szybko. U ludzi pozostaje zawsze nie wyleczone t. zw. ognisko pierwotne, gdzie prątki są niedostępne dla *sanocrysiny* za wałem tkanki łącznej, w chronicznych zaś, włóknistych postaciach, jak łatwo zrozumieć, powstaje przypuszczalnie szereg takich miejsc, odosobnionych od mesodermy (krwi) o tyle, że *sanocrysina* nie mogła przeniknąć w dostatecznem stężeniu. *Sterilisatio magna* u ludzi byłaby nawet nie pożądaną, gdyż, jak wiadomo odporność ustroju taka lub inna trwa tak długo, dopóki w nim tkwi lasecznik i szybko ginie z chwilą zupełnej sterylizacji.

Zapatrywania na różne sprawy połączone z leczeniem *sanocrysiną* Knuta Fabera, Permina, Zechera, Bie, Rowsinga, Würtzena, Grawesena, Bogasona — są w głównych zarysach zgodne. Nazwiska ich są dostateczną gwarancją bezstronności, ostrożności i ścisłości badań. Jeden tylko Secher okazał się czasem zbyt śmiałym w wyborze przypadków. Zdaniem ich nadają się najbardziej do leczenia przypadki ostre wysiękowe, nawet bardzo ciężkie, połączone nieraz z rozległemi ogniskami zapalnemi odoskrzelowemi, wszelkie obostrzenia przewlekłych schorzeń, jak rozsiane, pokrwotoczne procesy, ostry przerzut na drugie płuco przy odmie i t. p. Mniej nadają się postacie produktywne, włókniste, gdzie ogniska chorobowe są otoczone wałem tkanki, słabo unaczynionej. Przypadki z silną toksemją (przyśpieszenie tętna, poty nocne itp) stanowią raczej przeciwwskazanie do *sanocrysiny*, jak i przypadki z biegunką, jako wogóle ciężkie i wróżące bliskie wyniszczenie. Przypadki bardzo lekkie jak n. p. schorzenia gruczołów, zapalenia opłucnej, nieznaczne zmiany szczytowe, nie powinny być leczone *sanocrysiną*, gdyż dają zwykle i tak dobre rokowania, leczenie zaś *sanocrysiną* przedstawia bądź co bądź duże ryzyko. Co się tyczy ciąży, jako przeciwwskazania, nie ma doświadczenia u ludzi. Zwierzęta ciężarne znoszą *sanocrysinę* zupełnie dobrze (zdaniem M. *sanocrysina* zupełnie nie wpływa na przebieg ciąży). W t. zw. gruźlicy miejscowej, wskazania ograniczają się na razie do stosowania *sanocrysiny* miejscowo w postaci 5% rozczynu, jako przepłukiwań pęcherza, zastrzykiwań do stawów i przetok, tamponowania ran otwartych o chorej ziarninie, infiltrowanie torebki stawowej lub n. p. wilka.

Wymienieni autorzy (z wyj. Bogasona) są zwolennikami dużych dawek dożylnych; rozpoczynają od 0,5 (w wyjątkowych wypadkach 0,25) i szybko przechodzą do 1,0 gr. Ponieważ *sanocrysina* wydziela się z moczem w ciągu czterech do sześciu dni. nie powinno się stosować wstrzykiwań częściej niż co 4—5 dni. Zwykle robi się serję z 5—7 wstrzyknięć, a w razie potrzeby powtórną serję po kilkotygodniowym odpoczynku (należy unikać stosowania As., który czyni nerki bardzo wrażliwemi na *sanocrysinę*.

Zwolennikiem dawek małych jest Bogason (sanat. Sölleröd), stosuje on dawki 0,1 do 0,02, obliczając tak, by stężenie *sanocrysiny* we krwi była zbliżone do tej, jaka zabija laseczniki *in vitro*. Stara się on wywołać podwójny proces: zadziałać trująco na zarazek i działać uodparniająco na ustrój przez wyzwalanie zapomocą małych dawek *sanocrysiny*, małych ilości endotoksyn. Nie używa prawie wcale surowicy, gdyż nie obawia się wstrząsu przy małych dawkach, Leczył tylko przypadki ciężkie; otrzymywał zniżkę ciepłoty nieraz utratę prątków, przyrost wagi; tempo leczenia bardzo wolne. Również Permin (Frideriksberg Hosp) rozpoczyna obecnie próby małemi dawkami.

W sprawie stosowania surowicy opinje klinicystów nie są jednakowe. Knut Faber stosuje ją w każdym przypadku i w dużych dawkach: po 20 cm³ dwa razy dziennie, nieraz 7—10 dni z rzędu. Inni stosują rzadziej, ale zawsze 20 cm³ na 36 godzin przed pierwszem wstrzyknięciem *sanocrysiny*, i tylko w przypadkach, gdzie się upewnili, że mogą nie obawiać się wstrząsu, przestając ją stosować, zachowując ją na wypadek zjawienia się białkomoczu, (który wedle wszystkich stanowi wskazanie do zastosowania surowicy, zapobiegającej istotnie białkomoczowi, a w razie jego ukazania się skrócającej trwanie i zmniejszającej jego stopień). Zapowiedź wstrząsu jest wskazaniem naglącem do użycia surowicy. Przy wstrząsie szybko się rozwijającym, zastrzykują natychmiast dożylnie 20 cm³, poprzedzając zastrzyknięcie dawką odczulającą 1—2 cm³. Ujemne strony stosowania surowicy, prócz anafilaksji, polegają i na tem, że surowica cieląt jest bardzo toksyczna dla ludzi. Nic więc dziwnego, że uważa się surowicę za zło konieczne.

Jasnem jest, że stosowanie *sanocrysiny* możliwem jest tylko w klinikach, wszpitalach, lub dobrze urządzonych sanatorjach. Konieczność codziennego badania moczu, kreślenie dokładnej krzywej ciepłoty, tętna wagi, ciągła groźba wstrząsu

lub anafilaksji wymaga obsługi wyszkolonej, umiejącej poradzić sobie w porę w każdym wypadku.

To, co wiemy już dziś o *sanocrysinie*, nie pozwola nam na jej lekceważenie. Fakt, iż po pierwsze: *sanocrysina* przy silnym bakterjotropiźmie jest prawie pozbawiona organotropizmu, jest dużem zwycięstwem, po drugie: *sanocrysina* daje wyniki uderzające w wypadkach, z których wiele bywało dotąd straconych. Jako zaletę podkreślić należy szybkość leczenia w porównaniu ze sposobami dotychczasowemi. Stosowanie miejscowe daje również wyniki dobre i może być swobodniej traktowane, ponieważ znacznie rzadziej towarzyszy mu wstrząs, zatrucie i t. p.

Z drugiej strony należy sobie zdać dokładnie sprawę, że w większości przypadków leczenie *sanocrysiną* to ciężka operacja internistyczna dla chorego, cięższa od niejednej chirurgicznej. Wysokie skoki gorączki, uciążliwe wymioty, nieraz biegunka, duży spadek wagi i osłabienie, dochodzące do prostracji, wypryski na twarzy nie mówiąc o częstej osutce, połączonej z łuszczeniem się całego ciała, skłaniają często chorych do zaniechania dalszego leczenia się, a świadków do zaniechania zamiaru leczenia. Wedle słów Madsena, niektórzy lekarze ze zgrozą patrzyli na dzieło swoje: na chorego, bredzącego, walczącego, zdawało się, ostatnim wysiłkiem ze śmiercią—szczególnie podczas pierwszych dni wprowadzenia *sanocrysiny* do lecznictwa. Dopiero dzięki wynikom późniejszym, jakościowym i ilościowym, szczególnie w przypadkach dobranych trafnie, pesymizm, ustępował miejsca optymizmowi.

Dalszą ujemną stroną leczenia *sanocrysiną* jest konieczność wprowadzania bardzo dużych dawek obcej surowicy Dalsze badania kliniczne, które się przeprowadza nie tylko w Skandynawji, ale i w innych krajach Europy i w Ameryce, dadzą niewątpliwie wiele nowego w kierunku wskazań, techniki a zwłaszcza w kierunku przygotowania mniej toksycznej i bardziej skoncentrowanej surowicy.

Na zakończenie podkreślę jeden szczegół, mało na pozór znaczący dla kliniki. W przypadkach, w których następuje poprawa tylko nieznaczna, *sanocrysina* powoduje trwałe zniknięcie prątków z plwociny, a już samo to stanowi o jej wielkiem znaczeniu społeczno-sanitarnem.

Przegląd piśmiennictwa.

Compt. rend. de la Soc. de Biol.

Nr. 1. 1925.

Lambert i Hermann. **Insulina i sok trzustkowy.** Autorzy badali stosunek wzajemny wewnętrznego i zewnętrznego wydzielania trzustki i przekonali się w doświadczeniach na psach, że zastrzyki insuliny nigdy nie wywołnją wzmożenia wydzielania soku trzustkowe o.

G. Blanc i Caminopetros. **O doświadczalnem gruźliczem zapaleniu spojówek u królika.** Autorzy, szczepiąc pod spojówką wytwory gruźlicze wywoływali u królików gruźlicze zapalenie spojówek. Stałość i szybkość otrzymywanych wyników, łatwość tłumaczenia ich i możność określania ich charakteru z całą pewnością za pomocą badań drobnowidowych tworzą z tej próby doświadczalnej doskonały odczyn laboratoryjny, który można spożytkować w klinice do rozpoznawania gruźlicy. Na 26 przypadków szczepień wytworów gruźliczych (płyn mózgowo-rdzeniowy, mocz, płyn wysiękowy z kolana i z opłucnej, ropa z zimnych ropni, plwocina), w których badanie mikroskopowe nie wykazało (z wyjątkiem plwociny) obecności prątków — otrzymano 26, czyli 100% wyników dodatnich.

Nr. 2. 1925.

Bezançon i E. Etchgoin. **O obecności krętków w plwocinach krwawych.** Na podstawie badań bakterjologicznych 239 plwocin autorzy przekonali się, że na 27 plwocin krwawych; pochodzących od gruźlików, w 26 był obecny krętek podobny do *spirochaete bronchialis Castellaniego.* W 209 plwocinach gruźliczych, poza okresem krwioplucia, bez względu na obecność lub nieobecność prątków, krętków tych nie znajdywano, nie znaleziono ich również w plwocinach krwawych, pochodzących z rozstrzeni oskrzeli. Za pomocą ultramikroskopów krętek omawiany daje się z łatwością odróżnić od krętków banalnych z jamy ustnej.

Lundsgaard i Holboell. **Poszukiwania porównawcze nad dyfuzją glukozy, zawartej we krwi i w czystych rozczynach glukozy.** Pomimo wielkiej ilości doświadczeń nie rozstrzygnięto dotychczas stanowczo pytania, czy cukier we krwi istnieje w stanie wolnym, czy też jest związany częściowo lub w całości z koloidami krwi. Autorzy wykonali szereg doświadczeń, polegających na tem, że badali warunki dyfuzji glukozy, zawartej w następujących płynach:

1) czysty rozczyn glukozy 0,1—0,3%,
2) krew ludzi zdrowych z dodatkiem glukozy lub bez,
3) krew diabetyków,
4) osocze krwi.

Płyny te umieszczane zawsze w jednakowych warunkach w woreczkach kolodjonowych, pozwalających na dyfuzję wyłącznie krystaloidów, a zatrzymujących koloidy. Z badań tych okazało się, że:

1) Dyfuzja glukozy jest zupełnie jednakowa dla krwi osobników zdrowych i dotkniętych cukrzycą.

2) Pomiędzy dyfuzją glukozy krwi i dyfuzją czystego rozczynu glukozy istnieją różnice wyłącznie ilościowe: współczynnik dyfuzji dla rozczynów glukozy jest $2^1/_2$ razy większy od współczynnika dla krwi.

3) Żaden szczegół nie potwierdza hipotezy, jakoby pewna ilość cukru we krwi była związana z koloidami krwi; należy przeto uważać, że glukoza we krwi istnieje w stanie wolnym i że niema pod tym względem żadnej różnicy pomiędzy krwią prawidłową i krwią chorych cukrzycych.

Nr. 3. 1925.

E. Marchouq i Cohen. **O leczeniu zimnicy stowarsolem.** Autorzy badali wartość leczniczą stowarsolu (kwasuacetylooksyaminofenyloarsenowego) w zimnicy na chorych, dotkniętych porażeniem postępowem, których w celach leczniczych szczepiono zarazkami malarji. Gdy po 10 napadach należało przerwać trwanie zakażenia, zastrzykiwano dożylnie sól sodową stowarsolu. Jeden zastrzyk okazał się wystarczającym do osiągnięcia wyleczenia z zimnicy, Pasorzyty znikały zupełnie ze krwi w ciągu 24 godzin, a często w czasie jeszcze krótszym. Pierwsze ginęły gamety, których większość okazuje się tak odporną w stosunku do działania chininy. Dalsze badania przekonają, czy stowarsol, stosowany samoistnie lub też łącznie z chininą, okaże się skutecznym w tak uporczywych czasem przypadkach przewlekłych.

Lucien Brouha. **O wpływie kwasów aminowych na żyły i kapilary.** Fredéricq i Brouha wykazali, że kwasy aminowe wywołują zmniejszenie napięcia ścian tętnic. Autor zajął się zbadaniem wpływu tych kwasów na żyły i naczynia włosowate. Z doświadczeń jego wynika, że kwasy aminowe również i w żyłach wywołują zmniejszenie napięcia ścian żylnych. i to zarówno w żyłach obwodowych jak i trzewnych. Na kapilary kwasy te nie wywierają bezpośredniego wpływu rozszerzającego, natomiast ilość kapilarów otwartych dla krążenia krwi powiększa się.

Lucien Brouha. **O wpływie kwasów aminowych na gładkie włókna mięsne.** Z doświadczeń autora nad wpływem kwasów aminowych na wyodrębnione odcinki moczowodu, macicy i jelit wynika, że wywierają one wpływ wybitnie zmniejszający napięcie gładkie włókien mięsnych tych narządów. Kwasy te okazują więc te samo działanie zmniejszające napięcie zarówno na włókna mięsne naczyń, jak i na mięśniówkę trzew. Tem różnią się one od adrenaliny. Wiadomo, że adrenalina działa w sposób odmienny na włókna mięsne naczyń i na włókna mięsne narządów wewnętrznych, wywierając swój wpływ za pośrednictwem nerwowych elementów obwodowych. Należy więc uznać, że kwasy aminowe działają na inny czynnik niż adrenalina i że nim jest wprost samo włókno mięsne.

Z badań powyższych wynika, że rozszerzenie się naczyń krwionośnych pod wpływów kwasów aminowych zależy od ich własności zmniejszania napięcia gładkich włókien mięsnych.

Lorenzini. **Cechy różniczkowe witamin pokarmowych i witamin wyosobnionych.** Witaminy wyosobnione okazują działanie lecznicze silniejsze niż witaminy pokarmowe, ale

wywierają swój wpływ dobroczynny na odżywianie nawet w tych przypadkach, w których zawodzą witaminy pokarmowe. Dowodzi to, że witaminy pokarmowe i wyodrębnione muszą posiadać pewne cechy odmienne, które mogłyby wytłumaczyć różnice działania leczniczego.

Badania autora nad sokiem, wyciśniętym z marchwi, szpinaku i pomidorów i zawierającym w znacznej ilości witaminy A, B i C, wykazały, że witaminy pokarmowe składają się z koloidów nietrwałych, wykazujących przy badaniu ultramikroskopem ziarna duże, o bardzo słabych wahaniach Browna, że zachowują się jak koloidy elektroujemne i cechują się dializą bardzo powolną.

Badania zaś rozczynów wodnych witamin otrzymanych z tegoż źródła wykazały, że witaminy wyosobnione składają się z koloidów trwałych, o ziarnach dużych, bardzo mocnych wahaniach Browna, zachowują się jak koloidy elektrododatnie i cechują się dializą szybką.

Stan rozczynu, w jakim znajdują się witaminy w pokarmach, tak odmienny od stanu, w jakim znajdują się witaminy wyosobnione, wyjaśnia nam dostatecznie różnicę działania leczniczego. Z badań tych nie wynika bynajmniej, aby witaminy były natury koloidalnej, dowodzą one natomiast z całą pewnością, że są one w znacznej części związane lub też wiążą się z łatwością z podłożem koloidalnem o mniejszej lub większej dyspersji.

Nr. 4. 1925.

M. M. Levy i P. Cordier. **O wchłanianiu się insuliny drogą przewodu pokarmowego.** Autorzy próbowali zastosować na człowieku sposób Wintera podawania insuliny *per os* w rozczynie alkoholowym, który się szybko wsysa wprost z żołądka. Winterowi w doświadczeniach na królikach udawało się otrzymać znaczne obniżenie poziomu cukru we krwi. Badania przeprowadzono zarówno na osobnikach zdrowych jak i dotkniętych cukrzycą. Wynika z nich, że insulina wchłonięta przez przewód pokarmowy w rozczynie alkoholowym może obniżyć poziom cukru we krwi, ale w sposób nie tak stały i prawidłowy, jak po zastrzykach podskórnych; w niektórych przypadkach z powodów, nie dających się uchwycić, działanie insuliny nie ujawniało się wcale. Może przeciwdziała tu szybkość opróżniania się żołądka, wpływ kwasu solnego lub zaczynów trawiennych. Na razie zatem sposobu tego nie można zastosować w celach leczniczych.

B. Douglas. **Leczenie oparzeń adrenaliną. Jej działanie bakterjobójcze i antyseptyczne.** Adrenalina wywiera nadzwyczaj dobroczynny wpływ na gojenie się oparzeń. Pod wpływem okładów z adrenaliny rany goją się szybko. Chory powraca do zdrowia bez gorączki i objawów zatrucia. Autor stwierdził to zarówno na człowieku, jak i doświadczalnie na królikach, które specjalnie oparzone i leczone następnie wyłącznie adrenaliną powracały do zdrowia, gdy króliki kontrolne ginęły wśród objawów typowych dla śmierci z oparzenia. Adrenalina stosowana w okładach i w odpowiednich rozczynach (1:2000 do 1:10000) nawet na bardzo rozległe rany z oparzeń jest zupełnie nieszkodliwa. Nagłe zaprzestanie stosowania może wywoływać zaburzenia miejscowe (przekrwienie). Należy zwracać baczną uwagę, aby stosować rozczyny bardzo rozcieńczone.

Autor stwierdził również, że adrenalina posiada wybitne właściwości bakterjobójcze i antyseptyczne i dowiódł w całym szeregu doświadczeń porównawczych *in vitro*, że działa ona zabójczo na paciorkowce w ogólności, a szczególnie na paciorkowce hemolizujące, na gronkowce, na prątki ropy błękitnej, na *B. coli*, na prątki durowe i t. d.

Dobroczynny wpływ adrenaliny na rany z oparzeń bezwątpienia zależy głównie od jej własności zwężania naczyń. W zakażeniach adrenalina działa miejscowo, stwarzając warunki niesprzyjające rozmnażaniu się drobnoustrojów, przenikaniu wgłąb i wchłanianiu ich wytworów.

Nr. 5. 1925.

Christen Lundsgaard i Eggert Moeller. **Badania wartości próby fenolosulfoftaleinowej w chorobach nerek i w zaburzeniach krążenia.** Autorzy badali na 102 chorych, dotkniętych cierpieniami nerek i narządu krążenia, wartość próby fenolosulfoftaleinowej i przekonali się, że wydzielanie podanego dożylnie barwnika zależy przedewszystkiem od krążenia krwi w nerkach. Zmniejszenie wydzielania barwnika może zależeć od osłabienia krążenia krwi ogólnego, które wpływa również i na nerki (choroby serca, może również i wzmożone ciśnienie); lub też zmniejszenie to zależy od miejscowego osłabienia krążenia w nerkach (*nephrosclerosis, glomerulonephritis*, może niektóre postacie hipertensji i białkomocz ortostatyczny). Przy zatrzymaniu płynu w tkankach i w czystych nefrozach niepowikłanych wydzielanie barwnika nie jest zmniejszone, o ile te stany chorobowe wtórnie nie powodują zaburzeń krążenia, albo nie są powikłane przez osłabienie krążenia miejscowe lub ogólne.

Weissmann i Netter. **Równowaga kwasowo-zasadowa i miesiączkowanie.** Autor określał Ph i rezerwę alkaliczną u kobiet w związku z miesiączkowaniem. Z badania 15 zdrowych kobiet wynika, że w tygodniu przedmiesiączkowym stwierdza się spadek rezerwy alkalicznej, wzrastający dość prawidłowo, tak, że poziom najmniejszy osiąga się w dzień poprzedzający zjawienie się wypływu miesiączkowego. Następnie zaś rezerwa alkaliczna gwałtownie wzrasta, ale nie osiąga odrazu wielkości notowanych w okresie międzymiesiączkowym.

Co się zaś tyczy Ph, to wysokość jego w okresie przedmiesiączkowym naogół zmniejsza się w stosunku do liczb stwierdzanych w czasie odległym od miesiączki, nie opada jednak nigdy poniżej 33, liczby uznanej przez autora, jako dolny stopień wahań fizjologicznych.

U 2 kobiet chorych, których rezerwa alkaliczna w okresie międzymiesiączkowym była nieprawidłowa, stwierdzono podobne stosunki, jak i u zdrowych.

Odchylenia od tych stosunków stwierdzono tylko w 2 przypadkach w związku ze szczególnemi powikłaniami (migrena, ostry napad obłędu).

Z badań powyższych wynika, że okres przedmiesiączkowy cechuje się stanem wyrównanej kwasicy.

Fontan. **Przemiana oddechowa świnek morskich w czasie doświadczalnego zakażenia gruźlicą.** Sprawa przemiany oddechowej w gruźlicy była przedmiotem licznych badań, których wyniki u różnych autorów okazywały się sprzeczne: jedni znajdywali ją prawidłową lub zmniejszoną, inni powiększoną.

Badania doświadczalne autora na zakażonych gruźlicą świnkach morskich wykazały, że

1) przez okres dość długi krzywa tlenu pochłoniętego idzie względnie równolegle ze spadkiem wagi, tak, że współczynnik oddechowy (O_2 pochłonięte przez klg-godzinę) pozostaje stosunkowo prawidłowym;

2) poczynając od pewnego dnia (przeciętnie po 3 tygodniach i na 1—2 tygodni przed śmiercią) stwierdza się rozbieżność pomiędzy krzywemi wagi i pochłoniętego tlenu. Podczas, gdy waga nadal spada, pochłanianie tlenu wzmaga się znacznie; współczynnik oddechowy przeto widocznie wzrasta.

Z badań tych wynika, że oddechowa przemiana materji u zakażonej gruźlicą świnki morskiej nie przebiega jednakowo przez cały czas trwania zakażenia. W pierwszym dłuższym okresie współczynnik oddechowy pozostaje względnie prawidłowym, w okresie drugim końcowym znacznie wzrasta.

Ta dwoistość w przebiegu może wytłumaczyć rozbieżność wyników uprzednio otrzymanych przez innych autorów.

Nr. 6. 1925.

Lambert i Hermann. **Sekretyna i glikemja.** Autorzy badali, w jaki sposób zachowuje się poziom cukru we krwi pod wpływem wzmagającej wydzielanie soku trzustkowego sekretyny. Z badań ich wynika, że:

1) sekretyna wywołuje początkowo szybko przemijającą hiperglikemję, stopniowo następnie się zmniejszającą i dochodzącą czasem do nieznacznej i niestałej hipoglikemji:

2) hiperglikemji, wywołanej przez sekretynę, nie można w żaden sposób uzależniać od zmian w wydzielaniu wewnętrznem trzustki, albowiem utrzymuje się po jej usunięciu.

J. Typograf (Warszawa).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Nr 1. Styczeń. 1925.

J. Nicolas, J. Gaté i P. Ravault. **Z racji dwu przypadków rumienia stwardniałego Barina.** Jakkolwiek większość autorów uważa rumień stwardniały Barina za schorzenie gruźlicze skóry z grupy tuberkulidów, to przecie zapatrywanie to nie jest bynajmniej zapatrywaniem do dziś dostatecznie popartem a przez to bezwzględnie rozstrzygniętem, bo nie brak także głosów skłaniających się do poglądów odmiennych, a mianowicie do przyjęcia etjologji niejednolitej nietylko wyłącznie gruźliczej. W tym ostatnim przypadku rumień stwardniały Barina należałoby uważać za zespół pewnych określonych cech klinicznych o różnej etjologji.

Rumień Barina mógłby być odmianą rumienia guzowatego o przebiegu przewlekłym lub odczynem zapalnym skóry na jakikolwiek czynnik chorobotwórczy banalny. Które zapatrywanie jest słuszne autorowie nie chcą rozstrzygnąć, bo do tego potrzebaby bardzo licznych obserwacyj całego szeregu przypadków. Niemniej dwa spostrzegane przez autorów przypadki mogą być przyczynkiem do etjologji rumienia stwardniałego. W obu przytoczonych przypadkach, mimo typowych objawów rumienia stwardniałego nie zdołano klinicznie stwierdzić najmniejszych objawów gruźlicy w ustroju, nie wykazano prątków gruźliczych ani w preparatach histologicznych ani we kwi ani drogą przeszczepiania na królika, ale czyż te ujemne wyniki badania, pytają autorowie słusznie, są dostatecznemi dowodami przemawiającemi przeciw etjologji gruźliczej? Nie przemawia »przeciw« jak nie przemawia bezwzględnie »za« utkanie histologiczne w tuberkulidach najczęściej napotykane, ale przecie nie bezwzględnie dla tuberkulidów znamienne. Jakkolwiek w obu przypadkach przytoczonych przez autorów obraz histologiczny odpowiadał obrazowi tuberkulidu, autorowie nie chcą na nim opierać etjologji gruźliczej, podnoszą jednak z naciskiem, że dodatni wynik wiązania dopełniacza z wywoływaczem gruźliczym stwierdzony w obu przypadkach przemawia przecież za etjologją gruźliczą.

Lee Mac Carthy. **Przyczynek do badań nad grzybicami naskórka z przedstawieniem sześciu nowych pasorzytów.**

J. May. **Hiperkeratoza zlewająca się i uogólniona w następstwie stosowania salwarsanu.** Plamy barwikowe, jako następstwo leczenia arszenikiem, znane są powszechnie, natomiast w piśmiennictwie francuskiem nie opisuje nikt zmian barwikowych w skórze, jako następstwa leczenia salwarsanem. Tymczasem ze spostrzeżeń autora wynika, że salwarsan jako połączenie arsenowe może być przyczyną plam barwikowych i to plam zarówno wtórnych, powstałych po zmianach zapalnych w skórze jakoteż, co ważniejsze, plam samoistnych niejednokrotnie dosyć rozległych. Te przebarwienia arsenowe zdarzają się najprawdopodobniej po stosowaniu dawek wyższych salwarsanu niż te, które stosuje się powszechnie we Francji. W Uruguaju lekarze stosują w ciągu 3 lub 4 lat leczenia kiły nierzadko około 200 gr (!) neosalwarsanu, a sam autor zastosował u jednego chorego w ciągu 6 lat leczenia około 150 gr neosalwarsanu.

Plamy barwikowe posalwarsanowe nietyle jednak zasługują na uwagę, ile spostrzegany przez autora przypadek hiperkeratozy ogólnej rozsianej w postaci drobnych guzków zrogowaciałych, guzków trzymających się ujść gruczołów potowych, bądź odosobnionych, bądź zlewających się w większe ogniska, a rozmieszczonych gęsto na tułowiu i odnóżach. Znane powszechnie nadmierne rogowacenie przyskórka po stosowaniu arsenu ogranicza się zwyczajnie do skóry dłoni i podeszew. Przypadek autora dowodzi, że po stosowaniu znacznych dawek neosalwarsanu hiperkeratoza arszenikowa może się uogólnić i pojawić się w tej wyjątkowej postaci.

R. Bonnefous i A. Valdiguié. **Tłuszczaki i hipercholesterynemja.** Do poprzednich swych spostrzeżeń, że tłuszczakom towarzyszy nadmierna ilość cholesteryny we krwi dodają autorowie spostrzeżenia nowe oparte na dwu przypadkach. W przypadku pierwszym ograniczonemu, tłuszczakowi na przedramieniu towarzyszyła dosyć znaczna ilość cholesteryny we krwi bo dochodząca do 0,243% natomiast tłuszczak sam nie zawierał ani śladu cholesteryny. W przypadku drugim tłuszczakowi okolicy nadobojczykowej towarzyszyło również zwiększenie ilości cholesteryny we krwi wynoszące 0,225% cholesteryny. Kępkom żółtym *(xanthoma)* towarzyszy, jak wiadomo, wybitna cholesterynemja, a same komórki kępek żółtych wykazują duże ilości cholesteryny. Tłuszczaki cholesteryny nie zawierają, ale być może, że cholesterynę wyłowioną z krwi zmieniają w tłuszcz.

Lenartowicz (Kraków).

Revue du Trachome.
Nr. 3. 1924.

Nicati. **O leczeniu jaglicy środkami wyjaławiającemi i o swoistem działaniu siarczanu miedzi.** Środki takie jak rtęć, jod i arszenik i różne ich preparaty, znane są jako środki bakterjobójcze i wyjaławiające. Próbowano też ich przy leczeniu jaglicy i, aby osiągnąć rozleglejsze i głębsze ich działanie na tkankę chorą, zastrzykiwano je pod spojówkę w roztworach: Sublimat 1:1000, *Hydrargyrum cyanatum* 1:1000, jod 1:1000, arszenik-atoxyl 1:10.

Swoiste działanie siarczanu miedzi na granulacje jagliczе stosowanego w sposób klasyczny na powierzchnię spojówki, znane jest już od czasu Hippokratesa. Ten fakt skłonił autora do wypróbowania tego środka w postaci zastrzykiwań podspojówkowych. Zastrzykiwał po 1 cm^3 w rozcieńczeniach od 1/1000 do 1/100 pod spojówkę w załamku poza tarczką. Występował zależnie od koncentracji większy lub mniejszy, zawsze dość silny jednak obrzęk powieki *(paupières en capote)*, który jednak bez powikłań ustępował po ośmiu dniach. Wstrzykiwania takie autor powtarzał na jednem oku najwyżej sześciokrotnie; po dłuższej przerwie ewentualnie przystępował do drugiej serji. Po kilku takich wstrzyknięciach granulacje ustępowały, a na spojówce powstawała blizna blada *(cicatrix pallida)* gładka, ciemna, lśniąca i nie tworząca zaciągnień. Blizna taka jest stygmatem dokonania się sterylizacji tkanek dotkniętych jaglicą i ich wyleczenia.

J. Sedan i F. Morenon. **Próba leczenia jaglicy rozwiniętej (ciężkiej) metodą Nicati.** Na podstawie pracy Nicatiego autorowie przystąpili do leczenia jaglicy rozwiniętej injekcjami podspojówkowemi siarczanu miedzi.

Zastrzykiwali roztwory od 1/1000 do 1/200 z dodatkiem 1% nowokainy, na jednem oku, podczas gdy drugie pozostawało bez leczenia dla kontroli. Po 2 do 3 zastrzykach granulacje stawały się mniej pełne, mniejsze a następnie występował »stygmat zdrowienia« Nikatiego w postaci bladej blizny półksiężycowej na tarczce. To leczenie zastosowano w 10 przypadkach jaglicy niepowikłanej; u 4-ch chorych uzyskano dużą poprawę, u 4-ch innych poprawę mierną a u 2-ch leczenie pozostawało bez wyniku. Autorzy przypuszczają, że przy stosowaniu siarczanu miedzi w koncentracji 1/100 z dodatkiem, jak proponuje Aubaret, kilka kropli adrenaliny, która ma potęgować jeszcze działanie siarczanu miedzi, będzie można osiągnąć lepsze wyniki.

Revue générale d'ophtalmologie.
Nr. 3. marz 1924.

Dr. Bettremieux. **Oderwanie siatkówki a sklerotomja przyrogówkowa nieprzebijająca.** Autor przytacza trzy przypadki oderwania siatkówki u miopów, jeden stary i dwa świeże, u których przez dokonanie sklerotomji niedrażniącej w pobliżu rogówki osiągnął wyleczenie. Sklerotomja taka ma ułatwiać odpływ krwi żylnej a wywoływać obfity przypływ krwi tętniczej, co ma tu być czynnikiem leczniczym. Autor już wcześniej ogłosił szereg przypadków, z których wynika, że metoda ta daje dobre statystyczne wyniki.

M. Zachert (Kraków).

Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie u. Therapie des Ohres, der Nase u. des Halses.
Von Passow u. Schaeffer
T. XXI. Z. 1—6 1924.

K. Beck-Heidelberg. **Przyczynek do guzów okołomigdałkowych mieszanych (tłuszczak śluzakowaty).** Autor opisuje u 17 letniej chorej guz wielkości jaja gęsiego, o gład-

kiej powierzchni i sprężystej konsystencji, który wypuklał całą okolicę migdałka lewego, powodując przesunięcie języczka na prawo. Gruczoły chłonne nie były powiększone. Ponieważ od strony jamy ustnej wyłuszczenie guza napotykało na trudności, przystąpił autor do wyłuszczenia go przez cięcie, przeprowadzone za kątem szczęki dolnej. Badanie drobnowidowe stwierdziło budowę odpowiadającą śluzakowatemu tłuszczakowi, który według autora rozwinął się z pozostałości tkanki zarodkowej, a nie jest tłuszczakiem o cechach wtórnego zwyrodnienia.

A. Brüggemann-Giessen. **O operacji włókniaków jamy gardłowo nosowej.** Bardzo dogodny dostęp do wyłuszczenia włókniaków jamy gardłowo-nosowej daje według autora metoda, polegająca na wycięciu tylnej części przegrody nosowej zapomocą kleszczy Hajeka od strony jamy nosowej wolnej od guza. Usunięcia guza można dokonać zapomocą noża Beckmana lub gorącej pętli. Autor zaleca opisaną metodę operacyjną nad inne dotychczas znane (Partscha, Kochera, Krogiussa i Denkera). Dla łatwiejszego opanowania ewentualnego krwotoku zapętla czasowo obie tętnice dogłowowe i wykonuje zapobiegawczą tracheotomję.

O. Piffl. **O operacji guzów nerwu słuchowego.** Opisuje dwa przypadki guza nerwu słuchowego, operowane z bardzo dobrym wynikiem drogą wycięcia wyrostka sutkowego i piramidy kości skalistej czyli t. zw. metodą przezbłędnikową. Zestawiając 9 przypadków z piśmiennictwa pomyślnie tą metodą operowanych uważa ją za bez porównania dogodniejszą od metody Krausego z kilku powodów: 1) odległość od powierzchni jest przy metodzie przezbłędnikowej około 2 cm krótsza, 2) przez wycięcie piramidy mamy dostateczny dostęp do wyłuszczenia guza i nie naruszamy tkanki mózgowej, co w większości przypadków, operowanych metodą Krausego ma miejsce 3) metoda przezbłędnikowa jest jedyną, pozwalającą na wycięcie części guza w przewodzie słuchowym wewnętrznym się znajdującej, wreszcie 4) można dojście rozszerzyć przez zabranie części łuski kości potylicznej i skroniowej (jak to zaleca Schmiegelow) o ile guz jest zbyt duży.

F. Reuter. **Śmierć oseska wskutek reflektorycznego porażenia serca po zadławieniu się smoczkiem.** 7 tygodniowy osesek zadławił się smoczkiem gumowym opatrzonym w metalowy pierścień, który utkwił u wejścia do krtani i wywołał duszność. Po wykonaniu tracheotomji wrócił prawidłowy oddech. Przy wydobywaniu smoczka wystąpiła nagle bladość i natychmiastowa śmierć oseska. Sekcja nie wykazała nic charakterystycznego. Autor przypuszcza, że nastąpiło w tym przypadku odruchowe porażenie serca wskutek zadrażnienia *n. laryngeus superior*.

K. Schmiegelow. **Septyczna angina.** Na podstawie spostrzeżeń swoich i innych autorów dochodzi do wniosku, że w wielu przypadkach septycznej anginy można chorego ochronić od śmierci, o ile się wcześnie przystąpi do radykalnego leczenia, które da się ująć w 3 punktach:

1) przez cięcie boczne szyi stworzyć odpływ na zewnątrz i przez tamponadę od dołu przeszkodzić postępowaniu zakażenia w dół (wykonanie t. z. mediastinotomja collaris),

2) zastosować leczenie szczepionką względnie surowicą najlepiej z zarazków wyhodowanych z krwi chorego lub w braku takiej szczepionki zastosować otrzymaną w handlu.

3) wzmocnić siły chorego przez sztuczne odżywianie i podawanie środków nasercowych.

Dobrzański (Lwów).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.

IV. Bd. 4. Z.

Raestrup. **O wykazywaniu benzolu przy otruciach.** Wykazywanie benzolu przy sekcji otrutych napotykało do niedawna na wielkie trudności z powodu jego lotności i zwykle zużytej małej jego ilości. Dopiero Joachimoglu podał w tym celu dobrą metodę a mianowicie zamianę benzolu na nitrobenzol o charakterystycznej woni, ale metoda ta jest uciążliwa i niezupełnie charakterystyczna. Autor opierając się na stwierdzonej przez Kockela własności rozpuszczania się sudanu przy obecności nawet małych ilości benzolu oraz na jego wysokim punkcie zamarzania podał swoją metodę wykazywania benzolu nietylko jakościowo, ale nawet częściowo i ilościowo przy pomocy oziębiania par destylatu, które przy obecności benzolu powodują rozpuszczenie sudanu. Próba ta ma być czuła, charakterystyczna tylko dla benzolu a nie dla substancyj pokrewnych, jest szybka i łatwa do przeprowadzenia.

Völkler i Koopmann. **O zatruciu cyjankiem potasu.** Autorowie opisują przypadek samobójstwa przez otrucie cyjankiem potasu kobiety 25-letniej przez 3 wstrzyknięcia podskórne około 0,42 gr KCN oraz zażycie wewnętrzne większej dawki. Opierając się na materjale sekcyjnym prosektorjum szpitala portowego w Hamburgu wynoszącym 75 przypadków zatrucia tym środkiem, autorowie podają kilka dat statystycznych.

Liczba tych otruć podczas wojny zmniejszyła się wyraźnie; w 72 przypadkach były to samobójstwa a tylko w 3 morderstwa, w 59 przypadkach w grę wchodzili mężczyźni a w 16-tu kobiety; trzecia część przypadków przypadała na wiek między 20-tym a 30-tym r. życia. Również na podstawie tego materjału sekcyjnego oraz na podstawie własnych doświadczeń autorowie dochodzą do następujących wniosków: 1) że przyczyną śmierci przy otruciu cyjankiem potasu jest porażenie centralne, znacznie rzadziej uduszenie przez zadrażnienie centralne; 2) KCN jest trucizną działającą na tkanki, mniej na krew, 3) że KCN nie powstrzymuje gnicia zwłok, 4) działanie KCN użytego podskórnie jest słabsze niż *per os*, 5) Zachowanie się krwi zależy od ilości sinu, który się dostał do krwi i od długości jego działania; tylko przy wcześnie wykonanej sekcji jest krew żywoczerwona, 6) barwa plam pośmiertnych nie jest charakterystyczna; plamy żywoczerwone powstają tylko przy odpowiedniej wilgoci zwłok, gdyż wtedy łatwiej się odbywa utlenienie Hb.

Giese. **Ocena ze względu na ubezpieczenie urazowego skrętu flexura sigmoidea i jelita cienkiego.** Robotnik, którego uderzyła silnie w brzuch beczka z piwem od czasu tego wypadku czuł się niezdrów, w tydzień zaś zachorował wśród objawów zapalenia otrzewnej i zmarł, nie zgodziwszy się na zabieg operacyjny. Pierwszy znawca, obducent dr. H., uznał, że skręt kiszek jest następstwem urazu a mianowicie pierwotnie wystąpiło lekkie zapalenie otrzewnej, które spowodowało porażenie jelit i jako następstwo skręt kiszek; drugi zaś znawca, prof. Lochte, twierdzi, że skręt kiszek nie powstał wskutek porażenia jelit, gdyż byłby wystąpił wcześniej po wypadku, lecz mógł powstać samoistnie. Autor jako trzeci znawca wyklucza pierwotne porażenie jelit, które mogłoby powstać tylko po ciężkiem zmiażdżeniu brzucha, wywołującem zwykle *shock* i któreby wystąpiło szybciej niż tydzień po wypadku; również uważa za bardzo rzadkie zapalenie otrzewnej w następstwie urazu bez uszkodzenia jakiegoś organu jamy brzusznej, a także skręt kiszek bardzo rzadko występuje jako następstwo zapalenia otrzewnej; wobec tego więc, a zwłaszcza wobec stwierdzonej dyspozycji do skrętu (długa krezka) autor uważa skręt kiszek za samoistny, bez związku z wypadkiem.

Kempner i Thiele. **O związku między zapatrywaniami pewnego okresu a stosowaniem kary wobec umysłowo chorych.** Autorowie przedstawiają rozwój historyczny oraz stan obecny postępowania karnego wobec umysłowo chorych; w ostatnich czasach najwięcej uwagi zwraca się na stany zmniejszonej poczytalności i na stany graniczne między zdrowiem a chorobą umysłową, co dawniej było mało uwzględniane.

Delbrück. **Ciekawy przypadek upojenia sennego.** W ostatnich czasach w porównaniu z ubiegłem stuleciem mało się zwraca uwagi na senne upojenie, a przyczyną tego jest, że te przypadki chyba wyjątkowo dają się obserwować przez lekarzy, a przeważnie opierają się na zeznaniach świadków. Gudden zebrał niedawno 11 podobnych przypadków, które podzielił na upojenie fizjologiczne, afektywne, senne i alkoholowe.

Autor uważa za ważniejsze te przypadki, które nie są natury sądowej, gdzie alkohol nie odgrywa roli i gdzie się zna poprzednio anamnezę chorego. Taki właśnie przypa-

dek opisuje u urzędnika 40-letniego, psychopaty, który po znużeniu zasnął głęboko i którego nagle zbudziły odgłosy na ulicy. Gdy otworzywszy na chwilę oczy ujrzał światło pochodzące od motocyklu, doznał uczucia strachu, przypuszczając że to jest pożar i wyskoczył przez okno. Przypadek ten najbardziej zbliża się do upojenia sennego G u d d e n a, choć brak zaburzeń pamięci i podniecenie przed uśnięciem nie pozwalają go zaliczyć ściśle do jednego z typów G u d d e n a.

IV. Bd. 6. Z.

S ö r u p. **Odontoskopja, przyczynek dentystyczny do medycyny sądowej.** Najczęstsze zadanie sądowo-lekarskie dentysty polega na określaniu tożsamości i wieku osobników na podstawie uzębienia; trudniejsze jest rozpoznawanie sprawcy na podstawie ran kąsanych stwierdzonych na ofierze. W tym kierunku brak w piśmiennictwie dentystycznem wskazówek. Trudności przy tego rodzaju badaniach przedstawia autor na podstawie przypadku morderstwa z lubieżności; radzi brać pod uwagę niezbyt głębokie odciski zębów, robić też zdjęcia fotograficzne naturalnej wielkości. U podejrzanego sprawcy zaś należy sporządzić odlew gipsowy uzębienia, z niego przez odontoskopję, analogiczną do daktyloskopji odcisk na papierze, a z niego na kalce; odcisk ten powinien się zgadzać z fotografją zadanych ran kąsanych. Czasem wystarczą odciski tylko dwu, a nawet i jednego zęba.

R a d. **W sprawie nieprzytomności w napadzie histerycznym w odniesieniu do § 176—2.** Autor zastanawia się nad znaczeniem słowa »bezprzytomny« w § 176—2 niemieckiej u. k. o zgwałceniu i zgadza się z Hübnerem, że tu nie chodzi o zupełną bezprzytomność, ale także o stany częściowego braku przytomności, jak w napadzie histerycznym. W przypadku opisanym przyjął autor bezprzytomność na podstawie wywiadów, okoliczności i badania u kobiety zgwałconej w napadzie histerycznym, zaznacza jednak, że w podobnych przypadkach należy być ostrożnym ze względu na częste fałszywe oskarżenia histeryczek.

B r o c k. **Przypadki kazirodztwa.** Na 710 przypadków przestępstw płciowych spotkał się autor z 40 przypadkami bądźto rzeczywistego kazirodztwa, bądźto z oskarżeniami o nie. Tylko 4 przypadki były przedmiotem rozpatrywań sądowo lekarskich, w innych zwykle świadkowie lub poszkodowane cofali swoje zeznania, zwłaszcza, gdy chodziło o ukaranie osoby utrzymującej rodzinę. Bardzo częste były fałszywe oskarżenia z różnych powodów; często czyny były popełniane w zamroczeniu alkoholowem.

L a v e s. **Zajmujący przypadek morderstwa.** Nauczycielka muzyki została zamordowana w swojem mieszkaniu przez 2 sprawców przez rany tłuczone głowy, kłute klatki piersiowej i ranę ciętą na szyi, a więc narzędziem tępem i ostrem. Autor na podstawie sekcji oraz śledztwa określa porządek, w jakim rany zostały zadane, oraz przypuszczalny udział każdego ze sprawców.

D y r e n f u r t h. **O ilości gazów gnilnych w sercu i ich znaczenie dla śmierci z zatoru powietrznego.** Autor przy pomocy przyrządu, poprzednio przez siebie opisanego mierzył zawartość gazów gnilnych w sercu w różnym czasie po śmierci i przekonał się, że już w świeżych zwłokach są ich małe ilości, jednak uwzględniając okoliczności (czas od śmierci, ciepłota otoczenia, ilość krwi w sercu) można przez oznaczenie ilości gazów w każdej z komór serca przy znacznie większej ich ilości w komorze prawej rozpoznać śmierć z zatoru powietrznego. Badanie chemiczne, czy mamy do czynienia z powietrzem, czy gazami gnilnemi nie doprowadza do wyników.

H e y. **Rozróżnienie histologiczne kości ludzkich i zwierzęcych.** Na podstawie własnych badań oraz piśmiennictwa autor dochodzi do wniosku, że odróżnienie kości ludzkich od zwierzęcych przez badanie histologiczne jest niepewne i dla celów sądowo-lekarskich nie ma większego znaczenia.

H e l l s t e r n. **Opaski przepuklinome bez sprężyn w zakładach karnych.** Ponieważ opaski przepuklinowe ze sprężynami okazały się niebezpieczne w zakładach karnych, gdy więźniowe z nich wyjmowali sprężyny dla różnych celów wprowadzono opaski bez sprężyn, które pełnią dobrze swoje zadanie, o ile stałą jest kontrola lekarska.

Szulisławska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 4 lutego 1925 r.

Przewodniczy: prof. M a j e w s k i.

Obecnych 55 członków.

Odczytanie protokołu z posiedzenia w dniu 28 I. 1925.

Kol. M a j e w s k i przedstawia chorą, u której wydobył **wągra wśródgałkowego** za pomocą przecięcia twardówki w okolicy równika między mięśniami, prostym górnym a prostym środkowym. Badanie wydobytego pasorzyta za pomocą lupy Zeissa wykazało na główce wieniec haczyków gołem okiem prawie niedostrzegalnych. Jest to zatem *Cysticercus cellulosae.*

W dyskusji przemawiał kol. B l a s s b e r g i Kol. R o s e n h a u c h, który wspomina o przypadku wągra, stanowiącym ze względu na swój przebieg unikat w piśmiennictwie. Dr. J u d i n (Klinische Monatsbl. Augenh. 1923 sierpień) obserwował chorą z wytrzeszczem gałki ocznej lewej. W głębi oczodołu wyczuwano guz. Roentgen: zaćmienie całego oczodołu. Rozpoznano: *Tumor retrobulbaris.* Przy operacji (wyjęcie gałki) wypływa ciecz a z nią wągr średnicy 18 mm. W głębi natrafiono na płat czołowy mózgu. Tamponada. Chora uzdrowiona. W miesiąc potem: obrzęk powiek, chełbotanie. Po nacięciu drugi wągr 22 mm średnicy. Wągr z płatu czołowego mózgu przedostał się, zniszczywszy górną ścianę oczodołu poza gałką oczną, wywołał wytrzeszcz i zanik nerwu wzrokowego.

2. Kol. D y b o s k i wygłasza odczyt p. t.: **Próby leczenia kiły przetworami arsenu, podawanemi na wewnątrz.** Przetwór arsenowy, będący obecnie w handlu pod nazwą stovarsolu, jest zachwalanym przez autorów francuskich głównie jako środek zapobiegawczy przeciw zakażeniu kiłowemu. W klinice krakowskiej przetwór ten został wypróbowany jako środek leczniczy w czterdziestu trzech przypadkach kiły, głównie świeżej. Wpływ na zmiany chorobowe okazał się wybitnym, krętki znikały 48 godzin po podaniu pierwszej dawki. Odczyn Wassermanna przechodzi w ujemny zaledwie w połowie ogólnej ilości przypadków. Zaburzenia niepożądane są rzadkie. Najważniejszem z nich było rozlane zapalenie skóry, w objawach swych i przebiegu podobne do zapalenia skóry po salwarsanie. Wadą nowego sposobu leczenia jest nieustalone jeszcze dawkowanie.

W dyskusji Kol. W a l t e r zwraca uwagę na przedmiotowy sąd prelegenta w ostrożnem ocenianiu wyników leczenia. Przypadki były bardzo szczegółowo obserwowane — to też wyniki powyższych badań przyczyniają się znacznie do ugruntowania naszego sądu o działaniu leczniczem stowarsolu. Sądzi jednak, że należy być ostrożnym w stosowaniu leczenia powyższego — w przypadkach nadających się do leczenia poronnego, aczkolwiek zdaje sobie sprawę z doniosłego znaczenia naukowego tych prób leczniczych. Żałuje tylko, że Kol. prelegent nie przedstawił swych badań nad sposobem wydzielania się as z ustroju przy leczeniu stovarsolem, które to badania bezwątpienia będą miały pierwszorzędne znaczenie — ze względu na brak podobnych badań.

Kol. L e n a r t o w i c z podziela pogląd kol. Waltera, że w przypadkach kiły okresu pierwotnego, zwłaszcza surowiczo-ujemnego, nie należy pozbawiać chorego dobrodziejstwa leczenia poronnego i z tem liczono się poważnie w klinice w początkach prób leczenia stowarsolem, wykluczając takich chorych z zakresu prób leczniczych. Stanowisko to zmieniono dopiero po zapoznaniu się ze spostrzeżeniami autora francuskiego. Cl. S i m o n'a, ogłoszonemi w jednym z ostatnich numerów »Bulletin de Dermatol«. S i m o n stosował preparat podobny, nazwany »treparsolem« w kile okresu pierwotnego surowiczo-ujemnego i zapobiegł nie tylko pojawienin się osutki, ale przejściu odczynu Wassermanna w dodatni. Ten właśnie okres kiły może rozstrzygnąć o wartości zapobiegawczej stowarsolu i dlatego próby w tym kierunku są szczególniej pożądane.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 29. kwietnia 1925 r.

Przewodniczy kol. K. O p o c z y ń s k i, sekr. kol. E. C z a r n e c k i.

Obecnych 52. osoby, w tej liczbie 32. członków Towarzystwa.

1. Z powodu śmierci członka Twa, śp. prof. dr. Antoniego M i k u l s k i e g o, zmarłego 13 kwietnia b. r., prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.
2. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dnia 25. marca b. r.
3. Kol. A. W i r s z u b s k i — pokaz chorego 17 lat, który od 4—5 miesięcy cierpi na **drżenie zamiarowe.** Objaw ten obejmuje

prawą rękę, przyczem wahania nie ograniczają się do odcinka obwodowego, lecz rozszerzają się na całą kończynę. Rozpoznawając stwardnienie wieloogniskowe (sclerosis-disseminata), mówca zwraca uwagę na czynnik etjologiczny danego przypadku. Chory z zawodu pasterz, strzegł trzody owiec, nagle z lasu wyskoczył wilk i porwał jedną z nich. W kilka dni po tem zajściu powstała choroba; istnieje więc wielce prawdopodobne przypuszczenie o bezpośrednim związku poważnego wzruszenia, a powstania cierpienia organicznego układu nerwowego w postaci sclerosis disseminata.

Dyskusja: Kol. St. Trzebiński zapytuje o obecne poglądy na etjologię stwardnienia wieloogniskowego. Kol. I. Abramowicz: Czy było badane dno oka? Kol. A. Wirszubski w odpowiedzi: Niektórzy autorzy przywiązują więcej wagi w powstawaniu tego cierpienia takim czynnikom, jak zakażenie, zatrucie, uraz, przeziębienie, zaniedbując rolę wzruszenia, emocji. Ostatnia wojna światowa dowiodła, że wśród organicznych cierpień układu nerwowego pierwsze co do częstości miejsce zajmuje stwardnienie wieloogniskowe; na wojnie do tego przyczyniają się zawsze wysiłki fizyczne, jak i wielkie wzruszenia. Również i przypadek demonstrowany dobitnie przemawia za emocją, jako czynnikiem odgrywającym rolę w powstawaniu sclerosis disseminata. Dna oka nie badano. (Streszczenie własne).

4. Kol. Abramowicz (wyniki pracy wspólnej, wykonanej z dr. J. Tymińskim). Pokaz fotografji i preparatów histologicznych nerwiaka (neurinoma) powiek. W przypadku tym był miękki rozlany nowotwór powiek i prawej skroni. Z powodu olbrzymich rozmiarów twór ten przybrał postać fałdzistej słoniowatości, w głębi której wyczuwano cienkie splotowate powrózki. Na preparatach, barwionych według Weigert-Van Gieson'a, widać obok bujania pochewek łączno-tkankowych skórnych nerwów również rozrost ciałek Schwann'a. W związku z powyższem mówca podaje historję rozwoju pojęć na histogenezę t. zw. nerwowłókniaków. Do ciekawych objawów przypadku należy niski wzrost, upośledzenie rozwoju intelektualnego oraz powiększenie siodełka tureckiego — wymiaru 17 mm. × 11 mm.

(Rzecz przeznaczona do druku).

Dysknsja: Kol. Cz. Falkowski uważa, że barwienie solami srebra może przyczynić się do wyjaśnienia budowy nowotworu; barwiąc skrawki według metody Achucarro, można odróżnić włókna nerwowe od włókien tkanki łącznej. Kol. K. Opoczyński zapytuje, czy była asymetrja twarzy; wskazując następnie artykuł Heusch'a w Virchow's Archiv, gdzie autor wiąże powstawanie nerwowłókniaków z akromegalją, która może się stać wynikiem uszkodzenia nerwu współczulnego. Kol. W. Jasiński. — Czy włókniak na powiece oka odpowiada w zupełności guzom, często nader licznym, w chorobie Recklinghausen'a. W odpowiedzi kol. I. Abramowicz stwierdza tożsamość tych tworów i zaznacza, że w przypadku omawianym było wybitne powiększenie siodełka tureckiego.

5. Kol. St. Mahrburg — pokaz 3 preparatów **nowotworów nerek** z Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B. (Przypadki pooperacyjne Kliniki chirurgicznej U. S. B.). Na podstawie przeprowadzonych badań w dwóch przypadkach rozpoznano nadnerczaki Grawitz'a, w przypadku trzecim raka nerki, już makroskopowo o charakterze zupełnie odmiennym. Omawia następnie mówca rozwój poglądu na histogenezę nowotworów Grawitz'a i wyodrębnia w tej sprawie 3 następujące okresy: 1. Okres podporządkowania nowotworów typu Grawitz'a ogólnie przyjętemu podziałowi nowotworów złośliwych. 2. Okres, poczynając od Grawitz'a, w którym uznaje się za podłoże rozwoju nowotworów nadnerkowych, rozsiane zarodki nadnercza. 3. Okres z poglądem na rozwój nadnerczaków z pozostałości komórek zarodkowych różnych tkanek, rozwijających się z aparatu moczowego od najwcześniejszego jego okresu.

Dyskusja: Kol. K. Michejda przedstawia przebieg obrazu klinicznego przed i po operacji u chorych, od których pochodzą preparaty. U chorej z m. Grawitz'a wystąpiła mocznica. W sprawie przypadku raka nerki na podstawie przebiegu choroby i cystoskopji myśleć można było raczej o kamieniach nerkowych. Po czterech tygodniach jednak wystąpiło krwawienie z lewej nerki; podczas operacji stwierdzono nowotwór. Kol. J. Michniewicz przytacza dwa przypadki raka nerek, z których w jednym rozpoznanie zrobiono na podstawie krwawienia i wieku, w drugim, gdzie operowano już po dwóch tygodniach od początku krwawienia i stwierdzono rozległe gruczoły. Kol. K. Opoczyński. Czy nadnerczaki omawiane dawały krwawienie, ponieważ w przypadkach, gdzie nie są one otoczone torebką, dają zwykle krwawienie, w przeciwnym razie zazwyczaj nie krwawią. Kol. K. Michejda. Nadnerczaki mogą dawać krwawienie, objaw ten jednak występuje równie dobrze i przy kamieniach nerkowych. Kol. L. Achmatowicz mówi o przypadku nadnerczaka, gdzie jedynym objawem było tylko krwawienie.

6. Kol. Falkowski. **Pokaz roentgenogramów po zastosowaniu odmy sztucznej czaszki i po wprowadzeniu lipjodolu do kanału kręgowego** zapomocą nakłucia podpotylicznego. Omawia technikę, wskazania i wyniki, jakie dają obie te metody. Dotychczas stosował w Wilnie dwa razy odmę sztuczną i dwa razy wpuszczał lipjodol. Obie metody mogą w znacznym stopniu przyczynić się do pogłębienia i ułatwienia djagnostyki schorzeń układu nerwowego, nie są niebezpieczne i łatwo są znoszone przez chorych.

Dyskusja: Kol. M. Trzeciak. Nie występując przeciw samej metodzie odmy czaszkowej, uważa, że przedstawiony aparat jest jeszcze za mało precyzyjny, co w tego rodzajach badaniach ma bardzo duże znaczenie; następnie uważa nakłucia podpotyliczne przy zapaleniach opon, jako wymagające większej zręczności technicznej i dające się z pożytkiem zastąpić przez zwykłą punkcję lędźwiową lub sposobem Lewkowicza. Co zaś do djagnostyki uszkodzeń mózgu, to ta metoda może być stosowana tylko w późniejszych przypadkach, gdyż w świeżych komplikacje występujące przy tej metodzie mogą zaciemnić obraz. W końcu zapytuje, czy lipjodol, który ma zawierać 45% jodu, podług mówcy nie szkodzi choremu ze względu na koncentrację. Kol. A. Januszkiewicz mówi o tem, że wprowadzenie dużych ilości jodu (był okres kiedy podawano po 750 kropel nalewki jodowej w ciągu dnia w dużej ilości mleka z żółtkiem) wobec tworzenia się albuminatu jodu, jest nieszkodliwe dla ustroju. Kol. L. Achmatowicz. Objawy mózgowe u pewnego chorego lekarza po wprowadzeniu lipjodolu znacznie się spotęgowały. Kol. K. Opoczyński. Wśródczaszkowe wprowadzenie leku nie może być zupełnie obojętne dla ustroju; należy przypuszczać, że do tego sposobu uciekają się autorowie w przypadkach, kiedy inne zabiegi są nieskuteczne.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Na VI. Zjazd, Internistów polskich, który odbędzie się jednocześnie z XII. Zjazdem lekarzy i przyrodników (12—16-go lipca), nadesłano w dalszym ciągu (patrz P. G. L. Nr. 18 z dnia 3 maja b. r.) następujące odczyty:

21. Offenberg (Warszawa): O stosowaniu metody »osłuchowo-dotykowej«, w rozpoznawaniu schorzeń jamy brzusznej.

22. Kryszek i Kotson (Łódź): O sercu chorych grużliczych. Ilustrowany roentgenogramami (szpital im. Poznańskich Łódź).

23. Rożkowski (Częstochowa): O równoważnikach bólowych w chorobach narządów wewnętrznych.

24. Cytronberg (Warszawa): O klinicznych i doświadczalnych badaniach zjawisk fizyczno-chemicznych, towarzyszących trawieniu w przewodzie pokarmowym zdrowym i schorzałym (Klinika prof. Gluzińskiego).

25. Rosnowski (Warszawa): Stan serca w żółtaczce (Szpital Ujazdowski),

26. Adamowicz (Kraków): O wpływie pewnych bodźców chemicznych na czynność wydzielniczą trzustki (Klinika Kraków),

27. Łukaszczyk (Kraków): Wpływ insulinowego leczenia na przemianę materji u chorych na cukrzycę (Klinika Kraków).

28. Łukaszczyk (Kraków): Petrenowska metoda leczenia cukrzycy.

29. Prof. Orłowski (Kraków): Wpływ jarzyn na wydzielniczą czynność żołądka (badania kliniczne doświadczalne). Klinika.

30. Prof. Orłowski (Kraków): W sprawie metod badania wydzielniczej czynności żołądka (Klinika Kraków).

31. Doc. Tempka (Kraków): Wpływ Zubera na przemianę istot azotowych oraz wydzielanie soku żołądkowego i dwunastnicowego (badania kliniczne). Klinika Kraków.

32. Tuchendler (Warszawa): Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszki grubej w świetle badań wziernikowych rektoskopowych.

33. Krajewski (Bielszewice, Górny Śląsk): Znaczenie osłuchiwania szczytów pach w djagnostyce wczesnej gruźlicy płucnej.

34. Jezierski (Poznań): Leczenie gruźlicy złotem. (Klinika).

35. A. Landau i I. Held (Warszawa): O dodatnim odczynie Wassermanna w przebiegu powolnego zapalenia wsierdzia »Endocarditis lenta«.

36. A. Landau i I. Held (Warszawa): Przyczynek doświadczalny do nauki o powstawaniu u człowieka żółtaczki hemolitycznej przemijającej. (O leczniczem działaniu fenylhydrazyny w stanach policytemji wtórnej. (Szpital Wolski).

37. A. Landau, M. Fejgin i S. Lilienfeld-Krzewski (Warszawa): Uwagi o próbach klinicznych badania czynnościowego nerek.

38. A. Landau i M. Fejgin (Warszawa): O nowoczesnem postępowaniu leczniczem w cukrzycy. (Szpital Wolski).

39. Prof. Modrakowski i H. Sikorski (Warszawa: Nowe preparaty kamforowe z projekcjami krzywych. Doświadczalne badania nad działaniem Hexotonu i Camphogenu na czynność serca, ciśnienie krwi i oddech. (Zakład farmakologj i Uniwersytetu.)

40. Leyko i H. Sikorski (Warszawa): Infusum, Tinctura i Folia Digitalis oraz ich przetwory fabryczne. (Lecznicza wartość i różnice w działaniu tych preparatów). Uniwersytet.

41. Leyko i H. Sikorski (Warszawa): Środki lecznicze, wymagające farmakologicznego standardyzowania. (Streszczenie w tytule). (Zakład farmakologji Uniwersytetu).

42. F. Obarski (Warszawa): Przyczynek do leczenia wstrzykiwaniem mleka podostrych i przewlekłych schorzeń stawów na podstawie 125 przypadków.
43. H. Kryszek (Łódź): Przyczynek rozpoznawania hypertonji samoistnej. (Szpital im. Poznańskich).
44. L. Rosenberg (Łódź): Objaw opadania krwinek czerwonych, spostrzegany w naczyniach włosowatych.
45. Uryson A. (Łódź): Badania nad wahaniami ciał białkowych w surowicy krwi w stanach patologicznych.
46. Itelson I. (Łódź): Przemiana wodna w związku z zaburzeniami koloidalnemi ustroju. (Szpital im. Poznańskich).
47. Margolis A. (Łódź) Szpital miejski: Typy wydzielania żołądkowego.
48. Szyfman L. (Łódź): Thrombopenia essentialis.
49. Doc. Klejn (Warszawa): Wpływ fizjologiczny wycięcia śledziony na ustrój (Szpital na Czystem).
50. Doc. Klejn (Warszawa): Wyniki lecznicze wycięcia śledziony w chorobach wewnętrznych. (Szpital na Czystem).
51. Tenże: O odrębnej postaci gruźlicy jamy brzusznej. (Szpital na Czystem).
52. Tenże: Zawartość wapnia we krwi w niektórych chorobach. (Szpital na Czystem).
53. Tenże: Stosowanie dużych dawek żelaza w niedokrwistości (Warszawa, Szpital na Czystem).
54. Tenże: Nowe środki nasercowe. (Warszawa, Szpital na Czystem).
55. Szour M.: Indykonemia i azotemia. (Warszawa, Szpital na Czystem).
56. Tenże: Spostrzeżenia nad niedokrwistośclą złośliwą (Warszawa, Szpital na Czystem).
57. Kobryner: Znaczenie rozpoznawcze obecności lipaz we krwi (Warszawa, Szpital na Czystem).
58. Redel; Krew chorych w rok po splenektomji. (Warszawa, Szpital na Czystem).
59. Lapidus, Sattler i Wigdorowicz: O znaczeniu odczynu Mateffiego i Biernackiego w gruźlicy. (Warszawa, Szpital na Czystem).
60. Goldinberg i Zylberlast: Nowe próby czynnościowe wątroby (Warszawa, Szpital na Czystem).
61. Frank: Gastroskopja gastroskopem Loeniga (Warszawa, Szpital na Czystem).
62. Bokser: Spostrzeżenia nad hypertonją. (Warszawa, Szpital na Czystem).
63. Kobryner: Spostrzeżenia fizjologiczne podczas zgłębnikowania dwunastnicy. (Warszawa, Szpital na Czystem).
64. Prof. Franke (Lwów, Zakład patologji): O wchłanianiu z tkanki podskórnej w doświadczalnej nephritis.
65. Prof. Franke i Hornung (Lwów, Zakład patologji): Odczyny koloidowe złotowy i mastyksowy w płynach obrzękowych.
66. Sabatowski i Goertz (Lwów, Zakład patologji): O wpływie dowozu wody na poziom cukru krwi.
67. Goertz (Lwów, Zakład patologji): Badania nad stosunkiem albumin i globulin w płynach obrzękowych.
68. Fuchs-Dąbrowski Wł. (Lwów, Zakład patologji): Badania oscyllometryczne u sportowców.
69. Kuhl K. (Lwów, Szpital powszechny): Spostrzeżenia nad zachowaniem się odporności ciałek czerwonych w pierwotnej hemolitycznej skazie krwotocznej.
70. Meller N. (Lwów, Szpital powszechny): Sprawozdanie z przypadku polycytythemii, leczonego z dobrym skutkiem fenylhydrazyną i naświetlaniem kości długich.
71. Tenże: (Lwów, Szpital powszechny): O stosowaniu soli bromowych przy wysiękach opłucnowych.
72. Prof. Lubieniecki (Poznań): W kwestji dynamiki rozszerzonego serca.
73. Doc. Oszacki (Kraków): O określaniu tolerancji węglowodanowej za pomocą poborowego przecukrzenia krwi.
74. Prof. Januszkiewicz (Wilno): Sprawozdanie z ruchu chorych i stanu kliniki terapeutycznej II. wewnętrznego Uniwersytetu Stefana Batorego od chwili jej otwarcia 1. II. 1922 do 1. VII. 1925 r.
75. Budziński H. (Wilno, Klinika): O leczeniu przewlekłych postaci gośćca stawowego w domu i klinice.
76. Pawłowski K. (Wilno, Klinika): Przyczynek do badań sprawności czynnościowej wątroby.
77. Tenże: Podstawowe i pomomocnicze metody leczenia cukrzycy. (Wilno, Klinika II.).
78. Prof. Modrakowski (Warszawa, Klinika I.). Ocena krytyczna działania środków nasercowych, stosowanych dożylnie, doustnie i dorektalnie, na podstawie spostrzeżeń klinicznych przy współudziale Drów Goldmanówny, H. Goota i Stefanowskiego.
79. Stefanowski A. (Warszawa, Klinika I.): Zrosty serca z osierdziem i klatką piersiową.
80. Misiewiczówna I. (Warszawa, Klinika I.): Badania ciśnienia żylnego w chorobach serca i nerek.
81. Koczyński A. (Warszawa, Klinika I): Wabania stężenia jonów »H« w moczu jako czynnik leczniczy w przewlekłych zapaleniach miedniczek nerkowych wywołanych przez laseckę okrężnicy.
82, Landsberg M. (Warszawa, Klinika I.): Nowa próba szybkiego stwierdzenia azotemji.
83. Tenże: (Warszawa, Klinika): Z badań nad mechanizmem działania insuliny.
84. Landsberg i Gnoiński (Warszawa, Klinika I.): Btdania nad pozanerwowem wydalaniem mocznika.
85. Petrynowski M. (Warszawa, Klinika I.): Badania nad stosunkiem ilościowym cholesteryny wolnej do związanej w żółtaczkach.
86. Trzebiński I. (Warszawa, Klinika, I.): O stosunku globulin i albumin w moczu, u chorych nerkowych.
87. Gerner K. (Warszawa, Klinika I.): Patogeneza wrzodów żołądka i dwunastnicy w świetle spostrzeżeń, poczynionych nad przedziurawionemi uchyłkami Meckel'a.
88. Zabawska-Domosławska (Warszawa): Całkowite przemienienie trzew rozpoznane za życia (2 rodus. pyp. i uwagi ogólne).
89. Stefanowski A. (Warszawa, Klinika II.): O leczeniu naparstnicą przez odbytnicę.
90. Biernacki A. (Warszawa, Szpital D. I. III. p.). Badania balometryczne, arterjometryczne i biologaficzne.
91. Biernaki A. i Kipman I. (Warszawa, Szpital D. I.): Balometrja, arterjometrja i bolografja.
92. Goldberg I. (Warszawa, Szpital D. I.): Zawartość cukru we krwi i cierpieniach serca i w innych stanach chorobowych.
93. Goldfeil I. (Warszawa, Szpital D. I.): Stosunek napięcia nerwu współczulnego do zawartości wapnia we krwi.
94. Goldman L. (Warszawa, Szpital D. I.): Znaczenie praktyczne czynnościowych sposobów badania nerek.
95. Jelenkiewicz Z. (Warszawa, Szpital D. J.): Przyczynek doświadczalny do sposobu powstawania padaczki.
96. Kornberg J. (Warszawa, Szpital D. J.): Wartości kliniczne obecności kwasu moczowego we krwi.
97. Krauze A. (Warszawa, Szpital D. J.): Wartość kliniczna badania układu roślinnego metodą Danielopolu.
98. Landsberger J. (Warszawa, Szpital D J.): Zachowanie się układu roślinnego. w okresie regularności i przekwitania.
99 Spiro A. (Warszawa, Szpital D. J.) Wartość kliniczna białych ciałek krwi podług szematu Szillinga.
100. Doc. Semerau-Siemianowski i Typograf (Warszawa): W sprawie zespołu objawów przy pierwotnie wzmożonem ciśnieniu (hypertensio consentialis).
101. Doc. Semerau-Siemianowski i dr. Radoniowa: (Warszawa): Stosowanie chinidyny w niemiarowości zupełnej (migotanie przedsionków).
102. Typograf i Dobrowolski (Warszawa): Leczenie spraw gruźliczych krysolganem.

Prelegentów, którzy nie zgłosili wyraźnie napisanych streszczeń, nie przekraczających 10 wierszy druku, upomina się o śpieszne nadsyłanie tychże, gdyż z dniem 1 czerwca ropoczyna się druk programu naukowego Zjazdu.

Dalsze zgłoszenia przyjmowane nie będą. Wobec zbyt obfitego materjału czas przeznaczony ną wygłoszenie odczytu będzie ograniczony do 10 minut.

Przewodniczący Sekcji Medycyny wewnętrznej:
A. Puławski.

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża zwrócił się do Zarządu Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z prośbą o wyjednanie ulgowych honorarjów lekarskich dla urzędników Państwowych, będących członkami Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża. Zarząd Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, mając na uwadze ciężkie warunki materjalne urzędników państwowych, na posiedzeniu w dniu 7 bm. uchwalił zwrócić się do członków Izby z prośbą o jaknajrychlejsze powiadomienie o swej decyzji kancelarję Izby (Niecała 7). Zarząd ze swej strony proponuje 50% zniżkę od wysokości honorarjum, pobieranego przez poszczególnych lekarzy.

Członkowie Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża i ich rodziny będą się legitymować kartą członka zwyczajnego Stowarzyszenia. Listy lekarzy, którzy wyrażą zgodę na stosowanie ulg przy pokieraniu honorarjum, bedą przesłane Zarządowi Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża.

Pisarz Izby *Ignacy Sochacki* — Naczelnik Izby *Adam Przybo owski*

Walka z gruźlicą.

Reaktywowanie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą we Lwowie.

Walka z gruźlicą — tą największą plagą ludową, wyniszczającą siły społeczeństwa i narodu, podkopującą dobrobyt, osłabiającą tężyznę szerokich mas, zmniejszającą ich wytwórczość, nadwerężającą bitność armji a przez to obronność Państwa, wymaga, jeśli ma być skuteczną i zwycięską, zespolenia

i usilnej, a uzgodnionej i planowej działalności czynników państwowych, samorządowych, społecznych i obywatelskich pod jednolitem kierownictwem rządu, który posiada środki, aby nawet tam, gdzieby zawiodło odwoływanie się do poczucia obywatelskich obowiązków, zapewnić należyte wykonanie powziętych w najżywotniejszym interesie publicznym zamierzeń.

W tym duchu podjęte dotychczas usiłowania tutejszego Wydziału Zdrowia Publicznego zdołały już wytworzyć kadry organizacji walki z gruźlicą na obszarze Województwa lwowskiego w postaci sieci 23 Powiatowych Kół walki z gruźlicą i 27 Przychodni przeciwgruźliczych, a nadto pozyskały poparcie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, które umożliwiło powołanie Kas chorych do współudziału w walce z gruźlicą i w bardzo znacznych kosztach, z nią połączonych.

Budzi się też w społeczeństwie samorzutna inicjatywa do walki z gruźlicą, którą należy ująć w zespół ogólnej organizacji tej walki, aby zapobiedz rozpruszaniu sił i szkodliwemu krzyżowaniu się poczynań.

Pragnąc rozszerzyć i pogłębić pracę na tem polu i zapewnić jej współdziałanie wszystkich powołanych czynników, reaktywuję Wojewódzką Komisję walki z gruźlicą, jako organ doradczy i opinjodawczy tutejszego Wydziału Zdrowia Publicznego, i powołuję do niej przedstawicieli państwowej administracji ogólnej, samorządu dzielnicowego i gminnego, wojskowości, Kas Chorych, szpitalnictwa, szkolnictwa, Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza, tudzież zrzeszeń i Instytucyj, które w walce z gruźlicą udział biorą.

Jestem przekonany, że nikt z powołanych nie uchyli się od obowiązku pospolitego ruszenia przeciw najstraszniejszemu wrogowi wewnętrznemu społeczeństwa i Państwa, jakim jest gruźlica.

Równocześnie z powyższą odezwą ustanowił Wojewoda następujący:

Regulamin Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą we Lwowie.

§ 1. Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą jest organem doradczym i opinjodawczym Urzędu Wojewódzkiego (Wydziału Zdrowia Publicznego) we Lwowie w zakresie walki z gruźlicą wogóle, a w szczególności w następujących zadaniach:

a) Inicjatywa w sprawie walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem i Państwie;

b) Udzielanie na żądanie władz opinji w sprawach, dotyczących walki z gruźlicą;

c) Organizowanie walki z gruźlicą na obszarze Województwa lwowskiego;

d) Zespolenie i uzgodnienie na tem polu działalności Rządu, Samorządu, Kas chorych i wszelkich Tow. i Instytucyj, zajmujących się bezpośrednio lub pośrednio zwalczaniem gruźlicy na obszarze Województwa lwowskiego;

e) Organizacje propagandy przeciwgruźliczej w Województwie lwowskiem;

f) Udzielanie Powiatowym Kołom walki z gruźlicą i Przychodniom przeciwgruźliczym wskazówek i nadzór nad ich działalnością;

g) Wyjednywanie zasiłków państwowych i samorządowych, tudzież zbieranie z innych źródeł funduszów na walkę z gruźlicą, tudzież rozdział tych funduszów;

h) Gromadzenie i opracowywanie danych, odnoszących się do chorobowości i śmiertelności z gruźlicy, tudzież do działalności przeciwgruźliczej w Województwie lwowskiem;

i) Organizowanie dorocznych Wojewódzkich Zjazdów przeciwgruźliczych.

§ 2. W skład Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą wchodzą:

A) Wojewoda, jako przewodniczący, który wyznaczy dwóch zastępców i przewodniczącego;

B) Jako członkowie Komisji:

1) Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego,

2) Naczelnik Wydziału Pracy i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego,

3) Referent działu sanitarnego gospodarki samorządów w Wydziale Zdrowia Publicznego,

4) Szef sanitarny D. O. K. VI,

5) Kurator okręgu szkolnego lwowskiego lub wyznaczony przez niego delegat,

6) Fachowy Referent spraw higjeny szkolnej w Kuratorjum Okręgu szkolnego lwowskiego,

7) Dyrektor Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie,

8) Prezes Tymczasowego Wydziału Samorządowego lub wyznaczony przez niego delegat,

9) Referent fachowy szpitalnictwa w Tymczasowym Wydziale Samorządowym,

10) Prezydent miasta Lwowa lub w jego zastępstwie Wiceprezydent, mający przydzielone sprawy sanitarne,

11) Naczelny lekarz miejski miasta Lwowa,

12) i 13) Dwaj delegaci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza,

14) Dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie,

15) Delegat Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie,

16) Naczelny lekarz miejskiej Kasy Chorych we Lwowie

17) Dyrektor Szpitala żydowskiego we Lwowie,

18—23) Lekarze, członkowie Zarządu Lwowskiego Tow. walki z gruźlicą,

24) Prezes Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie, lub wyznaczony przez niego delegat,

25) Prezes Towarzystwa Kolonij leczniczych w Rymanowie,

26) Delegat Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, Okręgu lwowskiego.

§ 3 Posiedzenie Komisji zwołuje przewodniczący lub jego zastępca co kwartał a w razie potrzeby i częściej.

Raz w roku posiedzenie Komisji będzie połączone z Wojewódzkim Zjazdem przeciwgruźliczym, który rozpatrzy postępy walki z gruźlicą w roku ubiegłym i omówi plan dalszego rozwoju tej akcji.

§ 4. Dla załatwiania prac bieżących i stałego czuwania nad akcją przeciwgruźliczą w Województwie ustanawia się przy tutejszym Wydziale Zdrowia Publicznego Komitet wykonawczy Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą pod przewodnictwem Naczelnika tego Wydziału w zastępstwie Wojewody.

Do Komitetu wykonawczego należą, jako członkowie:

1) Naczelnik Wydziału Pracy i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego,

2) Szef sanitarny D. O. K. Nr. VI.,

3) Delegat Kuratora Okręgu Szkolnego lwowskiego,

4) Deleget Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza,

5) Delegat Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą.

Komitet wykonawczy może za zgodą przewodniczącego kooptować dalszych członków lub powoływać do poszczególnych spraw rzeczoznawców i referentów z poza swego grona.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie, czynne od przeszło 30-tu lat, jako główny cel wytknęło sobie popularyzowanie zasad higjeny wśród społeczeństwa polskiego. Wierne temu zadaniu Towarzystwo w ostatnich latach urządziło kilkadziesiąt popularnych wykładów z pokazami we Lwowie i na prowincji i wydaje »Bibljoteczkę higjeniczną« obejmującą broszury z zakresu najważniejszych działów higjeny. Wykłady te i broszury są przeznaczone przeważnie dla ludności miejskiej, dla młodzieży szkolnej i dla sfer robotniczych. Obecnie Towarzystwo zamierza rozpocząć także propagandę wśród ludu wiejskiego, sądząc, że będzie to teren szczególnie wdzięczny.

Wielorakie mogą być sposoby propagowania higjeny wśród ludu. Przykładowo można przytoczyć: czasopisma popularne, monografje bardzo przystępnie a interesująco omawiające pewne zagadnienia, wykłady po wsiach przez prelegentów wysyłanych z miast, odczyty wygłaszane przez siły miejscowe (nauczycieli, duchownych) według wzorów dostarczonych z kół fachowych, ewentualnie z Towarzystwa Higjenicznego. Każdy z tych sposobów może prowadzić do pożądanych wyników, jeżeli będzie stosowany przez ludzi chętnych i odpowiednio uzdolnionych.

Towarzystwo zdaje sobie sprawę z trudności jakie przedstawia jego zamierzenie, a w szczególności pozyskanie ideowych działaczy w powyższej dziedzinie. Sądząc jednak, że pracę należy koniecznie wykonać, Towarzystwo zwraca się do osób interesujących się sprawą zdrowotności ludu oraz do Zrzeszeń oświatowych i społecznych z prośbą 1) o podanie, jaki sposób propagandy higjeny wśród ludu uważać należy za najodpowiedniejszy w naszych stosunkach? 2) o zgłoszenie swojego przystąpienia do zamierzonej działalności, względnie o podanie nazwisk i adresów osób, do których Towarzystwo mogłoby się zwrócić o współpracę.

Zauważa się, że przed wojną Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie wydawało pisemko p. t. »Przyjaciel zdrowia«, organ poświęcony higjenie ludu i wsi, jako dodatek bezpłatny do »Przewodnika Kółek rolniczych« i »Przeglądu higjenicznego«. Wybuch wojny przerwał to wydawnictwo, które istniało zbyt krótko, aby można było oczekiwać wydatnych rezultatów i zdać sobie sprawę z praktycznej wartości ówczesnego przedsięwzięcia. Więc także w tym kierunku Towarzystwo nie może wskazać na własne doświadczenie.

Polecając sprawę gorąco uwadze Szan. Czytelników, Towarzystwo uprasza o możliwie rychłe nadsyłanie odpowiedzi i komunikatów pod adresem: Dr. Adolf Kuhn, Lwów, Województwo.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Odsłonięcie popiersia ś. p. prof. Włodzimierza Łukasiewicza odbędzie się w sobotę dnia 27 b. m. o godz. 11-tej przed południem w Klinice dermatologicznej Uniwersytetu J. K. przy ul. Piekarskiej 81.

Na uroczystość tą zaprasza wszystkich P. T. Kolegów Komitet:

Dr. H. Mierzecki, sekretarz. *Dr. M. Andruszewski*, przewodniczący.

L. 857/SM./2 **Konkurs.**

Wydział Powiatowy Sejmiku w Lubomlu ogłasza konkurs na dwie posady felczersko-akuszeryjne w powiecie na warunkach XII stopnia służbowego płac urzędników Państwowych bez dodatku komunalnego.

Przyjęte będą tylko siły wykwalifikowane, które wykażą się odpowiedniemi dokumentami. Posady do objęcia natychmiast.

Przewodniczący Wydziału Starosta
S. Żurakowski.

L. 1321. **Konkurs.**

Wydział Powiatowy Sejmiku Kostopolskiego niniejszem ogłasza konkurs na posadę rejonowego lekarza i Kierownika przychodni samorządowej w Ludwipolu z poborami w/g VII st. sł. płac urzędników państwowych, oraz 25% dodatku komunalnego.

Oferty z odpisami: Dowodu obywatelstwa polskiego, dyplomu lekarskiego względnie zaświadczenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (G. D. S. Z.) na prawo wykonywania praktyki lekarskiej w uwierzytelnionych odpisach, świadectwo z poprzedniej pracy oraz własnoręcznie napisany życiorys — nadsyłać do Sejmiku w terminie nieprzekraczalnym do dnia 25/VI 1925 r.

Czas objęcia posady od 1 lipca 1925 r.

Oferty nieuwzględnione pozostaną bez odpowiedzi.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego Starosta:
(—) *Korkozowicz.*

L. 2090. **Konkurs.**

Wydział Powiatowy w Przemyślanach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Swirzu z poborami od XII do X stopnia służb. urzędników państwowych wraz z wszystkiemi dodatkami oraz ryczałtem na koszta podróży urzędowych.

Kandydat winien się wykazać:

1. Obywatelstwem polskiem,
2. Dyplomem lekarskim.
3. poświadczeniem upoważniającem do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,
4. Metryką urodzenia,
5. odpowiednią praktyką lekarską w szpitalach.

Termin do wnoszenia podań upływa z dniem 30 czerwca 1925 r.

Komisarz rządowy:
Tyzenhaus m. p.

L. 9021/I. **Konkurs.**

Magistrat miasta Kalisza ogłasza konkurs na stanowiska:

1) Ordynatora Oddziału skórno-wewerycznego Szpitala św. Trójcy w Kaliszu i 2) Chirurga Szpitala Starozakonnych w Kaliszu.

Ubiegający się o powyższe stanowiska zechcą nadesłać do Prezydjum Magistratu:

1. Podanie z dołączeniem życiorysu,
2. Dowód o posiadaniu obwatelstwa Polskiego,
3. Odpis dyplomu lekarskiego,
4. Zaświadczenie dotychczasowej praktyki lekarskiej.

Termin składania ofert do dnia 25 czerwca 1925.

Stanowiska są do objęcią zaraz.

Prezydent miasta Kalisza:
Szarras.

Nr. 26 28. czerwca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Tadeusz FALKIEWICZ. Lwów.
Doc. Dr. Jakób ROTHFELD.

Czynności przymusowe w nagminnem zapaleniu mózgu.

Z Kliniki Chorób Nerwowych U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. H. Halban.

Mimo obszernego piśmiennictwa ostatnich lat z zakresu nagminnego zapalenia mózgu zdarzają się przypadki tego schorzenia z objawami rzadko spotykanemi i których umiejscowienie anatomiczne napotyka na trudności.

Do tych rzadkich objawów należą czynności przymusowe, leżące już to tylko w sferze czynności psychicznych, jużto w sferze czynności ruchowych. O tych zaburzeniach wspomina Goldflam[1]), który w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu spostrzegał u dzieci stereotypowe ruchy palcami: ocierały one palce o palce jednej ręki, wierciły palcem w nosie, lub też darły na strzępy bieliznę, papier i t. d. U dorosłych opisał Hermann[2]) przypadki z myślami przymusowemi i z palilalją. B. Fischer[3]) opisuje przypadki z napadowym zwrotem oczu w jedną stronę oraz przypadki ruchów przymusowych w postaci kręcenia się w kółko (manege).

Na podstawie dwóch przypadków, które opisujemy poniżej, chcielibyśmy zwrócić uwagę na rzadką postać ruchów, względnie czynności przymusowych, polegających na niemożności utrzymania ciała w pozycji spoczynkowej, tak, że chorzy ci są ciągle w ruchu. Przypadki[4]) te są jeszcze i z tego powodu ciekawe, że w obu niemożność spoczywania doprowadziła chorych do samobójstwa.

Przypadek I. Jeniec K. Lat 23, przyjęty do szpitala 30. maja 1920 r., podaje, że zachorował przed miesiącem z gorączką do 38°, która trwała przez kilka dni. Miał przez dwa dni bóle głowy, spał prawie bez przerwy. Po kilku dniach wystąpiły ruchy mimowolne w lewej połowie ciała. Według zapisków szpitala w Tarnopolu miał on 11. maja gorączkę 38°, lekki nieżyt oskrzeli, bóle w lewem ramieniu i lewej nodze, które czasowo występowały i utrudniały mu ruchy.

Wynik badania: mężczyzna średniego wzrostu, bardzo źle odżywiony. Stan narządów wewnętrznych bez zmian. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Nerwy mózgowe wolne, wzmożona pobudliwość mechaniczna obu nerwów twarzowych.

W pozycji stojącej uderza nieprawidłowe ustawienie lewej kończyny górnej i mimowolne ruchy w obrębie kończyny: sama ręka we fleksji dorsalnej tworzy z przedramieniem kąt prosty, ramię i przedramię wyprostowane wykonują ruchy obrotowe około osi długiej kończyny ku wewnątrz (obrót na prawo), przytem ręka sama, względnie palce są krańcowo wyprostowane w abdukcji i wykonują ruchy podobne do atetotycznych. Nadto uderza niezwykle silne napięcie mięśni tej kończyny, tak, że poszczególne grupy mięśniowe względnie poszczególne mięśnie uwidoczniają się przez skórę. Łopatka lewa odstaje od klatki piersiowej, co skutkiem ruchów mimowolnych obrotowych na wewnątrz występuje tem dobitniej. Te ruchy kończyny górnej i wzmożone napięcie mięśniowe utrzymują się bez przerwy zarówno przy staniu, jak przy chodzeniu, a wzmagają się w chwili kiedy chory siada lub leży. Chory przytrzymuje prawą ręką lewe przedramię, co w nieznacznej mierze zmniejsza ruchy mimowolne. Ruchy dowolne w tej kończynie są ograniczone. Przy ruchach zamierzonych zmniejszają się nieco ruchy mimowolne. Niezborności brak. Siła motoryczna wcale dobra.

O ile chory siada wzmagają się ruchy w kończynie górnej lewej, nadto występują mimowolne ruchy w lewej kończynie dolnej i w tułowiu, tak, że chory chwili spokojnie usiedzieć nie może. Najwybitniejsze jednak ruchy występują w leżeniu: ruchy lewej kończyny górnej stają się wprost gwałtowne o wielkich wychyleniach, chory podnosi i obniża stale wyprostowaną lewą kończynę górną, zaś lewa kończyna dolna zgięta w stawie biodrowym i kolanowym opiera się na stopie; głowa przechylona ku tyłowi, tułów uniesiony ku górze wykonuje skręt ku stronie prawej, tak, że ma się wrażenie, że chory obróci się około osi długiej ciała ku stronie prawej, co też po dłuższem trwaniu tych ruchów mimowolnych przychodzi do skutku, tak, że chory leży w końcu na brzuchu. Wśród tych ruchów mimowolnych, które zmierzają do obrócenia ciała ku stronie prawej, wykonuje lewa kończyna dolna cały szereg ruchów mimowolnych o typie atetotycznym, a więc na przemian zginanie i wyprostowanie kończyny, mimowolne ruchy stopy i palców, z których najwybitniejszym i najczęstszym jest zgięcie grzbietowe palca dużego. Prawa kończyna dolna bierze w pozycji leżącej dość znaczny udział w ruchach mimowolnych: przeważnie jest ona wyprostowana, początkowo widać tylko ruchy mimowolne stopy i palców, w miarę trwania i nasilania się ogólnych ruchów mimowolnych występują i tu podobne ruchy, które bądźto działają zgodnie z resztą ruchów, albo im przeciwdziałają: tak n.p. pomaga ta kończyna przy przewracaniu się na brzuch, innym razem pomaga przy utrzymaniu pozycji na wznak. Czasem znowu skutkiem współdziałania prawej kończyny dolnej ciało jest wyprężone tak, że tworzy łuk: jednym punktem podparcia jest potylica wzgl. barki, drugim obie stopy. Te ruchy w leżeniu trwają bez przerwy, ustają na chwilę, jeżeli choremu uda się przewrócić na brzuch, ustają także po kilkugodzinnem trwaniu i wtedy chory na krótko zasypia. Ruchy te ustają — z wyjątkiem w lewej kończynie górnej — zupełnie z chwilą, kiedy chory wstaje i zaczyna chodzić. Chód nie wykazuje żadnych zboczeń, nie znać ani obniżenia siły motorycznej, ani wzmożonego napięcia mięśni, które tak wybitnie występuje na lewej kończynie górnej, ani ruchów mimowolnych, ani niezborności kończyn lub tułowia. Przy spokojnem staniu czasem uwidoczniają się nieznaczne ruchy mimowolne w lewej kończynie dolnej. Chory może chwilami zapanować nad ruchami lewej ręki, jednak trwa to bardzo krótko.

Siła motoryczna kończyn dolnych bez widocznych zmian, odruchy kolanowe obustronnie zachowane, odruchów Achillesa skutkiem napięcia wywołać nie można; podobnie nie da się stanowczo stwierdzić, czy istnieje objaw Babińskiego, a to skutkiem ciągłych mimowolnych ruchów palców. Odruchy skórne w szczególności brzuszne zachowane, równe. Czucie skórne prawidłowe.

Podczas dwu-miesięcznego pobytu w szpitalu stan ten nie uległ zmianie. Chory chodzi całemi dniami i nocami po sali, ręka lewa zawieszona na temblaku i przytrzymywana prawą ręką jest w ciągłym niepokoju; środki nasenne i uspokajające nie odnoszą żadnego skutku. Ciepłota nie podwyższona. Apetyt dobry, mimo dostatecznego odżywiania chory bardzo źle wygląda, chudnie. Samopoczucie bardzo liche.

24. VII. 1920 r. chory popełnił samobójstwo przez powieszenie.

Wynik sekcji (Prof. Dr. Nowicki): na oponach z wyjątkiem nieznacznego obrzęku i przekrwienia oraz zmleczenia opon miękkich w zakresie sklepienia płatów czołowych i przednich zwojów płatów ciemieniowych, nie stwierdza się zmian. Powierzchnia mózgu bez zmian. Na przekroju kora szeroka, ciemna, miejscami niezbyt ostro odgraniczona od substancji białej, która jest przekrwiona: gdzieniegdzie widać w niej punkcikowate wybroczynki. Przekrwienie wyściółki trzeciej komory. Na przekroju czołowym idącym przez środek III. komory widać dwa ogniska rozmiękczeniowe, większe po prawej niż po lewej; ognisko prawostronne zajmuje *pallidum* i przechodzi częściowo na *putamen*, sięga ku przodowi i wewnątrz prawie do ściany III. komory. Po stronie lewej ognisko jest znacznie mniejsze. Rozmiękczenie to niema charakteru powybroczynowego; na przekroju z pustych naczyń wydobywają się kropelki krwi. Na dalszych przekrojach ku przodowi ognisko to gubi się tak, że przednia część otoczenia III. komory jest bez zmian; ku tyłowi okolica jądra czerwonego jest zupełnie wolna *).

Początek choroby z krótkotrwałą i niewysoką gorączką, sennością, oraz dalsze spostrzeżenia świadczą niewątpliwie o nagminnem zapaleniu mózgu. W przypadku tym stwierdziliśmy zwiększone napięcie mięśni kończyn zwłaszcza górnej lewej, dotyczące zarówno m. zginaczy, jak i m. wyprostowywaczy; kończyna ta jest przeważnie

[1]) Deutsch. Zeitschr. f. d. Nervenheilkunde T. 73.
[2]) Monatschr. f. Psychiatrie T. 52.
[3]) Medizinische Klinik 1924 z. 42.
[4]) Przypadki zostały omówione na 29-tem posiedzeniu Lwow. Tow. lek. dnia 7. XI. 1924.

*) Histologicznego badania z powodu ówczesnych stosunków wojennych nie można było przeprowadzić.

wyprostowana. Wzmożone napięcie dotyczy również mięśni łuku barkowego. Ruchy czynne możliwe, ale zwolnione skutkiem hipertonji. Dalej widzimy ruchy mimowolne o charakterze atetotycznym ręki lewej i palców, ruchy około osi długiej tej kończyny, rotacja na wewnątrz ramienia, supinacja i pronacja przedramienia. Zarówno to napięcie mięśni jak i ruchy mimowolne zwiększają się przy siedzeniu, a jeszcze więcej przy leżeniu. Przy siedzeniu, a już najwięcej przy leżeniu występują też ruchy atetotyczne stopy lewej, ponadto występuje w tej kończynie zginanie i wyprostowywanie w stawie kolanowym. Ruchy te są składową ruchów mimowolnych tułowia, występujących przy leżeniu i doprowadzających chorego do obrotu naokoło osi długiej ciała. W tych wszystkich ruchach mimowolnych uderza w pierwszym rzędzie fakt, że ruchy te wzmagają się w spoczynku, t. j. przy siedzeniu, a głównie przy leżeniu, zmniejszają się zaś przy chodzeniu, przy ruchach dowolnych i zamierzonych lewej kończyny górnej.

Wobec tych objawów nasuwa się pytanie: jak wpływają bodźce ruchowe na już istniejące ruchy mimowolne? Przy pląsawicy, atetozie lub kurczu torsyjnym [5]) ruchy te przy ruchach dowolnych zwiększają się, zaś drżenie występujące w chorobie Parkinsona (zespół akinetyczno-hipertoniczny) przy ruchach dowolnych zmniejsza się **). U naszego chorego nasilenie ruchów mimowolnych było zależne od tego czy chory był w ruchu, czy w spoczynku; było ono najmniejsze przy chodzeniu, a największe przy leżeniu. Tu zatem widoczny jest wpływ bodźców ruchowych na ruchy mimowolne, przymusowe, należące niewątpliwie do zespołu striarno-atetotycznego. Obok tego niewątpliwie ma wpływ ułożenie chorego, gdyż ruchy te w postawie stojącej małe, zwiększają się przy siedzeniu i uogólniają się przy leżeniu. Zależność nasilenia ruchów mimowolnych od bodźców ruchowych względnie od ułożenia ciała zrozumiemy, jeżeli przyjmiemy, że w warunkach fizjologicznych istnieje pewien mechanizm centralny, umożliwiający spokojne pozostawanie ciała w pozycji spoczynkowej. Mechanizm ten zaczyna działać w chwili, gdy ciało nasze ma zająć położenie spoczynkowe; wtedy płyną do wszystkich mięśni równomiernie bodźce wywołujące minimum napięcia mięśniowego i w ten sposób dają tym mięśniom możność spoczywania *).

Z chwilą kiedy człowiek z pozycji leżącej siada, a jeszcze wyraźniej kiedy wstaje, wchodzą już w grę bodźce motoryczne z kory mózgowej, bodźce móżdżkowe, błędnikowe, regulujące statykę, a więc wpływające na napięcie mięśni potrzebne do wykonania choćby najmniejszego ruchu, to napięcie jest zdaniem naszem różne od napięcia mięśniowego potrzebnego dla spoczynku mięśni. W czasie kiedy działają bodźce ruchowe i statyczne, odpada zupełnie czynność mechanizmu centralnego, regulującego spoczywanie mięśni.

W naszym przypadku należy według powyższego przyjąć, że nastąpiło zaburzenie jedynie dotyczące tego napięcia spoczynkowego i to tylko po jednej stronie, czego następstwem są ruchy mimowolne o charakterze striarno-atetotycznym, różniące się jednak od atetozy, pląsawicy, kurczu torsyjnego tem, że zwiększają się w spoczynku, a zmniejszają się przy ruchach, z czego wynika niemożność ułożenia ciała w pozycji spoczynkowej. Ruchy obrotowe około długiej osi ciała w leżeniu wynikają stąd, że ruchy mimowolne dotyczą przeważnie strony lewej chorego.

Z tą chwilą kiedy chory nasz wstaje i zaczyna chodzić wchodzą już w grę bodźce ruchowe i statyczne, a przestaje działać mechanizm centralny, kierujący napięciem spoczynkowem, a więc znikają i ruchy mimowolne. Bodźce ruchowe i statyczne wywierają więc taki wpływ hamujący na napięcie spoczynkowe, że ruchy przymusowe wynikające z zaburzenia tego napięcia znikają **).

Należy zauważyć, że już Halban i Infeld przyjęli możliwość zaburzenia „spoczynku" pojedynczych grup mięśniowych; zaburzenie to jest następstwem przerwy w dopływie bodźców odśrodkowych do rdzenia. Spokój danej grupy mięśniowej uniemożliwiony jest wtedy przez ruchy mimowolne, jak pląsawica, atetoza, drżenia.

Ten zbiór objawów w naszym przypadku: niemożność spoczywania, ruchy mimowolne o charakterze striarno-atetotycznym w spoczynku i zmniejszanie się tychże przy ruchach dowolnych, każą nam przyjąć istnienie mechanizmu centralnego, który w warunkach prawidłowych umożliwia spoczywanie ciała, a którego zaburzenie powoduje wystąpienie powyżej opisanych objawów. Bodźce ruchowe i statyczne działają hamująco na ten mechanizm centralny.

Zmiany w zwojach podstawowych, jakie wykazała sekcja naszego przypadku każą nam przyjąć, że ten mechanizm centralny, regulujący napięcie spoczynkowe znajduje się prawdopodobnie w jądrach podstawowych *).

Skoro przyjmiemy istnienie specjalnego napięcia mięśniowego w czasie spoczynku i dalej, że zaburzenie w tem napięciu powoduje ruchy przymusowe, to można sobie wyobrazić, że najlżejszym stopniem tego zaburzenia będzie niemożność spoczywania, w szczególności leżenia, połączona z wystąpieniem ruchów przymusowych o charakterze czynności dowolnych, a bez ruchów przymusowych o charakterze striarno-atetotycznym. Tego rodzaju zaburzenie ilustruje przypadek drugi.

Przypadek II. Al. lat 46., przeszedł w lutym 1921 r. 5-cio tygodniową śpiączkę, po której wystąpił dłuższy okres bezsenności. O ile w pierwszym okresie choroby był ociężały, to w następnym okresie stał się bardzo ruchliwy, nie potrafił ani na chwilę usiedzieć spokojnie na miejscu.

Badanie w sześć tygodni po rozpoczęciu się choroby wykazało: mężczyzna średniego wzrostu,źle wyglądający. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Twarz maskowata, błyszcząca. Lewy VII. dolny gorszy niż prawy. Napięcie mięśni kończyn lewych większe niż prawych, po tej stronie również adiadochokinesis. Tułów przechylony ku przodowi. Żadnych odruchów patologicznych.

Uderza następujące zachowanie się chorego: w chwili kiedy chory na zlecenie siada na krześle, w tej samej chwili coś go podrywa z miejsca, wstaje, przyczem nie umie podać powodu, dlaczego wstał. Powtarza się to stale ilekroć chory siada. Przeważnie stoi przeskakując z nogi na nogę, lub chodzi po pokoju. Według zapodań rodziny i jak późniejsze spostrzeżenia wykazały, chodzi po pokoju również i w nocy. Nie może ani chwili spokojnie uleżeć w łóżku, kończyny dolne ma zajęte w kolanach, może je wprawdzie dowolnie prostować, ale natychmiast zgina je z powrotem; przewraca się lub siada na łóżku, zmienia położenie kończyn dolnych i górnych. Tylko jeżeli ktoś trzęsie łóżkiem chorego, może on leżeć spokojnie i tylko w ten sposób może usnąć. Również według zapodania żony czuł się dobrze podczas jazdy wozem po wyboistej drodze.

---

[5]) Wartenberg (Zeitsch. f. d. Ges. Neurologie T. 83.) wspomina wyjątkowe przypadki kurczu torsyjnego, nie po nagminnem zapaleniu mózgu, gdzie również ruchy dowolne wpływały łagodząco na skurcze mięśni.

**) Wyjątkowo tylko można stwierdzić w chorobie Parkinsona, wzmożenie się drżenia przy ruchach dowolnych.

*) Jest to napięcie różne od „formbildender Tonus Heilbronnera", a to z tego powodu, że przy zaburzeniach napięcia Heilbronnera nie znamy ruchów mimowolnych.

**) Tę zależność ruchów mimowolnych od bodźców korowych idących po drogach piramidowych spostrzegamy również i przy drżeniu w chorobie Parkinsona. Wiemy jak znacznie — przynajmniej w pierwszej chwili — zmniejsza się drżenie palców rąk u tych chorych z chwilą, kiedy wykonują ruchy dowolne, czyli, że i tutaj jedynie to uważać możemy za ruchy mimowolne przymusowe, uniemożliwiające spoczywanie kończyny; z chwilą wystąpienia bodźców ruchowych znika, względnie zmniejsza się drżenie. Tu mamy do czynienia z zaburzeniem napięcia spoczynkowego tylko jednej poszczególnej grupy mięśni (kończyny górnej względnie tylko mięśni ręki i palców). W naszych zaś przypadkach zaburzenie uogólnia się prawie na cały aparat ruchowy.

*) Przypadek z ruchami przymusowemi o podobnym charakterze opisuje Jakob (Die extrapyramidalen Erkrankungen. Berlin. 1923. i Jahresvers. der Ges. deutsch. Nervenärzte. Insbruck. 1924.) i uważa na podstawie badania anatomicznego, że uszkodzenie corpus Luys'i jest podstawą tego zaburzenia, które określa jako hemiballismus. Nasz przypadek ze względu na brak histologicznego badania mózgu nie może wchodzić w rachubę dla oceny ściślejszej lokalizacji tego objawu.

W połowie maja w czasie leczenia szczepionką stafylokokową stan się poprawił o tyle, że chory mógł dłużej siedzieć i leżeć. Z początkiem czerwca wyjechał do domu, gdzie w kilka dni potem nastąpiło pogorszenie i chory popełnił samobójstwo przez powieszenie.

I w tym przypadku, podobnie jak w poprzednim, początek choroby ze śpiączką i dalszy jej przebieg nie nastręczają żadnych trudności w rozpoznaniu nagminnego zapalenia mózgu. Głównym objawem choroby w dalszym jej rozwoju była tutaj, podobnie jak w przypadku I., niemożność utrzymania ciała w pozycji spoczynkowej. Gdy chory A. siada, w tej samej chwili zrywa się z krzesła, chodzi; przy staniu przeskakuje z nogi na nogę, przy leżeniu zmienia ciągle pozycję ciała, siada, kładzie się i t. d., jednak — co podkreślić należy —, ruchy te nie mają charakteru pląsawicy. Różnica między przypadkiem I. a II. polega na tem, że tam niemożność spoczywania była połączona z ruchami mimowolnemi o charakterze striarno-atetotycznym, a tu ruchów takich niema, zaburzenie spoczywania objawia się tutaj przez czynności przymusowe o charakterze ruchów dowolnych (wstawanie z krzesła, przeskakiwanie z nogi na nogę i t. d.).

Należy przyjąć, że i w tym przypadku przyszło wskutek nagminnego zapalenia mózgu do uszkodzenia mechanizmu centralnego, który umożliwia spoczywanie ciała. Na czem polega różnica w poszczególnych objawach, a więc to, że w przypadku I. występowały w czasie spoczynku ruchy striarno-atetotyczne i hemibalistyczne, podczas gdy w II. przypadku tylko ruchy przymusowe o charakterze dowolnych, nie możemy narazie wyjaśnić na podstawie tych pojedynczych spostrzeżeń.

Objaw, który wystąpił u naszego chorego, a polegający na tem, że chory może uleżeć spokojnie tylko gdy ktoś łóżkiem jego trzęsie, lub że chory czuje się dobrze, a w szczególności siedzi spokojnie na wozie jadącym po wyboistej drodze, obserwował już Charcot i i. w przebiegu drżączki porażennej. Objaw ten polega zdaniem naszem na tem, że przez wstrząsanie, pewne bodźce czuciowe wpływają przez wzgórki wzrokowe na tę czynność systemu pozapiramidowego, która reguluje spoczywanie aparatu mięśniowego. Musimy sobie wyobrazić, że w warunkach fizjologicznych mogą również pewne bodźce czuciowe wpływać korzystnie na spoczywanie aparatu mięśniowego, zależne od systemu pozapiramidowego. Tem należałoby sobie może wytłumaczyć korzystne działanie kołysania dzieci do snu. Nasuwa się przytem myśl, że ten mechanizm centralny regulujący napięcie mięśni spoczynkowe jest w bliskim związku i z centralną regulacją snu. To przypuszczenie potwierdzają przypadki nagminnego zapalenia mózgu, zwłaszcza u dzieci, połączone z bezsennością i podnieceniem psychomotorycznem. Takie przypadki spostrzegali Goldflam, Progulski, Stern i inni.

Na podstawie powyższych dwóch przypadków dochodzimy do następujących wniosków:

Przyjmujemy, że w warunkach fizjologicznych istnieje mechanizm centralny, który prawdopodobnie przez odpowiednią regulację napięcia mięśni umożliwia zajmowanie pozycji spoczynkowej; zaburzenie tego napięcia spoczynkowego wywołuje niemożność spoczywania, objawiającą się bądźto przez ruchy przymusowe o charakterze czynności dowolnych, bądźto przez ruchy przymusowe o charakterze striarno-atetotycznym, które przez bodźce ruchowe i statyczne ulegają zahamowaniu. Prawdopodobnem jest, że siedzibą bodźców regulujących to napięcie spoczynkowe są jądra podstawowe mózgu względnie drogi od — albo doprowadzające.

* * *

Trzy przypadki poniższe ilustrują czynności przymusowe toczące się w sferze psychomotorycznej. Są to napady przymusowego patrzenia, oraz myśli przymusowe, razem lub oddzielnie występujące, w stanach następowych po nagminnem zapaleniu mózgu.

Przypadek III. Chora Giza D. lat 20, przyjęta na klinikę 18. X. 1924 r. przeszła śpiączkowe zapalenie mózgu w roku 1918. W dwa lata potem zaczął się u niej rozwijać stopniowo, powoli stan, który znamy jako parkinsonizm po nagminnem zapaleniu mózgu. Od pół roku ulega mniej więcej dwa razy tygodniowo napadom przymusowego patrzenia w bok, najczęściej w prawo, czasem ku górze lub ku dołowi. Chora podaje, że napady te występują zwłaszcza wtedy, gdy jest wielki ruch w pobliżu chorej, tak n. p. we czwartki, jako w dnie targowe w jej miasteczku rodzinnem. Podczas pobytu na klinice spostrzegaliśmy kilkakrotnie, w różnych dniach, napad przymusowego patrzenia zawsze w stronę prawą i nieco ku górze. Również i głowa chorej jest lekko zwrócona w tę stronę. Chora podczas tego napadu czuje się bardzo osłabioną; sama nie może zapanować nad tym ruchem, zakrywa sobie oczy dłonią. Na polecenie udaje się jej popatrzeć w kierunku prostym, ale już po 2—3 sekundach gałki oczne idą ruchem stałym, powolnym w kierunku na prawo i nieco ku górze, a za niemi następuje powolny zwrot głowy w tę stronę. Napad ustępuje sam po dwóch, czasem trzech godzinach.

Przedmiotowo stwierdza się, prócz wspomnianego już powyżej typowego parkinsonizmu: Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. w płynie nadto Pandy +, Nonne +, ciałek 2/3 w 1 mm³, odczyn ze złotem kolloidowem: 23333111 (a więc nieznaczne odbarwienie w lewej, „luetycznej strefie“, które to odbarwienie występuje prawie stale przy nagminnem zapaleniu mózgu).

Przypadek IV. Chory Szymon K. lat 18, przyjęty 14. X. 1924., przebył zapalenie mózgu nagminne przed pięciu laty. Po roku powolne rozwijanie się parkinsonizmu.

Stan obecny: chory wynędzniały. Wybitnie maskowata twarz, bez wyrazu, lekko błyszcząca. Źrenica lewa szersza od prawej; oddziaływanie na światło i akomodację dobre. Gałki oczne niezupełnie dochodzą do wewnętrznych kątów, zez rozbieżny, który wystąpił podczas obecnej choroby. Lekki wytrzeszcz gałek ocznych. Stale pochylony ku przodowi, chodzi stąpając na palcach: w spokoju drżenie obu kończyn dolnych. W kończynach wzmożone napięcie mięśniowe, żadnych niedowładów, żadnych odruchów patologicznych. Wybitne ubóstwo ruchów, tak, że chory nie potrafi sam ani jeść, ani nawet obrócić się na łóżku. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, w płynie nadto Pandy +, Nonne —, ciałek 1/3 w 1 mm³, odczyn ze złotem kolloidowem 12211111. Od kilku miesięcy występuje u chorego napadowo przymusowe patrzenie w górę, powtarzające się nieraz kilkakrotnie w dzień; może jednak w czasie napadu zwracać gałki oczne we wszystkich kierunkach. Napady te są dla chorego subjektywnie bardzo przykre, tem więcej, że występują one przeważnie w czasie gdy chory spoczywa, a więc podczas siedzenia lub leżenia.

Przypadek V. Franciszek G. lat 20, przyjęty 23. IX. 1924 r., przebył nagminne zapalenie mózgu ze śpiączką w roku 1920. W pierwszym roku po ostrym okresie choroby, który trwał około trzech miesięcy, nie mógł ani siedzieć, ani stać spokojnie, zawsze musiał być w ruchu. Z wiosną 1923 r. zaczął się u niego rozwijać parkinsonizm z drżeniem, zrazu tylko lewej nogi, potem prawej ręki i prawej nogi. Stan obecny: odżywienie dość dobre, postawa charakterystyczna przez pochylenie ku przodowi, twarz maskowata, błyszcząca. Drżenie obu kończyn dolnych i prawej górnej. Ubóstwo i powolność ruchów tak, że musi być karmiony; żadnych niedowładów, ani odruchów patologicznych. Odczyn Wassermanna we krwi i płynie ujemny. W płynie nadto Pandy +, Nonne +, ciałek 5/3, odczyn ze złotem kolloid. 133322111.

Od czasu do czasu występuje u chorego napad przymusowego patrzenia w górę, jednak chory może podczas tego, na żądanie, zwracać gałki oczne we wszystkich kierunkach. Te napady przymusowego patrzenia w górę łączą się niekiedy z myślami przymusowemi, które polegają na tem, że chory przechodzi w myśli całą modlitwę „Zdrowaś Marjo“ i pisze „w myśli ręką“ wszystkie litery „a“, które w modlitwie tej przychodzą. Nie wykonuje przytem żadnych widocznych ruchów ręką. Wszystkie inne litery modlitwy pisze „myślą w myśli“. Te myśli przymusowe są dla chorego bardziej dotkliwe, niż napady patrzenia w górę, którym ulega oddzielnie lub razem z napadami myśli przymusowych.

We wszystkich tych przypadkach występuje napad przymusowego patrzenia nagle i zaczyna się w ten sposób, że gałki oczne idą ruchem powolnym ku górze, lub na bok, a za niemi następuje w tym samym kierunku zwrot głowy. W przypadku III. napad ten był zależny od czynników zewnętrznych, a mianowicie od wzruszenia psychicznego, wywołanego przez widok większego tłumu ludzi, znajdującego się w pobliżu chorej. W przypadku V. napady te występują bez. żadnej zewnętrznej podniety i są nieraz połączone z myślami przymusowemi. Przypadek IV. różni się od poprzednich tem, że napady przymusowego patrzenia występują tylko wtedy, gdy chory spoczywa, a więc są zależne od pozycji ciała.

Charakterystyczną cechą dla wszystkich trzech przy-

padków jest to, że chorzy ci mogą zwracać gałki oczne z położenia przymusowego we wszystkich innych kierunkach i to nawet podczas najsilniejszego napadu. Ewald[6]), którego pracę otrzymaliśmy już po skończeniu niniejszej pracy, zwraca również uwagę na ten charakterystyczny szczegół, oraz podnosi perjodyczność w występowaniu napadów. Nasza chora G. D. podawała również, że napadom ulega szczególnie w dnie targowe; podczas kilkutygodniowego jej pobytu na klinice nie mogliśmy jednak stwierdzić jakiejkolwiek regularności w występowaniu jej napadów. To, że w domu występowały u niej napady stale w dnie targowe, możnaby sobie wytłómaczyć wzruszeniem psychicznem, wywołanem przez wielki ruch w dzień targowy.

Co się tyczy istoty napadów przymusowego patrzenia, to nie jest to ani porażenie spojrzenia skojarzonego, ani też przykurcz mięśni gałek ocznych, gdyż gałki są podczas i poza napadami ruchome we wszystkich kierunkach. Również nie można tego zaliczyć do zespołu hypokinetyczno-pallidarnego, gdyż przymusowe to spojrzenie występuje napadowo, a poza napadami nie można u tych chorych stwierdzić żadnych zaburzeń w ruchomości gałek ocznych. Porównanie tych napadów przymusowego spojrzenia, ze sztywnością amyostatyczną, jak to czyni Ewald, nie wydaje się nam słuszne, gdyż sztywność amyostatyczna jest objawem stałym, która tylko na chwilę może być przerwaną przez silne bodźce ruchowe, podczas gdy przymusowe patrzenie występuje tylko napadowo, pozatem zaś gałki oczne są prawidłowo ruchome. Przyznać należy, że w czasie samego napadu przymusowego patrzenia istnieje w zachowaniu się mięśni ocznych pewne podobieństwo do sztywności amyostatycznej, jak to przyjmuje Ewald, jednak nie można tego stanu identyfikować z objawem pallidarnym, gdyż nie znamy napadowych, przejściowych objawów akinetyczno-hipertonicznych.

Zdaniem naszem wykazują przypadki przymusowego patrzenia pewne podobieństwo z naszym przypadkiem II., ponieważ tam i tu mamy do czynienia z ruchami przymusowemi o charakterze ruchów dowolnych: tam mamy przymusowe wstawanie z krzesła, chodzenie po pokoju i t. d., tu przymusowe patrzenie w bok z odpowiednim ruchem głowy. Tak jak w przypadku II. jesteśmy i tu skłonni przyjąć, że to przymusowe patrzenie należy do zaburzeń ruchowych pozapiramidowych, a mianowicie striarno-atetotycznych (jako następstwo, być może, najlżejszego stopnia uszkodzenia mechanizmu centralnego, o którym mówiliśmy wyżej).

Dr. Marjan KOŚCIUSZKO Kraków.

Odczyn Botelha w raku.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
(Prymarjusz: Doc. Dr. Zubrzycki).

Od dawna starał się świat lekarski wynaleść sposób, któryby umożliwiał wczesne i stanowcze rozpoznanie raka, zdając sobie sprawę z tego, że to stanowi o rokowaniu w danym przypadku. W raku narządów rodnych kobiety, z wyjątkiem siedziby nowotworu w jajnikach i jajowodach, posiadamy sposoby badania, umożliwiające rozpoznanie natury guza, lub nacieku wprost pod drobnowidem. Mimo to, lekarze chorób kobiecych śledzą niemniej pilnie za odczynami, stosowanemi w raku, a to chociażby z tych względów, że mogłyby one nas pouczyć, o radykalności wykonanego zabiegu, ułatwić wczesne rozpoznanie pooperacyjnych nawrotów i uświadomić o istnieniu przerzutów nowotworowych, w miejscach dla badania naszego niedostępnych.

W ostatnich czasach podał Botelho nowy odczyn z surowicą krwi, zdaniem jego swoisty dla raka. Odczyn ten, w przeciwstawieniu do innych, nęci nas bezsprzecznie swoją prostotą, gdyż nie wymaga ani zawiłych urządzeń, ani trudnych do otrzymania odczynników. Może go więc, dzięki jego niezmiernie prostej technice, wykonywać każdy lekarz praktykujący nawet na głębokiej prowincji. Nic więc dziwnego, że ogół lekarzy powitał ten odczyn z zadowoleniem i dużą dawką optymizmu. Próba polega na utworzeniu się osadu kłaczkowatego w płynie, powstałym ze zmieszania następujących odczynników: 1) 0·5 cm surowicy, rozcieńczonej do połowy roztworem fizjologicznym soli kuchennej, 2) 2 cm³ odczynnika: kwasu cytrynowego 5·0 gr, formaliny 1·0 gr, wody przekroplonej 100·0 gr, 3) płynu Lugola w ilości 0·75 ccm dodanego dopiero po zmieszaniu płynów nr. 1 i 2. W tej to chwili, to znaczy po dolaniu do mieszaniny odczynników nr. 1 i 2, roczynu Lugola, powstaje w każdej bezwzględnie próbie, mniej lub więcej wyraźny osad. Osad ten powinien zniknąć po wstrząśnięciu w próbach, do których wykonania użyto surowicy krwi osób zdrowych, względnie nie chorych na raka, (wynik ujemny); utrzymywać się natomiast bez zmiany w próbach, w których się znajduje surowica krwi rakowatych (wynik dodatni). Niektórzy przyjmują jeszcze wynik wątpliwy (Siedlecki) w tych przypadkach, w których wyraźnego osadu wprawdzie brak, ale płyn uległ zmętnieniu, lub powstał osad po dodaniu 0·9 ccm płynu Lugola.

Wyniki prób, które wykonałem z odczynem Botelha dzieliłem tylko na dodatnie i ujemne, zaliczając przypadki,' w których występowało tylko lekkie zmętnienie do ujemnych gdyż mogło ono pochodzić od zanieczyszczeń drobnoustrojam lub krwinkami czerwonemi.

Sama istota odczynu Botelha jest nam zupełnie nie znana. Nie wiemy co się strąca, i w skutek czego się strąca, a tych niejasności nie tłumaczy nam nawet sam twórca odczynu.

Odczyn Botelha wykonałem ogółem w 70 przypadkach, z tego w 13 przypadkach raka, a w 57 przypadkach innych schorzeń narządów rodnych kobiecych. Z przypadków raka, było 8 raków szyjki macicy, 1 rak trzonu macicy z przejściem na szyjkę, 1 rak szyjki macicy i pochwy, 1 rak pochwy, 2 nawroty po operacji raka szyjki macicy, ogółem przypadków 13 stwierdzonych badaniem histologicznem. Z tych tylko 5 dało odczyn dodatni, 8 zaś ujemny, co się równa 33·3% wyników dodatnich. W przypadkach schorzeń nierakowych, na 57 chorych, u których wykonano z surowicą krwi odczyn Botelha, otrzymano wynik dodatni w 5-ciu przypadkach, a to w następujących schorzeniach: 1) w kile drugorzędnej z dodatnim odczynem Bordet, Wassermanna, 2) długotrwałem ropnem zapaleniem przymacicza, 3) włókniakach macicy, 4) zapaleniu otrzewnej miednicy małej i 5) w ropomoczu, czyli odsetek wyników dodatnich równał się 8·7%. Nadmieniam, że u chorych rakowych robiłem odczyn Botelha przynajmniej dwukrotnie i to z zasady przed zabiegiem lub przed stosowaniem radu, a następnie w pewnym odstępie czasu po zabiegu, albo po zastosowaniu radu. Ogółem nie stwierdziłem żadnej równoległości między stopniem choroby, a częstotliwością dodatniego występowania odczynu Botelha, raczej odniosłem wrażenie zupełnej jego przypadkowości. Przeto opierając się na wynikach moich badań stwierdzam, że odczyn Botelha jest odczynem niepewnym i że nie można posługiwać się nim nawet jako środkiem pomocniczym przy rozpoznawaniu raka.

Dla porównania z wynikami innych, dawniej stosowanych odczynów serologicznych, podanych dla raka, zestawiłem poniższą tablicę.

Jak więc z powyższych liczb widać, odczyn Botelha daje przy raku wyniki o wiele mniej pewne, niż inne dotychczas podane odczyny serologiczne.

W polskiem piśmiennictwie lekarskiem ukazało się ostatniemi czasy kilka prac o odczynie Botelha, zachwalających go i polecających do użytku praktycznego. Wobec tego jedynie, pozwoliłem sobie podać do wiadomości ogółowi kolegów, wyniki badań naszego oddziału, bo nie zdaje mi się, aby zalecanie odczynów niepewnych, jakim właśnie, zdaniem moim jest odczyn Botelha, szerokim kołom praktyków lekarzy było rzeczą pożyteczną. Jeżeli bowiem chodzi o przypadek niejasny, w którym jest wprawdzie pewne podejrzenie na raka, ale rozpoznania raka nie da się stanowczo ustalić, ujemna próba Botelha pojęta jako pewna podziała uspoka-

[6]) Monatschrift f. d. Psychiatrie u. Neurol. T. 57. z. 4.

Tablica.

Rodzaj odczynu	odsetka dodatnich wyników	
	w raku	w innych schorzeniach
Odczyn heterohemolityczny	51	14
Odczyn z jadem kobry	81	10
» z odchyleniem dopełniacza	81,2	50,7
Odczyn antytrypsynowy	85	30
Odczyn Abderhaldena	95	5
» skórny	89	6
» komórkowy	80	25
» meiostagminowy	90	1
Odczyn Botelha (według moich doświadczeń)	33,3	8,7

jając o. Skutek tego będzie taki, że stwierdza się, na podstawie danych klinicznych, nowotwór niejednokrotnie dopiero wtedy, kiedy z powodu postępu choroby, o jakiemkolwiek leczeniu mowy już nie będzie. Weźmy przypadek odwrotny. Naprzykład: u chorego z niejasnym obrazem klinicznym, na podstawie dodatniego wyniku próby Botelha, rozpoznano raka tam, gdzie go wogóle niema i może nawet nigdy nie będzie. Takie rozpoznanie zaś, z łatwo zrozumiałych względów, pomijając już co najgorsze, to jest skutki, niepotrzebnie wykonanego zabiegu, nie jest dla chorego, chociażby ze względów psychicznych, rzeczą obojętną.

A zatem zbierając to, co powyżej powiedziałem i opierając się na wynikach moich badań, dochodzę do wniosku, że odczyn Botelha nie posiada bezwarunkowo żadnego klinicznego i rozpoznawczego znaczenia odnośnie do raka i poza prostotą swojej techniki, w niczem nietylko nie przewyższa innych, tego rodzaju dawniej podanych odczynów serologicznych, lecz owszem, pod względem swoich wyników stoi od nich o wiele niżej. Podzieli on też skutkiem tego ich los, to znaczy, że nie znajdzie w praktyce żadnego zastosowania.

Dr. MUSIAŁ. Lwów.

Rogówka olbrzymia a Wodoocze*).

Z Kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Bednarski.

Rogówka olbrzymia jak i sposób jej powstawania stanowią po dziś dzień jeszcze sprawę niewyjaśnioną. Podczas gdy jedni przypadki rogówki olbrzymiej uważają za zmianę wrodzoną, powstałą z niewiadomych przyczyn jeszcze w życiu płodowem, to drudzy, uważają te przypadki za wcześnie wyleczone, dalej niepostępujące wodoocze. Zamieszanie to istnieje wskutek podobieństwa tych dwu spraw do siebie zwłaszcza w pewnym okresie. Do wspólnych cech należą:

Rogówki olbrzymie, przednie komórki nadzwyczaj głębokie, tęczówki znacznie powiększone, jak gdyby przystosowane do olbrzymich rogówek, przyczem tęczówki płasko ułożone, jak gdyby uciśnięte ciężarem cieczy głębokiej komórki. Mamy właściwie powiększenie nie tylko rogówek, ale całego przedniego odcinka gałki ocznej, podstawy rogówek. Zapatrywanie, że tęczówki nie są powiększone, że powiększenie to jest tylko pozorne, gdyż widzimy je pod powiększeniem niejako pod lupą, którą stanowią rogówka i głęboka przednia komórka nie jest słusznem. Soczewka oka nie bierze udziału w powiększeniu dowiodły tego badania przeprowadzone na naszej klinice, dokonane przez Reisa w przypadkach operowanych przez Prof. Machek a. To potwierdza również irydektomia przygotowawcza celem sztucznego dojrzenia zaćmy, po której chorzy ci widzieli szczeliną na tyle, że mogli sami chodzić. Ze spostrzeżenia tego pozwolę sobie wyciągnąć wniosek na przyszłość co do operacji zaćmy w przypadkach rogówki olbrzymiej. Czy nie byłoby daleko lepiej robić wycięcie tęczówki od wewnątrz *(iridectomia optica)*, niż narażać chorego na ciężki a nie zawsze pewny zabieg operacyjny w tak trudnych warunkach (komora bardzo głęboka, drżenie tęczówki). Co do tego jednak są potrzebne dalsze spostrzeżenia, zwłaszcza, że z rogówkami olbrzymiemi spotykamy się nadzwyczaj rzadko. Z tego względu pozwolę sobie na przedstawienie odpowiedniego przypadku, obserwowanego u dziecka tuż po urodzeniu.

J. B., chłopiec liczący dwa dni, przysłany z kliniki położniczej celem zbadania. Anam. Matka dziecka l. 19, ojciec 24, zupełnie zdrowi, na oczy nigdy nie chorowali, co i badanie potwierdza. W rodzinie tak ojca i matki nikt nie miał dużych oczu.

Badanie dziecka na klinice następujące: Powieki na obu oczach prawidłowe. Po rozwarciu powiek, widać przedni odcinek gałki ocznej, który zajmują olbrzymie rogówki, tak że twardówki nie widać. Obraz nadzwyczaj charakterystyczny, rzucający się każdemu w oczy, z powodu znacznego niestosunku olbrzymich rogówek do maleńkiej twarzyczki dziecka. Pomiary rogówki w linji poziomej 15 mil. tak samo w pionowej. Rogówki zupełnie czyste, ostro odgraniczone. Badaniem ogniskowem, lupą Hartnakowską jak i dwuoczną Westien-Zehendera żadnych zmian wykazać nie można. Komórki przednie nadzwyczaj głębokie, (Keratoglobus pellucidus). Ciecz w komórkach czysta. Tęczówki ciemno-brunatne, o budowie wyraźnej, znacznie powiększone, dostosowane do wielkości rogówek, spłaszczone. Drżenia tęczówkowego brak, źrenice 3 mil. okrągłe, dobrze oddziałują tak bezpośrednio, jak i współczulnie Soczewki bez zmian. Po rozszerzeniu źrenic, naczynia na dnie oka o przebiegu prawidłowym. Tarcze nerwu wzrokowego bez zmian. Refrakcja badana przy pomocy cienia wykazuje w kierunku poziomym miarowość w pionowym — 1 D. Napięcie gałki ocznej dotykiem prawidłowe. Tonometrem Sziötza ucisk 30 m/m. Nieznaczne to podwyższenie ucisku pochodzi prawdopodobnie od ucisku rozwórki powiekowej na olbrzymie rogówki przy wąskiej szparze powiekowej.

Badanie astygmometrem jak i mikroskopem rogówkowym u tak małego dziecka napotkało na znaczne trudności i nie dało się przeprowadzić.

Badanie dziecka na klinice dziecięcej (Doc. Progulski) żadnych cech nieprawidłowego rozwoju, ani też żadnych cech atawistycznych nie stwierdziło. Wymiary prawidłowe.

Co do różnic zapatrywań jakie istnieją między okulistami w sprawie rogówki olbrzymiej, a wodoocza to są one do pewnego stopnia usprawiedliwione, z powodu podobieństwa tychże do siebie zwłaszcza w pewnym okresie rozwoju.

Jedni uważają rogówkę olbrzymią za samoistnie wyleczone wodoocze. Na stanowisku tem stoi Axenfeld, Elsznig, Varlomont. Tak w jednych jak i drugich przypadkach dominującym objawem są rogówki znacznie powiększone a właściwie podstawa tychże, komory głębokie, tęczówki również powiększone, a więc cechy zupełnie wspólne tylko że rogówki olbrzymie jako takie, pozostawać mają przez całe życie nie dając żadnych objawów, prócz czasem zdarzającego się drżenia tęczówkowego a w wieku późnym wystąpienia zaćmy starczej. Wodoocze zaś jest sprawą postępującą, która w końcu prowadzi do zgubnych następstw w oku, do ślepoty. Trudno jednak sobie wyobrazić, ażeby tylko samo wzmożone napięcie w oku, nie wchodząc narazie w przyczynę wystąpienia tegoż, mogło doprowadzić do tak znacznego powiększenia rogówek.

W stosunku tym powinna uledz powiększeniu i cała gałka oczna, zwłaszcza u tak młodych osobników. Niestosunek między rogówkami a tylnym odcinkiem gałki ocznej jest rzucający się w oczy. Nadto znamy przypadki, gdzie mimo idealnych warunków nie przychodzi do powiększenia rogówek, albo tylko nieznacznego (młody wiek, ucisk wzmożony) a tylko do wydrążenia tarczy nerwu wzrokowego. Rogówki olbrzymie są zmianami wrodzonemi, nadto dziedzicznemi i towedle typu dziedziczenia Hornera-Bollingera, znanego w medycynie dla krwawiączki i rodzinnego zaniku mięśni, w okulistyce dla ślepoty na barwy i samoistnego zaniku

---

*) Wedle wykładu z dnia 20. IX. 1924 r. »II. Zjazd Okulistów Polskich«.

nerwu wzrokowego. Typ dziedziczności dla rogówek olbrzymich przedstawił dokładnie K a y s e r. Wodoocze ma się również dziedziczyć, lecz tu o dokładne zestawienie jest trudno, gdyż osobniki obarczone wodooczem, kończąc jako ślepcy, nie wchodzą w związki małżeńskie. Wedle R e i s a, rogówki olbrzymie należy uważać za objaw atawistyczny. Na podstawie wymiaru poziomego rogówki i poprzecznego gałki ocznej u zwierząt niektórych otrzymujemy stosunek zbliżający się do jedności.

W oku ludzkiem stosunek ten wynosi 24 : 11 = 2·2. Przy rogówkach olbrzymich zbliża się podobnie jak u zwierząt do jedności n. p. przy rogówce olbrzymiej o wymiarze 15 mil. stosunek ten wynosi: 15 : 11 = 1·6 czyli wymiar poprzeczny rogówki zbliża się do poprzecznego gałki. To samo widzimy u wielu zwierząt, mimo to nie mówimy u nich o rogówkach olbrzymich. Wedle R e i s a mamy tutaj do czynienia nie ze zjawiskiem patologicznem, lecz powtórzeniem tylko dawnych cech rodowych normalnie już nie występujących. Że poszczególne części ciała jak i pojedyncze składowe oka, mogą się dziedziczyć o tem dobrze wszyscy wiemy. Jeśli więc przyjmiemy, że rogówki olbrzymie są odbiciem cech dawno już nie istniejących to musimy to odnieść właściwie



do całego przedniego odcinka gałki ocznej. Przypatrzmy się teraz jak się ma sprawa z wodooczem wrodzonem lub wcześnie nabytem. Charakterystyczne cechy tylko dla wodoocza są: Rogówki niewyraźnie odgraniczone, wskutek rozciągnięcia rąbka twardówkowo-rogówkowego, ścieńczenia i wydęcia, jakby twardówka wchodziła na rogówkę. Powiększenie to może dotyczyć tylko jednego oka. Same rogówki wykazują zmiany w błonie Descemeta, powstałe w następstwie wydęcia i rozciągnięcia rogówki, tworząc nieraz dość charakterystyczne linje podobne do linji kolejowej pogiętej wskutek trzęsienia ziemi, a są wynikiem pęknięć błony Descemeta. W początkowych okresach zmiany te nadzwyczaj delikatne dają się stwierdzić tylko mikroskopem rogówkowym, jako szkliste linje. W okresach późniejszych powstają zmiany na powierzchni rogówki, zmiany degeneracyjne. Komory przednie głębokie, chociaż nie zawsze. Tęczówki początkowo prawidłowe, mogą być przekrwione, co może być powodem krwotoku do przedniej komory, jak to miało miejsce w jednym z naszych przypadków. Później tęczówki wykazują zmiany zanikowe. Zmiany w soczewkach, w ciałku szklistem, jako zmętnienie mniejszego lub większego stopnia czasem oderwanie siatkówki, zmiany w nerwie zwrokowym, czyto dobrzeżne wydrążenie tarczy nerwu wzrokowego, czyto płytkie nieraz podobne do zwykłego zaniku nerwu wzrokowego, a najważniejsze podwyższenie ucisku śródocznego. Żeby jednak wskutek samego ucisku podwyższonego przyszło do tak znacznego powiększenia rogówek, jakie spotykamy często przy wodooczu zdaje się nieprawdopodobnem. Za tem przemawiają niektóre przypadki i tak n. p. przypadek obserwowany w ambulat. kliniki od kilku lat dotyczący ucznia J. I. lat 10, u którego od urodzenia oko prawe miało być nieco większe. V. pr. O. V. L. 6/6 J. Nr. 1. Wymiar poziomy rogówki oka pr. 12, lewego 11. Rogówki bez zmian. Tęczówka oka prawego nieco zanikła, komora przednia nieco głębsza. Źrenica okrągła bezpośrednio nie oddziałuje, oddziałuje współczulnie. Torebka soczewki na przedniej powierzchni nieco zaciemniona. Ciałko szkliste czyste. Tarcza nerwu wzrokowego głęboko wydrążona dobrzeżnie, zupełnie zanikła, naczynia zagięte kolankowato. (Obraz *glaucoma simplex adultorum).* Napięcie mierzone kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu tonometrem Sziötza na oku pr. ponad 45 m/m (10). Oko lewe bez zmian.

W przypadku tym mamy wszelkie warunki do powstania wodoocza (młody wiek, podwyższony ucisk) a tymczasem rogówka nieznacznie tylko powiększona a i to może być wynikiem refrakcji oka, (skiaskopia) — 5 D. Rogówka bez jakichkolwiek zmian oglądana mikroskopem rogówkowym, komórka nieco tylko głębsza, soczewka zaciemniająca się (*cataracta glaucomatosa)* a tarcza nerwu wzrokowego głęboko dobrzeżnie wydrążona. Przyczyny dla powstawania wodoocza musimy szukać albo w aparacie wydzielniczym oka, naczyniówce, ciałku rzęskowem, albo w drogach odpływowych dla cieczy z oka; brak kanału Szlemma częściowy lub całkowity, jego zwężenie, wreszcie zmiany naczyniowe kanału Szlemma. Jednak w większości przypadków zdaje się główną rolę odgrywa stan zapalny w oku. W początkowych okresach mamy może podrażnienie aparatu wydzielniczego w oku, stąd też po każdej operacji mamy przemijającą tylko poprawę, ucisk się chwilowo obniża, by wkrótce z powrotem się podnieść, aż do pewnego czasu, do wystąpienia zmian degeneracyjnych, zanikowych. Wówczas po operacji mamy dłuższy okres czasu obniżenia ucisku, komórka powoli się wypełnia, oko może wykazać podniesienie jeszcze ucisku, ażeby po następnym jakimkolwiek zabiegu się uspokoić lub uledz zanikowi. Gdyby przyczyna leżała tylko w samych drogach odpływowych, to wodoocze powinno powstać już w życiu płodowem. W większości przypadków rozwija się dopiero w pierwszych miesiącach lub latach. Może ważną rolę w powstawaniu wodoocza, odgrywają nerw sympatyczny a może i trójdzielny. Wedle S e e f e l d e r a, R e i s a przyczyna wodoocza nie jest jednolita; w każdym razie występują oni przeciw zapatrywaniu G o l d z i e r a, D ü r a, S z l e g t e n d a l a, wedle których stan zapalny naczyniówki główną odgrywa rolę a zmiany te są wtórorzędne w następstwie zmian w drogach odpływowych. Zmiany zaś zapalne, naczynioruchowe czy to ze strony *sympaticus*, czy też *trigeminus* to momenty tylko uboczne. Co do przyczyny powstawania to wedle S e e f e l d e r a sprawa ta nie jest jasna, zwłaszcza że i wyniki badań anatomo-patologicznych znacznie się między sobą różnią, o czem wreszcie świadczy cały szereg teoryj w tej sprawie chorobowej. A x e n f e l d uważa wodoocze za »produkt zapalenia naczyniówki«. D u f o u r »*Glaucoma intrauterinum*«, M a n z »za sprawę zapalną w życiu płodowem, mającą wiele cech wspólnych z jaskrą«. G r a h a m e r za sprawę pierwotną zapalną, w następstwie prowadzącą do jaskry. G a l l e n g a, A n g e l l u c i, za pierwotne uważają zmiany w nerwie sympatycznym, mieli bowiem zauważyć w swoich przypadkach objawy inne ze strony nerwu sympatycznego, jak przyśpieszenie tętna, *cardiopalmus*, zmiany naczynioruchowe na twarzy, głowie i nerwobóle. D ü r, S z l e g t e n d a l dominującą rolę przypisują mięśniom ocznym, zwłaszcza skośnym. Co do klinicznego obrazu wodoocza, to na podstawie naszych przypadków obraz ten nie jest jednolity. Należałoby odróżnić wodoocze podostre i chroniczne, właściwe *glaucoma infantum* odpowiadające jaskrze prostej u dorosłych.

Pierwsze cechuje szybki początek, rogówki ostro odgraniczonej prawidłowej wielkości w paru tygodniach dochodzą do znacznej wielkości, ze znanemi zmianami jako następstwem powiększenia tychże: przyczyna najczęściej zapalna w naczyniówce. Tutaj należałoby zaliczyć przypadek S e l i g s e n a,

pierwotnie rozpoznawany jako *pseudoglioma* siatkówki, badanie anatomiczne wykazało wodoocze. Podobny przypadek obserwowaliśmy w klinice dotyczący dziewczynki 18-sto miesięcznej. Dziecko to do 16-tu miesięcy zupełnie się dobrze rozwijało, chodziło Od kilku tygodni matka zauważyła, że dziecko się potyka i coraz gorzej widzi. Badanie wykazało: rogówki bez nastrzykania, wielkości prawidłowej, ostro odgraniczone, centralnie nieco matowe, komórki przednie prawidłowe, źrenice słabo oddziałują, tęczówki o budowie wyraźnej. Z oka lewego zdala widoczny szaro-żółty odblask, taki jaki spotykamy przy glejaku lub glejaku pozornym. Po rozszerzeniu źrenicy widoczny naciek w całej naczyniówce od nerwu wzrokowego, aż do ciałka rzęskowego *(Chorioiditis plastica diffusa)*, napięcie gałki wzmożone. W mniejszym stopniu takie same zmiany na oku drugiem. Odczyny Pirqueta, Wassermanna ujemne. W kilka tygodni później rogówki na obu oczach znacznie powiększone, zaciemnione, z rozstępami w błonie Descemeta o granicach zupełnie zatartych, brzeg twardówkowo rogówkowo rozdęty, komory przednie głębokie. Jeżeli się teraz przypatrzymy, gdzie szukać właściwej przyczyny dla powstawania wodoocza, czy w stanie zapalnym naczyniówki i ciałka rzęskowego (teorja sekrecyjna Spielberga, lub retencyjna Seefeldera) to zdaje się jednak, że w przeważnej większości przypadków mamy do czynienia ze stanem zapalnym Za tem przemawiają wszystkie te przypadki, w których wodoocze rozwija się dopiero w pierwszych latach lub miesiącach życia. Gdyby bowiem przeszkoda istniała w drogach odpływowych dla cieczy z oka, to wodoocze musiałoby się rozwinąć już w życiu płodowem. Zmiany stwierdzone w kanale Szlemma, naczyniach tegoż, mogą być tak dobrze pierwotne, jak i wtórne, skutkiem stanu zapalnego, podniesienia ucisku i rozciągnięcia tej okolicy. W przeważnej części przypadków stwierdza się zmiany zapalne mniejszego lub większego stopnia.

Co do częstości występowania wodoocza, to od roku 1905 na 17 tysięcy leczonych dzieci w szpitaliku św. Zofji było 18 przypadków wodoocza, z tych cztery u dziewcząt reszta u chłopców. Chłopcy daleko częściej zapadają na tę chorobę niż dziewczęta. Z tych 18-stu przypadków 11 razy choroba wystąpiła na obu oczach, 4 razy na lewem, 3 na prawem oku. Dziedziczności nie stwierdzono ani w jednym przypadku, jak i przywiązania sprawy chorobowej do pewnej okolicy (górskiej) (Gallenga). W dwóch przypadkach stwierdzono *lues congenita* (Wassermann ++). We wszystkich przypadkach obok znacznego podwyższenia ucisku śródocznego dochodzącego nawet do 80 m m w jednym przypadku, zmiany w rogówkach, mniejszego lub większego stopnia, rogówki znacznie powiększone, komory głębokie. W dwóch przypadkach krwotok do przedniej komory. Tęczówki już to prawidłowe czasem przekrwione, albo nawet zupełnie zanikłe, zależnie od trwania sprawy chorobowej. Źrenice w okresach późniejszych szerokie nieraz maksymalnie, nie oddziałujące. Ciałko szkliste w większości przypadków zaciemnione. W przypadkach, gdzie ciałko szkliste czyste tam i rogówki mniejsze wykazywały zmiany Natomiast tarcze nerwu wzrokowego dobrzeżnie głęboko wydrążone. W dwóch przypadkach rogówki ostro odgraniczone prawidłowej wielkości, bez zmian, tarcze głęboko wydrążone. W jednym przypadku wodoocza oderwanie siatkówki.

Co do postępowania leczniczego, to początkowo dążyliśmy we wszystkich przypadkach do obniżenia ucisku śródocznego i zwężenia źrenic zapomocą rozczynu ezeryny z adrenaliną, zapuszczając przez pierwsze dwa dni co pół godziny dzień i noc. Jednak nie zawsze się udało doprowadzić do zupełnego zwężenia źrenic. Oprócz tego stosowano wcieranie Hydr. ciner. à 0·5 gr.

Co do zabiegów operacyjnych to w 3-ch przypadkach wykonaliśmy cyklodializę uzyskując przemijającą poprawę. W przypadku po cyklodializie na obu oczach, w dwa tygodnie później wskutek podwyższenia ucisku na jednem oku wykonaliśmy iridektomję, na drugiem nakłucie twardówki. Oko po iridektomji uległo samoistnemu zanikowi. Na drugiem oku w 3 tygodnie później poraz drugi nakłucie twardówki, mimo to napięcie po przemijającej poprawie wynosiło 42 m/m. Pozatem we wszystkich przypadkach wykonano nakłucie twardówkowe, jedno- dwu, a nawet trzy-krotne na jednem posiedzeniu, *sclerotomia anterior multiplex* (Bednarski). Nakłucie drugie lub trzecie robiono nieraz przy oku zupełnie miękkiem. Zawsze całkowity odpływ cieczy, obniżenie znaczne ucisku śródocznego. W jednym tylko przypadku po nakłuciu twardówkowem ciśnienie utrzymywało się jeszcze przez 4 dni z rzędu, aby spaść do normy. W niektórych przypadkach pozostających dłużej w obserwacji wykonywano 2 nawet 3 razy nakłucia twardówki w pewnych odstępach czasu. Z powikłań jakie spostrzegaliśmy w czasie operacji to w jedynym przypadku po iridektomji upływ nieznaczny ciałka szklistego z następowym zanikiem gałki ocznej. W dwóch przypadkach po nakłuciu twardówki krwotok do przedniej komory dość znaczny. Co do metod operacyjnych zdania są podzielone. Jednak wszyscy są zgodni co do tego, że w przypadkach wodoocza iridektomji robić nie należy. Wedle Siegrista iridektomja bowiem nie pomaga dlatego, gdyż w tych przypadkach tęczówka swym obwodem jest przyrośnięta do tylnej ściany rogówki skutkiem czego za mało jej wycinamy. O ile zaś pomaga, to wskutek cięcia twardówkowego w okolicy kanału Szlemma. Elsznig, Heine polecają cyklodializę. Axenfeld jest jej przeciwnikiem, zwolennikiem natomiast nakłucia twardówkowego. Zresztą sprawa leczenia wodoocza czyto zachowawczego, czy chirurgicznego napotyka na te same trudności i niepowodzenia na jakie często napotykamy przy leczeniu jaskry, a przedewszystkiem jaskry prostej. Mojem zdaniem szukając dróg leczniczych dla jaskry nie powinniśmy zapominać o równie ciężkiem, a nawet w swem przebiegu daleko tragiczniejszem schorzeniu jakie przedstawia wodoocze, a nawet zdaje mi się, że nie byłbym odosobnionym, gdybym nieśmiało wyraził życzenie, czyby wskazówek do leczenia wogóle jaskry, nie szukać na drodze rozwiązania terapeutycznego problemu wodoocza, które to rozwiązanie nie jedno światło rzucić by mogło na sprawę jaskry.

Piśmiennictwo.

1) Bergmeister: Über bouphthalmus congenitus. mitteil. d. Wiener. med. Doctoren. coll. Bd. Nr. 15. — 2) Dufour: Sur L'action de l'iridectomie dans l'hydrophtalmus congenitus. Beitr. z. Ophtalmolog. Festschrift. S. 109. — 3) Reis: Untersuchungen zur Pathologischen Anatomie und zur Patogenese des Angeborenen Hydroph. v. Graefes Arch. f. Ophtalm. LX. S. 1. 4) Grahamer: Graefes Arch. für Ophtal. XXX. S. 265. — 5) Gallenga: Del L'idroftalmia congenita annali di oftalm. XIV. p. 3 2. — 6) Angeluci: Jahresbericht f. Ophtalmologie XXV. 1894. — 7) Rumszewicz: Postęp okul. Kwiecień-Maj 1908. — 8) Takashima: Sechs Fälle der kompliezierten hereditarfamilieren Opticusatrophie des Kindesalters. Klin. Monatsblatt f. Augenheil. X. I. Bd. II. 714. — 9) Axenfeld: Zur Kentnis der Isolierten dehiscen Membrana Descemeti. Kl. Monatsblatt f. Aug. Bd. II. S. 157. 1905. — 10) Spielberg: Beitrag zur Pathogenese des Hydr. Congenitus Kl. Med. f. Augen. 1911. Bd. II. 313. — 11) Axenfeld: Bemerkungen über Hydrophth und den Einfluss der Chloroformnarcose auf die Intraokulare Spannung. Klin. Med. f. Aug. Bd. II. S. 503. 12) Seefelder: Über Hornhautveranderungen im Kindlichen Auge in Folge von Drucksteigerung. Kl. Med. f. Augenheilk. 1905. II — 13) Seefelder: Klinische und anatomische Untersuchungen zur Pathologie und Therapie d. Hydr. Congenitus. Graefes Arch. f. Ophth LXIII. S. 205 und 481. — 14) Reis W.: O rogówce olbrzymiej. Księga pamiątkowa w 25-tą rocznicę istnienia Wydziału lekarskiego Wszechnicy J. K. we Lwowie 1894—1919. Str. 120. — 15) R. Friede: Zur Klinik der Megalocornea Graefes Arch. f. Aphtalm. 1923. — 16) Steiger: Zeitschr. f. Augenh. Bd. 34. 1915. — 17) Warlomont: Ref. v. Nagels Jahresber. 1912. — 18) Staehli: Kl. Mon. f. Augenh. 53. 1914. — 19) Haab: Kl. Mon. f. Augenh. 52. 1914.

Z praktyki.

Dr. Ludwik BATAWIA. Częstochowa.

Dwa przypadki zwężenia górnych odcinków dróg oddechowych leczone elektrokoagulacją (diatermją).

Zapoczątkowany przed 30-tu laty tak obiecująco ruch w kierunku badania i wyzyskania dla celów leczniczych prądów o wysokiej częstotliwości i wysokiem napięciu nie długo cieszył się powodzeniem. Nieumiejętne stosowanie nowoodkry-

tych prądów i związane z tem niepowodzenie w lecznictwie zdyskredytowały odkrycia Tesli i d'Arsonval'a, i nowa metoda na czas pewien zaniechaną została we wszystkich niemal krajach z wyjątkiem Francji, gdzie d'Arsonval, Oudin, Heitz-Boyer i inni nie dają się zniechęcić chwilowem niepowodzeniem i nadal z całym zapałem pracują nad udoskonaleniem aparatów leczniczych, nad techniką i stawianiem wskazań do stosowania nowego rodzaju prądów. Dziś prądy o wysokiej częstotliwości wywalczyły sobie już prawo obywatelstwa zarówno w medycynie wewnętrznej, jak i w chirurgji.

Niesłusznie utożsamiają diatermję z prądami o wysokiej częstotliwości, jest to błędne użycie *»pars pro toto«*. Prądy Tesli, czyli prądy o wysokiej częstotliwości dzielą się na 1° prądy o dużem natężeniu, czyli wielkiej ilości amperów (do 3.000 miljamperów) i niskiem napięciu, czyli małej ilości wolt (150—200 wolt) i 2° prądy o małem natężeniu (100—300 miljamperów) i wysokiem napięciu (40.000 wolt i wyżej). Prądy pierwszego rodzaju wywołują wnikające wgłąb ustroju ciepło, podnosząc ciepłotę ciała nawet do 41,5° C i działają głównie, jako środek resorpcyjny, prądy zaś drugiego rodzaju działają mechanicznie na tkankę w formie iskier (*étincellage, fulgarisation*) i mają zastosowanie przeważnie w chirurgji, jako środek destrukcyjny Nazwę diatermja stosować można jedynie do prądów pierwszego rodzaju, prądy zaś o małej ilości amperów i wysokiem napięciu często nazywają prądami d'Arsonval'a, on bowiem pierwszy zastosował je w medycynie. Efekt cieplny, jaki nam daje diatermja, jak to wykazał Joule, jest wprost proporcjonalny do oporu tkanki, czasu i kwadratu siły prądu, czyli ilości amperów; lecz niezależnie od uwzględnionych przez Joule'a czynników, efekt cieplny zależny jest od wielkości elektrody: czem elektroda jest mniejsza, tem wytwarza ona więcej ciepła w miejscu dotyku. Jeżeli użyjemy cienkiej elektrody czynnej, to na miejscu dotyku otrzymamy na powierzchni tkanki biały strup, powstały wskutek karbonizacji powierzchownych warstw tkanki. Jest to t. zw. elektrokoagulacja, mająca dziś szerokie zastosowanie w chirurgji ogólnej, w dermatologji, urologji i ryno laryngologji. Po elektrokoagulacji niema prawie żadnego odczynu pooperacyjnego: ani ogólnego, ani miejscowego; strup odpada po 8—14 dniach, nie pozostawiając żadnej rany, blizna na miejscu przypalenia jest bardzo cienka, prawie niewidoczna i odznacza się minimalną kurczliwością. Te zalety elektrokoagulacji zachęcają nas do stosowania tej nowej metody w licznych przypadkach, w których dotychczas stosowaną bywała galwanokaustyka.

Pomijam tu technikę elektrokoagulacji, wskazania do tego zabiegu i rezultaty leczenia rozmaitych chorób tym nowym sposobem, gdyż temat ten poruszę na innem miejscu *) i przechodzę do opisu dwóch ciekawych przypadków, skutecznie przezemnie leczonych elektrokoagulacją.

Przypadek I.

7-letnia L. R. leczyła się u mnie ambulatoryjnie z powodu zupełnej niedrożności nosa.

W narządach wewnętrznych zmian chorobowych niema. W nosie na przegrodzie po stronie lewej guzowatość wielkości soczewicy, przylegająca do przedniej części lewej muszli dolnej. Podobne guzowatości są rozsiane w dużej ilości na tylnej ścianie gardzieli. Całą jamę nosowo-gardłową wypełnia guz, do którego przylega nieco ku przodowi odsunięte miękkie podniebienie. Przy próbie zbadania palcem tego guza miękkie podniebienie rozrywa się, przyczem okazuje się, że górna jego powierzchnia jest nierówna, wymacują się na niej liczne guzowatości wielkości okrągłego grochu. Guz w jamie nosowo-gardłowej od przodu jest wolny, od góry i tyłu zrośnięty ze stropem i z tylną ścianą gardzieli; powierzchnia jego jest dosyć równa, konsystencja gruczołu limfatycznego. Migdałki podniebienne i językowy niepowiększone, w krtani zmian niema. Na niedrożność nosa chora cierpi przeszło rok.

Badanie histologiczne wyciętych kilku skrawków wykazało bardzo znaczny przerost nabłonka powierzchownego bez nacieku tkanki podścieliskowej; podścielisko było zbudowane z wiotkiej tkanki łącznej z dużą ilością limfocytów i sporą ilością komórek plazmatycznych; w niektórych skrawkach widać było nacieki drobno komórkowe w obrębie tkanki podścieliskowej. Obraz ma przemawiać za przewlekłą sprawą zapalną o charakterze przerostowym **).

*) Na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Warszawie.

**) Pracownia histologiczna lecznicy Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie.

Próbne wycięcie kilku guzowatości na tylnej ścianie gardzieli wykonałem dnia 20. XI. r. z.; rany goiły się bardzo wolno i zabliźniły się dopiero po czterech tygodniach. Wówczas dopiero mogłem przystąpić do leczenia chorej diatermją.

16. XII. 1924 r. przypaliłem diatermją jedynie guzowatości na tylnej ścianie gardzieli po uprzedniem znieczuleniu 10% kokainą. Kilka dotknięć suchą elektrodą po 3—5 sekund każde. Siła prądu 300 miljamperów.

17. XII. Na miejscu przypalenia białe naloty bez objawów jakiegokolwiek stanu zapalnego. Bólu gardła chora po zabiegu nie miała. Ciepłota nie była podniesiona.

23. XII. Strupy na miejscu elektrokoagulacji jeszcze nie odpadły.

30. XII. Strupów niema, guzowatości w gardzieli mniejsze.

31. XII. Drugi seans elektrokoagulacji: przypaliłem guz w jamie nosowo-gardłowej odpowiednio skrzywioną elektrodą. Siła prądu 400 miljamperów.

1. I 1925 r. Odczynu zapalnego nie było.

10. I. Strupów niema. Objętość guza mniejsza, lecz niedrożność nosa nie zmniejszyła się, chora nie czuje się lepiej, chrapie, jak przed leczeniem. Tegoż dnia trzeci seans elektrokoagulacji. Przypaliłem powtórnie guz w jamie nosowo-gardłowej, jak również i guzowatości na tylnej ścianie miękkiego podniebienia i na tylnej ścianie gardzieli. Przy przypaleniu guza w *retronasum* dotknięcia elektrodą trwały do 10 sekund, ilość doknięć 5, siła prądu 400 miljamperów; przy przypaleniu guzowatości na podniebieniu i na tylnej ścianie gardzieli dotknięcia elektrody były krótsze, siła prądu 300—350 miljamp.

11. I. Nie widać żadnego odczynu zapalnego miejscowego. Chora skarży się na nieznaczny ból przy łykaniu. Ciepłota nie podwyższona. Białe naloty na miejscach zabiegu.

12. I. Ból przy łykaniu ustąpił.

19. I. Nalotów niema. Chora oddycha przez nos. Z guza w jamie nosowo-gardłowej pozostało bardzo mało; przy *rhinoscopia posterior*, która obecnie z łatwością się udaje, widoczne tylko nieduże guzowatości na stropie gardzieli i mniejsze na tylnej ścianie miękkiego podniebienia. Palec wskazujący teraz swobodnie wprowadzić się daje do jamy nosowo-gardłowej i potwierdza zmiany chorobowe, widoczne lusterkiem. Na tylnej ścianie gardzieli pozostały jedynie guzowatości poza tylnemi łukami.

24. I. Czwarty seans elektrokoagulacji, podczas którego przypaliłem pozostałe guzowatości na stropie gardzieli, po bokach tylnej ściany gardzieli i na przegrodzie nosowej.

Po tych zabiegach chora zupełnie wyzdrowiała: oddycha swobodnie przez obie dziurki nosa, nie chrapie, błona śluzowa gardzieli gładka, palcem wyczuwają się jedynie guziczki wielkości łebka szpilki na tylnej ścianie miękkiego podniebienia i nieco większe na stropie gardzieli. Żadnych zrostów między podniebieniem i tylną ścianą gardzieli niema.

Przypadek II.

Drugi przypadek dotyczy 42-letniej O. W., która skierowana została do szpitala dla wykonania u niej tracheotomji z powodu znacznego zwężenia krtani. Z obszernej jej historji choroby przytoczę tylko dane, tyczące się interesującego nas w danej chwili cierpienia górnych odcinków dróg oddechowych.

Chora dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie ciężko chorowała na gardło przez 2 czy też 3 tygodnie; w 9-tym roku życia przechodziła odrę, w 16-tym zapalenie płuc. Mąż chorej był zdrów; rodziła 7 razy zdrowe dzieci, bez wysypki. Poronień nie było. Dzieci są przeważnie bardzo małego wzrostu.

Obecna choroba gardła trwa 6 lat. Skarży się na wielką duszność i utrudnione połykanie, które wystąpiło dopiero przed 4-ma miesiącami. W ostatnich latach chora bardzo wychudła. Przez ostatnie cztery miesiące żywi się ona tylko płynami; ani twardych pokarmów, ani papkowatych przełknąć nie może; płyny przechodzą, lecz łykać musi wolno. Bólu gardła niema. Oddech stenotyczny. Z powodu silnej duszności nie może chora leżeć. Praca pomocniczych mięśni silna.

Stan obecny: Chora średniego wzrostu, bardzo wychudzona, błony śluzowe blade. Gruczoły pachwinowe macalne. Ze zmian w narządach wewnętrznych zanotowaliśmy: obniżenie dolnych granic płuc, akcentowany drugi ton nad tętnicą główną z odcieniem metalicznym, przyśpieszone tętno do 120 i powiększenie wątroby. Wassermann ++++.

Zmiany w gardle przedstawiają się jak następuje: na tylnej ścianie gardzieli grube obszerne blizny, rozchodzące się wachlarzowato w prawo i w lewo i ku górze; blizny te zrastają się z dolnym tylnym brzegiem miękkiego podniebienia, tak że boczne części podniebienia tworzą jedną bliznę z tylną ścianą gardzieli. Języczka podniebienia brak. W górnej części gardzieli między bliznami pozostaje nieduży otwór, prowadzący z gardzieli do jamy nosowo-gardłowej; otwór ten nie przepuszcza nawet małego palca. Ku dołowi blizny z tylnej ściany gardzieli przechodzą na trzon języka, tworząc twardą bliznowatą przegrodę na granicy między *meso-* i *hypopharynx*. W tej bliznowatej podstawie, łączącej język z tylną ścianą gardzieli, widać w linji środkowej wąską podłużną szparę, długości 1½ cm, szerokości 1—1½ mm. Przez tę wąską szparę chora oddycha i odżywia się. Innego połączenia między gardzielą z jednej strony a krtanią i przełykiem z drugiej strony niema. Nos

drożny, ani blizn, ani owrzodzeń, ani guzów w nim niema, tylne nozdrza wolne. Głos czysty.

Opisane tu obszerne twarde blizny w gardzieli, które doprowadziły do tak znacznego i wyjątkowo rzadko spotykanego zwężenia wejścia do krtani i przełyku, powstały zdaniem naszem na tle przebytej kiły. Jedynie możnaby tu wziąć pod uwagę twardziel, która też dać może podobne blizny, lecz brak u naszej chorej jakichkolwiek zmian w nosie i w tylnych nozdrzach, wybitnie dodatni odczyn Wassermanna, powiększenie gruczołów pachwinowych, zmiany w tętnicy głównej i w wątrobie wykluczają to przypuszczenie.

Zdecydowałem się zniszczyć blizny w gardzieli i krtani diatermją. Ponieważ szpara, prowadząca do krtani, była bardzo wąska, i obawiałem się, by strup po elektrokoagulacji zupełnie nie zamknął wejścia do krtani, wyciąłem dnia 21. XII. kawałek blizny po stronie lewej szpary, przez co otrzymałem otwór szerokości do 3-ch mm, przez który chora nieco swobodniej już mogła oddychać.

27. XII. 1924. Elektrokoagulacja blizn podniebienia i wejścia do krtani siłą prądu do 400 miljamperów.

28. XII. Chora nie skarży się na ból gardła, niema zapalnego odczynu miejscowego. Białe naloty na miejscach zabiegu.

10. I. 1925. Drugi seans elektrokoagulacji w tych samych miejscach. Dotknięcia elektrody trwały dłużej, niż 27. XII., do 10 sekund przy tej samej sile prądu.

12. I. Duże naloty na miejscach przypalenia.

24. I. Strupy odpadły. W dolnej części gardzieli blizny zniszczone na dużej głębokości, dzięki czemu powstała wolna przestrzeń między nasadą języka i tylną ścianą gardzieli. Również i miękkie podniebienie na dostatecznej przestrzeni oswobodzone jest od zrostów w środkowej swej części.

26. I. Wycięcie kawałka blizny w szparze krtaniowej. Szpara teraz grubości ołówka.

28. II. Trzeci seans. Elektrokoagnlacja blizn wokoło szpary na dnie jamy gardzielowej.

29. II. Nieduży odczyn miejscowy.

3. III. Naloty oddzieliły się. Chora oddycha gorzej z powodu zwieszania się do szpary krtaniowej kawałka blizny, który najwidoczniej oddzielił się po ostatniej elektrokoagulacji.

8. III. Po wycięciu tego zwieszającego się kawałka blizny chora oddycha swobodnie.

9. III. Ból przy połykanin. Wokoło szpary przekrwienie. W głębi krtani widoczne struny głosowe.

14. III. Ból gardła ustąpił. Chora oddycha dobrze, łyka swobodnie i twarde pokarmy.

27. III. wypisała się ze szpitala.

Blizny przypalałem suchą elektrodą, czas działania prądu 3—10 sekund, siła prądu od 350—400 miljamperów. Oprócz leczenia miejscowego stosowano u chorej środki nasercowe, wykrztuśne i swoiste leczenie przeciwkiłowe, które często jednakże musiało być przerywane, wywoływało bowiem u niej osłabienie działalności serca, połączone niekiedy z zapaścią.

W obydwu, opisanych przezemnie przypadkach znacznego zwężenia górnych odcinków dróg oddechowych, elektrokoagulacja okazała się najskuteczniejszym środkiem leczniczym. Gdybyśmy w pierwszym naszym przypadku usunęli guz z jamy nosowo-gardłowej sposobem chirurgicznym i obnażyli tylną ścianę gardzieli, do której on szczelnie przylegał i na której były rozsiane dosyć liczne guzowatości, to niewątpliwie po usunięciu tych guzów i zeskrobaniu guzowatości z górnej (tylnej) powierzchni miękkiego podniebienia spowodowalibyśmy zrośnięcie podniebienia z tylną ścianą gardzieli. Ten sam byłby wynik, gdybyśmy zamiast noża i ostrej łyżeczki zastosowali w danym przypadku galwanokauter, który daje blizny twarde i bardzo kurczliwe. Cztery seanse elektrokoagulacji zniszczyły u naszej chorej dużych rozmiarów guz i przywróciły jej zupełną drożność nosa bez niepożądanych następczych zrostów. Zaznaczyć tu musimy, że zrosty podniebienia z tylną ścianą gardzieli pochodzenia urazowego nie należą do wyjątkowo rzadkich. W klinice Bourgeois podczas ostatniego Zjazdu laryngologów francuskich w Paryżu widziałem cztery podobne przypadki, które powstały jedynie po zbyt energicznem zeskrobaniu wyrośli adenoidalnych.

I w drugim naszym przypadku elektrokoagulacja była najodpowiedniejszą metodą leczenia; inne znane nam sposoby postępowania nie dałyby tak dodatniego rezultatu. Chora nasza, jak to zaznaczyliśmy, bardzo źle znosiła leczenie przeciwkiłowe, które wywoływało u niej znaczny upadek sił, połączony z niedomogą serca, wobec czego leczenie przeciwkiłowe musiało być prowadzone z wielką ostrożnością i w stopniu niedostatecznym. Lecz i energiczne leczenie swoiste nie miałoby wpływu na blizny, które spowodowały tak znaczne zwężenie dróg oddechowych. Laryngolodzy napotykali dotychczas wielkie trudności przy leczeniu bliznowatych zrostów w jamach nosowych, przy zarośnięciu nozdrzy tylnych, przy leczeniu zrostów podniebienia z tylną ścianą gardzieli.

W prądach o wysokiej częstotliwości rynologja zdobyła wreszcie skuteczny środek dla zwalczania tych często nieuleczalnych cierpień. Elektrokoagulacja niszczy blizny, nie powodując następczych zrostów. Operując u naszej chorej diatermją na podstawie jamy gardzielowej w bliznowatych masach, rozciągniętych między trzonem języka i tylną ścianą gardzieli, miałem wrażenie, że blizny pod wpływem prądu elektrycznego jakby się rozpływały: udało mi się diatermją zniszczyć masy bliznowate na głębokości $1\frac{1}{2}$ cm, przez co język oswobodził się na pewnej przestrzeni od tylnej ściany gardzieli, do której był przyrośnięty.

Brzegi bliznowate szpary, prowadzącej do krtani i przełyku, też udało mi się zniszczyć dostatecznie, aby chorej umożliwić swobodne oddychanie i przełykanie nawet twardych pokarmów.

Ze względu na znaczne zwężenie wejścia do krtani, musiałem w tym przypadku kombinować elektrokoagulację z leczeniem chirurgicznem. Zniszczenie diatermją blizn miękkiego podniebienia umożliwiło oswobodzenie na dostatecznej przestrzeni podniebienia od zrostów z tylną ścianą gardzieli.

Wyżej opisane i omówione dwa przypadki, pouczają nas, że elekrokoagnlacja wskazaną jest: 1° do usunięcia bliznowatych zwężeń w nosie, gardzieli i w krtani i 2° we wszystkich tych przypadkach, gdzie po krwawym zabiegu chirurgicznym lub po galwanokaustyce w nosie lub w gardle można się spodziewać następczych grubych blizn lub niepożądanych zrostów.

Wykłady i odczyty.

Doc. Dr. J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

Immuno- i proteino-terapja.

Piszę te uwagi o immuno- i proteino-terapji, uwzględniając nie wyniki, ale treść jednego i drugiego postępowania.

Immunoterapja jest zastosowaniem w klinice rozumowań powstałych i opartych na bakterjologji. Z bakterjologją rozwijało się zagadnienie zakażenia i odporności. Zagadnienie zaś zakażenia i odporności stało się punktem wyjścia leczenia przyczynowego. Leczenie przyczynowe w postaci seroterapji i bakterjoterapji zyskało w krótkim czasie szerokie zastosowanie, jako postępowanie naukowo dobrze uzasadnione.

Podstawą seroterapji i bakterjoterapji jest pojęcie swoistości.

W seroterapji używa się wyłącznie surowic swoistych. Pod nazwą surowic swoistych rozumiemy surowice o własnościach ściśle określonych, a nastawionych wyłącznie na pewien zarazek, względnie na jady pewnego zarazka. Takie własności okazują surowice ustrojów, które albo przebyły zakażenie, albo te którym wprowadzono zarazki względnie ich jady z ominięciem przewodu pokarmowego. W jednym i drugim przypadku w surowicach tych stwierdzamy: aglutyniny, precypityny, opsoniny, bakterjotropiny, ciała wiążące dopełniacz, bakterjolizyny i antytoksyny, — wyłącznie i jedynie tylko w odniesieniu do zarazka względnie do jadów, które zadziałały na ustrój. Z pomiędzy wymienionych własności surowic pochodzących z ustrojów uodpornionych (tak nazywamy ustroje, które przetrwały wpływ zarazka, względnie jadu) w seroterapji zajmują nas przedewszystkiem bakterjolizyny i antytoksyny. W przebiegu chorób zakaźnych od zdolności ustroju do wytwarzania tych ciał ma zależeć jakość zejścia zakażenia, względnie choroby. Stosując u chorych surowice swoiste wprowadzamy im zależnie od przyrody schorzenia bakterjolizyny albo antytoksyny już w stanie gotowym. Treścią więc seroterapji jest wyręczanie ustroju w walce z zarazkiem względnie jego jadem: myślą zaś przewodnią działanie w sposób swoisty na czynnik etjologiczny zapomocą odpowiednich bakterjolizyn względnie antytoksyn. Bakterjolizyny i antytoksyny stosujemy wyłącznie tylko w postaci surowic swoistych.

Pod mianem bakterjolizyny i antytoksyny należy rozumieć nie materję, lecz energję. Energja ta jest nierozerwalnie związaną z białkiem surowicy. Z tego właśnie powodu bakterjolizyn i antytoksyn inaczej stosować nie możemy, jak tylko w postaci surowic swoistych. Surowicę wolną od energji, o której mowa, nazywamy surowicą normalną. W myśl zasad odporności nie posiada ona żadnych własności leczniczych.

W bakterjoterapji używa się wyłącznie szczepionek swoistych. Pod nazwą szczepionek swoistych rozumiemy szczepionki, sporządzone z zarazków wywołujących dane schorzenie. Używanie szczepionki nieswoistej czyli sporządzonej z zarazka nie takiego, który w danym przypadku wywołuje schorzenie, jest dla leczenia taksamo bez znaczenia, jak używanie surowicy normalnej. Szczepionka swoista wprowadzona do ustroju z pominięciem przewodu pokarmowego, powoduje powstawanie czynników swoistych, bo skierowanych wyłącznie przeciw przyczynie chorobowej. Szczepionka wpływa zarówno na własności surowicy krwi, jak na własności krwinek białych. Podstawą bakterjoterapji jest założenie, że walka z zarazkiem odbywa się przy udziale surowicy i krwinek białych, a nie jak chce założenie seroterapji tylko w surowicy. Podczas gdy seroteraja wyręcza ustrój w walce z czynnikiem chorobotwórczym, to bakterjoterapja ustrój do walki podnieca. W pierwszym przypadku ustrój zachowuje się biernie, w drugim czynnie. Seroterapja opiera się na jasnych pojęciach chemicznych, bakterjoterapja uważa je za niewystarczające do tłumaczenia zjawisk odporności. Bakterjoterapja liczy się z zawiłemi stosunkami żywej materji, i dla tego nie stara się sprawy odporności ujmować w prawidła fizyki i chemji

Ale mimo różnic jakie zachodzą w teoretycznem założeniu sero- i bakterjo-terapji, myślą przewodnią jednej i drugiej jest pojęcie swoistości.

Immunoterapja nie liczy się z częścią nieswoistą surowic, i szczepionek, swoistych, bo zdaniem jej białko obcogatunkowe czy to surowicze, czy też bakteryjne, w leczeniu nie odgrywa żadnej roli. Jedno służy do wprowadzenia odpowiedniej energji w postaci surowicy swoistej, a drugie do wprowadzenia pewnych cech biologicznych w postaci szczepionek swoistych. Wolne od własności swoistych białko obcogatunkowe jest dla ustroju bez znaczenia.

Tak się sprawa miała co do znaczenia dla ustroju białka obcogatunkowego wprowadzonego doń drogą nienaturalną, do czasu poznania stanu zwanego anafilaksją. Stan ten który polega na przeczuleniu a w związku z tem na nieprawidłowem zachowaniu się ustroju, jest następstwem wprowadzania białka obcogatunkowego z ominięciem przewodu pokarmowego. Poznanie anafilaksji zaskoczyło leczenie swoiste. Zaskoczyło, bo białko obcogatunkowe przyjęte przez teoretyczne założenie immunoterapji za obojętne, dla ustroju, — odkrycie anafilaksji ukazało w zupełnie nowem, bo wręcz przeciwnem świetle. Otóż od czasu poznania stanu anafilaksji, sero- i bakterjo-terapja liczą się z ubocznem działaniem surowic i szczepionek swoistych. Działanie to uboczne jest wywołane składnikiem nieswoistym jaki jest zawarty w każdej surowicy, — i w każdej szczepionce, — swoistej. Ale chociaż od czasu poznania stanu anafilaksji wiadomą jest rzeczą, że białko obcogatunkowe dla ustroju obojętnem nie jest, to jednak fakt ten na podstawy teoretyczne immunoterapji w niczem nie wpłynął. Nie wpłynął, bo seroterapja i bakterjoterapja uważają nadal białko, surowicze względnie bakteryjne, jedynie tylko za *vehiculum*, służące do wprowadzenia odpowiedniej energji, względnie odpowiednich cech biologicznych. I aczkolwiek immunoterapja godzi się z zupełnie inną rolą białka obcogatunkowego niż opiewa założenie z którego wyszła, to jednak wcale się nie zastanawia, czy to białko, chociaż nie obojętne dla ustroju, nie wpłynie w jaki sposób na objawy zakażenia i zjawiska odporności, na które ma działać tylko część swoista surowicy lub szczepionki?

Immunoterapja, jak na wstępie zaznaczyłem, jest wytworem spekulacji myślowych. Proteinoterapja zaś w odróżnieniu od leczenia swoistego jest wynikiem empirji. Proteinoterapja powstała w następstwie przygodnych spostrzeżeń poczynionych w klinice. Spostrzeżenia te zaczęły się mnożyć zwłaszcza od czasu wprowadzenia leczenia swoistego. Stosując surowice swoiste w warunkach nieodpowiednich w myśl zasad immunoterapji, widziano wyniki korzystne, — wyniki nieoczekiwane i niezrozumiałe ze stanowiska swoistości.

Po mianem proteinoterapji rozumiemy wprowadzanie do ustroju w celach leczniczych białka obcogatunkowego drogą nienaturalną, bo z ominięciem przewodu pokarmowego. Obfity jest wybór środków mających zastosowanie w proteinoterapji. Żaden atoli z nich nie ma własności leczniczych w rozumieniu czyto seroterapji czy też chemoterapji. Każdy z nich natomiast jest tylko bodźcem, mającym działać nie na c z y n n i k chorobowy, ale na c z y n n o ś c i ustroju. Bodźcem tym są już to przetwory wstrzykiwane jako takie, jużto produkty rozpadu białka ustroju, powstałe pod wpływem wstrzykniętego środka. Ponieważ chodzi tu, nie o bodziec jako taki, ale o jego skutek, tensam zaś skutek osiągnąć można różnemi środkami, stąd jakość użytego środka jest rzeczą drugorzędną. Proteinoterapja mechanizmu działania bodźca n i e z n a, toteż go określa ogólnikowo tylko, jako wpływ na czynności życiowe ustroju. Wpływ ten dotyczy między innemi, przemiany materji, ciepłoty ciała, czynności gruczołów, obrazu krwi pod względem morfotycznym i pod względem fermentów, a także powstawania względnie narastania ciał odpornościowych. Powodując powstawanie względnie narastanie ciał odpornościowych, proteinoterapja, aczkolwiek posługuje się środkami nieswoistemi, to mimo to wpływa na czynnik chorobowy także w sposób swoisty. Fakt ten godzi w istotę leczenia swoistego; podstawą bowiem leczenia swoistego jest założenie, że na czynnik chorobowy swoiście, zadziałać można tylko środkiem swoistym. Ale ciała odpornościowe, które stanowią istotę immunoterapji, dla proteinoterapji są tylko szczegółem. Proteinoterapja uznaje w nich tylko jeden, a nie jedyny czynnik w procesie zdrowienia. Proteinoterapja widzi w procesie zdrowienia zawiły splot najróżnorodniejszych wydarzeń życiowych. Domyśla się w nich udziału wszystkich tkanek ustroju, a nie tylko narządów krwiotwórczych, jak uczą podstawy leczenia swoistego. W myśl tego zaś uwzględnia cały szereg objawów, a nie tylko zjawiska odpornościowe, jak to czyni seroterapja. Pojmując w ten sposób proces zdrowienia i oceniając znaczenie urazu, jakim jest wprowadzanie białka obcogatunkowego drogą nienaturalną, proteinoterapja rozumie, że istotą jej jest wpływ na ustrój nie jedno- ale wielostronny. Wpływając na ustrój a nie na czynnik chorobowy, proteinoterapja liczy się z wrażliwością osobniczą. Licząc się zaś z wielce różnemi własnościami osobniczemi, proteinoterapja uznaje, że tasama dawka tegosamego środka może być dla jednego osobnika obojętną, dla drugiego uzdrawiającą, dla trzeciego szkodliwą. W pierwszym przypadku dawka była za słabą, by wywołać odczyn ustroju, w drugim była odpowiednią bo podnieciła, w trzecim zbyt silną, bo poraziła, czynność ustroju.

Tak więc proteinoterapja pomaga lub szkodzi, posługując się białkiem obcogatunkowem. Immunoterapja natomiast, widzi w białku obcogatunkowem tylko *vehiculum*, którego używa celem wprowadzenia odpowiedniej energji, względnie odpowiednich cech biologicznych. Seroterapję zapoczątkowano w r. 1894, bakterjoterapję w r. 1902; w r. 1903 odkryto anafilaksję, a proteinoterapja na szeroką skalę przyjęła się w ostatniem dziesięcioleciu. Od czasu odkrycia anafilaksji datuje się poznanie, a od czasu rozkwitu proteinoterapji rośnie uświadomienie wpływu białka obcogatunkowego na ustrój. Immunoterapja powstała bez znajomości zjawisk biologicznych, w następstwie wprowadzenia do ustroju białka obcogatunkowego z ominięciem przewodu pokarmowego — zjawisk, których znaczenie wykazały anafilaksja i proteinoterapja. Wobec tego przychodzi na myśl, jakby się przedstawiała sprawa leczenia swoistego, gdyby w jego zapoczątkowaniu myślą przewodnią, kierowała nie ówczesna wiara w obojętność surowicy normalnej, — ale gdyby podstawą jej był dzisiejszy pewnik, co do potęgi urazu białka obcogatunkowego, wprowadzonego do ustroju drogą nienaturalną?

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Roman EPLER Lwów.
st. asystent higjeny U. J. K.

Aspergillosis *).

Aspergillosis posiada już obecnie obszerne piśmiennictwo, tak specjalne biologiczne, jak też kliniczne z zakresu chorób zwierząt i ludzi.

W szerszem pojęciu rozumiemy przez nią zmiany chorobowe, przy których wyhodowano z tkanek chorego ustroju pleśń, gatunku *aspergillus.* Cechą morfologiczną tej pleśni jest wytwarzanie przez nią bardzo charakterystycznego strzępka owocującego, dzięki któremu nosi ona polską nazwę: „kropidełko". Mianowicie z plechy kropidełka (grzybni) wyrastają jako forma jego rozmnażania się bezpłciowego, niteczki prostopadłe (strzępki owocujące), zakończone maczugowato lub w kształcie kuli, która pokrywa się na swej wolnej powierzchni częściowo albo całkowicie, zależnie od odmiany, licznemi krótkiemi wypustkami różnej grubości. Są to t. zw. *sterigmata* (stópki). Dzielą się one od swego wolnego bieguna na 4—6 zarodników. Zarodniki te, zależne od odmiany kropidełka, są okrągłe lub owalne, posiadają powierzchnię gładką lub brodawkowatą, oraz mają barwę rozmaitą, charakterystyczną dla danej odmiany Zależnie od ich barwy odróżniamy: *asp. glaucus* (bronzowy), *niger* (czarny), *flavus* (żółty), *ochraceus* (pomarańczowy), *fumigatus* (przypalony), i t. p. Sama jednak barwa zarodników nie decyduje jeszcze o odmianach danego kropidełka. Ponieważ duży wpływ na nią ma rodzaj podłoża, na którem się dana pleśń rozwija, oraz reakcja chemiczna tegoż. Najwybitniej występuje to u *asp. fumigatus,* który na pożywkach o reakcji alkalicznej ma barwę brązową, na słabo kwaśnych ciemno-zieloną, zaś na płynnej pożywce Raulin'a odcień czarny. Ponadto niektóre odmiany kropidełka nie wytwarzają kolbowato-kulistych zakończeń strzępków owocujących, które dopiero pokrywają się pojedynczemi stópkami, tylko wytwarzają wprost usadowione na nitkach strzępka owocującego, *sterigmata* rozgałęziające się jak np. *nidulans* lub *niger.* Noszą one też drugą nazwę botaniczną *sterigmatocistis.*

Zarodniki kropidełka są ogromnie wytrzymałe na działanie suchego ciepła, niskiego ciśnienia, oraz znoszą one doskonale wysychanie. R e n o n cytuje przypadki, gdzie zarodniki odmiany *asp. fumigatus* wyschnięte jeszcze po 4 latach (R o t h w e l l po 7-miu), nietylko zdolne były do kiełkowania, ale zabijały gołębia, względnie morską świnkę po zakażeniu niemi tychże. Badanie L o d e' g o z r. 1902 wykazały jednak, że są one bardzo wrażliwe na działanie wilgotnego gorąca, alkaljów oraz 90% alkoholu.

Botanicy De Bary, Costantin, Breffeld, van Thiegem i inni, zgodnie zaliczają *aspergilli* do t. zw. *ascomyceta* (workowców), ponieważ rozmnażając się drogą płciową, wytwarzają one *asci* tj. woreczki zawierające 4—8 zarodników.

Pleśni te są ogromnie rozpowszechnione w przyrodzie. Szereg badaczy jak Dieulafoy, Chantemesse, Renon, Widal, Lucet, Miche, Ceni i Besta, Tiraboschi, Thiöni, Sartory i inni wyhodowali szereg odmian kropidełka z kurzu, śmieci, słomy, siana, nawozu, kukurudzy i jej przetworów, z ziaren zboża chlebowego, mąki, owsa, z mleka oraz powierzchownych warstw ziemi, nietylko w nizinach, ale także w górach, nawet pod śniegiem jak Ceni w Apeninach a Gabotti i Levi (1910) na Monte Rosa. Bardzo duży procent wyhodowanych przez nich pleśni przypada na *asp. fumigatus.*

Obok licznych odmian o charakterze wyłącznie saprophitycznym, znamy kilka chorobotwórczych, otrzymanych z ognisk chorobowych zwierząt i ludzi.

Pomimo tego tak szerokiego rozpowszechnienia pleśni w naturze, samoistne schorzenia na ich tle zachodzą u ludzi i zwierząt stosunkowo rzadko. Jako przyczynę tego podaje B a u m g a r t e n to, że chorobotwórcze pleśnie wymagają do wydatniejszego rozmnażania się obok dostatecznej wilgoci, także wyższej ciepłoty. Dowodem tego jest wybitne wahanie ilościowe kropidełka w przyrodzie, zależnie od pór roku, co stwierdziły badania Dieulafoy'a, Renona, Lucet'a Ceniego, wykazujące wybitny ich przyrost ilościowy w ciepłych porach roku, zaś spadek w zimie.

W związku z tem największą ilość przypadków *aspergillosy* daje piśmiennictwo kazuistyczne narodów zamieszkujących kraje ciepłe (Włochy, Indje).

Wspólną cechą odmian chorobotwórczych kropidełka jest to, że najlepiej rozmnażają się one w ciepłocie $+37^0$ do 40^0 C., oraz wywołują zmiany anatomo-patologiczne w tkankach zwierząt doświadczalnych, szczególnie na nie wrażliwych, jak gołąb, królik, oraz świńka morska, które po zakażeniu ogólnem giną. Badania L i c h t h e i m a wykazały, że pleśnie niechorobotwórcze tych zmian nie wywołują.

Najczęściej spotykanemi odmianami chorobotwórczemi kropidełka są: *asp. fumigatus* (Fresenii), *asp. flavus* i *asp. niger* (Crameri); rzadziej spotykanemi są: *asp. subfuscus* (Olsen-Gadego) oraz *asp. nidulans* (Eidama-Lindta).

Ponadto opisywano szereg odmian chorobotwórczych o różnych barwach zarodników, które jednak dzięki nieścisłemu opracowaniu ich w biologji nie mogą być brane jako specjalne odmiany, tembardziej, że nadawano im często nazwy kliniczne np. *asp. bronchialis* itp.

Pierwszą *asp.* spotykamy w piśmiennictwie weterynaryjnem, opisaną w 1815 r. przez M e y e r a, który podał pierwszy przypadek wyhodowania przez siebie pleśni chorobotwórczej z oskrzeli i płuc sojki. Od tego czasu spotykamy w piśmiennictwie weterynaryjnem szereg podobnych opisów *aspergillozy,* podanych przez autorów francuskich, niemieckich, włoskich i amerykańskich. Spotykano ją u ptactwa domowego (kanarki, gołębie, kury i gęsi), dzikiego (bocian, fleming, struś), papug, psa, jagnięcia, krowy i koni. Niektórzy z tych autorów jak Quevedo J o s é z Buenos Aires i U r b a i n (1922) opisywali całą epizootję wśród koni, zaś G u b e r l e t (1923) podobną wśród drobiu a J o n g a (1912) wśród kanarków. Podają oni za etjologję tychże wyhodowane przez siebie szczepy *asp. fumigatus* lub *asp. maydis.* (Quevedo), który morfologicznie i biologicznie ma być podobny do *asp. nidulans.*

Przeważnie wyhodowywano *asp. fumigatus.*

U ptaków obserwowano zmiany płucne, przeważnie o charakterze pseudo-t. b. c. Sporadycznie jednak znajdowano go także w jamie szpikowej kości długich (H e u s i n g e r u bociana) i w uchu (G o t t i u psa). U koni opisywano objawy toksyczne z zaburzeniami wzroku.

U ludzi najczęściej spotykano *aspergillozę* płuc i dróg oddechowych (oskrzeli), uszu, oraz gałki ocznej; o wiele rzadziej nosa, nerek i skóry.

Obszerne piśmiennictwo odnośne do przypadku wyhodowania kropidełka z płuc rozpoczyna B e n n e t w r. 1842, który podał, że wyhodował pleśń z plwociny oraz kawern zmarłego na *t. b. c. pulmonum.*

Przypadki *asp.* płuc i oskrzeli podzielić możemy na 5 grup:

I. gr. obejmuje te przypadki, przeważnie sekcyjne, w których obok gruźlicy płuc stwierdzono obecność kropidełka. Należą tu opisy Bennett'a Sluytera (1847), Virchova (1856), Duscha i Pagenstechera (1857), Cohnheima (1865), Fürbringera (1876), Podacka (1895), Hochheima (1904) i Oberndorfera (1910);

II. gr. obejmuje przypadki sekcyjne, gdzie obok zmian zapalnych lub infarktów w płucach stwierdzono *aspergillozę,* jak w opisach Weichselbauma (1878), Lichtheima (1882), Boströma (1886), Wheatona (1890), Kohna (1893), Müllera (1920) i Klebergera (1920) dwaj ostatni po zapaleniu grypowem płuc;

III. gr. obejmuje osobników wycieńczonych jakąś chroniczną chorobą, u których stwierdzono przyżyciowo lub sekcyjnie w oskrzelach obecność pleśni, jak opisy: Thoma (1894), Ernsta (1894), Luckscha (1902) u diabetyków;

IV. gr. obejmuje osobników z chronicznym nieżytem oskrzeli, po wykluczeniu *t. b. c.* płuc, u których przyżyciowo stwierdzano w plwocinie nitki lub zarodniki *asp. fumigatus,*

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 12. XII. 1924.

jak n. p. Falkenheim (1882), Osler (1887), Popoff (1887), Castelani (1912) i Bazin (1917);

V. gr. obejmuje te przypadki, które stwierdzono przyżyciowo lub sekcyjnie częstą *aspergillozą* płuc. Należą tu przypadki opisane przez Dieulafoy'a, Chantemesse'a i Widal'a (1890), Potain'a (1891), Gaucher'a i Sergent'a (1894) u hodowców gołębi *(le gaveur de pigeons)*; Renon'a u wyczesywaczy włosów *(peigneurs de cheveux)*; Sohnerschitza (1909), którzy przyżyciowo stwierdzili w plwocinie nitki i zarodniki *asp. fumigatus* obok objawów klinicznych ze strony płuc; w końcu sekcyjny przypadek Arkle'a i Hinds'a (1896).

Szkoła francuska na podstawie obserwacyj autorów wymienionych w V. grupie, przyjmuje bezwzględnie rolę pierwotną *asp. fumigatus* w opisanych przez siebie przypadkach. Szczególnie Renon w swej obszernej pracy »*Etude sur l' Aspergillose chez les animaux et chez l'homme*« z 1897 r. udowadnia jej istnienie na podstawie obserwacji autorów francuskich, oraz własnej, cytując i opisując dokładnie pod względem klinicznym i mykologicznym kilka przypadków *aspergillozy* pierwotnej u hodowców gołębi oraz wyczesywaczy włosów.

Pierwotna *asp.* płuc występuje wedle szkoły francuskiej jako choroba zawodowa u ludzi, będących w stałym kontakcie z ziarnami zboża i mąką, które w myśl badań mykologicznych, przeprowadzanych w razie zachorzenia ludzi stale zawierały zarodniki *asp. fumigatus* bez innych drobnoustrojów lub obok *asp. niger, asp. flavus, mucor-* rzadziej *b, subtilis.* Dlatego spotykano ją u hodowców gołębi, którzy zakażali się przy tuczeniu ptactwa karmiąc je z ust swoich, napełnionych namoczonem ziarnem, jakoteż u wyczesywaczy włosów, którzy do odtłuszczania ich stosują mąkę żytnią. Mogą tu wchodzić jeszcze w rachubę młynarze pracujący w młynach pierwotnej konstrukcji, która umożliwia unoszenie się pyłu mącznego w powietrzu.

Jako sposób zakażenia się przyjmuje Renon inhalację zarodników w większej ilości przy pracy zawodowej.

Szkoła niemiecka na podstawie obszerniejszych prac Podacka (1895) i Stickera, opartych na piśmiennictwie oraz na własnych obserwacjach, kwestjonuje tezę pierwotności *aspergillozy*, zarzucając Francuzom brak ścisłości (co zbija Renon w swej pracy) i przyjmuje zasadniczo *asp.* wtórną w płucach u ludzi na tle istniejących już ognisk zapalnych infarktów oraz gruźlicy. Jednak w późniejszych pracach Saxera i Stickera znajdujemy opisy *asp.* pierwotnych przy zmianach kataralnych i rozedmie płuc.

Klinicznie jest pierwotna *asp.* płuc podobną, w myśl opisów Renona, do przewlekłej *t. b. c.* płuc z objawami braku apetytu, ogólnego osłabienia, chudnięcia i z podwyżką ciepłoty ciała do 38—38·5° C. W plwocinie odkrztuszanej obficie, która często ma charakter ropnej i lekko krwawej, niekiedy zaś *sputum nummulare,* stwierdzano obecność nitek i zarodników.

Ogniska w płucach mogą ulegać zwapnieniu. Schorzenie trwa 3—8 lat, przyczem występują okresowe polepszenia i remisje pod wpływem stosowanego leczenia. Prognoza na ogół jest o wiele lepszą jak przy *t. b. c.;* ważnem prognostycznie jest zniknięcie pleśni w plwocinie.

O wiele gorszą jest prognoza *aspergillozy* wtórnej płuc, która musi być uważaną za wyraz wybitnego osłabienia ustroju przez pierwotną chorobę. Stanowi ona tutaj *signum mali ominis.*

Sekcja wykazuje w płucach przy *asp.* pierwotnej liczne gruzełki białawo-żółte, zupełnie podobne do gruźliczych. Dokładny opis podaje Saxer. Ognisko otoczone jest ciemnym pierścieniem. Miąższ płuca w obrębie pierścienia jest obumarły t. zn. przy barwieniu utkanie wprawdzie jest utrzymane, jednak uderza brak jąder komórkowych. W środku ogniska tkwi splot nitek i zarodników pleśni, tętniczki są zaczopowane. Oskrzele wyścielone jest podkładem pleśni. Następna warstwa ogniska ma cechy martwicy postępującej. Na jej obwodzie pierścień rozpadłych leukocytów. W oskrzelach większych znajdujemy obok zarodników kiełkujących i nitek także strzępki owocujące. Ogniska rozpadają się i tworzą kawerny zgorzelinowe, których cechą jest ich bezwonność, co tłumaczy Saxer zdolnością pleśni wiązania gazów gnilnych.

Charakterystycznem jest zachowanie się kropidełka w tkance płucnej. Mianowicie w ogniskach i małych oskrzelikach znajdowano tylko zarodniki oraz nitki, zaś w większych oskrzelach znajdowano obok nich także strzępki owocujące. Jest to związane ściśle z biologją *asp.*, który do owocowania wymaga obok ciepłoty 37°, dostatecznej ilości tlenu i wilgoci. Badania Lesage'a z r. 1904 nad zdolnością kiełkowania zarodników kropidełka w płucach ptaków oraz ludzi wykazały, że obok dostępu tlenu wybitny wpływ na to ma wahanie wilgoci absolutnej w powietrzu dróg oddechowych. Im bliższą jest wilgoć absolutna wilgoci maksymalnej, tem szybsze kiełkowanie. Stąd dużym jest wpływ wilgoci powietrza wdechiwanego na postęp *asp.* w płucach (wpływ pór roku oraz wilgotnego klimatu).

Obecnie ogólnie zalecanym terapeutycznie jest jod. Ostatnia praca Pinoy (1913) wykazała skuteczność Na J. w ilości 4—6 gr dziennie *per os.* Przy obrzękach komplikujących niekiedy *aspergillozę* zaleca on stosować dietę bezsolną, obok jodu ewentualnie leczyć je chirurgicznie. Badacz francuski Vaudremer wykazał w 1914 r. osłabienie toksyczności prątków *t. b. c. humanum* pod działaniem wyciągu z grzybni *asp. niger.* Stawały się one zupełnie nieszkodliwe dla świnek morskich. Starał się on to wykorzystać terapeutycznie w przypadkach komplikacji *t. b. c.* płuc *aspergillozą.* Lecz mimo obserwacji w 200 przypadkach nic konkretnego podać nie mógł.

Ophtalmomykozy na tle *asp.* występują przeważnie w formie *keratomycosis.* Pierwszą opisał Leber (1874) u 45-letniego wieśniaka po uszkodzeniu rogówki łuską owsa przy młocce.

Późniejsze piśmiennictwo z zakresu okulistyki posiada prace Berlinera (1882), Uhthofa (1883), Fuchsa (1894), Schirmera (1896), Römera (1902), Johnsona (1903), Martina (1905), Zadego (1908), Namysłowskiego (1909), Isakowicza (1909), Zentmayera (1912), Lindnera (1913), Grütera (1914). Namysłowski w swej pracy z r. 1909 wykazuje, że przeważny procent grzybic rogówki przypada na *aspergillozę*, reszta zaś na promienicę. Jedynie Köllner opisał w r. 1905 scleromykozę, wywołaną przez *asp. fumigatus* po uszkodzeniu białka oka skałką. Loewenstein zaś (1909) stwierdził raz jeden obecność pleśniaka (nie oznaczył go) w kanaliku łzowym. Prawie wyłącznie wyhodowano *asp. fumigatus.* Jeden Zentmayer wyhodował *asp. flavus.*

Ogólną charakterystyką *aspergillozy* oka jest to, że rozwija się ona stale w oku uszkodzonem, czy to przez uraz (skałka, skaleczenie dźbłem słomy, plewą, udar tępy etc.) czy jakiś proces zapalny jak n. p. w przypadku Fuchsa na tle *herpes corneae.*

Klinicznie daje ona *ulcus corneae* z następowem *hypopyon* który Baumgarten (1890) odnosi do wtórnego zakażenia drobnoustrojami wegetującemi na powiekach. Przebieg jest ciężki, przeważnie z następowem *leucoma.* Trubin (1912) stwierdził eksperymentalnie na oku królików, że *aspergillus* wywołuje stale ropne *endophtalmitis cum atrophia bulbi consecutiva.* Najzłośliwszym okazał się *asp. fumigatus*; mniej zaś *asp. flavus* i *nidulans.*

Fuchs opisuje obraz histo-patologiczny schorzałej rogówki. Zajęta część rogówki jest obumarła — lecz głębsze partje rogówki są prawidłowe. Na brzegu ogniska tworzy się nacieczenie drobnokomórkowe. W ognisku stwierdzano przeważnie obecność nitek, rzadziej zarodników kropidełka. Przy eksperymentalnej *keratomycosis*, po zakażeniu śródrogówkowem zarodnikami *asp.* stwierdzono: Gromadzenie się leucocytów naokoło *depot* zarodników. Nitki kiełkujących zarodników wnikały we wszystkich kierunkach w tkankę wywołując jej nekrozę. Naokoło tk. nekrotycznej wytwarzał się gęsty wał leukocytów. Jednak ropienie nie zachodziło, chyba na tle infekcji wtórnej bakterjami. Często wytwarzały się złogi włóknika w przedniej komorze oka oraz c. szklistem. *Aspergilloza* może objąć całą gałkę i spowodować ogólne zakażenie z zejściem śmiertelnem.

Zajęcie ucha przez *asp.* u ludzi należy do zjawisk dosyć częstych. Wedle Siebenmanna, *otomycosis* stanowi 0·5—1% wszelkich schorzeń ucha zewnętrznego. Częstsza jest ona u mężczyzn oraz rolników i ludzi ubogich. Przeważnie jednak gra tutaj rolę *asp.* czysto saprofityczna, wegetując w woskowinie ucha; rzadziej jest ona patologiczną w ścisłem słowa znaczeniu.

Pierwszą otomykozę opisał Mayer (1844 r.) u 8-letniej dziewczynki, z wyciekiem z ucha. Dalsze przypadki opisali: Pacini (1851), Grove (1857), Story (1887), Siebenmann (1883/8), Hatch a. Row (1900), But (1908), Ninger (1916), Böke, Bezold, Politzer.

Przeważnie spotykano *asp. fumigatus* — rzadziej *asp. niger.*

Charakterystycznym klinicznie dla otosmykozy jest wyciek surowiczy, rzadziej ropny z ucha. Na uszkodzonem uchu zewnętrznem obficie buja kropidełko. Towarzyszy temu swędzenie i szum w uchu. Bardzo rzadko przychodzi do zapalenia włóknikowego lub głuchoty z powodu zatkania kanału słuchowego. Pleśniak rośnie w ostatniej $^1/_3$ części kanału zewnętrznego w pobliżu błony bębenkowej oraz na samej błonie. Wnika w nabłonek tylko powierzchownie. Jeżeli uszkodzi silniej błonę bębenkową, może tędy przeniknąć do *cavum tympani,* co odczuwa chory jako uporczywy szum w uchu, połączony z silnym bólem oraz upośledzeniem bystrości słuchu.

Banalna *aspergillosis* ucha trwa 5—7 dni. Komplikuje ją wyprysk sączący na uchu zewnętrznem, którego ustępowanie jest ważnem w rokowaniu.

W jamie nosowej spotykano *aspergilli* bardzo rzadko. Pierwszy Szubert (1885) wyhodował z j. nosowo-gardzielowej *asp. fumigatus,* który tworzył tam gruby pokład. W drugim przypadku wyhodował go ze strupka siedzącego na muszli nosowej. Dum (1895) spotkał go w jamie nosowej. Deil wyhodował *asp. fumigatus* z jamy nosowej osoby cierpiącej już długi czas na *ozaena,* zaś Harsner (1919) z *antrum nasi* cierpiącej 18 miesięcy na; silny katar śluzowy.

We wszystkich przypadkach wyhodowano *asp. fumigatus.* Towarzyszyło temu klinicznie: kichanie, swędzenie, obfita wydzielina śluzowa i niedrożność nosa.

Rokowanie dobre, bo sprawa zupełnie powierzchowna i wtórna.

Aspergillozę nerek obserwowano w związku z kamicą tychże. Ross w r. 1891 podał, że w 2 przypadkach kamicy nerkowej po napadzie kolek wyhodował z moczu danych chorych pleśniaka *asp. fumigatus* Ernst stwierdził (1894) u diabetyka sekcjonowanego *asp. fumigatus* w abscesach nerkowych oraz w oskrzelach.

Obecność kropidełka w moczu oraz nerkach wskazuje na *asp.* ogólną, czego dowodem są spostrzeżenia przy sekcjach zwierząt doświadczalnych, zakażonych śródżylnie kropidełkiem, robione przez Ribberta (1887) i Renona na króliku. Renon (1896) stwierdzał często przy *aspergillozie* ogólnej królika nitki kropidełka w jego moczu. Przyjmuje on tutaj mechaniczne spłukiwanie pleśni z nerek ciężko zajętych; ponadto konstatował on często przytem zajęcie pęcherza moczowego przy zupełnie nietkniętych moczowodach.

Dla całości historycznej muszę wspomnieć także o rozległych badaniach Włochów, Ceni i Besty z lat 1902—5, którzy starali się wykazać rolę etjologiczną szeregu odmian kropidełka przy pellagrze. Punktem wyjścia ich pracy było bardzo częste stwierdzanie przez nich obecności kropidełka na kukurudzy i jej przetworach oraz w otoczeniu najbliższem chorych lub zmarłych na pellagrę. Otrzymywali oni też pozytywne wyniki hodowlane, badając ogniska płucne oraz zmienione gruczoły krezkowe zmarłych na pellagrę. Mianowicie tłumaczyli oni sobie nerwowe objawy, charakterystyczne dla pellagry działaniem toksyny zawartej w zarodnikach kropidełka. W podobnym duchu utrzymane są też badania Camurry z 1910 r., oparte na długoletniej obserwacji klinicznej chorych na pellagrę oraz badaniach mykologicznych.

Jednak kontrolne badania Audeninos'a obaliły je. A w ostatnich latach badania nad aminokwasami i witaminami, zapoczątkowane przez Osborna, Mendel'a i Hopkins'a w 1912 r pogrążyły poprzednie badania nad etjologją pellagry w całkowitem zapomnieniu.

W ostatniem stuleciu opisano kilkakrotnie hodowle kropidełka otrzymane z guzów przy *mycetoma (Madurafuss).* I tak Brumpt w swej pracy »*Les Mycetomes*« z 1906 r. podaje, że duży procent guzów biało i czarno ziarnistych zawiera *aspergilli.* Catsaras w 1912 r. podaje, że z białoziarnistego *mycetoma* wyhodowano *asp. nidulans* zaś z czarnoziarnistego t. zw. *asp. bouffardi.*

Archibald (1913) przypisuje podobną rolę etjologiczną odmianie *asp. fumigatus,* wyhodowanej przezeń z płuca młodego strusia w Sudanie.

Do bardzo rzadkich przypadków zaliczyć musimy *aspergillozę* skóry. Piśmiennictwo w tej dziedzinie jest skromne. Boström (1886) wyhodował pleśniaka z przetoki skórnej po ropniu paratyflitycznym. Olsen (1886) z ropy a później z pęcherzyków wytworzonych pod długo stosowanym opatrunkiem Listerowskim u chorego po resekcji biodra. Köbner (1891) z przetoki na stopie u robotnika, który przebił ją sobie widłami od gnoju. W ropie były czarne ziarenka. Délépine (1891) z czarnych plam powstałych na powierzchni skóry uda, pokrytej plastrami ustalającemi kończynę po złamaniu uda. Guéguen (1910 i 1911) wyhodował z guzów podskórnych, wytwarzających się w okolicy dużych stawów u mieszkańców Indochin oraz Madagaskaru odmianę kropidełka zwaną przezeń *asp. Fontoyonti.* Ten sam szczep hodował on z uporczywych abscesów na karku Europejczyka-Malajczyka, żyjącego na Madagaskarze. Ostatnio Lynch (1923) wyhodował z uporczywych strupów na głowie u dzieci w Texas *asp. fumigatus.* Przyjmuje on tu rolę wtórną kropidełka, względnie zakażenie nim za pośrednictwem tamtejszego kleszcza.

Jak widzimy z powyższego przeglądu piśmiennictwa przy *aspergillozie* skórnej możemy odróżnić obok formy wtórnej także pierwotną. Zaliczyć można do niej obie obserwacje Guèguen'a.

Charakterystyczną cechą dla pierwotnej *aspergillozy* skóry jest wytwarzanie guzów oraz ropni. Potwierdzenie tego obrazu klinicznego znajdujemy w pracy eksperymentalnej Chable'a Roberta z 1917 r. przeprowadzonej na świnkach morskich z *asp. fumigatus.* Wykazuje on w niej, że zarodniki oraz nitki kropidełka wprowadzone podskórnie śwince morskiej wywołują w niej wytwarzanie się nacieków zapalnych, które przechodzą w ropnie i goją się po przebiciu tychże blizną.

Rolę chorobotwórczą *aspergillów* starali się wyjaśnić przedewszystkiem badacze francuscy oraz włoscy, którzy przyjmowali ich rolę pierwotną — etjologiczną w schorzeniach płuc oraz pellagrze.

Lucet stwierdził, że *asp. fumigatus* w czasie swego rozwoju wytwarza jakiś jad, który wywołuje u zwierząt doświadczalnych stan gorączkowy. Malfitano (1900) wykazał w pożywce Raulin'a, na której hodował *asp. fumigatus,* obecność fermentu proteolitycznego, rozpuszczającego białko, kazeinę oraz żelatynę. Wyciągał on go z nitek zapomocą chloroformu. Ceni i Besta (1902) wyosobnili w wyciągu alkoholowym z zarodników *asp. fumigatus* jad, którym wywoływali u świnek morskich, królików, oraz psów skurcze toniczne kończyn, podniecenie a w końcu porażenie ich. Bodin i Lenormond (1912) wyodrębnili z *asp. fumigatus* dwa różne jady. Jeden z nich wywołuje u królika skurcze tetaniczne. Jest on wrażliwy na wilgotne ciepło i alkalja, które go osłabiają. Łatwo dializuje. Drugi wywołuje u świnki porażenie — na królika nie działa — jest ciepłostałym, Otrzymali go ze starych kilkumiesięcznych kultur.

Ciekawą cechą tych jadów jest, że jak to stwierdzili Ceni, Besta oraz Otto, jest on silniejszym w ciepłych porach roku, oraz, że szczepy włoskie i wogóle z ciepłych krajów są o wiele jadowitsze od środkowo-europejskich. Działaniu tychże jadów przypisać musimy własność chorobotwórczą pewnych odmian kropidełka. Wyosobniono je dotychczas tylko z *asp. fumigatus,* który jest jedną z odmian najbardziej jadowitych, a równocześnie najczęściej spotykanych w ogniskach

chorobotwórczych tak u ludzi jak i zwierząt. Dowodem naocznym jego jadowitości jest szybka śmierć zwierząt doświadczalnych po zakażeniu tychże śródżylnie. Zależnie od gęstości emulsji zarodników w objętości 2 cm^3 ginie gołąb od 24 godzin do 3 dni; świnka morska do 4 dni, królik duży (2000 gr.) w przeciągu 4—7 dni.

Za działaniem toksycznem, a nie infekcyjnem w ścisłem tego słowa znaczeniu kropidełka w ustroju przemawiałyby obserwacja i doświadczenia Queveda (1912), Jonga z Leydy (1912) i Chable'a (1917), którzy nie mogli stwierdzić w surowicy zwierząt zakażonych zarodnikami, żadnego swoistego odczynu serologicznego, pomimo prób zrobionych w kierunku aglutynacji zarodników, precypitacji oraz wiązania dopełniacza ze specjalnym antigenem. Ponadto obserwacje histo-patologiczne w organach zakażonych kropidełkiem robione przez Ribberta, Rènona i Chable'a wykazały, że zarodniki w tkankach mogą najwyżej tylko kiełkować i tworzyć nitki, zaś niezdolne są do owocowania i rozmnażania się z powodu braku koniecznych ku temu warunków t. j. tlenu w dostatecznej ilości. Pozatem Chable (1917) na podstawie piśmiennictwa oraz własnych prób stwierdził niemożliwość wywołania odporności naturalnej, ani alergji skórnej u zwierząt doświadczalnych. Jedynie Rènon podaje w r. 1895, że udało mu się uodpornić zwierzęta żywemi zarodnikami.

Ustrój zakażony kropidełkiem reaguje jak na każde ciało obce w tkankach swoich leukocytozą. Ribbert wykazał eksperymentalnie, że leukocyty upośledzają wybitnie zdolność kiełkowania zarodników. Część zarodników ulega fagocytozie. Istotnie jednak zwalczanie przypada nie leukocytom, tylko k. olbrzymim, wytwarzającym się w ognisku chorobowem. Oprócz tego stwierdził Ribbert wybitną neutrochłonną leukocytozę krwi po każdej infekcji śródżylnej królika. Chable (1917) stwierdził w ogniskach zapalnych skóry u świnek morskich obecność leukocytów, tk. granulacyjnej, k. olbrzymich i k. epiteloidalnych, fagocytozę i że wytwarzanie ropnia poprzedza proces zwyrodnienia tłuszczowego komórek.

Baumgarten zwraca uwagę na to, że nie wszystkie tkanki w ustroju stanowią równie dobre podłoże dla kropidełka. Związane z tem jest to, że podczas gdy w mózgu dotychczas go nie znaleziono, w innych narządach szczególnie w nerkach i mięśniach gromadzi się on w większych ilościach. Widocznie stanowią one dlań lepsze, zaś mózg gorsze podłoże.

Ribbert oraz Rènon w swoich opisach doświadczeń z *asp. fumigatus* na zwierzętach, podają formę *aspergillozy* poronnej wywoływanej u królika zakażeniem go śródżylnem małą ilością zarodników. Zwierzę zakażone w ten sposób utrzymuje się przez dłuższy czas przy życiu. Sekcyjnie stwierdzali obaj w płucach zabitego zwierzęcia twory przypominające makroskopowo ziarna *actinomycosis,* które mikroskopowo wykazywały okrągłe centrum, utworzone z zarodników kiełkujących kropidełka, z którego wychodziły promienisto cienkie niteczki na wszystkie strony. Końce tych nitek mogą być kolbowato zgrubiałe. Niektóre ziarenka posiadały podobne kolbowate zgrubienia także w swem centrum. Uważają oni te zgrubienia kolbowate nitek, podobnie jak przy promienicy za wyraz degeneracji. W dodatku oba grzybki są gramododatnie, co może spowodować fałszywe rozpoznanie stawiane tylko na podstawie obrazu mikroskopowego.

Reasumując powyższy przegląd piśmiennictwa o *aspergillozie,* musimy przyjąć, że kropidełko obok zakażenia wtórnego, może wywoływać także schorzenie, którego stanowi istotną etjologję. Wchodzą tu w rachubę pierwotna *aspergilloza* płuc, opisywana przez Francuzów, oraz guzy względnie ropnie skórne, opisywane przez Guéguen'a.

Badania powyższe nie uwzględniają zupełnie strony serologicznej u ludzi, którą starali się uzupełnić Queveda, Jong, oraz Chable w swoich doświadczeniach oraz spostrzeżeniach na zwierzętach. Jednak robione przez nich próby na zwierzętach w kierunku aglutynacji, precypitacji oraz wiązania dopełniacza pozostały bez dodatnich wyników, co skłoniło Chable'a w jego pracy z 1917 r. do postawienia twierdzenia, że przy pierwotnej *aspergillozie* nie mamy do czynienia z zakażeniem w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz z działaniem toksycznem kropidełka.

W bieżącym roku akademickim udało mi się wyhodować u 4 chorych z głębszych ognisk skórnych cztery szczepy kropidełka.

Bliższe dane o nich ogłoszę po ukończeniu swoich spostrzeżeń.

Zaznaczam jednak już teraz, w przypadku spostrzegaganym wspólnie z prym. Leszczyńskim otrzymałem dwukrotnie wiązanie dopełniacza z antygenem swoistym, co przemawia bezwzględnie za odczynem serologicznym przy pierwotnej *aspergillozie* głębokiej skóry, a więc także za zakażeniem w ścisłem słowa tego znaczeniu, wbrew dotychczasowemu mniemaniu. Bliższe szczegóły o tym przypadku zostaną ogłoszone wspólnie z prym. Leszczyńskim po ukończeniu spostrzeżeń klinicznych przez niego.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Stanisława Progulskiego, **»Higjena niemowląt«** ukazała się, jako VIII zeszyt „Bibljoteki higjenicznej" w wydaniu Książnicy-Atlasu.

W piśmiennictwie naszem, poświęconem tej ważnej gałęzi higjeny, jest w ostatnich latach trzecią pracą, obok Biehlerowej i Mogilnickiego. Najlepszy to dowód zapotrzebowania tego rodzaju poradników, zastosowanych dla różnych warstw. Omawiana książka przeznaczona jest, jak zaznacza autor, dla inteligencji, toteż w formie zwięzłej, bez zbytecznej rozwlekłości i powtarzania, podaje na 75 stronicach praktyczne wskazówki pielęgnowania niemowląt, oparte na bogatem doświadczeniu. Rozdział o sztucznem żywieniu ogranicza się do ogólnych zasad higjeny mleka i sporządzania pokarmu, nie podaje natomiast — i słusznie — szczegółowych przepisów, które nie dadzą się pomieścić w krótkim poradniku, i których zastosowanie schematyczne więcej szkody może przynieść, niż pożytku. Odczuwa się jednak brak rozdziału o fizjologji niemowlęcia, który podałby pewne objaśnienia o wzroście ciężaru ciała, wypróżnieniach, ślinieniu »na ząbki« i t. p., dlatego aby zapobiec »szukaniu rad u „doświadczonych" a nieodpowiedzialnych osób«. Z dołączonych do tekstu 14 fotograficznych rycin, niektóre, jak 1, 8 i 14 nie są dostatecznie przejrzyste.

Książeczka, posiadająca wiele zalet, rozejdzie się niewątpliwie szeroko i znajdzie posłuch w licznych kołach czytelników. Ale też właśnie dlatego byłoby pożądane, aby nie zawierała takich zdań, które mogą wprowadzać sprzeczności między lekarzem a poradnikiem, jak bezwzględne zakazy używania sacharyny do słodzenia lub mierzenia ciepłoty w odbytnicy.

Pożądane byłoby też usunięcie pewnych przeoczeń językowych, jak: »pieluchy ... wsiąkają mocz« (str 37), »do nakrycia użyć cienką pierzynkę« (str. 37), »skóra się wyprzewa« (str. 74), »ono niema snu« (str. 74), oraz przykro brzmiącej składni z zaimkiem na końcu zdania: »... po przegotowaniu go« (str. 44), »... dziecko wraz z zabawkami jego«.

Drobne te niedokładności znikną zapewne w następnem wydaniu, na które nie pozwoli długo czekać istotna wartość treści, tem większa, że — jak zaznacza w przedmowie prof. Fr. Gröer — »niesie ona garść wiadomości ... zaczerpniętych z doświadczeń lwowskiej kliniki dziecięcej, która może się poszczycić doprowadzonem do najwyższych granic współczesnej nauki wirtuozowstwem w pielęgnacji dziecka«.

Wł. Bujak (Kraków).

Prof. Daniélopolu. **L'angine de Poitrine, Pathogenie, Traitement médical et chirurgical** avec 26 fig. et 5 planches. Masson et Cie. Paris 1924.

W rozdziale I. zajmuje się autor pochodzeniem dusznicy sercowej. Omówiwszy sprawę zakończeń nerwów czuciowych, sercowo-aortowych, zastanawia się szczegółowo nad nerwami hamującemi (*»Depressores«),* a wreszcie nad włókienkami czuciowemi rdzenia grzbietowego. Jakkolwiek dziś, na podstawie licznych prac anatomów i fizjologów, nie ulega wątpliwości, że włókna nerwu hamującego odchodzą bądź to

z nerwu krtaniowego głównego, bądź też z pnia *N. pneumogastr (vagus)* — względnie z obydwóch — to przecież »trudno powiedzieć na podstawie tak różnorodnych opisów, który z tych nerwów jest hamującym u człowieka« (str. 8), tembardziej, że i wyniki doświadczeń fizjologów nie wykluczają istnienia w tych samych włóknach — włókien o własnościach antagonistycznych, słusznie zwanych *N. pressores* (François Frank).

Autor wątpi, czy nerw opisany przez Eppingera i Hofera, którego przecięcie usuwa przypadłości dusznicowe, a więc nerw zawierający niewątpliwie włókna czuciowe, sercowo-aortowe, jest tym nerwem hamującym. Liczne ryciny — pomiędzy niemi może najpiękniejsza nerwu kręgowego — wyjęte z atlasu słynnego rodaka naszego Hirschfelda objaśniają te zawiłe stosunki. Z naciskiem zaznacza autor, że wycięcie nerwu współczulnego (części szyjno-piersiowej), wycięcie gałązki sercowej górnej i nerwu współczulnego poniżej zwoju szyjnego górnego, dalej wycięcie nerwu wychodzącego z nerwu krtaniowego górnego (Eppinger i Hofer), wreszcie także gałązki sercowej górnej nerwu błędnego, usuwają w całości lub w części napady dusznicowe — a więc wszystkie one zawierają włókna czuciowe, sercowo-aortowe, ale nie można udowodnić, że ten lub ów nerw jest to *N. depressor* lub *N. pressor*. Autor zaprzecza istnieniu u człowieka, odrębnego nerwu hamującego, a twierdzi, że w nerwach szyi, a przebiegających od serca i tętnicy głównej, znachodzą się włókna »*Depresseures*« i »*presseures*« — częściowo przechodząc przez nerw współczulny, częściowo przez nerw błędny (str. 24), nie tworząc nigdzie nerwu, zawierającego wyłącznie włókna »pressoryczne« lub »depressoryczne«.

Omówiwszy sprawę bólów przewodzonych i bólów mających siedzibę w samym narządzie — w sercu — przedstawiwszy obecny stan nauki o krążeniu krwi w rozgałęzieniach tętnic wieńcowych, sprawę istnienia rozległych anastomoz pomiędzy obiema tętnicami, a więc wykluczając istnienie tętnic końcowych anatomicznie, przecież wypowiada sąd, że anastomozy te nie są w stanie utrzymać krążenia, jeżeli i c h n i e d r o ż n o ś ć w y t w a r z a s i ę n a g l e, gdy jednak rozwija się powoli anastomozy te wystarczą do utrzymania ciągłości prądu krwi.

Szeroko omawia autor własną hipotezę mającą wyjaśnić napad dusznicowy t. j. z a t r u c i e m i ę ś n i a s e r c o w e g o n i e d o s t a t e c z n i e w y d a l o n e m i w y t w o r a m i w y s i ł k u m i ę ś n i a.

Zatrucie ma swe źródło w niestosunku pracy mięśnia do ukrwienia tegoż. Zdrowe serce stale pracujące, nie zmęczy się — ono jest »*infatigable*«. Stanowisko autora różni się tedy od poglądu Mackenzi'ego; wysiłek*) w dusznicy sercowej dotyczy mięśnia sercowego z d r o w e g o, kurczącego się energicznie, zaś w innych przypadkach wyczerpanie dotyczy mięśnia wątłego, schorzałego, który w następstwie kurczy się słabo i nie wytworzy trucizn — sprowadzających d u s z n i c ę s e r c o w ą — lecz ostrą niewydolność serca lewego, albo przewlekłą, zajmującą serce prawe.

W części drugiej omawia autor leczenie dusznicy sercowej: leczenie apteczne i chirurgiczne. Stawiając na pierwszem miejscu leczenie swoiste przeciwkiłowe, długotrwałe, z przerwami — dodaje, że i w przypadkach z ujemnym W. A. — miewa wyniki dobre z tej terapji. Oczywista, w przypadkach znacznie rozwiniętych zmian, wyniki są »mierne«. Jako środek zapobiegawczy zaleca większe dawki naparstnicy, digitalinę w rozczynie: dziennie 25—35 kropel rozczynu 1 : 1000 przez dwa dni w pierwszym tygodniu, zaś 10—15 kropel dziennie przez dwa dni, w tygodniach następnych — przez kilka tygodni; później powtarza to leczenie. Rzadsze występywanie napadów, zmniejszenie nasilenia ich i spadek ciśnienia krwi u hipertoników — oto wyniki. W napadzie zaleca opjum i azotyny. Z makowcem łączy atropinę, zaś w napadach ciężkich stosuje strofantynę śródżylnie po 1/4 mlgr, 2—3 razy dziennie. Teoretycznie wydaje się autorowi znieczulanie nerwów rdzeniowych poza gałązkami łączącemi — korzystnem.

*) Autor rozróżnia »*La fatigue myocardique*« od »*L'epuisement myocardique*«.

C h i r u r g i c z n e leczenie stanowi treść osobnego rozdziału o przeszło trzydziestu stronicach. Zaznacza, że 26 lat temu na posiedzeniu lekarskiej Akademji Paryskiej po raz pierwszy wystąpił François Frank z propozycją wycięcia nerwu współczulnego piersiowo-karkowego. Omawia a) Sympatektomję *cervico-thorac.* (Jonesco i Brüning); b) resekcję względnie zniszczenie podskórnie alkoholem nerwów rdzeniowych lewych poza *rami communicantes,* z dodatkiem sympatektomji szyjnej (Daniélopolu i Hristide), c) przecięcie *N. cardiacus superior* i nerwu współczulnego poniżej *gangl. cerv. sup.* (Coffey i King Brown); d) resekcję *N. depressor* (Eppinger i Hofer); e) wycięcie pierwszej gałązki sercowej nerwu błędnego (Staechelin i Hotz) i krytycznie rozbiera wartość wszystkich sposobów, zalety i szkody względnie możliwe niebezpieczeństwo. Sprzeciwia się sympatektomji »*cervico-toracique*«, uznaje korzyści sympatikotomji karkowej *(sympathicotomie cervicale).*

Wątpi, czy istotnie przecinamy *N. depressor,* czy nie raczej *N. pressores;* autor uważa za najwłaściwsze: wycięcie nerwów rdzeniowych ewentualnie uzupełnione przez sympatikotomję szyjną wykonane powyżej zwoju podstawy szyi. Ponieważ jednak przebieg włókien czuciowych, sercowo-aortowych dotąd nie jest ustalony, nie można żadnej metody chirurgicznej uznać jako metodę definitywną; konieczne są badania nowe w przedmiocie ustalenia przebiegu włókien sercowo-aortowych.

Z pośród dodanych tablic najbardziej pouczającą jest rycina przebiegu nerwów odśrodkowych i dośrodkowych sercowo-aortowych wraz z podaniem miejsc nadających się do zabiegów operacyjnych.

Jakkolwiek w całej pracy, zwłaszcza w części terapeutycznej, pożądaną byłaby większa przejrzystość układu, to przecież zawiera dzieło D a n i é l o p o l u z pominięciem diagnostyki i symptomatologji, dokładny obraz dzisiejszych poglądów kliniki na dusznicę sercową i ich wyczerpującą krytykę. Poglądy autora osobiste nowe mają wszelkie cechy uzasadnienia naukowego. Dzieło niezbędne wszystkim, chcącym poznać jeden z najtrudniejszych działów schorzeń serca.

Pisek (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 9. 1925

R o n a. **Gruźlica płuc i system dokrewny.** Zauważono, że przy gruźlicy płuc powiększa się gruczoł tarczykowy w wielu przypadkach, z wytworzeniem lub bez wytworzenia się wola, a więc z objawami hipertyreozy. Objawy te znikają z polepszeniem się choroby podstawowej. Przy rozlanych procesach gruźliczych występuje zagęszczenie i marskość gruczołu tarczykowego. Często przy blednicy występująca hiperfunkcja tarczycy daje odporność przeciw gruźlicy. Interesujące jest stwierdzenie przez chirurgów po operacyjnem usunięciu tarczycy ostrego występowania procesu gruźliczego w płucach.

Hoffmann podaje ten objaw jako działanie obronne tarczycy. Z gruźlicą stoją też w związku gruczoły rozrodcze. Zauważono, że w wieku pokwitania, podczas miesiączki i ciąży wzmaga się proces gruźliczy. Życie płciowe ma pewien związek z gruźlicą; zauważyć można u osobników gruźliczych przedwcześnie występującą miesiączkę, większą płodność u ciężko chorych gruźliczek, lub długotrwałą zdolność płciową u mężczyzn-gruźlików, podczas gdy niewydolność płciowa stoi nieco zdala od gruźlicy. Przy procesach gruźliczych dobrotliwych często występują zaburzenia w miesiączkowaniu. Pomiesiączkowe podwyżki ciepłoty są oznaką niepomyślną.

Zdaniem autora ograniczenie funkcji gruczołów rozrodczych stanowi część funkcji uodparniających ustrój. Autor w ten sam sposób tłumaczy fakt, że podczas ciąży i tem samem przerostu tarczycy, objawy gruźlicy towarzyszące, uspakajają się, podczas gdy w połogu rozpoczyna się zanik tarczycy i znów pogorszenie. Często przy cukrzycy stwier-

dza się gruźlicę, a to z powodu zmniejszonej ilości kwasu krzemowego trzustki. Dlatego też rzadko spotyka się połączenie gruźlicy i raka, właśnie z powodu zwiększonej ilości kwasu krzemowego trzustki.

Przerost grasicy chroni ustrój od gruźlicy.

Lange. **Dwa przypadki situs viscerum inversus i zachowanie się ich w elektrokardjogramie.** Autor opisuje dwa przypadki *situs viscerum inversus*, gdzie w jednym przypadku serce było po stronie prawej, w drugim przypadku: *typus inversus totalis*: serce po prawej, żołądek, wątroba, *coecum* po stronie lewej. Często ludzie tacy są mańkutami, podczas gdy w tym przypadku tego nie stwierdzono. *Typus inversus* występuje czasem u kilku członków rodziny.

Dieterich. **Wrodzone torbiele mózgowe.** Autor opisuje chorego, który nagle dostał napadu epileptycznego, jako następstwo — według anamnezy — zranienia granatem. Po dwukrotnych napadach nastąpiło zejście śmiertelne, a autopsja wykazała torbiel mózgu będącą w związku z wyściółką komorową prawdopodobnie na tle wrodzonem, która wywołała napady epileptyczne, jako następstwo zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego. Torbiele te pochodzą z odsznurowanych części komór mózgowych, które czasem łączą się z komorą.

Powiększenie tych cyst powoduje objawy drażnienia i porażenia. Opisane torbiele występują między 3—30 rokiem życia. Najczęściej są usadowione w części czołowej mózgu lub w móżdżku. Wielkość ich dochodzi do wielkości orzecha laskowego lub jaja gęsiego; treść jest płynna o żółtawem zabarwieniu, czasem zawiera wiele białka.

Objawy występujące przy obecności torbieli, nie różnią się od objawów, spotykanych przy guzach mózgu dlatego trudno je rozpoznać; chyba nakłucie może naprowadzić na rozpoznanie torbieli.

Schorzenie to trwa kilka lat i kończy się zejściem śmiertelnem, o ile nie wykona się zabiegu operacyjnego. Zabieg polega na otwarciu czaszki, usunięciu płynu i wyściółki ścian. Wyniki są dobre.

Nr. 10. 1925.

Kuttner. **Wymioty krwawe, krwawienia jelitowe, perforacja.** Autor omawia przypadki, w których czasem trudno rozpoznać wymioty krwawe i odróżnić je od plwocin krwawych. Często bowiem równocześnie może wystąpić u jednego osobnika gruźlica i n. p. wrzód żołądka, gdzie chory pluje i wymiotuje krwią, albo też n. p. przy krwawieniach z dziąseł, gardła, połyka krew, a potem wymiotuje. Cenne są w tym przypadku badania stolca na obecność krwi. Krwawienia mogą pochodzić z przełyku, żołądka lub jelit. Krwawienia w przełyku są na tle raka, owrzodzeń, żylaków, ran kłutych, ciętych, postrzałowych, ciał obcych. Najczęściej powodem krwawień są żylaki przełyku lub tętniak tętnicy głównej przebijający do przełyku.

Często mogą występować zapady u chorych, bez krwotoku zewnętrznego. W tym przypadku chodzi o krwotok wewnętrzny i rozpoznawczo ważne jest stwierdzenie ostrej niedokrewności i przyśpieszone małe tętno.

Najczęściej jednakowoż są krwotoki następstwem wrzodu trawiennego, raka, polipów, erozyj i żylaków błony śluzowej żołądka. Silniejsze krwotoki są przy wrzodach niż przy rakach żołądka, bardzo silne przy obecności żylaków dolnego odcinka przełyku lub żołądka i przy przebiciu tętniaków. U pijaków *gastritis* wywołuje silne wymioty krwawe.

Praktycznie ważne są krwotoki żołądkowe posocznicowe występujące przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Przy wiądzie rdzenia występują domieszki krwi przy wymiotach *(crise gastrique)*.

Jeżeli stwierdzamy w stolcu małą domieszkę krwi czystej, dowodzi to krwawienia dolnego odcinka jelitowego. Krwawienia jelitowe występują na tle wrzodu dwunastnicy, wrzodów przy durze brzusznym i czerwonce, *colitis ulcerosa* polipach dobrotliwych, rakach, żylakach i na tle zamknięcia tętnic krezkowych z powodu zatoru *(endocarditis, atherosclerosis aortae)*.

Autor omawia także ciężkie krwawienia jelitowe u oseskόw, *melaena neonatorum*, polegające na wrzodach żołądka lub dwunastnicy.

Winter. **Gruźlica płuc podczas ciąży i połogu.** Autor podaje, że nietyle ciąża, ile połóg znacznie przyśpiesza proces gruźliczy w płucach. Można w trojaki sposób leczyć gruźlicę podczas ciąży:

1. Założenie sztucznej odmy.
2. Leczenie tuberkuliną.
3. Leczenie w sanatorjach.

Za najlepsze leczenie uważa autor leczenie chorych w zakładach dla płucno-chorych, gdzie powietrze i dobre odżywianie przyczynia się do przytłumienia gruźlicy.

Przerwanie ciąży poleca najlepiej w pierwszych miesiącach ciąży, gdyż w późniejszych (VII—VIII) przerwanie ciąży może tak samo przyśpieszyć i zaostrzyć proces gruźliczy jak naturalny poród. Radzi szczególnie w przypadkach z podwyższoną ciepłotą ciała, w przypadkach gruźlicy krtani, bezwzględne przerwanie ciąży, jakkolwiek dochodzi do przekonania, że gruźlica krtani i po sztucznem przerwaniu ciąży, pogarsza się znacznie.

Autor zauważył w kilku przypadkach także znaczne pogorszenie, gdzie z powodu *tbc. latens* nie przerwano ciąży, a dopiero w połogu przybrała sprawa chorobowa znaczne rozmiary, wobec czego zaleca i w tych przypadkach również przerwać ciążę.

Z drugiej zaś strony, ciągłe przerywanie ciąży działa również szkodliwie na ustrój, gdyż utrata krwi, gorsze odżywienie, leżenie w łóżku, przyczyniają się do rozwoju choroby Dlatego poleca autor trzebienie trwałe zapomocą naświetlania promieniami Roentgena lub operacyjne.

Pribram. **Przypadek mnogich guzów szpiku kostnego z wydalaniem ciała białkowatego Bence-Jonesa.** Często stoi w pewnym związku *myeloma* z obecnością ciała białkowatego Bence-Jonesa. Ciało Bence-Jonesa jest składnikiem białka ustrojowego, a nie białka pokarmowego, tak, że nie jest pewnem, czy chodzi tu o zaburzenie w rozpadzie czy w syntezie. Ciało białkowate należy do grupy produktów rozpadu białka i zawiera te same składniki, co białko ustrojowe.

Autor przedstawia chorego, u którego stwierdził guz mostka; w moczu znaczną ilość białka i typowe oddziaływanie ciała białkowego Bence-Jonesa. Przy ogrzaniu do 48° C wypada białko, które rozpuszcza się przy 88° C. W osadzie moczu: wałeczki szkliste i ziarniste. We krwi policytemja, która po naświetlaniach promieniami Roentgena polepszyła się (z 9,460.000 ciałek czerwonych na 8,290.000) Ilość ciałek białych wzrosła po naświetlaniu z 7.200 na 8.400. Kilka razy stwierdził autor poliglobulję; obecność zaś ciała białkowego Bence-Jonesa spowodowała szybkie opadanie krwinek: po 5' — 2 mm, po 10' — 11 mm, po 1 godz. — 32 mm, po 2 godz. — 60 mm. Z najważniejszych objawów wyliczyć można: zmiany w kościach i ból, charłactwo oraz białkomocz Bence Jonesa.

Sellheim. **Obniżenie niebezpieczeństwa przy ginekologicznem badaniu.**

Jadassohn. **Kazuistyka uszkodzeń przez lekarstwa (rtęć, bizmut, salwarsan) i o stałych działaniach ubocznych pozaskórnych.**

Holfelder. **Krytyczne rozważania o obecnym poziomie badań terapji świetlnej.**

Pötzl i Wagner. **Przyczynek do wpływu schizofrenji (dementia praecox) przez transplantację gruczołów rozrodczych.**

Nr. 11. 1925.

Strauss. **Pseudo-coma diabeticum.** Autor przedstawia chorego, u którego wystąpiły objawy zapadu i śpiączki. Ponieważ badanie moczu wykazało obecność cukru (4,1%), ślad białka (brak acetonu i kwasu aceto-octowego) przypuszczano, że chodzi tu o *coma diabeticum*, tymczasem okazało się, że kompleks objawów odpowiadał *arteriothrombosis cerebri*.

Praktyczno-terapeutyczne znaczenie tego obrazu chorobowego leży w tem, że leczenie insuliną w tym przypadku jest przeciwwskazane, podczas gdy przy prawdziwem *coma diabeticum* wstrzykuje się podskórnie lub nawet częściowo dożylnie 100—200 jednostek insuliny *pro die*. Rozpoznanie różniczkowe między prawdziwem *coma* a *coma arterioscleroticum* diabetyków jest bardzo ważne. Przy miażdżycowej

formie zapadu niema acetonurji, brak oddechu Kussmaula, i hipotonji gałki ocznej; jednakowoż u diabetyka z acetonurją może wystąpić *pseudo-coma arterioscleroticum*. Z drugiej strony są te napady dodatnie, n. p. przy występywaniu hemiparezy i jednostronnych zaburzeń odruchowych (odruch kolanowy, brzuszny i Babińskiego). Ważne jest również oznaczenie ciśnienia krwi, które jest silniejsze przy *pseudocoma*.

K u t t n e r. **Wymioty krwawe, krwotoki jelitowe, perforacja.** Autor poleca przy krwotokach jelitowych, żołądkowych leżenie w łóżku, zupełny spokój na przeciąg 14 dni. W pierwszych trzech dniach nie podawać choremu niczego *(per os)*. Przy wycieńczeniu 5—8% rozczyn dekstrozy lub inwertyny w formie wlewań dożylnych, lub wlewania soli kuchennej. Dobrze działają wstrzykiwania kamfory. Celem wywołania wypróżnienia lawatywa, a od 14 dnia podajemy:

Rp.

Pulv. Rhei	*20,0*
Natrii sulfur.	*15,0*
Natrii bicarb.	*7,5*

mfp. pół łyżeczki — przed spaniem.

D o p p l e r. **O znaczeniu pooperacyjnego wziewania kwasu węglowego.** Autor poleca przy każdej narkozie, czy to znieczuleniu miejscowem, czy eterowem, CO_2 do wdychiwania, celem podrażnienia ośrodka oddechowego. Jest to działanie kwasów, a więc działanie H-jonów. Z powodu więc wywołania głębszego oddechu łatwiej ulatnia się narkotyk. Działanie CO_2 na ośrodek oddechowy jest bardzo silne. Zdołano n. p. przy bezdechu z powodu narkozy przywrócić w krótkim czasie normalny oddech zapomocą oddychania sztucznego oraz wdychiwań CO_2. Autor poleca również wdychiwanie CO_2 przy czkawce. Próbowano także wdychiwań CO_2 przy zapaleniach oskrzeli i płuc, ponieważ przez głębsze oddychanie wydzielina zostaje łatwiej (przez chorego) odksztuszona. Także przy zatruciach tlenkiem węgla, eterem, alkoholem i porażeniach oddechu z innych przyczyn poleca autor CO_2 do wdychiwań. Podaje technikę wdychiwania.

B e s c h t. **Technika nakłucia podpotylicznego.** Autor poleca wykonanie nakłucia na zwłokach i stwierdzenie dokładności nakłucia zapomocą prześwietlenia promieniami Roentgena.

Esskuchen poleca wkłuć igłę w linji środkowej między *protuberantia occipitalis externa*, a *tuberculum atlantis post.* Wartenberg wkłuwa powyżej *processus spinosus epistrophei*, skąd skośnie na potylicę.

Autor poleca metodę Esskuchena. Przy wykonaniu nakłucia metodą Wartenberga, podawali chorzy błyskawiczny ból w kończynie górnej i dolnej. Nakłucie jest wtedy dobrze wykonane, gdy wkłuwamy głęboko w środku pomiędzy *protuberantia occipitalis externa*, a *processus spinosus epistrophei*.

L y o n. **Schorzenia płuc i oskrzeli we wczesnym okresie kiły.** Wedle autorów, jak Lang, Schlesinger i inni trudno jest odróżnić zwykłe nieżyty oskrzeli od nieżytów na tle kiły. Często bowiem kombinuje się gruźlica płuc z kiłą. Po kilku tygodniach po zakażeniu kiłą, można roentgenologicznie stwierdzić powiększenie gruczołów wnękowych, jednakowoż uważa się je za gruźlicze. Wogóle kiła płuc występuje dość rzadko, ponieważ krętki rzadko dostają się do płuc, gdyż jako beztlenowce nie mają dla siebie podatnego gruntu do życia w oddychającem płucu.

Autor poleca ostrożność w leczeniu kiły, przy równoczesnej obecności gruźlicy, gdyż salwarsan może spowodować odczyn ogniskowy.

H e r m a n n. **Sprawozdanie z leczenia porażenia postępowego zapomocą malarji w niemieckiej klinice psychjatrycznej w Pradze.**

W e i s s. **Znaczenie zdjęcia roentgenologicznego serca z większej odległości dla badania porównawczego wielkości serca.**

S. Arnoldówna (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 11 lutego 1925 r. w sali wykładowej Kliniki wewnętrznej, odbyte wspólnie z Krak. Tow. internistów.

Przewodniczy: kol. O r ł o w s k i.

Obecnych 153 członków.

Kol. O r ł o w s k i w krótkiem przemówieniu zaznacza, że dzięki tematom interesującym nietylko internistów, ale i szerszy ogół lekarzy, posiedzenie obecne jest urządzone wspólnie przez Krak. Tow. lekarskie i Krak. Tow. internistów, poczem zaprasza kol. M a j e w s k i e g o do objęcia przewodnictwa.

Kol. M a j e w s k i obejmuje przewodnictwo.

Na członka Tow. lekarskiego przyjęto przez aklamację Szefa sanitarnego Okręgu krakowskiego kol. pułk. B. K o r o l e w i c z a.

1. Kol. Ł u k a s z c z y k wygłasza referat p. t. »**O kwaśności jonowej**«. Kwaśność danego roztworu zależy od ilości zawartych w nim wolnych soków wodorowych czyli od stopnia dyssocjacji danego kwasu. W roztworach, zawierających obok słabego kwasu także jego sól ilość wolnych jonów H zależy także od stosunku kwasu do soli. Tego rodzaju układy są oporne na zmiany oddziaływania. Nazwano je moderatorami stężenia. Płyny ustroju ludzkiego zawierają takie moderatory i dlatego koncetracja jonów H trudno się w nich zmienia. Przez miareczkowanie oznaczamy kwaśność całkowitą, a więc nietylko ilość wolnych jonów H, ale też i jony H, które były w rezerwie. Ilość zaś wolnych jonów H oznaczamy zapomocą obliczenia t. zw. kwaśności jonowej.

Przy badaniach krwi jedynie kwaśność jonowa ma znaczenie. W badaniach moczu oznaczanie obydwu kwaśności jest kwaśnem. Oznaczenie kwaśności jonowej w treści żołądkowej nie daje nam więcej, niż dotychczasowe metody badania kwaśności. Natomiast w badaniach czynności jelit działanie fermentów, a zwłaszcza w bakterjologji, jedynie kwaśność jonowa ma znaczenie. W klinice oznaczamy kw. jonową zapomocą t. zw. indykatorów. Są to barwiki, mające własność zmienienia barwy pod wpływem zmiany oddziaływania. Do zabarwienia odpowiednio przyrządzonego badanego płynu dobieramy podobnie zabarwiony indykator i odczytujemy koncentrację jonów H.

Dyskusja: Kol. G i e s z c z y k i e w i c z podnosi znaczenie jonu wodorowego dla budowy komórki i wogóle w biologji. Ponadto zaznacza ujemne strony przy oznaczaniu kwaśności zapomocą miareczkowania przy oznaczaniu kwasoty buljonu. Błędy te usuwa metoda indykatorów. Lepszą skalą jest skala Clarcka, niż Michaelisa, gdyż skale różnic są tu wyrazistsze.

Kol. S e ń k o w s k i podnosi ścisłą zależność duszności i podniet działających na centrum oddechowe od zagęszczenia jonów. Kol. O r ł o w s k i zaznacza, że kwaśność ogólna, oznaczana drogą miareczkowania, zeprezentuje czynnik ilościowy, kwaśność zaś jonowa — jakościowy i omawia znaczenie kwaśności ogólnej.

Kol. G ą d z i k i e w i c z podnosi znaczenie oznaczenia kwaśności jonowej przy badaniu produktów spożywczych ze względu na obecność fosforanów kwaśnych. Nadto zastanawia się nad kwestją, czy jest zależność między smakiem kwaśnym, a stężeniem jonów wodoru.

Kol. S e ń k o w s k i potwierdza ścisłą zależność między smakiem kwaśnym pokarmów, a skoncentrowaniem jonów czynnych.

2. Kol. S o k o ł o w s k i (z Warszawy) wygłasza odczyt: »**O chemoterapji gruźlicy na podstawie spostrzeżeń zebranych w pracowni Moellgaarda w Kopenhadze**«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. E i s e n b e r g podnosi znaczenie chemoterapji w kile, zimnicy i mniej pewne jej wyniki w zakażeniach paciorkowcami i pneumokokami. Na ogół jednak wyniki chemoterapji w stosunku do ogromu pracy przedstawionej w tym wykładzie są bardzo skromne. Jeszcze gorsze warunki przedstawia chemoterapja gruźlicy ze względu na własności biologiczne prątków gruźlicy, jak i cechy anatomiczne procesu gruźliczego. Chemoterapja gruźlicy miedzią zawiodła. Chemoterapja gruźlicy przetworami złota sięga jeszcze czasów Behringa i rozwinęła się później z erą kryzolganu. Działanie przetworów złota, a więc także i sanokryzyny, nie koniecznie musi być wyrazem i następstwem odczynu ustroju, wywołanego przez złoto.

Kol. L e n a r t o w i c z zaznacza, że chemoterapja gruźlicy skóry jest dawno stosowana i że stosowano już w tym celu salwarsancholinę, następnie złoto-sinek potasu, wreszcie i sole miedziowe, lecz nie przyniosły one pożądanych wyników leczniczych.

Kol. O r ł o w s k i dziękuje prelegentowi za wygłoszony odczyt, poleca ostrożność w ocenie sanokrysyny i zwraca uwagę na 1 przypadek zupełnego wyleczenia, dwa znacznej poprawy w ostrej gruźlicy prosówkowej, opisane przez duńskich klinicystów; nie miał mówca możności przekontrolowania opisu tych przypadków nasuwa poważne wątpliwości co do słuszności

rozpoznania ostrej gruźlicy prosówkowej i wreszcie zapytuje mowca prelegenta, czy jest możność uzyskania sanokryzyny i surowicy przez kliniki i szpitale polskie dla wyrobienia własnego sądu o ich wartości.

Prelegent kol. Sokołowski odpowiada, że wyniki leczenia zapomocą infiltrowania nacieków sanokryzyną były bardzo nikłe. Rokowanie co do otrzymania przez Polskę sanokryzyny zostały nawiązane.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Łuckie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniach 13 lutego 6 marca 1925

Obecnych 15 członków.

1. Kol. Mininzon. **Pokaz guza torbieli jajnika, usuniętej u dziewicy 18 l.**, która poczęła miesiączkować w 16 roku życia. Miesiączka była zawsze prawidłową: 4 tyg., 3—4 dni, bez bólów, Przed pół rokiem zauważyła powiększenie się brzucha, z powodu czego zwróciła się o pomoc lekarską. Przedmiotowo: przez powłoki brzuszne wymacuje się guz o konsystucji elastycznej, wielkości głowy 10-letn. dziecka. Guz ruchomy związany z przymaciczem prawem. Przy operacji (laparotomja) usunięto guz prawego jajnika, macica dziecięca, lewy jajnik pęcherzykowo zwyrodniały (*degeneratio cystica*); rozcięto go i po przekłuciu pęcherzyków zaszyto. Opisany przypadek ciekawy jest z tego punktu widzenia, że mimo zwyrodnienia zupełnego jajnika prawego (guz surowiczy *cystoma serosum*) i znacznego też zwyrodnienia jajnika lewego — chora miesiączkowała zawsze prawidłowo, co wskazuje, jak wielka jest potęga gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, szczególnie gruczołów płciowych. Przykład pouczający, jak dalece zachowawczo powinniśmy postępować przy operacjach na jajnikach. (Autoreferat).

2. Kol. Wojnicz pokazał chorą, **dziedzicznie obarczoną wolem.** A. Ł., lat 23, dziewica, rusinka ze wsi Połonka pod Łuckiem, która miała w jamie brzusznej duży guz, zamaskowany olbrzymią puchliną brzuszną. Chora wyniszczona, oczy z wytrzeszczem, na szyi blizna skórna po operacji wola, prawy zraz gruczołu tarczowego wyraźnie powiększony, t° 36,6, puls 96, włosy sieką się i wypadają, nerwy pobudliwe, chora od 5 miesięcy nie miesiączkuje. Historja choroby następująca: przed 6 miesiącami 15. VIII. 1924 r. mowca dokonał u chorej w szpitalu powiatowym zabiegu Sociu'a z powodu 3 guzów koloidalnych w płacie środkowym i prawym gruczołu tarczowego. Przebieg pooperacyjny był gładki, chora wypisała się ze szpitala zupełnie zdrowa, miesiączkę miała, jak zwykle, 4—5/4. W miesiąc po tej operacji poczuła w dole brzucha przesuwanie się jakiegoś ciała, zwłaszcza w czasie pracy fizycznej lub biegnia; miesiączkowanie ustało i brzuch stopniowo zaczął się powiększać. W ciągu ostatnich dwóch miesięcy brzuch przybrał rozmiary kolosalne, przyczem u chorej wystąpiły objawy basedowizmu, z którémi przybyła do szpitala powiatowego. Dokonano laparotomji, z brzucha usunięto wiadro płynu przeźroczystego, klejowatego, o barwie słomki, następnie dużą wielokomorową torbiel jajnika lewego, zawierającą płyn takiej samej konsystencji, lecz zupełnie bezbarwny i makroskopowo podobny do płynu, jaki był w guzach gruczołu tarczowego. W jednej z większych komór torbieli na ściance było dużo torbieli mniejszych; obraz ten przypominał poniekąd rysunek w podręczniku do ginekolodji prof. Runge o nazwie *cystoma serosum papillare* (ptrz. tłóm rosyj. 1908 r. Petersburg str. 319). Pfannenstiel nazywa ją *cystoma pseudomucinosum*. W prawym jajniku chora miała torbiel wielkości fasolki, wypuszczony płyn był identyczny z płynem z lewej torbieli. Prawy jajnik po wyjodynowaniu wewnętrznej powierzchni torbieli pozostawiono na miejscu. Przebieg pooperacyjny przeszedł gładko. Chora w trzy tygodnie po operacji była przedstawiona na posiedzeniu Tow. lek., poczem wypisała się do domu. W 5 tygodni po operacji odbyła miesiączkowanie normalnie, a po dwóch następnych miesiącach, czując się zdrową, była u mówcy z zapytaniem, czy może iść za mąż. Chorej przybyło 35 funtów wagi, objawy basedowizmu znikły zupełnie, gruczoł tarczowy powrócił prawie do normy (na 6 rodzeństwa — ojciec, matka i brat młodszy mają wole). Leczenie polegało na stosowaniu *motofer c. arsenico* którego wypiła 6 flaszek i *ovarogenu* przyjęła 40 pastylek. Wyjaśniała się **dyskusja**, w której brali udział prawie wszyscy obecni. Były zdania, że guzy, operowane w gruczole tarczowym, mogły dać przerzut do jajników, chociaż większość godziła się z tem, że torbiele w jajnikach powstały samodzielnie. Co do puchliny brzusznej, to opinja większości przychyliła się do zdania, że kolor żółtawy nakazuje przypuścić, iż musiała ona powstać z pękniętej komory torbielowej, a następnie powiększała się w brzuchu samoistnie. Części preparatów kol. Wojnicz wysłał do Zakładu anatomji pat. Uniw. warsz. do zbadania i rezultatem badania w swoim czasie nie omieszka się podzielić. (Autoreferat).

3. Kol. Kubaszewski pokazał a) chorego N. Z. 24 lat **z przetoką kałową w okolicy kiszki ślepej.** Historja choroby następująca: N. Z., służąc w wojsku w październiku 1922 r., zachorował na zapalenie wyrostka robaczkowego; dwunastego dnia chory był operowany w szpitalu wojskowym w Kielcach; po operacji $1^1/_2$ miesiąca leczył się w szpitalu i z niewygojoną raną został wypisany, a następnie zwolniony z wojska. W końcu 1923 r. w ranie zaczął się pokazywać płyn kałowy. Chory jednak chodził, nawet potrochu pracował, często odczuwając bole w brzuchu. Od grudnia 1924 r. czuł się coraz gorzej i więcej leżał, niż chodził. 26. I. 25 r. przybył do szpitala powiatowego. Obecny stan jest następujący: niedokrwistość w znacznym stopniu, ogólne wycieńczenie, zagęszczenie szczytów, gruczoły podszczękowe, na szyi i pachwinowe z lekka powiększone. W dole biodrowym prawym na skórze bliznowato zwyrodniałej otwór przetoki wielkości grosza, wyprysku w okolicy przetoki niema; tuż w jamie brzusznej wyczuwa się nacieczenie wielkości pięści mało bolesne. W ciągu miesięcznego pobytu w szpitalu chory miewał stolce, przeważnie rzadkie, drogą naturalną 2 razy na dobę, przytem przez przetokę stale wydzielał się kał; chory gorączkował, stan ogólny pogarszał się, w płucach proces postępował coraz dalej; apetyt zawsze dobry, lecz po przyjęciu pokarmu występował ból w brzuchu.

W dyskusji wyłoniła się myśl, że w danym przypadku ma się do czynienia z przetoką kiszki ślepej pochodzenia t. b. c., przy jednoczesnem zaatakowaniu płuc, wobec czego operacja na kiszce ślepej nie dałaby pomyślnego rezultatu. Przypadek zasługuje na szczególne wyróżnienie, iż, pomimo przewlekłości swojej, nie dał on objawu wyprysku w okolicy przetoki kiłowej. Chory został wypisany w d. 3 marca r. b;

b) chorego K. A. lat 51, wyleczonego po **powikłanem złamaniu nogi** w okolicy lewego stawu skokowego. Złamanie spowodował kamień młyński, który przygniótł nogę, raniąc skórę i gruchocąc obydwie kostki. Pomimo zakaźnego stanu rany leczenia zachowawcze okazało się skuteczne;

c) ozdrowieńca W. G., 22 lat po **zgorzeli moszny urazowego pochodzenia.** Historja choroby następująca: w tydzień po kopnięciu nogą ozutą w okolicę organów płciowych większa połowa moszny uległa zgorzeli i odpadła. Chory przybył do szpitala z obnażonemi jądrami, wiszącemi na sznurkach nasiennych. Na jądrach białe naloty. Stan chorego podgorączkowy, bóle dość żywe. Leczenie polegało na stosowaniu kompresów z wody borowej i na przyżeganiu nalotów nalewką jodową. Po 2-ch tygodniach leczenia jądra uniosły się do góry, resztki moszny zaczęły je pokrywać, tak że po miesiącu większa część jąder została otoczona resztkami moszny i chory zaczął chodzić, wobec czego na własne żądanie wypisał się ze szpitala. Po 6 tygodniach rana zabliźniła się zupełnie.

W dyskusji przypadek powyższy zaliczono do nadzwyczaj rzadkich z pomyślnem zejściem;

d) podał, że w szpitalu powiatowym od 4. XII. 1922 r. do 26. II. 1925 r. było operowanych 9 mężczyzn rolników w wieku od lat 37—77 z powodu **raka wargi dolnej** z zajęciem gruczołów podbródkowych i podszczękowych; wykonano operacje radykalne i dotychczas nawrotów nie stwierdzono.

Sekretarz *Wojnicz.*

Polskie Tow. Anatomiczne w Warszawie.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 16. lutego 1925 r.

Przewodniczący: Kol. M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.

2. Na delegata na II. Kongres Lekarski Polsko-Francuski wybrany został E. Loth.

3. Przewodniczący podał do wiadomości, że w najbliższym czasie zwoła komisję regulaminową w celu opracowania regulaminu Tow. Anatomicznego.

4. Pokazy: a) S. Hejbowiczówna przedstawiła preparat prosektoryjny głowy i szyji, na którym po stronie lewej **żyła szyjowa wewnętrzna znajdowała się w stanie szczątkowym,** natomiast żyła szyjowa zewnętrzna była rozwinięta bardzo silnie. Prócz tego, zwłoki te posiadały również po stronie lewej inne odmiany tak naczyniowe, jak i mięśniowe na kończynach (wysoki podział t. ramiennej, brak mięśnia dłoniowego długiego oraz 4. główki u mięśnia trójgłowego goleni).

W dyskusji zabierali głos: E. Loth, M. Konopacki i R. Poplewski.

b) C. Jastrzębski pokazał: 1) **zmontowaną przez niego czaszkę ludzką** i 2) preparat serca 19. miesięcznego dziecka, w którym **tętnica płucna i tętnica główna odchodzą z komory prawej:** Przedstawiony przypadek, według Jastrzębskiego, zasługuje na uwagę ze względu na nowe oświetlenie powstania tej wady w pracach Spitzera oraz Mautnera i Levy'ego. Wychodząc z założenia, że filogenetycznie pień tętniczy wspólny dzieli się na tętnicę płucną i dwie tętnice główne: prawą i lewą, które wychodzą z odpowiednich komór, autorzy ci twierdzą, że dalszym szczeblem w rozwoju filogenetycznym jest zanik tętnicy głównej prawej. O zaniku prawej tętnicy głównej ma świadczyć głęboki dołek w komorze prawej w miejscu, w którem ona miała odchodzić. Jedakowoż pod wpływem pewnych czynników, zamiast prawej, nie rozwija się tętnica główna lewa. W tych przypadkach, jakoteż i w wyżej przedstawionym, pozostaje na stałe otwór w przegrodzie komorowej, umożliwiający krążenie krwi.

5. Komunikaty: a) M. Erlichówna wygłosiła komunikat na temat: **„Badania nad ciemiączkiem czołowem“.** Mówczyni przedstawiła wyniki swoich badań, dokonanych na 360 niemowlętach.

Oprócz określenia cech ogólnych ciemiączka, dotyczących jego błony i brzegów, M. E. zapomocą swojej metody odrysowała wierną kopję ciemiączek. Kopjowanie to pozwoliło jej przestudjować zmiany, zachodzące w ciemiączku oraz ustalić jego 9 typów zasadniczych. Wielkość ciemiączka waha się w szerokich granicach nawet u prawidłowych niemowląt. Zmienne są również czas i sposób zarastania ciemiączek. Bardzo duże i późno zarastające ciemiączka widzi się zawsze u dzieci z ciężką krzywicą; u dzieci z krzywicą średniego stopnia, a zwłaszcza stopnia lekkiego, objaw ten bynajmniej nie jest stały. W sprawach, związanych ze zwiększeniem lub obniżeniem ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, uwypuklenie lub zapadnięcie się ciemiączka zależy, ceteris paribus, od jego wielkości oraz od konstytucji brzegów i błony.

W **dyskusji** zabierali głos: E. Loth i C. Jastrzębski.

b) J. Jachimowicz wygłosił komunikat na temat: **„Badania nad zmiennością splotu barkowego"**. Dla określenia, z jakich korzonków nerwowych rdzeniowych pochodzi splot barkowy, mówca zbadał na materjale prosektoryjnym w Zakł. Anatomji Opisowej Uniw. Warsz. 218. splotów barkowych i otrzymał 6. następujących odmian:

1. od C_3 do C_8 — 4,5%
2. od C_3 do D_1 — 24,8%
3. od C_3 do D_2 — 4,2%
4. od C_4 do D_1 — 8,2%
5. od C_4 do D_2 — 55,5%
6. od C_5 do D_1 — 2,8%

Dane porównawcze — anatomiczne wykazują, że u małpozwierzy oraz u małp wąskonosych i szerokonosych splot barkowy rozpoczyna się od C_5 — D_{1-2} i tylko u małp człekokształtnych typ splotu może być jednakowy z najczęściej spotykanym u człowieka t. j. C_4—D_2 (odmiana 5). Wobec tego mówca uważa stwierdzone przez niego odmiany 1—3 za cechy nowopowstałe, spotykane tylko u człowieka, czyli, że są to cechy progresywne i wyłącznie ludzkie. Świadczą one o tem, że w szeregu naczelnych splot barkowy niewątpliwie dąży do przesunięcia się w kierunku dogłowowym przez pozyskanie korzonków: początkowo C_4, a potem C_3 i utratę korzonka od D_2.

W ożywionej **dyskusji** zabierał głos: E. Loth, M. Konopacki, C. Jastrzębski i R. Poplewski.

Sekretarz: *C. Jastrzębski.*

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska w Krakowie.

Zarząd Izby lekarskiej w Krakowie uprasza swych członków Izby, zalegających z opłatą za r. 1925, (w kwocie 15 zł.), względnie i za rok 1924 (w kwocie 12 zł.), o wyrównanie zaległości najdalej do końca czerwca 1925 z dniem 1-go lipca 1925 bowiem Zarząd przystąpi do ściągnięcia tych zaległości drogą egzekucji administracyjnej w myśl ustawy i osobnej uchwały Rady Izby Lekarskiej z dnia 13-go, stycznia 1925. *Dr. St. Jankowski*, skarbnik I. L.

Izba lekarska Lwowska.

Zarząd Izby lekarskiej wzywa członków Izby, aby pod żadnym warunkiem nie przyjmowali posad lekarzy mającej się założyć we Lwowie Majsterskiej Kasy chorych, której powstanie nie jest zgodne z ustawą.

Za Zarząd Izby: *Papée.*

Izba lekarska lwowska.

W sprawie noweli do ustawy o ubezpieczeniu społecznem na wypadek choroby.

Ponieważ projekt noweli do ustawy o ubezpieczeniu społecznem na wypadek choroby, według wiadomości z prasy, będzie niedługo rozpatrywanym w Sejmie, Zarząd Izby jest zdania, że byłoby wskazanem poczynienie starań u czynników sejmowych, by postulaty naszego stanu nie zostały pominięte. W tej mierze powołujemy się na nasz memorjał, przedstawiony Naczelnej Izbie lekarskiej w dniu 19 września 1924. L. 739/24. W szczególności zwracamy uwagę na najgłówniejsze żądania naszego stanu, a to:

1. Co do obniżenia górnej granicy dochodu — przy przymusie ubezpieczenia; projekt proponuje dochód 750 zł. miesięcznie, która to granica jest bezwarunkowo za wysoka.

2. Obniżenie granicy dla dobrowolnych członków; projekt proponuje 1500 zł. miesięcznie, na co bezwarunkowo się zgodzić nie można, jako że wówczas chyba wszyscy będą się do Kas wpisywać jako członkowie dobrowolni.

3. Decentralizacja Kas i możność tworzenia Kas autonomicznych.

4. Ograniczenie uprawnień do korzystania z ubezpieczenia dla osób zamieszkujących z ubezpieczonym, a nie obowiązanych do ubezpieczenia. Uprawnienie to należy ograniczyć do dzieci i rodzeństwa ubezpieczonego, projekt proponuje rozszerzenie tych uprawnień do wszystkich, zamieszkujących z ubezpieczonym, nawet nie krewnych jego.

5. Uchylenie zupełne proponowanego ustępu V. art. 42. w sprawie przymusowego obowiązku leczenia, następstw karnych na lekarzy z niedotrzymania tego obowiązku wynikających.

6. Wolny wybór lekarza.

Przypominamy to najgłówniejsze żądanie, powołując się co do innych szczegółów na wyżej wymieniony nasz memorjał.

Izba lekarska Warszawsko-białostocka.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej podaje do wiadomości p. p. członków tejże Izby uchwałę Rady z dnia 24. maja 1925 r., ustalającą wysokość składek członkowskich na rok 1925 na 20 Zł.

Składka ta winna być wpłacana jednorazowo, lub na wyraźne życzenie w 2-ch ratach po Zł 10, albo do Kasy Zarządu (Niecała 7) w godzinach od 9 do 3-ciej, albo do P. K. O. na konto Nr. 68—65. Wszyscy płatnicy, którzy do dnia 15. lipca r. b. składki nie wniosą, poniosą koszty inkasa

Naczelnik Izby: *Dr. A. Przyborowski.*
Pisarz Izby: *Dr. Ignacy Sochacki.*

† Dr. JERZY BRUNNER.

Ś. p. dr. med. Jerzy Brunner, urodzony w Warszawie 9. stycznia 1870 roku, po ukończeniu III. gimnazjum wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył *cum eximia laude* w 1894 roku. Jeszcze jako student otrzymał medal srebrny za pracę »N. vagus u ryb i ziemnowodnych«. Szczególniej interesowała Go jednak bakterjologja i to Go skłoniło do objęcia stanowiska asystenta przy katedrze patologji ogólnej.

Mógł się wtedy poświęcić ulubionej bakterjologji, nie szczędząc czasu na nauczanie studentów i prowadzenie z nimi kursów praktycznych. W tym czasie ogłosił pracę »Strychninvergiftung und Wundstarrkrampf«. Nie tracąc związku z kliniką, czas dłuższy pracował na oddziale chirurgicznym, a podczas wojny światowej w lazarecie miejskim.

Wtedy (r. 1915) wydał monografję »Tężec«. W latach 1902—1916 był bakterjologiem miejskim i urzędowym kontrolerem surowic i szczepionek. Kilkadziesiąt prac z zakresu bakterjologji i nauk pokrewnych podał w »Medycynie«, »Medycynie i Kronice Lekarskiej« i »Zdrowiu«. W roku 1904 i 1905 wydawał popularne czasopismo »Lekarz«. W roku 1917 ogłosił największą Swą pracę »Odkażanie«.

Jakkolwiek działalność ś. p. Brunnera była różnorodną, ze szczególnem zamiłowaniem oddał się nauczaniu bakterjologji. Głęboką Swą wiedzę umiał uprzystępnić w barwnych, jasnych, a wyczerpujących wykładach, dla licznych słuchaczów jeszcze w Uniwersytecie, gdzie czas jakiś miewał wykłady zamiast profesora, później w Wolnej Wszechnicy, nareszcie na Wydziale farmaceutycznym Odrodzonej Wszechnicy w Warszawie i, jako kierownik Państwowej Szkoły Higjeny, na kursach dopełniających.

Otoczony szacunkiem i uznaniem, kochany przez Kolegów, uczniów i wszystkich, stykających się z Nim przy pracy, zmarł przedwcześnie z wielgą stratą dla nauki nie wykończywszy zamierzonego większego dzieła, owocu dużego doświadczenia i gruntownej wiedzy.

Z. Karłowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Stanowisko kierownika Zakładu Roentgenowskiego klinicznego w Szpitalu przy ul. Elektoralnej l. 12 jest do obsadzenia. Zgłoszenia należy kierować do Dziekanatu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z załączeniem życiorysu i spisu prac do dnia 15 lipca r. b. Stanowisko związane jest z tytułem adjunkta Uniwersytetu (stop. służ. VII).

Posada asystenta starszego w Zakładzie farmakognozji i botaniki lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego będzie wolne od dnia 1. stycznia 1926 roku. O posadę tę mogą ubiegać się tylko Drowie wszech nauk lekarskich. Podania i życiorys uprasza się kierować pod adresem Kierownika Zakładu prof. Wł. Mazurkiewicza: Warszawa, Krakowskie-Przedmieście l. 26, Zakład farmakognozji i botaniki lekarskiej.

Wystawa, dotycząca walki z rakiem. Podczas XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich będzie zorganizowana staraniem Polskiego Komitetu do zwalczania raka wystawa, dotycząca walki z nowotworami. Będzie to pierwszy pokaz w tym zakresie na ziemiach polskich.

L. 7214.

Konkurs.

Kasa Chorych m. Łodzi rozpisuje niniejszem konkursy na wakujące stanowiska:

1) Kierownika Zakładu dla badań bakterjologicznych, chemicznych i klinicznych; 2) kierownika działu dentystycznego w lecznictwie kasowem.

O pierwsze z wymienionych stanowisk ubiegać się mogą jedynie lekarze-specjaliści o wybitnych kwalifikacjach naukowych z odpowiednią praktyką na podobnych stanowiskach.

Do drugiego z konkursów stawać mogą w pierwszym rzędzie lekarze stomatolodzy, a następnie lekarze-dentyści, posiadający poza sobą kilkuletnią praktykę kliniczną w charakterze asystentów wyższych szkół dentystycznych.

Warunki pracy i uposażenia ustalone zostaną w drodze osobnych umów. Oferty w zapieczętowanych i zaopatrzonych odpowiedniemi napisami kopertach składać należy najpóźniej do dnia 10 lipca r. b. kierując je pod adresem Kasy Chorych m Łodzi, ul Wólczańska Nr. 225.

Dr J. Arct
Dyrektor

F. Kałużyński
Przewodniczący Zarządu

L. 9021/I.

Konkurs.

Magistrat miasta Kalisza ogłasza konkurs na stanowiska:

1) Ordynatora Oddziału skórno-wenerycznego Szpitala św. Trójcy w Kaliszu i 2) Chirurga Szpitala Starozakonnych w Kaliszu.

Ubiegający się o powyższe stanowiska zechcą nadesłać do Prezydjum Magistratu:

1. Podanie z dołączeniem życiorysu,
2. Dowód o posiadaniu obywatelstwa Polskiego,
3. Odpis dyplomu lekarskiego,
4. Zaświadczenie dotychczasowej praktyki lekarskiej.

Termin składania ofert do dnia 25 czerwca 1925.

Stanowiska są do objęcia zaraz.

Prezydent miasta Kalisza
Szarras.

Nr. 27 5. lipca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Ksawery LEWKOWICZ. Kraków.

Czy może istnieć »samorządne« meningokokowe zapalenie opon i czy wymaga ono osobnego leczenia miejscowego?*)

Klinika chorób dziecięcych U. J.

Już w roku 1916 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, a w r. 1917 w druku wypowiedziałem twierdzenie, że w zapaleniu nagminnem opon lub raczej, aby uniknąć tej nazwy błędnej — w gorączce mózgowo-rdzeniowej »komory stanowią główną siedzibę zakażenia, że sprawa stąd wychodzi i stąd także w dalszym ciągu bywa podtrzymywana, i że jej istotę stanowi nieżytowe, zatem nabłonkowe zakażenie komór, w pierwszym rzędzie zakażenie splotów naczyniówkowych«; szczegóły jednak, mogące służyć jako dowody na poparcie tego nowego pojmowania sprawy, mogłem podać dopiero w VI-tem doniesieniu w r. 1922.

W zapatrywaniu powyższem byłem dotąd zupełnie odosobniony i dopiero w r. 1924 D o p t e r pierwszy stanął niedwuznacznie po mojej stronie. Ponieważ zaś chodzi o ogólnie uznaną powagę w danym przedmiocie, o członka paryskiej Akademji lekarskiej, zatem nie ulega najmniejszej wątpliwości, że moje pojmowanie sprawy będzie w krótkim czasie we Francji powszechnie uznane. Jak D o p t e r wyraźnie przyznaje, jeżeli dotąd nie było się zdolnym do właściwego ujęcia sprawy, to tylko dlatego, że się było przepojonym (»imbu«) myślą, że zapalenie komór jest powikłaniem zapalenia opon; obecnie jednak musi się być wprost uderzonym prawdopodobieństwem nowego pojmowania i uznać, że wzajemny stosunek tych dwóch spraw jest wprost odwrotny. Należy podnieść, że D o p t e r, pisząc w ten sposób, nie znał wcale moich dowodów, przytoczył bowiem tylko francuskie wydanie mojego III. doniesienia z r. 1919. Opierał się on zatem tylko na własnych badaniach histologicznych, i dla poparcia swych wywodów dał w swym artykule rysunki zmian zapalnych splotów z wczesnego okresu choroby i zmian wyściółki komorowej.

Jak już z tego się okazuje, nie jest wcale przypadkowem, że pierwsze potwierdzenie nowego pojmowania sprawy przychodzi z Francji. Badania samych autorów francuskich przygotowały tu rzeczywiście znakomicie teren, posunęły się bowiem w danym kierunku znacznie dalej, niż badania autorów niemieckich. Oprócz D o p t e r a należy tu wymienić R a m o n d a, który w pewnych przypadkach przyjmował »zakażające zapalenie wyściółki komorowej«, mające mianowicie dokonywać stałego lub przerywanego zasiewania opon meningokokami; T i n e l a, który w pochewkach korzonków rdzeniowych widział gromadzenie się ciałek ropnych tylko bierne, odbywające się przez zatrzymywanie przez opony przy wsysaniu płynu pierwocin komórkowych, jak na sączku, i W o r i n g e r a, który w niektórych przypadkach przyjmował od początku istniejące postacie komorowe zapaleń opon.

Jeżeli jesteśmy obecnie z D o p t e r e m w zupełnej zgodzie co do głównego zagadnienia, to jednak pozostają jeszcze pewne kwestje wprawdzie drugorzędne, ale posiadające mimo to znaczną doniosłość ze względu na stosowanie leczenia surowicą, co do których zaznacza się rozbieżność zdań i które będą może jeszcze wymagać osobnych badań celem ostatecznego rozwiązania. I tak możnaby się zapytać, czy w przestrzeni podpajęczynówkowej zamkniętej zrostami może utrzymać się zapalenie opon, niezależne od sprawy zakaźnej w komorach i czy wymaga ono osobnego leczenia miejscowego.

Przystępując do rozważania tej sprawy, musimy przedewszystkiem uprzytomnić sobie jasno, co się rozumie pod nazwą zamknięcia ściankami (*cloisonnement, bloquage)* pewnych części układu komorowo-podpajęczynówkowego.

Otóż autorzy francuscy przyjmują, że wysięk ropny złożony w zbiornikach podstawy mózgu, niekiedy także ten, który się znajduje na rdzeniu, może skutkiem wessania płynu wytworzyć gęstą i niepodatną masę. Proces organizacji, który się w niej następnie rozpoczyna, doprowadza do wytworzenia łącznotkankowych pasm, a te zlewając się w ścianki, przepierzanki, rozdzielają niekiedy w końcu przestrzenie podpajęczynówkowe na nieskończoną ilość torebek. Torebki te, zamknięte zewsząd, stają się w ten sposób niezależne jedne od drugich i mogą utrudniać, albo nawet uniemożebniać swobodne krążenie płynu mózgowo-rdzeniowego. Toteż zmiany przebiegają w każdej z nich w sposób samorządny i przybierają odmienne wejrzenie. Podobne pasma, a w innych znów przypadkach strzępy ropne tworzące »korek«, lub zwężenia, wywołane czyto obrzmieniem, czy bliznowemi zmianami, mogą, — ciągle według zapatrywań autorów francuskich, — sprowadzać zatkanie otworów M a g e n d i e g o i L u s c h k i, coby było równoznaczne z ogólną blokadą komór, zaś w innych przypadkach zatkanie przewodu S y l w j u s z a lub jednego z otworów M o n r o'ego.

O ile mogę sądzić z własnych spostrzeżeń, istnienie wszystkich tych zamknięć ściankami, czy przepierzeń, jest wielce wątpliwe. Ale istnieje jedno, przyjmowane zresztą także przez autorów francuskich, które bezsprzecznie się zdarza; jest to — to, które powstaje w sąsiedztwie wielkiego otworu potylicznego. I tu jednak wymaga pewnego sprostowania wyobrażenie, jakie autorzy dotychczas mieli o mechaniźmie jego powstawania. Jest ono mianowicie, według moich spostrzeżeń, następstwem wklinowania rdzenia przedłużonego i sąsiednich części mózgu do otworu potylicznego wielkiego pod wpływem zapalnego obrzmienia mózgowia. Przestrzenie podpajęczynówkowe wklinowanych części zwężają się w takich razach coraz bardziej i mogą w końcu w niektórych przypadkach zupełnie się zamknąć i zarosnąć. Towarzyszyć temu może wytworzenie zrostów zewnętrznych między pajęczynówką a oponą twardą.

Musimy teraz zapytać, jakie są następstwa tego przepierzenia, które w niektórych przypadkach jest niewątpliwie zupełne, na sprawę zakaźną i zapalną przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, która w ten sposób utraciła połączenie z komorami. Stwierdzenie takie będzie dla nas bardzo cenne gdyż będziemy mogli w ten sposob dojść do ogólnej reguły i posługiwać się nią jako sprawdzianem, gdy będzie chodziło o rozstrzygnięcie, czy inne przepierzenia, pozornie zupełne, są takiemi w rzeczywistości.

Rozporządzam tylko dwoma spostrzeżeniami (62* i 94*[1]), w których to p r z e p i e r z e n i e r o z w i n ę ł o się w moich oczach i było w końcu zupełne. W żadnem z nich nie stosowano w tym czasie surowicy. Należy to podnieść dlatego, że autorzy, n. p. D o p t e r, mieli dotychczas skłonność odnosić pewne objawy, n. p. ksantochromję (żółte zabarwienie) i wysoką zawartość białka do obecności w płynie wstrzykniętej a nie wessanej surowicy, a cofanie się zakażenia i ropienia do jej leczniczego działania. W obu przypadkach komory były wtedy obficie zakażone, a w jednym z tych przypadków osesek, karmiony flaszką, krzywiczy, dotknięty nie-

*) Według wykładu wygłoszonego w Strasbourgu 22. kwietnia, w Nancy 24. kwietnia, w Lyonie 2. maja, w Montpellier 5. maja, w Paryżu 12. maja, w Lille 16. maja, w Londynie (sekcja pedjatryczna król. Towarzystwa lekarskiego) 22. maja 1925.

[1]) Spostrzeżenia, których liczby zaopatrzone są w gwiazdkę, mają w moich doniesieniach tablice synoptyczne, przedstawiające zarówno wszystkie główniejsze objawy kliniczne, jak i wyniki badań.

strawnością i zanikiem, znajdował się w bardzo marnym stanie, niemniej jednak okazywał słabą ogólną odporność.

Możemy określić następstwa zupełnego przepierzenia, jak następuje:

1) zupełne zniknięcie meningokoków;

2) prawie zupełne zniknięcie ciałek wielojądrzastych, t. j. ciałek ropnych;

3) do tego: objawy zastoju płynu: ksantochromja, wysoka zawartość białka a stąd wysoki wskaźnik białkowy, masowe krzepnięcie, niskie ciśnienie, szybko opadające podczas wypuszczania płynu i niemożność wypuszczenia większych jego ilości. Objawy te występują zawsze, jednak nie można ich uważać za pewne oznaki przepierzenia zupełnego, ponieważ mogą je wyprzedzać na kilka dni. Pozatem odczyn na cukier był ujemny, co było prawdopodobnie w związku z okolicznością, że zakażenie utrzymywało się w dalszym ciągu w komorach, i co stanowiłoby, być może, cechę różniczkową w stosunku do nieznoszenia surowicy przez opony.

Jeżeli teraz zastosujemy powyższe wiadomości jako sprawdzian do owych przypadków, w których autorzy dopatrywali się zupełnego przepierzenia, to z łatwością przekonamy się, że ogromna większość tych przypadków wcale nie odpowiadała powyższemu zbiorowi objawów. Temsamem — albo nie chodziło w nich wcale o przepierzenie, albo przynajmniej nie o przepierzenie zupełne. Znajdujemy n. p. wzmianki o obecności ciałek wielojądrzastych (ropienia). W innych przypadkach zapisywali autory wprawdzie nieobecność zarazków i ropienia, ale znów podnosili, że »w związku z cofaniem się zapalenia opon płyn rdzeniowy był jasny, przeźroczysty albo lekko opalizujący, z zawartością białka jeszcze lekko wzmożoną, albo nawet zawartość ta spadła już była do stanu prawidłowego« (D o p t e r). Jednem słowem płyn nie miał tutaj żadnych znamion płynu w zastoju, co w mojem pojęciu zupełnie nie daje się pogodzić z wyobrażeniem prawdziwej blokady.

Ale możnaby powiedzieć, że nasz sprawdzian jest błędny. Nie przypuszczam tego, nic jednak nie stoi na przeszkodzie żeby go poddać w przyszłości stosownym próbom. Tymczasem zaś przypatrzmy się, jakie to względy skłaniały autorów do przyjmowania zupełnej blokady.

W pojęciu autorów najbardziej przekonującym dowodem były różnice w wejrzeniu płynów, pochodzących z jednej strony z oddzielonej ściankami torby, z drugiej z komór lub przestrzeni rdzeniowej. Ale właśnie te różnice nie dowodzą przecież niczego. Mogą one być wynikiem odmiennych miejscowych warunków: wytwarzania i wsysania płynu, jego prądu i ruchu z góry na dół i z dołu do góry, względnego zastoju. W moich poprzednich doniesieniach uwydatniłem, jak sądzę, dostatecznie te głębokie różnice, jakie często istnieją między płynem komorowym a rdzeniowym, mimo to, że połączenie między niemi nie jest poważniej naruszone.

M a r f a n usiłował dostarczyć innego dowodu. W jego przypadku badanie pośmiertne miało wykazać istnienie czterech ognisk zakaźnych, rozdzielonych jedno od drugiego przez zamknięcie przewodu S y l w j u s z a, zatkanie otworów M a g e n d i e g o i L u s c h k i i zrosty w okolicy otworu potylicznego. Otóż autor ten wstrzyknął po śmierci, ale przed badaniem pośmiertnem, do komór rozczyn błękitu metylenowego. Barwik nie wydostał się poza komorę, do której go wstrzyknięto, gdyż nakłucie rdzeniowe, wykonane w półtorej godziny później wykazało, że zabarwienie niebieskie nie przeniknęło wcale do kanału kręgowego; z drugiej strony przy badaniu pośmiertnem stwierdzono, że powierzchnia mózgu zachowała swe prawidłowe zabarwienie.

Dowodu tego nie można uważać za przekonujący. 1) Po śmierci zarówno prąd płynu, jak jego ruchy w dół i w górę, jednem słowem wszystkie ruchy, któreby za życia mogły się przyczynić do rozprowadzenia barwika, są zatrzymane. 2) Nawet u żyjącego błękit metylenowy nie nadaje się do tych doświadczeń. Rzeczywiście w jednym przypadku (144, podałem go w VI. doniesieniu, wydanie francuskie), w którym były niewątpliwie objawy utrudnionego połączenia, błękit metylenowy wstrzyknięty dokomorowo trzy razy za życia nie udzielił płynowi rdzeniowemu żadnego zabarwienia niebieskiego. A mimo to połączenie nie było tu całkowicie przerwane, co można było udowodnić przez: 1) przechodzenie surowicy wstrzykniętej do komór; 2) przedostanie się paciorkowców z zakażonych niemi komór i 3) lekko niebieskie zabarwienie świeżej ropy, złożonej w okolicy ogona końskiego.

Płyn rdzeniowy był bardzo ksantochromiczny i zawierał 5% białka; zawartość ta zbliżała się zatem do zawartości osocza krwi (8%). Nie mogło tu chodzić o wstrzykniętą surowicę, gdyż oznaczenie jej zapomocą surowicy strącającej surowicę końską wykazało w płynach z dnia 24-go, 30-go i 31-go tylko 3,0, 0,3 i 0,1% surowicy końskiej, podczas gdy zawartość białka utrzymywała się bez zmiany. Musimy więc dojść do wniosku, że płyn skutkiem zastoju naładował się tu był osoczem samego chorego i zawierał tego osocza około 60%.

Otóż w takich płynach o wysokiej zawartości białka błękit metylenowy zostaje, jak się zdaje, przeprowadzony bardzo prędko w połączenie bezbarwne. Ażeby się o tem przekonać, wystarczy wstrzyknąć dożylnie królikowi czysty błękit metylenowy w dawce 4 - 5 cm^3 1% rozczynu na jeden Kg. Toby odpowiadało stosunkowi 5,2—6,5 cm^3 rozczynu barwika na 100 cm^3 krwi lub 50 cm^3 surowicy i musiałoby nadać płynowi silne zabarwienie niebieskie. A jednak surowica, otrzymana z krwi, wziętej w 5 minut po wstrzyknięciu jest zabarwiona zaledwie lekko niebiesko, już zaś surowica, otrzymana w $1/2$ godziny po wstrzyknięciu, jest z reguły tylko żółta. Tymczasem mocz wydzielany jeszcze w kilka godzin po wstrzyknięciu jest niebieski.

Jedyną stosowną substancją, którą się możemy posługiwać, aby się zorjentować w tych stosunkach połączeń utrzymanych, utrudnionych lub przerwanych, jest surowica przeciwmeningokokowa. Jako surowicę końską można ją wszędzie oznaczyć w przybliżeniu z dokładnością dostateczną przez użycie swoistej strącającej surowicy króliczej. W ten sposób nie bylibyśmy nigdy w prawie przyjmować zupełnej blokady, o ile nie udowodnimy, że surowica wstrzyknięta do komór nie wnika do przestrzeni otorbionej.

Kończąc tę dyskusję, należy jeszcze podnieść, że każda zupełna blokada stanowi zmianę trwałą i nieodwracalną, która nawet po wyleczeniu sprawy swoistej nieuchronnie wiedzie do ciężkich zaburzeń, chyba bez wyjątku nie dających się pogodzić z dłuższem życiem. Toteż, gdy czytamy o spostrzeżeniach, w których autorzy przyjmowali przepierzenie, a które mimo to kończyć się miały pełnem wyzdrowieniem, to zupełnie uprawnionem jest podejrzenie, że te przepierzenia były tylko częściowe, względne, i tem samem odwracalne.

Należy wreszcie przypomnieć, że już R a m o n d przypuszczał dla niektórych przypadków, że przepierzenie mimoto, iż sprowadza anatomiczną blokadę, pozwala niekiedy meningokokom komór przesączać się przez mikroskopowe szczeliny i zakażać przestrzenie podpajęczynówkowe. Stosownie do jego wyrażenia chodzi wtedy o »zakażające zapalenie wyściółki«, przyczyniające się do podtrzymywania swoistego zakażenia oponowego. Jak widzimy, zapatrywanie to zbliża się bardzo do mojego.

Ta sama przyczyna, która wywołuje blokadę na wysokości otworu potylicznego wielkiego, mianowicie obrzęk mózgowia — a nie przepierzanki u podstawy mózgu — wiedzie także do stopniowego zwężenia, a w niektórych przypadkach do zarośnięcia rowków mózgowych. Bardzo wyjątkowo w toku wytwarzania się tego zarośnięcia pewna część przestrzeni podpajęczynówkowej, nie ulegając zarośnięciu, może przecież stracić połączenie z komorami (D o p t e r). To właśnie wytworzyło się, jak się zdaje, w przypadku 149* 25-go dnia choroby. Płyn otrzymany drogą nakłucia szczytowego wewnętrznego z głębokości 8 do 15 mm — także w tym przypadku przed jakiemkolwiek wstrzyknięciem surowicy — okazywał wszystkie zasadnicze cechy, odpowiadające zupełnej blokadzie: wybitną ksantochromję, wysoką zawartość białka, odczyn globulin silnie dodatni, ciśnienie szybko zmniejszające się do zera podczas wypuszczania płynu, nieobecność zarazków mimo obfitego zakażenia komór, brak cukru. Mimo to ciałka wielojądrzaste przeważały (94,2%) prawdopodobnie dlatego, że blokada była jeszcze zupełnie świeżej daty, albo też, że była ona, mimo wszystko, niezupełna.

Mechanizm znikania meningokoków jest we wszystkich tych przypadkach zupełnie jasny. I tak, w ostatnim przypadku surowica chorego miała, jak wynikało z odczynu wiązania dopełniacza, wartość leczniczą 63. Zawartość białka płynu w torbie oddzielonej ściankami wynosiła 3,2%; toby odpowiadało zawartości osocza 38% i nadawało płynowi wartość 24. W rzeczywistości płyn okazywał wartość 6,3 (20+). Te same stosunki stwierdzono także w przypadku 94* w odciętej od komór przestrzeni rdzeniowej: wartość surowicy chorego 10; zawartość białka w płynie rdzeniowym 6,25%, coby odpowiadało zawartości osocza 75% i musiało nadać płynowi wartość 7,5. Utrzymywanie się więc meningokoków w przestrzeniach oddzielonych przepierzankami jest dlatego niemożebne, że przestrzenie te zawierają właściwie osocze krwi, nieznacznie tylko rozcieńczone, toteż uodpornienie ogólne choćby było nieznaczne, musi się na nie rozciągnąć.

Zupełne przepierzenie dotyczące wylotów komór i przewodu Sylwjusza jest mojem zdaniem nieudowodnione, chociaż, szczególniej pierwsze, uważane jest przez autorów francuskich (Dopter, Marfan), za dosyć częste. Przy badaniu pośmiertnem widzimy wprawdzie niekiedy pewne zmiany tych otworów, mogące utrudniać połączenie, nie przerywając go zresztą całkowicie; ale zmiany te są, zdaje się, raczej wtórorzędne w stosunku do słabego krążenia płynu, a nie pierwotne. Rzeczywiście, w tych daleko posuniętych przypadkach zmuszeni jesteśmy przyjąć, że wymiana płynów między przestrzeniami komorowemi a podpajęczynówkowemi jest nadzwyczaj ograniczona; najlepszym dowodem tego jest krańcowo powolne znikanie wstrzykniętej surowicy (por. przypadek 148*).

Zwrócimy się teraz do zagadnienia leczenia. Z tego wszystkiego, co powiedziałem o cechach zupełnego przepierzenia, jest jasnem, że przestrzeń podpajęczynówkowa otorbiona nie wymaga żadnego osobnego leczenia surowicą; widzieliśmy przecież, że zarówno sprawa zakaźna, jak i ropienie wygasają w niej bezzwłocznie, jak tylko się dokona zupełne przepierzenie.

Jeżeli przepierzenie jest niezupełne, mimo to samo tylko leczenie komór będzie zawsze wystarczające, gdyż stłumienie zakażenia komorowego sprawi, że zniknie także bezzwłocznie zakażenie w ościankowej przestrzeni, ostatnie jest przecież tylko zjawiskiem wtórnem pierwszego. W dodatku surowica obecna w komorach dostanie się zawsze w tych przypadkach do otorbienia, zupełnie podobnie, jak wnikają tam miningokoki. Możemy tylko czasem stwierdzić, — że w przeciwieństwie do tego, co widzimy w zwykłych przypadkach — surowica będzie tu w niższem zgęszczeniu, niż w komorach. I tak we wspomnianym już powyżej przypadku (144) stwierdzono 10% surowicy w płynie komorowym wypuszczonym w 7 godzin po wstrzyknięciu do komór 11 cm^3 surowicy, gdy tymczasem płyn rdzeniowy zawierał jej tylko 3%.

Pozatem, aby usprawiedliwić miejscowe leczenie niezupełnie ościankowanej torby, należałoby udowodnić, że surowica działając w niej, może rzeczywiście wywrzeć jakikolwiek wpływ leczniczy, jeżeli nie działa równocześnie na komory.

Podobne działanie ograniczone do przestrzeni podpajęczynówkowej można spostrzegać tylko wśród zupełnie szczególnych okoliczności, gdyż zwykle surowica, obecna w przestrzeni podpajęczynówkowej, wnika z łatwością (143*, 144*, 148*), albo przynajmniej dosyć dobrze (146*, 147*, 149*) do komór.

Gdy się jednak komory, w następstwie obrzęku mózgowia, znacznie zwężą, to surowica wstrzyknięta przez nakłucie rdzeniowe może się wprawdzie dobrze rozejść po przestrzeni podpajęczynówkowej, ale mimo to nie osiągnąć w komorach zgęszczenia, potrzebnego do działania leczniczego (145*, 151*). W takich przypadkach nawet obustronne dokomorowe wstrzykiwania przez nakłucia skroniowe często nie zmieniają zasadniczo położenia. Rzeczywiście prąd płynu w zwężonych komorach jest silnie wzmożony i szybko wypłukuje surowicę z komór, przenosząc ją do przestrzeni podpajęczynówkowej, gdzie możemy ją znaleźć w dosyć wysokiem zgęszczeniu, wystarczającem do działania leczniczego (141*, 18-ty dzień choroby). Pozatem jeszcze w przypadkach okazujących wodogłowie zapalne mamy niekiedy także sposobność stwierdzenia, że surowica wstrzyknięta nardzeniowo nie wnika dostatecznie do komór (146*, 152*).

Otóż w żadnym z tych przypadków nie widzimy nigdy jakiegokolwiek wpływu surowicy nietylko na zakażenie komorowe, ale także na stan zakaźny i zapalny samej przestrzeni rdzeniowej, mimo to, że surowica znajduje się tutaj przecież w stężeniu zupełnie wystarczającem do działania. Byłoby zresztą nawet nieco trudno zrozumieć, jakby takie działanie mogło się dać odczuć, dopóki przestrzeń rdzeniowa otrzymuje bez przerwy z komór płyn, który, niekiedy w najwyższym stopniu, jest obładowany meningokokami. W ten sposób spostrzeżenia te i wynikające z nich rozważania wiodą oczywiście do wniosku, że obecność surowicy w przestrzeni podpajęczynówkowej niema najmniejszej wartości leczniczej, nawet dla samej tej przestrzeni, i że jedynie tylko surowica obecna w komorach wywiera rozstrzygający wpływ zarówno na zakażenie komorowe, jak i podpajęczynówkowe. Ujemny wynik tego miejscowego leczenia sprawy oponowej musi być uznany za jeden z najbardziej przekonujących dowodów na poparcie twierdzenia, że zakażenie opon nie jest nigdy niezależne i »samorządne«, ale zawsze ściśle podporządkowane zakażeniu komorowemu.

Jeżeli jeszcze dodam, że — w przeciwieństwie do wielu autorów, Dopter n. p. mówi o bezwzględnej konieczności— nie widziałem nigdy potrzeby stosowania, obok leczenia swoistego miejscowego, jakiegokolwiek leczenia ogólnego surowicą przez wstrzykiwanie dożylne, śródmięśniowe lub podskórne; że w wielu przypadkach wskazanie do tego leczenia wynikało chyba niewątpliwie z nieświadomości tego, co się odbywa w komorach; co więcej, że stosowanie takie surowicy wydaje się zupełnie zbyteczne, surowica bowiem wstrzyknięta do układu komorowo-podpajęczynówkowego przechodzi bardzo szybko do ogólnego krążenia, to łatwo będzie zrozumieć, że moje wskazanie lecznicze jest w zasadzie bardzo proste:

Nie troszcząc się o zakażenie podpajęczynówkowe lub ogólne, należy w komorach osiągnąć dostatecznie silne działanie surowicy i utrzymywać je bez przerwy przez kilka dni, dopóki badanie płynów komorowych nie wykaże zupełnego zniknięcia meningokoków.

Co się tyczy wyników uzyskanych przezemnie, to miałem od początku r. 1922 — 34 przypadki, które były leczone surowicą.

W tem było dziesięć osesków i jedno dziecko w drugim roku życia. O ile chodzi o pierwsze, to wprawdzie udało się w 60% z nich stłumić sprawę zakaźną swoistą, ale ponieważ w niektórych przypadkach leczenie rozpoczęto dopiero bardzo późno w przebiegu choroby, wyleczenie w takich razach nie mogło być zupełne, pozostawało bowiem, jako następstwo groźne dla życia, wtórorzędne wodogłowie.

Z 23 chorych mających ponad 2 lata 2 zmarło. Oba te przypadki muszą być wyłączone. W jednym (151*) chodziło o postać piorunującą, a cały przebieg trwał tylko 41 godzin. Surowica wstrzyknięta nardzeniowo nie wniknęła do komór, a wstrzyknięcie dokomorowe nie mogło wywrzeć żadnego wpływu, gdyż było wykonane dopiero na godzinę przed śmiercią. Co więcej, surowica okazywała niewielką wartość (200) względem pnia zakażającego. W drugim przypadku (146*) chodziło o chłopca 7-letniego, przyjętego w 50-tym dniu choroby, z krańcowem wychudnięciem i daleko posuniętem wodogłowiem które też w końcu doprowadziło do śmierci, mimo to, że surowica wstrzykiwana dokomorowo zdołała dwukrotnie zmusić meningokokki do ustąpienia, gdy tymczasem poprzeduie wstrzykiwania nardzeniowe nie miały żadnego wpływu.

Wszyscy inni chorzy (21) wyzdrowieli: zatem śmiertelność surowa wynosiła 8,7%, śmiertelność sprostowana 0,0%.

Z tych 21 przypadków w 2 osiągnięto wyleczenie, stosując surowicę od początku dokomorowo; 19 przypadków leczono wstrzykiwaniami nardzeniowemi i w 14 z nich wynik był dodatni, gdy tymczasem w 5 innych przebieg skłonił mnie

do zastąpienia w dalszym ciągu wstrzykiwań nardzeniowych dokomorowemi.

Jednak tylko w dwóch z tych przypadków (145*, 152*) można było udowodnić, że surowica wstrzyknięta nardzeniowo nie dostawała się w odpowiedniem stężeniu do komór. Podobne stosunki stwierdzono oprócz tego w obu przypadkach, które zakończyły się śmiercią (146*, 151*), jakoteż u jednego oseska na cztery (osesek ten, 178, wyzdrowiał). W sumie zatem w 5 przypadkach na 25 przypadków leczonych w ten sposób, t. j. w 20%, niewydolność stosowania nardzeniowego była zupełnie oczywistą, a w 4-ech przypadkach, t. j. w 16% (145*, 146*, 152*, 178) wyższość leczenia dokomorowego została udowodniona.

L i c z b a t a, 16, o d p o w i a d a d a l s z e m u o b n i ż e n i u ś m i e r t e l n o ś c i, k t ó r e m o ż e m y o s i ą g n ą ć p r z y g o r ą c z c e m ó z g o w o - r d z e n i o w e j, j e ż e l i t e p r z y p a d k i, w k t ó r y c h n i e u z y s k a ł o s i ę w c i ą g u k i l k u d n i p o ż ą d a n e g o s k u t k u p r z e z w s t r z y k i w a n i e s u r o w i c y n a r d z e n i o w e, l e c z y m y n a s t ę p n i e w s t r z y k i w a n i a m i d o k o m o r o w e m i, a w p r z y p a d k a c h c i ę ż k i c h s t o s u j e m y t o l e c z e n i e o d p o c z ą t k u.

U oseskow obniżenie śmiertelności wynosi przy tem postępowaniu tylko 10% (1 przypadek na 10,178), a to dlatego, że surowica, nawet gdy działa najbardziej energicznie na komory, zawodzi w tym materjale, widocznie skutkiem braku odpowiedniego współdziałania ze strony ustroju zakażonego, w 40% przypadków.

Piśmiennictwo.

1) D o p t e r C.: 1) L'Inféction mèningococcique. Paris, Ballière et Fils. 1921. 2) Congrès français de Médecine. Bordeaux. Rapports présentés au Congrès. Paris, Masson et Cie. 1923. 3) Paris médical. 7. juin 1924. — 2) L e w k o w i c z K.: 1) II. doniesienie. Przypadki 15—62*. Przegl. lek., 1917 i Wien. klin. Wochenschrift. 1918. Nr. 21. 2) V. doniesienie. Przypadki 85—114. Przegl. lek. 1920 i Arch. d. Méd. des Enfants, 1921. Nr. 6 i 7. 3) VI. doniesienie. Przypadki 116—140. Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich 1922 i Arch. d. Méd. d. Enf. 1924. Nr. 3 i 4. 4) VII. doniesienie. Przypadki 141*—142*. Pol. Gaz Lek. 1922 i Monatschrift f. Kdhlk. 1923. B. 26. 5) VIII. doniesienie. Przypadki 143*—147*. Pol. Gaz. Lek. 1922 i Monatschrift f. Kdhlk. 1923. B. 26. 6) The Lancet. Sept. 6 th 1924. 7) (Przypadki 148*—152*. Doniesienie to ukaże się po francusku). — 3) M a r f a n: Bulletin médical, 5 février 1916. — 4) R a m o n d: Société médicale des hopitaux, 25 mai 1916.

Dr. H. MIERZECKI i Dr. B. PYTŁYK *) Lwów.

Z badań hematologicznych nad schorzeniami skóry.

Z kliniki dermatologicznej U. J. K. we Lwowie, kierownik: Dr. M. A n d r u s z e w s k i.

I.

Biernackiego odczyn przyśpieszonego opadania krwinek przypomniany nauce przez H i r s c h f e l d a (1), P l a u t a (2) i L i n z e n m a y e r a (3) usiłowano zastosować dla celów klinicznych. Usiłowania te obejmują położnictwo i choroby kobiece, choroby chirurgiczne i umysłowe, ostre i przewlekłe zakaźne, gruźlicę, kiłę i rzeżączkę. Badania nad zachowaniem się odczynu B. w przebiegu schorzeń skórnych przeprowadzali M a y r (4), P e w n y (5), K e r s t i n g (6) i B o m s e (7). Wyniki jednak tych badań często ze sobą sprzeczne, oparte na materjale niekiedy bardzo szczupłym (3 przypadki łuszczycy) P e w n y i K e r s t i n g, (4 przypadki tocznia (B o m s e) nie obejmują szeregu schorzeń jak np. pęcherzyca *(pemphigus)*. Jakkolwiek dotychczasowe badania odmawiają zgodnie odczynowi temu wartości klinicznej, podnosząc jednak jego znaczenie teoretyczne, zachęcając temsamem do dalszych badań i do uzupełnienia ogłoszonych wyników.

Badania nasze obejmują ogółem 110 przypadków skórnych, w tem 63 przypadków tocznia pospolitego, 10 pęcherzycy, 14 wyprysku, 9 łuszczycy, a dla celów kontrolnych po 1 przypadku trądzika *(acne vulgaris)*, łupieża różowego *(pityrias rosea)*, liszaja strzygącego *(herpes tonsurans)*, półpaśca *(herpes zoster)* grzybicy guzowatej *(mycosis fungoides)* 3 przypadki liszaja rumieniowatego *(lupus erythematodes discoides)* i 6 przypadków zdrowych.

W oznaczaniu odczynu B. posługiwaliśmy się metodą Linzenmeiera w opracowaniu F r i s c h a i S t a r l i n g e r a (8) z tą tylko małą a wygodną modyfikacją M i e r z e c k i e g o (9), że nabieraliśmy i rozdzielaliśmy roztwór Na citr. zamiast strzykawką pipetą. Do rurki szklannej o 5 mm średnicy a 1 ccm objętości, znaczonej 4 kreskami, z których pierwsza kreska oznacza 1 ccm objętości, a dalsze oznaczają 6, 12 i 18 mm odległości od pierwszej, wlewaliśmy 0,2 ccm 5% roztworu cytrynianu sodowego, a następnie 0,8 ccm krwi pobranej igłą z żyły łokciowej. Krew miesza się przez odwrócenie rurki zamkniętej palcem i następnie odczytuje się w minutach czas, w którym granica krwinek i osocza osiąga poszczególne kreski. Celem ułatwienia techniki wprowadza Starlinger dla odczytywania wyników średnią arytmetyczną z 3 czasów zużytych do odbycia przez krwinki drogi 6, 12, 18 mm nazywając ją średnią opadania *(Senkungsmittelwert)*. W oznaczaniu chyżości patologicznej oznaczaliśmy za Frischem i Starlingerem, jako patologiczną średnią opadania niżej 200 minut, jakkolwiek i w naszej kontroli średnia chyżość u zdrowych dochodziła do 400 minut, a nawet czas ten przekraczała.

Dodatni odczyn B. uzyskany w przebiegu gruźlicy płuc tak w sprawach ostrych, jak i przewlekłych, (W e s t e r g r e n, S c h ü r e r, E i m e r, K a t z, F r i s c h i S t a r l i n g e r, D r e y f u s s i H e c h t) zachęcającym zdawał się być czynnikiem w przeprowadzaniu badań nad zachowaniem się odczynu w przebiegu gruźlicy skóry. Dotychczas badania przeprowadzał jedyny Bomse, podając wyniki z 4 przypadków, dochodzi do wniosku, że toczeń daje naogół ujemny odczyn Biernackiego, dodatni zaś towarzyszy tylko postaci owrzodziałej. Materjał nasz obejmuje 63 przypadki tocznia (42 mężczyzn i 21 kobiet). We wszystkich przypadkach wykluczaliśmy uprzednio kiłę i gruźlicę innych narządów, jakoteż ciążę i miesiączkę u kobiet. Dodatni odczyn B. uzyskaliśmy w 51 przypadkach (32 mężczyzn, 19 kobiet). Średnia opadania (SO) wynosiła mniej niż 105 w 37 przypadkach (30 mężczyzn, 7 kobiet), wyżej zaś 100 w 14 przypadkach (2 mężczyzn, 12 kobiet). Odmiennie od B o m s e g o stwierdzaliśmy odczyn B. jako częsty objaw tocznia i to niezależny od rozległości i jakości sprawy chorobowej. Toczeń, gruźlica skóry zachowująca się pod wielu względami odmiennie od gruźlicy innych narządów wykazuje też i dla odczynu Biernackiego odmienne od gruźlicy innych narządów zachowanie. Bo podczas gdy przewlekłe postacie gruźlicy dają tylko nieznaczny, ostre natomiast postacie wybitny odczyn Biernackiego, daje toczeń skóry bardzo różne wyniki, których nie można częstokroć odnieść ani do grupy ostrej, ani też przewlekłej.

W trzech przypadkach liszaja rumieniowatego *(lupus erythematodes discoides)* stwierdziliśmy dwukrotnie dodatni odczyn B., ujemny zaś (SO 218) stwierdziliśmy u mężczyzny z bardzo rozległemi zmianami na błonach śluzowych warg, dziąseł i na skórze twarzy.

Dodatni i to wybitny odczyn B. stwierdziliśmy we wszystkich przypadkach pęcherzycy, przyczem SO. opadania wahała się między 10—152 minutami. Górna granica dla mężczyzn wynosiła 152 minuty, dla kobiet zaś 63—64 minuty. Odczyn B. pęcherzycy był zupełnie niezależny od rozległości i trwania sprawy ani też od obecności wykwitów. W przypadku bowiem bardzo dobrotliwym u kobiety 25 letniej z nielicznemi pęcherzami wykazał odczyn B. SO. 25 minut, lub u mężczyzny 40 letniego wolnego już od objawów wykazał odczyn B. SO. 90, podczas gdy w bardzo ciężkim przypadku z bardzo licznemi wykwitami, gdzie sprawa trwała od 3 lat wykazał odczyn B. SO. 152.

Zgodnie z M a y e r e m a odmiennie od K e r s t i n g a stwierdziliśmy dodatni odczyn B. przy uogólnionej łuszczycy wykazując w 5 przypadkach (na ogólną liczbę 9) SO. niżej 100 minut. Zgodnie zaś ze spostrzeżeniami Kerstinga stwierdziliśmy dodatni odczyn B. w przebiegu 11 przypadków wy-

*) Według odczytu wygłoszonego na III. Walnem Zebraniu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Krakowie w czerwcu 1924.

prysku (na 14 przypadków), przyczem jednak nie zawsze mogliśmy stwierdzić ścisłą zależność od rozległości sprawy. I tak nieznaczne od kilku dni zaledwie trwające *eczema sycosiforme* barbae wykazało SO. 56, podczas gdy w dwóch przypadkach ostrego wyprysku obejmującego niemal całe ciało SO. wynosiła powyżej 300 minut.

Trądzik, łupież różowy i liszaj strzygący wykazały ujemny odczyn B., dodatni zaś wykazał półpasiec SO. 68 i mycosis fungoides SO. 180.

II.

Łącznie z opadaniem badaliśmy równocześnie zachowanie się histologicznego obrazu krwi. Podczas gdy histologiczny obraz krwi schorzeń wogóle doczekał się bardzo obszernego piśmiennictwa i obraz tamże został ustalony, jest piśmiennictwo histologicznego obrazu krwi schorzeń skóry stosunkowo ubogie, oparte na nielicznych przypadkach, i dochodzi do wniosków często ze sobą sprzecznych. Uwydatnia to wybitnie referat Lahmsa (10) i Schwarza (11) zbierający piśmiennictwo do r. 1914, a i późniejsze nieliczne prace Hechta, Spiethoffa i Schwarza-Towlera rzucają tylko do pewnego stopnia światło na histologiczny obraz krwi niektórych schorzeń skóry. A obraz krwi staje się tembardziej interesujący w świetle ostatnich badań doświadczalnych nad limfocytozą Bergel (12) i eozynofilją Hommy (13).

Bergel, Rusinger, Mann i inni podnoszą obronną siłę limfocytów w ustroju, działanie ich lipolitycznego zaczynu i ich specjalnego nastawienia jako niweczników jadu gruźliczego i kiłowego, wskazując i akcentując brak limfocytów tam, gdzie dokonać się ma resorbcja ciał czysto białkowych lub też przy zakażeniu gronkowcami, ziarenkowcami i pneumokokkami.

Badanie Hommy z Tokio wykazujące na bardzo obszernym materjale doświadczalnym bezpodstawność histogennej teorji eozynochłonnych nie jest może bez znaczenia dla wyjaśnienia miejscowej eozynofilji pęcherzowej grupy schorzeń. Stwierdzony przez Hommy a przez Schillinga (14) i Naegelego (15) przyjęty fakt, że eozynofilja tkankowa nie jest niczem innem, jak reakcją biologiczną, uruchomieniem ciał obronnych ustroju przeciw obcemu białku i produktom rozkładu białka, że niema tkankowej eozynofilji bez odpowiednich zmian we krwi i w szpiku kostnym, że każdą eozynofilję tkankową poprzedza, a potem jej towarzyszy eozynofilja we krwi, a eozynopenja w szpiku kostnym, rzuca nowe światło na zwalczaną teorję o haemodermitach Leredda, Perinna, Spillmanna, Bruntza i innych, którzy opierając się na spostrzeżeniach, że eozynofilja krwi poprzedza, a potem towarzyszy eozynofilji pęcherzy w chorobach pęcherzowych, uważają pęcherze za wyraz intoksykacji systemu haematopoetycznego.

Obraz histologiczny krwi określaliśmy przez oznaczenie wzajemnego stosunku odsetkowego poszczególnych gatunków białych ciałek krwi w preparatach suszonych i barwionych metodą May-Grünwalda i Giemsy licząc do 200. Jako granicę dla krwi normalnej przyjmowaliśmy u dorosłych 4% eozynochłonnych i 25% limfocytów. Badania nasze odnoszą się, podobnie jak odczyn Biernackiego, głównie do tocznia i pęcherzycy.

Obraz histolologiczny krwi w przebiegu tocznia wykazuje tylko bardzo nieliczne prace. Należało stwierdzić, czy i o ile histologiczny obraz krwi w przebiegu gruźlicy skóry odbiega od gruźlicy innych narządów. Wszak wiemy, że gruźlica podobnie jak kiła i trąd daje nieskończoną ilość klinicznie bardzo różnych wykwitów skórnych (Jadassohn). Gruźlica płuc w stanach lekkich nie wykazuje na ogół zmian w histologicznym obrazie krwi poza nieznaczną czasami limfocytozą, jedynie w stanach ciężkich i gorączkujących wykazuje eozynopenję i limfocytozę (Naegeli 16). Wysoka zaś limfocytoza i eozynofilja, to objaw korzystnie przebiegającej gruźlicy (Hirschfeld 17). Zgodnie ze stanowiskiem Naegelego, Romberga i Hanny Hirschfeld należałoby przypuścić, że obraz histologiczny krwi wykaże nam limfocytozę i eozynofilję. Wszak wiemy, że toczeń należy przeważnie do przewlekłych, ale dobrotliwie przebiegających schorzeń gruźliczych. Toczniowi towarzyszy często mało złośliwa gruźlica trzewna (Hallopeau 18), co jest wyrazem tylko właściwości immunizacyjnych organizmu pod wpływem tocznia (Darier 19). Eozynofilji we krwi należałoby się też spodziewać wobec spostrzeżeń Jadassohn (20), a doświadczalnych badań Hommy. Jadassohna stwierdził obecność eozynochłonnych w tkance toczniowej. Badania te zachęciły do poszukiwania eozynochłonnych we krwi. Badania te obejmujące zaledwie kilka przypadków (Rille 21, Zappert 22) dały wyniki niejednolite, częściowo dodatnie, a częściowo ujemne. Pegeot 23) stwierdza na obszerniejszym, bo 22 przypadków obejmującym materjale tylko w jednym przypadku 6% eozynochłonnych, Hanck (24) na nielicznym materjale stwierdza eozynofilję w 3 przypadkach. Hecht (25) zaś na 5 przypadków stwierdza eozynofilję 4% w 2 przypadkach. Wyniki te były na ogół negatywne — a jednak spodziewać by się należało, że da się tam stwierdzić eozynofilję wobec doświadczalnych badań Hommy, który wykazał, że nie ma odosobnionej tkankowej eozynofilji. Dotychczasowe zaś ujemne wyniki należało odnieść do szczupłej ilości badanych przypadków. Badania nasze obejmujące 63 przypadków wykazują limfocytozę w 50, a eozynofilję w 32 przypadkach. Limfocytozę ponad 30% stwierdzono w 37 przypadkach. Najwyższa limfocytoza wynosiła 69%, a odnosiła się do 10 letniego chłopca z objawami tocznia wrzodziejącego. Eozynofilję ponad 8% stwierdziliśmy w 10-ciu przypadkach, najwyższa eozynofilja wynosiła 17%, a stwierdzona została u 30 letniego mężczyzny *z lupus vulgaris exulcerans ac mutilans nasi, labii super. et linguae.* Limfocytozę i eozynofilję stwierdzono w 22 przypadkach, eozynopenję zaś i limfocytozę w 6 przypadkach. Limfocytoza i eozynofilja oraz limfocytoza przy normalnej ilości eozynochłonnych towarzyszyła znacznym rozpadom w tkance. Obraz więc histologiczny krwi tocznia wykazuje w znacznym odsetku przypadków eozynofilję i limfocytozę.

Przypadki liszaja rumieniowatego (*lupus erythematodes)* wykazały stałą limfocytozę, a tylko w jednym przypadku eozynofilję 4,5%.

Obraz histologiczny krwi pęcherzycy został ustalony. Eozynofilja stwierdzona przez Neissera (26), a potwierdzona następnie przez Zapperta, znalazła wnet ogólne potwierdzenie. Jakkolwiek stwierdzono nawet przypadki eozynopenji w przebiegu pęcherzycy, to jednak stała, niezależna od wykwitów eozynofilja stwierdzona przez Bettmanna (27) i Łukasiewicza (28) znajduje i dziś ogólne potwierdzenie. I nasz materjał wykazuje na 10 przypadków w 9-ciu eozynofilję wahającą się od 6—9%, a wynoszącą w jednym przypadku *pemphigus exfoliativus* u kobiety 50-letniej, pozostającej przez 3 lata w leczeniu kliniki 24%. W jednym tylko przypadku u kobiety 21-letniej pozostającej od 4 lat w leczeniu kliniki z przebiegiem bardzo dobrotliwym, ale opornym na wszelkie leczenie, obraz krwi wykazał eozynopenję przy wybitnej limfocytozie. Uderzającą natomiast była limfocytoza krwi chorych na pęcherzycę. We wszystkich przypadkach stwierdziliśmy limfocytozę od 28% do 57%. Na limfocytozę w piśmiennictwie mało zwrócono uwagi. Schwartz i Towler (29) na 12 przypadków pęcherzycy, stwierdzili zaledwie w 3 przypadkach 39, 43 i 81%. Limfocytozę stwierdziliśmy stale tak u chorych z wykwitami, jakoteż i bez wykwitów. Najmniejszą limfocytozę wykazywały przypadki lżejsze o nielicznych objawach i dobrem samopoczuciu. Jakkolwiek materjał ten jest jeszcze za szczupły, by pozwolił nam na wysnuwanie pewnych wniosków, to jednak ta stała limfocytoza, występująca w naszych przypadkach, jako stały objaw pęcherzycy, zachęcić winna do dalszych kontrolnych badań. Dalsze badania w tym kierunku może i wyświetlą etjologję tego schorzenia, jeśli oczywiście potwierdzą się zapatrywania Bergela na istotę limfocytozy.

Przypadek grzybicy guzowatej *(mycosis fungoides)* wykazał aneozynofilję i alimfocytozę. Łuszczycy towarzyszy często eozynofilja. Canon (30) stwierdza ją tylko w przebiegu ciężkiej uniwersalnej, brak zaś w przebiegu łuszczycy miejscowej. Wolff, Rille, Daco, Carle i Montagards spostrzeżeń Canona nie potwierdzają. Eozynofilja dochodz niekiedy do 30% i niezależna jest od rozległości sprawy cho

robowej. Badania nasze wykazują eozynofilję dochodzącą do 6,5% w 6 przypadkach zupełnie niezależnie od rozległości sprawy chorobowej przy stałej limfocytozie dochodzącej przy rozległej łuszczycy tułowia i kończyn do 45%. Badania te potwierdzają do pewnego stopnia wyniki T o w l e r a i S c h w a r t z a, który na 23 przypadków łuszczycy stwierdził limfocytozę w 17 przypadkach, dochodzącą w jednym przypadku do 68%.

Na eozynofilję wyprysku zwrócił uwagę N e i s s e r. Badania te przez różnych badaczy zostały naogół potwierdzone. Podobnie jak przy łuszczycy, podobnie i tutaj trwał spór o zależność eozynofilji od rozmiaru sprawy chorobowej. Badania jednak Z a p p e r t a, D a c a, F r e n c h a wykazały bezpodstawność tego twierdzenia. Zgodnie z wspomnianemi badaniami i nasze badania 14 przypadków wyprysku ostrego w najrozmaitszych postaciach wykazują eozynofilję w 6 przypadkach dochodzącą w 1 przypadku *Eczema vesicolosum* do 12%, zależności jednak od rozległości i trwania sprawy wykazać nie można. Podobnie jednak jak i w łuszczycy można i w przebiegu wyprysku wykazać bardzo często limfocytozę bo w 12 przypadkach, dochodzącą w jednym przypadku *eczema vesiculosum acutum* do 56%.

Z pozostałych badanych schorzeń wspomnieć należy o wysokiej eozynofilji półpaśćа dochodzącej do 26% eozynochłonnych przy nieznacznej limfocytozie (27%).

III.

W badaniach nad krwią w przebiegu rzeżączki zwrócił jeden z nas (31) uwagę na częstą równobieżność odczynu B, eozynofilji a limfocytozy — opierając się zaś na analogicznych teorjach (anafilaksja, produkty rozkładu białka i t. d.) wyjaśniających istotę obu tych zjawisk, wyraził przypuszczenie, że w niektórych zmianach chorobowych odczyn B, eozynofilji i limfocytoza mogą być oparte na wspólnem biologicznem podłożu. Przypuszczenie i spostrzeżenie to wymagało pewnej rozbudowy i kontroli — a do celu tego nadawały się zdaniem naszem w pierwszym rzędzie schorzenia skóry a mianowicie toczeń i pęcherzyca. Toczeń, gruźlica skóry o prawdopodobnym dodatnim odczynie B. byłyby kontrolą dla eozynofilji i limfocytozy. Stała zaś eozynofilja pęcherzycy byłaby kontrolą dla odczynu Biernackiego.

Badania nad pęcherzycą potwierdziły w zupełności przypuszczenie M i e r z e c k i e g o poczynione nad rzeżączką. Dodatni odczyn B. towarzyszył eozynofilji i limfocytozie we wszystkich badanych przypadkach pęcherzycy. Stopień eozynofilji i limfocytozy nie był naogół zależny od stopnia odczynu B. — jakkolwiek w jedym przypadku u kobiety 50-letniej z rozpoznaniem *pemphigus exfoliativus,* u której SO. wynosiła zaledwie 10 minut, doszła tak eozynofilja, jak i limfocytoza do największego nasilenia (Eoz. 24%, Limf. 57%). Badania nasze stwierdzają stały odczyn B., limfocytozę i eozynofilję w przebiegu pęcherzycy niezależnie od wykwitów chorobowych. Jest to zatem dalsza rozbudowa spostrzeżeń B e t t m a n n a i Ł u k a s i e w i c z a stwierdzających stałą eozynofilję w przebiegu tego schorzenia.

Wyniki uzyskane przy badaniu odczynu B. i systemu leukocytarnego w przebiegu tocznia odbiegają do pewnego stopnia od spostrzeżeń poczynionych przez nas nad pęcherzycą. Na 63 przypadków tocznia stwierdziliśmy dodatni odczyn B. w 51 przypadkach, limfocytozę w 50, a eozynofilję w 32 przypadkach. Dodatni odczyn B. był zgodny z limfocytozą w 44 a z eozynofilją w 25 przypadkach. Obecna limfocytoza przy ujemnym odczynie B. była w 6-ciu przypadkach, obecna zaś eozynofilja przy ujemnym B. w 7 miu przypadkach. Wyraźną eozynopenję przy dodatnim odczynie B. stwierdziliśmy w 6 przypadkach, w 5-ciu z nich jednak była stała limfocytoza, dochodząca w jednym przypadku nawet do 61%. W bardzo tedy znacznym odsetku przypadków tocznia występuje rozbieżność odczynu B., a limfocytozy, równobieżność zaś odczynu B. a eozynofilji jest bardzo częsta. Tak wszystkie zjawiska razem, jakoteż odosobnione nie stoją jednak zupełnie w stałym związku ani z trwaniem, ani z rozległością sprawy chorobowej. I tak np. rozległy toczeń wrzodziejący nosa, wargi górnej i twarzy, trwający od 5-iu lat mimo wyraźnej eozynofilji od 12—17% wykazywał prawidłowy odsetek limfocytów i ujemny odczyn B., lub też przerostowy i wrzodziejący toczeń policzka mimo eozynofilji i limfocytozy (Eoz. 5%, a limf. 61% wykazywał ujemny odczyn B./SO. 236 minut), naodwrót zaś suchy nieznaczny toczeń policzka wykazywał u 13 letniego chłopca Eoz. 2%, limf. 24%, przy wybitnym B. SO. 68 minut.

Znaczną równobieżność odczynu B. i limfocytozy przy częstej eozynofilji stwierdziliśmy także w przebiegu wyprysku, łuszczycy, a także w przypadku półpaśćca, gdzie Eoz. 23%, a limf. 27% towarzyszyła wybitnemu odczynowi B. SO. 68.

By jednak doświadczalnie przekonać się o równobieżności odczynu B., limfocytozy i eozynofilji badaliśmy zachowanie się krwi w przebiegu tocznia pod wpływem środków drażniących, mianowicie pod wpływem działania pasty o składzie: *Stibii chlorati, acid. salicyl., Kreosoti aa 20,0, Anaesthesini 10,0 Extr. Cannabis ind. 7,0 Talci veneti 12,0.* I tak u chorego z rozpoznaniem *Lupus vulgaris exulcerans ac mutilans nasi, labii super et malae utriusque* przed zadziałaniem pasty żrącej:

	B. ujemny	Eos 17 %	Limfoc. 17,5%
w 24 godz. po zadział.	B. »	» 3,5 »	» 21,5 »
w 48 » » »	B.+SO. 126	» 2 »	» 15 »
w 72 » » »	B.+SO. 95	» 8 »	» 26 »
w 120 » » »	B.+SO. 146	» 13,5 »	» 26,5 »
w 8 dni » »	B. ujemny	» 12 »	» 19 »

U chorego z *lupus vulgaris tumidus faciei* przed zadziałaniem pasty żrącej:

	B. dodatni SO. 38	Eos. 9 %	Limf. 31,5%
w 24 g. po zadz.	B. » » 41	» 8,5 »	» 29 »
w 48 » » »	B. » » 26	» 6,5 »	» 23,5 »
w 72 » » »	B. » » 19	» 9,5 »	» 25 »
w 120 » » »	B. » » 33	» 13 »	» 37,5 »
w 8 dni » »	B. » » 43	» 6 »	» 40 »

Badania nad zachowaniem się odczynu pod wpływem drażnienia, przeprowadził K e r s t i n g. W tym celu naświetlał skórę zdrową lampą kwarcową uzyskując zaczerwienienie i obrzęk. Już w 4 godziny po naświetlaniu nastąpiło przyśpieszone opadanie krwinek, które wzrastało w miarę rozszerzenia się, zaczerwienienia i obrzęku. Odczyn B. doszedł do największego nasilenia w dniu 3-cim, a utrzymał się jeszcze w dniu 10-ym, jakkolwiek zaczerwienienie i obrzęk ustąpił. Badania K e r s t i n g a o tyle zgadzają się z naszemi, że wpływ drażnienia na odczyn B. jest wybitny, a nasilenie jego występuje w dniu 3 im, odbiega zaś od badań K e r s t i n g a, przyśpieszenie bowiem występuje nie w trzy godziny, ale dopiero w 48 godzin, a po 24 godzinach opadanie było nawet opóźnione, wraca zaś do normy po 8 iu dniach, mimo utrzymującego się jeszcze w tym czasie odczynu skórnego. Równobieżności jednak zachowania się odczynu B. a limfocytozy i eozynofilji doświadczalnie stwierdzić nie można było. Doświadczenia dowiodły nam, że przypuszczenia naszego o częstej współbieżności eozynofilji, limfocytozy, a odczynu B. uogólnić nie można. Wszak wiemy, że tak odczyn B., jakoteż i eozynofilja i limfocytoza nie są zjawiskami swoistemi i towarzyszą licznym etjologicznie zupełnie różnym schorzeniom. Gdzie tkwi ten czynnik, wywołujący te trzy objawy we krwi schorzałego organizmu, czy jeden to jest czynnik, czy też tych czynników więcej, oto zagadka, która wymaga jeszcze wyświetlenia.

Badania nad odczynem B i e r n a c k i e g o potwierdzają badania dawniejsze w kierunku braku jego swoistości i małej jego wartości klinicznej w rozpoznawaniu i rokowaniu schorzeń skórnych. Odczyn B. występuje stale w przebiegu pęcherzycy także i po wyleczeniu tudzież ustąpieniu wykwitu; występuje w bardzo znacznym odsetku przypadków tocznia, wyprysku i łuszczycy, zależności jednak od czasu trwania i rozmiarów schorzenia stwierdzić nie można. Zachowanie się odczynu B. w przebiegu tocznia nie da się ująć w stałe prawidła i pod tym względem odbiega od obrazów, stwierdzonych w przebiegu gruźlicy innych narządów.

Eozynofilja towarzysząca stale pęcherzycy występuje często w toczniu i innych schorzeniach skórnych.

Częściej aniżeli eozynofilja towarzyszy schorzeniom skórnym limfocytoza, a odnosi się to głównie do pęcherzycy

i tocznia. Limfocytoza przy eozynopenji towarzyszy toczniowi wrzodziejącemu i zniekształcającemu, obejmującemu znaczne partje skórne. Zgodnie jednak z dobrotliwym charakterem gruźlicy w przebiegu tocznia skóry stwierdzić można eozynofilję przy limfocytozie lub też limfocytozę przy normalnym obrazie eozynochłonnych.

Stałej równobieżności odczynu B., limfocytozy i eozynofilji ani w przebiegu schorzeń skórnych, aniteż doświadczalnie stwierdzić nie można, częsta jednak równobieżność wspomnianych patologicznych zmian obrazu krwi nasuwa teoretyczne refleksje, zachęcając do dalszych przedewszystkiem zaś teoretycznych w tym kierunku badań i rozważań.

Piśmiennictwo.

1) Hirschfeld. Ref. Pol. Gaz. Lek. 1924 (Dawidowicz). 2) Plaut. Münch. Med. Wochenschr. 1910|10. — 3) Linsenmeyer. Münch. Med. Woch. 1920 44. — 4) Mayr. Arch. f. Derm. 1921 Bd. IV. — 5) Pewny. Derm. Woch. 192:2. — 6) Kersting. Derm. Zeit. 1924—1/2. — 7) Bomse. Derm. Ztschr. 1924|6. 8) Frisch & Starlinger. Med. Kl. 1921/38, 39. — 9) Mierzecki. Pol. Gaz. Lek. 1924/2, 1924/7 i Derm. Wochenschr. 1923/37. — 10) Lahms. Revue de Med. 1907. — 11) Schwarz. Lubarsch-Ostertag 1914. — 12) Bergel. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1914. — 13) Hommy. Virchov Arch. 1922. — 14) Schilling. Leukocyten, Leukocytose u. Infektionskrankh. 1922. — 15) Nägeli. Lehrbuch der Blutkrankheiten. — 16 Nägeli. Detto. 17) Hirschfeld Monatshefte f. Kinderheilkunde 1911/38. — 18) Hallopeau za Lewandowsky. Die Tuberkulose der Haut. — 19) Darier za Lewandowsky. Die Tuberkulose der Haut. — 20) Jadassohn, Arch. f. Derm. Ergänzungsheft 1892. — 21) Rille. Wiener Kl. Woch. 1893. — 22) Zappert. Ztsch. f. Kl. Med. 1893. — 23) Pageot ref. Schwarz. — 24) Hanck. Arch. f. Derm. u Syph., 1906, LXXVIII. 25) Hecht. Arch. f. Derm. u. Syph. 1919. — 26) Neiser, ref. Schwarz. — 27) Bettmann, ref. Schwarz. — 28) Łukasiewicz, ref. Schwarz. — 29) Schwarz i Towler. Archives of Derm. and Syph. Vol 9 554. — 30) Canon, ref. Schwarz. — 31) Mierzecki. Polska Gaz. Lek. 1924/5.

Jakób WĘGIERKO, st. asyst. kliniki. Warszawa.

Kilka spostrzeżeń dotyczących działania samej insuliny oraz w połączeniu z doustnie podanym dwufosforanem sodu*).

Z II-ej Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. dr. Antoni Gluziński.

Upłynęły zaledwie trzy lata od czasu, kiedy Bantingowi i Bestowi przy współudziale Collipa, Campbella, Fletchera i innych udało się otrzymać wyciąg czynny z wysepek Langerhansa, nazwany insuliną.

Przez ten niewielki stosunkowo okres czasu zebrało się już ogromne piśmiennictwo, dotyczące nietylko insuliny — jako środka leczniczego, ale także insuliny — jako niezmiernie ciekawego, nowego hormonu z punktu widzenia fizjologji normalnej i patologicznej. Zjawił się szereg prac, w których starano się wyjaśnić mechanizm działania insuliny, aby tem samem rzucić nowe światło na mechanizm przemiany węglowodanowej wogóle.

Nie będę tu wymieniał teoryj, które pragną nam wyjaśnić mechanizm działania insuliny, gdyż nie wchodzi to w zakres niniejszego tematu. Wspomnę tylko, że do chwili obecnej sprawa ta nie jest całkowicie wyświetlona i nie możemy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy insulina wzmaga spalanie, czy zmniejsza wytwarzanie cukru w ustroju.

Pozostawiając na uboczu rozważania teoretyczne, pragnę zwrócić jedynie uwagę na insulinę — jako na środek leczniczy. Na wstępie zaznaczę, że w piśmiennictwie angielskiem, francuskiem i niemieckiem nagromadziła się już ogromna liczba opisanych przypadków cukrzycy, leczonych insuliną. Dość przytoczyć, że Allen i Sherill opisali 102 przypadki, Wilder Boothby, Barberka, Kitchen i Adams 200 przypaków, Blum i Schwab 50 przypadków, Joslin, Gray, Root 83 przypadki, Woodyatt 150 przypadków, Noorden i Issak 50 przypadków, Umber i Rosenberg 100 przypadków i t. d. Spostrzeżeń tych jest dziś legjon, a chociaż tak duży nagromadzono materjał kliniczny, nie ustalono dotąd, czy insulinę należy stosować tylko w przypadkach ciężkich, czy także i w lekkich.

Wprawdzie większość autorów jest zdania, że tylko ciężkie przypadki cukrzycy, powikłane ketonurją należy leczyć insuliną, jednak odzywają się również głosy, że i lekkie przypadki nadają się do tego rodzaju leczenia (Staub i inni).

Autorzy ci wychodzą z założenia, że skoro braknie hormonu trzustkowego w ustroju, to należy go dostarczyć. Różnią się również zdania klinicystów, co do tego, czy leczenie insuliną jest leczeniem przyczynowem, czy też objawowem. Podczas, gdy jedni uważają, że pod wpływem insuliny chora i niewydolna trzustka wypoczywa i tem samem tolerancja względem węglowodanów wzrasta (Staub, Groedel i Hubert, Redisch i inni) sądzą, że insulina posiada jedynie właściwości łagodzenia ciężkich objawów i jest w stanie uchronić chorego od grożącej mu śpiączki. Williams, Woodyatt, Allen i Sherill są naprzykład zdania, że pod wpływem insuliny tolerancja nie wzrasta, a nawet niekiedy pogarsza się znacznie (Allen i Sherill). G. Marafjon opisuje przypadek dotyczący 25-letniego mężczyzny, cierpiącego na ciężką cukrzycę, który jednak przez zastosowanie diety głodowej został zupełnie odcukrzony i przestał wydzielać ciała ketonowe, a nawet lepiej znosił węglowodany, zaś po rozpoczęciu leczenia insuliną (20 jednostek dziennie), stan jego o tyle się pogorszył, że nawet zabiegi dietetyczne pozostawały bez skutku.

W piśmiennictwie polskiem niejednokrotnie zabierano głos w kwestji insuliny i obok prac referatowych (Cytronberg, Zawistowski, Blasberg, Landsberg) posiadamy także prace kliniczne (Terlecki, Anastazy Landau i Fejgin, Blasberg, Joffe i Lifszyc, Landau, Łopieński i Fejgin, Kapłan i Konopnicki, Mierzecki, Oszacki, Margolis, Szyfman i inni). Jednakże obszerniejszej pracy, któraby obejmowała większą liczbę przypadków, leczonych insuliną w piśmiennictwie naszem nie posiadamy. Chociaż w klinice prof. Gluzińskiego stosowano insulinę przeszło w 20-stu przypadkach cukrzycy, to jednak liczba ta w porównaniu z ogromnym materjałem, zebranym przez autorów cudzoziemskich jest zbyt mała, abyśmy mogli wypowiedzieć się ostatecznie o jej wartości leczniczej. Zdaje się jednak, że wskazania dla leczenia insuliną są ograniczone. Podawaliśmy dotąd insulinę jedynie w ciężkich przypadkach cukrzycy, nie dających się odcukrzyć i odkwasić zapomocą samej tylko diety, a zawodu doznawaliśmy nieraz. Niezaprzeczenie istnieją tacy chorzy, którzy leczeni zarówno rozmaitemi zabiegami dietetycznemi, jak i insuliną, wydzielają nadal cukier i ciała ketonowe. Jeżeli odrzucić przypadki lżejsze, oraz niektóre ciężkie, oddziaływujące na insulinę słabo lub nie oddziaływujące zupełnie — to pozostanie tylko niewielka liczba chorych, którym przez stosowanie insuliny przynosimy ulgę. Być może, że insulina okaże się doskonałym środkiem, dzięki któremu będzie można ustrzec wielu chorych od grożącej im śpiączki.

Niejednokrotnie podobne przypadki opisywano. Zdarzało się nawet, że wielu chorym, będącym w stanie zupełnie rozwiniętej śpiączki, udało się przez zastosowanie insuliny uratować życie. Campbellowi oraz Umberowi i Rosenbergowi na 14 spostrzeganych przez nich przypadków śpiączki, zmarło zaledwie dwóch chorych. Nie brak jednak spostrzeżeń, w których osiągnięto wyniki gorsze, tak n. p. Allenowi i Sherillowi z 9-ciu przypadków udało się zaledwie w 4-ch uratować życie chorych. Przeważająca liczba autorów jest zdania, że insulina zastosowana tylko w początkowym okresie śpiączki, może dać wynik pożądany. Zdarzało się także, że po podaniu kilkuset jednostek insuliny chorzy odzyskiwali przytomność, nie wydzielali więcej cukru ani ciał ketonowych, a jednak umierali wśród objawów niedomogi krążenia.

Widzimy więc, że wyniki osiągnięte przez podawanie insuliny w czasie śpiączki nie są jednolite.

Własnych w tym kierunku spostrzeżeń posiadamy niewiele, gdyż zaledwie 4 przypadki. Byli to chorzy, którym zaczęto stosować insulinę w 12—15 godzin po wystąpieniu objawów (oddech Kussmaula, przyśpieszone, słabo napięte tętno, zupełna utrata przytomności). Nie bacząc na stosowa-

*) Wygłoszone na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Lek. w dniu 17. lutego 1925 roku.

nie dużych dawek insuliny, sięgających 100—200 i więcej jednostek dziennie (podskórnie i dożylnie), podawanych wraz z cukrem gronowym (dożylnie), oraz stosowaniem wszystkich innych przynależnych tu zabiegów, chorzy zmarli. Wprawdzie po 5—6 godzinach stan ich znacznie się poprawiał; oddech Kussmaula prawie znikał, tętno zwalniało i zdawało się, że jest lepiej napięte, nawet niektórzy chorzy odzyskiwali chwilami przytomność, a jednak stan tych chorych, pomimo dalszego stosowania insuliny, pogarszał się na nowo i wreszcie chorzy ginęli wśród objawów niedomogi krążenia. Jednego chorego udało się utrzymać przy życiu 4 dni i pomimo to, że przez ten czas otrzymał około 800 jednostek insuliny, wydzielał ciągle z moczem cukier i ciała ketonowe.

Pozwolę sobie przytoczyć przypadek, w którym stosuję insulinę od 2 lat, a chora ta zawsze jeszcze wydziela z moczem cukier i aceton i wykazuje stałe hiperglikemję. Chora ta jednak czuje się nieźle, na wadze nie traci, pracy biurowej nie przerywa, a otrzymuje dziennie przeszło 2000 ciepłostek (50 gr białka, 80—100 gr węglowodanów, 150—200 tłuszczu). Insulinę znosi ona doskonale i nigdy nie wykazywała najmniejszych objawów hipoglikemicznych. Aby więc chorą odcukrzyć i odkwasić podawałem jej coraz większe dawki insuliny. Dochodziło do tego, że otrzymywała 3 razy dziennie po 60 jednostek — czyli 180 jednostek dziennie, a wydzielała przytem ciągle 20—30 gr cukru i 0,3—0,5 gr acetonu.

Ciekawy jest fakt, że nie widziałem żadnej różnicy, ani co do samopoczucia chorej, a także zawartości cukru we krwi lub cukru i acetonu w moczu wówczas, kiedy podawałem zamiast 180 jednostek — tylko 45 jednostek insuliny dziennie [1]).

Kiedy zaś przy zachowaniu tej samej diety, nie podawałem jej zupełnie insuliny zaczęła wydzielać więcej nieco cukru i acetonu.

Zwrócę obecnie uwagę na niektóre, nieomawiane jeszcze szerzej właściwości insuliny. Jedna z takich właściwości, to odmienne działanie insuliny nietylko wówczas, kiedy stosuje się te same dawki rozmaitym chorym, lecz nawet kiedy jednakowe dawki podaje się temu samemu choremu. Zdarza się n. p., że insulina jednej i tej samej marki, a nawet jednej i tej samej ampułki, zastrzyknięta temu samemu choremu, raz zmniejsza zawartość cukru we krwi znacznie, innym znów razem prawie żadnego nie wywiera wpływu. Aby się o tem przekonać, zastrzykiwałem choremu, naczczo pewną ilość insuliny (n. p. 10 jednostek) i badałem zawartość cukru we krwi po 3-ch i 9-ciu godzinach.

Badania takie przeprowadzałem w rozmaitych odstępach czasu co 4, 6 dni, a chorzy przez cały ten czas byli żywieni jednakowo.

TABLICA I.

Chory Wacław K. lat 27. Ciężka cukrzyca *).

Godz.	ilość cukru we krwi			
		po 4 dniach	po 6 dniach	
9	0,256%	0,246%	0,228%	przed zastrzyknięciem insuliny
12	0,196	0,121	0,226	3 godzin po zastrzyknięciu 10 jednostek insuliny
6	0,201	0,132	0,231	do godz. 12-tej chory był naczczo

*) Z powodu tego, że wyniki nie różnią się prawie zupełnie, podaję wyniki otrzymane w jednym tylko przypadku.

[1]) Porównaj tablicę III.

Jak wynika z powyższej tablicy, u chorego W. K. zupełnie jednakowa dawka insuliny, raz obniżyła zawartość cukru we krwi wyraźnie, raz wybitnie, a znowu innym razem nie wywarła żadnego wpływu. Zaznaczam, że doświadczeń takich przerobiłem 15 na 5-ciu chorych, badając ich w rozmaitych odstępach czasu. Jeden tylko z 5-ciu badanych, odpowiadał na zastrzyknięcie jednakowej ilości insuliny, prawie zawsze takiemi samemi spadkami cukru we krwi.

Uważam wobec tego, że różnica w działaniu jednakowych dawek insuliny nie zależy od samej insuliny [2]), lecz od jakiejś nieznanej nam właściwości ustroju. Spostrzeżenie to posiada również pewne znaczenie praktyczne, gdyż przyjmując pod uwagę wyżej powiedziane, nie można się zgodzić z powszechnie przyjętem dotąd twierdzeniem, że cierpiący na ciężką postać cukrzycy, jest w stanie pod wpływem jednej jednostki insuliny zużytkować o 2 - $2^1/_2$ gr więcej cukru a na lekką postać o 5—6 gr więcej, bowiem nieda się nigdy przewidzieć, w jakim stopniu dany chory zadziała na zastrzykniętą mu dawkę insuliny.

Z podobnem twierdzeniem spotykamy się również w pracy J. H. Sherilla, który jest zdania, że nie może być mowy o obliczaniu zużytej ilości węglowodanów na jednostkę insuliny, gdyż nie są to ilości współmierne i wahania występują nietylko w rozmaitych przypadkach, ale nawet w jednym i tym samym przypadku, zależą zaś od rozmaitych, nieznanych dotąd warunków. Jeżeli się bliżej przyjrzeć historjom chorób, spostrzeganych przez nas w klinice przypadków, to zobaczymy, że n. p. chory pozostający na określonej ściśle diecie, zawierającej 40 gr węglowodanów, 60 gr białka, 200 gr tłuszczu, czyli razem 2270 ciepłostek, wydzielił z moczem 30 gr cukru. Po podaniu 15 jednostek insuliny (3 razy dziennie po 5 jednostek) nie powinien był zatem już zupełnie wydzielić cukru, jeżeli przyjąć pod uwagę, że na jednostkę insuliny przypada 2 gr cukru. Rzecz jednakże przedstawia się inaczej.

TABLICA II.

Dzień	ilość węglowod.	ilość tłuszczu	ilość białka	ilość ciepł.	jedn. insul.	ilość cukru w moczu w gr
1	40	200	60	2270	—	30,4
2	»	»	»	»	15	20,3
3	»	»	»	»	15	15,1
4	»	»	»	»	20	10,2
5	»	»	»	»	20	15,6
6	»	»	»	»	30	10,1

Z tablicy tej wynika, że niezależnie od ilości podanej insuliny chory wydzielał raz mniej, raz więcej cukru. Spostrzeżenie to nie należy do wyjątków, lecz spotyka się bardzo często, a występuje nieraz tak wyraźnie, iż samo wprost rzuca się w oczy.

Nie bacząc na to, że siła działania insuliny często nie zależy od dawkowania, to jednak w przeważającej liczbie przypadków działanie jej jest o wiele słabsze w przypadkach ciężkich. Nawet wówczas, kiedy przyjmując pod uwagę ciężki przebieg cukrzycy, stosujemy dawki duże, osiągamy wynik słaby, lub nie osiągamy żadnego.

[2]) W doświadczeniach tych stosowałem insulinę P. Z. H. Lilly i A. B. Brand i nie zauważyłem aby podnoszona przezemnie właściwość była zależna od rodzaju insuliny.

Przytoczę przypadek:

TABLICA III.

Adela K. lat 27. Ciężka postać cukrzycy.

Dzień	ilość węglow.	ilość tłuszczu	ilość białka	ilość ciepłost.	ilość jedn. insul. *)	cukier w moczu w gr.	cukier we krwi **)	aceton w moczu w gr.
1	30	200	70.	2147	30	25,4	0,328%	0,51
2	»	»	»	»	45	20,2	0,395	0,31
3	»	»	»	»	60	18,5	0,286	0,32
4	»	»	»	»	75	18,3	0,272	0,42
5.	»	»	»	»	120	16,2	0,284	0,38
6	»	»	»	»	120	6,1	0,271	0,51
7	»	»	»	»	120	18,6	0,280	0,46
8	»	»	»	»	120	20,1	0,265	0,36

*) Wymienione dawki insuliny podawano w przeciągu dnia w trzech porcjach.

**) Cukier we krwi badany w trzy godziny po podaniu insuliny.

W pół godziny po zastrzyknięciu insuliny chora otrzymywała obiad.

Widzimy więc, że nie bacząc na duże dawki insuliny, przy stosowaniu diety ubogiej w węglowodany i białko, nie byliśmy w stanie odcukrzyć chorej.

Zupełnie podobne działanie wywarła insulina w danym przypadku na ilość wydzielanego z moczem acetonu.

Na załączonej wyżej tablicy uwydatnione jest również to, że hiperglikemja u tej chorej nie ustępowała. Jaksch, a także Falta spostrzegali podobne przypadki i wypowiadają zdanie, że w ciężkich przypadkach cukrzycy działanie insuliny jest słabe, a nawet niekiedy zawodzi zupełnie. Autorzy ci sądzą, że tego rodzaju cukrzyce wywołane są prawdopodobnie przez niedomogę nietylko trzustki, ale także innych gruczołów dokrewnych.

Wymieniając ujemne cechy działania insuliny muszę wspomnieć jeszcze o jednej, która bezwzględnie w dużym stopniu wikła leczenie. Faktem jest, że w trakcie działania insuliny po okresie hipoglikemicznym, występuje stale, mniej lub więcej wyraźnie zaznaczony okres hiperglikemiczny. Na tę okoliczność zwrócili uwagę już przedtem, niezależnie odemnie Collazo i Haendel w doświadczeniach swoich na psach. Okres hiperglikemiczny u ludzi uchwycić jest dość trudno, gdyż zwierciadło cukru we krwi, jak wiadomo, nie zależy tylko od podanej insuliny, ale także od przyjmowanych pokarmów. Aby dokładnie zbadać okres następowego podnoszenia się cukru we krwi, należałoby conajmniej w przeciągu 10—12 godzin nie podawać badanym żadnego pożywienia, co jest rzeczą wprost niewykonalną. Istnienie okresu hiperglikemicznego dojrzeć jednak można przy częstem badaniu cukru we krwi. Zwróciłem uwagę na fakt, że dnia następnego po podaniu insuliny, chorzy wykazywali na czczo zawartość cukru we krwi zawsze prawie większą, niż dnia poprzedniego przed podaniem insuliny.

Widzimy więc, że zawartość cukru we krwi dnia następnego po zastrzyknięciu insuliny na czczo, jest zawsze większa niż przed zastrzyknięciem, kiedy chorzy byli już po śniadaniu. Fakt ten, zdaje mi się, wyraźnie świadczy o istnieniu po insulinie okresu hiperglikemicznego.

TABLICA IV.

Przypadek	I	II	III	IV	V
cukier we krwi przed podaniem insuliny	0,101%	0,224%	0,310%	0,186%	0,212%
cukier we krwi w 3 godz. po podaniu insuliny	0,061%	0,153%	0,124%	0,142%	0,112%
cukier we krwi nazajutrz rano	0,125%	0,245%	0,421%	0,198%	0,268%

Jeden przypadek-chory z prawidłową przemianą materji, cztery pozostałe przypadki-chorzy na cukrzycę. — W 3 godziny po zastrzyknięciu insuliny badani otrzymywali obiad. — Określenie cukru we krwi wykonano przed obiadem.

Bardzo często po nagłem przerwaniu leczenia insuliną spostrzegamy zwiększanie się cukru we krwi i w moczu, nasilenie ketonurji, a także pewien spadek tolerancji względem węglowodanów. Ostatnio widziałem przypadek śpiączki, która wystąpiła w 2 tygodnie po przerwaniu leczenia insuliną. Przemawia to za tem, że następowa hiperglikemja wywiera niekorzystny wpływ na chorych.

W piśmiennictwie cudzoziemskiem (Blum i Schwab, Umber, Elzas, Gorter, Hijmans v. d. Bergh, Laqueur i inni) spotykamy się ze zdaniem, że przerwanie podawania insuliny musi odbywać się pod kontrolą lekarza, gdyż w większości przypadków grozi chorym zwiększenie się cukru we krwi i nadmierne zakwaszenie ustroju.

Aby uniknąć złych skutków następowej hiperglikemji i hiperacidozy należałoby chorych stale utrzymywać pod wpływem działania insuliny. Cel ten dałoby się osiągnąć przez stosowanie wcierań insuliny w skórę w postaci maści, jak to radzą niektórzy autorowie (Jaksch, Wallgren i inni [3]). Sposób ten nie może być jednak narazie zastosowany ze względu na to, że nie można przy tem dokładnie dawkować insuliny, a nadto wymaga ogromnych jej ilości.

Wspomnę jeszcze o spostrzeganym przezemnie przypadku cukrzycy, powikłanej ciążą, w którym zastosowana była insulina.

Chora Helena K. lat 32, cierpi od 5-ciu lat na lekką cukrzycę. Pomimo swego cierpienia dwa razy zachodziła w ciążę i wówczas stan jej pogarszał się znacznie: tolerancja względem węglowodanów słabła, w moczu pojawiał się aceton i kwas acetooctowy. Obie ciąże zakończyły się poronieniem, pierwsza w 6-tym, druga w 7-mym miesiącu. Gdy ciąże mijały chora poprawiała się na nowo t. j. cukrzyca przyjmowała postać łagodną.

Obecnie chora jest w 5-tym miesiącu ciąży. Przy stosowaniu diety bezwęglowodanowej z ograniczeniem białka, a także po dniach jarzynowych, chora wydziela stale cukier i aceton.

Wobec tego przystąpiono do leczenia insuliną, stosując 2 razy dziennie po 15 jednostek. Ponieważ leczenie to nie wpłynęło na poprawę stanu chorej i wydzielała ona nadal cukier i aceton w tej samej ilości, jak przed stosowaniem insuliny po czterech dniach zwiększono dawkę do 40-stu jednostek (2 razy dziennie po 20 jednostek). Jednakże i tym razem nie udało się stwierdzić najmniejszej poprawy. Po dziesięciu dniach chora zniechęcona tego rodzaju leczeniem, nadto wrażliwa na zastrzykiwania, prosiła mnie o przerwanie podawania insuliny.

W danym więc przypadku przy powyższem dawkowaniu insulina zawiodła. Trudno naturalnie sądzić z jednego tylko przypadku o działaniu insuliny na cukrzycę powikłaną ciążą, jednakże fakt ten świadczyłby, że w podobnych przypadkach nietylko trzustka odgrywa rolę dominującą. Prawdopodobnie w danym razie wiele zależy także od czynności jajników, przysadki mózgowej, tarczycy i t. d.

[3]) Niektórzy autorzy radzą podawać insulinę w postaci pigułek »podjęzykowo«, lub też radzą wdychiwać rozpyloną insulinę.

Przyczyna pogarszania się cukrzycy podczas ciąży nie jest jeszcze wyjaśniona i co do tego istnieje cały szereg przypuszczeń. Podczas, gdy jedni (Allen) sądzą, że nieudolna trzustka ciężarnej chorej na cukrzycę, nie jest w stanie dostarczyć dostatecznej ilości insuliny dla matki i płodu, inni zadają sobie pytanie, dlaczego właściwie trzustka płodu, która już w szóstym tygodniu istnieje, nie przyjmuje na siebie zadania wydzielania insuliny. Znane są wszak badania Carlsona, Drennana i Glinsburga a także Pitimady, którzy przez wycięcie trzustki u ciężarnej suki, nie zdołali wywołać cukrzycy przed tem, nim nie usunęli z niej płodu. Również Noorden spostrzegał, że u kobiet w drugiej połowie ciąży cukrzyca słabła. Inni znowu twierdzą (Rosenberg), że ciąża może mieć dodatni, albo też ujemny wpływ na przebieg cukrzycy. Wobec tylu możliwości, wobec zupełnie niejasnego jeszcze dla nas mechanizmu przemiany węglowodanowej w ciąży, nic dziwnego, że nie możemy sobie objaśnić nieskuteczności w danym przypadku insuliny. Możliwe, że nie chodzi tu jedynie, jak już wspominałem, o hormon trzustkowy, lecz o cały szereg innych hormonów. Najprawdopodobniej ciąża pociąga za sobą tak poważne zmiany we wszystkich gruczołach dokrewnych, że podanie jednego tylko hormonu trzustkowego nie może prowadzić do celu.

* * *

Obecnie przechodzę do omawiania roli fosforanu w działaniu insuliny. Istnieje przypuszczenie (Macleod), że zmniejszanie się cukru we krwi pod wpływem insuliny nie odbywa się ani z powodu polimeryzacji, ani glikolizy, lecz jedynie dlatego, że insulina wytwarza w tkankach pewnego rodzaju próżnię (*vacuum*), dokąd odpływa cukier. Dalsze jego losy są prawdopodobnie takie, że odkłada się w mięśniach, jako ciało, które jest połączeniem cukru z kwasem fosforowym, czyli heksozofosforanem.

Wiadomo także, że równocześnie ze zmniejszaniem się cukru we krwi pod wpływem insuliny, stwierdzono wyraźne zmniejszanie się nieorganicznego fosforu w surowicy i w moczu (Harrop i Benedikt).

Badania szczegółowe, dotyczące roli nieorganicznego fosforu w mechanizmie przemiany węglowodanowej wogóle podejmowane były licznie, szczególnie przez autorów szkoły Embdena. Jednakże niewiele spotykamy w piśmiennictwie prac, prowadzonych w szerszym zakresie, a mających na celu wyświetlenie roli nieorganicznego fosforu w mechanizmie działania insuliny.

W Comptes Rendus des Sèances de la Biologie z lutego 1924 roku znajdujemy pracę autorów argentyńskich Magenta i Biassotti, którzy badali działanie insuliny podanej z solami wapniowemi, potasowemi, ergotyną, acetylcholiną a także dwufosforanem sodu. Autorzy ci doszli do wniosku, że dwufosforan sodowy wybitnie wzmaga i przedłuża działanie insuliny.

Na jednem z ostatnich posiedzeń Tow. Biologicznego w Warszawie dr. K. Funk dał sprawozdanie ze szczegółowych swych badań nad rolą fosforanu w przebiegu działania insuliny. Z badań tych przeprowadzonych na królikach, wynika, że insulina tem znaczniej obniża zawartość cukru we krwi im więcej stwierdza się nieorganicznego fosforu w surowicy, że przy dłuższem podawaniu insuliny działanie jej słabnie w zależności od zmniejszania się fosforanu we krwi.

Badania nad wpływem dwufosforanu sodowego na zawartość cukru we krwi ludzi zdrowych i chorych na cukrzycę rozpocząłem przed trzema laty, a więc w czasie, kiedy wieść o insulinie nie doszła jeszcze do nas. Za bodziec do tego rodzaju badań posłużyły mi spostrzeżenia szkoły Embdena wykazujące, że kwas fosforowy odgrywa dużą rolę w spalaniu węglowodanów zawartych w mięśniach, a także prace Underhilla i Eljasa i Weissa. Z chwilą wprowadzenia do lecznictwa insuliny, zacząłem podawać ją zdrowym i chorym na cukrzycę wraz z dwufosforanem sodu stosowanym dożylnie, aby się przekonać, jaki wpływ wywrze dwufosforan na hiperglikemję poinsulinową. Kiedy rozpoczynałem te doświadczenia nie znalazłem jeszcze wzmianki w piśmiennictwie o badaniach tego rodzaju.

Wykazałem wówczas, że dwufosforan sodowy wyraźnie wzmaga hipoglikemiczne działanie insuliny, szczególnie u chorych na cukrzycę i to tem znaczniej, im z cięższą postacią cukrzycy mamy do czynienia. Z badań tych można było również wnioskować, że w miarę działania insuliny wzrasta w ustroju zapotrzebowanie nieorganicznego fosforu.

Na zasadzie wyżej powiedzianego należałoby sądzić, że w każdym przypadku cukrzycy, leczonej insuliną, stosowanie fosforu przyniosłoby korzyść. Licząc się jednak z faktem, że częste wstrzykiwania dożylne byłyby zbyt uciążliwe dla chorych, a także i z tem, że działanie w ten sposób podanego fosforanu trwa zaledwie 1—2 godzin, chciałem przekonać się jaki będzie miał wpływ na zawartość cukru we krwi dwufosforan sodowy podany doustnie.

Ponieważ wiadomo, że roztwór hipertoniczny dwufosforanu sodowego wywołuje często podrażnienie przewodu pokarmowego (wymioty, rozwolnienie), podawałem go zatem w roztworze białka jaja kurzego.

Natrii biphosphorici 10,0
Album. ex ovis siccati 5,0
Aq. destil. Ad. 200,0

Mieszanina ta o smaku obojętnym, nie wywoływała nigdy podrażnienia przewodu pokarmowego. Zwykle podawałem ją chorym na czczo, a cukier we krwi badałem w odstępach godzinnych w przeciągu 4-ch godzin. Przez ten czas chorzy nie jedli i nie pili. Zbadałem w ten sposób 6 osób (2 przypadki z prawidłową przemianą węglowodanową i 4-ch chorych na cukrzycę):

TABLICA V.

Czas	przypadek I zdrowy	przypadek II cukrzyca	przypadek III cukrzyca	przypadek IV cukrzyca	przypadek V cukrzyca
	cukier we krwi				
9	0,091%	0,322%	0,210%	0,311%	0,242%
10	0,196	0,313	0,212	0,313	0,240
11	0,093	0,320	0,208	0,308	0,243
12	0,087	0,321	0,211	0,309	0,244
1	0,088	0,319	0,209	0,307	0,246

Z powyższej tablicy wynika, że dwufosforan sodowy podany doustnie nie zmniejszył zawartości cukru we krwi, ani u zdrowych ani u chorych na cukrzycę (różnice w zawartości cukru we krwi uwidocznione na tablicy wahają się w granicach błędu). Zaznaczam, że dawka podana doustnie 2-krotnie przekraczała dawkę podawaną dożylnie (5 gr).

Kiedy stosowałem dwufosforan (10 gr co dwie godziny łyżkę stołową) chorym na cukrzycę w przebiegu leczenia insuliną, nie mogłem również zauważyć wyraźnego wpływu tego środka na ilość wydzielanego z moczem cukru i ciał ketonowych. Niekiedy wprawdzie zmniejszała się dobowa ilość cukru i acetonu w moczu, ale różnice te występowały tak niestale, że nie mógłbym orzec, czy było to skutkiem działania dwufosforanu. Zachodzi więc pytanie, czy podany w ten sposób dwufosforan sodowy przechodzi wogóle do krwi. Na pytanie to możnaby jedynie odpowiedzieć wówczas, gdyby udało się nam określić zawartość fosforanów we krwi po dożylnem i doustnem podaniu dwufosforanu i liczby te porównać. Z powodu braku mikrometody nie jesteśmy w stanie tego uczynić, a kilkakrotne (4—5 razy na dobę) pobieranie krwi z żyły byłoby dla chorego zbyt uciążliwe. Obliczanie zaś fosforanów w moczu i w kale nie prowadzi do celu. Przekonałem się bowiem, że po podaniu 10 gr dwufosforanu bądź dożylnie, bądź doustnie, ilość jego w moczu wzrasta tylko nieznacznie.

1. Przed podaniem Na_2HPO_4 chory jednakowo żywiony wydziela na dobę przeciętnie 2,325 gr fosforanu.

2. Po podaniu 10 gr Na_2HPO_4 doustnie chory wydziela na dobę 3,705 gr fosforanu.

3. Po podaniu 10 gr Na_2HPO_4 dożylnie chory wydziela na dobę 4,012 gr fosforanu.

Widzimy więc, że przyrost fosforanów w moczu wynosi zaledwie 1,687 gr na dobę.

Część zatem fosforanu, wprowadzonego dożylnie, pozostaje w ustroju, część wydziela się z kałem. Prawdopodobnie taki sam los spotyka fosforan wprowadzony doustnie, t. j., nie bacząc na to, że przedostaje się do krwi, zostaje wydzielony przeważnie przez jelita (z kałem). Nie można bowiem wykazać, aby ilość wydzielonych z kałem fosforanów różniła się znacznie wówczas, kiedy podawano go doustnie lub dożylnie.

Przy doustnem stosowaniu nie dochodzi widocznie nigdy do tak znacznego stężenia dwufosforanu sodowego we krwi, jak to ma miejsce przy dożylnem stosowaniu i to jest główną przyczyną, że nie otrzymujemy obniżenia zawartości cukru we krwi.

Aby sprawę tę rozstrzygnąć należałoby przeprowadzić cały szereg doświadczeń na zwierzętach. Dziś jednak powiedzieć można, że doustne podawanie dwufosforanu sodu w przebiegu leczenia insuliną nie może być traktowane na razie jako zabieg leczniczy, gdyż nie przynosi widocznego pożytku.

* * *

Przytoczyłem kilka spostrzeżeń, dotyczących działania insuliny i podkreśliłem niektóre ujemne właściwości popularnego dziś środka. Nie znaczy to jednak aby insulina nie posiadała również własności dodatnich, o których dziś mówi się tak wiele w prasie lekarskiej całego świata.

Zdaje mi się jednak, że w chwili obecnej trudno jest orzec, czy wielkie nadzieje pokładane w odkryciu insuliny sprawdzą się, gdyż posiadanie w ręku środka zmniejszającego na pewien czas cukier we krwi nie rozwiązuje jeszcze bynajmniej sprawy leczenia cukrzycy. Pomijając już tę okoliczność, że w powstawaniu cukrzycy nietylko hormon trzustkowy odgrywa jedyną i dominującą rolę, musimy przyznać, że ani dawkowanie, ani wskazania nie są jeszcze należycie opracowane. Wprowadzanie zaś do ustroju insuliny przez zastrzykiwanie podskórne jest dla chorych ogromnie uciążliwe.

Jednakże z chwilą odkrycia insuliny, stanęliśmy przed szeregiem nowych zagadnień.

Z pojawieniem się nowego ogniwa, jakiem jest insulina w łańcuchu współdziałania gruczołów dokrewnych, wiele teoretycznych rozważań będzie musiało ulec zmianie, a nauka o wydzielaniu wewnętrznem sprawdzeniu. Wskazania zaś do podawania insuliny rozszerzą się znacznie. Już dziś wiemy, że insulina prócz zasadniczej swej własności zmniejszania cukru i acetonu we krwi, posiada jeszcze inne właściwości, jak obniżanie ciśnienia tętniczego krwi, ciepłoty ciała, a także zmniejszanie wydzielniczej czynności śluzówki żołądka, może z czasem uda się wykryć cały szereg nowych jej właściwości.

Widzimy więc, że pomimo ogromnego już dziś piśmiennictwa, kwestja leczenia insuliną znajduje się jednak w okresie początkowym i dopiero zapomocą dokładnych spostrzeżeń klinicznych i żmudnych prac laboratoryjnych odkrycie badaczy kanadyjskich nabierze w przyszłości należytego znaczenia

Z praktyki.

Ppłk. dr. med. Adam MACIĄG, Kraków.
kierownik oddziału.

Przypadek pierwotnego raka płuc.

Z oddziału wewnętrznego wojsk. Szpitala Okręgowego Nr. V. w Krakowie.

Ubiegłej zimy zdarzyła się sposobność spostrzegania rzadkiego w praktyce lekarskiej przypadku pierwotnego raka płuc w ciągu całego jego przebiegu klinicznego.

Przypadek ten dotyczył 34-letniego kapitana piechoty, K. W., żonatego, który przybył na oddział dnia 7. X. 1924 r. z powodu ogólnego osłabienia, pokaszliwania i skąpego krwioplucia z podejrzeniem na rozpoczynającą się gruźlicę płuc.

W treściwych wywiadach podał chory, że w rodzinie nikt nie chorował na gruźlicę, że rodzice, będący w podeszłym wieku, żyją i są krzepcy, że rodzeństwo zdrowe; z chorób przebył reumatyzm w czasie wojny światowej w roku 1917, a w roku 1920 na froncie bolszewickim zapalenie stawów i dur brzuszny, o długotrwałym przebiegu, chorób wenerycznych nie przebywał, zawsze czuł się zdrów.

Stan w dniu przyjęcia (7. X. 1924 roku): mężczyzna średniego wzrostu, szczupłej budowy ciała, o średniem odżywieniu (waga 67½ kg), blady. Nad prawym dolnym płatem płuc z tyłu przytłumienie przykręgowe wielkości dłoni, z osłabieniem drżenia głosowego i szmerów oddechowych, pokrytych skąpemi drobnemi trzeszczeniami; zresztą płuca prawidłowe. Serce niepowiększone, o tonach nieco głuchych, nad tętnicą główną cichy, miękki rozkurczowy szmer. W plwocinie śluzowo-ropnej niema krwi i prątków gruźliczych. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Badanie radjologiczne uniemożliwione z powodu przejściowego zepsucia przyrządu Roentgena. Ze względu na objawy kliniczne oraz towarzyszące im podgorączkowe stany wszczęto obserwację na gruźlicę płuc, wychodzącą z wnęki.

Stan chorego w ciągu miesiąca nie doznał żadnej zmiany: przedmiotowo brak wszelkich dolegliwości, ciepłoty podgorączkowe utrzymywały się, czasem odkrztuszenie rankiem plwociny śluzowo-ropnej z żyłką krwawą. Dostępne badaniu gruczoły chłonne nigdzie niepowiększone. Objawy przysłuchowe i opukowe płuca wykazywały lekkie zwiększenie przytłumienia przykręgowego między 4-tym a 9-tym kręgiem, przy prawidłowych szmerach oddechowych z przodu i w pasze klatki piersiowej.



Zdjęcie roentgenologiczne (wykonane w roentgenologicznej pracowni szpitalnej przez majora-lekarza Dra Osińskiego dnia 12. XI. 1924 roku) wykazało w środku pola płuca prawego duży, okrągły, ostro ku górze i dołowi odgraniczony cień, odpowiadający położeniem przykręgowemu stłumieniu, lecz znacznie większy od niego, jakby złożony z pojedynczych ognisk; dolne części płuca oraz szczyt. jak również płuco lewe powietrzne bez wybitniejszych zmian.

Wynik roentgenologiczny, jakkolwiek ze względu na wieloogniskowość, oraz położenie wnękowe cienia dawał obraz charakterystyczny dla gruźlicy, nasuwał jednak pierwsze podejrzenie na charakter nowotworowy schorzenia.

Badanie moczu nie wykazywało nic nieprawidłowego, badanie zaś krwi obok zmniejszonej ilościowo hemoglobiny i względnego zwiększenia limfocytów oraz jednojądrzastych komórek w preparacie barwionym nie wykazywało większych odchyleń od normy. Odczyn Biernackiego w tym czasie wykonany był słabo dodatni. Plwocina stale bez prątków Kocha.

W dalszym przebiegu klinicznym przy dobrem samopoczuciu chorego, mimo powolnego ubytku wagi ciała, utrzymującej się ciepłocie popołudniowej do 37,5° C, zanotować należy brak wszelkich dolegliwości ze strony płuc w postaci bólów kłujących lub duszności i nieupośledzone łaknienie, z przedmiotowych zaś objawów: powolne powiększanie się przytłumienia przykręgowego w kierunku grzebienia łopatki, dalej ujemny

wynik dwukrotnego nakłucia klatki piersiowej w miejscu przytłumienia, bez uzyskania kropli jakiegokolwiek płynu.

Nakłucie to pozwoliło jednak stwierdzić zwiększony opór. Po nakłuciu wystąpiło kilkudniowe tarcie opłucnowe w linji pachowej, oraz zaostrzenie szmerów oddechowych z przodu klatki w pasze prawej, przy osłabionych nad przytłumieniem. Skrzętne badanie plwociny na obce składuiki morfotyczne pozostawało stale ujemne. Badanie roentgenologiczne (2. I. 1925 r.) wykazywało powiększenie cienia ku górze i dołowi, a boczne zdjęcie wskazywało na zajęcie tylnego śródpiersia, przy pozostawieniu wolnem pola szczytu prawego i dolnej prawej zatoki opłucnowej.

Ze względu na dotychczasowe wyniki obserwacji przechylającej rozpoznanie na stronę złośliwego guza płuca, poddano chorego serji głębokich naświetlań promieniami Roentgena (ogółem 10 naświetlań w czasie od 8. stycznia do 21. stycznia 1925 roku).

Naświetlania spowodowały, oczekiwane zresztą, podwyższenie ciepłoty ponad 38° C, chudnięcie (waga 60 kg) przy bardzo dobrym stanie podmiotowym chorego, następnie wyraźnie zaznaczone na płycie roentgenologicznej wyjaśnienie cienia, pojawienie się w śluzowo-ropnej plwocinie, grudek szklistych krwawo zabarwionych, w których mikroskopowem badaniem udało się kilkakrotnie wykazać niezwykłe pojedyncze wieloboczne komórki, o jednym do dwóch jądrach, a podobne i w kropli krwawej z nakłucia klatki piersiowej.

Badanie z końcem stycznia 1925 r. wykazywało w obrębie płuc z tyłu deskowate przytłumienie od grzebienia łopatki, aż do dołu, ograniczone na zewnątrz linją łopatkową, a kręgosłupem na wewnątrz, osłabienie szmerów oddechowych oraz drżenia głosowego, tarcie w pachowej linji, zaostrzenie szmerów oddechowych w pasze, oraz z przodu płuca prawego; nad sercem, prawie nieprzesuniętem, utrzymywał się rozkurczowy szmer w punkcie osłuchiwania tętnicy głównej.

Gruczoły nigdzie niepowiększone. Badanie krwi: spadek hemoglobiny do 44° (Sahli) przy tym samym obrazie cytologicznym, co poprzednio; wybitnie postępujący odczyn Biernackiego. Odczyn Botelho'a dwukrotnie ujemny.

Stan sił chorego był jednak zadowalający, tak, iż pozwolił na przedstawienie chorego na zebraniu lekarskiem sekcji sanitarnej T. W. W. w dniu 18. lutego 1925 r., jako przypadku pierwotnego, złośliwego nowotworu płuca.

Nagłe zejście śmiertelne chorego dnia 28. lutego 1925 r. wśród objawów wstrząsu, oraz następnie wykonana autopsja w prosekturze wojskowej (prof. dr. O l b r y c h t) i badanie mikroskopowe rozstrzygnęło o rodzaju nowotworu.

Rozpoznanie sekcyjne:

Carcinoma primitivum infiltrans totius fere pulmonis dextri. Atherosclerosis incipiens aortae et valvularum semilunarium aortae. Insufficientia laevis gradus ostii arteriosi sinistri. Dilatatio laevis gradus ventriculi dextri cordis. Hyperaemia passiva organorum abdominis. Oedema pulmonis sinistri. Hyperaemia et oedema meningum et cerebri. Degeneratio cystica plexus chorioidei ventriculi lateralis cerebri utriusque.

Badanie mikroskopowe wykazało utkanie raka rdzeniastego.

Epikryza przypadku: U 34-letniego mężczyzny, dotąd zdrowego i pochodzącego ze zdrowej rodziny, mającego za sobą przebyty dur brzuszny oraz zapalenie stawów, wystąpiło skąpe krwioplucie z nieznacznemi podniesieniami ciepłoty oraz osłabieniem. Badanie fizykalne i roentgenologiczne ujawniło ogniskowe schorzenie w dolnym płacie płuca prawego, które wspólnie z innemi objawami przybierało obraz początkowej sprawy gruźliczej, w dalszym jednak przebiegu klinicznym i pod wpływem badania roentgenologicznego pozwoliło ustalić nowotworowy charakter schorzenia. Guz płuca nie wywołał groźniejszych objawów uciskowych, w czasie swego 5—6-miesięcznego trwania, przebiegał nawet bez dolegliwości wyraźnych, a zaczął rozpadać się po serji naświetlań promieniami Roentgena. Rozpoznanie kliniczne złośliwego nowotworu płuca nie ulegało wątpliwości w tem stadjum schorzenia, wobec wyraźnych objawów fizykalnych, obrazu roentgenologicznego, wyglądu plwociny z obecnością podejrzanych nowotworowych komórek *) w szklisto krwawych grudkach i w kropli krwi otrzymanej z nakłucia i dodatniego odczynu Biernackiego.

Wobec tak jednostronnego obrazu klinicznego, wobec braku przerzutów w dostępnych badaniu klinicznemu bliższych czy dalszych narządach, jak również gruczołach, za czem pilnie śledzono, trudno było na podstawie wyglądu pojedynczych komórek w plwocinie czy płynie z nakłucia, ustalić rodzaj nowotworu.

Niezrozumiałym jest też dwukrotny ujemny wynik odczynu Botelho'a, opisywany jako najczęściej dodatni w przypadkach nowotworu. Za rakiem pochodzenia oskrzelowego, czy z pęcherzyka płucnego zdawały się przemawiać znane z podobnych opisywanych przypadków objawy, jak umiejscowienie w dolnym prawym płacie płuca, odgraniczenie jego ostre w obrazie rentgenologicznym, będące obrazem zbitego nacieku, nieobecność płynu wysiękowego opłucnowego, podejrzane wieloboczne komórki w plwocinie — za mięsakiem zaś młody wiek chorego, możliwość punktu wyjścia z gruczołu w tylnym odcinku śródpiersia i szybkość jego rozpadu po naświetlaniu. Niewątpliwem jednak było to, że nowotwór płuca był pierwotnym, wobec braku klinicznych danych siedziby jego w innych narządach, a także wobec braku przerzutów, tak, w najbliższych gruczołach, jak nadobojczykowe, jak i w predylekcyjnych narządach, takich, jak wątroba lub sutki.

Rak pierwotny płuca należał do rzadkich przypadków przed wojną. Statystyki niemieckie (B e j a c h, R e d l i c h, B r o s s, L u b a r s c h i inni) wykazywały jego częstość od 4—6% wszystkich raków sekcyjnych; według statystyk francuskich (cyt. u R i b a d e a u - D u m a s) wypada jeszcze niższa liczba procentowa (0,2 do 0,4%). J a n u s z, na podstawie materjału sekcyjnego lwowskiego, określa częstość raka płuc, pochodzenia oskrzelowego, na 6%, przyczem zwraca uwagę, iż w porównaniu z innemi narządami, jako miejscami pierwotnego raka, rak oskrzelowy przesunął się w ostatnich latach z 9 miejsca (statystyka N o w i c k i e g o) na 4 miejsce (po raku żołądka, narządów kobiecych płciowych i jelit). Rak ten wykazuje w latach powojennych znaczny przyrost częstości, co podkreśla szczególniej A s s m a n n, cytując daty statystyczne H a m p e l n a z Rygi ($12^1/_2$% w ostatnich latach), S e y f a r t h a z Lipska (z 5,01% w r. 1900 na 15,5% w roku 1923). L a e s c h k e g o w Jenie (3—4% między 1910 a 1920 r. i 11,47% w r. 1922).

Pod względem anatomo-patologicznym punktem wyjścia pierwotnego raka płuca bywa oskrzele pierwszego lub drugiego rzędu. Najczęściej bywa on utkania cylindrycznego, rzadziej rdzeniastego, galaretowatego lub bywa t zw. kankroidem (powstałym z nabłonka pęcherzyków płucnych lub przez metaplazję nabłonka oskrzelowego, zazwyczaj w jamach gruźliczych). Raki płuc występują pod dwiema postaciami: 1) małych guzów pierwotnych, usadowionych w płucu, ze zwiększoną dążnością do przerzutów, które szybko rosną w dalekich narządach, jak n. p. w mózgu lub wątrobie i t. d., 2) albo pod postacią naciekową obejmującą partjami płaty płuc, ze skłonnością do rozmiękania i rozpadu w swych częściach środkowych, co utrudnia wyszukanie na stole sekcyjnym punktu wyjścia (oskrzele czy pęcherzyk płucny), ale zato mających małą skłonność do przerzutów tak bliższych, jak dalszych.

Z ostatniego piśmiennictwa opisał dr. F o r t w ä n g l e r z kliniki niemieckiej w Pradze prof. J a k s c h a przypadek pierwotnego raka oskrzelowego lewego płuca u 34-letniej kobiety, raka obserwowanego od początku jego powstania, o przebiegu nader gwałtownym i szybkim, z przerzutami w sutkach i wątrobie; przypadek ten należy do wspomnianej pierwszej postaci raków pierwotnych płuca.

Przypadek zaś nasz, w którym rak nie dał żadnych przerzutów nawet w gruczołach chłonnych blisko położonych zaliczyć wypada do drugiej kategorji raków, a to ze względu na charakter naciekowy. Ze względu na wiek chorego, przypadek nasz należy do rzadkich; odnośnie do siedziby, to potwierdza on powszechne spostrzeżenia, że najczęściej siedzibą bywa prawy dolny płat płuc. Ma to stać w związku z tą okolicznością, że oskrzele prawe jest bardziej strome w swym przebiegu, aniżeli lewe i przez to dostępniejsze dla wszelkich drażniących urazów w formie pyłu, w myśl teorji powstawania nowotworów płuc przez podrażnienia pylicowe. Jaki moment przyczynowy odegrał rolę w naszym przypadku nie umiemy dać odpowiedzi. Z piśmiennictwa znane są bar

*) W klin. Woch. Nr. 14 z 2. IV. 1925 r. opisuje E. B o c k metodę rozpoznawania natury nowotworów opłucnej z płynu przez odwirowanie, uzyskując przez skupienie komórek niejako sztuczną tkankę nowotworową, łatwą do barwienia i do rozpoznawania.

dzo częste raki płuc u górników w kopalniach rud kobaltowo-arsenowo-radowych w pewnych okolicach Saksonji (Schneeberg), w Indjach, gdzie powszechnie podkreślają wpływ chemiczno-toksyczny, obok czysto mechanicznego pylicy, na bujanie nowotworowe nabłonków oskrzelowych, względnie pęcherzyków płucnych.

Piśmiennictwo.

1) L. Ribadeau-Dumas. Cancer pleuro-pulmonaire. Fasc. XI du Nouv. Traité de méd. de Roger-Widal-Teissier. 1923. — 2) Koelsch. Jahreskurse f. ärztliche Fortbld. H. 9. 1924. — 3) Fortwängler A. Med. Kl. Nr 25. 1924. — 4) Ghon i Jaksch-Wartenhorst. Ref. z posiedz. Tow. lek. w Pradze. Med. Kl. Nr. 45. str. 1610. 1924. — 5) Assmann H. Med. Kl. Nr. 50—51. 924. — 6) Janusz W. Pol. Gaz. Lek. Nr 6, 7, 8, 9. 1925. — 7) E. Bock. Klin. Woch. Nr. 14. 1925.

Dr. Marjan MOHR. Szczawnica.

Kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy angiolymphą Dr. Rous

W roku zeszłym przybywali do Szczawnicy wyjątkowo ciężko chorzy. I tak przez moje ręce przeszło kilkuset chorych, obarczonych gruźlicą — z tego prawie połowa gruźlicą czynną, ze stale podniesioną ciepłotą postępującym spadkiem na wadze, utratą sił i co zatem idzie, wskutek niewidocznej od dłuższego czasu poprawy — z silną niewiarą w możność polepszenia. Sądzę, że w pierwszym rzędzie chory musi uwierzyć w możność poprawy, jeśli ma takową osiągnąć I tu mamy pierwszy efekt stosowania *angiolymphy*. Czy to słowa ordynującego lekarza, że zaaplikuje środek nowy, który przyniesie poprawę, czy też jakieś składniki leku, — dość, że w pierwszym rzędzie zauważyłem u chorych, u których *angiolymphę* stosowałem, u chorych, u których poprzednio znajdywałem tylko zwątpienie i zniechęcenie — euforję. Zaznaczam to działanie *angiolymphy* tylko dlatego, że, prawdę powiedziawszy, nie znajduję dla niego wytłómaczenia.

Natomiast działanie l e c z n i c z e *angiolymphy* tłómaczę sobie wpływem tego leku roślinnego na cały ustrój — uważam, że *angiolymha* niejako uodparnia organizm przeciw gruźlicy, dając mu tem samem możność skuteczniejszej walki z »intruzem-lasecznikiem«. Uważam działanie *angiolymphy* za podobne do działania »niespecyficznej terapji«, jednak bez silniejszej reakcji, bez okresu wzmożenia się istniejących objawów.

Mógłbym przytoczyć 23 przypadki, w których z dobrym skutkiem preparat ten stosowałem; ograniczę się do podania kilku, z których niezbicie wynika, że *angiolymphą* w niektórych racjonalnie dobranych przypadkach można znaczną osiągnąć poprawę

Ogółem stosowałem *angiolymphę* u 35 chorych : z tego u 7 nie zauważyłem żadnej poprawy (były to wszystkie ciężkie formy gruźlicy u ludzi starszych *(phtisis fibroulcerosa cachecticans*« Neumana) — u 5 ciu z wysoką gorączką (39—40° C) poprawa była nieznaczna — w reszcie przypadków (23) dał się zauważyć przeciętnie po 10—12 wstrzykiwaniach zanik objawów subjektywnych (bóle, kłucia, kaszel, poty zwolna zaczęły ustępować). Z tych 23 chorych niestety 5-ciu opuściło Szczawnicę z przyczyn materjalnych, tak że usunęli się z pod mojej obserwacji. Reszta t. j. 18 chorych otrzymała po 24 wzgl. 30 wstrzykiwań i mogę stwierdzić, że skutek u nich był pomyślny. Objawy podmiotowe całkowicie ustąpiły, badanie zaś wykazywało znaczne polepszenie, ciepłota powracała do normy — zauważyłem u wszystkich chorych przyrost na wadze i wzmożenie łaknienia. Zaznaczam wyraźnie, że przypadki nauczyłem się odpowiednio dobierać, gdyż już z początku stosowania *angiolymphy* zauważyłem, że nie wszystkie postacie gruźlicy nadają się do leczenia tąże.

Według doświadczeń, jakie w tym kierunku zebrałem, stwierdziłem, że nadają się do leczenia *angiolymphą* przypadki początkowej gruźlicy bez gorączki lub ze stanem podgorączkowym, względnie formy średnie, jednak z ciepłotą nie wyższą jak 38° C wiecz. Obecność mniejszych kawern ani krwioplucie nie stanowi przeciwwskazania.

Dalej uważam za stosowne zauważyć, że u 6-ciu wyżej wymienionych chorych, u których żadna poprawa nie nastąpiła — absolutnie też pogorszenia nie było.

Poniżej kilka przykładów :

1. Sz. G. z W. lat 37. Przed 3-ma miesiącami przebył »zapalenie płuc«, od tego czasu chory. Przed tygodniem *haemoptoe*. Obecnie: kłucie między łopatkami, kaszel, dużo odpluwa, wychudzenie, brak apetytu. Ciepłota 37·4° C, tętno 120, waga 52 kg, w plwocinie prątki Kocha. — W szczycie prawym stłumienie, rzężenia drobnobańkowe mniej więcej nad połową płuca słyszalne. Nad lewym szczytem wypuk jawny pudełkowy, wdech zaostrzony, wydech przedłużony. Diagn. *infiltr. pulm d., apicit pulm. s.* Prześwietlenie prom. Roentg. potwierdziło rozpoznanie.
Leczenie: *Angiolympha.* — Zastosowałem ogółem 12 wstrzykiwań, co drugi dzień — w pośladki. Już po 8-miu wstrzyknięciach chory wykazywał znaczniejszą poprawę, po następnych 4, stan był zadowalający, chory jednak zmuszony był ze względów materjalnych opuścić Szczawnicę. Przed wyjazdem badałem go i znalazłem stan następujący: Ciepłota 36·8 (nie zdarzyło się u niego od początku choroby!), tętno 90, waga 60 kg.
Wynik: nad l. szczytem wypuk jawny, pudełkowy, szmery oddechowe prawidłowe; — nad prawem płucem wypuk nieznacznie stłumiony, szmery oddechowe nieco zaostrzone — żadnych rzężeń nie znalazłem. Stan ogólny bardzo dobry.

2. P. Ch. z D. lat 20. Chora od roku. W r. 1923 przebywała przez zimę w sanatorjum w Otwocku. Tam ciepłota, jaka się przez dłuższy czas utrzymywała spadła do normy; stan znacznie się polepszył. Po 2 miesiącach od powrotu z Otwocka do domu znowu gorączka, suchy kaszel, kłucie w prawym boku, krwioplucie. Stan obecny: Chora dobrze zbudowana, dobrze odżywiona. Ciepłota 37·6° C. Waga 65 kg. Silnie zdenerwowana, mówi, że już nie wierzy w możliwość poprawy. Objekt.: Z tyłu nad płucem prawem aż do kąta łopatki stłumienie, tamże drobnobańkowe rzężenia. Z przodu stłumienie w dołku nad obojczykowym, poniżej sięga do górnego brzegu III. żebra. Pod obojczykiem tuż koło mostka oddech chuchający. Rozpoznanie: *Tbc lobi sup. pulm. dextr. — Caverna.* Płuco lewe normalne. Prześwietlenie prócz zaciemnienia połowy prawego płuca wykazało kawernę wielkości orzecha laskowego.
Leczenie: Zacząłem odrazu stosować *Angiolymphę*, razem zrobiłem 30 wstrzykiwań. Prócz tego chora cały dzień leżała na powietrzu, dobrze się odżywiała — środków przeciwgorączkowych żadnych nie dawałem. Po 3 miesiącach stan o tyle się poprawił, że ciepłota spadła na 36·5°—36·9° - kaszel całkowicie ustąpił, waga wzrosła o 5 kg — no i co zatem, chora nareszcie zaczęła wierzyć, że może być lepiej. Obj.: stłumienie, jak przy pierwszem badaniu, nieznaczne tylko rzężenia — objawów kawerny tym razem już stwierdzić nie mogłem. Ponieważ stan uległ znacznej poprawie i drugie płuco było zupełnie zdrowe, poleciłem p. Ch. udanie się do sanatorjum celem zrobienia u niej sztucznej odmy.

3. A. B. z B. lat 50. Chory od 4 miesięcy. Przechodził wówczas »zapalenie płuc«. Przed dwoma tygodniami krwioplucie. Wynędzniały wygląd graniczący z kacheksją, nadzwyczajne osłabienie, chory wprost nie może ustać. Kaszel z plwociną, kłucie w obu bokach, nocne poty, brak apetytu. Ciepłota prawidłowa. Rozpoznanie: *Tbc. pulm. dextr.*; *apicit. p. sin.*; *diath ur.* Waga 58 kg.
Leczenie: *Angiolympha,* ogółem 24 inj.
Wynik: Waga 68 kg, polepszenie wprost nie do wiary, chory gwałtownie powracał do zdrowia. Niedawno otrzymałem od niego list, w którym zapewnia mnie, że się czuje bardzo dobrze.

Powyższe przypadki opisałem nieco obszerniej, gdyż zasługują szczególnie na uwagę (znaczny przyrost na wadze cofanie się objawów przedmiotowych powrót ciepłoty do normy). Poniżej jeszcze dwa przypadki z widoczną poprawą po zastosowaniu *angiolymphy:*

4. J. K. z T. lat 28. Chory od 2 lat. Przed 4-ma miesiącami pokazała się kilkakrotnie w plwocinie krew. Stwierdziłem: *infiltr. apic. sin., anaemia, hypertrophia tonsillarum.*
Leczenie: 12 inj. *calc. chlorat* wśródżylnie,
24 » *angiolymphy* wśródmięśniowo.
Wynik: Znaczne polepszenie, przyrost na wadze $3\frac{1}{2}$ kg, łaknienie dobre, objawy fizykalne w znacznej części ustąpiły.

5. L. F. z J. lat 22. Od 3 miesięcy chory. Ból w lewej łopatce, suchy kaszel, poty nocne, spadek wagi o 5 kg. Ciepłota 37·2°— 37·4° C wieczorami. Otrzymał od Dr. T. z J. sześć wstrzykiwań *angiolymphy* — czuje się po nich lepiej. Kontynuuję wstrzykiwania zaczęte przez Dr. T. w J. Dotychczas zrobiłem 6 wstrzykiwań z widoczną poprawą. Przedewszystkiem chory jest doskonale usposobiony i przypisuje to temu, że gorączka po 2 tygodniowem leczeniu spadła do normy. Chory ten cierpi na *apicit. pulm. utr., praec. pulm. sin.*

U wszystkich chorych prócz stosowania *angiolymphy* nie używałem żadnych leków — zalecałem im jedynie werandowanie, dobre odżywienie, nacierania — i niektórym wody szczawnickie.

Na podstawie opisanych przypadków i tych o których na wstępie ogólnikowo wspomniałem, uważam, że *angiolympha* stanowi jeden z ważniejszych środków w walce z gruźlicą którym osiągnąć można znaczną poprawę.

Wyższość *angiolymphy* nad tuberkuliną widzę w tem, że można ją zupełnie bez obawy stosować ambulatoryjnie — co niestety przy tuberkulinie jest wykluczone i że nigdy żadnej szkody ani pogorszenia nie widziałem.

Uważam za wskazane w dalszym ciągu notować spostrzeżenia nad działaniem *angiolymphy* i nie omieszkam w swoim czasie uwag moich uzupełnić.

Dr. Mieczysław THERMERSON. Płock.

Ciekawe zjawisko po neosalwarsanie.

U chorego syfilityka (L. II. KW +++) spostrzegłem po dwukrotnem wlewaniu dożylnem neosalvarsanu (914 — á,0.75) momentalne pojawienie się zapachu eteru w powietrzu wydechowem, na co sam chory kładł szczególny nacisk (»jakoby anodyny«) być może w przeświadczeniu, iż mu eter zastrzyknięto (do oczyszczania skóry używałem benzyny i spirytusu).

Nie mogłem sobie wytłumaczyć tego zjawiska (boć to nie zapach czosnku jak po arszeniku). Dopiero poszukiwania w literaturze lekarskiej naprowadziły mnie na rozwiązanie tej zagadki. Mianowicie Kraupe opisuje (Münch. Med. Wochenschrift) takie same spostrzeżenia swoje i Philip'a, Seyfarth'a i Delbanco'a.

Ehrlich, zapytany o przyczynę tego zjawiska, wyjaśnił, że już mu lekarze skądinąd donosili o takich spostrzeżeniach szczególniej po uprzedniem stosowaniu rtęci (w moim przypadku poprzedziły wstrzykiwania preparatu Bayerowskiego-Novasurolu)

Sam Ehrlich uważa to jako uzależnienie od używania eteru do ostatniego aktu strącania neosalvarsanu, z którego bardzo trudno jest usunąć ostatnie minimalne ślady eteru.

Z historji medycyny.

Dr.. med. W. JANUSZ. Lwów.

W którym roku przeprowadzono u nas po raz pierwszy operację kruszenia dróg moczowych?

Dr. S. Grosglik w 15-tym zeszycie »Polskiej Gaz. Lek.« b. r. na str. 344 umieścił ciekawy artykuł ku czci Civial'a pod tytułem »W setną rocznicę pierwszej litotrypsji« w opracowaniu omal wyłącznie na ostatnich źródłach piśmiennictwa francuskiego. W końcowym ustępie tego artykułu znajduje się wzmianka, że »u nas kruszenie kamienia wykonał po raz pierwszy Le Brun w r. 1844«. Nieścisłość daty co do zastosowania po raz pierwszy w Polsce operacji kruszenia kamieni w artykule dra S. Grosglika pobudziła mnie do zebrania faktów historycznych, które z całą ścisłością stwierdzają, że już znacznie wcześniej podobną operację u nas przeprowadzano i stosowano, a co bardziej zrozumiałem będzie, jeśli uprzytomnimy sobie, że kultura nasza była zawsze zachodnią i powiązaną tylu węzłami z kulturą włoską i francuską. Zwłaszcza w końcu XVIII i XIX wieku myśl francuska, głosząca zasady swobody jednostki, wolności, udziału społeczeństwa w rządach państwa niesłychanie łatwo przyjąć się mogła w polskiej tradycji kilku wieków rozwoju. Podobnie łatwo przyjmowały się i wyniki nauk praktycznych.

Pojęcia i nauki przechodzą najłatwiej z narodu do narodu przez styczność ludzi. Przynoszą obcą kulturę przedewszystkiem ci ze sobą, którzy przeniknięci wychowaniem w niej lub napatrzywszy się w czasie zwiedzania obcych stron, stają się głosicielami obcych prawd lub kunsztów. Zetknięcie się Polski z Zachodem, zwłaszcza w tym okresie czasu, oraz podróże Polaków do Francji były dość częste jak również w obfitości sprowadzane były książki francuskie, na co wskazują katalogi Uniwersytetu Wileńskiego. Polska zawsze utrzymywała ścisłą łączność z ogólną wiedzą zachodnioeuropejską i nigdy nie pozostawała w tyle, lecz ze swej strony współpracowała i to wcale wydatnie. Jako dowód tego może też służyć fakt wykonania po raz pierwszy u nas operacji kruszenia kamieni, którą wykonał prof. Konst. Porcyanko w Wilnie w r. 1830 a opis szczegółowy przebiegu tej operacji ogłosił drukiem w »Dzienniku med. chir. i farmacyi« w r. 1830, Wilno na str. 496—504 w pracy zatytułowanej „Przykład świdrowania kamienia sposobem Civial'a«. W końcu tej pracy autor podaje nawet próbę modyfikacji samego przyrządu Civial'a. Opis jego jest tak szczegółowo opracowany, że zasługuje w tem miejscu na przytoczenie pewnych urywków.

»Lubo iuż r. 1828 gabinet chirurgiczny przy Klinice Uniwersytetu, posiadał narzędzie Civiala do kruszenia kamienia, zrobione przez maystra narzędzi chirurgicznych Muliarda, ze wzoru w rysunku; iednak trudno ośmielić się użyć ie do operacji na osobach żywych, z tego samego względu, że nayrnniejsza w nie'm niedokładność, niebezpieczną dla chorego stać się może. Gdy później świder Civiala z Paryża sprowadzony został, z niecierpliwością czekałem zdarzenia, gdziebym mógł mieć sposobność użyć tego nowego sposobu i drogą praktyczną z nim uczniów oznaiomić.

Dnia 14 stycznia r. 1830 przybył do Kliniki B. N. 58 lat maiący szukaiąc rady na cierpienia od kamienia, które poczęły się przed 5' latami od bolu w lędzwiach, a wkrótce wszystkie się skupiły do pęcherza. Sledzenie za pomocą sondy przekonało od razu, że kamień jest ruchomy, i, iak się zdawało nie wielki, albowiem z pod sondy, łatwo się wymykał, a przez kiszkę odchodową palcem bynaymniej namacać się nie dawał. Ponieważ kateter srebrny Civiala naygrubszy łatwo się dał zaprowadzić do pęcherza; ztąd powziąłem nadzieię, że i narzędzie do kruszenia kamienia przeyść może. Nabywszy wprawy na ciałach zmarłych do wprowadzania narzędzia, oraz wymowania kamieni z kredy wyrobionych, i w tych doświadczeniach naypilniey zachowując wszystkie przestrogi przez autora podane; na koniec odważyłem się przystąpić do kruszenia kamienia u pominionego chorego.

Dnia 21 stycznia p. r. umieściłem chorego na łóżku poprzek, z udami, tak od siebie oddalonemi, iak tego wymaga operacya kateteryzmu, z miednicą podniesioną, aby kamień do dna pęcherza się odsunął. Przez kateter srebrny, za pomocą szprycy wpędziłem do pęcherza wody ciepłey na 30° Reaum. cały funt: tu chory uskarżał się na ból w lędzwiach i parcie mocne iak do oddania uryny. Po wyięciu kateteru trzeba było mocno zacisnąć członek, aby przeszkodzić mimowolnemu wypływaniu wody; naprowadziwszy świder maścią z wosku i oliwy (*ceratum simplex*), zacząłem go wprowadzać pod kanału; lecz otwór iego okazał się ciasny, i trzeba było uciekać się do rozcięcia za pomocą uretrotomu Civiala. Po oddaleniu tej przeszkody, narzędzie nayłatwiej przeszło aż do kości krokowe; tu zniżając iego rękoieść tak, aby koniec drugi opierał się na powierzchni wnętrznej kości krokowych, i zlekka popychaiąc całe narzędzie, doszedłem do pęcherza; o czem szelest z uderzenia się narzędzia o kamień, dostatecznie przekonywał. Bole podczas tey operacyi nie były większe od tych, iakie się wzbudzaią przy wprowadzeniu grubszego kateteru. Lecz gdy wysunąłem z rurki szczypce do uięcia kamienia, wtedy kurcz pęcherza tak mocny nastąpił, że niemal wszystka woda zaszprycowana po bokach narzędzia wylała się, a pęcherz do tego stopnia się skórczył, że trudno było zwracać narzędzie dla cięcia kamienia; poruszenie zaś iego naymnieysze, mocne bole sprawiało.

30 stycznia przystąpił Porcyanko do powtórnej operacji. »W tym dniu z podobną łatwością iak pierwszy raz narzędzie wprowadzić się dało; a przez zaciśnienie członka około narzędzia niedozwolono wodzie wypłynąć; kamień łatwo się dał uiąć szczypcami, i chory w tey części operacyi, gdzie się ruch nayczęstszy narzędziu nadaie, bardzo mało czuł bolu. Ze dźwięku, iaki się czuć dał podczas obrotu świdra, wnosić można było, że kamień jest znaczney twardości: w 10 minut świder nagle się posunął z mocnym szelestem i w rurce zupełnie się ukrył, z czego wnosiłem, że musiał przeyść wskroś przez kamień. Przestaiąc na tem, rozsunąłem szyczypce do wypchnięcia zeń kamienia, aliści iuż się nie znaydował między niemi; wtedy domyślałem się, że posunięcie się nagłe świdra i iego zupełne ukrycie się w rurce, nie od prześwidrowania wskroś kamienia ale raczey od iego wypadnienia ze szczypców pochodzić musiało. W ciągu operacyi chory sam narzędzie trzymał i świadczył, że żadnego przykrego bolu nie doświadcza; co równie iak i łatwe ujęcie kamienia wypełnieniu pęcherza wodą dostatecznem przepisywałem. W pięć godzin po operacyi kilka kawałków kamienia, w postaci skorup odeszło, a nazaiutrz znaczna ilość piasku w urynie krwią zafarbowaney, osiadła«.

Na str. 503 pisze Porcyanko »Jeżeli sie godzi z iednego przykładu czynić wnioski, odważam się podadź ie w następney treści, a mianowicie dla tych, którzyby podobną drogą dochodzili tego sposobu operowania.

2. Sama grubość narzędzia, iaką nadał autor, nie tylko utrudza, ale owszem ułatwia operacją; albowiem kanał urynowy iako podatny, łatwo się rozszerza i niema niebezpieczeństwa rozdarcia, ani zrobienia drogi fałszywey.

4. Do uięcia łatwieyszego kamienia, oraz ochronienia od cierpień podczas świdrowania nic tak się nie przyczynia, iak wypełnienie wodą pęcherza dostateczne.

7. Nakoniec wypada i tę uwagę uczynić, że naydowcipniejsza metoda Civiala, w naszym kraju, gdzie cierpiący od kamienia, wtedy pospolicie rady szukaią, gdy ten do znaczney wielkości urośnie, nie będzie mogła przynosić tyle korzyści, ile we Francji, gdzie w samych początkach, gdy kamień mały, chorzy zwykli uciekać się do lekarza«.

Ogłoszona praca zdobywa wkrótce rozgłos nie tylko u nas ale znaną jest i za granicą, dowodem czego jest specjalne wysłanie rosyjskiego chirurga Petersburgskiej Akademji Medycznej Bewerlej'a do Wilna celem zapoznania się z metodyką kruszenia kamieni, o czem wzmiankę znalazłem w piśmie rosyjskiem »Kliniczeskaja Medicina« z roku 1924 w Nr. 5 na str. 173 w artykule prof. Fronsztejna »Historja urologji w Rosji«.

Le-Brun w »Prelekcji wstępnej chirurgji operacyjnej« w Tyg. Lek. z r. 1860 w Nr. 42 na str. 367 pisze: Widziałem niemal pierwsze próby kruszenia kamieni w Paryżu w rękach Civial'a«, iecz operację tą wykonał własnoręcznie, jak wynika z Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego T. XII. Poszyt I. str. 35, dopiero w roku 1844, opisując »Kruszenie kamienia w pęcherzu pierwszy raz dopiero w szpitalu robionem było na silnym krępym, dwadzieścia lat mającym mężczyźnie. Do operacji tej użyto narzędzia Barona Heurteloupa z młotkiem«.

Operacje kruszenia kamienia w początkach jej ery dokonywane były w Polsce nie tylko w miastach uniwersyteckich ale posiadamy również dane, że były stosowane i znane nawet i na prowincji. I tak lekarz prowincjonalny Minkiewicz w Tyg. Lek. z r. 1865 na str. 2 w »Spostrzeżeniach chirurgicznych« opisuje przypadek operowany w r. 1864 pod tytułem »Kamień w pęcherzu moczowym, zwężenie cewki moczowej, skruszenie kamienia, poprzedzone rozszerzeniem cewki świeczkami woskowemi«. W tem samem piśmie tego samego rocznika w sprawozdaniu z czynności chirurgicznych w Szpitalu Ś-tej Trójcy w Piotrkowie w latach 1862, 1863 i 1864 na str. 259 znajdujemy wzmiankę „nie posiadając litotrybu, staraliśmy się przystępną część kamienia ile tyle skruszyć".

W r. 1867 w Przeglądzie Lekarskim znajdujemy już bardzo obszerną pracę Molendzińskiego ze Lwowa, zatytułowaną »Przyczynek do rzeczy o litotrypsji (202) oraz w tem samym roczniku na str. 185 czytamy w pracy J. Hofmokla »Przyczynek do rzeczy o kamieniu moczowym« »że czterech chorych wyleczono zmiażdżeniem kamienia«.

Wymienieni poprzednicy ułatwili wypłynięcie tej operacji na szersze wody za pośrednictwem wybitnych chirurgów jak J. Kosiński, Wł. Orłowski, W. Stankiewicz i W. Krajewski o których wspomina dr. Grosglik, a spis ten uzupełnić należałoby według pracy prymarjusza Z. Leńko »Usuwanie kamieni pęcherza moczowego« ogólnie znanemi nazwiskami chirurgów Ziembickiego, Obalińskiego i Barącza.

Chronologiczne zestawienie danych bibljograficznych naszych w sprawie kruszenia kamieni moczowych pozwala na mocy chociażby jednego tego działu wnioskować o szybkości przenikania tchnienia naukowo-twórczego-francuskiego która to łączność z kulturą Francji, gdzie ogniskowało się życie świata naukowego ówczesnego, była bliższą niż z jakąkolwiek inną.

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. K. Brudzewski. **Podręcznik perymetrji klinicznej** Dla użytku studentów i lekarzy. Rycin 113. Ósemka, stron 158. Książnica-Atlas 1925.

Autor w pierwszej części swej pięknej pracy omawia sposoby i technikę badania pola widzenia, jakoteż i ubytków w polu widzenia, przyczem sposób Bjerruma i jego odmiany szczczegółowo uwzględnia. W drugiej części zajmuje się polem widzenia patologicznem a więc zmianami w polu widzenia przy schorzeniach najpierw gałki ocznej i przewodnictwa wzrokowego, potem ośrodków i dróg wzrokowych śródczaszkowych a wreszcie omawia ścieśnienie pola widzenia funkcjonalne. Liczne ryciny (113) zdjęć perymetrycznych objaśniają treść podręcznika. Dzieło napisane potoczyście, jasno i pewnie, a niekiedy tak barwnie, że widzi się przed sobą żywe historje chorób. Duże doświadczenie, zamiłowanie i znawstwo omawianego przedmiotu cechują pracę autora, a szerokie uwzględnienie patologji ogólnej nadają jej piętno oryginalne. Autor wyjaśniając zmiany w polu widzenia zmianami patologicznemi, pobudza przez to czytelnika do myślenia, a wiążąc przyczynę ze skutkiem w logiczny związek, ułatwia przez to spamiętanie objawów chorobowych. Drobne usterki, które są w najlepszych dziełach, i tu naturalnie są, wartości istotnej pracy nie obniżają, gdyby ich jednak nie było, dzieło wystąpiłoby w staranniejszej szacie. Mam tu na myśli dość liczne latinizmy. Także, zapewne przez przeoczenie, nie wspomina autor o zwężeniach pola widzenia u symulantów.

Podręcznik perymetrji Brudzewskiego winien się znaleźć na biurku każdego okulisty, dla którego zawiera wiele cennych uwag, odda wielkie usługi lekarzom-praktykom, szczególniej neurologom, jakoteż medykom, gdyż napisany jest zajmująco i dydaktycznie. Dla młodych zaś adeptów okulistyki to nieocenione dzieło, nietylko dlatego, że zapoznaje ich ze szczegółami techniki badania, ale głównie przez to, że wzbudzi u nich zapewne większe zajęcie się perymetrją, właśnie przez młodsze pokolenie okulistów u nas niedocenianą.

A. Bednarski.

Przegląd piśmiennictwa.

Gynecologie et obstetrique.

Nr. 1. 1924.

Schickele. **Związek między gruczołem śródmiąższowym a miesiączką.** Zapatrywanie, iż czynnikiem kierującym miesiączką jest ciałko żółte coraz mniej ma zwolenników. W poszukiwaniu za tym czynnikiem autorzy zwrócili uwagę na gruczoł śródmiąższowy. Znajdowano, że gruczoł ten jest więcej rozwinięty, czyli zawiera więcej komórek luteinowych, przy miesiączkach obfitszych i że istnieje zatem równoległość między ilością i jakością elementów gruczołu śródmiąższowego a miesiączką.

Tę zależność miesiączki od gruczołu śródmiąższowego zbija w swojej pracy autor, podnosząc jednak, że jest on najlepiej rozwinięty w drugiej połowie ciąży i w okresie przed pokwitaniem.

Autor w badaniach przeprowadzonych nad jajnikami pochodzącemi z operacyj wykonywanych w okresach przed i pomiesiączkowych nie znajdował w niektórych przypadkach wcale gruczołu śródmiąższowego, mimo, że chora miewała obfite miesiączki; w innych zaś przypadkach, gdzie chora cierpiała na brak miesiączki, znajdował gruczoł śródmiąższowy dobrze rozwinięty.

Schickele. **Krwawienie obfite wśródotrzewnowe pochodzące z ciałka żółtego.** W piśmiennictwie opisano liczne przypadki krwawienia wśródotrzewnowego, pochodzącego z ciałka żółtego, przyczem autorzy wykluczali możliwość ciąży pozamacicznej.

Forstner ze Sztokholmu poddając rozbiorowi opisane przypadki przychodzi do wniosku, iż te przypadki były raczej ciążą zewnątrzmaciczną. Forstner żąda dokładnego anatomo-patologicznego badania całego preparatu (wszystkich skrawków) i wykluczenia obecności elementów jaja płodowego.

Schickele twierdzi, że jeżeli nawet postąpimy według żądania Forstnera i wtedy nawet niema możliwości wykluczenia ciąży pozamacicznej, bo części płodu leżących w jamie brzusznej można nie wykryć przy najdokładniejszem nawet badaniu. Schickele stawia sobie pytanie, czy wogóle można udowodnić, że krwawienie wśródotrzewnowe rzeczywiście pochodzi z pęknięcia ciałka żółtego? Dla rozstrzygnięcia tej kwestji Schickele w pracy niniejszej opisuje obszernie z podaniem dokładnego badania histologicznego trzy przypadki,

na podstawie których udowadnia, że krwawienia wśródotrzewnowe mogą pochodzić z ciałka żółtego bez ciąży pozamacicznej.

I. przypadek: kobieta lat 31, rodziła 4 razy, miesiączka regularna. Czwartego dnia po ostatniej miesiączce chora poczuła silny ból w jamie brzusznej. Po trzydniowej przerwie ból powtarza się, przyczem chora kilkakrotnie traci przytomność i w trzy dni później dostaje się do szpitala. Chora bardzo blada okazuje wszystkie objawy krwotoku wewnętrznego. Operacja wykazała w jamie brzusznej dużą ilość płynnej krwi; trąbki, macica i prawy jajnik bez zmian. Lewy zaś jajnik zwiększony. *Adnexotomia sinistra*. Powiększenie lewego jajnika zależało od ciałka żółtego, które w jednem miejscu wykazywało pęknięcie. W świetle tego ciałka krew, same ściany zaś gładkie. *Theca interna* dobrze unaczyniona, a elementy komórkowe (t. j. luteinowe) w małej ilości. Krwawienie to mogło pochodzić z nowo wytwarzających się naczyń włosowatych, które wnikają między komórki luteinowe podczas okresu waskularyzacji ciałka żółtego. Schickele wyobraża sobie, że niektóre z tych nowowytworzonych naczyń włosowatych są wprost otwarte do światła ciałka żółtego i one właśnie są przyczyną krwawienia. Ten przypadek dobitnie udowadnia, że krwawienie wśródotrzewnowe pochodziło z ciałka żółtego, ponieważ nie było tu ani klinicznych objawów ciąży, ani histogicznie jej nie wykazano.

II. przypadek: kobieta lat 40, trzy razy rodziła, miesiączki regularne, ostatnia spóźniona o sześć dni, trwała dwa dni. Po dwu tygodniach niespodzianie zapad — chora dostaje się do szpitala. Operacja: krew w jamie brzusznej, wyjęcie jajnika. Jajnik powiększony, w jednem miejscu pęknięty i przez ten otwór ciałko żółte w całości wydostało się do jamy brzusznej. Drobnowidowo wykazano degenerację w miejscu połączenia *theca interna* z *membrana granulosa*. Ani w jajnikach, ani w macicy nie było śladu ciąży.

III. przypadek: kobieta lat 45, chora na splenomegalję i poliglobulję. Zgłosiła się do szpitala z powodu krwawienia w okresach między miesiączkami. W szpitalu chora dostaje miesiączkę w swoim czasie, wieczorem tegoż dnia poczuła ból w brzuchu i nudności. Następnego dnia tętno nikłe, przyśpieszone, objawy krwotoku wewnętrznego. Operacja: *adnexotomia sinistra*. Badanie histologiczne wykazuje ciałko żółte o świetle większem niż zwykle, ściany światła gładkie, elementów luteinowych nie dużo, naczynia *theca interna* rozszerzone i wypełnione krwią. W danym przypadku było ciałko żółte torbielowato zwyrodniałe. Wskutek pełnokrwistości (polyglobulia) i zwiększonego ciśnienia krwi przyszło do rozerwania torbieli luteinowej i do krwawienia. Żadnych objawów ciąży ani w jajnikach, ani w macicy.

Kończąc swoją pracę Schickele, zaznacza, że przy ciąży jajnikowej są znaczne zmiany w ciałku żółtem; w przytoczonych zaś przypadkach ściany ciałka żółtego były gładkie, bez zmian.

R i o t t e. **Rozlany przerost błony doczesnej i krwawienie z końcem ciąży.** Autor opisuje 10 przypadków, w których stwierdził na kosmówce większe lub mniejsze przestrzenie zajęte zgrubiałą doczesną. Badanie drobnowidowe wykazało, że zgrubienie to pochodzi od przerostu substancji gąbczastej i jej unaczynienia.

Naczynia są w wielkiej ilości przepełnione krwią i pęknięcie ich podczas ciąży wywołuje krwawienia. Autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Przy rozlanym przeroście doczesnej ciąża może być utrzymana.

2. Przyczyna rozlanego przerostu odczesnej leży w błonie śluzowej macicy, w jej nadmiernem unaczynieniu, które może być natury wrodzonej lub nabytej bez jakiejkolwiek sprawy zapalnej zakaźnej.

3. Jeżeli przerost rozlany doczesnej umiejscowi się w dolnym biegunie jaja płodowego, wtedy może wywołać krwawienie nawet dość znaczne w czasie ciąży i porodu.

K e l l e r. **Geneza zaśniadu groniastego.** Etjologja zaśniadu groniastego dotychczas nie jest wyjaśniona.

1. Virchow przypuszczał, że zaśniad groniasty jest następstwem stanu zapalnego doczesnej, który działa na jajo płodowe po jego zagnieżdżeniu się w błonie śluzowej macicy.

2. Według Marchanda przyczyna zaśniadu leży w stanach chorobowych samego jaja.

3. Inne teorje uważają za przyczynę zaśniadu torbielowate zwyrodnienie jajnika.

Przypuszczenie, że powstanie zaśniadu zależy od jaja (jajowa teorja Marchanda) upada według autora wskutek tego, że istnieje częściowy zaśniad; jeżeliby zaś przyczyna zaśniadu leżała w samem jaju, wtedy całe jajo uległoby wstecznej zmianie zaśniadowej.

Teorję, że zaśniad powstaje wskutek torbielowatego zwyrodnienia jajnika, zbija autor w ten sposób, że dotychczas nikt nie udowodnił, ażeby najpierw wystąpiło zwyrodnienie jajnika, a na tem tle zaśniad groniasty.

Najlepiej tłumaczy — według autora — genezę zaśniadu teorja Virchowa (teorja decidualna) to jest, że w tem miejscu, gdzie doczesna jest zwyrodniała, tam może powstać zaśniad, a w innych miejscach, gdzie doczesna prawidłowa— zmian niema. Ale i tutaj autor zastanawia się nad tem, dlaczegoby zmiany doczesnej miały wywoływać zaśniad — i nie znajduje wytłumaczenia.

Pracę swą zaczyna autor od opisania siedmiu przypadków *mola hydatidosa*. Wynik badań drobnowidowych we wszystkich siedmiu przypadkach był następujący:

1) albo zupełny brak naczyń w kosmkach zaśniadu, podczas gdy w kosmkach prawidłowych system naczyniowy już od 4-go tygodnia jest dobrze rozwinięty;

2) albo bardzo niewielka ilość ich, a ciągłość tych naczyń przerwana.

W szczególności w jednym przypadku, gdzie zaśniad był dopiero w zawiązku — wykazał autor, że część kosmków prawidłowo rozwiniętych posiadała naczynia dobrze rozwinięte, natomiast w części, gdzie w kosmkach był brak naczyń stwierdził autor obrzęk tych kosmków, po części całkowite zwyrodnienie zaśniadowe.

Z braku naczyń ewentualnie z niezupełnego ich rozwoju lub przerwanej ciągłości wnioskuje autor, że w kosmkach nie może istnieć prawidłowe krążenie krwi, a to powoduje nagromadzenie się surowicy w kosmkach wskutek przesączania się krwi macierzyńskiej przez nabłonki kosmków.

Nabłonki same przechodzą pewne zmiany, stają się więcej przepuszczalne. W normalnych stanach istnieje pewna izotonja między krwią macierzyńską a krwią w kosmkach. Patologiczne zaś stany w zakresie kosmków pociągają za sobą zmiany w ciśnieniu osmotycznem, mniejsze ciśnienie osmotyczne powoduje większy przesącz do kosmków.

Płyn nagromadza się w kosmkach, nie może odpłynąć z powodu braku normalnego krążenia, daje więc początek częściowym obrzękom w kosmkach, które ostatecznie prowadzą do zaśniadu.

Autor wyciąga następujące wnioski:

Nieprawidłowe tworzenie się naczyń i nabłonków pokrywających kosmki jest przyczyną zaśniadu. Ta nieprawidłowa formacja cechuje się:

1) mniejszą liczbą naczyń niż prawidłowo;

2) przerwaniem ciągłości naczyń i

3) opóźnieniem wytwarzania się naczyń, które nie postępuje wraz z rozwojem ciąży.

St. M. (Lwów).

Zentralblatt f Gynäkologie.

Nr. 1. 19.5.

E. P h i l i p p. **Próba leczenia gorączki połogowej.** Autor sądzi, że skoro infekcja połogowa przekroczy już macicę na zewnątrz, wówczas śmiertelność wynosi 90%.

Ażeby móc ocenić wartość środka leczniczego przeciw gorączce połogowej, należy badać krew bakterjologicznie przed zastosowaniem jego i po zastosowaniu. Jeżeli po tem ostatniem zmniejszy się ilość drobnoustrojów we krwi, to trzeba przypisać to zmniejszenie się zastosowanemu lekowi.

Skuteczność działania danego środka może się tylko wtedy rozwinąć, jeżeli stosuje się go we większej ilości, a ponieważ stosowanie dożylne leku nakłada pewne ograni-

czenia ilościowe, więc wydaje się autorowi najracjonalniejszem stosowanie środków lotnych drogą oddechową. W tym celu używał Ph. do wdechiwania Narcylenu 50%—80%, po którym zmniejszała się zawsze na krótki przeciąg czasu ilość zarazków we krwi, lecz końcowy wynik leczenia był prawie zawsze niepomyślny, bo z dziewięciu, tym sposobem leczonych gorączkujących położnic, zmarło 8!

Także próba zastosowania wdechiwania mieszaniny acetylenu w połączeniu z Rivanolem lub błękitem metylenowym u królików dała wynik ujemny, bo, jakkolwiek narkoza przebiegała bardzo dobrze, okazało się, że tak Rivanol jak błękit metylenowy zatrzymywał się w górnych drogach oddechowych i. nie można go było wykazać w moczu. Dlatego nie zastosowano tego sposobu u położnic.

G. Winter. **Bakterjologiczne rokowanie i rozpoznanie.** Powołując się na Bummsa, który w r. 1924 wykazał, jak wielki wpływ na rokowanie po operacji raka macicy zapomocą laparotomji na obecność paciorkowca chorobotwórczego w wydzielinie pochwy (z 4 operowanych, u których wykazano paciorkowca chorobotwórczego, zmarły 3; z 68 zaś operowanych, u których nie wykązano paciorkowca chorobotwórczego, zmarła tylko 1), przypomina autor, że już w r. 1911 zwracał uwagę ma konieczność badania bakterjologicznego wydzieliny pochwy przed każdą choćby najmniejszą operacją pochwową.

Materjał operacyjny autora z lat 24 (1900—1924) wykazuje:

Wśród 37 całkowitych wycięć macicy zapomocą laparatomji, gdzie wykazano paciorkowce chorobotwórcze w pochwie, 24% śmiertelności;

wśród 64 zaś takich samych operacyj, gdzie nie było paciorkowców chorobotwórczych, 3% śmiertelności.

Podobna różnica zachodziła przy całkowitem wycięciu macicy przez pochwę:

Wśród 61 całkowitych wycięć macicy przez pochwę, gdzie wykazano w pochwie paciorkowce chorobotwórcze, stwierdzono 18% śmiertelności;

wśród 215 zaś takich samych operacyj, gdzie nie znaleziono paciorkowców chorobotwórczych, stwierdzono 1,8% śmiertelności.

Jako sprawdzian chorobotwórczości paciorkowca uważa autor stwierdzenie hemolizy za niewystarczające, gdyż prócz niej odgrywa ważną rolę wielka ilość paciorkowców.

To doświadczenie radzi autor przenieść także do leczenia poronienia i sądzi, że tam, gdzie badanie wydzieliny pochwy stwierdzi obecność paciorkowców chorobotwórczych należy postępować zachowawczo przy poronieniu.

Przed operacjami zaś ginekologicznemi choćby najmniejszemi radzi autor w razie obecności paciorkowców chorobotwórczych w pochwie przeprowadzić wprzód leczenie w celu usunięcia paciorkowców.

R. Schroeder. **Czy można ustalić wskazania do badania przez pochwę w czasie porodu.** Stosownie do ogólnego prądu w położnictwie, dążącego do jak największego ograniczenia badania wewnętrznego, podnosi autor znaczenie i wartość badania zewnętrznego tudzież badania przez odbytnicę, przyznaje jednak, że badanie przez pochwę może być konieczne, jeżeli zapomocą badania zewnętrznego i odbytnicowego nie można zdobyć pewnego rozpoznania.

Także, gdy pęcherz płodowy pęknie przy nieustalonej główce; gdy drugi bliźniak nie rodzi się wnet po pierwszym bliźniaku; gdy poród nie postępuje naprzód w drugim okresie pomimo dobrych bólów; gdy wystąpi krwotok podczas porodu; wreszcie, gdy zachodzi konieczność wykonania operacji podczas porodu, wszędzie nie można się obejść bez badania przez pochwę.

Autor zastrzega jednak wyraźnie, że badanie przez pochwę może być uważane tylko jako ewentualne uzupełnienie badania zewnętrznego i przez odbytnicę.

H. H. Schmid. **Krwawienia z trąbek podczas miesiączki.** Autor opisuje przypadek wylania się krwi miesiączkowej przez trąbkę do jamy brzusznej wśród objawów, które przemawiały za pęknięciem ściany trąbki ciężarnej i krwotokiem do jamy brzusznej. Przy laparatomji trzeba było wykluczyć ciążę zewnątrzmaciczną, natomiast stwierdzono wylanie się krwi miesiączkowej do jamy brzusznej.

Przypadek ten razem z już ogłoszonemi innemi przypadkami potwierdza teorję Sampsona, według którego nietylko krew miesiączkowa ale także strzępy błony śluzowej trąbek i macicy mogą się dostawać przez trąbki do jamy brzusznej i usadowiwszy się na otrzewnej zatoki Douglas'a lub na jajniku bujać, co potwierdzają doświadczenia Jacobsona i Albrechta. Fakt ten może mieć znaczenie dla etjologji niektórych przypadków *Adenomyosis.*

S. Joseph i N. Rabou. **Przyczynek do krwawień nadnerczowych u noworodków.** Autorowie opisują następujący przypadek: Wieloródka (piąty poród), 46-letnia, urodziła siłami natury płód 3580 gr, 53 cm długi. Wytoczenie barków sprawiało trudności i udało się dopiero po ściągnięciu przedniego barku, płód lekko omdlały dał się łatwo docucić. W 13 godzin po porodzie wystąpiła lekka sinica na twarzy noworodka, która zmniejszyła się, gdy noworodek zaczął krzyczeć, w trzy godziny jednak potem wystąpiła duszność i w kilka godzin później noworodek zmarł.

Sekcja wykazała pod wątrobą, guz wielkości pięści — niebieskawo zabarwiony, dochodzący do linji środkowej, a ku dołowi sięgający do grzebienia kości biodrowej. Guz ten składa się z nerki i skrzepów krwi. Krew wylana pochodziła z nadnercza, na którego przedniej powierzchni znajduje się szparowate pęknięcie. Lewa nerka i lewe nadnercze bez zmian. Brak wszelkich objawów kiły u noworodka. Odczyn Wassermanna u matki ujemny. Badanie drobnowidowe wykazało rozszerzenie żył w prawem nadnerczu noworodka.

Autorowie przypuszczają, że krwawienie powstało w nadnerczu już podczas porodu z powodu zastoju w krążeniu żylnem, a dopiero później przyszło do pęknięcia torebki i wylania się krwi pozaotrzewnowo.

W piśmiennictwie znajdujemy tylko nieliczne przypadki krwotoków nadnercza, prawie zawsze przy porodach ciężkich lub operacyjnych, i dlatego trzeba przypuścić, że uraz gra główną rolę, lecz nie brak także przypadków krwawienia przy lekkich porodach, gdzie prawdopodobną przyczyną jest usposobienie krwotoczne.

A. S. (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich.

Zjazd odbył się w Krakowie w dniach 18 i 19 maja b. r. Organizacją Zjazdu zajmował się ten sam komitet, który urządził Zjazd przeciwgruźliczy. Równie jak ten ostatni, także Zjazd sanitarny zgromadził bardzo znaczną ilość uczestników ze wszystkich ziem Polski. Obrady odznaczały się wysokim poziomem rzeczowym i naukowym i były wyrazem nader żywo odczuwanej potrzeby poprawienia stosunków zdrowotnych w Państwie. Prezesem Zjazdu był dr. Wincenty Bogucki, naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego stołecznego miasta Warszawy.

Po wyborze prezesów i sekretarzów honorowych nastąpiły przemówienia powitalne.

Następnie odbyły się cztery posiedzenia, po których Zjazd uchwalił jednogłośnie następujące rezolucje:

Zjazd ponawia uchwały II. i III-go Zjazdu w sprawie organizacji służby sanitarnej i szpitalnictwa, zwracając szczególną uwagę na konieczność oddziałów szpitalnych dla chorób płucnych.

Zjazd ponawia uchwałę poprzednich Zjazdów o niezbędności stałego referatu sanitarnego przy Zarządzie Związku Miast.

Zjazd zwraca uwagę na konieczność uregulowania w całem Państwie sprawy zbierania statystyki przyczyn zgonów.

Zjazd zwraca się do samorządów miejskich, ażeby przy wydatkowaniu funduszów na cele sanitarne zwracały szczególną uwagę na te działy, które mają charakter zapobiegawczy, a więc na asanizację ogólną, na zaopatrzenie ludności w dobrą wodę w dostatecznej ilości, na walkę z chorobami społecznemi, na opiekę nad dzieckiem i macierzyństwem.

Zjazd stwierdza konieczność wprowadzenia na całym obszarze Rzeczypospolitej jednostajnego sposobu budżetowania wydatków miejskich, przyczem wydatki na cele sanitarne powinny być ujęte w dział odrębny o ustalonym zakresie i podziale, w miarę możności na zasadzie zamknięć rachunkowych, a nie preliminarzy.

Zjazd uchwala prosić Rząd o przyznanie miastom kresowym na cele asanizacji pomocy finansowej w formie długoterminowych pożyczek.

Zjazd z zadowoleniem przyjmuje do wiadomości sprawozdanie o stanie organizacji sanitarnej w mieście Łucku, stwierdza osiągnięte postępy i przesyła Samorządowi miejskiemu na ręce Pana Burmistrza gorące życzenia dalszej owocnej pracy w dziedzinie zdrowotności publicznej dla dobra Rzeczypospolitej.

Zjazd uprasza Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o przedstawienie na każdym Zjeździe Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich referatu o rzeczywistych wydatkach miast na cele sanitarne.

W sprawie szkolnej Zjazd uważa za konieczne przyśpieszenie budowy szkół, rewizję programów szkolnych dla odciążenia młodzieży, podniesienie wykształcenia higjenicznego nauczycieli i wprowadzenie instytucji higjenistek szkolnych.

Wobec dodatnich wyników stosowania szczepień ochronnych Zjazd zachęca do ich szerokiego stosowania i uprasza Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o zarządzenie wytwarzania szczepionek w dostatecznej ilości oraz wyszkolenia odpowiedniego personalu dla utworzenia kolumn szczepiących.

W sprawie opieki nad dzieckiem i macierzyństwem Zjazd uważa za sprawę pierwszorzędnej wagi walkę ze śmiertelnością niemowląt drogą propagowania konieczności karmienia piersią i umożliwienia matkom karmienia naturalnego. Zjazd wypowiada się za opieką otwartą nad oseskami w rodzinie pod kontrolą władz sanitarnych. Opiekę nad niemowlętami w zakładach zamkniętych uważa Zjazd za konieczną tylko w tych przypadkach, kiedy opieka otwarta jest niemożliwa. Tworzenie domów podrzutków w miastach wojewódzkich i w większych osiedlach jest konieczne, a przyjmowanie do tych zakładów ma być jawne.

Zjazd zwraca się zarówno do Władz państwowych, jak Samorządowych, o jak najwydatniejsze moralne i materjalne poparcie poczynań, mających na celu organizowanie stacyj opieki nad niemowlętami.

Zjazd uznaje za niezbędne jaknajszybsze ustawowe uregulowanie praw dzieci nieślubnych celem zniesienia wszelkich wyodrębnień.

Zjazd uznaje za konieczną ustawę o sądach dla nieletnich, oraz wyłączenie dzieci przestępczych z pod kompetencji władz więziennych, a oddanie ich opiece społecznej.

Zjazd uznaje za konieczną jednolitą ustawę o pomocy położniczej, oraz o szkołach położnych.

Zjazd uważa za niezbędne utworzenie przy Wszechnicach katedr higjeny społecznej.

Ze względu na wspólność zadań opieki nad zdrowiem publicznem i opieki społecznej Zjazd uznaje za celowe i konieczne połączenie spraw zdrowia publicznego ze sprawami opieki społecznej pod kierownictwem lekarza.

Wreszcie wybrano Komitet Wykonawczy, któremu zlecono staranie się o wykonanie powziętych uchwał.

C. i W.

Towarzystwo internistów polskich.

W czasie 11-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie odbędzie się 6-ty Zjazd Internistów Polskich, jako Sekcja tego Zjazdu. Tematy główne referatów podane są w 6. zeszycie P. Arch. M. W. Obecnie donoszę, że w niedzielę dnia 12-go lipca o godz. 12-tej rano odbędzie się w myśl statutu Walne Zebranie Tow. Int. P. w sali II. Kliniki Chor. Wew. (przy Szpit. Dz. Jezus), z następującym porządkiem dziennym:

1) Sprawozdanie Zarządu i Redakcji Archiwum za ubiegłe dwa lata.
2) Wybór Zarządu głównego, redaktora i Komisji Rewizyjnej.
3) Zatwierdzenie miejsca następnego Zjazdu.
4) Ustalenie głównych referatów na następny Zjazd.
5) Załatwienie wniosków przedstawionych przez Zarząd Główny lub członków Tow. (Co do ostatniego punktu według statutu wnioski członków muszą być na piśmie zgłoszone Zarządowi na 14-cie dni przed rozpoczęciem Zjazdu.

Wobec tego upraszam o zawiadomienie o tem członków Koła i o rychłe nadesłanie tematów głównych do rozpatrzenia Zarządowi. (Klinika Chor. Wewn. Szpit. Dz. Jezus).

Warszawa, 18 czerwca 1925. Prof. *Gluziński.*

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska we Lwowie.
Ostrzeżenie!

Izba rękodzielnicza we Lwowie przystępuje do zorganizowania Kasy majsterskiej. Zarząd Izby uchwalił zwrócić uwagę Kolegów, aby w utworzyć się mającej Kasie nie obejmowali posad bez porozumienia się z Izbą. We Lwowie, 18 czerwca 1925.

Zarząd Izby.

Brzeskie Stowarzyszenie lekarzy.
Ostrzeżenie!

Brzeskie Stowarzyszenie Lekarzy (ul. 3-go Maja 11) na Zebraniu Ogólnem dnia 16 czerwca r. b. uchwaliło ogłosić bojkot lekarzy już pracujących w tut. Pow. Kasie Chorych oraz i tych, którzy pracę w tej Kasie podejmą bez porozumienia się ze Stowarzyszeniem w trakcie trwania zatargu.

Dr. Manzon sekretarz. Podpis nieczytelny prezes.

Związek lekarzy P. P. Obwód łódzki.

W sprawie sprostowania dra Kłuszyńskiego w Nr. 20. P. Gaz. lek.

Od prezydjum Obwodu łódzkiego Związku lek. P. P. otrzymujemy pismo następujące:

Sprostowanie dra Kłuszyńskiego, lekarza naczelnego Kasy Chorych, ma jedną dla niego i dla Związku lekarzy dodatnią stronę — świadczy ono o tem, że dr. Kłuszyński liczy się z opinją publiczną i chciałby przed nią wykazać, że ze strony lekarzy obcokrajowców (patrz p. 4 spraw Związku Lek. o zlikwidowanym zatargu w nr. 3. „Czasopisma lek.") niema on nic wspólnego. Prawda jednak, której chce bronić dr. Kłuszyński, nakazuje siłą konieczności, stwierdzić, ile tej prawdy jest w artykule Zw. lek. P. P. O. Ł., rzekomo z „palca wyssanym". A zatem:

Prawdą jest, że lekarze obcokrajowcy zostali wezwani przez lekarza Naczelnego, dr. Kłuszyńskiego, pismem Wydziału Lecznictwa z dnia 28. 2. b. r. bez liczby dziennika, ale zato będącem w posiadaniu Związku. Pismo to, „bardzo pilne, dziś doręczyć" wzywało lekarzy obcokrajowców do zgłoszenia się do Wydziału Lecznictwa, o godz. 11-ej rano, dnia 3. i podpisane zostało własnoręcznie przez dr. Kłuszyńskiego. Zachodzi pytanie, w jakim celu lekarz Naczelny z pośród 230 lekarzy kasowych, z których nikt podczas zatargu nie przekroczył progów Wydziału Lecznictwa, wzywał właśnie trzech obcokrajowców? Cóż to za sprawa taka pilna? O czem wreszcie myślał dr. Kłuszyński, skierowując jednego z lekarzy, który zgłosił się do niego w tej sprawie, do swego podwładnego urzędnika, urzędującego w sąsiednim pokoju? Czy wobec tych wszystkich faktów, wobec posiadanych dokumentów, wobec zeznań ,zainteresowanych lekarzy ma sens „w imię prawdy" sprostowywać fakt wezwania lekarzy do Centrali Kasy chorych i osobistych z nimi rozmów?

Prawdą jest, że w sprawozdaniu Związku powiedziano, że lekarzom przybyłym na wezwanie do Wydziału Lecznictwa zagrożono w razie nieprzystąpienia do pracy w ciągu 24 godzin wysiedleniem z kraju. Prawdą, zbyt smutną jest — to prawdą. Nie powiedziano w sprawozdaniu Związku lekarzy, by dr. Kłuszyński osobiście im tem zagroził. Pocóż i w tym punkcie próbuje dr. Kłuszyński prostować i co właściwie prostować zamierza?

Ale, czy jest mu wiadomem, że obydwu lekarzom, skierowanym raz przez dr. Kłuszyńskiego, raz przez dr. Zylberstejna, jego zastępcę, do urzędnika Wydziału Lecznictwa, p. Sarny, tenże p. Sarna oświadczył, że, o ile wspomniani lekarze tego samego dnia do godz. 12. w południe do pracy nie przystąpią, grozi im wysiedlenie na mocy zarządzenia Komisarjatu Rządu? Czy jest mu wiadome, że przy rozmowach tych był obecny dr. Zylberstejn, który „doradzał" wspomnianym kolegom we własnym ich interesie nie zwlekać ani doby nawet z przystąpieniem do pracy? Czy jest mu wiadome, że w żądaniu pokazania im na piśmie wspomnianego rozporządzenia Komisarjatu Rządu odmówiono — dla tej prostej przyczyny, że takiego rozporządzenia wogóle nie było? A o ile mu to wszystko jest wiadome, to kto właściwie jest odpowiedzialny za to ,co oświadczono lekarzom obcokrajowcom w Centrali Kasy chorych, w pokoju nr. 32. Wydziału Lecznictwa dnia 2. III. przed południem? Czy został ktoś pociągnięty do odpowiedzialności za tak dziwne „przekroczenie władzy".

Ale są szczegóły jeszcze jaskrawsze:

1. Czy dr. Kłuszyński przypomina sobie, że jeden z wymienionych przez niego lekarzy, po rozmowie z wspomnianym urzędnikiem S., zgłosił się do niego, prosząc o pozwolenie przystąpienia do pracy nie tego samego dnia o godz. 12-ej, jak żądano od niego, lecz po dwóch — trzech dniach (celem dania mu możności porozumienia się ze związkiem) i uzyskał na to jego zgodę? Czy dr. Kłuszyński przypomina sobie, że zapytany przez tegoż lekarza, czy takie rozporządzenie władz administracyjnych zostało faktycznie wydane, potwierdził to?

A więc była osobista rozmowa i wiedza o wydanem zarządzeniu.

2. Czy dr. Kłuszyński przypomina sobie, że w tym dniu na telefoniczne zapytanie dr. Arcta odpowiedział, że otrzymał on, dr. Kłuszyński, telefoniczną informację od Komisarza Rządu, że „lekarze obcokrajowcy nie mają prawa strajkować", że w ciągu „2—3 dni musi być dana odpowiedź". Ta telefoniczna rozmowa prowadzona była w obecności drugiego z przytoczonych lekarzy w gabinecie dyrektora — dr. Arcta.

Wreszcie w sprawie samych deklaracyj:

Wobec tego, iż zwrot o „złożeniu" przez wspomnianych lekarzy deklaracji na ręce dra Kłuszyńskiego mógłby nasunąć przypuszczenie, że lekarze ci sami z własnej inicjatywy złożyli przytoczone deklaracje, stwierdzić należy, że lekarze ci zostali w tym celu specjalnie wezwani do Wydziału Lecznictwa i stwierdzili jedynie, że dr. Kłuszyński osobiście nie groził im wysiedleniem, przyczem prawdopodobnie przez omyłkę w odpisie de-

klaracji dra Trachtenherca nie zostało umieszczone słowo „osobiście“, widniejące w oryginale; zgodne jest to zatem z przedstawionym przez nas stanem rzeczy.

Wszystkim świadomym zdawało się, że jedynem wyjściem dla dra Kłuszyńskiego będzie dążenie do zatarcia w pamięci społeczeństwa lekarskiego tego smutnego postępku. Ze zdziwieniem widzimy, że dr. Kłuszyński z własnej woli wywołuje komentarze, które podkreślają wartość etyczną jego postępku.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Rektorem Uniwersytetu Jana Kazimierza na rok 1925/26 został wybrany dr. Porębowicz, profesor Wydziału humanistycznego. Dziekanem Wydziału lekarskiego profesor dr. R. Rencki.

Warszawa.

x Wybory w Uniwersytecie Warszawskim Na rektora na rok akademicki 1925—26 wybrano dr. St. Pieńkowskiego, prof. zw. fizyki, prorektorem został prof. Krzyształowicz, dotychczasowy rektor. Na dziekana wydziału lekarskiego powołano prof. Czyżewicza, na delegata do senatu prof. Nitscha.

x Na stanowisko szefa sanitarnego Polskiego Czerwonego Krzyża powołano prof. Leona Kryńskiego.

x Uczczenie p. Curie. Prezydjum Warszawskiej Rady Miejskiej i Magistratu zgłosiło wniosek, aby dla uczczenia zasług p. Marji Skłodowskiej-Curie nadać jednej z ulic, która powstanie w sąsiedztwie Instytutu radowego, nazwę jej imienia. Wniosek ten przyjęto jednogłośnie.

x Nowe dyplomy. Na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego otrzymali dyplomy doktora wszech nauk Lekarskich: pp. Borajkiewicz Michał, Danejko Aleksandra Emilja, Iliński Aleksander, Klukowski Jan, Kostić Bożydar, Korzyński Kazimierz, Lewicka Eugenja, Majkowski Franciszek, Mikolejt Aniela Wacława, Tybowska Wanda Eugenja urodzona Stankiewicz, Zasztowt Jadwiga.

x Projekt statutu Towarzystw przeciwgruźliczych. Gen. dyr. służby zdrowia opracowała i przesłała pp. wojewodom projekt normalnego statutu Towarzystw przeciwgruźliczych w celu zebrania opinji czynników urzędowych i społecznych, któreby podjęły się zorganizowania i uruchomienia terytorjalnych Towarzystw przeciwgruźliczych na terenach poszczególnych województw. Po zebraniu opinij i ewentualnem wprowadzeniu poprawek, projekt ten zostanie przez ministerjum spraw wewn. zatwierdzony, jako statut wzorowy.

x Nowy Szpital miejski. W związku z restytucją fundacji warsztatów rzemieślniczych imienia Staszyca, wydział opieki społecznej magistratu st. m. Warszawy przystępuje do budowy nowego szpitala, zamiast szpitala wolskiego, mieszczącego się dotychczas w gmachu fundacji Staszyca przy ul. Wolskiej. Nowy szpital ma być wybudowany poza miastem, w Młocinach lub na terenie folwarku rakowieckiego, i obliczony na 1500 miejsc. Dla opracowania szczegółowego projektu technicznego i dla rozpoczęcia robót Wydział opieki społecznej występuje do magistratu o wstawienie do budżetu miasta na r. 1926 odpowiednich funduszów.

Zmarli.

Dr. Leon Wachtel, lekarz chorób dzieci, zmarł w 71 r. życia we Lwowie.

Margaryta Nagiel-Zieleniewska, lekarz sekcji higjeny szkolnej m. Warszawy, b. lekarz wojskowy, zmarła w Warszawie d. 18 czerwca 1925 r.

L. 2655/25 **Konkurs.**

na stanowisko lekarza szpitalnego w Żółkiewce z uposażeniem według VIII kat. płac urzędników państwowych. Wiek wymagany od kandydatów do lat 50. Wolna praktyka dozwolona. Bliższe warunki do omówienia.

Termin składania ofert do dnia 15-go lipca r. b.

L. 10?5/25. **Konkurs.**

Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Nadwórnej rozpisuje niniejszem konkurs na lekarza rejonowego z siedzibą w Mikuliczynie, obznajomionego z położnictwem. Płaca IX. st. urzędników państwowych wraz z wszelkiemi dodatkami, posada natychmiast do objęcia.

Podania należy wnosić do dnia 30. lipca 1925 włącznie, z tem, że odmownie załatwione zostaną bez odpowiedzi.

Dyrektor kasy: w/z. *Czerkawski* m. p. Komisarz rządowy: inż. *Wojciechowski* m. p.

Konkurs.

Wydział Powiatowy Sejmiku Prużańskiego ogłasza konkurs na posadę lekarza rejonowego-kierownika przychodni w Bezezie-Kartuskiej. Do powyższego stanowiska przywiązane są pobory VII. grupy płac urzędników państwowych.

Od kandydatów wymagane jest obywatelstwo Polskie oraz kilkuletnia praktyka lekarska.

Oferty wraz z życiorysem, odpisem dyplomu i świadectw dotychczasowej pracy należy nadsyłać do Wydziału Powiatowego Sejmiku w Prużanie woj. Poleskie.

Posada do objęcia od 15-go sierpnia.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
(—) *St. Boguszewski.*

L. 3074/Z. P. **Konkurs.**

W Równem i Kowlu Województwa Wołyńskiego są do obsadzenia stanowiska pomocników Lekarzy powiatowych w VIII st. sł.; życzący ubiegać się o to stanowisko powinien złożyć do dnia 15 lipca r. b. podanie na imię Pana Wojewody Wołyńskiego w Łucku z dołączeniem w oryginałach lub uwierzytelnionych odpisach następujących dokumentów:

1. dyplomu lekarskiego,
2. metryki urodzenia,
3. dowodu przynależności,
4. świadectwa zdrowia,
5. świadectwa stosunku do wojskowości,
6. referencyj z poprzednio zajmowanych stanowisk,
7. własnoręcznie napisanego curriculum vitae.

Za Wojewodę:
(—) *Dr. St. Szaniawski*
Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego

L. X/030/581/25. **Konkurs.**

W okręgu Dyrekcji Kolei Państw. w Poznaniu jest jeszcze 18 wolnych posad lekarzy rejonowych z uposażeniem VII grupy b. urzędn. państw. W każdym rejonie, prócz Poznania, otrzyma lekarz mieszkanie skarbowe. Przyjęcie narazie kontraktowo, później etat. Obowiązek: leczenie etatowych pracowników i ich rodzin w urządzonych ambulatorjach (stale 2-4 godzin dziennie) w cięższych wypadkach na wezwanie w domu chorego.

Podania wnosić do 15/VII, załączając:

1. świadectwo obywatelstwa,
2. dyplom lekarski,
3. poświadczenie najmniej 2 letniej praktyki, szczególnie położnej i chirurgicznej,
4. życiorys.

Dyr. Kol. Państw. Wydział Sanitarny
w Poznaniu

Konkurs.

W Wydziale Sanitarnym Dyrekcji Kolei Państw. w Warszawie są do obsadzenia dwie posady: etatowego lekarza rejonowego z miejscem zamieszkania w Ząbkowicach (Województwo Kieleckie, powiat Będziński) z uposażeniem według grupy VII szczebla „a“ Ustawy z dnia 9/X. 1923 r. (Dz. R. P. Nr. 116 z r. 1923 poz. 924) wraz z dodatkami (oprócz za studja wyższe) i mieszkaniem służbowem za opłatą ustalonego czynszu, oraz posada kontraktowego lekarza rejonowego Kolei Wąskotorowych z miejscem zamieszkania w Sompolnie (Województwo Łódzkie, powiat Kolski) z uposażeniem według grupy VII. szczebla „a“ wyżej wymienionej ustawy wraz z dodatkiem regulacyjnym i ekonomicznym bez wszelkich innych dodatków.

Ubiegający się o te posady winni posiadać nie więcej, jak 40 lat wieku, oraz wykazać się: 1. metryką urodzenia, 2. dowodem obywatelstwa polskiego, 3. dyplomem lekarskim, 4. świadectwami o poprzedniej pracy, 5. dokumentem stwierdzającym stosunek do wojska, 6. curriculum vitae.

Podania z dołączeniem powyżej wymienionych dokumentów należy wnosić do 1. sierpnia r b. do Wydziału Sanitarnego Dyrekcji Kolei Państwowych w Warszawie (ul. Bracka Nr. 18).

Nr. 28. 12. lipca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

XII Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich z życzeniami owocnej pracy numer ten poświęca

REDAKCJA

Spotęgowanie i skupienie pracy wszystkich przyrodników i lekarzy polskich zapomocą Zjazdów naukowych, rozpoczętych w roku 1869, wydaje się, w zestawieniu z tą datą, pomysłem związanym z hasłem pracy organicznej, z programem odzyskania samodzielnego bytu państwowego na podwalinach postępu kulturalnego i ekonomicznego, skoro ostatni poryw orężny w roku 1863 zawiódł nadzieje. W rzeczywistości jednak pomysł stworzenia Zjazdów wyprzedził i programy powstańcze i samo nawet powstanie. Zanim jeszcze po pogromie nadszedł najgorszy okres niewoli, zanim każdy z zaborców ostatecznie począł się wysilać, by na swoją modłę przerobić umysły i skazić dusze polskie, już czujnie, niemal genjalnie przewidująca myśl wielkiego patrjoty pracowała przeciw rozłamowi inteligencji narodu na trojakich Polaków, przeciw scudzoziemczeniu młodego ruchu naukowego. Zaczynając od najbliższego sobie odłamu, przeczuwając, że za nim pójdą z czasem inne, prawnicy, historycy, technicy, podał Adrjan Baraniecki pomysł ogólnopolskich Zjazdów lekarsko-przyrodniczych już w r. 1861.

Jednakże pomysł nierychło mógł się spełnić, nawet gdyby kraj pozostał był w spokoju. Chociaż bowiem pomysł wyszedł od współzałożyciela Towarzystwa lekarzy polskich w Paryżu i polskiego Stowarzyszenia lekarzy podolskich, to jednak był to niezbyt jeszcze znany, młody, 33-letni lekarz, pracujący na skromnem stanowisku w zapadłem miasteczku kresowem, w Jarmolińcach. A już nadciągała burza, która i Baranieckiego miała oderwać od warsztatu i po bohaterskich wysiłkach i dla niego skończyć się tułactwem. Tymczasem pomysł Baranieckiego zyskiwał zwolenników, w r. 1866 poparła go powaga profesora Girsztowta. Ale dopiero, gdy Baraniecki wrócił do kraju i w r. 1868 osiadł w Krakowie, gdy sam mógł koło sprawy się zakrzątnąć, idea stała się czynem. Spełnieniu zamiarów sprzyjała zmiana stosunków politycznych, początek ery konstytucyjnej w państwie austrjackiem, pozwalający lżej odetchnąć Małopolsce i odrazu zwołać Zjazd do Krakowa.

Od tego czasu przygotowano Zjazdów dwanaście, w rzeczywistości odbyło się tylko dziesięć. Dwukrotnie bowiem udaremnił Zjazdy w Poznaniu zakaz Prusaka. Drugi Zjazd, który miał się tam zebrać już w rok po pierwszym, odwleczony przez wojnę francusko-pruską, potem przez wybuch cholery, ostatecznie został przez rząd zaborczy udaremniony. Temuż losowi uległ Zjazd VIII, zakazany w ostatniej chwili, ale zaliczony do historji Zjazdów, bo pozostawił po sobie bogaty plon piśmienniczy. Tylko jedyny Zjazd w r. 1884 doszedł do skutku w stolicy Wielkopolski. Rosja nie dopuściła ani razu do Zjazdu w Warszawie. We Lwowie odbyły się cztery Zjazdy (1875, 1888, 1894, 1907), w Krakowie pięć (1869, 1891, 1881, 1900, 1911). Liczebny udział w Zjazdach wzrastał szybko. Na pierwszym Zjeździe było tylko 263 uczestników, na ostatnim, krakowskim, 1302; tylko Zjazd poznański z r. 1884 był mniej liczny od poprzedniego, lwowskiego. Wzrastała też bardzo szybko liczba i wartość wygłaszanych na Zjazdach wykładów, na ostatnich Zjazdach brakowało już czasu na ich pomieszczenie w krótkim okresie obrad pomimo mnożenia oddziałów (sekcyj) Zjazdu. Liczba tych oddziałów doszła na X. Zjeździe we Lwowie w r. 1907 nawet 27, rozdrabniając przez to tak znacznie prace zjazdowe, że postanowiono wówczas zmniejszyć w przyszłości liczbę oddziałów i na XI. Zjeździe istotnie też ograniczono ją do 15

Gdyby nawet wartość naukowa Zjazdów w jakimkolwiek dziale wiedzy dała się dokładnie wymierzyć, to jednak miary takiej niemożnaby zastosować do polskich Zjazdów przyrodniczo-lekarskich; bez względu na to, jakby wypadło porównanie ich ze Zjazdami zagranicznemi, były one poprostu bezcenne dla rozwoju nauki p o l s k i e j, dla sprowadzenia do wspólnego łoża prądów, oddziałujących z różnych stron i szkół na umysłowość naszą, dla rozbudzenia zaufania do sił własnych, i, co nie najmniejsza, dla zatarcia różnic, żłobionych przez zabory, dla wzmocnienia węzłów, przez te zabory rozrywanych. Każdy Zjazd lekarzy i przyrodników łączy się w polskiem piśmiennictwie naukowem z okresem wielkiego ożywienia i pogłębienia; naodwrót, przedłużanie się przerw między Zjazdami odbija się zaraz szkodliwie na ilości i jakości naszej twórczości naukowej. Wysuwanie na czoło obrad w sekcjach takich zagadnień, jakie właśnie i na zachodzie

były na porządku dziennym, nie pozwalało pozostawać w tyle za postępami zagranicznemi, a wielokrotnie rozpatrywaniem ważnych zagadnień powiodło się Zjazdom naszym nawet wyprzedzić Zjazdy obce. Przedmioty wykładów na posiedzeniach ogólnych Zjazdów, wygłaszanie tych wykładów przez uczonych polskich, mających światową sławę, — były z jednej strony dowodem na zewnątrz, że mimo trudnych warunków nauka polska dotrzymuje kroku w ogólnym pochodzie wiedzy, a z drugiej strony, dla nas samych, stwierdzeniem naszych sił i krzepiącą nadzieją na przyszłość. Zjazdy mogą się też pochlubić, że umiały ocenić dzieło swych przodowników *).

Zadania, wytyczone w pierwszej swej „Ustawie" z r. 1869, Zjazdy nietylko spełniły, ale stopniowo rozszerzyły poza pierwotne szranki, obejmując swemi obradami zagadnienia społeczno-higjeniczne. W tym zakresie wskazały Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich drogę ogółowi i sprawiły, że pomimo trudności, leżących w stosunkach politycznych, nie pozostały w kraju odłogiem wychowanie fizyczne, walka z gruźlicą, walka z alkoholizmem.

Kataklizm światowy przerwał pracę Zjazdów na całe lat dziesięć, ale nie zmienił ich zadań. W zmartwychwstałej Polsce tem silniej zmierzać muszą Zjazdy do swoich celów, im większym jest wyłomem ta przerwa w ich pracy, im potrzebniejsza jest samodzielność naukowa narodom wolnym i im skuteczniejsza jest praca w Państwie własnem. Przesunął się tylko wzajemny stosunek zadań Zjazdów. Zatarcie postronnych rozbieżnych wpływów, wyrównanie różnic dzielnicowych, postępuje teraz bez przeszkód, coraz szybciej i szerzej, pod działaniem najpotężniejszego czynnika, jakim jest niezależność polityczna Wprawdzie rola Zjazdów w tym zakresie nie skończyła się jeszcze, ale staje się ona podrzędną. pomocniczą. Na czoło natomiast wysuwa się wpływ Zjazdów na postęp nauk lekarskich i przyrodniczych, na rozwój medycyny praktycznej i higjeny społecznej. Polskie Zjazdy stawać się będą coraz bardziej przeglądem naszych własnych zdobyczy na tych polach, sprawdzianem ciągłości i pogłębienia pracy i ustawiczną do niej podnietą. Stopniowo utoruje sobie drogę przekonanie, że Zjazdy muszą w tym celu odbywać się częściej, niż dotychczas, a w stałych, regularnych odstępach. Utracą przez to zapewne wiele zewnętrznej świetności, wyzbędą się cech rzadkich, świątecznych uroczystości, a wezmą sobie za hasło, jak w całym świecie, przedewszystkiem wyzyskanie czasu na bezpośredni pożytek nauki i społeczeństwa. Dziś przedwcześnie zapewne na tę zmianę, dotychczasowa tradycja zbyt silna. Ale myśl, rzucona przez samego twórcę Zjazdów, myśl, która pragnęła zgromadzić drugi Zjazd już w rok po pierwszym, sama przez się dojrzeje kiedyś w czyn.

Zjazd XII nie odbiegnie więc od swych poprzedników ani zadaniami, ani treścią obrad, ani nawet nie zmieni wiele szaty zewnętrznej. A jednak, będzie zdarzeniem nigdy jeszcze nie przeżytem, będzie prawdziwie chwilą osobliwą. Osobliwą, bo od poprzednich oddziela go przepaść tak głęboka, jak niewolę od wolności. Osobliwą, bo po wyrwie w szeregach pracowników, tak przerzedzonych bojem orężnym i ofiarami zarazy, złączy dwa odległe już od siebie pokolenia: pokolenie okute w powiciu, a zachodzące już w przeszłość, z tem pokoleniem, które wchodzi w życie bez więzów ducha, a które dopiero budować ma przyszłość. Osobliwą, bo młodym zastępom przyrodników i lekarzy polskich przekazać ma spuściznę wiernej służby dla nauki i narodu i żywy jeszcze płomień, zażegnięty trwożną, przewidującą miłością, a z pokolenia w pokolenie podawany i chroniony jak świętość.

Jakoby żeglarze, spracowani długą żeglugą, oddadzą ci, co wnet może już odejdą, Wam, przychodzącym, i łódź i ster i wiosła. Obyż Was wiodły one, po bezmiernem morzu nauki i pracy dla Ojczyzny, zawsze ku prawdzie i dobru!

Stanisław Ciechanowski.

*) Wystarczy jeden przykład. Kiedy znakomita nasza rodaczka, Marja Skłodowska-Curie, wnet po dokonaniu swych przełomowych odkryć przedłożyła ich wyniki IX. Zjazdowi, Zjazd ten uchwalił, łamiąc przyjęty zwyczaj, ogłosić wykład »O nowych ciałach promieniotwórczych« w całości natychmiast w dzienniku swoim, wydawanym podczas Zjazdu.

Prof. Dr. Witold ORŁOWSKI, Kraków.
dyrektor kliniki medycznej U. J.

W sprawie badania wydzielniczej czynności żołądka u ludzi.

Jakkolwiek ze zgłębnikowaniem żołądka przez poszczególnych lekarzy spotykamy się już na początku ubiegłego stulecia (Renaud[1]) 1813, Cooper[1]) 1823), a nawet jeszcze wcześniej (Réaumur[2]) 1752 r.), to jednak nauka o chorobach żołądka, zawdzięczająca bardzo dużo użyciu zgłębnika do badania czynności żołądka, zaczęła się rozwijać dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia, dzięki Kussmaul'owi, Leube'mu, Riegl'owi, Ewald'owi i Boas'owi w Niemczech, Sée, Hayem'owi i Winter'owi we Francji oraz W. Jaworskiemu, E. Korczyńskiemu i Reichmanowi w Polsce. Prace tych uczonych rzuciły dużo światła w dziedzinie fizjologji i patologji żołądka. Jeszcze bardziej rozszerzyły i pogłębiły naszą wiedzę w tym zakresie znakomite prace Pawłow'a[3]) i jego uczniów, które wykryły przedewszystkiem zasadnicze cechy wydzielniczej czynności żołądka. Dziś badanie wydzielniczej i wydalającej czynności żołądka postąpiło tak bardzo, że należy już do codziennych zadań praktycznego lekarza. Dziwnem więc zdawałoby się zabieranie dziś głosu w sprawie badania czynności żołądka, zwłaszcza wydzielniczej. A jednak już, nieustające do ostatniej chwili, usiłowania zastąpienia klasycznego próbnego śniadania Ewald-Boasa śniadaniem o innym składzie wymownie świadczą, że nie wszystko, co dotychczas uzyskaliśmy, przynajmniej w dziedzinie wydzielniczej czynności żołądka, nas zadowala. Niemniej uprawnia do ponownego poruszenia sprawy wydzielniczej czynności żołądka i do dalszych prac nad nią także niedostateczne rozpowszechnienie się w świecie lekarskim niektórych, nawet zasadniczych faktów, dotyczących wydzielania soku żołądkowego. Dla przykładu wspomnę tu, że nawet w najnowszym znakomitym podręczniku chorób żołądka Boas'a[4]) z r. 1925 czytamy o mechanicznem drażnieniu śluzówki żołądka pokarmami, jako o bodźcu dla jego czynności wydzielniczej, pomimo, że klasyczne doświadczenia Pawłow'a i jego uczniów na psach oraz doświadczenia Schüle'go[5]) i Gurewicza[6]) na ludziach już dawno obaliły te twierdzenia. Zarówno Boas, jak i inni badacze, nie rozumieją też dostatecznie, jak się zdaje, znaczenia aktu żucia dla wydzielniczej czynności żołądka ani przedewszystkiem wpływów psychicznych. Boas mówi o wpływach psychicznych tylko zbyt ogólnikowo, jako o »czynnikach, które wywierają wpływ większy, niż przypuszczaliśmy dotychczas«, chociaż prace Pawłowa i jego szkoły na psach, a Buławincew'a[7]), Grandauer'a[8]) i innych na ludziach dowiodły niezbicie, że są to czynniki, działające potężnie na pracę wydzielniczą gruczołów żołądkowych.

To nieustalenie pewnych doniosłej wagi pojęć w umysłach nawet wybitnych lekarzy, którym zawdzięczamy niejedną zdobycz w zakresie fizjologji i patologji żołądka, skłania mnie do poruszenia na podstawie własnych badań niektórych zagadnień, dotyczących wydzielniczej czynności żołądka u ludzi.

Jak wiadomo, badanie wydzielniczej czynności żołądka uczyniło wielki krok naprzód dopiero od czasu, gdy Ewald i Boas po spopularyzowaniu zgłębnika żołądkowego przez Kussmaul'a wprowadzili do badań nad żołądkiem klasyczne śniadanie z 35 gr białego chleba i 400 cm^3 wody lub herbaty bez cukru. Po upływie godziny wydobywali Ewald i Boas wygniatywaniem lub aspiracją treść żołądkową i z jej właściwości wysnuwali wnioski o wydzielniczej czynności żołądka. Wpływ tych uczonych na umysły lekarzy był pod tym względem tak potężny i rozległy, że ta metoda postępowania szybko się rozpowszechniła i utrzymała się do dnia dzisiejszego. Nie znajdują natomiast do ostatniej chwili należytego posłuchu głosy nawołujące, że zbadanie soku żołądkowego w godzinę po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa niekoniecznie daje najwyższe wartości ogólnej kwaśności (dla skrócenia będę niżej ją oznaczać znakiem A) oraz wolnego kwasu solnego (będę go oznaczać znakiem L); co więcej, nie daje ono żadnego pojęcia o przebiegu wydzielania żołądkowego. To też przez dłuższy czas ukazują się w piśmiennictwie tylko odosobnione próby poznania przebiegu wydzielniczej pracy żołądka. Badacze postępują zwykle w ten sposób, że badany otrzymuje przez szereg dni, dzień po dniu naczczo śniadanie próbne, natomiast treść żołądkową wydobywa się co dnia o 15 min. później, niż dnia poprzedniego. Jako jedni z pierwszych stosowali tę metodę przygodnie w r. 1885 A. Gluziński i W. Jaworski[9]) we wspólnej pracy nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądku ludzkim, oraz A. Gluziński[10]) w r. 1886 w pracy nad wpływem alkoholu na czynności żołądka w stanach fizjologicznych i patologicznych ustroju u ludzi. Ówczesna krakowska klinika medyczna nie nadawała jednak tej metodzie postępowania jakiegoś szerszego znaczenia. Przynajmniej w drugiem wydaniu znakomitego podręcznika chorób żołądka prof. W. Jaworskiego z r. 1899 w rozdziale »o badaniu czynności żołądka« mówi autor wyraźnie o badaniu miazgi pokarmowej, wydobytej z żołądka tylko naczczo i na wysokości trawienia, a wcale nie wspomina o frakcyjnej metodzie postępowania. Frakcyjną metodę badania treści żołądkowej stosowali później, lecz także tylko doraźnie: Schüle[11]), Pfaundler[12]), Sick[13]), Hayem[2]), Lion[2]), Forschbach[14]), w ostatnich latach Gregersen[15]), Böhnheim[16]) i inni. Rozpowszechnieniu się tej metody przeszkodził nie tylko brak zrozumienia jej doniosłości, lecz i jej uciążliwość dla badanego chorego, która wynika z konieczności połykania co 15 min. jednego dnia (Schüle, Pfaundler, Sick i inni) albo raz na dzień, ale przez szereg dni (Forschbach, Gregersen[15]) i in.) grubego zgłębnika, którym posługuje się dotychczas dla wydobywania treści żołądkowej przeważna większość lekarzy. Dopiero wprowadzenie zgłębników cienkich umożliwiło badania przebiegu pracy wydzielniczej gruczołów żołądkowych u ludzi.

Własne badania w tym kierunku rozpocząłem jeszcze w klinice diagnostycznej Uniw. Kazańskiego, jako jej dyrektor, w r. 1908, posługując się zgłębnikiem gumowym o świetle 2 mm. Zgłębnik taki badani szybko uczą się połykać bardzo łatwo bez ruchów wymiotnych i, nie wyjmując go z żołądka, pozostają swobodni przez cały czas badania. U niektórych zgłębnik wywołuje dość obfite wydzielanie śliny. W tych przypadkach polecam badanemu, aby śliny nie połykał, lecz odpluwał. Przez cienki zgłębnik, wprowadzony do żołądka, co 15 min. aspiruję pewną porcję treści żołądkowej, dostateczną do rozbioru, i prowadzę samo badanie tak długo, aż wydzielanie soku żołądkowego ustanie. Nie obawiam się przy tem możliwości wydzielania soku na tle mechanicznego drażnienia żołądka zgłębnikiem, prace bowiem szkoły Pawłow'a na psach, oraz Schüle'go i Gurewicza na ludziach dowiodły, że nawet rozległe mechaniczne podrażnienia śluzówki żołądka nie wywołują wcale wydzielania soku żołądkowego. W ten sposób otrzymuję tegoż dnia, nie przyczyniając badanemu przykrości, jak to bywa w razie konieczności częstego połykania grubego zgłębnika, szereg porcyj treści żołądkowej i na podstawie ich badania kreślę krzywą A, L oraz luźnie związanego (C) kwasu solnego. Przez stosowanie cienkiego zgłębnika unikam też ruchów wymiotnych, tak częstych, gdy używa się zwykłych zgłębników. Ta okoliczność ma niewątpliwie duże znaczenie, ruchy bowiem wymiotne mogą łatwo wrzucać do żołądka treść dwunastnicy i wskutek tego stwarzać w żołądku sztuczne stosunki. Jako próbne śniadanie stosowałem przez długi czas śniadanie Ewald-Boasa. Na podstawie doświadczenia muszę stwierdzić, że treść żołądka po tem śniadaniu aspiruje się w przeważnej większości przypadków dość łatwo. Czasami, zwłaszcza w przypadkach z niedokwaśnością i z brakiem wolnego kwasu solnego, zdarza się zatkanie zgłębnika treścią żołądkową, lecz w wielu przypadkach łatwo je usunąć, wdmuchując przez zgłębnik strzykawką trochę powietrza. Tam, gdzie ten zabieg nie wiedzie do celu, należy zgłębnik wydobyć i po oczyszczeniu ponownie wprowadzić do żołądka. Taka konieczność zdarza się, jak wiadomo, także i przy używaniu zwykłych zgłębników.

Z zadowoleniem muszę dziś podnieść, że od czasu, gdy zacząłem używać cienkich zgłębników i stosować powyższą metodę frakcyjnego badania treści żołądkowej, zrozumienie wyższości takiego postępowania zaczęło się rozszerzać. Idzie to jednak wciąż jeszcze bardzo powoli, albowiem i dziś rozpowszechnienie się tej metody jest jeszcze zbyt małe w porównaniu do jej doniosłości. Największe zrozumienie znalazła ona w ostatnim czasie w Ameryce, gdzie dopomogło do tego wprowadzenie przez Einhorn'a cienkich zgłębników dwunastniczych. Istotnym pionerem, który dużo przyczynił się tu do rozpowszechnienia się tej metody, jest niezawodnie Rehfuss[17]). W Niemczech takąż rolę starali się odegrać w ostatnich czasach Ehrenreich[18]), Skaller[19]) i inni.

Pomimo wszystkich tych prac, ogół lekarzy traktuje frakcyjną metodę badania żołądka wciąż jeszcze po macoszemu. Tymczasem jest to zgoła niesłuszne, metoda ta bowiem przynosi lekarzowi nieraz duże korzyści. Przedstawiając wyniki tej metody poniżej, opierać się będę tylko na własnych badaniach.

Otóż, o ile chodzi o osoby ze zdrowym żołądkiem, z badań moich, przeprowadzonych metodą frakcyjną na 30 osobach w wieku młodym wynika, że najwyższy poziom A i L w przeważającej większości przypadków, bo w 90%, przypada po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa na koniec pierwszej godziny. Sok jednak w żołądku można wykazać zwykle i w ciągu drugiej godziny; dopiero po upływie 2 godzin ze zdrowego żołądka już nic wydostać się nie udaje. Najwyższe wartości dla A soku żołądkowego po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa, które otrzymałem u zdrowych, wynoszą 51—62, dla L 17—44.

O wiele ciekawsze wyniki uzyskałem frakcyjną metodą w przypadkach schorzeń żołądka organicznych lub w jego zaburzeniach czynnościowych. Jako najczęstsze zaburzenie spostrzegałem tu przedłużenie czasu trwania wydzielania soku żołądkowego *(secretio prolongata)* do 3—4 i więcej godzin. W jednych przypadkach, zwłaszcza u chorych na wrzód żołądka lub dwunastnicy przebiega ono ze wzmożonem wydzielaniem wolnego kwasu solnego, w innych z prawidłową jego ilością. Interesującą jest rzeczą, że do najwyższego poziomu L zarówno tam, jak i tu, dochodzi nieraz dopiero w 1½—2 godzin lub nawet później po próbnem śniadaniu. Tu więc zwykłe badanie w godzinę po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa nie daje prawidłowego obrazu wydzielania żołądka nie tylko co do czasu trwania wydzielania, lecz i co do stopnia tego wydzielania. O wiele rzadziej zdarzają się przypadki, w których pierwsze porcje soku żołądkowego wykazują niski poziom A i L i tylko śledzenie wydzielania przez kilka godzin wykrywa, że te przypadki z pozorną niedokwaśnością lub nawet brakiem L są w rzeczywistości przypadkami z prawidłową lub nadmierną ilością L, tylko ten kwas solny zjawia się stosunkowo późno, dochodząc do najwyższego poziomu dopiero po 2½—4 godz. *(supersecretio tardiva)*. I te przypadki nie dadzą się, rzecz prosta, wykryć zwykłem badaniem treści żołądkowej w godzinę po śniadaniu Ewald-Boasa. Frakcyjna metoda badania treści żołądkowej nie tylko je wyjaśnia, lecz i dobrze tłumaczy zjawianie się t. zw. późnych bolów w niektórych przypadkach schorzeń żołądka lub dwunastnicy, gdzie w godzinę po śniadaniu Ewald-Boasa treść żołądka ma własności prawidłowe lub wykazuje wartości dla A i L nawet niżej poziomu prawidłowego, a w późniejszym okresie zawiera nadmiar wolnego kwasu solnego. Badanie w godzinę po śniadaniu Ewald-Boasa nie daje prawidłowego pojęcia o wydzielniczej pracy gruczołów żołądka i w tych przypadkach w których A i L osiągają najwyższy poziom już w pierwszej połowie pierwszej godziny, a następnie szybko ubywają.

Wreszcie w toku moich badań przytrafiły mi się 4 przypadki bardzo interesującego zaburzenia wydzielniczej czynności żołądka, mianowicie wydzielanie soku trwało do 4 lub 5 godz., wykazując w każdym przypadku krótkotrwałe dwa lub trzy wysokie poziomy dla A i L z obniżeniem zarówno A, jak i L, po każdem z tych wzniesień. To zaburzenie, którego zwykła metoda badania treści żołądkowej nie może wykryć, spostrzegałem też raz u psa z wyosobnionym małym żołądkiem według metody Heidenhain-Pawłowa, gdy w trakcie moich doświadczeń podałem zwierzęciu 200 gr. surowego mięsa, wykonując doświadczenie na drugi dzień po ustąpieniu biegunki. Zwykle po tej ilości surowego mięsa okres wydzielniczy trwał u tego psa mniej więcej 5 godz., a szczyt wydzielania soku oraz najwyższy poziom L przypadały na pierwszą i drugą godzinę, w następnych zaś godzinach zarówno ilość soku, jak i poziom L stopniowo malały. W dwa dni po 2-dniowem zaburzeniu jelitowem pies na tę samą ilość mięsa oddziaływał w sposób osobliwy. Przytoczę to doświadczenie.

Pies wagi 18 kg. 25 i 26 II. 1923 r. biegunki. 28. II. po 18-godzinnem głodzeniu, przekonawszy się spostrzeganiem w ciągu godziny, że mały żołądek soku nie wydziela, podałem psu 200 gr. surowego mięsa w kawałkach. Po 10 min. okresu utajonego zjawiły się z małego żołądka pierwsze krople soku żołądkowego. Dalsze wydzielanie przebiegało następująco:

I. godz. 2 cm³ soku, mianowicie, po 0,5 cm³ co kwadrans; L soku = 100;

II. godz. 3 cm³ soku, mianowicie, w pierwszym kwadransie 0,5 cm³; w drugim 0,5 cm³, w trzecim i czwartym po 1 cm³; L = 100;

III. godz. 1 cm³ soku; L. = 85;

IV. godz. 3,5 cm³ soku, mianowicie, w pierwszym kwadransie 0,5 cm³, w następnych po 1 cm³; L = 100;

V. godz. 1,5 cm³ soku; L = 90;

VI. godz. 5 cm³ soku, mianowicie, w pierwszym kwadransie 0,5 cm³, w następnych po 1,5 cm³; L = 100;

VII. godz. 3 cm³ soku, mianowicie, w pierwszym i drugim kwadransie po 1 cm³, w trzecim i czwartym po 0,5 cm³; L = 85;

VIII. godz. 6 cm³ soku, mianowicie, w pierwszym kwadransie 1, w drugim 2, w trzecim 1,8 cm³, w czwartym 1,2 cm³; L = 105;

IX. godz. 2,9 cm³ soku, mianowicie, w pierwszym kwadransie 1 cm³, w drugim 0,8 cm³, w trzecim 0,6 cm³, w czwartym 0,5 cm³; L = 100;

X. godz. 1 cm³ soku; L = 85.

W tem więc przypadkowem doświadczeniu mamy wyraz zaburzenia wydzielniczej czynności żołądka, które się przejawia znacznem przedłużeniem okresu wydzielniczego oraz okresowem wzmożeniem i słabnięciem wydzielania. Zaburzenie to było u tego psa chwilowe, następne już bowiem doświadczenie, wykonane w 10 dni później, stwierdziło, że wydzielnicza czynność żołądka zachowuje się zupełnie prawidłowo.

Tak więc badanie wydzielania żołądkowego metodą frakcyjną, wykazując poszczególne okresy wydzielniczej pracy żołądka, daje szereg nieraz doniosłych danych, które uchodzą naszej uwagi, gdy stosujemy zwykłą metodę postępowania, ustalającą tylko jeden moment z całego okresu wydzielniczego. W tem leży przewaga metody frakcyjnej. Ustępuje ona zwykłemu postępowaniu tylko w jednem, a mianowicie, stosując ją, pozbawiamy się możności oznaczenia całkowitej ilości treści w żołądku metodą W. Jaworskiego. Ta ujemna strona metody frakcyjnej nie ma jednak większego znaczenia, a to tembardziej, że i sama metoda Jaworskiego nie jest dokładną.

II.

Przechodzę teraz do sprawy składu samego śniadania próbnego. Jak wiadomo, do badania wydzielniczej czynności żołądka prawie powszechnie używa się próbnego śniadania Ewald-Boasa. Polecając je, mieli ci badacze na względzie, że to śniadanie jest dostatecznym bodźcem dla gruczołów żołądkowych, ma mniej więcej jednakowy skład zarówno ilościowy, jak i jakościowy, składa się z produktów spożywczych, powszechnie używanych, i zapewnia łatwość wydobycia soku żołądkowego. To są zalety próbnego śniadania Ewald-Boasa, które zapewniały mu zrazu bezwzględną przewagę nad innemi rodzajami pokarmów, poleconemi jako próbne śniadanie. W miarę jednak rozszerzania się naszej wiedzy w zakresie fizjologji żołądka zaczęły się stopniowo wyłaniać i ujemne strony tego śniadania. Przedewszystkiem Grützner[20]) na psach, a Sick[13]) na ludziach dowiedli, że spożyte pokarmy układają się w żołądku warstwowo w ten sposób, że każdy nowy połknięty kęs zajmuje położenie bardziej środkowe, niż poprzedni. Wobec tego treść żołądkowa w różnych swych częściach zawiera niejednakową ilość kwasu solnego, i to tak dalece, że obwodowe warstwy treści żo-

łądkowej mogą zawierać L wtedy, gdy środkowe jeszcze go nie zawierają. O tem miał się też przekonać i Bornbjärg[21]), wydobywając treść żołądkową po śniadaniu Ewald-Boasa u tej samej osoby, ale w różnych położeniach jej ciała. Słusznie więc twierdzi w swojej monografji Leo[22]), że brak L w jakiejś jednej porcji soku żołądkowego wcale jeszcze nie świadczy, że L niema w żołądku wogóle. Błędów, wynikających z tego układania się pokarmów w żołądku warstwami, uniknąć możemy przez wydobywanie z żołądka ile możności całej jego treści i dokładne następne jej zmieszanie. Skoro to jednak uczynimy, pozbawiamy się już możności frakcyjnego badania wydzielniczej czynności żołądka, którego doniosłość wyżej wyjaśniłem, chyba żebyśmy rozciągnęli badanie na szereg dni. Drugą usterką śniadania Ewald-Boasa stanowi niejednolitość jego składu, jako pokarmu częściowo płynnego, częściowo stałego. Mianowicie Moritz[23]), Prym[23]) i inni stwierdzili, że płyny, a również płynna część pokarmu dość szybko opuszczają żołądek, stałe zaś części pokarmu zatrzymują się w nim przez czas dłuższy, aż ulegną dostatecznemu rozdrobnieniu. Wreszcie, chociaż śniadanie Ewald-Boasa jest bodźcem dla gruczołów żołądka, to jednak jest to bodziec względnie słaby, nie ujawniający całkowitej zdolności wydzielniczej żołądka. I tak już dawno stwierdzono (Riegel[24]), Schüle[5]), że wartości A i L po próbnym obiedzie Riegl'a mogą być prawidłowe tam, gdzie śniadanie Ewald-Boasa wykazuje niedokwaśność treści żołądkowej. W miarę gromadzenia się tych faktów poczęto poszukiwać stosowniejszego śniadania próbnego. Jedni badacze dążyli przytem do wyszukania pokarmów jednolitych, inni do wyszukania pokarmu o takim składzie, któryby zdołał wydobyć z gruczołów żołądkowych maximum ich wydolności wydzielniczej. W ten sposób powstały próbne śniadania Leub'ego oraz Jaworskiego z lodowatej wody, Sticker'a[25]) z 300 cm^3 4% świeżego klajstru krochmalowego o odczynie obojętnym, Schalij'ego[26]) z buljonu zakwaszonego kwasem solnym o ogólnej kwaśności miana 0,2% HCl, Talmy[27]) z czystego buljonu, Kayser'a[28]) oraz Mintz'a[29]) z roczczynu wyciągu mięsnego Liebig'a, Ehrmann'a[30]) z 300 cm^3 5% alkoholu etylowego z 0,05% salicylanu sodu, Gang'a i Klein'a[31]) z ocukrzonej herbaty, Brendl'a[32]) z czystej wody z sokiem malinowym, Rauber'a[33]) z 5% cukru, Strauss'a i Galewskiego[34]) z 300 cm^3 nieocukrzonej herbaty, karamelowe Fuld'a, mleczne Schütz'a i t. d. Wszystkie te próbne śniadania mają przedewszystkiem tę zaletę, że są jednolite i płynne, umożliwiają zupełnie łatwe przeprowadzenie badania wydzielniczej czynności żołądka metodą frakcyjną i dają sok w postaci przejrzystej cieczy, w której bardzo łatwo dostrzega się już gołem okiem wszelką domieszkę śluzu, krwi, ropy, żółci i resztek pokarmowych. Ta okoliczność czyni tu zbędnem oddzielne zgłębnikowanie żołądka z rana naczczo dla przekonania się, czy nie pozostają jeszcze w żołądku pokarmy z dnia poprzedniego. Te dodatnie strony wymienionych przed chwilą płynnych próbnych śniadań sprawiły, że niektóre kliniki, n. p. poliklinika w Tübingen[35]), zarzuciły już śniadanie Ewald-Boasa i przeszły do stosowania jednego z płynnych śniadań.

Nim zaznaczę swoje stanowisko w tej sprawie, uważam za konieczne chociażby pokrótce przypomnieć, jak się odbywa w warunkach prawidłowych pracą wydzielnicza gruczołów żołądkowych, to bowiem wyjaśni mechanizm działania różnych śniadań. Otóż na zasadzie licznych doświadczeń Pawłow'a i jego uczniów, nie ulega dziś już żadnej wątpliwości, że mechaniczne i chemiczne podrażnienia jamy ustnej nawet połączone z aktem żucia i połykania, wbrew twierdzeniom Sticker'a[36]), Riegl'a z Scheuer'em[37]), Schüle'go[5]), Umber'a[38]) i innych, zupełnie nie wywołują wydzielania soku żołądkowego. Pozostają bez skutku nawet tak silnie drażniące środki jak kwas solny, substancje słone lub gorzkie, tarcie śluzówki jamy ustnej gąbką, przesiąkniętą roczczynem substancyj chemicznych i t. d. Najwybitniejszym bodźcem dla wydzielniczych nerwów żołądka jest jedynie ogromna, namiętna żądza jedzenia oraz uczucie zadowolenia podczas jedzenia. Odwrotnie psychiczne czynniki deprymujące hamują wydzielniczą czynność żołądka, jak tego dowiódł na psie w znanem doświadczeniu z drażnieniem go kotem Bickel, a na ludziach Grandauer[8]) i inni. Znaczenie czynników psychicznych dla wydzielniczej czynności żołądka u ludzi potwierdził cały szereg badaczy, mianowicie Umber[38]) badaniami na osobniku ze zwężeniem przełyku i przetoką żołądkową, Bickel[39]) w doświadczeniu z pozornem karmieniem chorego, Cade z Latarjetem[40]) na chorej z odosobnionym żołądkiem, Hertz ze Sterling'em[41]) po gastrostomji, Kast[42]) na samym sobie i inni. Najrozleglejsze wreszcie badania, dowodzące doniosłego znaczenia czynnika psychicznego dla wydzielniczej czynności żołądka u osób zdrowych, zawdzięczamy Buławincew'owi[7]), u zdrowych zaś i chorych Grandauer'owi[8]). Ten czynnik psychiczny dochodzi do wpływu na drodze bardzo złożonej, wchodzi tu bowiem w grę podrażnienie pokarmem lub nawet wyobrażeniem pokarmu różnych narządów zmysłowych, zwłaszcza węchu i smaku. Gdy ten czynnik psychiczny, pokrywający się z łaknieniem, wystąpi, pokarm lub samo jego wyobrażenie wywołuje wydzielanie silnie działającego soku żołądkowego. Natomiast te same pokarmy w razie wprowadzenia ich do żołądka w taki sposób, że zwierzę o tem zupełnie nie wie, nie wywołują wydzielania soku żołądkowego, jeśli czynnik psychiczny został usunięty. Tylko niektóre pokarmy, n. p. mięso, wywołują i w tych warunkach wydzielanie, lecz występuje ono tu z dużem opóźnieniem i w niewielkiej ilości. To słabe wydzielanie zależy od zawartych w mięsie istot wyciągowych. Węglowodany, o ile wykluczymy czynnik psychiczny, nie wywołują zupełnie wydzielania soku żołądkowego (Łobasow[43]), Clemm[44]) i inni na psach, Lang[45]) na ludziach). Po spożyciu chleba lub bułki wydziela się początkowo sok psychiczny, w dalszym natomiast okresie w grę wchodzi, jak i po mięsie, podrażnienie chemiczne wytworami trawienia. Wchłaniając się w części odźwiernikowej, aktywują one zawartą w jej śluzówce substancję, a ta, dostając się do krwi, dochodzi do gruczołów dna żołądka i tu wywołuje wydzielanie soku. Czynnik więc psychiczny odgrywa pierwszorzędną rolę, gdy chodzi o trawienie w żołądku chleba lub bułki, on jedynie jest warunkiem rozpoczęcia się trawienia i dalszego jego przebiegu pod wpływem wytworów, które powstają od działania na pokarm soku psychicznego.

Jeśli teraz uwzględnimy te fakty, możemy łatwo wytłumaczyć sobie mechanizm działania różnych śniadań na wydzielniczą czynność żołądka. Próbne śniadanie Sticker'a, stanowiące odmianę krochmalowej próby Ewald-Boasa, może być probierzem wydzielniczej czynności żołądka tylko o tyle, o ile spożycie jego będzie połączone z żądzą jedzenia, która wywoła wydzielanie soku psychicznego w żołądku. W przeciwnym razie możemy nie otrzymać żadnego soku, mechaniczne bowiem podrażnienie samej śluzówki żołądka pokarmem nie jest zdolne wywołać wydzielania soku żołądkowego. Wywoływanie wydzielania soku żołądkowego klasycznem próbnem śniadaniem Ewald-Boasa u zdrowych ludzi polega też przedewszystkiem na działaniu czynnika psychicznego, częściowo zaś i na sokopędnem działaniu zawartej w tem śniadaniu wody, doświadczenia bowiem szkoły Pawłowa na psach, a Lang'a[45]) na zdrowych osobach dowiodły, że woda, wprowadzona do żołądka w ilości od 400 do 500 cm^3, wywołuje, jakkolwiek nieduże, wydzielanie soku żołądkowego. Pod wpływem psychicznego soku żołądkowego, odznaczającego się dużą siłą trawiącą, częściowo zaś soku, powstałego wskutek działania wody śniadania, powstają w żołądku wytwory trawienia bułki, które jako bodźce chemiczne podtrzymują dalsze wydzielanie soku. Woda śniadania Ewald-Boasa, mająca u zdrowych osób stosunkowo małą wartość jako bodziec dla gruczołów żołądkowych, nabierać może większego znaczenia u osób ze schorzeniami żołądka, tu bowiem może (Lang[45]) wywołać dość obfite wydzielanie soku, który poprzez produkty trawienia bułki będzie warunkiem dalszego wydzielania soku. Skoro mechanizm działania próbnego śniadania Ewald-Boasa przedstawia się w ten sposób, zrozumiałem jest, że w przypadkach z upośledzeniem, szczególnie zaś z zupełnym brakiem łaknienia praca gruczołów żołądka będzie zdaną po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa

w znacznej mierze na łaskę czynnika podrzędniejszego, mianowicie, wody i bodźców chemicznych. W następstwie tego pomimo, że gruczoły żołądkowe zachowały zdolność wydzielniczą, próbne śniadanie Ewald-Boasa nie wydobędzie i nie wykaże maksymalnej sprawności wydzielniczej żołądka. Tu leży częsta przyczyna tego, że w przypadkach z upośledzeniem łaknienia stwierdza się po śniadaniu Ewald-Boasa najczęściej obniżenie wydzielniczej czynności żołądka. To zapatrywanie godzi się zupełnie z nowoczesnemi poglądami (Strümpell[46]), Dreyfus[47]), Bofinger[48]) i inni), według których t. zw. dyspepsja nerwowa stoi w przyczynowym związku ze stanem psychicznym chorego. To zboczenie wydzielniczej czynności żołądka, stwierdzane próbnem śniadaniem Ewald-Boasa, niekoniecznie jednak jest wyrazem istotnej niewydolności gruczołów żołądka. O tem wymownie świadczą moje badania porównawcze nad działaniem w tych przypadkach na wydzielniczą czynność żołądka próbnego śniadania Ewald-Boasa i próbnego śniadania ze świeżych soków jarzynowych. Mianowicie, te badania, z których zdam sprawę gdzieindziej, dowiodły, że soki jarzyn wywołują w tych przypadkach wydzielanie soku żołądkowego z poziomem A i L o wiele wyższym, niż śniadanie Ewald-Boasa. Jeszcze mniejszą wagę dla oceny stopnia możności wydzielniczej gruczołów żołądka mają wyniki badania po śniadaniu Strauss-Galewskiego z 300 cm³ nieocukrzonej herbaty, Gang'a i Klein'a z herbaty ocukrzonej oraz Rauber'a z 5% cukru, tu bowiem, o ile odpadnie czynnik psychiczny, cała praca gruczołów żołądkowych uzależni się już tylko od działania samej wody oraz przetworów trawienia śluzu sokiem, o ile go spowodowała woda ze śniadania. Alkoholowe próbne śniadanie Ehrmann'a działa też częściowo przez podniecenie łaknienia, częściowo zaś przez zawartą w niem wodę. Przynajmniej w tych przypadkach, w których wlewałem je do żołądka tak, że badana osoba nie wiedziała nic o składzie wlanej jej cieczy, otrzymywałem wartości A i L, jakkolwiek i duże, to jednak niższe, niż w doświadczeniach, gdy badany wypijał to śniadanie. Po za wymienionym wyżej sposobem działania próbne śniadanie Ehrmann'a ma niezawodnie jeszcze i inny mechanizm. Za tem przemawia wydzielanie soku żołądkowego, które występuje u psów i u ludzi po wprowadzeniu alkoholu do odbytnicy (Metzger[49]), Spiro[50]), Frouin z Molinier'em[51]), Radzikowski[52]), Citowicz[53]) i inni). Dowodzą tego też doświadczenia Lönnqvist'a[54]) na psie z wlewaniem do żołądka 200 cm³ 3%, 6% i 10% alkoholu oraz przed chwilą przytoczone moje doświadczenia na zdrowych ludziach, u których wlane do żołądka 300 cm³ 5% alkoholu bez udziału czynnika psychicznego wywoływały wydzielanie soku żołądkowego z wysokim L. W porównaniu do innych, próbnych śniadań Ehrmanowskie ma tę ujemną cechę że główny jego składnik — alkohol — nie jest zwykłym fizjologicznym bodźcem. Wreszcie, próbne śniadania z buljonu oraz wyciągu mięsnego są zdolne wywołać wydzielanie soku żołądkowego także i bez udziału czynnika psychicznego dzięki już zawartym w nich istotom wyciągowym. Na tem polega ich wyższość nad próbnemi śniadaniami, omówionemi przed chwilą.

Widzimy więc, że różne próbne śniadania wyzwalają wydzielniczą pracę gruczołów żołądkowych przedewszystkiem przez czynnik psychiczny, a następnie przez bodźce chemiczne, mianowicie, przez zawartą w nich wodę, istoty wyciągowe, o ile mamy śniadanie z buljonu lub wyciągu mięsnego, wreszcie, przez wytwory trawienia pokarmu. Pierwszy z tych czynników jest najpotężniejszy i od niego w znacznej mierze zależy przebieg trawienia spożytego pokarmu w żołądku. On też wyzwala siły wydzielnicze żołądka w najwyższym stopniu. To też, gdy pragniemy poznać *maximum* wydzielniczej zdolności żołądka, należy dbać o to, żeby badany spożył próbne śniadanie z najwyższym udziałem tego czynnika. Uczynimy zadość temu najłatwiej, zaostrzając żądzę jedzenia u badanego przez to, że polecimy mu pozostawać o ile możności długo przed badaniem naczczo. Ponieważ jednak stanom chorobowym bardzo często towarzyszy upośledzenie łaknienia nieraz aż do jego zniesienia, przeto z różnych śniadań dla zbadania wydzielniczej siły gruczołów żołądkowych w większości przypadków najbardziej nadają się te, które wywołują wydzielanie żołądkowe dzięki zawartym w nich bodźcom chemicznym i w ten sposób umożliwiają w myśl powyższych wywodów dalsze wydzielanie soku żołądkowego pod działaniem wytworów chemicznych, powstających podczas trawienia. Oczywistą jest rzeczą, że z próbnych śniadań o podobnym mechanizmie działania będą godne najwięcej polecenia te, które są zdolne przez zawarte w nich substancje wyzwolić najwyższy stopień wydzielniczej zdolności gruczołów żołądkowych. Z tego stanowiska buljon i śniadanie z wyciągu mięsnego stoją o wiele wyżej, niż próbne śniadanie Ewald-Boasa, śniadania z herbaty i inne. Jeszcze bardziej są godne pod tym względem polecenia soki jarzyn. Mianowicie badania, przeprowadzone przezemnie w ostatnich 4 latach w Krakowskiej klinice medycznej na ludziach oraz psie z wyosobnionym małym żołądkiem według Heidenhain-Pawłowa, dowiodły, że soki jarzynowe, wprowadzone do żołądka z usunięciem czynnika psychicznego, są silnemi bodźcami dla gruczołów żołądkowych, przewyższają bowiem w swem działaniu na wydzielniczą czynność żołądka zarówno mięso jak i bułkę i to pod względem ilości wydzielonego soku (wyjątek stanowią kalafjory), szybkości wydzielania, wydzielniczej siły gruczołów żołądkowych (wyjątek stanowią buraki i kapusta), ilości wolnego kwasu solnego (wyjątek stanowią kalafjory), jego napięcia wydzielniczego oraz najwyższego osiągalnego jego poziomu. Sok po mięsie przewyższą soki po jarzynach tylko pod względem siły trawiennej. Nie będę tutaj analizować mechanizmu działania soków jarzyn na wydzielniczą czynność żołądka uczynię to w osobnej pracy, w której podam moje badania nad stosunkiem jarzyn do tej czynności żołądka. Tu poprzestanę tylko na zagadnieniu zużytkowania soków jarzynowych jako próbnego śniadania do badania wydzielniczej sprawności gruczołów żołądkowych. Otóż skoro chodzi w tych badaniach o oznaczenie przedewszystkiem najwyższego osiągalnego poziomu L, to, jak dowodzą moje doświadczenia na ludziach i psie, najodpowiedniejszy miernik przedstawia sok żołądkowy, uzyskany po próbnem śniadaniu z soku ziemniaków lub buraków, lub kapusty. Z tych jednak jarzyn do badań na ludziach nie nadają się zupełnie buraki, barwią bowiem one treść żołądkową i przez to uniemożliwiają jej badanie. Sok z ziemniaków wkrótce po otrzymaniu zazwyczaj ciemnieje i wreszcie zupełnie czernieje; co gorsza zabarwienie to nadaje on też porcjom treści żołądkowej w pierwszych 30 min. po jego podaniu. W ten sposób ze zbadanych przezemnie soków jarzynowych najodpowiedniejszym jako próbne śniadanie u ludzi okazał się sok ze świeżej kapusty. Otrzymuję go w ten sposób, że obmytą zzewnątrz kapustę miażdżę w maszynce od mięsa, a następnie ze zmiażdżonej masy wygniatam sok i podaję go badanemu w ilości 200 cm³. Całe badanie prowadzę metodą frakcyjną, dobywając treść z żołądka co 15 min. aż do zupełnego ustania wydzielania soku żołądkowego. W ten sposób przeprowadziłem badania na 20 osobach ze zdrowym żołądkiem. Dla porównania na tychże osobach przeprowadziłem badania również z próbnem śniadaniem Ewald-Boasa. Okazało się, że:

1) Także po soku kapusty, jak i po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa, po okresie silnego wydzielania soku żołądkowego następuje okres ubywania tego wydzielania, w którym otrzymuje się zaledwie nieduże ilości soku, niewystarczające już do badania ilościowego; okres silnego wydzielania trwa po soku kapusty w 75% 60 min., w 20% 80 min., a w 5% 100 min., po próbnem zaś śniadaniu Ewald-Boasa u tychże osób w 90% 60 min., a w 10% 80 min.;

2) Najwyższy poziom po soku kapusty dla A wynosi średnio 70,8, dla L 51,2 (obliczenie na 100 cm³ soku w gr. $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego), po próbnem zaś śniadaniu Ewald-Boasa odpowiednie wartości wynoszą 55,6 i 35.

3) Najwyższy poziom A i L soku żołądkowego osiąga się po soku kapusty najczęściej w drugiej połowie pierwszej godziny, mianowicie, A w 70%, L w 80% przypadków, po śniadaniu Ewald-Boasa najwyższy poziom A i L spostrzega się w tym czasie w 90% przypadków.

4) Krzywa przeciętnego poziomu A przedstawia po obu próbnych śniadaniach linję, stopniowo wznoszącą się aż do 60 min., mianowicie, po soku kapusty przeciętna A wynosi po 15 min. 37, po 30 min. 55, po 45 min. 62, po 60 min. 68; po śniadaniu Ewald-Boasa odpowiednie wartości wynoszą 23; 38; 49 i 51,4.

5) Wolnego kwasu solnego po soku kapusty nie znajdujemy w treści żołądkowej po 20 min. w 62,5% przypadków, po 30 min. w 13%, w późniejszym natomiast okresie L u zdrowych wykrywa się zawsze; po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa L u tychże osób wykrywa się już po 20 m.

6) Średnia L u zdrowych po soku kapusty wynosi po 20 min. 4, po 30 min. 21,4, po 40 min. 37,4 i po 60 min. 49, 25; odpowiednie wartości L po śniadaniu Ewald-Boasa wynoszą po 20 min. 11,6, po 30 min. 20, po 40 min. 29 i po 60 min. 33,8.

7) W początkowym okresie poziom A po soku kapusty prawie całkowicie zależy od luźnie związanego kwasu solnego (C), szybko jednak L zaczyna stanowić coraz większą część A tak, że po 40 min. L stanowi już średnio 61,3% A, po 60 min. 72,5% A; po śniadaniu Ewald-Boasa L już po 20 min. stanowi 50,4% A., po 30 min. 52,6%, po 40 min. 59 i po 60 min. 65,7%.

8) Zawartość pepsyny w treści żołądkowej po soku kapusty oraz po śniadaniu Ewald-Boasa jest mniejwięcej ta sama.

Jak więc widzimy, próbne śniadanie z soku kapusty jest lepszym probierzem wydzielniczej sprawności gruczołów żołądkowych, niż próbne śniadanie Ewald-Boasa. W porównaniu do tego śniadania przedstawia ono nadto jeszcze szereg innych dodatnich stron. Przedewszystkiem sok żołądkowy po śniadaniu z soku kapusty, jako płynny i nie zawierający stałych cząstek pokarmowych, o wiele łatwiej i szybciej się wydostaje przez cienki zgłębnik, niż po śniadaniu Ewald-Boasa, po którym cząsteczki bułki nieraz zatykają otwory zgłębnika. Ta okoliczność ułatwia bardzo frakcyjne badanie żołądka po soku z kapusty. Otrzymana ciecz jest zupełnie jednolita, natomiast różne porcje treści żołądkowej po śniadaniu Ewald-Boasa, wydobyte w tymsamym czasie u tegoż osobnika, mogą mieć odmienne własności pod względem poziomu A, L i innych wartości, zależnie od układania się treści żołądkowej warstwami i od głębokości, z której ją otrzymano.

W odróżnieniu od treści po śniadaniu Ewald-Boasa, treść żołądkowa po śniadaniu z soku kapusty daje się łatwo i szybko przesączyć i umożliwia szybką orjentację co do zawartych w niej różnych domieszek (śluzu, ropy, krwi i t. d.). Z łatwością też rozstrzygamy, czy niema w danym przypadku zalegania pokarmów w żołądku, najmniejsza bowiem domieszka pokarmowa jest w treści dostrzegalna już gołem okiem. Okoliczność ta czyni zbytecznem pompowanie żołądka naczczo po próbnej wieczerzy dla określenia jego czynności wydalającej. Zwłaszcza doniosłe jest próbne śniadanie z soku kapusty w przypadkach z upośledzeniem łaknienia, gdzie czynnik psychiczny zupełnie nie działa, albo działa na gruczoły żołądkowe słabiej, wobec czego o ich sprawności wydzielniczej możemy się dokładnie dowiedzieć tylko za pomocą bodźców chemicznych.

Obok dodatnich stron próbne śniadanie z soku kapusty ma jednak i ujemną w porównaniu do śniadania Ewald-Boasa. Mianowicie nie pozwala ono nam wyrobić sobie sądu o zdolności chymifikacyjnej żołądka. Dodatnie jednak strony tego śniadania tak górują nad tą ujemną, że nie waham się postawić go wyżej od innych śniadań.

Piśmiennictwo.

1) Przytaczam wegług Hisa: M. m. W. 1925. Nr. 3. — 2) Według Labbé et Meurdac: Annales de Médecine. 1925. T. 17. Nr. 2. — 3) Pawłow: Lekcji o rabotie gławnych piszczewaritelnych żelez. Petersburg 1897; Babkin: Die äussere Sekretion der Verdauungsdrüsen. Berlin 1914 oraz szereg rozpraw w okresie od 1890 do 1913 z pracowni Pawłowa. — 4) Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankh. 1925. — 5) Schüle: D. Arch. f. kl. Med. 1901. T. 71. — 6) Gurewicz: Nowyj sposob połuczenja żełudocznaho soka u czełowieka. Petersburg 1903. — 7) Buławincew: Psichiczeskij żełudocznyj sok u czełowieka. Petersburg. 1903. — 8) Grandauer: D. Arch. f. kl. Med. 1911. T. 101. — 9) Gluziński i Jaworski: Przegląd Lekarski. 1885. Nr. 3, 4 i 5. — 10) Gluziński: D. Arch. f. kl. Med. 1886. T. 39. — 11) Schüle: Zschr. f. kl. Med, 1895. T. 28. — 12) Pfaundler: D. Arch. f. kl. Med. 1900. T. 65. — 13) Sick: Ib., 1907. T. 88. — 14) Forschbach. Boas Arch. 1909. T. 15. — 15) Gregersen: Ib., 1913. T. 19. — 16) Böhnheim: Ib. 1919. T. 25 — 17) Według Katsch i Kalka: Ib. 1924. T. 32. — 18) Ehrenreich: Zschr. f. kl. Med. 1912, T. 75. — 19) Skaller: B. kl. W. 1915. Nr. 5. — 20) Grützner: Pflüger's Arch. 1905. T. 106. — 21) Bornbjärg: Boas Arch. 1908. T. 14. — 22) Leo: Die Salzsäuretherapie. 1907. — 23) Prym: M. m. W. 1908. Nr. 2. — 24) Riegel: Ib. 1899. — 25) Sticker: Zentralbl. f. kl. Med. 1887. Nr. 34. — 26) Według Semaine med. 1908. Nr. 2. — 27) Talma: B. kl. W. 1895. Nr. 36. — 28) Kayser: M. m. W. 1909. Nr. 49. — 29) Mintz: D. Arch. f. kl. Med. 1911. T. 104. — 30) Ehrmann: Berl. kl. W. 1914. Nr. 14. — 31) Gang und Klein: M. Kl. 1914. Nr. 18. — 32) Brendel: Ib. 1916. Nr. 48. 33) Rauber: Boas Arch. 1917. T. 23. — 34) Galewski: M. Kl. 1923. Nr. 6. — 35) Według Weitza: Kl. Woch. 1924. Nr. 45. — 36) Sticker: Volkmann's Kl. Vortr. 1887. — 37) Riegel und Scheuer: Ztschr. f. diät. u. physik. Ther. 1900. T. 4. — 38) Umber: B. kl. W. 1905. Nr. 3. — 39) Bickel: Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, 1906. — 40) Cade et Latarjet: Journal de Physiol. et Pathol. génér. 1905. — 41) Herz u. Sterling: Boas Arch. 1910. T. 16. — 42) Kast: B. kl. W. 1906. Nr. 22-23. — 43) Łobasow: Otdielitelnaja rabota żełudka sobaki. Petersburg. 1896. — 44) Clemm: Therp. M. 1906. Nr. 8. — 45) Lang: D. Arch. f. kl. Med. 1903. T. 78. — 46) Strümpell: Ib. 1902. T. 73. — 47) Dreyfus; Nervöse Dyspepsie. — 48) Bofinger: Boas Arch. 1910. T. 16. — 49) Metzger: M. m. W. 1900. Nr. 45. — 50) Spiro: Ib. 1901. Nr. 47. — 51) Frouin et Molinier: C. R. de l'Acad. des Sc. 1901. T. 132. Str. 1001. — 52) Radzikowski: Pflüger's Arch. 1901. T. 84. — 53) Citowicz: Izwiestija Imper. Wojenno-Med. Akad. 1905. T. II. Nr. 1, 2 i 3. — 54) Lönnqvist: Skand. Arch. f. Physiol. 1906. T. 18,

---

Aleksander DOMASZEWICZ. Lwów.

Sztuczna odma czaszkowa jako środek leczniczy w nagminnem zapaleniu opon mózgowych *(meningitis cerebrospinalis epidemica)*

(Z oddziału chorób nerwowych i umysłowych Szpitala Państw. we Lwowie).
Prym. Dr. A. Domaszewicz.

Zapalenie opon nagminne, o ile czasem ma przebieg łagodny i nieomal samoistnie doszczętnie się leczy, o tyle niejednokrotnie przybiera formy ciężkie, przewlekłe, wikłające się zajęciem nerwów mózgowych, porażeniami, nieraz ogólnem zakażeniem meningokokkowem i wyniszczeniem sił, które nie dają pomyślnego rokowania co do zejścia choroby. Cały arsenał leczniczy kolejno mobilizowany, jak dolędźwiowo i dożylnie stosowana surowica, kąpiele, środki napotne, urotropina, *collargol* lub trypaflawina, przechodząca szybko do cieczy mózg. rdz. i energicznie odkażająca, stosowane śródżylnie, nie sprowadzają oczekiwanej poprawy i nie kładą kresu mocno zakorzenionemu zakażeniu opon.

Zalecane przez niektórych lekarzy zabiegi chirurgiczne, mające na celu usunięcie zrostów pajęczynówki i zdrenowanie zamkniętych torbieli, względnie stosowanie surowicy dokomorowe drogą trepanacji lub ciemieniowego nakłucia u dzieci, nie dają również dobrych wyników, z jednej strony z powodu trudności umiejscowienia tych zmian, a z drugiej strony z tej przyczyny, że są to zabiegi ciężkie źle znoszone przez wyniszczonych długą chorobą chorych.

Bardziej racjonalnym i prostszym sposobem jest wprowadzanie surowicy drogą nakłucia karkowego *(Subokcipalpunktion)* do zbiornika rdzeniowo-móżdżkowego, skąd przy odpowiedniem ułożeniu chorego, surowica najprawdopodobniej w krótkiej drodze może dostać się do przestrzeni cieczowych podstawy mózgu oraz do komór, które jak ostatnio podnosi Lewkowicz są najczęściej w pierwszym rzędzie zakażone i przyczyną groźnych objawów choroby.

Ale i ten sposób stosowania surowicy nie zapewnia doszczętnego wygubienia rozsianych ognisk zapalnych, kryjących się w licznych zaułkach podpajęczynowych półkul, podstawy mózgu, dróg międzykomorowych i górnych odcinków rdzenia, wprowadzona bowiem surowica nie ma odpowiedniej siły wnikania w zamknięte procesem zapalnym odcinki dróg cieczowych.

Doświadczenia Bingla i innych badaczy (Sharp, Ridfleisch, Nonne, Wichern, Wandel, Gennerich) nad sztuczną odmą czaszkową, wykazały, że może ona mieć znaczenie nie tylko rozpoznawcze ale lecznicze, zwłaszcza w zapaleniach opon. Wyniki praktyczne stosowania sztucznej odmy czaszkowej jako środka leczniczego znajdują teoretyczne uzasadnienie w budowie przestrzeni podpajęczej i przestrzeni okołonaczyniowych, stanowiących ich dalszy ciąg. Powietrze wprowadzone drogą nakłucia lędźwiowego lub karkowego wnikać może siłą nabytej prężności do całego systemu krążenia cieczy mózgo-rdzeniowej, może poprawiać jego drożność, przyśpieszać krążenie cieczy i działać w ten sposób odżywczo na centralny układ nerwowy.

W. Tyczka (z kliniki Orzechowskiego, Neurol. Polsk. T. VII. zes. I, 1923 r.), którego rozważania nad budową przestrzeni limfatycznych okołonaczyniowych i zachowania się w nich powietrza odmowego są przekonywujące, przyrównuje bardzo trafnie sztuczną odmę czaszkową do masażu mózgu, i potwierdza w pewnych przypadkach wyniki lecznicze tej metody. K. Orzechowski opisuje pierwszy w piśmiennictwie polskiem przypadek przewlekłego zapalenia opon nagminnego, przeszło pół roku trwającego, w którym dopiero sztuczna odma czaszkowa sprowadziła poprawę i wyleczenie (Nowiny Lekarskie Rocz. 36. zesz. 7. 1924 r.). Zdaniem tegoż »jest to jedyna metoda, dająca największe widoki powodzenia bez względu na usadowienie zrostów, którą chorzy z reguły znoszą bez poważniejszych zaburzeń«.

Doświadczenia nasze co leczniczych wyników sztucznej odmy czaszkowej w nagminnem zapaleniu opon, dotyczą pięciu przypadków które w krótkości postaramy się opisać i scharakteryzować.

1) M. W. lat 18, niezamężna, przyjęta na oddział dnia 1. V. 1924 r.

Wywiady bez znaczenia. Cierpienie obecne rozpoczęło się dość nagle dreszczami, silnym bólem głowy, wymiotami i gorączką.

Stan przedmiotowy i przebieg choroby: Wątłej budowy ciała, licho odżywiona. Znaczna sztywność karku i Kernig, pozatem stan nerwowy prawidłowy. Chwilami tylko przytomna i zorjentowana, leży skurczona w łóżku i zanieczyszcza się. Karmienie chorej utrudnione. Dno oczu bez zmian. Nakłucie lędźwiowe daje płyn pod średniem ciśnieniem mętnawo ropny, zawierający 0.15 białka i bardzo liczne ciałka wielojądrzaste oraz pojedyncze limfocyty. Badanie bakterjologiczne wykazało nieliczne Gram-ujemne dwoinki. Odczyn Bordet-Wa we krwi i płynie ujemny. Od chwili przyjęcia gorączka do 40° o typie



Ryc. 1.
Zdjęcie przednio - tylne.

zwalniająco - ciągłym. Zastosowano wstrzykiwania śródżylne 10% bł. metylow. i urotropiny, surowicę dokręgowo i upusty płynu, które to zabiegi wielokrotnie powtarzano bez widocznego wpływu na gorączkę, ogólny stan i wygląd płynu. Dnia 15. VI. znaczne pogorszenie, po stronie prawej wyraźny niedowład połowiczy z objawem Babińskiego. Dnia 24. VI. wykonano sztuczną odmę, opuszczając 50 cm³ płynu, który dopiero po wprowadzeniu pierwszej dawki powietrza w ilości 20 cm zaczął obficie wypływać. Powietrza wtłoczono w całości 65 cm³. Po zabiegu zimne poty i niepokój, tętno nieco mniejsze i w porównaniu do poprzednio bardzo zwolnionego, przyśpieszone do 86. Po kamforze chora lepsza, w trzy godziny po zabiegu gorączka opada do 37,2°. Zdjęcie Roentgena (ryc. 1) wykazuje nieco po-



Ryc. 1.
Zdjęcie tylno - przednie.



Ryc. 1.
Zdjęcie boczne.

większony rysunek komór bocznych i znaczniejsze wypełnienie rowków międzyzwojowych. Poprzeczny rysunek komór również nieco rozszerzony. Po zabiegu chora bez gorączki, płyn jaśniejszy z mniejszą ilością ciałek ropnych, jednak ogólny stan chorej ciężki a niedowład połowiczy bez poprawy. Siódmego dnia wieczorem dreszcze i gorączka 39° która znowu przybiera charakter zwalniająco-ciągły, wskutek czego wrócono znowu do surowicy i upustów płynu. Coraz większe wyniszczenie chorej i brak poprawy skłoniły nas do powtórzenia odmy, którą zastosowano w 10 dni po pierwszej, wprowadzając 70 cm³ powietrza przy upuście 65 cm³ płynu. W trzy godziny po zabiegu, który chora dobrze zniosła spadek gorączki, która już więcej się nie podnosi a stan chorej, niedowład połowiczy oraz wygląd płynu z dnia na dzień ulegają poprawie, tak, że dnia 28. VII. opuszcza jako uleczona Szpital.

2) S. N. lat 25 nieżonaty, przyjęty na oddział 28. XI. 1922. Przed dwoma laty przechodził dur powrotny, chorób wenerycznych nie przechodził. W wojsku służył rok, nie był rannym. Obecną chorobę poprzedził kilkutygodniowy okres bólów głowy i wyczerpanie. Na dziesięć dni przed przybyciem do szpitala wymioty i kilka krótkich napadów prężenia całego ciała z utratą przytomności.

Stan przedmiotowy i przebieg choroby: Dobrej budowy ciała dość dobrze odżywiony. Znaczna sztywność karku i wybitny Kernig — pozatem w układzie nerwowym i narządach wewnętrznych stosunki prawidłowe. Dno oczu i uszy bez zmian

Wassermann we krwi i płynie ujemny. Tętno dobrze napięte, wolne 54. Gorączka o typie zwalniająco-ciągłym dochodzi do 38.5° silne bóle głowy, przy ruchach, często wymioty. Ogólny stan dość dobry, łaknienie słabe. Przy nakłuciu lędźwiowem uchodzi płyn pod dość dużem ciśnieniem, lekko mętnawy i zawiera 340 przeważnie wielojądrzastych ciałek, białka 0,1%, N. Appelt i Pandy wybitny. Badanie w kierunku obecności prątków t. b. c. i meningokokków ujemne. Mimo tego zastosowano surowicę przeciwmeningokokkową śródmięśniowo, upusty płynu, środki napotne i dożylnie 10% błękitu metylowego.

5. XII. Objawy oponowe nie zmniejszają się, tętno ciągle zwolnione przy gorączce zwalniająco-ciągłej, częste wymioty. 18. XII. Krótki napad tężenia kończyn z bredzeniem. 1. I. 1923. Stan chorego lepszy, wstaje, gorączka dochodzi tylko do 37.5°. Sztywność karku minimalna, tętno 84. Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny zawiera tylko 45 limfocytów. Dnia 10. I. 1923 roku opuszcza szpital bez objawów oponowych, jednak z bólami głowy i ogólnem wyczerpaniem.

Dnia 3. III. 1925 r. więc przeszło dwa lata po pierwszem leczeniu, przybywa na oddział z powodu napadu drgawek, utraty przytomności i wysokiej gorączki. Dnia 4. III. nawpół przytomny, bredzi, sztywność karku i Kernig, gorączka 40.1°. Dno oczu i uszy bez zmian i zresztą poza objawami zajęcia opon nie przedstawia innych objawów mózgowych Płyn mózgo rdzeniowy znowu mętny, zawiera 180 ciałek w połowie wielojądrzastych i limfocytów, białka 0 1%. Badanie bakterjologiczne jak za pierwszym razem daje wynik ujemny. Zastosowano natychmiast surowicę przeciwmeningokokkową tym razem drogą nakłucia karkowego i dożylnie trypaflawinę. Po zabiegach tych ustępuje stan zamroczenia, gorączka dochodzi już tylko do 37,5 i ma charakter zwalniająco-ciągły, sztywność karku i zwolnienie tętna utrzymują się nadal. Chory nie przyjmuje pokarmów, stolec mocno zaparty, znacznie podupada na siłach.

Wobec braku znaczniejszej poprawy w stanie chorego i obaw, że choroba przybierze jak za pierwszem razem charakter przewlekły, zastosowaliśmy dnia 10. III. 1925 r. sztuczną odmę, wprowadzając 60 cm³ powietrza drogą nakłucia karkowego, przy upuście 45 cm³ płynu, bez widocznej reakcji ze strony chorego. Tego samego dnia wieczorem poty i spadek gorączki, zupełna przytomność, sztywność karku mniejsza. Zdjęcie Roentgena wykazało nieco powiększone komory boczne i rowki międzyzwojowe (bez ryciny).

Gorączka więcej się nie podnosi, stan chorego każdego dnia lepszy. Dnia 14. III, płyn jasny zawiera 40 limfocytów, chory wstaje i chodzi, a dnia 20. III. opuszcza szpital wyleczony. Badanie kontrolne w czerwcu 1925 r. stwierdziło stan zupełnego zdrowia.

3) J. G. lat 31, żonaty, przyjęty na Oddział dnia 10. III. 1925 r.

Prócz płonicy nie przechodził żadnych chorób zakaźnych i wenerycznych. Przed kilku dniami dreszcze, gorączka i niedowład lewej połowy ciała.

Stan przedmiotowy i przebieg choroby; wątły licho odżywiony, blady. Znaczna sztywność karku i wybitny Kernig. Niedowład lewej ustnej gałązki nerwu twarzowego i lewych



Ryc. 2.
Zdjęcie przednio-tylne.

kończyn z podwyższonemi odruchami i objawem Babińskiego. Odruchy brzuszne lewe gorsze. Dno oczu i uszy bez zmian. Tętno wolne 64, gorączka o typie zwalniająco-ciągłym do 39°. Płyn mózgo-rdzeniowy uchodzi pod dużem ciśnieniem, mętnawo ropny, zawiera 423 ciałek wielojądrzastych i 300 limfocytów, białko 0,05%, N. Appelt i Pandy wybitny, odczyn złota daje krzywą zapalenia opon, odczyn Wassermanna we krwi i płynie ujemny, badanie bakterjologiczne z wynikiem ujemnym.

Obraz kliniczny i wygląd płynu przemawiają niewątpliwie za zakażeniem meningokokkowem i z tego względu chory otrzymuje surowicę drogą nakłucia karkowego i trypaflawinę dożylnie. Dnia 15. III. objawy oponowe nieco zelżały, gorączka niższa, jednak lewostronny niedowład połowiczy powiększył się i niema ulgi w dotkliwych bólach głowy. Do dnia 25. III. obraz kliniczny o tyle tylko zmieniony, że wskutek braku łaknienia i bezsenności znaczny upadek sił. Sztuczną odmę czaszkową którą wykonano w tym dniu znosi dobrze. Wprowadzono 85 cm³ powietrza i upuszczono 50 cm³ mętnego płynu.

Zdjęcie Roentgena (ryc. 2) wykazuje nieco rozszerzony rysunek komór bocznych, na zdjęciu przedniotylnem, i zaledwie ślady powietrza w prawym tylnym rogu, (bez ryciny z powodu zniszczenia kliszy) co w pewnej mierze mogłoby tłumaczyć niedowład lewostronny.

Trypaflawinę i surowicę otrzymuje nadal. W 2 dni po odmie gorączka wśród potów opada i utrzymuje się odtąd w granicach prawidłowych. Dnia 31. III. zaledwie ślad sztywności karku i Kerniga, lewostronny niedowład znacznie mniejszy, łaknienie i sen dobre. Odtąd stała poprawa, płyn jasny zawiera 22 ciałek wielojądrzastych i 10 limfocytów. Dnia 20. IV. 1925 r. opuszcza szpital o własnych siłach z minimalnem upośledzeniem siły ruchowej w kończynach lewych.

4) S. G. chłopak lat 14, przybył na oddział dnia 10. IV. 1925 r.

Dotychczas zawsze zdrów, na kilka dni przed przyjęciem bóle głowy i wymioty.

Stan przedmiotowy i przebieg choroby: Dobrze zbudowany i rozwinięty, na wardze dolnej opryszczka, zamroczony, leży stale na boku z mocno przykurczonemi kolanami. Sztywność karku i Kernig wybitne. Źrenice szerokie, słabo oddziaływują na światło. Dno oczu i uszy bez zmian. Pozatem nie spostrzega się innych objawów ze strony układu nerwowego. Płuca i serce prawidłowe. Gorączka do 40° o typie zwalniającym. Płyn mózgo-rdzeniowy jest mętny i uchodzi pod dużem ciśnieniem, zawiera 210 ciałek wielojądrzastych i 0,05% białka. Badanie bakterjologiczne zupełnie ujemne. Otrzymuje surowicę dokręgowo i trypaflawinę dożylnie. Do dnia 17. IV. brak wyraźnej poprawy, wskutek czego wprowadzono dokręgowo 40 cm powietrza przy upuście 20 cm płynu, zdjęcia Roentgena nie dokonano z powodu dużego niepokoju u chorego. W trzy dni później spadek gorączki do normy i stała poprawa przy dalszem stosowaniu dożylnem trypaflawiny. Płyn jasny zawiera 15 limfocytów. Dnia 23. IV. 1925 r. opuszcza szpital uleczony.

5) T. J. lat 21. zarobnik przybył na oddział dnia 28. V. 1925 r.

Żadnych chorób zakaźnych i wenerycznych nie przechodził. Obecna choroba rozpoczęła się przed kilku dniami bólami głowy, wymiotami i zupełnym brakiem łaknienia.

Stan przedmiotowy i przebieg choroby: Wątłej budowy ciała i licho odżywiony, na górnej wardze mała opryszczka. Sztywność karku i Kernig. Poza gorszem unerwieniem prawego kąta ust i przelotnym objawem Babińskiego po tej samej samej stronie *status* nerwowy ujemny. Dno oczu i uszy prawidłowe. Płyn mózgo-rdzeniowo lekko mętny, uchodzi pod dużem ciśnieniem i zawiera 52 ciałek wielojądrzastych i 0.03 białka. Odczyn złota i Wassermanna w płynie ujemny. W preparatach podejrzane dwoinki Gram-ujemne. Otrzymuje dokręgowo surowicę przeciwmeningokokkową, dożylnie trypaflawinę, nadto upusty płynu. Gorączka do 40° o typie zwalniającym, tętno 62. Dnia 6. VI. krytyczny spadek gorączki i lekki zapad, następnego jednak dnia gorączka podnosi się znowu do 40° stan ogólny gorszy, większa sztywność karku, bredzenia i coraz większe wyczerpanie; oprócz surowicy otrzymuje kamforę. Dnia 9. VI. nieprzytomny tętno słabe 60, gorączka do 38, kończyny zimne. Mimo ciężkiego stanu wprowadzono dnia 13. VI. 70 cm powietrza przy upuście tejżesamej ilości płynu. Zdjęcia Roentgena z powodu ciężkiego stanu chorego nie dokonano. Następnego dnia stan lepszy, mniej zamroczony, bez gorączki, jedynie słabe tętno i lekka sinica. W dwa dni później znaczna poprawa. krążenie i serce również lepsze, bez gorączki. Otrzymuje nadal trypoflawinę dożylnie a stan zdrowia poprawia się dość szybko. Płyn jasny z niewielką liczbą limfocytów. Dnia 29. VI. 1925 r. opuszcza uleczony szpital.

Rozpoznanie nagminnngo zapalenia opon w naszych przypadkach zdaje się nie ulegać wątpliwości, mimo ujemnego wyniku badań bakterjologicznych w III, IV, V, przypadku, z wyjątkiem przypadku II. w którym mieliśmy niewątpliwie do czynienia z nawrotem ropnego zapalenia opon, po dwóch przeszło latach względnego zdrowia.

W przebiegu nagm. zapalenia opon spostrzegamy wprawdzie nawroty choroby, ale tak późny jak w naszym przypadku może budzić wątpliwości. Jednak i w tym przypadku po wykluczeniu innej etjologji jak kiła, zapalenie ucha i uraz doszliśmy do przekonania, że wyleczenie pierwsze było nie-

zupełne i pozorne, w zaułkach przestrzeni podpajęczynowych musiały pozostać nieczynne utajone zarazki, które w danej chwili, z nieznanych nam przyczyn rozniecily nowe zakażenie opon mózgowych.

Przypadki nasze bezwątpienia zaliczyć należy do cięższych postaci zapalenia opon, gdzie surowica przeciwmeningokokowa i wszelkie inne środki nie przeciwdziałały dostatecznie szerzeniu się sprawy zapalnej w osłonkach mózgu i nie sprowadzały dość szybko pożądanej i oczekiwanej ulgi w cierpieniach.

Pomyślną, prawie natychmiastową zmianę ciężkiego stanu naszych po odmie, niepodobna odnieść do samoistnych sił obronnych organizmu. Prawie krytyczny spadek gorączki, szybkie zelżenie objawów oponowych i oczyszczanie się płynu mózgo-rdzeniowego zależy niewątpliwie od poprawy drożności w przestrzeniach podpajęczynowych mózgu, kryjących w sobie rozsiane ogniska zakażenia. Powietrze, jak świadczą encefalogramy, wchodzi do wszystkich prawie zaułków podpajęczynowych, wypiera z nich płyn, ułatwia jego krążenie i wymianę i doskonale się przyczynia do wydalania chorobotwórczych zarazków. Nie jest również wykluczonem, że oprócz czysto mechanicznego działania powietrza usuwającego zakaźny płyn z rozległych przestrzeni podpajęczynowych, mamy do czynienia z bakterjobójczem działaniem powietrza na zarazki.

Dobre lecznicze wyniki odmy powietrznej w naszych przypadkach potwierdzają zatem teoretyczne przypuszczenia o wartości odmy i zgadzają się w zupełności z zapatrywaniem Orzechowskiego, że jest to metoda prosta dająca dobre wyniki i dobrze znoszona nawet przez wyniszczonych chorych.

O ile więc dalsze próby i doświadczenia będą zgodne z naszemi i Orzechowskiego wynikami, zdobędziemy w sztucznej odmie czaszkowej dzielny środek leczniczy dla neurologji, który będzie mógł nieraz zastąpić ciężkie i ryzykowne zabiegi chirurgiczne.

Z. CZEŻOWSKA, A. DOBRZAŃSKI, J. TUMIDAJSKI. Lwów.

O zastosowaniu lipjodolu w diagnostyce roentgenologicznej chorób płucnych.

Z Kliniki lekarskiej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. dr. Roman Rencki.

Trudności, na jakie napotyka diagnostyka chorób płucnych wobec braku typowych objawów fizykalnych, względnie ich niestałości przy całym szeregu schorzeń, zmuszają do wciągnięcia w szerokiej mierze w tok badania metod pomocniczych, szczególnie zaś badania roentgenologicznego. I tu jednak w wielu przypadkach tłumaczenie otrzymanych obrazów nie daje jasnej odpowiedzi na pytanie, zadane przez klinicystę, stąd też wielkie znaczenie każdej nowej metody pomocniczej, ułatwiającej ścisłe rozpoznanie.

Wprowadzenie przez autorów francuskich Sicard, J. Forestier i L. Leroux lipjodolu Lafay'a jako środka kontrastowego do wypełniania oskrzeli, stanowi ważny krok naprzód w diagnostyce roentgenologicznej chorób płucnych.

O ile chodzi o odczytanie radjogramu normalnego płuca, możemy dziś już uważać za rozstrzygnięty spór, jaki istniał co do udziału oskrzeli w wytworzeniu normalnego rysunku płucnego. Prace licznych autorów przypisują oskrzelom w tym względzie tylko bardzo małe znaczenie. Jedynie ściany oskrzeli dużych widoczne są na roentgenogramach w okolicy wnęki, w postaci wąskich pasemek cieni, oddzielonych od siebie pasmem jasnem powietrza, zawartego w świetle oskrzela. Cienie, wytwarzane przez ściany oskrzeli mniejszych, są tak małego nasilenia, że giną w intenzywniejszych cieniach rozgałęzień tętnicy płucnej i przyczyniają się tylko w bardzo małej mierze do powstania prawidłowego obrazu płuc.

Łatwiej są widoczne oskrzela chorobowo zmienione, n. p. przy rozstrzeniach oskrzelowych, zwłaszcza jeżeli roentgenogram zrobiony rano, przed odpluciem, porównamy z wykonanym po odpluciu. Będą się one przedstawiały rozmaicie, zależnie od stopnia i rodzaju rozstrzeni.

N. p. w przypadkach rozstrzeni cylindrycznych o ścianach zgrubiałych spotykanych najczęściej w płatach dolnych, otrzymamy pasma o cieniu dość gęstym, jeżeli oskrzela wypełnione były wydzieliną, lub też pasemka cieni równoległych, oddzielonych od siebie pasmem jasnem, po odpluciu.

Przy rozstrzeniach woreczkowych obraz będzie również zależny od zawartości światła. Przy wypełnieniu wydzieliną, otrzymamy cienie okrągłe, przy wypełnieniu powietrzem, okrągłe lub eliptyczne pasemka cieni z centralnem wyjaśnieniem, spotykane przeważnie w płatach górnych.

W wielu jednak przypadkach, nie jesteśmy w możności wykazać badaniem roentgenologicznem obecności rozstrzeni oskrzelowych, zwłaszcza gdy chodzi o formy walcowate. Przyczynę może tu stanowić obecność zrostów opłucnowych lub nacieków w miąższu płucnym, jak również brak zgrubienia ściany oskrzeli, skutkiem czego nie są one widoczne na roentgenogramie.

Niekiedy też stwierdzić można obecność cieni plamkowych lub pasemkowych, nie charakterystycznych dla rozstrzeni, które dopiero w łączności z wynikami badania klinicznego mogą mieć wartość rozpoznawczą.

Podobnie znaczne trudności może sprawić niekiedy wykazanie obecności ropni, względnie jam zgorzelinowych w miąższu płucnym, gdyż te ostatnie zwłaszcza częstokroć nie pozwalają się wyróżnić od otaczających je silnych nacieków.

W przypadkach tych wprowadzenie lipjodolu jako środka kontrastowego do oskrzeli, ma częstokroć wartość rozstrzygającą dla ustalenia rozpoznania.

Preparat ten, przedstawiający się jako płyn oleisty, bursztynowo żółty, bardzo gęsty, daje intenzywny cień w obrazie radjologicznym, dzięki wysokiej zawartości jodu (0,54 gr czystego jodu w 1 cm^3, co odpowiada 378 kroplom nalewki jodowej).

Wprowadzony do oskrzeli, układa się dzięki znacznej lepkości na ich ścianach, pozwalając uzyskać silnie kontrastowe roentgenogramy, wykazujące zachowanie się rozgałęzień oskrzelowych w miąższu płucnym, ich odchylenia od stanu prawidłowego pod względem kształtu lub przebiegu.

Szereg autorów, jak: Sicard i Forestier, Sergent i Cottenot, Leroux, Armand, Delille, Nicaud i Dollfus i inni, użyli tej metody, bądź dla wykazania szczegółów anatomicznych w budowie płuca normalnego, bądź dla ustalenia rozpoznania w pewnych stanach patologicznych, gdzie badanie fizykalne nie pozwalało z całą pewnością określić rodzaju zmian chorobowych.

Wspomniani autorowie podają trzy sposoby wprowadzania lipjodolu do tchawicy, a mianowicie:

1) Przez głośnię pod kontrolą lusterka krtaniowego.
2) Przez głośnię na ślepo.
3) Przez przekłucie ściany krtani, między chrząstką tarczykową a pierścieniową.

Najodpowiedniejszym z przytoczonych wydaje się nam sposób pierwszy, ponieważ pozwala pod kierunkiem oka wprowadzać lipjodol przez głośnię w dowolnych ilościach, odrazu lub częściowo, o ile chory w danej chwili dostanie napadu kaszlu.

Po znieczuleniu gardła i krtani 10 20% roztworem kokainy z dodatkiem adrenaliny 1 : 1000, wprowadza się do krtani nasadkę strzykawki wypełnionej lipjodolem i skierowuje się ją tak, że wpuszczony lipjodol spływa po tej stronie tchawicy, po której płuco ma być wypełnione.

Wprowadzanie lipjodolu przez głośnię na ślepo, wydaje się nam o tyle niedogodnem, że można przy tem łatwo zgubić właściwą drogę i wprowadzić preparat n. p. do przełyku.

Przebijanie ściany krtani igłą lub trójgrańcem i wprowadzanie podgłośniowo lipjodolu, może wywołać ostry obrzęk krtani i spowodować duszność, jak to spostrzegali w jednym przypadku Sergent i Cottenot.

Nadto, przy częstszem stosowaniu preparatu, kilkakrotne przekłuwanie ściany w sąsiedztwie chrząstek krtaniowych

może spowodować stan ich zapalny, co nie jest powikłaniem pożądanem.

Zależnie od tego, do którego płuca, względnie jego płatu chcemy lipjodol wprowadzić, ułożenie chorego będzie różne.

Płat prawy dolny wypełnia się w pozycji chorego siedzącej lub leżącej na grzbiecie, prawy środkowy przy przechyleniu tułowia na prawo i ku przodowi prawie do poziomu, lewy dolny zaś przy nieznacznem przechyleniu tułowia na lewo. Największe trudności sprawia wypełnienie płatów górnych. Czynimy to przez ułożenie chorego na boku i obniżenie okolicy barkowej na stronę wypełnianego płuca.

Zastosowanie lipjodolu może w wielu przypadkach schorzeń oskrzeli i miąższu płucnego mieć ważne znaczenie rozpoznawcze, jak n. p.:

1. **W przypadkach przemieszczenia tchawicy i większych oskrzeli** n. p. skutkiem zmian bliznowatych w zakresie miąższu płucnego lub przy obecności guzów.

2. **Przy zmianach w przepuszczalności danego odcinka płuca**, czy to skutkiem ucisku od zewnątrz, czy przy guzach złośliwych, czy też skutkiem zmian łączno-tkankowych. Nie jesteśmy wówczas w możności wypełnić masą kontrastową oskrzeli w zakresie zmienionego odcinka płuc, tak, że niekiedy przedstawiają się one jakby urwane na granicy zmienionej chorobowo tkanki płucnej.

Należy dodać, że niektórzy z autorów francuskich używali ostatnio tej metody dla skontrolowania stopnia uciśnięcia płuca przy stosowaniu odmy sztucznej.

3. Wreszcie **przy obecności przetok w zakresie ścian klatki piersiowej**, celem wykazania ich przebiegu, jakoteż łączności z jamą opłucnową.

Przystępując do zastosowania lipjodolu u chorych klinicznych, wprowadziliśmy go zrazu kilkakrotnie do oskrzeli osobników zdrowych, dla zapoznania się z obrazem płuca normalnego, wypełnionego środkiem kontrastowym.

Jak już wspomnieliśmy wyżej, najłatwiej i najdogodniej wprowadzać jest lipjodol do dolnych płatów płucnych, przyczem bardziej przejrzysty obraz otrzymujemy po stronie prawej niż po lewej, gdzie znaczna część oskrzeli przykryta jest cieniem serca.



Ryc. 1.

Obraz prawidłowego płatu dolnego po wprowadzeniu około 10 cm³ lipjodolu przedstawiał się nam następująco: od cienia wnęki przebiegają ku dołowi i nieco ku bokowi, dwa równoległe mniej więcej do siebie pasemka cieni, zbliżające się nieznacznie do siebie ku obwodowi. Są one oddzielone od siebie dość szerokiem pasmem powietrza. Odpowiada to obrazowi oskrzela głównego z przylegającą do ścian jego masą kontrastową. Nadmienić należy, że układając się przedewszystkiem w zagłębieniach między pierścieniami chrząstnemi, uwydatnia ona najczęściej bardzo wyraźnie strukturę tchawicy i większych oskrzeli. Rozgałęzienia oskrzela głównego przedstawiają się również w postaci równoległych pasemek cieni, oddzielonych jedynie węższem pasemkiem powietrza (ryc. 1).

Oskrzela te wykazują tylko nieznaczne zwężenie ku obwodowi.

Ponadto stwierdzić możemy na roentgenogramie obecność pierścieniowatych pasemek cieni gęstych z centralnem wyjaśnieniem, odpowiadających oskrzelom przebiegającym w kierunku promieni.

Przy oglądaniu powyższych obrazów mogliśmy ponadto przekonać się o słuszności twierdzenia, że cienie wnęki wytworzone są przez tętnicę płucną, bez udziału oskrzeli.

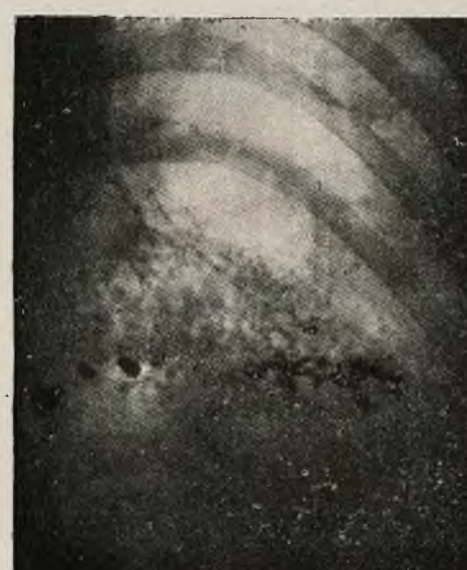
Zgodnie z faktem, stwierdzonym przez autorów francuskich, mogliśmy zauważyć, że obraz otrzymany przy wypełnieniu oskrzeli lipjodolem jest najwyraźniejszy tylko w krótki czas po wprowadzeniu tego środka. Po kilkunastu minutach cienie większych oskrzeli ulegają fragmentacji, skutkiem zaś spłynięcia środka kontrastowego ku drobnym oskrzelikom, otrzymujemy zaciemnienia dość rozległe, bardziej zbite, które są następstwem sumowania się cieni. Zaciemnienia te mogłyby wywoływać wrażenie obecności jam w miąższu płucnym, gdyby nie niejednolita gęstość cienia, oraz nieostre odgraniczenie od otoczenia. Dodać należy, że podobne źródło pomyłek stanowić może wprowadzenie zbyt dużej ilości środka kontrastowego, jak zauważyli niedawno Sergent i Cottenot.

O ile chodzi o zastosowanie lipjodolu w przypadkach zmian chorobowych oskrzeli lub miąższu płucnego, to mieliśmy kilkakrotnie sposobność przekonać się o jego wartości, jako pomocniczego środka diagnostycznego, jak świadczą n.p. przytoczone poniżej przypadki.

Przypadek I.

W. T. lat 23, pozostaje w leczeniu kliniki z powodu zgorzeli płuc, wywołanej, jak podaje chora w wywiadach, przez zachłyśnięcie się czarną kawą, podaną w czasie napadu drgawek.

Badanie chorej przy przyjęciu na klinikę wykazuje podwyższoną ciepłotę ciała, przytłumienie z odcieniem bębenkowym z tyłu po stronie prawej na wysokości kąta łopatki, poniżej zupełne stłumienie.



Ryc. 2.

Wysłuchem stwierdzić można po stronie prawej na wysokości kąta łopatki wdech i wydech amforyczny, różnobańkowe dźwięczne rzężenia. Plwocina odpluwana w dużych ilościach (do 500 cm³ na dobę) o charakterystycznym wyglądzie, silnie cuchnąca, wykazuje przy badaniu mikroskopem obecność włókien elastycznych.

Badanie roentgenologiczne stwierdza w zakresie prawego dolnego płatu płucnego obecność jamy wielkości małego jaja, z poziomą linją płynu.

Po zastosowaniu leczenia neo salvarsanem stan chorej uległ wyraźnej poprawie.

Ciepłota opadła, ilość plwociny zmniejszyła się znacznie, plwocina straciła woń cuchnącą, chora przybyła znacznie na wadze. W cztery miesiące po przyjęciu na klinikę badanie fizykalne płuc wykazuje w zakresie przytłumienia po stronie prawej wdech i wydech lekko chuchający, niezbyt liczne drobno i średnio bańkowe dźwięczne rzężenia.

Ponowne zdjęcie roentgenologiczne wykazało jedynie zaciemnienie w zakresie prawego dolnego płatu z pasemkowatemi cieniami, idącemi od wnęki ku dołowi.

Wobec tego, że pomimo wyraźnej poprawy podmiotowego stanu chorej, ilość plwociny nie spadała poniżej 200 cm^3 na dobę, postanowiono zastosować lipjodol w celu stwierdzenia, czy nie istnieją w zakresie prawego dolnego płatu płucnego jamistości, które nie dają się wykazać zapomocą zwykłych metod badania.

Wprowadzenie wśródtchawicowe 16 cm^3 lipjodolu pozwoliło wykryć szereg rozstrzeni oskrzelowych, powstałych jako następstwo wygojenia się zgorzelinowej sprawy płucnej (ryc. 2).

Przypadek II.

Chora Z. K., pozostająca od 5 lat w obserwacji klinicznej z powodu ziarnicy złośliwej. W r. 1923 wytwarza się na opłucnej, po stronie prawej w dole, guz wielkości pięści, który po zastosowaniu naświetlań promieniami Roentgena, znika, pozostawiając gruby zrost. Przy opuszczeniu przez chorą kliniki,



Ryc. 3.

stwierdzić można było jedynie przytłumienie wypuku poniżej prawego kąta łopatki i w prawej pasze, oraz nieznaczne osłabienie szmerów oddechowych. W 1½ roku później, chora zjawia się z objawami nieżytowego zapalenia płuc w zakresie prawego dolnego płatu. Po dwutygodniowym pobycie na klinice ciepłota opada, objawy chorobowe ustępują, jedynie w prawej pasze utrzymuje się przez szereg tygodni duże ognisko drobnobańkowych rzężeń. Plwocina niezbyt obfita, śluzowo-ropna, nie zawiera prątków Kocha ani włókien elastycznych. Zdjęcie roentgenologiczne wykazuje jedynie lekkie zaciemnienie prawego dolnego płatu i słabą ruchomość przepony. Utrzymujące się stale powyższe objawy nasuwały podejrzenie obecności rozstrzeni oskrzelowych w części bocznej prawego dolnego płatu.

Przypuszczenie to znalazło potwierdzenie przez wprowadzenie 12 cm^3 lipjodolu do prawego dolnego płatu płucnego jak wykazuje ryc. 3.

Przypadek III.

Chora E. St., lat 27, przyjęta do kliniki z powodu znacznej niedomogi mięśnia sercowego, połączonej z silną dusznością i podrażnieniem do kaszlu, przyczem chora odpluwa duże ilości czysto ropnej plwociny.

Badanie przedmiotowe, oprócz względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej i ogólnej zastoiny, stwierdza zrosty opłucnowe po stronie lewej i nadzwyczaj obfite objawy nieżytowe w zakresie oskrzeli obu płuc, zwłaszcza zaś w okolicy lewego dolnego płatu.

Przy zastosowaniu środków nasercowych stan ogólny poprawia się szybko, objawy zastoinowe ustępują. Objawy nieżytowe w zakresie prawego płuca ustępują w znacznej części, po stronie lewej utrzymują się z niezmienionem natężeniem.

Plwocina czysto ropna, odpluwana w ilości około 100 cm^3 na dobę, nie zawiera prątków Kocha ani włókien elastycznych.

Ponieważ dokładne wywiady ustaliły, iż chora cierpi na kaszel z obfitą plwociną od lat kilkunastu, podczas gdy objawy ze strony narządu krążenia pojawiły się dopiero od kilku miesięcy, nasuwało się podejrzenie obecności rozstrzeni oskrzelowych w zakresie lewego płuca, pomimo braku objawów jamowych.

Badanie roentgenologiczne wykazało wzmożenie cieni wnękowych po obu stronach, zaś w dolnych polach płucnych pasemkowate cienie, idące równolegle od wnęki ku dołowi.



Ryc. 4.

Wprowadzenie wśródtchawicowe lipjodolu w ilości 6 cm^3 wykazało szereg rozstrzeni w zakresie lewego dolnego płatu płucnego, jak uwidacznia to radjogram, wykonany w pozycji bocznej (ryc. 4).

Przypadek IV.

U chorego N. ze stwierdzonym klinicznie rakiem w zakresie dolnej części prawego górnego płatu płucnego, rozpoznanie znajduje potwierdzenie przez wprowadzenie do tchawicy 10 cm^3 lipjodolu. Wypełnione masą kontrastową oskrzela urywają się gwałtownie na granicy wykazanego na roentgenogramie ograniczonego zaciemnienia, wskazując na zupełną nieprzepuszczalnoś danego odcinka płuc.

Rozpatrując otrzymane po zastosowaniu lipjodolu roentgenogramy, możemy stwierdzić, iż przy obecności rozstrzeni walcowatych, oskrzela chorobowo zmienione nie wykazują równoległych pasemek cieni (ryc. 2). Widoczne są natomiast cienie intenzywne, podłużne i okrągłe, ostro odgraniczone, wielkości rozmaitej, które odpowiadają rozstrzeniom oskrzelowym.

Kształt ich w znacznej mierze zależny jest od tego, czy dane oskrzela przebiegają równolegle, poprzecznie, czy też skośnie do kierunku promienia.

Różnicę w wypełnieniu oskrzela prawidłowego a oskrzela rozszerzonego na ograniczonej przestrzeni tłumaczymy sobie tem, że lipjodol spływając ku dołowi po ścianach oskrzela, napotyka w miejscach chorobowo zmienionych na wypuklenia ścian, które wypełnia, gromadząc się w tem miejscu w większej ilości.

Wynikają stąd cienie gęste, nasycone, bez wyjaśnienia centralnego.

Rzecz oczywista, że i w przypadkach normalnych, przy prawidłowym stanie ścian oskrzela, otrzymujemy jednolite, całkowite wypełnienie światła, gdy wprowadzimy odpowiednią ilość środka kontrastowego. W przypadkach tych jednak wy-

gląd cienia, przedstawiającego się jako dość grube pasemko o konturach prawie równoległych, zlekka zwężających się ku obwodowi, będzie różnił się znacznie od ograniczonych rozszerzeń cienia, spotykanych przy rozstrzeniach.

W przypadkach rozstrzeni woreczkowych widzieliśmy oprócz cieni okrągłych, także cienie pierścieniowe lub owalne z centralnem wyjaśnieniem.

Że w tych przypadkach mieliśmy rzeczywiście do czynienia ze sprawą chorobową, a nie z prawidłowym obrazem oskrzela przebiegającego równolegle do promieni, świadczy okoliczność, że cienie te spotykaliśmy w znacznej odległości od oskrzela głównego, gdzie prawidłowo nie znajdujemy oskrzeli o takiej szerokości światła.

Wypełnianie oskrzeli lipjodolem stosowaliśmy tem śmielej, że jak stwierdzają zgodnie wspomniani autorowie, i jak mogliśmy w kilkunastu przypadkach przekonać się sami, środek ten jest doskonale znoszonym przez ustrój, nie wywołując przy wprowadzaniu ani później, żadnych niepożądanych objawów. W czasie wprowadzania lipjodolu chorzy nasi zachowywali się zupełnie spokojnie, nie mieli ani napadów kaszlu ani duszności.

Nie stwierdziliśmy też u nich żadnych wyraźnych objawów podrażnienia górnych dróg oddechowych.

Pomimo wysokiej zawartości jodu, lipjodol wywołuje tylko bardzo rzadko przemijające objawy jodyzmu, nie wywołuje duszności nawet przy wprowadzeniu w dawce 20 do 40 cm^3. Przy stosowaniu go nie przekraczaliśmy jednak zazwyczaj ilości 15 cm^3, otrzymując dostatecznie ostre i wyraźne obrazy.

Wydalenie wprowadzonego lipjodolu z ustroju odbywa się w znacznej części przez wykrztuszenie, następujące już w krótki czas po wprowadzeniu tego środka. Pozostała ilość ulega mniej lub więcej szybko wessaniu, przyczem jod zostaje wydalony drogą nerek i przez ślinianki.

Proces ten trwa zazwyczaj 4—6 dni, znane są jednak przypadki, gdzie wchłanianie odbywa się znacznie wolniej. I tak, u jednej z naszych chorych, znaleźliśmy jeszcze po dwu tygodniach obraz mało różniący się od otrzymanego w krótki czas po wprowadzeniu lipjodolu. Znane są zaś w piśmiennictwie przypadki, gdzie po kilku miesiącach wykazywano pozostałości środka kontrastowego w płucach. Z możliwością tego faktu należy się, rzecz prosta, liczyć przy następowych badaniach radjologicznych, aby uniknąć błędnego tłumaczenia otrzymanych obrazów.

O ile chodzi o wpływ wprowadzonego wśródtchawicowo lipjodolu na stan ogólny naszych chorych, to wyrażał się on jedynie, u niektórych z nich, podwyższeniem się nieznacznem ciepłoty i przyśpieszeniem tętna w następnych godzinach po zabiegu, niekiedy zauważyć też można było w następnym dniu lekkie podniesienie się ilości ciałek białych. Objawy te miały jednak naogół bardzo lekkie nasilenie i szybko ustępowały. Przy badaniu przedmiotowem płuc nie stwierdzaliśmy naogół zmian wyraźniejszych, jedynie u jednej chorej z rozstrzeniami oskrzelowemi, zauważyliśmy zaostrzenie objawów nieżytowych i zwiększenie ilości dobowej plwociny w kilku następnych dniach po zabiegu. Ponieważ chora usunęła się wkrótce z pod obserwacji klinicznej, nie mogliśmy stwierdzić, czy po okresie zaostrzenia, nie nastąpił okres poprawy stanu, zgodnie ze spostrzeżeniami Nicaud i Dollfus, Sergent i Cottenot, którzy po zastosowaniu lipjodolu w przypadkach rozstrzeni oskrzelowych stwierdzali wyraźne zmniejszenie się ilości plwociny.

Oceniając znaczenie lipjodolu jako doskonałego środka pomocniczego w diagnostyce chorób płucnych, musimy jednak zdać sobie sprawę tak z granic, w zakresie których możemy oczekiwać odeń wyświetlenia naszych wątpliwości, jak i z nieuniknionych źródeł błędów w tłumaczeniu otrzymanych obrazów.

Jak już zauważyliśmy powyżej, wprowadzenie zbyt dużej ilości środka kontrastowego zaciemnia obraz i może stać się przyczyną pomyłek w rozpoznaniu. Jasnem jest jednak, że wprowadzając 10—20 cm^3 lipjodolu, wypełniamy tylko bardzo nieznaczny odcinek drzewa oskrzelowego, przez co zmiany w zakresie oskrzeli niewypełnionych uchodzą naszej uwadze. Wynika stąd konieczność kilkakrotnego powtórzenia badania w przypadkach wątpliwych.

Sergent i Cottenot zwracają uwagę na trudności we wprowadzeniu lipjodolu do jam w miąższu płucnym, przy zwężeniu oskrzela łączącego się z niemi, względnie przy wypełnieniu jam, czy też rozstrzeni oskrzelowych wydzieliną. Naodwrót można niekiedy rozpoznać niesłusznie rozstrzenie oskrzelowe na podstawie pozornie szerszego kalibru oskrzeli znajdujących się dalej od płyty.

Niekiedy też, nagłe urywanie się cieni oskrzelowych nie jest wynikiem zmniejszenia się przepuszczalności danego odcinka płucnego, a tylko upośledzonej wentylacji płuc. Przyczynę może tu stanowić bądź utrata elastyczności tkanki płucnej, jak przy rozedmie płucnej, bądź też unieruchomienie danego odcinka, jak n. p. przy obecności zrostów opłucnowych.

Krytyczna ocena otrzymanych roentgenogramów, w łączności z wynikami innych badań klinicznych pozwoli jednak wyzyskać pewne typowe obrazy dla naszego rozpoznania, unikając możliwych pomyłek.

Piśmiennictwo.

1) J. Forestieri i L. Leroux. Journ. de Radiol. et d'Electr. r. 1922. — 2) E. Sergent i P. Cottenot. Tamże. — 3) Ci sami. Pr. Méd. 1925. Nr. 31. — 4) Ci sami. Soc. med. des Hop. 11. maja 1923. — 5) P. Nicaud i M. Dollfus. Pr. med. 1924. Nr. 83. — 6) P. Armand-Delille, G. Duhamel i P. Marty. Pr. Méd. 1924. Nr. 39. — 7) Kováts. Deutsch. med. Woch 1925. Nr. 16.

Prof. Dr. Antoni JURASZ. Poznań.

O nowym sposobie operacyjnym przy t. zw „*Cardiaspasmus*".

Z Kliniki chirurgicznej Uniw. Poznańskiego.

Wiadomości nasze o t. zw. stanach skurczowych w ograniczonych odcinkach dróg pokarmowych pogłębiły się dzięki postępowi w badaniu rentgenologicznem i bezpośrednim spostrzeżeniom przy zabiegach operacyjnych. Wyrazem tego jest już dzisiaj obszerny dorobek piśmiennictwa.

Stany te powodują bądź objawy w postaci krótkotrwałych, miejscowych, do kolek podobnych bólów, bądź też, występując częściej i trwając dłużej, prowadzą do przewlekłych zmian w danym odcinku i jego sąsiedztwie.

Obraz kliniczny przy tem cierpieniu bywa tego rodzaju że rozpoznanie i leczenie niezawsze odpowiada istocie cierpienia. Nie ulega wątpliwości, że zapewne każdy chirurg rozpoznawał tego rodzaju cierpienia pod postacią kamicy żółciowej, organicznego zwężenia odźwiernika, zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego i t. p. Etjologja nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśniona. Bezpośrednią przyczynę wystąpienia skurczu upatrywać należy w nieprawidłowem unerwieniu danego miejsca, a może, jak sądzę, w pewnych zaburzeniach mikro-anatomicznych i mikro-fizjologicznych komórek mięśniowych. Nieprawidłowość unerwienia miewa przyczyny najróżnorodniejsze, co do których piśmiennictwo odnośne obfituje w rozliczne teorje i przypuszczenia. Zasadniczo chodzi według wszelkiego prawdopodobieństwa o brak równowagi w działaniu układu współczulnego i nerwu błędnego, wrażliwych, jak wiadomo, na szkodliwe czynniki działające bezpośrednio lub na drodze odruchowej, a pozostających ponadto pod wpływem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i bodźców psychicznych. Przytem właściwości konstytucyjne osobnika nie pozostają bez wpływu.

W ogólnej grupie stanów skurczowych zasługuje na uwagę t. zw. »*Cardiaspasmus*«, rozpoznawany względnie rzadko, choć istnienie jego jest niewątpliwie częstsze. Dowodzi tego choćby statystyka Heyrowsky'ego, który wykazał go w 36% przypadków wrzodu żołądkowego. Czy także nie należałoby przypuszczać, że bóle w dołku podsercowym występujące przy kamicy żółciowej, nie są czasami następstwem odruchowego skurczu wpustu?

Tego rodzaju napadowe i objawowe skurcze nie posiadają jednak doniośliejszego klinicznego znaczenia, chociażby

z tego względu, że znikają po usunięciu przyczyny głównego cierpienia. Natomiast nabierają znaczenia, jeżeli przechodzą w stan niejako przewlekły, wywołując zmiany warstwy mięśniowej we wpuście i powyżej niego, oraz rozszerzenie przełyku w miarę trwania tego stanu do rozmiarów czasem nadmiernie wielkich.

Rozpoznanie przewlekłego skurczu wpustu opiera się na swoistych skargach i uwagach chorego: Nagłe zatrzymanie się pokarmów w dolnej części przełyku, ucisk względnie ból pod wyrostkiem mieczykowatym i pomiędzy łopatkami, wyczuwanie przechodzenia przyjętych potraw do żołądka w różnych odstępach czasu, niekiedy nawet wśród wyraźnego szmeru, wymioty bez poprzedzającej nudności i bez kwaśnego zapachu zwróconej treści.

Niejednokrotnie chorzy sami wskazują, że niektóre z tych objawów, jak n. p. zatrzymywanie się pokarmów i następowe wymioty, podlegają znacznym wahaniom w sensie nasilenia lub zmniejszania się, a niekiedy nawet całkowitego ich znikania. Chorzy częstokroć wynajdują sposób ułatwiający im przejście pokarmu, jak n. p. przez większe zazwyczaj przyjmowanie płynu lub zmianę ułożenia ciała w chwili połykania.

Z przedmiotowego badania głównie podkreślić należy badanie zgłębnikiem, który zatrzymuje się przez pewien czas tuż nad wpustem, badanie ezofagoskopem, i prześwietlanie promieniami Roentgena, które wykazuje rozszerzenie przełyku różnego stopnia o typowej, dla tego schorzenia cylindrycznej, gruszkowatej lub esowatej postaci. Rozszerzenie to zwęża się ku dołowi lejkowato, przyczem koniec (rycina 1) nagle urywa się.

Leczenie tych skurczów musi polegać w zasadzie na rozszerzaniu zwężonego wpustu, zapobieganiu ponownemu skurczeniu się jego, względnie na zupełnem wyłączeniu tego odcinka. W tym kierunku idą dążenia tak internistów, jak i chirurgów. Celem rozszerzania interniści posługują się zgłębnikami rozmaitej konstrukcji, których stosowanie w ciężkich przypadkach niezawsze ma jednak wynik zadowalający, a czasami nawet może stać się groźnem przez przedziurawienie ściany przełyku. Chirurdzy natomiast wybierają znacznie krótszą drogę. Do miejsca zwężenia dostają się bowiem już to przez otwarcie żołądka (M i k u l i c z), już też wpuklają ścianę żołądka w kierunku wpustu (K ü m m e l l). I w jednym i w drugim przypadku mogą zgłębnikiem lub palcami część skurczoną rozszerzyć.

Inna metoda polega na zespoleniu przełyku z żołądkiem z wyłączeniem części skurczonej (*Oesophago-gastrostomia transpleuralis s. subdiaphragmatica)* (S a u e r b r u c h, H e y r o v s k y), inna znowu, na podłużnem przecięciu wpustu i poprzecznem zeszyciu tej rany (W e n d e l). Metody te, drążąc do światła, grożą przy właściwości ściany przełykowej, niebezpieczeństwem zakażenia. H e l l e r stosuje dlatego t. zw. plastykę upustu pozaśluzówkową, która, jak wiadomo, polega na przecięciu mięśniówki wpustu na przeciwległych sobie stronach bez otwarcia światła przełyku.

Moje doświadczenie przy zastosowaniu tej metody wskazuje, że niezawsze daje ona wynik dostatecznie dobry, co też H e l l e r sam, S a u e r b r u c h i inni potwierdzają.

To też w przypadku, którego historję choroby podaję, wybrałem odmienną drogę operacyjną.

18. XII. 1924 roku zgłosiła się do kliniki chirurgicznej kobieta W. K. lat 66 i podała:

»Ojciec umarł, mając lat 73. Cierpiał od długiego szeregu lat na przypadłości żołądkowe, a mianowicie miał trudności w połykaniu i przytem uczucie »jak gdyby jadł kamienie«. Matka była zawsze zdrową, zmarła mając lat 80. Z ośmiorga rodzeństwa zdrowych i silnie zbudowanych jedynie chora była wątłą, choć nie przechodziła chorób dziecięcych, W wieku szkolnym poczęła cierpieć na napadowe i okresowe bóle głowy wywołane czasami nieznaczną przyczyną. Miesiączka regularna lecz zawsze połączona z silnemi bólami, a tak nieznacznem krwawieniem, że nigdy nie ukazywało się więcej, jak kilka kropel krwi. W 26 roku życia wyszła zamąż, rodziła 8 razy, 2 razy roniła. Mąż liczy obecnie 64 lata, był zawsze zdrów, jak również i dzieci. Przed 33 laty obudził ją raz w nocy silny ból w dołku, któremu towarzyszyły zimne poty, uczucie lęku i zamierania. Od tej chwili wystąpiło utrudnienie połykania pokarmu, przy każdorazowem jedzeniu wymioty, powtarzające się dziennie po kilka razy bez poprzedzających nudności, stale utrzymujące się uczucie głodu, które mijało na krótki przeciąg czasu tylko wówczas, gdy część pokarmu do żołądka się dostała, co chora wyraźnie i przyjemnie odczuwała. Przesuwanie się pokarmów do żołądka ułatwiało czasami bardzo szybkie połykanie pokarmów a popijaniem większej ilości płynów, czasami znów uprzednie rozmyślne spowodowanie wymiotów. W ostatnich latach pojawiały się od czasu do czasu dreszcze i podwyższenie ciepłoty oraz występował uporczywy męczący kaszel bez plwociny. Odżywienie i siły stale podupadały. Chora zwracała się w ciągu choroby do całego szeregu lekarzy, którzy po zbadaniu i prześwietlaniu promieniami Roentgena, oświadczali jej stale, że cierpienie jej jest nieuleczalne. Ponieważ przypadłości jej coraz dla niej były przykrzejsze, postanowiła zwrócić się kliniki chirurgicznej z prośbą o pomoc«.

S t a n o b e c n y: Wzrost 150 cm, odżywienie bardzo liche, waga 46 kg, skóra sucha, wiotka, szaro-żółtawa. Ciepłota ciała dochodziła w ciągu 5 dni obserwacji do 38,7° C. Badanie krwi: Hemoglob. 75%, leukoc. 9.400, erytroc. 4,000.000, limfoc. 6%, wielojądrz. 85%, mononuki. 8%, eozynofil. 1%. Narządy klatki piersiowej wykazują nieżyt oskrzeli, rozszerzenie i niemiarową czynność serca. Nadbrzusze na ucisk wrażliwe, pozatem narządy jamy brzusznej bez zmian. Mocz jasny, bursztynowy, ciężar gatunkowy 1025, ślady białka. Zgłębnik żołądkowy napotyka na opór na wysokości 53 cm od zębów górnych i dopiero po dłużej trwającym naporze przechodzi do żołądka. Badanie treści żołądkowej wykazuje podwyższoną kwasotę.

Prześwietlanie i zdjęcie roentgenologiczne w kierunku przednio tylnym w pozycji stojącej (prof. M a y e r). Bania w odległości 65 cm (ryc. 1): *Dilatatio oesophagi maxim. gradus.*



Ryc. 1.

Treść papkowata zbiera się w całości przy i po jedzeniu w rozszerzonym przełyku, skąd w drobnych ilościach w przeciągu kilku godzin przedostaje się do żołądka. Treść płynna powoli, ale w przeciągu paru minut, przechodzi przez wpust żołądkowy, który nie okazuje żadnych zmian, przemawiających za guzem. Wymiary na płycie na najszerszem miejscu w części dolnej 15 cm. Wymiary na płycie na najwęższem miejscu w części górnej 4 cm. Obraz przemawia za *Cardiaspasmus.*

Na podstawie wywiadów i wyniku badań postawiłem rozpoznanie; *Cardiaspasmus ss. dilatatione permagna oesophagi.*

Co do postępowania leczniczego zdawałem sobie sprawę, że długość trwania cierpienia i znaczne zwężenie wpustu wykluczają jakikolwiek bądź zabieg konserwatywny. Doświadczenia z dotychczasowemi metodami operacyjnemi, o których powyżej mowa, nakazywały mi szukać innego sposobu usunięcia przyczyny cierpienia, o ile nie chciałem się wyłącznie ograniczyć do założenia przetoki żołądkowej celem odżywienia chorej.

Zabieg w znieczuleniu rdzeniowem (0,075 tropakokaina), na wysokości X—XI kręgu piersiowego wykonałem dn. 23. XII 1924 r. w sposób następujący:

Cięcie w linji środkowej' pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem. Po otwarciu jamy otrzewnej, przedstawia się żołądek nieco rozszerzony, odźwiernik zgrubiały, zresztą jednak bez innych zmian. W okolicy wpustu postronkowate zrosty biegnące poprzecznie ku wątrobie i ku śledzionie. Po przecięciu zrostów i oddzieleniu otrzewnej przy otworze przełykowym, obluźniłem przełyk w stosunku do przepony, dochodząc palcem do śródpiersia i odciągając przełyk ku dołowi. W okolicy wpustu brak widocznych zmian. Dopiero po wprowadzeniu zgłębnika przez jamę ustną daje się stwierdzić miejsce zwężenia leżące jeszcze w obrębie przełyku, w którym to wyczuwać się

daje jakby zgrubienie warstwy mięsnej. Postanowiłem doszczętnie wyciąć od tego miejsca ku dołowi warstwy mięśniowe aż do błony śluzowej na całej przedniej ścianie przełyku. Przy urzeczywistnieniu tego zamiaru, okazało się, że zgłębnik napotykał opór na długości 5 cm. Mięśniówka w swoich warstwach gołem okiem nie wykazywała widocznych zmian przy przecinaniu i dała się bez wielkich trudności w obrębie $^3/_5$ obwodu wyciąć bez naruszenia ciągłości błony śluzowej.

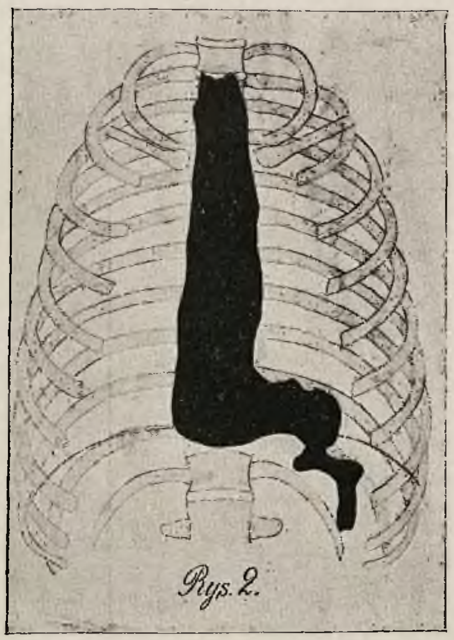
Od tego momentu zgłębnik łatwo przechodził do żołądka, a chora była w stanie dobrze połykać podane jej w tej chwili mleko. Rana operacyjna zaszyta na głucho.

Chora przebyła cały zabieg mimo złego stanu serca doskonale.

Dostęp do pola operacyjnego dzięki znieczuleniu rdzeniowemu był wyjątkowo łatwy i nie wymagał podniesienia łuku żebrowego sposobem Marwedla. Przebieg operacyjny bez powikłań. Wymioty i bóle ustały. Chora już w dniu operacji przyjmowała pokarmy bez najmniejszej trudności. Rychłozrost. Stan odżywienia poprawił się, jedynie kaszel i objawy niedomogi serca, stwierdzone już przed operacją, utrzymywały się nadal.

Badanie mikroskopowe (prof. Skubiszewski): »Wycięty na całym odcinku wpustu mięsień wykazuje następujące zmiany: Liczne pasemka tkanki łącznej przebiegają w różnych kierunkach. Gdzieniegdzie pasemka mięśni gładkich są przez nie podzielone. Pomiędzy opisanemi pęczkami tkanki łącznej, mającej charakter czasami tkanki bliznowatej, widzimy liczne nacieki limfocytów i nieliczne komórki plazmatyczne. Włókna mięśni gładkich na przestrzeni badanego preparatu nie wykazują zmian przerostowych, raczej w tych miejscach, gdzie one są okolone przez pasemka tkanki łącznej wykazują cechy zanikowe. Na tej zasadzie rozpoznano przewlekły stan zapalny bez cech zapalenia swoistego.

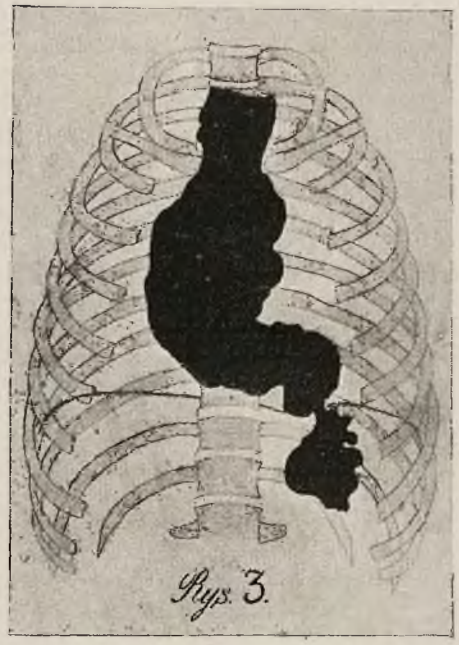
Wynik badania roentgenologicznego po 22 dniach (prof. Mayer) stwierdza, że przełyk w porównaniu z poprzedniem badaniem przed operacją zmniejszył się w poprzecznym przekroju. Wymiar cienia przełyku w dolnej części 7,3 cm, w górnej części 4 cm. Przechodzenie treści przez wpust odbywa się bez żadnej przeszkody (ryc. 2).



Po 24 dniach chora opuszcza klinikę.

Badanie dnia 24. VI. 1925 r.: Chora podaje, że przyjmowanie pokarmów odbywa się bez najmniejszej trudności, wymiotów i bólów nie miewa. Przybyła na wadze około 4 funtów, czuje się jednak osłabiona i miewa obrzęki obydwóch stóp. Badanie stwierdza w moczu białko i objawy niedomogi mięśnia sercowego. Badanie roentgenologiczne (prof. Mayer) w położeniu leżącem: wymiar poprzeczny największy cienia przełyku przesuwa się z dołu do środkowej części przełyku, gdzie wynosi 10 cm, co trzeba odnieść do postawy leżącej. W stosunku do ostatniego zdjęcia pooperacyjnego zdjęcie nie przedstawia żadnej zmiany. Wpust jest zupełnie wolny, treść papkowata przechodzi bez przeszkody do żołądka (ryc. 3).

Skuteczne leczenie cierpienia o tak długim i uporczywym przebiegu, jak w podanym przypadku było możliwem tylko na drodze operacyjnej. Doświadczenia własne i innych autorów wykazały, że z wszelkich podanych metod żadna nie daje bezwzględnie zadowalającego wyniku, skoro po tych zabiegach występują nawroty. Wykonując zabieg operacyjny wedle mego sposobu, a więc wycinając warstwę mięsną na znacznej przestrzeni obwodu przełyku, a nawet włączając w to mięśniówkę żołądka, wychodziłem z założenia, że skoro usunę na takiej przestrzeni mięśniówkę, to nawrót jest całkowicie uniemożliwiony, nawet w razie, gdyby w tem miejscu powstała blizna pooperacyjna. Przewidywania moje jak dotychczas w zupełności się sprawdziły, skoro chora nietylko w pierwszych czasach po operacji, ale i obecnie t. j. po 6



miesiącach niema żadnych przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, w szczególności zaś połyka pokarmy dobrze, niema bólów i wymiotów. Na tej podstawie możnaby wyleczenie nazwać trwałem, a wynik mój zachęca do dalszego stosowania podanej przezemnie metody operacyjnej, mimo że światło przełyku nie powróciło do przeciętnej normy.

I z innych względów jeszcze przypadek przezemnie opisany, zdaje mi się, zasługuje na uwagę. Pomiędzy cierpieniem chorej, a jej ojca ustalić można pewien związek dziedziczności tego schorzenia. Jeżeli chodzi o przeciąg czasu choroby, to jest to prawdopodobnie jeden z najbardziej długotrwałych przypadków. Stan schorzenia ciągnie się 33 lata. Znamienną jest rzeczą, że atak bólu głowy zmienił się naraz podczas snu w ból w okolicy dołka, i że od tego czasu bóle głowy już się nie powtórzyły, natomiast wystąpiła przeszkoda w udrożnieniu w okolicy wpustu. Badanie drobnowidowe rzuca w tym przypadku poniekąd inne światło na pojęcie skurczu. Widzimy bowiem, że chodzi nie o przerost gładkich mięśni zwężonego odcinku wpustu, lecz przeciwnie o wyraźny zanik. Z tego też właśnie względu uważałbym, że tak zwany *Cardiaspasmus*, w przypadku który opisałem, powstał nie wskutek zwężenia wywołanego przerostem mięśniówki, ale niedoczynnością samego wpustu, który nie odpowiada rozszerzeniem się na bodźce pokarmowe. Pogląd ten o niedoczynności wypowiedział niedawno Zaaijer, ale nie poparł go badaniami drobnowidowemi.

Piśmiennictwo.

1) Heyrovsky. Wien. klin. Woch. 1911, s. 295. — Arch. f. klin. Chir. Bd 93. s. 311. — 2) Heller. Mitt. aus d. Grenzgebieten Bd 27, 1914. H. 1. — Verh. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1921. Bd 55. s. 144. — 3) Kümmell. Verh. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1921. Bd 55. s. 327. — 4) Meyer H. Mitt. aus d. Greuzgebieten. Bd 34. 1922. s. 484. — 5) Mikulicz. Deutsch. med. Woch. 1904. Nr. 1—2. — 6) Sauerbruch. Chirurgie d. Brustorgan. 2 Bd 2 H. Springer 1925. — 7) Thieding. Bruns. Beitr. 3. kl. Chir. Bd 121. 1921. s. 237 (obszerne zestawienie piśmiennictwa). — 8) Walton. British Journ. of Surg. April 1925. s. 701. — 9) Wendel. Arch. f. klin. Chir. Bd 93. s. 311. — 10) Zaaijer. Arch. f. klin. Chir. Bd 130. 1924. s. 148.

K. ORZECHOWSKI. Warszawa.

Zaburzenia wegetatywne w chorobie Charcota.

Z Kliniki chorób nerwowych Uniw. warsz.

W pracy histologicznej z Freyówną nad stwardnieniem zanikowem bocznem stwierdziliśmy w rdzeniu, obok zmian ogólnie znanych, niewątpliwe zmiany zanikowe komórek rogów bocznych, warstwy pośredniej i komórek rogów tylnych. Wobec tego, że zaburzenia czuciowe należą w tem cierpieniu do rzadkości (o bólach donoszą między i. Schultze-Renz, Meyer, przedmiotowe zaburzenia czucia opisali Egger i Lejonne z Lhermittem), należało przypuszczać, że zanikłe komórki szarej substancji w obszarach poza rogami przedniemi odpowiadają w znacznej części komórkom neuronów wegetatywnych rdzenia. W takim razie musiałoby się w stwardnieniu z. b. spotykać częściej objawy wegetatywne. Przegląd piśmiennictwa bardzo niewiele nas w tym kierunku pouczył. Poza bardzo rzadkiemi notatkami poszczególnych objawów w historjach chorób prac, które się zajmują chorobą Charcota n. p. krótką wzmianką w pracy Bogderta że choroba zaczęła się od zaburzeń połowiczych naczynioruchowych (Les lésions cérébrales. Arch. internat. de Médecine expér. Liége. 1925.) i bardzo interesującym przypadkiem tegoż autora z kryzami kauzalgicznemi i ze skurczami naczyniowemi (Rev. Neur. 1924. str. 519), nic godnego uwagi pod tym względem w literaturze przedmiotu nie znaleźliśmy*).

Z tego powodu poddaliśmy przeglądowi historje chorób wszystkich przypadków stwardnienia z. b., które przewinęły się przez tutejszą Klinikę Neurol. od czasu jej otwarcia. Oto plon objawów wegetatywnych, które w nich znaleźliśmy, podany obok skrótu historji chorób.

Przypadek I. Now. 60. l. 1924. Postać opuszkowa.

Od 3-ch lat ustały miesiączki. Chora od przeszło roku. Zaczęło się od utrudnienia mowy, od pół roku *crampi*, to zginaczy, to prostowników stóp i palców. Przedmiotowo pełny obraz porażenia opuszkowego z zupełną niemożnością mówienia i bezgłosem. Lekki niedowład także zwieraczy powiek. Bardzo szybkie pogarszanie się objawów opuszkowych w czasie obserwacji. Na górnych kończynach brak porażeń i zaników, na dolnych minimalny niedowład z odruchem kolanowym pr. żwawszym i z Babińskim prawostronnym. Żywe drżenia włókienkowe i na górnych i na dolnych kończynach.

Chuda. Skóra na twarzy ścieńczała, wydelikacona, lśni z lekka od potu i tłuszczu, od czasu do czasu przebiega po twarzy płomieniste zaczerwienienie. Lanugo w okolicy żwaczy. Na szyi i grzbiecie rąk fałd cienki skóry, uniesiony opada powoli. Skóra na grzbiecie rąk sucha, lśni, na dłoniach nieco wydelikacona, ręce lekko sinawe. Silnie zasinione stopy, na których skóra bardziej wydelikacona, a listewki na skórze palców o wiele więcej zatarte. Na paznokciach rąk do kilkanaście sporych listewek podłużnych, z których niektóre nie przebiegają w linji ciągłej, a składają się z szeregu ostrych daszków, ułożonych jeden za drugim, nie przylegających do siebie. Guzki Haberdena w okolicy przedostatnich i ostatnich stawów paliczkowych rąk. W ciągu obserwacji dwukrotnie bolesny obrzęk stawu nadgarstkowego. Naskórek okolicy ud osypuje się, okolica przedniobóczna podudzi w głębszych warstwach twardawo nacieczona. Brak odruchów włosoruchowych, t. zw. mózgowego i rdzeniowego, brak miejscowego odczynu włosoruchowego. Brak dermografji.

Napięcie n. współcz.: 132, błędnego 24. Achner 0 lub — 4. We krwi 4 mil. c. cz., hm. 82, wsk. 0,87., 4,400 c. b., 39% wieloj. limf. m. 50%, limf. d. 2,5, kwchł. 4%, przejść. 4%. W dwa miesiące później: hm. 72, wsk. 0·87, c. b. 5,200, wj. 36%, limf. m. 58%. limf. d. 1%, kwchł. 2,5%, przejść. 2,5%.

Przypadek II. Ed., 51 l., 1925. Początek od górnych kończyn.

Od 5 lat ustały miesiączkowania. Chora od 3 lat, nagle wśród pracy opadły jej ramiona, miała mieć wówczas dreszcze i niewielką gorączkę. Stan się zrazu nieco poprawił z czasem jednak pogarszał się i powoli dołączyły się objawy opuszkowe. Przedm.; Lekkie objawy opuszkowe z hipertonją twarzy i przykurczem żwaczy, zupełne porażenie górnych kończyn z zachowaniem tylko kilku ruchów palcami, bardzo znaczne zaniki. Na dolnych kończynach i tułowiu wcale rozległe drżenia włókienkowe, zresztą stosunki prawidłowe.

Mała, budowy kośćca bardzo delikatnej, wychudzona. Od czasu choroby miewa uderzenia krwi do głowy, których w okresie przekwitania nie miewała. Zlewa się ciągle potem na ciele, musi być często wycierana. Nawet w gorące dni miewa dotkliwe uczucie zimna w kończynach. Po ciepłej kąpieli skóra na całem ciele zaczerwienia się żywo, co trwa długi czas. Często niesłychanie żywy odruch włosoruchowy na całem ciele, przytem tworzy się szagrynowa skóra na przedramionach. Odczynu włosoruchowego miejscowego brak, dermografja z opóźnieniem, tylko na dkk. Często obustronny Dalrymple, bez Gräffego. Oleista twarz utrzymująca się mimo dokładnego zmywania. Nadmiernie tłusta skóra na szyi i tułowiu. Twarz pokryta w całości bujnemi długiemi włoskami, które zagęszczają się na górnych wargach. Zresztą twarz i czoło pokryte gęsto piegami, które na granicy włosów ustępują miejsca nadmiernie białej skórze. Skóra na twarzy twardawa, robi wrażenie jakby nacieczonej. Ręce obrzękłe na grzbiecie, dłonie i opuszki palców za różowe, zresztą palce zimne, sine, w całości pogrubiałe, wałcowate, skóra na nich za gruba, wygładzona, matowa, fałdy nad stawami paliczkowemi zatarte. Zgięcie bierne palców we wszystkich stawach bardzo ograniczone Na stopach mierna hiperkeratoza i skłonność jużto do sinienia, jużto do nadmiernego ciepłego czerwienienia. Paznokcie rąk matowe, suche, ze śladami prążkowania podłużnego. Skóra przedramion kserodermiczna, na szyi i brzuchu pozbawiona elastyczności.

W pierwszym okresie obserwacji chorej otrzymywało się z całego szeregu mięśni górnych kończyn z częśc. odczynem zwyr. wybitnie przetrwałe skurcze. Rozkurcz dokonywał się często »schodami«. W ten sposób oddziaływały mięśnie tylko na prąd faradyczny, przytem często nawet, mięśnie wprost nie drażnione. Chora na samoistne kurcze nie skarżyła się, jednak często spostrzegaliśmy *crampus* tworzący się samoistnie w jednym podbródku, którego mięśnie wykazywały najstalsze drżenia. Neurotonicznego odczynu nie było. W kilka miesięcy później przy badaniu elektrycznem nigdzie już nie było można wykazać odczynów pseudomiotonicznych. U chorej tej po zastrzyknięciu adrenaliny drżenia potęgowały się, a równocześnie duże partje brzuśców przechodziły w przetrwałe skurcze.

Atheroma aortae. Pachon: Mx. waha się na rękach między 7 a 10. Trudno je oznaczyć, bo oscylacje pozostają w granicach $^1/_4$ do $^1/_2$ podziałki. Krew: C. czerw. 4,800 tys., c. b. 7,000, hm. 60, wsk. 0·6, wieloj. 52.5%, limf. m 40%, limf. d. 4%, przejść. 3%, tuczn. 0,5. Napięcie układu sympatycznego według Danielopolu: 104, błędnego 36.

Przypadek III. Wydz., 28 l. wolna, 1922. Początek od górnych kończyn, rychło przejście na opuszkę, bardzo szybki rozwój, śmierć do roku. Rozpoznanie stwierdzono histologicznie.

Twarz pokryta stale łojowatym tłuszczem. Lepki pot pokrywa skórę niemal na całem ciele. Zmiana stawowa w pr. barku, którego przywodziciele są w stanie przykurczu. Skóra palców wybitnie wygładzona, ścieńczała, palce i dłonie wilgotne, zmacerowane, sinawe, chłodne. Palce stóp sinieją też zbyt łatwo. Zwłaszcza sinieje silnie tułów po obnażeniu. Skarży się na marznięcie. Odruch włosoruchowy żywy tylko po lewej stronie ciała.

Przypadek IV. Pszcz. 36 l. zam., 1921. Początek od górnych kończyn w 2 miesiące po durze plamistym, potem objawy opuszkowe wreszcie ze strony kończyn dolnych. Bardzo szybki postęp. Często stany podgorączkowe.

Delikatna, cienka zanikła skóra na rękach i palcach. B. silnie pigmentowana, prawie czarna okolica brodawek sutkowych.

Przypadek V. Kraj. 52 l., wdowa, 1921. Początek od dolnych kończyn, w 3 miesiące po przejściu ciężkich zmartwień. Szybkie przejście sprawy na opuszkę, potem na dolne kończyny. Siła rąk wcale dobra. Prawie stałe stany podgorączkowe.

Źrenice bardzo wąskie, lewa szersza. Przewlekłe zmiany stawowe na palcach. Chvostek 3 obustronnie.

Przypadek VI. Kosz. 38 l. żon. 1921. Początek przed 4 laty, wkrótce po czerwonce, od dolnych kończyn, przejście na górne kończyny. Lekka parapareza. Brak objawów opuszkowych. Stopy spocone i zasinione.

Przypadek VII. Berk., 44 l., żon. 1921. Chory od $^1/_2$ roku, początek od rąk, dolne kończyny nieznacznie zajęte, z nerwów opuszkowych zajęte tylko dodatkowe.

Rumień wzruszeniowy na piersiach w czasie badania.

Przypadek VIII. Pac. 52 l. 1924. Przed 5 laty przekwitanie, któremu towarzyszyły przez rok znaczne dolegliwości. Od $^1/_2$ roku równocześnie wystąpiły niedowłady dolnych i górnych kończyn, od 3 miesięcy nie chodzi. Opuszkowych objawów prawie brak. Na rękach porażenie prostowników nadgarstka i palców, zginacze sprawne, międzykostne mierne, paretyczne, obie ręce równomiernie zajęte.

---

*) Przed laty przedstawiałem w Towarzystwie Lek. Lw. (Lw. Tyg. Lek. 1912, str. 652) cztery przypadki stwardnienia z. b. z objawami, z których jedne wskazywały na nieprawidłowość terenu konstytucjonalnego, wegetatywno-dokrewnego, a inne mogły być wprost w związku z chorobą organiczną nerwową. W 2-ch przypadkach chorzy wykazywali przerost przyusznic. Inna chora, 43-letnia, z początkiem choroby, mając lat 38, nagle zupełnie osiwiała i straciła w krótkim czasie dużą ilość zdrowych na pozór zębów. Chora ta skarżyła się na świąd w całem ciele podczas choroby. Utrzymywał się u niej stale objaw Chvostka i miała wybitny gerontoxon od góry i od dołu. U trzeciej chorej 39-cioletniej, z atletycznym rozwojem mięśni, była twarz uwłosiona. Chora ta miała też stracić dużą ilość zębów zdrowych w czasie choroby. Wreszcie 4-ty chory 40-to letni podawał, że ma mniejszą potencję od roku.

Wygląd osoby chudej. Twarz oleista. Na brzuchu i udach grube pokłady tłuszczowe. Wybitna miażdżyca obwodowa tętnic. W ustach uczucie suchości. Wybitne *mains succulentes*, brak zupełnie listewek skórnych, skóra na grzbiecie rąk ułożona w liczne drobniutkie zmarszczki, nie lśni. Paznokcie suche, bez połysku, o rzadkiem, grubem, nierównem prążkowaniu poprzecznem. Odruch włosoruchowy bardzo żywy; odczyn miejscowy wybitny na dolnych kończynach, brak go na tułowiu i na kończynach górnych. Dermografja wzmożona. Chora skarży się na częste nagłe zlewania potem, kongestji nie ma. Lewa źrenica szersza od prawej, lewa ręka cieplejsza. Po zastrzyknięciu 1½ cg. pilokarpiny staje się także lewy policzek różowy i cieplejszy, przytem zaczerwienienie ogarnia i tułów, poczem się tylko tułów i twarz, z wyraźną przewagą lewej strony. Napięcie układu współcz. 120, błędnego 32, Achner 0, Krew: c. cz. 4,300 tysięcy, 78 hm., wsk. 0,9, c. b. 5,890, oboj. 65,5%, limf. 33%, kwaschł. 1,5%.

Chora ma bardzo żywe drżenia włókienkowe na gkk., i na udach. Drżenia te wywołują nawet dyskretne ruchy palców. Chora ich nie uczuwa. Z całego szeregu mięśni pobudliwych na prąd faradyczny (międzykostne, długie zginacze palców, brzuszne, mięśnie małe palców nóg) wywołuje się przetrwałość skurczów trwającą do minuty; przy drażnieniu wprost prądem galwanicznym i nerwów przetrwałość jest tylko zaznaczoną. Chora podaje, że od początku choroby i obecnie miewa *crampi* w górnych i dolnych kończynach. Mimo znacznych niedowładów na górnych kończynach odruchy zatrzaskowe i przeciwnicze są tu wygórowane, czego nie można wykazać na dolnych kończynach.

Chora przechodziła dawniej złamanie ponad prawym nadgarstkiem i ma dotąd w tej okolicy lekkie zniekształcenie. Od początku obecnej choroby cierpi na uporczywy ból w całej pr. górnej kończynie, idący od barku. Na ból ten pomagała chorej jedynie pilokarpina.

Przypadek IX. Fr. l 45., żon. 1923. Początek opuszkowy, zajęte także górne kończyny, najmniej dolne. Sprawa trwa od 4 miesięcy.

Wybitna miażdżyca obwodowa. Silne drżenia na gkk. które w miarę badania się nasilają. Brak nieprawidłowości wegetatywnych.

Przypadek X. Trz. 63 l., wdowa, 1922. Początkowo objawy opuszkowe, potem zajęcie gkk., wreszcie nóg. Szybki postęp. Choroba zaczęła się przed rokiem od bolu i obrzęku prawej stopy, które utrzymywały się przez 2 tygodnie, potem wystąpił silny rwący ból w pr. barku i ramieniu, który trwał przez parę miesięcy. Na ten czas przypada początek utrudnienia mowy, ślinienia, krztuszenia się i osłabienia pr. górnej kończyny.

Omarthritis chron. dextra. Skóra na twarzy i palcach rąk scieńczała, gładka, lśniąca. Ruchy palcami rąk dość dobre. Kurczowy niedowład obu kończyn dolnych z obustronnym Babińskim. Szponowate ustawienie palców prawej stopy. Zmiany naczynio-ruchowo odżywcze na tej stopie znaczniejsze.

Przypadek XI. Br., 55 l., zam. 1924. Zapoczątkowuje chorobę przed 1½ r. porażenie kurczowe dolnych kończyn. Na gkk. poczynające się zaniki ze wzmożeniem odruchów, opuszkowe nerwy prawidłowe. Od roku ustanie miesiączki.

Bardzo otyła od 30 r. ż. Skóra tłusta, przerost gruczołów łojowych. Obficie się poci. Wielka żywość odruchów włosoruchowych. Żywo-różowe zaczerwienienie opuszek palców i dłoni; siła w rękach doskonała. Od początku choroby bolesne kurcze łydek W l. kończynie dolnej stałe uczucie zimna.

Przypadek XII. Jak., 57 l., 1922. Przekwitanie w 45 r. ż. Choroba ruchowa od 6 lat, początek od g. kończyn, od 2 lat niedowłady dolnych, objawy opuszkowe od niedawna. Przed 4 mies. złamanie szyjki kości udowej, które nie zrosło, odtąd leży. Z objawów opuszkowych: mowa opuszkowa, zanik języka z drżeniami włókienkowemi, zanik mięśni mostko-sutkowo-obojczykowych, wzmożenie odruchu żuchwowego. Górne kończyny: prawie zupełnie porażone, mięśnie mniej lub więcej zanikłe, silne drżenia włókienkowe, brak odruchów śc.-ok., przykurcz mięśnia dwugłowego i zginaczy palców. Na prawie porażonych kurczowo dolnych kończynach rozlane zaniki i także odczyn zwyrodnienia. Zaburzenia psychiczne: przygnębiona, płacze, paranoidalnie ustosunkowana do otoczenia, stale niezadowolona, ciągle się skarży, nad miarę wymagająca i bezwzględna wobec pielęgniarek, obciąża je zmyślonemi zarzutami.

W twarz chorej uderzają niemal stale kongestje. Miała je w okresie przekwitania, potem ustały, odkąd leży, pojawiły się w niezwykłej sile. Jest też jej ciągle gorąco, woli zimno w pokoju.

Podczas rozmowy prawie stale lotny rumień na piersiach. Dermografji brak. Wrażenie ogólne wyniszczenia, jednak na brzuchu gruby podkład tłuszczu, znaczny zanik mięśni ramienia zamaskowany grubą masą tłuszczu podskórnego, tak samo przedramiona pokryte są grubą warstwą tkanki tłuszczowej, zwłaszcza od strony prostowników. Na kończynach są te masy tłuszczowe zbite, przypominając tu spoistością tkankę podskórną z okolicy grzbietnej ramion u grubych kobiet. Twarz lśniąca od pokładu łojowego. Także skóra na ciele oleisto-tłusta, chropawa od wyniosłych ujść mieszków włosowych, owłosienie wąsowate górnych warg, duże włoski wychylają się z nozdrzy. Silnie obrzękłe *mains succulentes*. Skóra rąk i palców blada, zanikła, bez listewek na opuszkach, paznokcie grube suche, chropawe z podłużnemi nierównemi sfałdowaniami i bruzdami. Stopa złamanej nogi silnie zasiniona. Odruch włoso-ruchowy trudno wywołać. Stałe zaparcie stolca, uporczywe skargi nawet wówczas, gdy stolec zdołano uregulować, na nieokreślone bóle w okolicy żołądka i parcia w dolnej części brzucha. Mimo zaników bardzo silne drżenia włókienkowe, wiązkowe i kloniczne, to toniczne skurcze większych partji brzuśców. Przy obmacywaniu odczuwa się stały niepokój mięśniowy, nawet na mięśniach nie wykazujących dostrzegalnych wzrokowo drżeń. Wogóle jest drżeń więcej na mięśniach mniej zanikłych. Każda próba ruchu, często w wyniku czcza, wywiązuje wzmożenie drżeń, które stają się liczniejsze, pojawiają się w obszarach dotąd spokojnych lub przechodzą z subtelnych drżeń w grubsze, brutalniejsze *cloni*. Takiż wpływ na drżenie miewa dotknięcie n. p. szyi, głowy, ruchy bierne, mowa chorej, przełykanie.

Przypadek XIII. Mel., 56 lat, 1922. Chory od 8 miesięcy. Zaczęło się od łamania w prawem kolanie, które z czasem przeszło na lewe. Równocześnie zaczęły powstawać zaniki i niedowłady prawej górnej kończyny i parapareza. Od 2 miesięcy także osłabienie górnej lewej kończyny i nie może chodzić. Przedm.: Prawie porażenie górnych kończyn z zanikami, drżeniami włókienkowemi i wzmożeniem odruchów. Na rękach międzykostne zupełnie porażone, inne mięśnie tylko niedowładne. Wybitne porażenie kurczowe dolnych kończyn. Mięśnie opuszkowe prawie wolne. Szybki postęp ku gorszemu.

Lewa źrenica nieco szersza. W prawym barku i obu piętach, często bardzo silne bóle, łamiące, ściskające, często z powodu nich nie śpi. Odruchy zatrzaskowe i przeciwnicze na g. kończynach b. żywe. Skóra na palcach ścieńczała, sucha, matowa, na grzbiecie rąk ułożona w zmarszczki, przypomina wyglądem zmięty papierek cygaretowy. Stopy chłodnawe, nieco zaczerwienione, suche, na podudziach skóra wyraźnie lśni. Główną i uporczywą skargą chorego jest ból opasujący pod łukami żebrowemi, który nie pozwala mu odetchnąć, ani dłużej mówić, z powodu tego bólu mówienie go męczy i przyprawia o utratę oddechu. Chory ma znaczny niedowład mięśni oddechowych przy przeponie sprawnie działającej. Uskarża się stale na ssący ból w dołku podsercowym, nasilający się przy jedzeniu. Stolec stale zaparty, brzuch wzdęty, nawet po wypróżnieniach sztucznych nie doznaje ulgi. Przy wywoływanin w zwykły sposób odruchów brzusznych powstaje toniczne napięcie powłok, i to łatwiej przy drażnieniu prawej strony, czemu towarzyszą odruchy obronne z dolnych kończyn i bardzo żywy odruch włoso-ruchowy. Chory je i pije dobrze, mimo to chudnie, co uderza zwłaszcza w twarzy. Przy drażnieniu galwanicznem i faradycznem kłębów, mięśni międzykostnych, niektórych zginaczy palców, pr. naramiennego i l. trójgłowego ramienia otrzymuje się wybitnie przetrwałe skurcze, których brak przy drażnieniu pni nerwowych. Chory nie cierpi na kurcze, podaje jednak, że zanważył to od dawna, że przy próbach ruchów zamierzonych palcami, albo podczas inerwacji innych obszarów ruchowych, czasem ten lub ów palec przybiera samoistnie pewne ułożenie odmienne od przeciętnego, które trwa nieraz długo i którego chory nie może dowolnie zmienić.

Przypadek XIV. Z. 43 l., zam. 1921. Stwardnienie zanikowe boczne, stwierdzone pośmiertnie. Początek od dolnych kończyn, powolny rozwój. Chorobę nerwową poprzedziło z m i ę k n i e n i e k o ś c i w lekkiem nasileniu. Krew: C. cz. 3.700 tys. Hm. 93, Wsk. 1., C. b. 5.600, Wj. 40%, limf. m. 33%, l. d. 5.5%, prz. 3%, jednoj. 1.5%, eos. 17%. Objawów wegetatywnych historja nie notuje.

Przypadek XV. Ben. 47 l., żon. 1923. Stwardnienie z. b. stwierdzone pośmiertnie. Szybki rozwój. Historja choroby nie wzmiankuje objawów wegetatywnych.

Przypadek XVI. Kam. l. 47., 1922. Stwardnienie z. b. stwierdzone pośmiertnie. Początek paraplegiczny, szybki postęp na kończyny górne i opuszkę. Chorobę poprzedziła na szereg lat *spondyloza rhizomeliczna*, która rozwinęła się prawdopodnie w związku z urazem.

Z objawów wegetatywnych wyszczególnia historja choroby: Starczy wygląd, rysy twarzy zwiotczałe (na pół roku przed wystąpieniem objawów opuszkowych). Wytrzeszcz mierny oczu, wybitny Gräffe i Moebius, innych objawów hipertyreotoksycznych brak. Już w okresie początkowym choroby twarz oleista, lśniąca.

W 16 przytoczonych przypadkach stwardnienia z. b. spotykamy 10 kobiet i 6 mężczyzn. Trzy przypadki dotyczą osobników młodych w wieku od 28 do 38 lat. Na wiek okresu inwolucji gruczołów rozrodczych przypada: 5 chorych (1 k., 4. m), w wieku między 43 a 47 r. ż., na wiek między 51 a 57 lat życia, 6 chorych, w tem 5 kobiet. O ile chodzi o kobiety, na samo przekwitanie przypada początek choroby nerwowej tylko w 2 przypadkach, zresztą cierpienie nerwowe albo rozpoczynało się w okresie prawidłowych jeszcze miesiączek, albo w kilka lat po ich ustaniu, i to raz w 3, dwa razy w 5 lat po przekwitaniu. Dwie kobiety były już w wieku starszym (60 i 63 lat).

Interesującą stroną zestawienia tej skromnej ilościowo grupy przypadków jest kombinacja stwardnienia z. b., raz ze zmięknieniem kości ciążowego pochodzenia, i raz ze spondylozą, więc ze schorzeniami, które zdaniem naszem mimo morfologicznych różnic, dużo mają cech istotnego pokrewieństwa ze sobą. Pokrewieństwa tego nie dopatruję się w tem tylko, że spondylozę zapoczątkowuje pewien proces zmięknienia kości. Obie sprawy chorobowe zacieśniają się niemal do kośćca tułowia, obie, choć w odmienny sposób nagabują stawy biodrowe i barkowe, przy obu stwierdzamy skłonność do przykurczów mięśniowych. Przy osteomalacji oszczędzającej mężczyzn, w której powstaniu naczelną rolę zdaje się odgrywać zaburzenie funkcji jajników, brak skłonności do odkładania się wapnia w innych tkankach, — tę skłonność obserwujemy natomiast w wybitnym stopniu w spondylozie, która zaoszczędza niemal zupełnie kobiety. Odmienność wpływu gruczołowego na wędrówkę tkankową soli wapiennych u obu płci może być jednym z powodów, który decyduje, że zbliżony w obu schorzeniach proces chorobowy odmienne daje objawy i odmienny ostateczny wynik chorobowy.

Przechodząc do omówienia symptomatologji wegetatywnej w grupie naszych przypadków nie znajdujemy żadnych nieprawidłowości wegetatywnych w 4 przypadkach, zespoły bogatsze w objawy w 4 przyp. (2, 8, 12, 13), zaś w 8 przyp. ugrupowania objawów wegetatywnych są albo skąpe, albo także mieszczą takie objawy, które niekoniecznie należałoby wiązać ze schorzeniem rdzeniowem.

Co do przypadków, których historje choroby nie notują żadnych wegetatywnych objawów, nadmieniam dla ścisłości, że pozostawały one w obserwacji kolegów asystentów Kliniki w okresie, kiedy jeszcze mniej baczną uwagę zwracali na stronę wegetatywną u chorych. Możliwe, że przy zwróceniu uwagi dokładniejszem i w tej jakoby negatywnej grupie przypadków jakieś objawy wskazujące na zaburzenia wegetatywne dałyby się jednak wykazać.

Z objawów, które nas tu interesują, spotykamy notowane najczęściej, bo w 10 przypadkach zaburzenia odżywczo-naczynioruchowe, wybitniejsze i częstsze na rękach, niż na stopach. W mniejszem lub większem nasileniu powtarzają się one w ten mniej więcej sposób, jak to przedstawiliśmy dokładniej w historjach przypadków 2, 3, 8, 12 i 13, zresztą pomijaliśmy opisy celem uniknięcia powtarzań. Zaburzenia tego rodzaju zazwyczaj kładzie się na karb porażenia i związanego z niem zaburzenia krążenia w odsiebnych częściach kończyn. Jeszcze większy wpływ na trofikę skóry musi mieć sam fakt jej unieruchomienia, co zwłaszcza odnosi się do skóry palców w okolicach stawów członeczkowych. Unieruchomienie zupełne palców tłumaczy też w znacznej mierze zmiany stawowe. Nie podając w wątpliwość znaczenia niedowładu i nieruchomości w tworzeniu się zmian odżywczo-naczynioruchowych i nawet wydzielniczych na stopach i rękach, mimo to nie możemy odmówić większej samodzielności tym zaburzeniom w przypadku 1, ze zmianami większemi na stopach, chociaż chora ma zupełnie dobrą sprawność nóg, a prawie zupełnie dobrą rąk. To samo dotyczy zmian na stopach w przypadku 2, w mniejszym stopniu w przypadku 6, bo tu istnieje lekka para-pareza. Gdyby nawet i w tych przypadkach pewien nadmiar zaburzeń wegetatywnych na końcówkach kończyn tłumaczyło się tem, że choroba organiczna mogła dotknąć osobników pierwotnie już wykazujących pewne zaburzenia naczynioruchowe, co przecież u neuropatów bez organicznych objawów nerwowych tak często się zdarza, to w każdym razie w dwóch przypadkach tłumaczenia tego rodzaju zawodzą: w 11, z rękoma ruchowo prawidłowemi i żywem ich różowieniem się i w przypadku 3, w którym przy obnażeniu siniał tułów w okresie jeszcze przedopuszkowym. Za pochodzeniem także nerwowem zaburzeń przemawiał brak oscylacyj w Pachonie w przypadku 2. Niestety pozatym, jeden tylko jeszcze przypadek mogliśmy zbadać przy użyciu oscylometru, tu zaś z wynikiem prawidłowym.

W 6 przypadkach stwierdzaliśmy zmiany stawowe i guzki Haberdena. W dwóch należało odnieść guzki H. do wieku chorych. Raczej ze sprawą nerwową można było wiązać zmiany stawowe w przypadku 3, zajęcia stawu barkowego, może analogicznego do tego, które obserwujemy w porażeniach połowicznych, i w przypadku 5 zmian w stawach paliczkowych, mimo braku porażenia palców. W przypadku 10 sprawa chorobowa zaczęła się od zajęcia stawu barkowego i bólów prawdopodobnie stawowych stopy, w przypadku 13 były zrazu bóle w kolanach, poczem rozwinęła się parapareza.

Przy uwzględnieniu zastrzeżeń już podniesionych, jesteśmy skłonni w pewnym stopniu uzależniać u większości chorych zmiany naczynioruchowe i odżywcze skóry i stawów od zaburzeń wegetatywnych, pozostających w związku ze sprawą organiczną, toczącą się u nich w układzie nerwowym. Utwierdza nas w tem przypuszczeniu ta okoliczność, że zaburzenia te często bardzo wcześnie się pojawiają, że szybko się nasilają i że z drugiej strony u osobników młodych z długotrwającemi pozostałościami poliomyelitycznemi dość często mimo niedowładów znaczniejszych objawów analogicznych w takiem nasileniu wcale nie spotykamy.

Zresztą jako objawy odżywcze, dopuszczające różne interpretacje wymieniamy zanik elastyczności skóry w obszarach zresztą nie zajętych innemi zmianami skórnemi u 51 letniej (2) i 60 letniej chorej (1). Raczej możnaby przypisać samodzielność neurotroficzną kserodermji w przypadku 1 i 2, naciekowi głębszemu skóry podudzi w przypadku 1. Przerost miejscowy tkanki tłuszczowej uderzył nas w przypadku 8 (na udach i na brzuchu) i w przypadku 12 (na porażonych ramionach i przedramionach). Raz spotykaliśmy słaby objaw Chvostka (5).

Z objawów, które porażeniami i bezruchem nie byliśmy w stanie sobie tłumaczyć, wymieniamy: uderzenie krwi do głowy u chorych 1, 2, 12, niezależnie od przekwitania i najprawdopodobniej nie miażdżycowego pochodzenia — ciągłe uczucie gorąca u jednej z tych chorych (12), naodwrót marznięcie wszystkich kończyn (przy porażeniu tylko górnych) u chorej 2 marznięcie tylko lewej dk. w przypadku 11 — zwiewny rumień u chorych 7 i 12 — nadmierne pocenie się w przyp. 2, 8, 11 — w dwóch z nich (2 i 8) także uderzającą żywość odruchu włosoruchowego, spostrzeganą ponadto w przypadkach 3, (tylko po lewej stronie ciała (11 i 13), tutaj tylko w postaci rdzeniowej. We wszystkich tych przypadkach drażnienie nie wywoływało miejscowego odczynu włosoruchowego z wyjątkiem przyp. 8, w którym można go było wywołać na obszarze skóry porażonych dolnych kończyn.

Z objawów odżywczych zasługują na wzmiankę, bujny porost twarzy włoskami u kobiety w przyp. 2 (51 lat), skąpszy w przyp. 12 (57 l.) — wychudzenie znaczne mimo braku objawów opuszkowych i dobrego odżywiania w przyp. 2 i 13, z drugiej strony nadmierna otyłość w przyp. 11, która jednak istniała już na wiele lat przed początkiem choroby obecnej.

W przyp. 12 i 13 skarżyli się chorzy na senzacje brzuszne, z tych jeden zapodawał przytem także ból opasujący. Nasilenie i zabarwienie tych senzacyj zbliżało je poniekąd do kryz wiądowych.

Krew była badana, niestety, tylko w 4 przyp. z wynikiem limfocytozy względnej i absolutnej, raz 33% (wybitnej) 52,5%, to 59%, 38,8%, 44%) w 3 przypadkach, w jednym z nich uderzała ponadto znaczna eozynofilja 17%).

W przypadkach opuszkowych stałym objawem było nadmierne ślinienie się. W przyp. 8 bez objawów opuszkowych chora podawała odwrotnie, że ma nadmierną suchość w ustach.

Do objawów wydzielniczych, którym jesteśmy skłonni przypisać związek bezpośredni z chorobą nerwową, należy oleista, lśniąca twarz, której nie zmienia częste mycie, u 6 chorych, z tych u 5 w wieku ponad 50 lat, jednej w wieku 28 lat. W przyp. 16 objaw ten istniał u 47 letniego chorego o wyglądzie przedwcześnie postarzałym, na długi czas przed wystąpieniem porażenia rąk i nerwów opuszkowych. Oleistość twarzy naszych chorych przypominała zupełnie twarz u chorych na nagminne zapalenie mózgu i przekraczała

granicę »tłustego« charakteru skóry twarzy niektórych arterjosklerotyków i ludzi w podeszłym wieku. Zresztą skóra była tłusta także na reszcie ciała w trzech z tych przypadków (2, 3, 12).

Na odrębną wzmiankę zasługują objawy ze strony unerwienia wegetatywnego oczu. Różnica źrenic w 3 przypadkach, z tych w jednym obie bardzo wąskie. Dalrymple w przyp. 2, objawy wytrzeszczu, Gräffego i Moebiusa, przy braku innych tyreotoksycznych objawów, w przypadku kombinacji ze spondylozą W jednym z wymienionych przypadków (8) istniał pełny lewostronny zespół źreniczno-naczynioruchowo-potowy z objawami naczynioruchowo-potowemi na twarzy, tułowiu i kończynie górnej.

Napięcie wegetatywne unerwienia narządu sercowo-naczyniowego badano metodą Danielopolu tylko w trzech przypadkach w ostatnio spostrzeganych z wynikiem względnej hipersympatykotonji w 2 przypadkach, a raz amfohipotonji.

W przypadkach 8 i 13 obserwowano wzmożenie odczynów przeciwniczych i zatrzasków, o czem wspominamy dlatego, bo, i w zanikowych i w kurczowych niedowładach, oba te objawy znikają, z drugiej zaś strony ze względu na przypuszczany przez niektórych udział układów nerwowych wegetatywnych w wygórowaniu tych odczynów przy schorzeniach dróg pozapiramidowych.

W 5 przypadkach notują nasze historje chorób zespół kurczowy: w przyp. 1 i 11 dowiadujemy się o nim tylko z wywiadów, w przyp. 2 obserwowaliśmy przechodzenie podbródka w *crampus*, który przerywał od czasu do czasu bardzo tu żywe drżenia włókienkowe, ponadto w tym przypadku stwierdziliśmy w całym szeregu mięśni odczyny elektryczne rzekomo miotoniczne. Odczyny te znaleźliśmy również w przyp. 8 i 13, z kurczami we wywiadach. Jeśliby nawet pomijało się zapodania wywiadowe o kurczach, zresztą opisujące je w zupełnie typowy sposób, to nie ulega wątpliwości, że zespół kurczowy istniał w trzech przypadkach, w których wykrywało go badanie elektryczne. Zależy nam tu na podkreśleniu, że w sprawach zanikowych rogów przednich objawy zespołu kurczowego wogóle nie należą do zbytnich rzadkości. Do nich należy odnieść zachowanie się czynnościowe, jakoby miotoniczne, w syryngomyelji (Schlesinger) i odczyn neurotoniczny w tejże chorobie opisany przez Handelsmana, który sam także wielokrotnie w niej obserwowałem. W stwardnieniu z. b. obserwowali raz kurcze bardzo żywe, rozległe i bolesne, występujące pod wpływem inerwacji danych mięśni, emocji i znużenia, a w innym przypadku kurcze występujące w skutek zbyt długiego unieruchomienia i tak bolesne, że przerywały sen: Chartier (Rev. Neur. 1906, str. 683), Claude i Lejonne (Rev. Neur. 1906, str. 1090), wreszcie Florand, Chartier i Kożewnikow na 21 przyp. badanych w klinice Raymonda stwierdzili je 4 razy. W przypadku ich i drżenia włókienkowe i *crampi* trwały przez 3 lata (!) przed wystąpieniem notorycznych objawów choroby nerwowej. W miarę zanikania mięśni kurcze pojawiały się coraz rzadziej i w słabszem nasileniu. W przypadku Claude-Lejonne'a w zakresie mięśni dotkniętych kurczami doznawał chory uczucia bardzo przykrego zimna. Wreszcie opisał Simons w r. 1911 (D. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. V. str. 23) w jednym przypadku kurcze samoistne i występujące także przy drażnieniu mechanicznem, galwanicznem i faradycznem w mięśniach prostych brzucha, zginaczach na przedramieniu i grubym mięśniu wewn. uda, które to mięśnie poza pewnem wzmożeniem pobudliwości elektrycznej nie wykazały zresztą zaburzeń jakościowych skurczu. Czas trwania i nasilenie kurczów i drżeń włókienkowych wahały się w różnych dniach. P. Hoffmann wykazał u tegoż chorego w czasie trwania kurczu częstość prądów czynnościowych taką samą, jak przy dowolnem unerwianiu. Na podstawie spostrzeżeń tu przytoczonych i na podstawie własnego materjału, śmiem przypuszczać, że spostrzeganie dokładniejsze zachowywania się rozkurczu przy drażnieniu zwłaszcza bezpośredniem mięśni, i to prądem przerywanym, podniosłoby prawdopodobnie odsetek przypadków stwardnienia z b. z objawami zespołu kurczowego. Objawy tego zespołu, z osobna lub razem wzięte, wchodzą więc do symptomatologji stwardnienia z. b., a są to: samoistne bolesne kurcze, lub samoistne, przetrwałe, niebolesne przemieszczenia odcinków końcówek kończynowych, odczyny mięśniowe pseudomioton czne czynnościowe i tak zwany odczyn neurotoniczny.

Na innem miejscu dałem wyraz mniemaniu (Neurol. Pol. 1925), że drżenia wiązkowe, włókienkowe i *crampi* są przejawami różniącemi się tylko ilościowo, tego samego mechanizmu patogenetycznego. Wypowiedziałem tam przypuszczenie, że siedliskiem zaburzenia patologicznego, które doprowadza do miokymji wiązkowej jest sarkoplazma. Doświadczenia z jadami wegetatywnemi, przeprowadzone przez Freyównę w przypadkach zaników rdzeniowych, zdają się popierać to zapatrywanie odnośnie do drżeń włókienkowych. Przypuszczam z kolei, że wykładnikiem anatomicznym patologicznego wzmożenia pobudliwości sarkoplazmy, które przejawiać się może drżeniami i objawami zespołu kurczowego muszą być podobnie, jak to starałem się dowieść dla miokymji wiązkowej, w cierpieniu, które tu nas zajmuje, zmiany patologiczne ośrodków wegetatywnych rdzenia, a o ile chodzi o analogiczne objawy ze strony mięśni czaszkowych, takież zmiany w ośrodkach wegetatywnych opuszki.

Zapatrywanie o pochodzeniu wegetatywno-sarkoplazmowem drżeń włókienkowo-wiązkowych i kurczów niewątpliwie spotka na opór, zbyt bowiem ono odbiega od ogólnie przyjętego poglądu. Dlatego rozmyślnie pomieściłem, o ile je spotkałem, no atki dotyczące zachowania się drżenia włókienkowego, w dołączonych skrótach historyj chorób. Z notatek tych wyjmuję fakt zresztą znany, że drżenia włókienkowe wyprzedzają zaniki, a że brak ich często właśnie w mięśniach zdradzających zresztą objawy chorobowe, zaczynających ulegać zanikowi i niedowładowi. Bardziej jednak interesują obserwacje, które w przyszłości wartoby zbierać i poddawać dokładniejszej analizie, takie, jak w przyp. 12. Tutaj każda próba ruchu, nawet zamierzenie nie mogące się zrealizować i także ruchy bierne, wywiązują drżenia. Co ważniejsze, potęgują się one przy dotknięciu obszarów oddalonych skóry, przy mowie i oddechaniu.

Doniosłość wpływu czuciowego, aktów wisceralnych i psychicznych na drżenia, jak w tym przypadku, zdaje się raczej przemawiać na korzyść przypuszczenia uzależniającego miokymję włókienkową od układu sympatycznego, którego drogami wpływy z tak odległych dziedzin układu ośrodkowego raczej bowiem mogą spłynąć na komórkę mięsną, niżeli drogą neuronu obwodowego ruchowego, znajdującego się tutaj w stanie zaniku i hiporefleksji.

Z przeglądu historyj chorób dokonanego w niniejszej pracy dochodzimy do wniosku, że w stwardnieniu z. b. stwierdzamy dość często objawy wegetatywne, z których jedne w pełnej mierze, inne wyłącznie, zależą od choroby organicznej układu odśrodkowego. Odpowiednikiem ich anatomicznym są zmiany zanikowe komórek rogów bocznych i tylnych, z których pewna część wchodzi widocznie w skład ośrodków wegetatywnych rdzeniowych. Należy dalszym badaniom pozostawić stwierdzenie, o ile analogiczne zmiany w jądrach wegetatywnych opuszki mają rzeczywiście miejsce Osobiście tego dowodu nie zdołaliśmy anatomicznie przeprowadzić.

Niektóre z objawów wegetatywnych występują tak rzadko w naszej skromnej kazuistyce, że nie poddamy ich omówieniu. Będzie rzeczą przyszłości ustalić na większym materjale, o ile niektórym z tych objawów będzie można przypisać ogólniejsze znaczenie, o ile n. p. limfocytoza jest rzeczywiście częstszym objawem w stwardnieniu Charcotowskiem.

Z objawów, które nie wydają się rzadkiemi i o tyle wchodzą najprawdopodobniej w ramy symptomatologji stwardnienia zanikowego bocznego należą: oleista twarz, objawy zespołu kurczowego, objawy sympatyczne ze strony oczu, uderzenia krwi do głowy, nadmierne pocenie się i ziębnięcie, wzmożenie odruchu włosoruchowego. Pewna bujność objawów wegetatywno-rdzeniowych mogłaby za tem przemawiać,

że nadmierne ślinienie się chorych opuszkowych zależy nietylko od zaburzeń ruchowych, któremi zwykliśmy je tłumaczyć, lecz może być równocześnie w pewnej mierze wyrazem zaburzenia nerwowo-wydzielniczego.

Antoni GLUZIŃSKI. Warszawa.

Kilka uwag w sprawie ogólnego zakażenia *(sepsis)*

Z Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.

Każdy z nas używa słowa »*sepsis*«, a jednak jak trudno dać definicję tego stanu i określić tę sprawę tak, by bez zarzutu można było objąć to pojęcie. Nie mam zamiaru kreślić rozwoju pojęć o »*sepsis*«, jakie się kształtowały w ciągu wieków, to sprawa zbyt obszerna, nadmienię tylko, że w okresie rozwoju badań bakterjologicznych, na pierwszy plan wysunęła się jako cecha główna obecność właściwych bakteryj w krążącej krwi. Za niemi też szukaliśmy, a nie znajdując ich przypisywaliśmy tę niemożność ich wykazania w przypadkach przedstawiających się klinicznie jako »*sepsis*« już to niedostatecznej technice, już to nieodpowiedniej chwili pobierania krwi do badania (np. nie w okresie dreszczów, które mają cechować inwazję bakteryj do ogólnego krążenia z jakiegoś ogniska). Wkrótce pokazała się niesłuszność tego zapatrywania, boć dzisiaj wiemy, w ilu przypadkach możemy wykazać właściwe bakterje w krążeniu ogólnem, a sprzeczne są zapatrywania czy przypadki te zaliczyć do »*sepsis*«. Dość wspomnieć w ilu przypadkach, dzięki lepszej technice, jesteśmy w stanie wykazać pneumokoki we krwi przy typowem zapaleniu płuc włóknikowem, że w durze brzusznym w pierwszych dwóch tygodniach choroby przy najprawidłowszym przebiegu wykazujemy we krwi prątki durowe, że u ludzi, mających nawet zewnętrzną tylko sprawę gruźliczą np. wilka na twarzy, znajdowano prątki Kocha w płynącej krwi przy zupełnie dobrym ogólnym stanie i tą drogą pojmujemy, dlaczego u tych ludzi kiedyś po urazie w jądra, w kolano wystąpić może *epididimitis* lub *gonitis tuberculosa*. Wobec tego trzeba było chyba przyjąć, że obecność drobnoustrojów w ogólnym obiegu to jeszcze nie »*sepsis*« — że »*Bacteriaemia*« to jeszcze nie »*septicaemia*«.

Chcąc z tych sprzeczności wybrnąć, L a s c h k e w dziele wydanem przez K r a u s a i B r u g s c h a tak się wyraża:

»Wobec tego rozumiemy przez *sepsis* ogólne zakażenie ustroju b e z s p e c y f i c z n e j z m i a n y n a r z ą d u, które tą drogą się rozwija, że z jakiegoś pierwotnego ogniska zapalnego dostają się stale lub przestankowo do ogólnego obiegu drobnoustroje chorobotwórcze lub ich jady i wskutek tego zmiany pierwotnego ogniska w obrazie klinicznym schodzą na plan znacznie dalszy«.

Według tego określenia dur brzuszny, w przebiegu którego od początku znajduje się »*Bacteriaemia typhosa*« — będzie »*septicaemia typhosa*« wtedy, gdy stwierdzi się np. przy sekcji, że nie wytworzyły się swoiste owrzodzenia w jelitach — a więc nie było »specyficznej zmiany narządu« choć była ta sama przyczyna choroby, gdy znów przypadek zapalenia płuc włóknikowego, choć wykażemy w jegu obiegu krwi pneumokoki tak długo nie będzie »*saepticaemia pneumococcica*« jak długo, »zmiany pierwotnego ogniska w obrazie klinicznym nie zejdą na plan znacznie dalszy«, a więc, gdy wystąpią następstwa obecności pneumokoków w postaci *endocarditis ulcerosa, meningitis* i t. d.

Czy przez to, że w pierwszym przykładzie nie wytworzyły się owrzodzenia w jelitach, lub, że w drugim przykładzie, obok swoistego ogniska w płucach powstały zmiany w innych narządach, wywołane także pneumokokami, a stąd inny obraz kliniczny, zmieniła się zasadnicza podstawa sprawy? Dla klinicysty praktycznie tak, dla biologa nie. Tu przecież zachodzi tak ważne pytanie, czekające na odpowiedź, jakie okoliczności sprawiają, że ten sam drobnoustrój znajdujący się w ogólnym obiegu krwi raz ogranicza niejako swe działanie, wywołując t. zw. »specyficzną zmianę narządową«, lub np. pod wpływem paciorkowców, gronkowców »miejscowe ropienie lub miejscowe stany zapalne«, gdy w innych przypadkach zmienia obraz kliniczny raz bez »narządowych zmian«, innym razem wywołując zmiany w innych narządach np. *endocarditis*, w innych znów stanach, stany zapalne przechodzące nieraz w ropienia *(meningitis, pleuritis*, ropnie piemiczne itd.). Grać tu mogą rolę rozmaite czynniki jak ilość bakteryj, ich jadowitość, siła jadów z rozpadu ich powstająca, w znacznej części przecież i ustrój samego podłoża t. j. jakość biologiczna dotkniętego ustroju, oddziaływanie jego na drobnoustroje jak niemniej ilość i siła jadów powstających z odczynu samych tkanek *(Toxaemia)*. O ile jesteśmy w stanie ocenić nieraz siłę jadowitości danego drobnoustroju drogą doświadczenia na zwierzętach — o tyle jednak ocena tak ważnego czynnika — jakim jest wartość samego organizmu — nie jest dla nas łatwą.

Z klinicznego doświadczenia wiemy naprzykład, że organizmy w których stwierdzamy dawne zmiany na wśródsierdziu łatwiej przy zakażeniu pneumokokowem, streptokokowem i t. d. ulegają ogólnemu zakażeniu, które klinicznie, obok ogólnego stanu, objawi się ostrą zmianą na wśródsierdziu *(endocarditis ulcerosa)* — niż organizm ze zdrową tkanką wśródsierdzia, że w pewnych rodzinach te zakażenia łatwiej się uogólniają niż w innych, bo widocznie siła obronna tego ustroju jest konstytucjonalnie mniejsza. Pojąć można, że w jednych przypadkach chociaż drobnoustroje znajdują się w ogólnym obiegu, to w p e w n e j chwili ten organizm daje sobie z niemi radę, walcząc z niemi, fagocytozą, jak to wykazują, np. doświadczenia na zwierzętach zakażonych dożylnie, u których w pewnych warunkach nie stwierdzamy już wprowadzonych drobnoustrojów we krwi, a znajdujemy je w narządach jak śledziona, szpik kostny itd. w walce zwycięzkiej dla ustroju z komórkami tych narządów (fagocytoza), przyczem mikroskop stwierdza odczynowe zmiany w naczyniach krwionośnych lub w innych razach widzimy tę reakcję zapalną w rozmaitych tkankach dochodzącą do ropienia *(sepsis metastatica)*. Byłby to wyższy wyraz tej walki z zakażeniem wskazujący, że ustrój jeszcze i wtedy jest zdolny do walki, do lokalizowania sprawy. Raz organizm ten wywołując te przerzutowe zmiany, jako wyraz tej walki w miejscach ważnych *(endocarditis, meningitis)* ulegnie zakażeniu innym razem umiejscawiając się w miejscach mniej ważnych (ropnie w gruczołach limfatycznych, *paranephritis* i *perimetritis exsudativa* przy *febris puerperalis* itd.) dają możność wyjścia jeszcze zwycięzko organizmowi choćby przy pomocy chirurgicznej. Dawne to już kliniczne doświadczenie pokazało, że »umiejscowianie« się przerzutowe sprawy w czasie zakażenia ogólnego byle nie w narządach tak ważnych jak serce i mózg, stanowi zwrot pomyślniejszy. W tych przypadkach nie stale lecz niejako napadowo i przejściowo stwierdzamy we krwi obecność mikroorganizmów dostających się do obiegu czy to z pierwotnego miejsca zakażenia czy z ognisk przerzutowych, a chwilę tę ma zaznaczać dreszcz *(pyaemia)*.

Wreszcie widzimy przypadki, w których stale stwierdzamy drobnoustroje we krwi czy to przy równoczesnych przerzutach czy i bez nich, a więc przypadki, w których niejako organizm nie jest w stanie walki prowadzić. Słusznie też O e l l e r (Klinische Wochenschrift 1925 N. 17) uważa stałe wykazanie w obiegu krwi zdolnych do życia drobnoustrojów za oznakę niedostatecznej obrony zakażonego organizmu lub brak jej zupełny, jaką stwierdził i doświadczalnie u zwierząt, których tkanki osłabiał przed zakażeniem przez dłuższe naświetlanie promieniami Roentgena, a więc przez znaczny rozpad komórek tak, że ulegały one nieporównanie szybciej zakażeniu niż zwierzęta kontrolne i nie wykazywały tych reakcyjnych stanów w naczyniach krwionośnych, jakie stwierdza się zawsze u zwierząt prawidłowych zakażonych drobnoustrojami lub ich toksynami. Że tu i produkty samych komórek organizmu mogą grać rolę, że w jednych organizmach powstaje ich pod wpływem zakażenia mało i mniej szkodliwych, w innych osłabionych dużo i więcej trujących, sądzę, że należy to przyjąć. Stan też toksemji w tych przypadkach zależałby zatem nie tylko od toksyn drobnoustrojów lecz i od produktów rozpadu komórek danego organizmu, będących wyrazem oddziaływania ustroju na doznane zakażenie.

Tak patrząc na sprawę nie jest do odrzucenia myśl, podjęta przez Oellera, że uważać będziemy rozmaite postacie »*sepsis*« jako wyraz jednakowego immunobiologicznego zjawiska, że przez »*sepsis*« rozumieć będziemy »każde zachorzenie, przy którem czy to wprost przez znaną lub nieznaną bramę zakażenia czy to też z wtórnego wykazalnego (lub klinicznie niewykazalnego) ogniska septycznego dostają się zdolne do życia drobnoustroje. Trzy też postacie, pod któremi objawia się »*sepsis*«: *bakteriaemia, pyaemia* i *septicaemia* stanowią tylko stopniowe cechy rozróżniające te stany«.

Jeżeli zastosujemy to zapatrywanie do zakażenia pneumokokowego, nad którem rozmyślania z powodu przypadku, który niżej podam, stanowiły moment wywołujący te uwagi ogólne, to należałoby powiedzieć, że zwykłe zapalenie płuc włóknikowe, przebiegające prawidłowo, w przebiegu którego stwierdzamy wprawdzie pneumokoki w ogólnym obiegu, ale organizm niszczy je zwycięzko (fagocytoza w śledzionie, w szpiku kostnym i t. d.) nazwiemy *sepsis* w stopniu bakterjemji, gdy w biegu tego zapalenia pneumokoki płynące we krwi wywołują przerzutowe zmiany (ropienia w mięśniach, ropne zapalenie gruczołu tarczykowego, zapalenie wśródsierdzia itd) mamy poważniejszy stopień »*sepsis*« *sepsis pyaemica*, gdy zaś pierwotne lub wtórorzędne ognisko — w tym przypadku zapalenie płuc lub przerzutowe zmiany — schodzą w ciężkim obrazie klinicznym na plan dalszy, a górują objawy toksemiczne, mamy najwyższy stopień *sepsis-septicaemia*, jako wyraz niezdolności ustroju do walki z zakażeniem.

Przypadek, który, jak wyżej podałem, dał powód do skreślenia powyższych uwag był następujący:

W dniu 1 czerwca b. r. przywieziono do kliniki chorego A. K. l. 48 liczącego, ogrodnika.

Chory czyniący wrażenie mocno osłabionego ale przy zupełnej przytomności podał nam następujące wywiady:

Żonaty, ma 8-ro zdrowych dzieci; żona zdrowa nigdy nie roniła. Obciążenia dziedziczności nie podaje. Z wyjątkiem ospy w dzieciństwie, a przed 10 laty ropienia na palcu z powodu urazu — nigdy nie chorował.

Pewnego dnia przed 3-ma miesiącami zauważył chory plamki czerwone na skórze, zwłaszcza w okolicy stawów nadgarstkowych i skokowych, które po kilku godzinach miały ginąć, a równocześnie zjawiały się prawie codziennie obfite krwotoki z nosa. Stanowi temu towarzyszyły dreszcze i podwyższenie ciepłoty do 38,5. Dreszcze te powtarzały się codziennie najczęściej koło godziny 16-tej, ciepłota podnosiła się tak, że w nocy była najwyższą, rano spadała bez potów. W czasie tym miewał silne bóle w stawach, ale bez obrzęków. Z biegiem choroby plam czerwonych pojawiało się coraz więcej, które jednakże, gdy chory nie chodził, a wypoczywał, miały ustępować. Przyłączył się po pewnym czasie ból głowy, zaczął gorzej słyszeć, a z prawego ucha wyciekało nieco ropy. W tym stanie udał się do sąsiedniego szpitala w którym przebywał przez 3 tygodnie, a nie doznając poprawy przyjechał do kliniki.

Wynik badania następujący: chory przytomny, dość blady, w odżywieniu podupadły, cera ziemista. Na kończynach górnych i dolnych świeże wybroczyny krwawe od wielkości główek od szpilki do wielkości ziarnka soczewicy, a obok nich plamy barwikowe po dawniejszych wybroczynach. Wybroczyn tych najwięcej w okolicy stawów skokowych. Głowa bez zmian, w zakresie nerwów mózgowych żadnych zboczeń niema, źrenice oddziaływują dobrze na światło i akomodację, na białkówkach öcz drobne wynaczynionki. Uzębienie złe, dziąsła obrzękłe, sinawe, nie broczą. Z uszów nie widać żadnej wydzieliny, wyrostki sutkowe niebolesne. Język suchy, pokryty grubym szarobrunatnym nalotem — ruchy jego prawidłowe. Jama ustna, gardziel, bez zmian. Szyja bez zmian — gruczoły limfatyczne nie powiększone.

W płucach z wyjątkiem przytłumienia w szczycie płuca prawego i nielicznych furczeń i świstów zmian stwierdzić nie można.

Uderzenie serca w V przestworze międzyżebrowym lekko macalne — bezwzględne stłumienie serca powiększone na prawo dochodzi do połowy mostka. Nad końcem serca skurczowy szmer, a 2-gi ton nad tętnicą płucną wzmocniony. Tętno 120 do 130 na minutę, miarowe, miernie napięte. Tętnice ramieniowe lekko tętnią. Ciśnienie maksym. 125 mm. Brzuch zapadnięty, bez zmian, tylko wątroba macalna na 3 palce niżej łuku żebrowego, tkliwa, miernie twarda, również śledziona macalna na 3 palce niżej łuku o tych samych własnościach. Gruczoły pachowe i pachwinowe niepowiększone. Stawy nie obrzękłe, nie bolesne. Odruchy kolanowe prawidłowe i układ nerwowy zmian nie okazuje.

Mocz, w ilości dobowej 1020 cm³ barwy czerwonawej o c. g. 1·008, kwaśny, zawiera 1‰ białka, w osadzie liczne ciałka czerwone i wałeczki szkliste. Badanie krwi wykazało: ciałek czerw. 2600000, Hgl. 40, wskaźnik 0,77, ciałek białych 7800, neutr. 85%, limfoc. 15%, płytek 31000, czas krzepnięcia krwi 8 m. Czas krwawienia 1 m. Ciepłota 38.2 C.

Chory zmarł po dwudniowym pobycie w klinice. Ze spostrzeżeń przez te dnie podnieść należy następujące szczegóły: Przebieg ciepłoty następujący: 2. VI. r. 37·3, w. 38·—, 3. VI. r. r. 39·6, w. 40·5. 5. VI. r. śmierć. W d. 3. VI. silny krwotok z nosa, chory niespokojny, wymioty, stracił przytomność, wieczorem wystąpiła sztywność karku, objaw Kerniga wyraźny, przez dzień 4. VI. objawy rosły i wśród zapadu nastąpiła śmierć.

W rozbiorze tego przez trzy miesiące rozwijającego się stanu chorobowego, oparci na wywiadzie i wyniku badania przedmiotowego, który wskazywał, że u tego chorego, była na tle przebytego zapalenia wśródsierdzia dawniejsza niedomykalność zastawki dwukończystej, o czem świadczyło wyraźne wzmocnienie II-go tonu nad tęt. płucną, rozwinęła się jakaś sprawa w związku z którą był od 3 miesięcy trwający stan gorączkowy, połączony z dreszczami i skazą krwotoczną. Nie mogło to być sprawą z grupy skaz krwotocznych np. *(Morbus maculosus Werlhofi)* mimo tak silnie zaznaczonej trombopenji, lecz przypuszczaliśmy jakiś stan ogólnego zakażenia, który już przeszedł w okres przerzutowych zmian, w pierwszym rzędzie atakując schorzałe dawniej wśródsierdzie *(endocarditis chronica exacerbans)* a stąd przenosząc przerzuty do innych narządów jak do śledziony *(infarctus lienis)* do nerek *(nephritis embolica)*. Za takiem pojęciem sprawy ogólnej zakaźnej przemawiał i stan krwi, wprawdzie bez wyższej leukocytozy (7800), ale z wybitną neutrofilją (85%). Z tem zapatrywaniem w dniu przyjęcia do kliniki zgadzało się wystąpienie dalszej zmiany przerzutowej w postaci zajęcia opon mózgowych. Powstawało teraz pytanie jakiego rodzaju było to zakażenie i skąd ono wyjść mogło? Sprawę ucha nie mogliśmy uważać za punkt wyjścia, bo według dokładnych podań chorego, sprawa w uchu wystąpiła dopiero w kilka tygodni po rozpoczęciu się sprawy chorobowej, była więc ona raczej następstwem toczącego się zakażenia, sprawą przerzutową, a nie pierwotnem ogniskiem.

Punktu wyjścia wyszukać nie mogliśmy. A rodzaj zakażenia? Dla rozjaśnienia sprawy zdążyliśmy zbadać bakterjologicznie (Dr. Szczepański) krew i płyn mózgo rdzeniowy wydobyty nakłuciem lędźwiowem. W płynie mózgo-rdzeniowym, mętnym, zawierającym sporo ciałek obojętnochłonnych po zabarwieniu można było widzieć liczne dwoinki *(diplococci)* poza ciałkami leżące. W buljonie tak ze krwi jak i z płynu mózgo-rdzeniowego wyhodowano identyczne dwoinki, przypominające charakterem swoim, kształtem dwoinki zapalenia płuc (Talamon—Fränkel—Weichselbaum). Mieliśmy zatem ogólne zakażenie pneumokokowe. Skąd jednak ono wyszło, gdzie było pierwotne ognisko, gdy chory zapalenia płuc miał nie przebywać, a zmianę w uchu uznaliśmy za zmianę już przerzutową — pozostało sprawą nierozstrzygniętą. Rozpoznanie nasze, z którem poszliśmy na sekcję, brzmiało: *Sepsis pneumococcica. Endocarditis chr. sub. forma insufic. mitr. exacerbata (ulcerosa). Meningitis cerebro-spinalis acuta purulenta. Nephritis embolica. Tumor lienis (infarctus lienis). Diathesis haemorrhagica.*

Protokół sekcyjny opiewał (Prof. Paszkiewicz): *Leptomeningitis cerebrospinalis purulenta. Endocarditis chronica et ulcerosa valv. bicuspidalis. Endocarditis chr. retrachens valv. aortae. Haemorrhagiae punctatae, subpiales, subependymales, in centro semiovale et in nucleis basalibus. Focus haemorrhagicus inveteratus (magnitudinis nucis avellanae) subcorticalis lobi occipitalis sin et minor lobi occipitalis dextri. Haemorrhagiae punctatae subcutaneae. Infarctus anaemici lienis (partim in suppurationem tendentes duo), renis sin. et cicatrices post infarctus. Tumor lienis septicus. Glomerulonephritis. Pneumonia chronica lobi sup. pulm. dextri, bronchopneumonia recens lobi infer. Bronchitis muco-purulenta. Emphysema pulm. Adhaesiones pleur. sin. Hypertrophia excentrica cordis. Atherosclerosis non magna praecip. peripherica. Tonsillitis purulenta. Venostasis pulmon., induratio venostatica hepatis et catarrhus venostat. intestinorum.*

Z obszernego opisu stwierdzonych zmian wyjmuję tylko

te ustępy, które mi są potrzebne dla poczynienia końcowych uwag.

»Płuco prawe. Płat górny, zwłaszcza w górnej części spoisty, na przekroju ciemno-czerwony, zalewa się częściowo płynem, w częściach spoistych zupełnie bezpowietrzny (*pneumonia chronica*). Płat środkowy i dolny ciemny, wiotki, oporów nigdzie nie wyczuwa się — na przekroju ciemno-czerwony, zalewa się cieczą pienistą, czerwonawą, gdzieniegdzie ognisko o nieco bladem zabarwieniu i bezpowietrzne (*bronchopneumonia*)«.

»Po otwarciu kości skalistej i ucha środkowego po stronie prawej stwierdza się tylko nieco jasnej, ciągnącej się treści«.

Tak już za życia jak i przy sekcji widzieliśmy zatem ten obraz walki jaką stoczył ten organizm z tem ogólnem zakażeniem pneumokokowem i z temi spustoszeniami jakie to zakażenie sprowadziło.

Obraz ten kliniczny, który na początku naszego rozpoznania nazwaliśmy *sepsis pneumococcica*, nie różni się niczem, nawet była przecież i *diathesis haemorrhagica*, od obrazu rozwijającego się na innem podłożu np. paciorkowców, gronkowców i t. d., a podnieść tylko należy, że wobec częstości zakażenia pneumokokami taki ogólny obraz nie spotyka się często. Szliśmy na sekcję nie dla rozstrzygnięcia tylko jakości zmian, boć te były nam znane i znalazły tylko potwierdzenie w wyniku sekcji, lecz dla rozstrzygnięcia pytania skąd zakażenie wyszło, gdzie była brama wejścia a więc pierwotne ognisko?

Niema wątpliwości przecież, że przy zakażeniu pneumokokami znajduje się to pierwotne ognisko najczęściej w płucach *(pneumonia crouposa)*, a chociaż jest *bacteriaemia pneumococcica* to najczęściej organizm ją zwalcza — nie brakuje jednak spostrzeżeń, że ognisko pierwotne było w uchu (bez zapalenia płuc) i stąd rozmaitemi drogami przychodziło do ogólnego zakażenia. Libman i Oeller np. na 277 przypadków *otitis media* znajdował pneumokoki jako przyczynę tej sprawy w 8.2% przypadków — rzadko jednak przychodziło do ogólnego zakażenia. Ucho jako brama wejścia w naszym przypadku było wykluczone na podstawie poprzednio podanego rozumowania, które doprowadziło nas do zdania, że zapalenie ucha środkowego (wyciek ropny z ucha prawego) było raczej następstwem a nie przyczyną, a i sekcja wykazała nam, że w uchu tem sprawy czynnej już nie było, ustrój ten dał sobie z nią radę.

Może zatem zmiana w górnym odcinku płatu górnego płuca prawego, która w klinicznem badaniu dawała powód do stłumienia w szczycie płuca, którą anatomopatolog nazwał *pneumonia chronica dextra* świadczyć może, że w tem miejscu było kiedyś włóknikowe zapalenie płuc, a więc, że ono było pierwotnem ogniskiem. Chorego wiedzieliśmy dopiero w końcu trzeciego miesiąca choroby, z wywiadów jego potwierdzenia o pierwotnem zapaleniu płuc nie znajdujemy, pierwszym objawem na który chory zwrócił uwagę to dreszcze, stan gorączkowy, plamy krwawe na skórze i krwotoki z nosa, a więc już objawy ogólnej *sepsis*. W okresie tym chory kładł się i wstawał, a przecież szczytowe zapalenie płuc włóknikowe to sprawa tak ciężka, że musiałaby zwrócić uwagę chorego lub lekarzy, którzy go w szpitalu widzieli. Jeżelibyśmy przyjęli, na co nie mamy najmniejszych dowodów, że było zapalenie płuc włóknikowe, musielibyśmy przyjąć, że ustrój ten znalazł dostateczną siłę ogólną i w tkance tego płuca do zwalczania zmiany w ognisku pierwotnem tj w płucach, podobnie jak potrafił zwalczyć zmianę w prawem uchu środkowem. Sekcja jeszcze na jedno miejsce zwracała uwagę skąd mogło wyjść zakażenie t. j. migdałki, a na które zwrócił uwagę Leschke (Ueber Pneumococcenangina und ihre Behandlung. M. med. Woch. 1915 Nr. 52). W protokole sekcyjnym mamy zapisane: »*Tonsillitis purulenta*«, kto wie, jakkolwiek znów w wywiadach nie mamy wzmianki, czy nie tu była brama zakażenia. Żałować należy, że w czasie sekcji nie przyszła nam myśl, przeprowadzenia bakterjologicznego badania zawartości migdałka.

Poza przypuszczenia co do ogniska pierwotnego, co do bramy wejścia zakażenia i po sekcji nie mogliśmy się posunąć. Mimo to, przypadek ten, jako rzadki dość przypadek klinicznego obrazu w całej pełni »*Sepsis pneumococcicae*« jak niemniej ze względów zasadniczych o pojęciu »*sepsis*« zasługuje na podniesienie. Powołując się na skreślone na początku w krótkości uwagi o »*sepsis*«, przypominając zapatrywania Oellera, który objawy stwierdzone w stanie septycznym uważa za wyraz immunobiologicznego procesu zależnego od jadowitości zarazka i od stopnia i jakości odczynu do którego organizm nawiedzony jest zdolny, powiedzieć możemy, że więc »*bacteriaemia, pyaemia, septicaemia*« to tylko stopnie tego samego immunobiologicznego procesu.

Patrząc z tego punktu widzenia na nasz przypadek — to nawet przypuściwszy, że chory miał zapalenie płuc włóknikowe — po którem pozostały zmiany więcej induratywne w płacie górnym prawym — trzeba przyjąć, że organizm ten, który od początku miał bakteriemję, z którą częściowo musiał walczyć usuwając pierwotne ognisko, nie miał jednak zdolności zwalczenia w całości bakteriemji, sprawa stała się ogólniejszą, rozpoczęła się walka w innych narządach i tkankach (sprawa przerzutowa już uporczywsza) wzywając do pomocy już nie same tylko komórki naczyniowe. W naszym przypadku miało to miejsce np. w uchu środkowem prawem, doprowadzając do zwycięztwa miejscowego w naszym przypadku przez wylanie się ropy z ucha i do wygojenia. Przeważnie atakowane są tkanki dla tej walki mniej wartościowe, mniej odporne jak w naszym przypadku i w tylu innych przy *sepsis* zmienione poprzednio wśródsierdzie *(endocarditis chronica)*, które też ulega w tej walce *(endocarditis ulcerosa)*, a zmiany przerzutowe z tą chwilą idą coraz liczniej — jak to widzimy i w naszym przypadku (infarkty ropiejące w śledzionie, w nerce) a atakowanie tkanek nie ustaje w tym coraz więcej osłabionym ustroju, szerzy się ono przerzutowo niejako na coraz więcej tkanek jak w naszym przypadku na błony surowicze mózgu i rdzenia pacierzowego. Oto mamy *stadium pyaemicum* tego samego zakażenia, w niem przyjąć przytem należy, że tak toksyny bakteryjne, jak i toksyny powstające przy tej walce w komórkach (proteazy) zatruwać mogą organizm i przyczyniać się do ciężkości obrazu, który będzie najcięższy, gdy tkanki ustroju nie są zdolne do reakcji, nie będą w stanie stwarzać żadnych wtórnych ognisk — będzie to czysta *septicaemia*. *Bakteriaemia*, *pyaemia*, *septicaemia* to tylko stopnie pojęcia »*sepsis*« a stopnie te są wyrazem immunobiologicznego procesu toczącego się w zakażonym ustroju.

Aleksander JANUSZKIEWICZ. Wilno.

Przypadek pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych (terapeutycznej) Uniwersytetu Stefana Batorego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Januszkiewicz.

Na posiedzeniu naukowem Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 13. V. b. r. przedstawiłem chorą z mojej kliniki z rozpoznaniem pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej. Jest to pierwszy przypadek tego rodzaju, z którym spotykam się w swej praktyce lekarskiej, pomimo że i dawniej, a szczególnie w latach ostatnich, w klinice wileńskiej, zwracam baczną uwagę na przewlekłe stany chorobowe, gdzie powiększenie śledziony wysuwa się na plan pierwszy.

Szczególniejsze zainteresowanie tą grupą chorób wynika stąd, że pomimo znacznych postępów diagnostyki wogóle, a w szczególności hematologji, do której należy tu pierwsze słowo, wiele kwestyj w zakresie patologji, jak zresztą i fizjologji śledziony, pozostaje dotychczas nierozstrzygniętych.

Niejeden przypadek »Splenomegalji« nastręcza nam wielkie, czasem nie dające się pokonać trudności w rozpoznaniu nietylko klinicznem, lecz i patologo-anatomicznem. Operujemy takiemi określeniami jak »*Anaemia splenica*« (w niejednakowem rozumieniu różnych autorów). »*Morbus Banti*« i t. p., które, będąc cennym wyrazem kształtowania się naszych pojęć o danej sprawie i stwarzając nawet pewną wygodę w praktycznem zastosowaniu, nie stanowią jeszcze o jednostkach chorobowych i zadowolić nas w znaczeniu ści-

śle klinicznem nie mogą. O tem każdego z nas poucza doświadczenie życia codziennego. Z literatury nasuwa mi się przykład z pracy patologo-anatoma G. B. Gruber'a, który podaje historję choroby (przypadek VI.) mężczyzny, zmarłego w wieku lat 28 po długim szeregu ciężkich krwotoków żołądkowych, które zmuszały go do leczenia się w ciągu jedenastu lat w uniwersyteckiej klinice w Strassburgu, skąd powstała długa historja choroby przy kilku z rzędu kierownikach kliniki. Rozpoznano kolejno »*Anaemia splenica. Morbus Banti?*«, »*Cirrhosis hepatis. Morbus Banti?*«, »*Morbus Banti*«. »*Pylephlebitis*« i w końcu »*Pylephlebothrombosis*«. To ostatnie zostało potwierdzone na sekcji.

Niedostateczna znajomość tego działu patologji, braki w klasyfikacji i wynikające stąd trudności diagnostyczne, powinny zachęcać nas do gromadzenia i dzielenia się materjałem kazuistycznym.

Piśmiennictwo obce, gdy chodzi specjalnie o sprawę pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej i powstającego na tem tle obrazu klinicznego, zebrane przeważnie u Cauchois i Eppingera, jest niewielkie. W piśmiennictwie polskiem sprawę tę omawia W. Czernecki w swej monografji o fizjologji i patologji śledziony, a Z. Dziembowski w ostatnim zeszycie P. Przegl. Chirurgicznego przytacza trzy operowane przypadki i omawia wyniki badań doświadczalnych.

Więcej danych w piśmiennictwie polskiem o tej sprawie nie udało mi się znaleźć.

Przechodzę do historji choroby w moim przypadku:

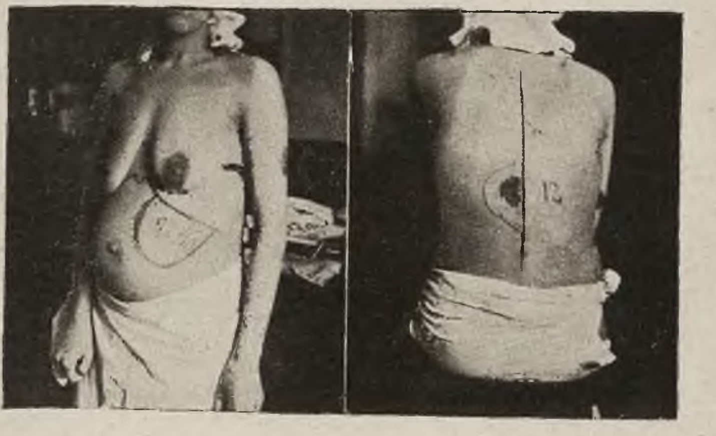
Tajba Sz., 32 lat, zamężna, przybyła do kliniki z prowincjonalnego miasteczka w dniu 24 kwietnia r. b. ze skargami na wielkie osłabienie, zawroty i bóle głowy, szum w uszach, nudzenie naczczo, czasem odbijanie, a niekiedy odlewanie się płynem bez smaku, na przykre uczucie pełności w nadbrzuszu po jedzeniu, przy stosunkowo niezłym apetycie. Bladą była od wczesnego dzieciństwa i miewała częste zaburzenia w trawieniu, którym niejednokrotnie towarzyszyły wymioty. Bólów w jamie brzusznej nie doświadczała.

Właściwą swą chorobę, a więc i stan obecny, wiąże chora z wypadkiem przed piętnastu laty, gdy w wieku 17 lat, będąc zaskoczoną daleko od domu przez burzę, przebiegła w strachu wielką przestrzeń, niezwykle się zmęczyła i w parę godzin potem dostała krwawych wymiotów, które trwały przez trzy dni, powtarzając się po 2—3 razy dziennie. Podaje, że za każdym razem oddawała najpierw płynną krew, potem skrzepy dużemi kawałami, ogółem pełną misę, krwotoki o identycznym przebiegu powtórzyły się w ciągu piętnastu lat sześć razy i były za każdym razem równie obfite. Po krwawych wymiotach w ciągu kilku dni oddawała smołowo-czarne stolce. Bólów ani innych dolegliwości w okresie krwotoków, przed niemi lub po nich nie uczuwała. W międzyczasie zauważyła kilka razy smołowo-czarne stolce bez szczególniejszych innych objawów. Bezpośrednio po krwotokach i jeszcze przez czas dłuższy doznawała uczucia wielkiego osłabienia, które zresztą od chwili pierwszego krwotoku nie ustępowało w zupełności. Zaburzenia w trawieniu, jakie ją nawiedzały we wczesnej młodości, ustąpiły jakgdyby z chwilą pierwszego krwotoku i już się nie powtarzały.

Pierwsze cztery krwotoki miały miejsce między 17 a 23 rokiem życia, mniejwięcej w równych odstępach czasu i, poza pierwszym, trzy następne przyszły bez żadnego wyraźnego powodu. Pomiędzy 23 a 29-tym rokiem życia krwotoków nie było. W 26 roku życia wyszła zamąż i w 27 roku odbyła pomyślnie pierwszy poród, jednak po drugim i trzecim porodzie, które odbyła z przerwą dwuletnią, miała ponownie krwotoki, równie ciężkie jak poprzednie, za każdym razem mniej więcej we dwa tygodnie po porodzie. Ostatni krwotok miał miejsce przed czternastu tygodniami. To uparte powtarzanie się krwotoków i stan ciężkiego osłabienia zmusił w końcu chorą do szukania porady w klinice.

W 24 roku życia chorowała na dur brzuszny. Innych chorób nie pamięta. Poronień nie miała. Dzieci żyją i są zdrowe. Rodzice chorej pomarli z przyczyn dla niej nieznanych. Z dziewięciorga rodzeństwa pięcioro zmarło w niemowlęctwie, pozostali są zdrowi. Zarówno w dalszej jak w bliższej rodzinie podobnie chorych jak ona nie było. Miesiączkuje od 14 roku życia prawidłowo. Po ostatnim porodzie miesiączka jeszcze się nie wznowiła.

Stan obecny: Wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Stan odżywienia niżej średni. Ciepłota ciała normalna. Powłoki bardzo blade, dostępne badaniu gruczoły chłonne nie powiększone. Granice płuc i serca normalne. Górna granica stłumienia śledziony na wysokości górnego brzegu 8 żebra na linji pachowej średniej. Półksiężycowa przestrzeń Traubego wyraźnie zmniejszona. Nad koniuszkiem serca słaby szmer skurczowy, nieco wyraźniejszy nad ujściem tętnicy płucnej. Czynność serca przyspieszona, tętno 88—92 na minutę, słabo napięte, miarowe. Ciśnienie krwi 110/55 (Korotkow). Nad żyłami szyjnemi głośny szmer bąka, silniejszy po stronie prawej. Nad niewielką przestrzenią klatki piersiowej z tyłu na wysokości 11—12 kręgu tuż przy kręgosłupie i na pewnej przestrzeni w lewo od niego daje się słyszeć szmer stały o charakterze szmeru bąka, w tonie nieco niższy i o wiele silniejszy niż na opuszce prawej żyły szyjnej. Na szmer ten zwróciła moją uwagę asystentka kliniki, Z. Wasilewska, przedstawiając mi tę chorą ze swej sali. Szmer ten daje się słyszeć doskonale przy każdej pozycji ciała, jednak najsilniej gdy chora siedzi w pozycji z lekka przygarbionej. Głęboki wdech zwiększa w nieznacznym stopniu nasilenie tego szmeru. Na załączonem zdjęciu widać przestrzeń ograniczoną linją krzywą, w granicach której szmer się wysłuchuje, na miejscu zacienionem bardzo ostro, stąd w kierunku na lewo silniej niż ku górze, najsłabiej ku dołowi.



Brzuch, w pozycji leżącej, odpowiednio wysklepiony; sieć podskórnych naczyń żylnych nie zaznaczona. Pod łukiem żebrowym prawym, na linji sutkowej, wyczuwa się przy wdechu brzeg wątroby dość ostry i o tyle twardszy od normalnego, że się dobrze zaznacza na całym swym przebiegu do lewego łuku żebrowego. Ani na brzegu, ani na powierzchni wątroby nie dają się zauważyć zmiany cechujące marskość zanikową. Przestrzeń stłumienia wątroby wynosi na linji sutkowej 10¼—11 cm. Śledziona, znacznie powiększona, występuje z pod łuku żebrowego na 7—8 cm, sięgając swym dolnym brzegiem nieco niżej poziomu pępka. Wymiary stłumienia śledziony wynoszą 21×10 cm. Na ucisk śledziona niewrażliwa, twarda, o powierzchni może zlekka falistej, ale nie guzowatej, ani też ziarnistej, zachowuje ruchomość oddechową i w pewnym stopniu ruchomość bierną. Dolna granica żołądka znajduje się na 3—4 cm nad pępkiem; dostępne badaniu odcinki jelit przedstawiają się również normalnie. Odbytnica bez zmian. Okolica podbrzusza, w pozycji stojącej, znacznie wysklepiona. Obecności płynu w jamie brzusznej nie udaje się stwierdzić. Narządy rodne bez zmian. Objawów zastoinowych na kończynach dolnych niema. Przy prześwietlaniu klatki piersiowej i jamy brzusznej, po wypełnieniu żołądka miazgą kontrastową, szczególniejszych zmian nie wykryto po za pewnem przesunięciem żołądka wprawo przez powiększoną śledzionę.

Badanie krwi dało: Hb. — 26% (Autenrieth), E. — 2800000, Wskaźnik Hb. — 0,45, L. — 2125. Obraz ciałek czerwonych — jak w błędnicy lub niedokrwistości wtórnej, bez normoblastów, nakrapianych i poikilocytów, przy słabo zaznaczonej polichromatofilji. Stosunki pomiędzy ciałkami białemi: N. — 66%, Lim. 29%, Eoz. — 2,2%, Mon. — 1,5%, Przejśc. — 1,3%. Łamliwość E. — 0,44%, szybkość opadania — 35 mm na godzinę (met. Westergrena). Krzepnienie krwi — 6 min. (Bürker), lepkość — 2,5 (Hess). Odczyn Bordet-Wassermana — ujemny.

W moczu wyraźny odczyn na urobilinę, po za tem bez zmian. Badanie kału na krew utajoną dało wynik ujemny.

Zebrane tu dane nasuwają przypuszczenia co do zanikowej marskości wątroby wzgl. choroby Banti'ego, gdy jednak weźmiemy pod uwagę czas trwania choroby, kolejność w rozwoju poszczególnych objawów, wynikającą z tego faktu, że pierwszy krwotok nastąpił przed piętnastu laty, a wreszcie brak objawów zastoinowych w całym układzie żyły wrotnej, to musimy przyznać, że żadne z obu przypuszczeń nie da się tu obronić. Dla związania krwotoków z powiększeniem śledziony w danych warunkach należy szukać przyczyny przedewszystkiem, może nawet wyłącznie, w żyle śledzionowej, w zamknięciu jej światła, z następczem wytworzeniem żylaków w dolnej części przełyku, we wpuście, względnie w samym żołądku, t. j. wzdłuż drogi obiegu obocznego, który w niedrożności żyły śledzionowej rozwija się głównie przez *v. gastro-epiploica sin.* i *vv. gastricae breves*, *vv. cardiacae*, *vv. phrenicae* i *vv. oesophageae*, wpadające z dolnej części przełyku do *v. azygos*. Część krwi z tej drogi może

uchodzić przez zespolenia z *v. coronaria ventriculi* do żyły wrotnej, gdy jednak ż. żołądkowa lewa wpada nie do ż. wrotnej a, jak to bywa w 33%, do żyły śledzionowej, zaś ta ostatnia przy swem ujściu jest zamknięta, to w tych warunkach jeszcze większa masa krwi musi szukać ujścia przez żż. wpustowe i przełykowe. Połączenia z żyłami zaotrzewnowemi i ż. jelita grubego są tu nikłe. Stąd widać, że pochodzenie krwotoków jest tutaj takież same jak przy niedrożności głównego pnia ż. wrotnej, nie zachodzą też znaczniejsze różnice w obrazie klinicznym krwotoków.

Przyczyną wywołującą niedrożność żyły śledzionowej w przeważającej liczbie przypadków jest zakrzep powstały na tle *endophlebitis*. Grają tu rolę najczęściej sprawy zapalne, toczące się w samej śledzionie lub w pobliżu, uraz, ciąża, kiła, choroby gorączkowe, a także zakrzep w żyłach sąsiednich, najczęściej w żyle wrotnej, rozszerzający się na ż. śledzionową. W naszym przypadku za najprawdopodobniejszą przyczynę należy uznać spowodowany szybkim biegiem uraz samej śledziony, ż. śledzionowej, lub jej rozgałęzień w więzadłach śledziony. Naruszenie całości błony wewnętrznej, nawet w drobnych rozgałęzieniach żylnych, mogło dać zakrzep pierwotny, który się rozszerzył na pień główny. Następne wznawianie się krwotoków mogło być spowodowane urazem, świeżym zakrzepem w jakiejś części obiegu obocznego lub poprostu przekrwieniem czynnem.

Na podstawie powyższych danych zatrzymałem się w rozpoznaniu choroby na pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej. Do trzech objawów zasadniczych, które charakteryzują tę sprawę: 1. powiększenie śledziony, 2. silne krwotoki z górnego odcinka dróg pokarmowych i 3. niedokrwistość, chciałbym dodać jeszcze 4. szmer bąka na grzbiecie, na wysokości 11—12 kręgów piersiowych, w lewo od nich, tuż przy kręgosłupie i w kierunku śledziony. Oczywiście wypowiadam tę myśl, nie roszcząc najmniejszego prawa do ustalania symptomatologji na podstawie jednego przypadku. Uważam jednak za słuszne, przypuszczenie, że szmer ten powstaje w rozszerzonych żyłach na drodze obiegu obocznego, jak również, że w innym przypadku o ile obieg oboczny wytworzy się w sposób nieco odmienny co do szczegółów anatomicznych, możemy nie mieć szmeru o tak znacznem natężeniu lub nawet wcale go nie słyszeć. W znanych mi z opisu przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej niema mowy o podobnym objawie. Wiem jednak, że nad żyłami w obiegu obocznym mogą powstawać szmery, a z piśmiennictwa polskiego znam przypadek Godlewskiego, rozpoznany przez niego jako »*Splenomegalia cum cirrhosi hepatis*«, gdzie na skórze brzucha występowały żyły w postaci »*Caput Medusae*« i gdzie »nad lewą połową brzucha, zwłaszcza w okolicy śledziony, wysłuchuje się głośny szum, pochodzący z przepełnionych naczyń żylnych, słychać go też nad mostkiem, zwłaszcza w dolnej jego części, gdzie również rysują się grube porozszerzane żyły«. W przytoczonych warunkach objaw ten szczególniejszej wartości mieć nie może, przeciwnie zaś w przypadkach, gdzie żadnych śladów rozszerzenia żył na powłokach nie mamy i gdzie zastoinowy charakter powiększenia śledziony nie daje się z innych objawów określić: szmer o takim charakterze i o takiem umiejscowieniu mógłby tu mieć decydujące znaczenie rozpoznawcze.

Chora pozostawała w klinice przez sześć tygodni i otrzymywała żelazo i arszenik. Kilkakrotne badanie krwi wskazywało na jej stałą poprawę. Badanie w przeddzień wyjścia chorej 6. VI. dało: Hb. — 74%, E. — 4130000, Wskaźnik Hb. — 0,89, L. — 2800, Lepkość krwi 3,3 (Hess). Pomiędzy ciałkami białemi: N. — 71%, Limf. — 21%, Eoz. — 0.9%, Tucznych — 0,4%, Mon. — 6,7%.

Po paru tygodniach obserwacyj klinicznych, gdy kilkakrotne badanie kału nie wykryło w nim krwi utajonej, zostało dokonane zgłębnikowanie żołądka z zachowaniem możliwych ostrożności. W treści wydobytej po próbnem śniadaniu, nic patologicznego nie wykryto: kwasowość og.—38, wolny HCl — 23. Badanie to zostało wywołane po części skargami chorej na stałe uczucie ucisku w nadbrzuszu i przepełnienie w dołku, szczególnie po posiłku, chociażby najskromniejszym. Gniecenie to odczuwała przez cały czas choroby. Winna tu jest najpewniej zastoina w układzie żylnym żołądka i przełyku.

Niedokrwistość, jaką tu mamy, sądząc z wywiadu, od dzieciństwa, widocznie na tle warunków osobniczych, potęgowana i podtrzymywana przez krwotoki, tem się odznacza, biorąc pod uwagę cały obraz krwi, że zamiast leukocytozy, jak zwykle po krwotokach, mamy tu wybitną leukopenję, widocznie w związku z czynnością zastoinowej śledziony. W przypadkach, które znam z piśmiennictwa, objaw ten występował równie wybitnie.

Czy należało poddać tę chorą operacji? Jeżeli jej tego nie doradziłem, to ze względów następujących: w ciągu piętnastu lat miała chora sześcioletnią przerwę w krwotokach, po której dwa ostatnie przyszły po porodach, stąd wniosek, że obieg oboczny rozwinął się tu w stopniu o tyle wystarczającym, że krwotoki występowały tylko pod wpływem wyjątkowych okoliczności. Prócz tego wiemy, że chora po za pewnemi objawami dyspeptycznemi większych dolegliwości nie uczuwa, a stan niedokrwistości uległ znacznej poprawie. Odpowiednie zachowanie się powinno w tych warunkach zapobiec wznawianiu się krwotoków, a chociaż ręczyć za to nie można, to jednak należy wziąć z drugiej strony pod uwagę tę okoliczność, że splenektomja, dokonywana na śledzionie otoczonej splotami rozszerzonych żył i zrostami, należy do zabiegów trudnych a często niebezpiecznych dla życia, skąd oglądanie się za bardziej naglącemi wskazaniami i szukanie kompromisowego wyjścia.

Piśmiennictwo.

1) Cauchois: Splenomegalie chronique. These de Paris. 1908. — 2) W. Czernecki; Fizjologja i Patologja śledziony. Lwów-Warszawa. 1923. — 3) H. Eppinger: Die hepato-lienalen Erkrankungen. Berlin. 19.0. — 4) M. Godlewski: O chorobie Bantiego i sprawach pokrewnych. Przegląd Lekarski. 190J. — 5) G. B. Gruber: Beiträge zur Pathologie der dauernden Pfortaderverstopfung. D. Archiv. f. Klin. Mediz. 122 Bd.

Jan SZMURŁO. Wilno.

Kilka uwag w sprawie dróg szerzenia się i doszczętnego leczenia raka krtani.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik: Prof. dr. Jan Szmurło.

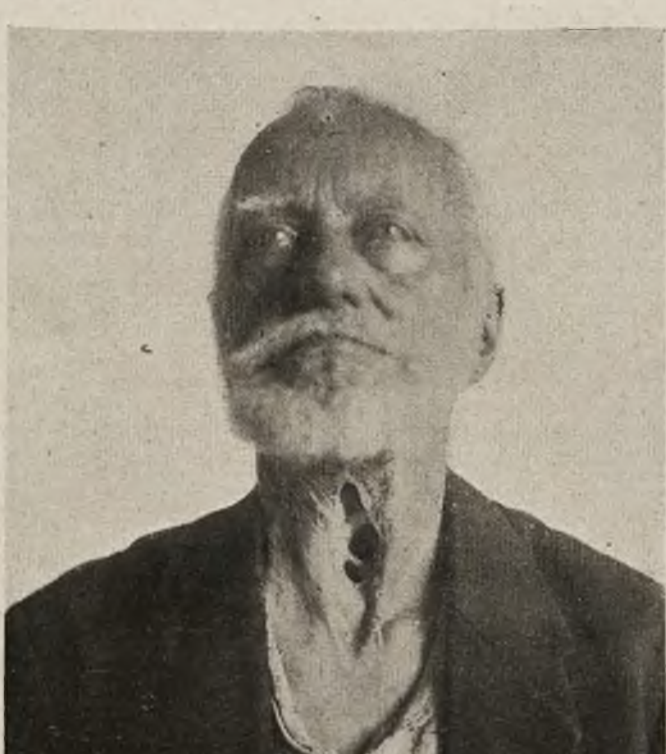
Klinika chorób gardlanych rozróżnia następujące postaci raka krtani: rak płasko komórkowy, rak walcowatokomórkowy i rak gruczołowy. Pierwsza postać, najczęstsza, odznacza się względną łagodnością, przebiega wolno, nieraz latami całemi nie daje innych objawów prócz chrypki i, w miarę wzrostu, mniejszych lub większych trudności w oddychaniu. Zwłaszcza dobrą opinją cieszy się rak płaskokomórkowy strun głosowych, który, jak to podają B. Fränkel, Jurasz, Finder i inni, udawało się nawet nieraz usuwać drogą operacji wewnątrzkrtaniowej. Raki takie rosną powoli we wszystkich kierunkach, posuwają się więc w dół, na okolicę podgłośniową, zwężając światło krtani, wzdłuż struny głosowej, przesuwając się ku przodowi na spoidło przednie i na ścianę tylną i przenosząc się tą drogą na drugą połowę krtani, drążą w głąb, zwyradniając ochrzęstną i chrząstkę pełzną w górę, na boczną ścianę, posuwając się ku wejściu krtaniowemu, a nawet przerzucając się na przednią i boczną powierzchnię gardła dolnego *(hypopharynx)*. Anatomja patologiczna oddawna ustaliła, że szerzenie się raków odbywa się za pośrednictwem naczyń chłonnych. Jednakże doświadczenie codzienne wykazuje, że szerzenie się to w każdym poszczególnym przypadku odbywa się inaczej. Raz więc widzimy rozprzestrzenianie się raka przeważnie na okolicę podgłośniową, w innym znowu razie rak najprędzej przerzuca się na drugą połowę krtani. W jednym przypadku już po kilku miesiącach mamy powiększenie głębokich gruczołów szyjnych po stronie zajętej, w innym natomiast lata całe upływają, zanim uda się stwierdzić powiększenie gruczołu. Nie mamy żadnych oznak, stwierdzających, że rak się posunął, że zajął już pewną okolicę, że przekroczył, dajmy na to, już wejście do krtani i że szerzy się po naczyniach chłon-

nych przedniej, albo bocznej ściany gardła. I tu tkwi cała groza sytuacji, nigdy bowiem nie jesteśmy pewni, czy nasz zabieg operacyjny był dość radykalnym i czy nie pozostała gdziekolwiek komórka nowotworu, która spowoduje nawrót wcześniej czy później.

W zagadnieniu o przyczynach raka bardzo ważną kwestję stanowi sprawa dziedziczności. Do rozwiązania jej nauka dąży w dwóch kierunkach: z jednej strony drogą doświadczalną, i w tym kierunku najwięcej zrobiły badania uczonych amerykańskich na dziesiątkach tysięcy myszy w ciągu szeregu pokoleń, z drugiej za pośrednictwem ankiet zorganizowanych przez Towarzystwa do walki z rakiem i rozesłanych do klinik i szpitali. Badania rozpoczęte na wielką skalę bez wątpienia z czasem zostaną uwieńczone pomyślnym wynikiem, obecnie wszakże notowanie jak największej liczby faktów, oświetlających w ten lub inny sposób zagadnienie raka i podawanie ich do powszechnej wiadomości jest obowiązkiem każdego klinicysty.

Wszystkie te względy skłaniają mnie do ogłoszenia przypadku który spostrzegałem i operowałem u siebie w klinice w roku ubiegłym.

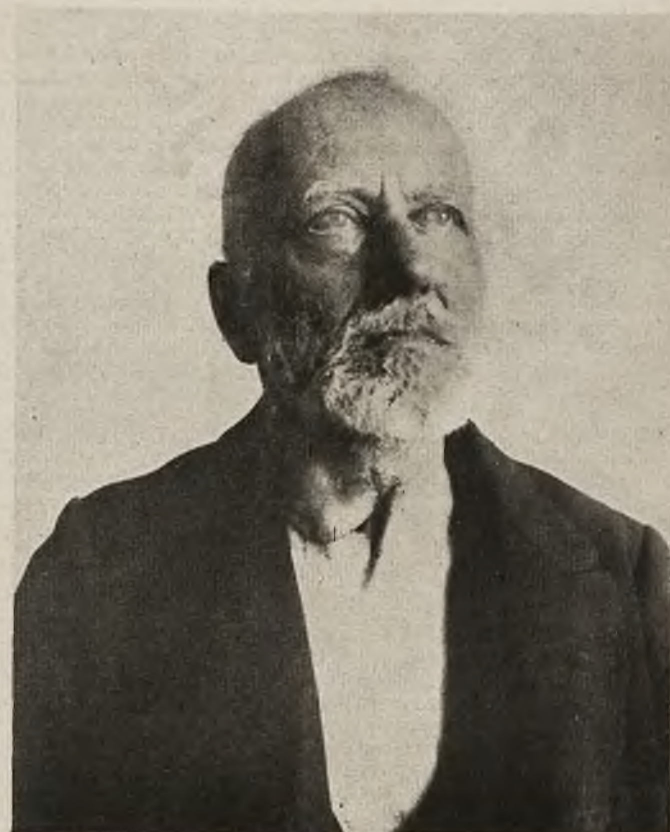
W grudniu 1923 roku na konsultacji w Wileńskiej Kasie Chorych był mi przedstawiony przez kolegów w celu zasięgnięcia opinji p. Rym-icz, urzędnik lat 69 liczący, ze skargami na chrypkę dochodzącą prawie do bezgłosu, na duszność, zresztą stosunkowo niezbyt wybitną, występującą podczas ruchu i większych wysiłków. Pozatem czuje się dobrze, ma dobre łaknienie, przed kilku laty chorował na zapalenie płuc, nadużyć żadnych nigdy nie popełniał, przymiotu nie przechodził, jest żonaty i dzietny, żona nigdy nie roniła. W rodzinie chorego, po stronie matczynej, powtarza się rak, mianowicie, dziad i babka w linji matczynej pomarli na *skir*, matka i jej siostra również zmarły na raka. Z tego powodu przypuszcza, że i sam obecnie chory jest na raka krtani. Pierwsze objawy wystąpiły przed 3-ma laty, pogorszenie od roku.



S t a n o b e c n y. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia miernego, z bardzo cienkim pokładem tkanki tłuszczowej. Gruczołów na szyi nie można wymacać. W płucach zmian żadnych nie spostrzegamy. Granice serca normalne, tony serca nieco głuche, wyraźny akcent na drugim tonie na tętnicy głównej. Tętno prawidłowe, nieco przyśpieszone. Ze strony innych narządów zmian żadnych nie znajdujemy. W nosie niewielki przerost dolnych małżowin, skrzywienie przegrody w prawo. W jamie ustnej zupełny brak zębów, gardło, zwłaszcza tylna ściana nieco zaczerwieniona.

K r t a ń. Lewa struna głosowa nacieczona, zgrubiała, nierówna, nacieczenie przechodzi i na okolicę podgłośniową. Nacieczenie obejmuje całą strunę głosową, przejścia jednak nacieczenia na spoidło przednie, ani na tylną ścianę nie widzimy. Cała lewa połowa krtani nieruchoma, szpara głosowa zwężona.

Widziany obraz krtaniowy wzbudził we mnie wielkie podejrzenie na rak krtani. W celu ustalenia rozpoznania zaproponowałem choremu wycięcie kawałka guza, na co ten zgodził się chętnie, odkładając jednak na miesiąc sam zabieg ze względów służbowych. Po miesiącu chory zgłosił się do ambulatorjum Kliniki Otolaryngologicznej, gdzie mu z nacieczenia na strunie lewej, które przez ten czas nieco się powiększyło, nie przekraczając wszakże dla oka na stronę przeciwną, wyciąłem kawałek dostateczny dla dokonania badania drobnowidowego. Badanie dokonane w pracowni Zakładu anatomji patologicznej wykazało, że mamy do czynienia z rakiem płasko-komórkowym. Wówczas zaproponowałem wycięcie krtani, na co chory po namyśle się zgodził, odkładając operację na miesiąc ze względów rodzinnych i służbowych.



Dnia 28 lutego r. ub. dokonałem operacji w znieczuleniu mieszanem. Na godzinę przed operacją choremu zastrzyknięto podskórnie 1,5 ctgr morfiny, na kwadrans przed operacją wprowadzono mu do kiszki stolcowej 100 cm^3 eteru, zmieszanego ze 100 gr. oliwy, wreszcie na stole operacyjnym dokonałem jeszcze znieczulenia miejscowego, zastrzykując podskórnie i w kierunku obu nerwów krtaniowych górnych oraz naokoło całego terenu operacyjnego jeszcze przeszło 30 cm^3 $^1/_2$%-owego roztworu nowokainy z adrenaliną. Znieczulenie było doskonałe, chory bólu najmniejszego nie odczuwał pozostawał w półśnie przez cały czas operacji trwającej 2 godziny, i obudził się dopiero przy końcu operacji, co mnie zmusiło do podania mu jeszcze eteru do wziewania przez rurkę tracheotomijną. Operacji dokonałem metodą Glucka z tą odmianą, że, kiedy podczas oddzielania krtani od góry chory począł się dusić, w celu prędszego ułatwienia dostępu powietrza przeciąłem tchawicę i dokończyłem oddzielenia krtani drogą od dołu. Po wycięciu krtani sprawdziłem stan gruczołów chłonnych na szyi, były niewyczuwalne, przedni zaś gruczołek chłonny krtaniowy został usunięty wraz z krtanią. Nałożyłem szwy na bł. śluz. gardła, którą udało się zeszyć z łatwością, nałożyłem szwy na mięśnie, w końcu zeszyłem skórę i nałożyłem opatrunek.

Przebieg pooperacyjny w ciągu pierwszych 3-ch dni był naogół pomyślny, ciepłota tylko drugiego dnia wieczorem podniosła się do 38,5° C. Na czwarty dzień wieczorem nagle z rany wystąpił gwałtowny krwotok, co zmusiło do rozpuszczenia szwów i podwiązania krwawiącego naczynia (lewa tętnica krtaniowa górna) poczem rana została zatamponowana i dalsze leczenie trzeba było prowadzić w ranie otwartej.

Po tym wypadku ciepłota podniosła się do 39,7° C, takie podwyższenie jednak trwało niedługo, po 2 ch dniach ciepłota spadła do 37,5° C, a po 5-ciu dniach wróciła do normy. Rana

dość prędko poczęła się oczyszczać, stan chorego począł się poprawiać. Po zupełnem oczyszczeniu rany postanowiłem znowu nałożyć szwy na błonę śluzową gardła dolnego.

Tymczasem na brzegu dolnej wargi przedniej ściany bł. śluz. gardła zjawił się obrzęk i zaczerwienienie, obrzęk począł się zwiększać; jednocześnie poczęło się wytwarzać zgrubienie i nacieczenie. Wewnętrzna powierzchnia bł. śluz. poczęła się odwijać nazewnątrz, tworząc coś w rodzaju odwiniętej wargi, przyczem przylegające do siebie powierzchnie poczęły się ze sobą zrastać. Cały ten odwinięty płat oddzieliłem od zewnętrznej ściany dolnej wargi rany, cały kawał nacieczony odciąłem, operując w tkance zdrowej, poczem naprzód brzegi bł. śluz. połączyłem zwykłym szwem, a następnie skórę zeszyłem szwem materacowym. Było to w 6 tygodni po pierwszym zabiegu. Niestety, wszystkie szwy skórne z wyjątkiem dwóch górnych i wszystkie szwy bł. śluzowej rozeszły się. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka wykazało, że mamy do czynienia z nawrotem raka. Wtedy postanowiłem narazie zaniechać wszelkich zabiegów operacyjnych i ranę opatrywać, czekając dalszego rozwoju wypadków. W trzy tygodnie po tym zabiegu na dolnej wardze rany gardła znowu poczęło się wytwarzać, nowe zgrubienie i nacieczenie i znowu począł się odwijać wewnętrzny brzeg bł. śluz. Teraz nie czekałem już dłużej, ale niezwłocznie usunąłem nacieczoną część bł. śluz., przyczem uprzedzając możliwość ponownego zjawienia się nowotworu, poprowadziłem cięcie w tkance daleko od miejsca ponownego nawrotu, poświęcając całą pozostałą część ściany gardła, a nawet kawałek ściany przełyku. Od tego czasu gojenie odbywało się pomyślnie. Skóra zrosła się wszędzie z bł. śluz., bocznej ściany gardła i przełyku, chory czuł się bardzo dobrze, przytył, spacerował, i gdyby nie zgłębnik żołądkowy, przez który wciąż musiał się karmić, byłby zupełnie zadowolony ze swego losu.

Tymczasem, w końcu czerwca, na miejscu zrostu skóry z bł. śluz. po stronie prawej i na samej bł. śluz. poczęły się wytwarzać niewielkie zgrubienia w postaci ziarniny. Nie czekając, całą tę ziarninę wypaliłem doszczętnie żegadłem galwanicznem, poczem w dalszem gojeniu zaburzeń żadnych nie miałem. W celu utrwalenia wyniku i zniszczenia zupełnego możliwych zarodków raka czy to w bł. śluz. gardła i przełyku, czy to w gruczołach, postanowiłem poddać ranę głębokim naświetlaniom promieniami Röntgena, jednakże z przyczyn od kliniki niezależnych, naświetlania te mogły być dokonane dopiero w ciągu listopada i w grudniu. Przez ten cały czas chory, który już od 3-ch miesięcy pozostawał w domu i — pełnił obowiązki służbowe, czuł się doskonale, utył, a w miejscu operacji najmniejszych śladów nawrotu nigdzie zauważyć nie można było. W grudniu przeto postanowiłem dokonać operacji plastycznej w celu usunięcia braku w przedniej ścianie gardła i przełyku.

Dnia 15. grudnia w uśpieniu eterowem przez odbytnicę dokonałem operacji metodą Glucka. Jednym płatem skóry odpreparowanym w bezpośredniem sąsiedztwie rany i odwróconym na wewnątrz przykryłem rynnę łączącą gardło z przełykiem — a sam płat oraz brak w skórze, wytworzony przez wycięcie tego płata, zakryłem nowym płatem odpreparowanym z boku szyi i przesuniętym ku przodowi. Płaty przyjęły się doskonale, powstał nowy przełyk i w tydzień po operacji chory nareszcie rozstał się ze zgłębnikiem żołądkowym, przez który dotychczas się odżywiał. Tylko w dolnej części nowoutworzonej przedniej ściany gardła i przełyku pozostała maleńka przetoka, która stała się punktem wyjścia dla róży szyi i twarzy, wybuchłej na 9-ty dzień choroby. Powikłanie to chory zniósł bardzo dobrze i po 2-ch tygodniach wrócił do zupełnego zdrowia. Obecnie upłynęło już 16 miesięcy od dnia operacji. Chory czuje się dobrze, obowiązki służbowe pełni gorliwie, przytył, mówi szeptem coraz wyraźniejszym i nigdzie najmniejszych śladów nawrotu raka nie wykazuje

Analizując powyższy przypadek, musimy zwrócić w nim uwagę na następujące momenty :

1. Przedewszystkiem rzuca się w oczy fakt dziedziczności. W rodzinie chorego cztery osoby, z tych trzy — przodkowie w prostej linji, dziadek, babka w linji matczynej, potem matka, wreszcie czwarta osoba, ciotka chorowały na raka. Tradycja ta istniała w rodzinie, chory, człowiek inteligentny, niedoszły lekarz, dobrze o tem wiedział i dowiedziawszy się o naturze swej choroby, nie był tem bynajmniej zdziwiony, ale raczej zupełnie do tej wieści przygotowany. Mielibyśmy tu do czynienia z dziedzicznością nie raka danego narządu, jak to wiemy z doświadczeń na myszach badaczy amerykańskich, którzy otrzymywali w szeregu pokoleń u setek myszy, n. p. rak wątroby, ale dziedziczność pewnej postaci, w danym przypadku t. zw. kankroidu, raka względnie łagodnego, rozwijającego się powoli, jaki mieliśmy w naszym przypadku i jaki mielibyśmy prawo przypuszczać u przodków chorego pod nazwą *skir*, którą zarówno lekarze jak i laicy od wieków nazywali raki twarde, włókniste, powoli rozwijające się i powoli zabijające chorego.

2. Pomimo braku u chorego jakichkolwiek zmian rakowych na tylnej ścianie krtani i przedniej ścianie gardła dolnego, miejsca te u naszego chorego musiały przed operacją zawierać już pierwiastki rakowe. Niewątpliwie świadczy o tem dwukrotny nawrót nowotworu w przedniej ścianie gardła, na którą nowotwór mógł być przeniesiony tylko z tylnej ściany krtani za pośrednictwem naczyń chłonnych, które widocznie przechodzą bezpośrednio z krtani na gardło, jak to zresztą dzieje się i ze śluzówką.

3. Następcze krwawienie z tętnicy krtaniowej górnej, które wystąpiło na czwarty dzień po operacji, chociaż znacznie opóźniło ostateczne wygojenie rany i zmieniło cały kierunek leczenia, okazało się w skutkach zbawiennem dla chorego, na otwartej bowiem ranie łatwiej było zauważyć zjawianie się nawrotów i zawczasu je usuwać. Przypadek ten, sądzę, powinienby nas skłonić do poddania rewizji obecnych metod postępowania w przypadkach raka krtani. Tam, gdzie rak trwa już lat kilka, gdzie chociaż na oko nie przekroczył jeszcze linji środkowej i nie zajął tylnej ściany, jednakże niema wyraźnych granic nowotworu, dążenie do zagojenia rany *per primam* nie leży, w interesie chorego. W ranie otwartej łatwiej spostrzec można poczynający się nawrót, i w zarodku go usunąć. O tem poucza nas codziennie niemal doświadczenie na chorych, u których po wycięciu krtani nastąpiło zagojenie rany przez rychłozrost, a w kilka miesięcy później wystąpił nawrót, przerzuty w gruczołach chłonnych i nieuniknione w tych razach zejście śmiertelne. W czasach obecnych, kiedy technika zarówno znieczulenia, jak i operacji oraz następczego leczenia raka krtani dosięgła wysokiego stopnia rozwoju, kiedy *laryngectomia* przestała należeć do najniebezpieczniejszych operacyj, możnaby sobie pozwolić, *sit venia verbo,* na leczenie rany otwartej w przypadkach niepewnych, podejrzanych, do jakich należą wszystkie długotrwałe przypadki raka. Jak utrzymuje Blair i co zresztą potwierdzają spostrzeżenia większości laryngologów, rak krtani należy do najmniej złośliwych przejawów raka wogóle, szerzy się on przed operacją wolno, natomiast po operacji odnawia się bardzo szybko, dlatego też w tym czasie właśnie należy szczególną baczność zwrócić na chorego, a to w ranie zagojonej napotyka na nieprzezwyciężone przeszkody. Mniej należy myśleć o świetnem zagojeniu *per primam,* a więcej o doszczętnem zniszczeniu raka i uratowaniu życia chorego.

4. W zakończeniu muszę znowu podkreślić bardzo wygodny sposób znieczulania przez odbytnicę mieszanką eteru z oliwą. Sposób ten niesłusznie u nas zaniedbywany, pomimo przekonywujących prac Moniuszki i Horodyńskiego, zasługuje, zwłaszcza w otolaryngologji, na większe niż dotychczas rozpowszechnienie. Połączony ze znieczuleniem miejscowem, które pozwala na wprowadzenie do kiszki mniejszej ilości eteru, sprowadzający nie sen a drzemkę, przyczem chory ma zachowane odruchy, odpowiada na pytania, a bólu najmniejszego nie odczuwa. Sposób ten w operacjach w okolicach szyi i głowy oddaje chirurgowi wielkie usługi.

Załączone fotografje przedstawiają chorego przed operacją plastyczną i w sześć tygodni po operacji.

U w a g a. Po rozcięciu wyciętej krtani, okazało się, że cały lewy fałd głosowy jest mocno nacieczony, zgrubiały pokryty rozrostami brodawczakowatemi, miejscami owrzodziały. Nacieczenie przenika w głąb i w dół do okolicy podgłośniowej przeszło na 3cm stopniowo się zmniejszając, co nadaje guzowi postać pryzmatu trójgrannego. Pozostałe części krtani makroskopowo przedstawiały się bez zmiany.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

O Zakładach bakterjologicznych i niektórych działach Publicznej Służby Zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Z Państwowego Zakładu Higjeny. Filja we Lwowie.

Dzięki życzliwej interwencji Dyrektora Sekcji higjenicznej przy Lidze Narodów, Dr. L. R a j c h m a n a przyjąłem z niezwykłą ochotą i radością zaszczytne zaproszenie ze strony przedsta-

wiciela Międzynarodowego Urzędu Zdrowia Fundacji Rockefellera, Prof. Dr. Gunna w Paryżu, do zwiedzenia zakładów bakterjologicznych i urządzeń higjenicznych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Było to urzeczywistnieniem długoletnich marzeń poznania rzeczy nowych, dalekich, o których tylko zamglone i niepewne słuchy dochodziły do mej świadomości. Zaznajomiwszy się jako tako z językiem angielskim, po otrzymaniu odpowiednich instrukcyj, karty okrętowej i zaliczki na podróż, wsiadłem dnia 23. czerwca 1924 roku w Cherbourgu na pokład amerykańskiego okrętu **„Leviathan"**, by z dniem 30. czerwca wieczorem zobaczyć z oddali rzęsiście oświetloną Coney Island, pierwszego zwiastuna brzegów nowej półkuli świata.

Pozostawiając na uboczu niezwykle silne i ciekawe wrażenia doznane w czasie podróży i pobytu w środowisku nowem i bardzo odmiennem muszę się w sprawozdaniu niniejszem ograniczyć do możliwie przedmiotowego przedstawienia toku tamtejszej pracy naukowej w dziedzinie bakterjologji, epidemjologji i higjeny, sposobu praktycznego jej zużytkowania i osiągniętych wyników.

W czasie trzy i pół miesięcznego mego pobytu w Stanach Zjednoczonych, a zatem niezwykle krótkim, zwiedziłem 9. Stanów, 22. miejscowości i 96. zakładów. Zawdzięczam to głównie Dyrektorowi Międzynarodowego Departamentu Zdrowia Fundacji Rockefellera Dr. Russel, jak również Dr. While i Mr. Lyle, którzy z największą troskliwością i życzliwością opracowali cały plan mojej wycieczki do najdrobniejszych szczegółów, ponadto zaopatrzyli mnie w listy polecające a każdy zakład uprzedzili o mojem przybyciu. Przy tej sposobności zobowiązany jestem podkreślić, iż wszędzie bez wyjątku natrafiłem na niezwykłą uprzejmość i życzliwość tak ze strony kierowników zakładów, jak i ich współpracowników.

Zakłady naukowe.

Przyznaję się otwarcie, iż z początku miałem pewne wahania, czy społeczeństwo, które zdobyło rekord w kierunku praktycznego wyzyskania wiedzy ludzkiej, potrafi również zdobyć się na jakąkolwiek abstrakcję i znaleźć wolną chwilę na dociekania naukowe. Z tą pewną dozą uprzedzenia począłem przeglądać się środowiskom pracy umysłowej, ich metodom i ostatnim wynikom badań w kierunku bakterjologji i higjeny.

Z cech zewnętrznych zwracających uwagę każdego obcego należałoby w pierwszym rzędzie podnieść niezwykle obfite wyposażenie tego kraju w pracownie naukowe. W każdej niemal miejscowości większej a często i w małej n. p. Princeton lub Cold Spring Harbor, istnieją uniwersytety, względnie pojedyncze wydziały albo zakłady przeznaczone do specjalnych badań w rozmaitych dziedzinach wiedzy.

Pomieszczenie ich przeważnie bardzo wygodne i piękne, a urządzenie bogate, często zbytkowne. Imponujące budynki, jak Państwowego Zakładu Higjeny w Washingtonie, Zakładu bakterjologicznego Stanu nowojorskiego w Albany, następnie pracowni naukowych przy General Hospital w Philadelphii lub budynki Wydziału lekarskiego w Bostonie i Instytut Rockefellera w New Yorku mieszczą wygodnie mnogą ilość pracowni, odpowiadając przytem do najdrobniejszych szczegółów najnowszym wymogom. Niezatarte wspomnienia pozostawia po sobie Zakład eugeniczny w Cold Spring Harbor, Uniwersytet Harvarda w Cambridge, John Hopkinsa w Baltimore i Uniwersytet w Columbus, gdzie na większych przestrzeniach odosobnionych, zdala od gwaru miejskiego, wśród drzew zieleni i kwiatów mieszczą się liczne budynki o wdzięcznych kształtach architektonicznych. Szczególnie silne wrażenie wywiera miasto Princeton w Stanie New Jersey, które słusznie nazwaćby można miastem uniwersytetu. Przeważna liczba budynków to zakłady naukowe, mieszkania profesorów i internaty studentów, wszystko to w jednolitym stylu gotyckim utrzymane.

Chcąc być ścisłym wypada wspomnieć i o pracowniach starszych, które jako takie często są już za szczupłe i skromnie wyposażone. Liczba ich jednakże zmniejsza się z każdym dniem i wkrótce zastąpią je nowe instytuty, których budowa jest już rozpoczętą względnie postanowioną n. p. miejski Zakład bakterjologiczny w New Yorku, Szkoła Higjeny i Zdrowia Publicznego w Baltimore.

Obok wielkiej ilości naukowych pracowni i ich doskonałego wyposażenia byłby jeszcze jeden moment rzucający w danej dziedzinie charakterystyczne światło na stosunki w Stanach Zjednoczonych. Mianowicie wśród 26 instytucyj naukowych (uniwersytety i pojedyncze zakłady), które miałem sposobność zwiedzić lub poznać dokładniej, przeważająca część nosi firmę prywatną, jak również bardzo wiele zakładów publicznych zawdzięcza swe powstanie prywatnym fundacjom i korzysta w dalszym ciągu z ich pomocy. Uniwersytetowi Columbia w New Yorku rodzina Vanderbilt i Sloane ofiarowała budynki a Fundacja Rockefellera, Carnegie i Crockera podtrzymuje go finansowo. Wszechnica w Princeton jest instytucją prywatną, podobnie jak Uniwersytet Harvarda w Boston-Cambridge i wszechnica w Baltimore, której założycielem był kupiec John Hopkins. Na obie te uczelnie Fundacja Rockefellera łoży również większe sumy. Obok uniwersytetów prywatnych istnieją również prywatne zakłady przeznaczone do badań naukowych tylko w pewnym określonym kierunku. I tak Prof. Dr. I. A. Kolmer w Philadelphii ofiarował pieniądze uskładane za wyrób salwarsanu w czasie wojny na założenie instytutu dla badań biochemicznych i doświadczalnych przy chorobach skórnych. Z fundacji Carnegie i Mrs. E. H. Harriman powstał instytut eugeniczny w Cold Spring Harbor a Fundacji Rockefellera zawdzięcza powstanie swe największy zakład prywatny przeznaczony dla badań naukowych z dziedziny wiedzy lekarskiej w New Yorku i Princeton.

Poruszone fakta na pozór powierzchowne i niewnikające w istotę rzeczy wystarczają już jako takie, by usunąć, a przynajmniej w wysokim stopniu osłabić wszelkie wahania i uprzedzenia. Dowodzą one niezaprzeczenie, iż społeczeństwo to, jakoteż jego pojedyncze jednostki poza codzienną szarzyzną życia są zdolne wznieść się do wyższych ideałów i należycie ocenić wartość dociekań naukowych. Jak częste przykłady dowodzą, obywatel Stanów Zjednoczonych chętnie poświęca majątek zebrany ciężką pracą na cele naukowe, stwarzając i utrzymując wspaniale wyposażone zakłady jako widomy znak wysokiego kultu dla wiedzy.

A teraz przypatrzmy się bliżej organizacji wewnętrznej i pracy instytutów naukowych w Stanach Zjednoczonych.

Z pośród zakładów przeznaczonych do badań naukowych w zakresie wiedzy lekarskiej naczelne miejsce zajmuje Instytut Rockefellera. Dzieli się on na 3. główne działy mianowicie: laboratoryjny, doświadczalno-kliniczny i patologji zwierzęcej.

Departament laboratoryjny pod kierunkiem S. Flexnera składa się z oddziału patologiczno-bakterjologicznego (H. Noguchi, K. Landsteiner, W. H. Brown, P. Rous, E. V. Cowdry, F. L. Gates), chemiczn. (P. A. T. Levene, W. A. Jacobs), fizjologicznego (J. Loeb, J. H. Northrop), biofizycznego (H. Clark, J. B. Murphy) i medycyny doświadczalnej (A. Carrel, P. L. Noüg).

W drugim dziale doświadczalno-klinicznym — z. R. Cole na czele — obecne badania obejmują głównie choroby zakaźne (R. Cole, H. F. Swift, A. E. Cohn) i metabolizm (Ch. Lundsgaard, C. A. L. Binger). Dział ten posiada do własnej dyspozycji osobną pracownię patologiczno-bakterjologiczną (O. T. Avery) i chemiczną (D. Van Slyke).

Trzeci departament patologji zwierzęcej pod kierunkiem T. Smitha zajmuje się patologją porównawczą, bakterjologją, parazitologją, immunologją i biochemją. Wśród pracowników, których poznałem, Dr. P. A. Levis zajęty jest obecnie sprawą dziedziczności gruźlicy, Dr. R. W. Glaser i Dr. F. S. Jones badaniem much, fagocytozą i uodparnianiem zwierząt drogą oddechową.

Dział laboratoryjny i doświadczalno-kliniczny w New Yorku mieści się w 3 olbrzymich budynkach. Obok nich widzimy pawilon zakaźny, budynek dla zwierząt i halę maszynową. Dział patologji zwierzęcej w Princeton posiada główny budynek laboratoryjny, mniejszy dla oddziału serologicznego, ponadto dwa budynki przeznaczone na stajnie dla zwierząt, halę maszynową i farmę. Urządzenie wszystkich zakładów do najdrobniejszych szczegółów celowo obmyślane według najnowszych wymogów, a wyposażenie ich nadzwyczajne. Wśród najdogodniejszych warunków w Instytucie Rockefellera 72 osób oddaje się obecnie ścisłym badaniom naukowym. O żywotności tej instytucji najlepiej świadczy liczba prac ogłoszonych dotychczas. Od roku 1904 t. j. początków organizacji zakładu do 1923 r. wydano 44 tomów zawierających tylko wyniki własnych badań. Publikacja prac naukowych wzrasta tam stale dochodząc obecnie do 4 tomów rocznie.

Z dalszych pracowni naukowych do najruchliwszych zaliczyłbym Państwowy Zakład Higjeny w Washingtonie i Miejskie Pracownie w New Yorku.

Hygienic Laboratory w Washingtonie pod wytrawnem kierownictwem Dr. G. W. Mc. Coy obok kontroli surowic, szczepionek i produktów farmakologicznych, wyrabianych w Stanach Zjednoczonych bierze bardzo żywy udział w ruchu naukowym. W oddziale bakterjologicznym Dr. E. Francis od dłuższego czasu bada nieznaną u nas chorobę królików tak zwaną **„tularaemia"**, która w środkowych Stanach pojawia się często. Choroba ta wobec królika jest bardzo złośliwą. Zwierzę zakażone ginie w przeciągu 4—5 dni. We wszystkich narządach wewnętrznych występują ogniska zapalne, przechodzące szybko w ropienie. Świnka morska i mysz, którą po ogoleniu potarto materjałem zakażonym, podobnie jak przy dżumie, ginie do 4—5 dni, a obraz sekcyjny odpowiada zmianom występującym u królika. W preparatach z krwi i organów zajętych stwierdzić można liczne prątki niebarwiące się Gramem **(bacterium tularense)**. Drogą much, a szczególnie za pośrednictwem owada przypominającego pluskwę, choroba ta łatwo przenosi się na człowieka i po kilkutygodniowej gorączce kończy się przeważnie wyzdrowieniem (śmiertelność dochodzi do 2%). Drugi pracownik Dr. J. A. Benaston różniczkuje typy bac. botulinus. W oddziale zoologicz-

nym Dr. C. W. Stiles obok opracowywania indeksu zoologicznego, lekarsko-weterynaryjnego poświęca się szczególnie pasożytom zwierzęcym i metodzie badania wody gruntowej na większej przestrzeni zapomocą **„uraminy“**, która jako bardzo silny indykator ułatwia wykrycie zanieczyszczenia wody prątkiem okrężnicy. Dr. C. Voegthin kierownik oddziału farmakologicznego zajmuje się chemoterapią przy schorzeniach zakaźnych, a w szczególności działaniem sulpharsphenaminy, arsphenaminy i neoarsphenaminy przy kile, jak również działaniem optochiny przy zakażeniu dwoinką Fränkel-Weichselbaum. Oddział chemiczny prowadzi Dr. W. M. Clark, który jako jeden z pierwszych zainicjował i opracował metodę oznaczania jonów wodorowych przy wyrabianiu pożywek. Ponadto sprawa utleniania i redukcji w procesach biologicznych, witaminy, opracowanie praktycznej metody chem. badania surowic, wpływ stężenia jonów wodorowych przy oczyszczaniu wody zapomocą ałunu stanowiłyby główne tematy wchodzące obecnie w program prac tegoż oddziału.

W miejskich pracowniach New York City, których głównem zadaniem są badania rozpoznawcze, wyrób surowic i szczepionek, kontrolne badania środków spożywczych, a wszystko to w niebywałym rozmiarze, nie zapomniano o ścisłej pracy naukowej, przeciwnie dzięki niezwykłej inicjatywie kierownika tegoż zakładu Dr. W. Parka badania w kierunku nowych zdobyczy wiedzy postępują w żywem tempie.

Pierwsze miejsce zajęła tutaj sprawa bliższego poznania odczynu Dicków i czynnego uodporniania przeciwko płonicy. Jak wiadomo Dickom udało się z materjału pobranego przy płonicy wyosobnić na agarze z krwią typ paciorkowca hemolitycznego, którego przesącz przez filtr porcelanowy zawiera jad dający się zobojętnić surowicą ozdrowieńca po płonicy. Przesącz ten wstrzyknięty w odpowiedniej ilości wśródskórnie wywołuje odczyn miejscowy — podobnie jak przy odczynie Schicka — u osobnika, który nie przechodził płonicy. W dalszym ciągu wykazali oni w surowicy krwi osób i zwierząt szczepionych tym jadem obecność antitoksyny zobojętniającej toksynę. Obecnie Zakład Dr. Parka w pierwszym rzędzie stara się rozwiązać pytanie, czy drogą serologiczną uda się zróżniczkować rozmaite typy paciorkowca hemolitycznego. Odczynem Dicków i uodpornianiem czynnem zajmuje się głównie Dr. Zingher. Toksynę oczyszczoną rozcieńcza od 1/500 — 1/2000 (zależnie od stopnia jadowitości) i w dawce 0.1 — 0.2 cm^3 wstrzykuje wśródskórnie. Dla uniknięcia pomyłki w odczytywaniu odczynu mogącej powstać z powodu rozmaitej zdolności szczepów wytwarzania jadu, poleca używać stale tego samego szczepu. Obok odczynu może wystąpić pseudoreakcja wywołana proteinami zawartemi w przesączu. Dla odróżnienia odczynu swoistego od rzekomego Zingher poleca każdorazowo wykonać równocześnie próbę kontrolną z toksyną rozcieńczoną do 1/1000 i ogrzaną w łaźni wodnej do 100^0 C przez godzinę. Wśród tych warunków rozkładają się tylko toksyny, podczas gdy ciała białkowe (proteiny) nie ulegają uszkodzeniu. Próba kontrolna wykaże więc, czy mamy do czynienia z odczynem swoistym, czy wrzekomym. Odczyn Dicków posiada wielkie znaczenie djagnostyczne w przypadkach wątpliwych, ponadto jako wskaźnik odporności organizmu określa wyraźnie, kiedy należy wykonać uodpornienie czynne. Przy uodpornianiu czynnem Zingher wstrzykuje podskórnie lub wśródmięśniowo jako pierwszą dawkę 0.2 cm^3, jako drugą 0.5 cm^3, a jako trzecią dawkę 0.5 lub 1 cm^3 toksyny w rozcieńczeniu zawierającem w 1 cm^3 500 dawek potrzebnych dla odczynu skórnego. Dotychczas wykonano kilka tysięcy szczepień i przekonano się, iż odczyn Dicków wypada ujemnie u osobników szczepionych. Materjał zebrany jest narazie za mały do wysnuwania pewniejszych wniosków co do istotnej wartości szczepienia ochronnego. Przy uodpornianiu czynnem występuje często dość silny odczyn i w tym kierunku są w toku doświadczenia Dr. Parka nad zastąpieniem toksyn otrzymanych z paciorkowca hemolitycznego toksoidami względnie anatoksyną t. j. jadem osłabionym zapomocą formaliny.

Dalszym ciekawszym tematem opracowywanym obecnie w instytucie Dr. Parka byłaby sprawa bliższego poznania 4. typów dwoinki Fränkiel-Weichselbaum, otrzymanych przez Averę i Dochez, następnie doświadczenia nad działaniem leczniczem anticiał wytrąconych z wysoko wartościowej surowicy przeciwpneumokokowej zapomocą wody przekroplonej i rozpuszczonych w fizjologicznym roztworze soli. Wreszcie biologja prątków grypy i krztuśca, oznaczanie antitoksyn błoniczych zapomocą metody skłaczkowania podanej przez Ramon i lecznicze działanie merkurochromu dopełniałoby główny program badań, który miałem sposobność poznać w czasie pobytu mego w Zakładzie Dr. Parka.

Poza powyższemi trzema największemi pracowniami naukowemi na szczególniejsze wyróżnienie zasługuje Instytut dla badań biochemicznych i doświadczalnych przy chorobach skórnych Dr. I. A. Kolmera w Philadelphii i pracownie Głównego Szpitala miejskiego w Philadephii pod kierunkiem Dr. E. B. Krumbhaara. Oba te zakłady są pod względem naukowym niezwykle produktywne. Do grupy tej należy również Zakład bakterjologiczny Prof. Dr. H. Zinsera przy wydziale lekarskim Uniwersytetu Harvarda w Bostonie, Zakład bakterjologiczny Wydziału lekarskiego i epidemjologiczny przy Szkole Higjeny i Zdrowia Publicznego Uniwersytetu John Hopkinsa w Baltimore. W pierwszym Prof. Dr. J. H. Braun zajmuje się mikrofagami i zapomocą własnej metody bada zachowanie się jonów wodorowych w hodowlach, kierownik drugiego zakładu Prof. Dr. C. G. Bull pracuje nad malarją u zwierząt; Prof. Dr. F. P. Gaj, kierownik Zakładu bakterjologicznego Uniwersytetu Columbia w New Yorku zajęty jest badaniem odczynu Dicków.

Obok dotychczas wymienionych pracowni miałem sposobność zwiedzić Stację eksperymentalną dla oczyszczania ścieków w Lawrence, gdzie pod kierunkiem Dr. Clarka od szeregu lat przeprowadza się badania nad sprawnością działania filtrów mechanicznych i biologicznych, następnie Instytut eugeniczny w Cold Spring Harbor zajmujący się badaniem czynników wpływających na poprawę rasy, wreszcie Instytut do badania raka przy Uniwersytecie Columbia w New Yorku i Państwowy Zakład dla badań nowotworów złośliwych w Buffalo składający się z oddziałów teoretycznych (patologiczny, biochemiczny i fizyczny) i z oddziałów klinicznych, gdzie wśród niezwykle dogodnych warunków grono składające się z kilkunastu lekarzy pracuje w obranym kierunku.

Pozostaje jeszcze wspomnieć o najwyższych uczelniach Stanów Zjednoczonych, a w szczególności o wydziałach lekarskich. Zasadniczo organizacja sześciu szkół lekarskich, które bliżej poznałem, przedstawia się jednolicie. Na wydział lekarski może być przyjętą jednostka, która przedłoży świadectwo ukończenia wyższej szkoły odpowiadającej mniej więcej naszym szkołom średnim, względnie, która złoży egzamin wstępny przed osobną komisją uniwersytecką. Okres studjów trwa 4. lata, poczem po zdaniu egzaminów uzyskuje się dyplom doktora medycyny (M. D.).

W programach zgłoszonych wykładów szczególną uwagę zwraca niezwykle wyczerpujące traktowanie wszystkich działów higjeny ciała, higjeny społecznej, statystyki, organizacji i administracji służby zdrowia, jak również deontologji. Każdy młody lekarz rozpoczyna swą pracę zawodową obznajomiony dokładnie z obowiązkami zawodu lekarskiego i przepisami administracyjno-sanitarnemi.

Przy większych wydziałach lekarskich istnieją ponadto uzupełniające kursa z zakresu higjeny i zdrowia publicznego, które tworzą właściwie odrębne wydziały. Uniwersytet John Hopkinsa w Baltimore posiada Szkołę Higjeny i Zdrowia publicznego, do której wpisać się może doktór medycyny, względnie student 4. roku wydziału lekarskiego, jak również osoby z ukończonym wydziałem filozoficznym po uzupełniających kursach z chemji, fizyki, biologji, anatomji, fizjologii i patologji. Po dwuletniem studjum kandydat może uzyskać tytuł doktora zdrowia publicznego (D. P. H.) lub doktora higjeny (Sc. H. D.), wymagany od osób chcących uzyskać odpowiedzialne stanowisko w publicznej służbie zdrowia. Obowiązujące wykłady obejmują: bakterjologię, immunologję i epidemjologię, następnie protozoologję, helminthologję i entomologję, wszystkie działy higjeny, inżynierję sanitarną, badania chemiczne, wyrób i kontrolę środków spożywczych, biometrję i statystykę, organizację międzynarodowej służby zdrowia, a wreszcie organizacje i administrację służby zdrowia z uwzględnieniem historji rozwoju i praktycznego zastosowania wiedzy sanitarnej w innych państwach. Na tem miejscu z zadowoleniem podnoszę, iż w programie wykładów nie zapomniano tutaj i o organizacji służby zdrowia w Państwie Polskiem. Podobnie zorganizowane szkoły higjeny i zdrowia publicznego posiadają wydziały lekarskie w New Yorku, w Philadelphii i Columbus.

Obok Szkół higjeny i zdrowia publicznego powstają przy większych uniwersytetach najwyższe szkoły lekarskie (The Graduate School of Medicine) jako wyosobnione wydziały. Celem ich jest umożliwić lekarzom wyspecjalizowanie się w dowolnych działach teoretycznych i klinicznych i przygotowanie ich do samodzielnych badań naukowych. The Graduate School of Medicine w Philadelphii przyjmuje tylko ograniczoną liczbę słuchaczy składających się z szczególnie uzdolnionych lekarzy. Po trzyletnim kursie normalnym doktor medycyny zyskuje nowy tytuł doktora wiedzy lekarskiej (Sc. M. D.). Wychowańcy tych szkół pragnąc poświęcić się wyłącznie pracy naukowej stanowią doborowy materjał na asystentów dla zakładów naukowych. Studja teoretyczne dzielą się na 6. grup (biochemja, anatomja, fizjologja, patologja, farmakologja, bakterjologja i immunologja), a wyspecjalizowanie się kliniczne obejmuje 11. działów odrębnych (interna, pedjatrja, neuropsychjatrja, dermatosyfilologja, chirurgja, ortopedja, położnictwo i ginekologja, urologja, ophtalmologja, otolaryngologja i radjologja).

W środowiskach najwyższych uczelni odczuwa się również żywą troskę o nie, tak ze strony społeczeństwa, jak pojedyńczych jednostek. Do najlepiej wyposażonych należą wydziały lekarskie uniwersytetów prywatnych, a mianowicie College of Physicians and Surgeons uniwersytetu Columbia w New Yorku, Medical School uniwersytetu Harvarda w Bostonie, Medical School i School of Hygiene and Public Health uniwersytetu John Hopkinsa w Balti-

more, następnie School of Medicine i The Graduate School of Medicine Stanu Pennsylvania w Philadelphii, wreszcie College of Medicine uniwersytetu Stanu Ohio w Columbus. Dla przykładu podam tylko, że The Graduate School of Medicine w Philadelphii posiadała w roku szkolnym 1923/24 185 prelegentów mających do dyspozycji 13 pracowni teoretycznych i 42 klinik, szpitali, sanatorjów i poradni.

Dla uzupełnienia obrazu przedstawiającego w ogólnych tylko zarysach warunki i bieg pracy w dziedzinie wiedzy lekarskiej poświęcić wypada jeszcze kilka słów sprawie wyposażenia zakładów naukowych w podręczniki i czasopisma. Otóż obok ogólnych bibljotek państwowych, miejskich i prywatnych, obok bibljotek uniwersyteckich, każdy zakład naukowy i każdy wydział lek. posiada bogate zbiory podręczników i czasopism naukowych, z których tak pracownicy, jak i studenci mogą korzystać. Bibljoteka wydziału lekarskiego Uniwersytetu Columbia w New Yorku wyposażoną jest w 54.120 tomów i 300 czasopism, a wydział lekarski w Bostonie 40.143 tomów i 376 czasopism perjodycznych. W bibljotece miejskiego Zakładu New York City wśród kilkudziesięciu czasopism wyznaczono należne miejsce naszej **„Medycynie doświadczalnej i społecznej"**.

Kończąc ten dział muszę jeszcze na jedno zwrócić uwagę a mianowicie na żywe tętno i gorączkowy zapał ogarniający niemal wszystkie pracownie naukowe. Tok badań biegnie tu wartkim prądem, każdą nową myśl obcą poddaje się dokładnej analizie, uzupełnia i wyjaśnia a równocześnie niezwykle silnie rozwija się dorobek naukowy pochodzący z własnej inicjatywy, często o doniosłej wartości. Bezsprzecznie Stany Zjednoczone zawdzięczają swój rozwój naukowy w dziedzinie bakterjologji i higjeny Europie, z niej bowiem czerpały soki odżywcze i na niej się wzorowały. Dzisiaj dzięki pracownikom tej miary jak T. Smith, W. Park, Flexner, Noguchi, Russel, Mc. Coy, Kolmer, Landsteiner i t. d. jak również dzięki należytemu docenianiu ważności sprawy i poparciu ze strony państwa i pojedynczych obywateli jak Rockefeller, Vanderbilt, Carnegie, Crocker, Harriman, Stany Zjednoczone przestały już być tylko uczniem Europy, a zdobywają własny, swoisty dorobek naukowy, jako najpiękniejszy kwiat duchowego rozwoju każdego społeczeństwa.

Obecnie przyjrzyjmy się bliżej, w jaki sposób Stany Zjednoczone potrafiły zużytkować naukowe zdobycze wiedzy lekarskiej celem ochrony zdrowia publicznego, jak się przedstawia organizacja pracy niektórych działów służby sanitarnej a w szczególności bakterjologicznych zakładów rozpoznawczych, zakładów wyrobu surowic i szczepionek, stacji Pasteurowskich i sprawa zaopatrzenia ludności w wodę i mleko.

Bakterjologiczne pracownie rozpoznawcze.

Każda stolica stanu posiada stanowy zakład bakterjologiczny dla badań rozpoznawczych z filjami na prowincji, a każde większe miasto własną bakterjologiczną pracownię miejską. Ponadto spotyka się wszędzie liczne pracownie szpitalne i prywatne. W Stanie nowojorskim n. p. w roku 1922. obok centralnego zakładu stanowego w Albany z jedną filją w New Yorku było sto laboratorjów bakterjologicznych miejskich, szpitalnych i prywatnych.

Podobnie jak w zakładach naukowych zwraca i tutaj uwagę niezwykle bogate wyposażenie w przyrządy i materjały laboratoryjne. Urządzenie niektórych instytutów, jak Stanu nowojorskiego w Albany, Stanu Virginia w Richmond, następnie przy Walter Reed Hospital i przy Szpitalu marynarki wojennej w Washingtonie, dalej przy Głównym i zakaźnym Szpitalu w Philadelphii, przedstawia się do najdrobniejszych szczegółów wytwornie, często luksusowo. Liczne i obszerne sale, udogodnienia tego rodzaju, jak elewatory, telefony, następnie centralne refrigeratory, centralne pompy do rozrzedzania powietrza, wielka ilość cieplarek, mikroskopów, wirówek i t. p., ponadto czytelnie zaopatrzone w bogate zbiory książek i naukowych czasopism miejscowych i zagranicznych, wszystko to razem może zadowolić najdalej idące w tym kierunku wymagania.

Z pośród 21 bliżej znanych mi pracowni rozpoznawczych największym i najczynniejszym jest miejski oddział djagnostyczny w New Yorku i stanowy w Albany. Następne miejsce zajmują pracownie rozpoznawcze Stanu Massachusetts w Bostonie i Stanu Ohio w Columbus, miejski zakład w Baltimore, Buffalo, Philadelphii i Bostonie, wreszcie laboratorjum Stanu Virginia i miasta Richmond.

Niektóre daty wzięte ze sprawozdań rocznych odzwierciedlą nam najlepiej ruch badań djagnostycznych:

W pracowniach	w roku	na liczbę mieszkańców	wykonane badań ogółem	na 1.000 mieszkańców
New York	1921	5,731.859	367.784	62
Baltimore	1923	773.580	89.976	116
Buffalo	1923	542.470	79.488	146
Philadelphia	1923	1,500.000	76.827	51·2
Boston	1922	750.000	54.319	72·4
Richmond	1923	181.044	18.216	100
stanowych:				
New York (Albany)	1923	5,047.017*)	256.058	50·7
Massachusetts	1922	3,186.064	93.388	29·3
Virginia	1923	2,191 956	24.826	11·3
Maryland	1920	679.525	15.600	22·5
Państwowy Zakład Higjeny dla m. Lwowa	1924	235.704	8.475	35·9
Państwowy Zakład Higjeny dla 3 Województw Małopolski wschodniej	1924	5,495.086	1.834	0·3

Uwaga:

*) po odjęciu liczby mieszkańców stolicy Stanu.

Jak widzimy, liczba badań rozpoznawczych w miejskich zakładach nowojorskich dochodzi rocznie powyżej trzystu sześćdziesięciu tysięcy, a w pracowniach Stanu nowojorskiego powyżej dwustupięćdziesięciu tysięcy. W stosunku do ilości mieszkańców waha się ona w granicach od 11.3 do 146 na 1.000 mieszkańców.

Daty powyższe są najlepszym dowodem niezwykłej żywotności bakterjologicznych pracowni rozpoznawczych, a równocześnie świadczą, iż odpowiednie władze i społeczeństwo uznaje potrzebę tych instytucyj i umie z nich korzystać.

Szeroki rozmiar pracy bakterjologicznych zakładów musi tem bardziej zwrócić uwagę każdego epidemjologa, jeśli się uwzględni, iż tamtejszy stan chorób zakaźnych na ogół jest bardzo niski. Chcąc poznać dokładnie przyczynę tego zjawiska zwracałem się wszędzie po wyjaśnienia do urzędu zdrowia. Dzięki wyczerpującym informacjom i dostarczonym mi sprawozdaniom zaznajomiłem się bliżej z tamtejszą organizacją i metodyką walki z chorobami zakaźnemi, poczem sprawa niebywałego zapotrzebowania pracowni rozpoznawczych stała mi się zupełnie jasną. Pierwsze wskazówki w tym kierunku zawdzięczam dyrektorowi miejskiego Urzędu Zdrowia New York Dr. Harrisowi i Dr. Fronczakowi, dyrektorowi miejskiego Urzędu Zdrowia w Buffalo.

Wszędzie i stale lekarz ordynujący jest zobowiązanym donieść natychmiast urzędowi zdrowia o każdym przypadku choroby zakaźnej lub podejrzanej. W razie nie wypełnienia odnośnego przepisu, rozmyślnie, czy też wskutek pomyłki w rozpoznaniu choroby, urząd zdrowia przesyła danemu lekarzowi napomnienie; przy powtórnem niewykonaniu obowiązującego przepisu nakłada wysoką karę pieniężną, a przy trzecim razie ma prawo odebrać lekarzowi dyplom. Zarządzenie to jako niepapierowe, lecz ściśle przestrzegane, jest wskutek tego skutecznem. Lekarz chcąc uniknąć wszelkich nieporozumień z urzędem zdrowia, donosi o każdym pewnym i podejrzanym przypadku. Daleko więc posunięta egzekutywa, jaką posiada w ręku urząd zdrowia byłaby pierwszym czynnikiem, który początkowo zmusił, a w następstwie przyzwyczaił lekarza do poważnego traktowania każdego przypadku podejrzanego o chorobę zakaźną.

W razie potrzeby lekarz otrzymuje bezpłatnie w każdej aptece puszkę z pouczeniem do pobrania próbki. Puszki wyjałowione rozdziela centralna pracownia, a automobil miejski w pewnej oznaczonej porze zwozi je codziennie z wszystkiemi pobranemi próbkami do zakładu bakterjologicznego.

Bardzo ważnym czynnikiem zwracającym uwagę, to niezwy-

kle silnie rozwinięta propaganda i akcja pouczania ludności. Według sprawozdania P a ń s t w o w e g o D e p a r t a m e n t u Z d r o w i a w W a s h i n g t o n i e, w r.1923. rozdano w S t a n a c h Z j e d n o c z o n y c h w samym tylko dziale chorób wenerycznych 1,568.833 popularnych pouczeń, wygłoszono 5.722 wykładów przy pomocy 1.174 filmów i urządzono 1.843 wystaw higjenicznych. Każda nowa myśl, każda idea w kierunku poprawy zdrowia publicznego zatacza czem raz szersze kręgi dzięki nadzwyczaj silnie rozwiniętej propagandzie. Często zupełnie proste, naiwne napozór środki wydają tu niebywałe wyniki. W miejskim Z a k ł a d z i e b a k t e r j o l o g i c z n y m w N e w Y o r k u każdy dzieciak uodporniony metodą S c h i c k a przeciwko błonicy otrzymuje odznakę z napisem **„J am Schicked are you?“** i niktby nie uwierzył, w jak szybkim czasie drobnostka ta zwiększyła liczbę dzieci poddających się chętnie szczepieniu. Obok odczytów, broszurek bardzo ważną rolę odgrywa stały kontakt ludności z inspektorami sanitarnymi i pielęgniarkami, następnie wpływ szkoły, licznych poradni, a również niezwykle żywe zainteresowanie się prasy codziennej sprawami higjenicznemi, wszystko to razem wpłynęło na uświadomienie obywatela S t a n ó w Z j e d n o c z o n y c h pod względem higjenicznym. Dzisiaj nie stroni on już przed lekarzem i nie uchyla się przed zarządzeniami sanitarnemi, przeciwnie chętnie zgłasza się po pomoc i poradę tak u lekarza praktyka, jak również u lekarza bakterjologa.

Z porównania ilości wykonanych badań rozpoznawczych z liczbą zgłoszonych przypadków zachorowań wynika, że z małemi wyjątkami liczba badań jest znacznie, a często wielokrotnie wyższą od liczby zachorowań zwłaszcza przy błonicy, durze brzusznym i przymiocie.

Miejscowość	Rok	liczba zgłoszonych chorych i wykonanych badań				
		Błonica	Dur brzusz.	Gruźlica płuc	Rzeżączka	Przymiot
Miasto:						
New York	1921	15.110 152.782	899 9.720	26.820 36.590	5.287 20.487	14.096 85.156
Baltimore	1923	1.318 42.984	232 2.150	1.482 1.342	1.849 2.282	1.295 3·768
Buffalo	1923	686 20.918	56 346	843 2.565	1.108 5.860	1.695 14.548
Boston	1922	2.992 20.511	116 643	1.994 3.422	2.369 7.852	922 12.421
Richmond	1923	223 5.465	68 446	1.023 1.561	351 528	508 5.039
Lwów	1923	68 24	172 265	— 41	— 65	— 2.730
Stan:						
Massachusetts	1922	8.826 21.356	633 2.115	3.666 4.441	2.554 2.553	1.933 47.488
Maryland	1920	1.013 4.608	731 3.169	1.342 1.091	916 769	411 2.846
Virginia	1923	4.494 9.156	1.665 1.520	1.800 3.288	1.640 2.016	2.168 11.040
Województwo lwowskie	1924	318 88	1.221 403	772 69	875 465	672 3.428

Uwaga:
Cyfry górne podają liczbę zgłoszonych chorych
» dolne » » wykonanych badań.

Zjawisko to wyjaśnia nam również, dlaczego ilość badań bakterjologicznych dochodzi do tak znacznej wysokości mimo niski stan chorób zakaźnych, a równocześnie dowodzi, iż zadanie laboratorjów nie ogranicza się na jednorazowem badaniu rozpoznawczem, lecz w myśl obecnych zasad epidemjologicznych chory, ozdrowieniec i najbliższe otoczenie pozostaje pod dłuższą kontrolą bakterjologa.

W jaki sposób n. p. postępuje D e p a r t a m e n t Z d r o w i a m i a s t a B a l t i m o r e przy błonicy? Po zgłoszeniu przypadku inspektor sanitarny udaje się do mieszkania chorego, pobiera próbki z gardła i nosa osoby chorej i wszystkich osób wspólnie mieszkających. Równocześnie o ile chory uczęszczał do szkoły, lekarz szkolny pobiera próbki od wszystkich uczni danej klasy. Chorego, ozdrowieńca i wszystkie osoby zdrowe, u których wykazano zjadliwe prątki L ö f f l e r a, pozostawia się w odosobnieniu, dopóki dwukrotne, bezpośrednio po sobie następujące badanie nie wypadnie ujemnie, względnie wykaże prątki L ö f f l e r a niezjadliwe. W razie stwierdzenia zjadliwych prątków błonicy przeprowadza się powtórne badanie po upływie 14 dni. Tak samo postępuje się z rodziną i najbliższem otoczeniem każdego dziecka zdrowego uczęszczającego do szkoły, u którego jako nosiciela stwierdzono prątki błonicy. Wszystkie dzieci przed przyjęciem do jakiegokolwiek zakładu, internatu, przed wyjazdem na kolonje wakacyjne podlegają również bakterjologicznemu badaniu. Opracowanie tak obfitego materjału pochodzącego z odległych punktów od środowiska choroby wymaga większego wysiłku pracy, a jednak staje się ono niezbędnem, skoro przekonano się, że 8 na 1000 mieszkańców czyli 800 zdrowych dzieci szkolnych w B a l t i m o r e są jako nosiciele jadowitych prątków L ö f f l e r a stałym rozsadnikiem choroby. Mniej więcej z tą samą dokładnością pracuje się w innych miejscowościach i przy innych chorobach zakaźnych.

Bakterjologiczne zakłady rozpoznawcze z powodu nawału pracy wymagają większej ilości sił laboratoryjnych. W tym celu stworzono wszędzie kursa bakterjologiczne, gdzie uczeń o średniem wykształceniu zapoznaje się z techniką laboratoryjną, poczem ściśle według wzorcowych (standartowych) przepisów wykonuje badania rozpoznawcze. Pracownik tego typu posiada dość skromne pojęcie o bakterjologji i epidemjologji, pracując jednak stale w bardzo ciasnym zakresie działania nabiera z czasem odpowiedniej wprawy i jako kółko w skomplikowanej machinie wypełnia automatycznie zadanie swe zupełnie zadowalniająco. Odpowiedzialnym kierownikiem pracowni jest przeważnie lekarz-bakterjolog kontrolujący pracę personalu niższego stopnia. Jakkolwiek nie jestem zwolennikiem pracowni, której dobór osób i przepisy wzorcowe, hamujące wszelki indywidualizm, nadają piętno fabryki, to jednak muszę przyznać, iż wobec braku potrzebnej ilości bakterjologów lekarzy zorganizowanie tego typu laboratorjów było jedyną drogą do rozwiązania problemu, o ileby przepisy standartowe zawierały wszystkie najlepsze metody ułatwiające badania różniczkowe, a z biegiem czasu były odpowiednio uzupełniane. W obecnych przepisach dość często pominięto bardzo ważne metody różniczkowe, jak n. p. badanie na ciałka E r n s t - B a b e s a przy błonicy, lub odczyny skłaczkowania przy kile.

Z metod, które w zastosowaniu praktycznem zasługują na wyszczególnienie, wypadałoby wymienić:

ogólnie przyjęte oznaczanie kolorometryczne jonów wodorowych przy sporządzaniu pożywek;

bardzo praktyczny sposób przechowywania hodowli w rozrzedzonem powietrzu i przy niższej ciepłocie, wśród których to warunków szczepy prątków durowych, czerwonkowych, gronkowca i paciorkowca można utrzymać przy życiu przez przeciąg kilku lat, a dwoinki Weichselbauma i Neissera przez kilka tygodni (Prof. B r a u n w B a l t i m o r e);

pożywka A v e r y (agar witaminowy z krwią i „sodium oleate“) powstrzymująca rozwój dwoinek zapalenia płuc i paciorkowca okazała się doborową do wyosabniania prątków grypowych, a agar witaminowy z dodatkiem krwi bez „sodium oleate“ dla pneumokoków i paciorkowców (Dr. P a r k N e w Y o r k);

w półpłynnym agarze rozcieńczonym dziesięciokrotnie zwykłym buljonem bez dodatku ascites bardzo dobrze rozwijają się meningokoki i gonokoki (Dr. Mc. C o y W a s h i n g t o n);

pożywkę C o n r a d i - D r i g a l s k i ogólnie zastępuje „endo, brilliant green i eosin — methylene blue agar.“;

dla uniknięcia możliwego zakażenia się pozostawia się plwocinę gruźliczą przed zrobieniem preparatu w 2% lysolu lub 5% kw. karbolowym albo poddaje się wyjałowieniu w autoklawie przy 120° C przez 10 minut;

przy błonicy oznacza się jadowitość wyhodowanych prątków zapomocą odczynu na śwince morskiej, jaki występuje miejscowo po wśródskórnem wstrzyknięciu podejrzanej hodowli. Prątki wyosobnione u osób zdrowych, morfologicznie i na pożywkach odpowiadające prątkom błonicy dają w 18.8% przypadków odczyn dodatni;

w niektórych pracowniach obok odczynu Wassermanna używa się metody skłaczkowania podanej przez K a h n a.

Wyrób surowic i szczepionek.

W dziale wyrobu surowic i szczepionek głównie zainteresował mnie sposób przygotowywania toksyny dla odczynu S c h i c k a, przyrządzania mieszanki toksyny z antitoksyną do czynnego uodpornienia przeciwko błonicy i metoda wyrobu szczepionek przeciwko wodowstrętowi.

Co do techniki wyrobu i sposobu zastosowania innych szczepionek i surowic leczniczych nie wiele dałoby się nowego powiedzieć pozatem, że szczepionka przeciwko krztuścowi, wyrabiana z hodowli wyrosłej na pożywce B o r d e t - G e n g o u, w wielu

przypadkach okazała się bardzo skuteczną tak przy zastosowaniu leczniczem, jak zapobiegawczem. Podobnie surowica antipneumokokowa typu I. użyta w pierwszych dniach choroby daje zadowalniające wyniki.

Z pośród siedmiu zwiedzonych zakładów wyrabiających surowice i szczepionki do największych należą prywatne przedsiębiorstwa akcyjne. Lederle Antitokxin Laboratories w Pearl River, następnie H. K. Mulford Laboratories w Glenolden i Park-Davis w Detroit przy pomocy 200—300 pracowników wyrabiają masowo, wśród najdogodniejszych warunków wszelkiego rodzaju surowice i szczepionki, z których znaczny procent przypada na wywóz zagraniczny. Wzajemna konkurencja staje się bodźcem do wprowadzania ciągłych ulepszeń technicznych i na pozór drobnostkowych dodatków ułatwiających praktyczne zastosowanie surowicy względnie szczepionki. Jako przykład przytoczę, iż obecnie do zatykania ampułki wprowadzono ogólnie korek gumowy, przez który wkłuwa się igłę strzykawki — naturalnie po oczyszczeniu powierzchni korka alkoholem — i zupełnie jałowo wydobywa się zawartość ampułki. W ten sposób zapobiega się zanieczyszczaniu sztucznemu, o które nie trudno przy przepiłowywaniu i odłamywaniu ampułki zatopionej. Dla zaoszczędzenia czasu i ułatwienia lekarzowi zastosowania surowicy, bardzo często obok ampułki znajduje się w odpowiedniem opakowaniu wyjałowiona strzykawka z igłą, lub dawka surowicy zawartą jest w strzykawce szklanej, zatkanej czopkiem gumowym, przez który wkłuwa się dołączoną igłę wyjałowioną, a po wykonanym zabiegu strzykawkę się wyrzuca. Gest, na który sobie Ameryka może pozwolić.

Do większych zakładów wyrobu surowic i szczepionek poza prywatnemi fabrykami należy miejski Zakład nowojorski w Otisville, stanowy w Albany i Bostonie, wreszcie miejski zakład w Philadelphii wyrabiający tylko surowicę przeciwbłoniczą.

Kontrolę surowic i szczepionek wykonuje centralny Zakład Higjeny w Washingtonie, dokąd z każdej nowej serji surowicy lub szczepionki przesyła się próbki do badania przed puszczeniem jej w obieg.

Odczyn Schicka i uodparnianie czynne przeciwko błonicy.

W roku 1913 Schick zauważył poraz pierwszy, że jad błonicy wstrzyknięty śwince morskiej wśródskórnie wywołuje charakterystyczny odczyn miejscowy o słabszem lub silniejszem nasileniu zapalnem. Dalsze badania wykazały, że podobnie i u człowieka występuje ta sama reakcja, o ile poprzednio nie przebył błonicy, natomiast brak jej u ozdrowieńców świeżych i dawnych. Zjawisko to znane pod nazwą odczynu Schicka przebyło już okres licznych prób i doświadczeń i obecnie jako dokładnie poznane i pewne znalazło ogólne zastosowanie praktyczne, a głównie w Stanach Zjednoczonych, gdzie liczba przypadków błonicy stosunkowo dochodzi do znacznej wysokości. Odczyn Schicka jest tam obecnie bardzo rozpowszechniony, jako jeden z ważnych czynników ułatwiających pracę epidemjologowi. Wszędzie gdzie tylko pojawi się przypadek błonicy, poddaje się wszystkie osoby z najbliższego otoczenia chorego badaniu bakterjologicznemu, a równocześnie wykonuje się próbę Schicka, jako ważny wskaźnik prognostyczny i profilaktyczny. Osoby z ujemnym odczynem, jako odporne a tem samem mniej narażone na zakażenie pozostawia się w spokoju, natomiast osoby z dodatnim wynikiem uodparnia się czynnie przeciwko błonicy. Obok tego metoda ta służy jako jedyna a pewna kontrola, czy osoba szczepiona zyskała czynne uodpornienie. W tym celu w 6 miesięcy po ukończeniu szczepienia wykonuje się również odczyn Schicka.

Technika opracowana przez Parka, Schroedera i Zinghera nie przedstawia żadnych trudności, przeciwnie jest pojedynczą i łatwą. Na prawem przedramieniu po stronie zginaczy wstrzykuje się wśródskórnie 0.1 cm^3 toksyny w odpowiedniem rozcieńczeniu (1/50 L +). Równocześnie dla uniknięcia pomyłki między dodatnim odczynem a pseudoreakcją wstrzykuje się na lewem przedramieniu jako kontrolę tę samą dawkę toksyny ogrzanej przez 10 minut do 75° C, w której już tylko proteiny jako nieuszkodzone mogą wywołać odczyn nieswoisty. Odczytywanie samo nie przedstawia większych trudności. Odróżnić można 4. typy odczynu: dodatni (++, +, +), ujemny, dodatni z pseudoreakcją (na przedramieniu prawem reakcja silniejsza) i ujemny z pseudoreakcją (na obu przedramionach odczyn o równem nasileniu).

Odczyn Schicka przyjęto z ogólnem uznaniem, a liczba zużytych dawek wzrastając z każdym rokiem dochodzi już do setek tysięcy.

Drugą sprawą zasługującą na dokładniejsze omówienie byłoby czynne uodpornianie przeciwko błonicy. I tutaj również długoletnim badaniom Parka wraz z Schroederem i Zinghe-rem trwającym od roku 1914 należy zawdzięczyć, iż myśl rzucona swego czasu przez Behringa dojrzała i przyjęła formę realną. Do uodpornienia czynnego użyli mieszanki toksyny z antitoksyną błoniczą i przekonali się, że wśród 90.000 dzieci z ujemnym odczynem Schicka, względnie uodpornionych w razie dodatniego odczynu, liczba przypadków błonicy była czterokrotnie niższą, aniżeli w drugiej grupie 90.000 dzieci pozostawionej bez oznaczania Schicka i bez uodporniania. Fakt ten zachęcił do dalszego udoskonalenia metody czynnego uodporniania. Obecnie używa się mieszanki toksyny z antitoksyną, która w 1 cm^3 zawiera 0.1 L + i 0.075 jednostki antitoksycznej. Płyn ten pozostawia się przez pewien czas w lodowni i dopiero po odpowiedniem osłabieniu działania t. j. kiedy 1 cm^3 wstrzyknięty śwince morskiej sprowadza porażenie po upływie 15—18 dni, a zgon po 18—25 dniach, zastosowuje się go u ludzi. Po 3 dawkach, z których każda wynosi 1 cm^3, wstrzykniętych wśródmięśniowo w siedmiodniowych odstępach czasu uzyskuje się w 94—96.4% przypadków uodpornienie czynne z ujemnym odczynem Schicka. Mieszanka przygotowana w ten sposób zawiera nieznaczną tylko ilość ciał białkowatych i dzięki temu nie wywołuje przy uodpornianiu żadnej reakcji, a jeśli, to w bardzo tylko łagodnej formie.

Najnowsze doświadczenia Parka i Zinghera zachęcają do uodporniania zapomocą toksoidów (anatoksyny) otrzymanych działaniem formaliny na jad błoniczy, ponieważ wykazały równie dobre wyniki, jak przy zastosowaniu mieszanki toksyny z antitoksyną.

Podkreślić należy, że Park i Schroeder badając od 6-ciu lat te same przypadki przekonali się, iż odczyn Schicka u osób uodpornionych pozostaje stale ujemnym, czyli uodpornienie raz nabyte utrzymuje się przez długi okres czasu.

Dzięki silnej, a dłuższy czas już trwającej propagandzie sprawa uodporniania czynnego przeciwko błonicy zjednywa sobie coraz więcej zwolenników. Liczba uodpornionych dzieci przechodzi już w krocie i najprawdopodobniej wkrótce ziszczą się szlachetne dążenia Dr. Parka, by każde dziecko już w czasie przedszkolnym t. j. w wieku od 6. miesięcy do 6. roku życia poddać próbie Schicka, a w razie potrzeby czynnie uodpornić.

Wścieklizna.

W stanach południowych i wschodniej części Kalifornii pojawia się wścieklizna dość często, podczas gdy w stanach centralnych i przeważnej części północnych tylko wyjątkowo. Według dat podanych mi uprzejmie przez Dr. T. F. Sellersa, kierownika bakterjologicznego zakładu Stanu Georgia, w pięcioleciu 1917—1921 poddało się szczepieniu w 29 stanach 6.721 osób, przeważnie metodą Pasteura (5.301), z czego zmarło na wściekliznę wśród i po szczepieniu 39 osób t. j. 0.58%.

Stosunkowo wysoki procent śmiertelności i form porażennych, jak również niemożność dłuższego przechowywania szczepionki pasteurowskiej w stanie nadającym się do użytku, była punktem wyjścia do szukania i zastosowania nowych metod.

Dr. Haris w St. Louis wprowadził szczepionkę z żywym **virus fixe**, którą otrzymuje przy bardzo niskiej ciepłocie i przechowuje w formie suchego proszku w zatopionych rurkach bez zmiany przez dłuższy okres czasu. Metoda ta nie znalazła szerszego zastosowania z powodu trudności technicznych związanych z wyrobem.

Szczepionki o osłabionym **virus fixe** idąc za przykładem Fermiego z roku 1908 zastosowali poraz pierwszy w Stanach Zjednoczonych Dr. Phillips i Dr. Sellers. Pod formą zawiesiny w glicerynie i fizjologicznym roztworze soli z 0.5% dodatkiem kwasu karbolowego dają się one przez dłuższy czas przechowywać. Obie te metody, przy których zużywa się mózg królika szczepionego, wykazują tylko w szczegółach co do samego wyrobu i dawkowania pewne różnice. Dr. Phillips w Columbus podaje na 6.000 osób szczepionych 2. przypadki śmiertelne t. j. 0.033%, a Dr. Sellers na 5.990 osób tylko 1. przypadek śmiertelny, czyli 0.016% i 1. przypadek, gdzie po 14-tej dawce wystąpiły lekkie objawy porażenia mięśni twarzy i rąk, które szybko znikły po przerwaniu szczepienia.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje zastosowanie szczepionki z nieżywym **virus fixe**. Metodę tą wprowadził w Stanach Zjednoczonych poraz pierwszy Camming zabijając **virus fixe** formaliną, którą następnie usuwa drogą dializy. Szczepionkę tego typu wyrabia w większej ilości na wywóz firma Park-Davis w Detroit. Obecnie zakłady H. K. Mulford Laboratories w Glenolden zachęcone pomyślnymi wynikami Camminga i na podstawie własnych doświadczeń wykonanych na zwierzętach wprowadziły również wyrób szczepionki z zabitym **virus fixe**. Liczne próby Dr. Reichela i Dr. Huntoona — pracowników tej instytucji — wykazały, że zabity **virus fixe** działa zupełnie tak samo uodparniająco jak żywy. Zamiast formaliny używają kwasu karbolowego otrzymując szczepionkę, która przez 6. miesięcy przechowuje się bez zmiany nie tracąc wartości uodporniającej. Dotychczas na 1.000 osób szczepionych, a pokąsanych przez zwierzęta, u których wykazano obecność ciałek Negriego, brak przypadku śmiertelnego, jak również przypadku z objawami porażennymi. Wobec tak dobrych wyników metodę z Glenolden jako najprostszą i najekonomiczniejszą stosuję obecnie w zakładzie lwowskim.

We wszystkich instytutach, które poznałem, usunięto już metodę Pasteurowską, a jedynie miejski Zakład nowojorski i Lederle Antotoxin Laboratories w Pearl River wyrabiają nadal szczepionkę z rdzeni króliczych, suszonych nad ługiem potasowym.

W myśl obowiązujących przepisów osoba pokąsana, a zamieszkała w miejscowości, w której znajduje się zakład Pasteurowski, zgłasza się osobiście do szczepienia. Stacja Pasteurowska zawiadamia natychmiast miejski lub stanowy urząd zdrowia o zaszłym przypadku, poczem delegowany, możliwie jak najszybciej, lekarz weterynarji bada sprawę na miejscu, donosi zakładowi pasteurowskiemu o wyniku, a w razie potrzeby przesyła głowę zwierzęcia do zbadania. Po wykluczeniu wszelkiego podejrzenia o wściekliznę przerywa się dalsze szczepienie. Na prowincji lekarz urzędowy lub prywatny, do którego osoba pokąsana się zgłosiła, obowiązanym jest zażądać z najbliższego zakładu natychmiastowego przesłania szczepionki nie czekając wyniku badania zwierzęcia. Równocześnie podobnie jak stacja Pasteurowska musi zawiadomić lekarza urzędowego i dopiero w razie wykluczenia wścieklizny u zwierzęcia przerywa szczepienie osoby pokąsanej. Ponieważ każdy lekarz może otrzymać szczepionkę i sam przeprowadzić szczepienie, cała akcja staje się nadzwyczaj uproszczoną i ułatwioną. Farmer choćby z bardzo odległego miejsca zamieszkania posiadając z reguły własny samochód i nadzwyczajne gościńce betonowe lub asfaltowe może łatwo zgłosić się codziennie u najbliższego lekarza nie opuszczając domu i pracy codziennej na cały 2—3 tygod. okres czasu. Wszelkie internaty dla osób szczepionych stały się wobec tego zbyteczne. W myśl tego również i Państwowy Zakład Higjeny we Lwowie będzie przesyłał szczepionkę na żądanie lekarzy prowincjonalnych.

Badania głów zwierząt podejrzanych o wściekliznę wchodzą w zakres działania miejskich i stanowych zakładów Pasteurowskich w przypadkach, gdzie chodzi o pokąsanie człowieka. Do barwienia ciałek Negriego zamiast znanej metody Lentza używa się sposobów Parka, Lowlenca lub Sellersa polegających na kombinacji błękitu metylenowego z fuksyną jako dające wyraźniejsze obrazy i technicznie łatwiejsze.

Z ważniejszych przepisów należy tu wymienić:

1) obowiązek jak najszybszej interwencji lekarza weterynarji na miejscu przypadku;

2) przesłanie głowy zwierzęcia, które pokąsało człowieka, o ile zachowanie się jego wzbudzało podejrzenie wścieklizny, do zakładu Pasteurowskiego, w celu ustalenia djagnozy;

3) wybicie wszystkich zwierząt pokąsanych, względnie pozostawienie ich w odpowiednim zakładzie pod obserwacją przez 6. miesięcy na koszt właściciela.

Ze sprawą walki z wścieklizną i ochronno-leczniczem szczepieniem ludzi ściśle wiąże się czynne uodpornianie psów przeciwko wściekliźnie, zawiesiną tkanki mózg. królika zakażonego **virus fixe**, która to metoda dzięki wynikom Umano i Doi ogłoszonym w roku 1922 wywołała ogólne zainteresowanie. Zaszczepili oni w Kanagawie i Tokio 31.307 psów i puściwszy je wolno przekonali się po upływie pewnego czasu, iż z liczby tej tylko 1. pies uległ zakażeniu wścieklizny. Z drugiej natomiast grupy liczącej tylko 10.000 psów nieszczepionych padło 250 sztuk na wściekliznę w tym samym czasie i wśród tych samych warunków. Ogólna liczba wścieklizny u psów według relacji autorów zmniejszyła się w podanych miejscowościach o 75%, a pojawiała się tylko u zwierząt nieszczepionych.

Metoda japońska polega na podskórnem zastosowaniu jednorazowej dawki odpowiednio skoncentrowanej zawiesiny tkanki mózg. królika zakażonego **virus fixe.** Eichorn i Lyon pierwsi zaczęli w Stanach Zjednoczonych wyrabiać i stosować szczepionkę japońską. Wstępne próby wykonane przez nich i przez Corwina w Stanie Connecticut były bardzo zachęcające, skoro z kilkunastu psów zaszczepionych, a następnie pokąsanych przez zwierzęta wściekłe, żaden nie uległ wściekliźnie w czasie 2. letniej obserwacji. Dotychczas zaszczepiono tam 1.600 psów prowadząc je w ścisłej ewidencji. Metodą japońską zajęły się również zakłady bakterjologiczne w Glenolden wprowadzając zabity **virus fixe.** Jednorazowa dawka w 5 cm^3 zawiera tyle substancji mózgowej królika, zakażonego **virus fixe**, ile zużywa się przy szczepieniu człowieka. Do października poprzedniego roku zakłady w Glenolden wydały 10.000 dawek.

Zapatrywania co do wartości ochronnego szczepienia psów nie są jeszcze dotychczas ustalone. Zdaniem Mohlera, kierownika urzędu weterynaryjnego w Washingtonie, wynik ochronnego szczepienia najprawdopodobniej zależy od rodzaju **virus fixe.** W doświadczeniach swoich przy zastosowaniu rozmaitych **virus fixe** otrzymywał różnorodne wyniki, które natomiast przy tym samym **virus fixe** były mniej więcej identyczne.

Sprawa ochronnego szczepienia psów narazie jest jeszcze niedojrzałą, liczba wykonanych prób za małą, a okres obserwacji za krótki, by móc wysnuwać jasne i pewne wnioski tak co do siły, jak i czasu trwania uodpornienia uzyskanego tą drogą. Z tych więc powodów byłoby wskazanem zająć się masowem szczepieniem psów zdrowych i prowadzić dokładną ich ewidencję zwłaszcza tam, gdzie epizoocja wścieklizny zagraża stale życiu ludzkiemu. Państwowy Zakład Higjeny we Lwowie doceniając ważność sprawy z największą ochotą poszedłby w tym kierunku z pomocą i zająłby się wyrobem i bezpłatnem dostarczeniem szczepionki.

(C. d. n.)

Dr. Wacław KRASZEWSKI. Zakopane

Sprawozdanie ze Zjazdu gruźliczego w Kopenhadze.

Kongres gruźliczy, zwołany do Kopenhagi w dniu 21 maja r. b., miał na celu tylko rozpatrzenie krytyczne dotychczasowych zdobyczy, osiągniętych leczeniem sanokryzyną gruźlicy ludzkiej. Entuzjazm, wywołany nietylko w Danji, lecz — dziś można powiedzieć w całym świecie lekarskim przez ogłoszone przez prof. Moellgarda wyniki dotychczasowego leczenia gruźlicy sanokryzyną, ściągnął na kongres, przeznaczony tylko dla lekarzy duńskich, kilkunastu lekarzy z poza Danji, aby na miejscu usłyszeć krytyczny sąd o dotychczasowych wynikach leczenia sanokryzyną gruźlicy ludzkiej. Z Polaków na kongresie byli: podpisany i kol. Fiszer z Zakopanego. Dzięki uprzejmości wicekonsula Polskiego, p. Wielucha, mogliśmy przy jego pomocy, jako tłumacza, uchwycić najważniejsze punkty krytyki najwybitniejszych klinicystów duńskich, jak profesorów: Würzena, Fabera, Permina, Bie i wielu innych, którzy starali się uzgodnić obecne swoje stanowisko, oparte na doświadczeniach nad leczeniem sanokryzyną bezpośrednio przy łóżku chorego.

Sąd tej krytyki nie zmniejszył jednakże sławy, dziś wszechświatowej, jaką zdobył sobie w świecie lekarskim prof. Moellgard.

Aczkolwiek chemiczne działanie soli złota na zarazki znane było już dawno (prace Roberta Koch'a, Bruck'a i Glück'a [cyjanek potasowy złota], praca Feld'a i Spiss'a o krysolganie, który nawet został wprowadzony do leczenia gruźlicy, szczególniej w Prusach, dalej t. zw. tryphal wprowadzony w Austrji, jako mniej jadowity niż krysolgan), aczkolwiek związek złota z tiosiarczanem sodu znany był już w r. 1845 (Fordos i Gélis), to jednakże dopiero prof. Moellgardowi po żmudnych przeszło półtora roku trwających pracach doświadczalnych powiodło się oddać do użytku lekarzy środek leczniczy, nazwany przez niego sanokryzyną, który na kongresie wytrzymał próbę i przekonał świat lekarski, że tak, jak salwarsan w dziedzinie walki z kiłą, tak sanokryzyna oddać powinna usługi w walce z gruźlicą. Swoista chemo-terapja gruźlicy uznana została na kongresie w Kopenhadze przez wszystkich, nawet przez tak wybitnego specjalistę chorób płucnych, jak prof. Permin. Jeśli uprzytomnimy sobie trudności, jakie nastręczały się stale przy działaniu związków chemicznych na prątki gruźlicze, których otoczka złożona z kwasów tłuszczowych, tłuszczów obojętnych, lipoidów i wosków, stanowiła dotychczas nieprzebyty mur, dalej jeśli od związku chemicznego, posiadającego własności bakterjobójcze, wymagać musimy, aby związek ten, niszcząc bakterje, nie niszczył zdrowych tkanek, to zrozumiemy dokładnie doniosłość sanokryzyny prof. Moellgarda, która w odpowiedniem rozcieńczeniu wprowadzona do krwi, przenika do ognisk gruźliczych, niszczy otoczki prątków, a dostając się do ciała prątków wywiera w ten sposób swoje działanie lecznicze.

Nie będę tutaj poruszać wpływu sanokryzyny na zdrowe zwierzęta lub na zwierzęta zakażone gruźlicą, wiadomości w tej sprawie zasięgnąć można z dzieła prof. Moellgard'a wydanego po angielsku pod tytułem »Chemoterapie of Tuberculosis« lub ze sprawozdań kolegów Polaków, którzy odwiedzili Danję i swoje spostrzeżenia podali już do wiadomości kolegów. Z tych sprawozdań można sobie wyrobić jasny pogląd na działanie sanokryzyny na ustrój ludzki i zwierzęcy, zdrowy i zakażony gruźlicą. Chcę natomiast przedstawić kliniczną stronę stosowania sanokryzyny, tak, jak została ona ujęta na kongresie, oraz podać wytyczne, jakie ustalono dla leczenia sanokryzyną chorych na gruźlicę. Sanokryzyna, wprowadzona do krwi chorego, dostaje się do ognisk gruźliczych, niszczy prątki, przez co wyzwalają się endotoksyny, które, dostając się do obiegu krwi, wywołują wstrząs tuberkulinowy. Im więcej prątków zostało zniszczonych, tem więcej dostaje się do obiegu krwi endotoksyn, tem silniejsze występują objawy wstrząsu tuberkulinowego, często groźne nawet dla życia chorego. Podobny wstrząs tuberkulinowy, tylko w lekkim stopniu, spotykamy często przy niezbyt ostrożnem sto-

sowaniu tuberkuliny u chorych na gruźlicę. Wstrząs tuberkulinowy, spostrzegany przy zastosowaniu sanokryzyny, wstrząs często niebezpieczny, stanowił piętę Achillesa w całej budowie leczenia gruźlicy sanokryzyną. Prof. Moellgard, licząc się z temi groźnemi dla życia objawami wstrząsu, wybrał drogę biernego uodpornienia, wprowadzając przed wstrzyknięciem sanokryzyny lub podczas samego wstrząsu surowicę cieląt, uzyskaną w następujący sposób: Zdrowym cielętom wstrzykuje się dożylnie w odstępach tygodniowych naprzemian większe ilości laseczników, zabitych przy 115° C, i 10 cm^3 tuberkuliny dopóty, aż 40 cm^3 takiej surowicy nie usunie w przeciągu 24 godzin białka w moczu, które się u cielęcia danej wielkości zakażonego gruźlicą pokazało po zastrzyknięciu 1 grama sanokryzyny. Prace prof. Madsena, dyrektora Instytutu serologicznego w Kopenhadze, przedstawione graficznie na kongresie, potwierdzają słuszność wywodów prof. Moellgarda. Lecz zdobycze te, uzyskane w pracowni na zwierzętach, nie dają się przenieść i zużytkować, przynajmniej w dotychczasowej formie u ludzi. Na kongresie najpoważniejsi klinicyści duńscy oświadczyli zgodnie, że surowica polecona przez prof. Moellgarda, nie tylko nie usuwa wstrząsu tuberkulinowego (wysokiej często ponad 40° C. ciepłoty, następnie gwałtownego spadku często poniżej 36° C., mdłości, wymiotów, osłabienia mięśnia sercowego, co niekiedy doprowadza do zgonu, jako skutek nagłego zatrucia wyzwolonemi endotoksynami gruźliczemi), lecz sama niekiedy wywołuje ciężkie objawy, groźniejsze dla życia chorego, aniżeli wstrząs wywołany tuberkuliną.

Kongres nie wyjaśnił przyczyn szkodliwego działania surowicy; jeden tylko prof. Würzen zaznaczył, że może w przygotowaniu surowicy wynikły błędy z powodu użycia chinosolu, który możnaby obwiniać o szkodliwe i często groźne dla życia chorego działanie. Jednakże to zdanie prof. Würzena nie znalazło aprobaty u innych kolegów.

Na kongresie ustalono następujące wytyczne dla leczenia gruźlicy u ludzi sanokryzyną:

1. Zmniejszyć dawkę, zaczynać od 0,25 (niektórzy jak prof. Bie i dr. Begarson rozpoczynają leczenie pierwszy od 0,1, drugi nawet od 0.05).

2. Najwyższa dawka sanokryzyny powinna wynosić 0,8 do 1,0.

3. Odstępy pomiędzy wstrzykiwaniami powinny być tak długie, póki nie ustąpią całkowicie objawy zatrucia, jak białkomocz, osutki, biegunka.

4. Surowicę należy stosować dożylnie w ilości 20 cm^3 tylko w razie groźnego dla życia chorego wstrząsu tuberkulinowego. Ponieważ przy zastosowaniu podanych wyżej zmniejszonych dawek sanokryzyny nigdy prawie nie występuje groźny dla życia wstrząs tuberkulinowy, stosowanie surowicy sprowadza się do zera.

5. Stosować należy sanokryzynę przedewszystkiem w postaciach gruźlicy wysiękowych i w gruźlicy prosówkowej. W tych przypadkach sanokryzyna wprowadzona do obiegu krwi z łatwością dostaje się do ognisk gruźliczych i wywiera najkorzystniejsze działanie lecznicze.

6. W postaciach włóknisto-guzowatych sanokryzyna może również oddać doskonałe usługi.

7 W postaciach włóknistych sanokryzyna nie działa, co zresztą już dawno stwierdził sam prof. Moellgard.

8. Im cięższy przypadek wysiękowej postaci gruźlicy, tem ostrożniej należy postępować z dawkowaniem.

9. Wstrząs, wywołany przy leczeniu sanokryzyną, jest typowym wstrząsem tuberkulinowym, siła jego zależy od ilości wyzwolonych endotoksyn gruźliczych.

10. W gruźlicy chirurgicznej (referat dr. Ole Chiewitz'a) żadnych wyników korzystnych do tej pory nie uzyskano.

11. W gruźlicy skóry (referat dr. Axel Reyn'a) nie tylko przy dożylnem stosowaniu sanokryzyny, ale i przy miejscowem nasycaniu tkanek chorych rozczynem sanokryzyny, wyraźnie korzystnych wyników nie uzyskano.

12. W gruźlicy krtani (referat dr. Strandberga) korzystnie działała sanokryzyna przy miejscowem użyciu w postaci pędzlowań.

Jedynym gorącym zwolennikiem stosowania w całej rozciągłości metody, podanej przez Prof. Moellgard'a, pozostał na kongresie jego osobisty przyjaciel i współpracownik Dr. Secher, który w dalszym ciągu na swym oddziale stosuje duże dawki sanokryzyny i surowice nie tylko podczas wstrząsu tuberkulinowego, lecz i zapobiegawczo, z tą jednakże zmianą, że wstrzykuje wśródmięśniowo dawkę uczulającą 2 cm^3, następnie po 4 godzinach 20 cm^3 i na drugi dzień 20 cm^3, poczem na trzeci dzień, sanokryzynę, a w razie wstrząsu dożylnie 20 cm^3 surowicy.

O ile Prof. Permin uważany jest wśród kolegów za lekarza ostrożnego i przezornego, o tyle Dr. Secher'a uważają za lekarza zbyt ryzykownego. Na kongresie zabierał głos i sam prof. Moellgard, podtrzymując w całej rozciągłości swoje pierwotne stanowisko w sprawie surowicy. Konferencja odbyta przez nas z prof. Moellgard'em utwierdziła nas w przekonaniu, że on sam osobiście nie chce uznać wywodów o szkodliwości surowicy za słuszne i z prawdziwie młodzieńczym porywem broni swego stanowiska.

Tyle o kongresie. Ze spostrzeżeń, poczynionych w szpitalach, klinikach i sanatorjach, podnieść należy niektóre szczegóły ważniejsze co do leczenia sanokryzyną. Prof. Bie leczy sanokryzyną nawet wysiękowe zapalenia opłucnej, wychodząc z założenia, że uzyskana przy leczeniu sanokryzyną »sterilisatio« musi być korzystna dla chorego na przyszłość i zabezpieczy go od zaostrzeń. Przedstawione nam przez niego przypadki potwierdzają korzystne działanie sanokryzyny. Wszyscy zwracali nam uwagę, że przy leczeniu sanokryzyną należy bardzo starannie badać mocz (przynajmniej trzy razy dziennie, mniejwięcej co 4 godziny w ciągu dnia, co pozwoli uniknąć objawów znacznego białkomoczu toksycznego). Odczyny gorączkowe przy stosowaniu małych dawek są wogóle nieznaczne, nie przewyższają 1 stopnia i trwają zazwyczaj jeden dzień. Lekkie biegunki przechodzą same, przy cięższych stosują wlewania z 3‰ *acidi gallo-tannici* 1 do 1,5 litra z dobrym skutkiem. Spotykane niekiedy zapalenia błony śluzowej jamy ustnej u wylotu przewodu gruczołów ślinowych i na migdałkach należy odnieść do działania złota. Zapalenia te są dosyć uporczywe, ustępują jednakże bez leczenia. Osutki (odrowate, płonicowate) przy małych dawkach występują rzadko i dopiero po trzech, czterech wstrzyknięciach, nie są uporczywe (na oddziale Dr. Secher'a widzieliśmy jednak bardzo ciężką wysypkę, trwającą 12 tygodni na całem ciele). Przy stosowaniu zmniejszonych dawek sanokryzyny laseczniki znikają w plwocinie wolniej, a po zniknięciu w dwa, trzy miesiące pojawiają się często znowu. Ilość plwociny stale się zmniejsza i stopniowo plwocina znika. Leczenie przeprowadza się serjami, czyli tak zwane etapowe; po pierwszej serji leczenia sanokryzyną, trwającej zależnie od przypadku trzy, cztery miesiące, stosuje się w razie potrzeby drugą i trzecią serję. Chorzy podczas leczenia spędzają czas w łóżku lub na leżakach (szpitalne i kliniczne oddziały dla gruźliczych posiadają doskonale urządzone werandy.

Przy tej sposobności muszę podnieść bardzo życzliwe stanowisko zajęte przez Pełnomocnego Ministra Rzeczypospolitej Polskiej p. Rozwadowskiego, przez Wicekonsula p. Wielucha i przez sekretarkę Poselstwa p. Borneman w stosunku do wszystkich kolegów, którzy wyjeżdżali do Kopenhagi, aby na miejscu zapoznać się z metodą leczenia sanokryzyną. Zawdzięczając ich nadzwyczajnej uprzejmości, zdołaliśmy za ich pośrednictwem w krótkim czasie (10-cio dniowym) odbyć konferencję z wszystkimi wybitniejszymi klinicystami kopenhaskimi, z prof. Moellgard'em, zwiedzić wszystkie prawie szpitalne i kliniczne oddziały przeznaczone dla gruźlicy, jak również położone blizko Kopenhagi sanatorja ludowe. Z wrażeniem wielkiego zadowolenia z osiągniętych wyników podróży, ujęci nadzwyczaj koleżeńską i wyjątkową życzliwością Kolegów duńskich, opuszczaliśmy z pewnym smutkiem ziemię narodu, który tak zorganizował u siebie walkę z gruźlicą, że nie potrzebuje budować już sanatorjów, albowiem odsetek śmiertelności od roku 1890—1891 spadł z 30 do 10,8 (pro 10,000), a ilość łóżek w sanatorjach, szpitalach, klinikach i oddziałach dla nieuleczalnych jest obecnie nie tylko dostateczną, ale przewyższa zapotrzebowanie.

Przegląd piśmiennictwa.

Zentralblatt f. Gynäkologie.

Nr. 2. 1925.

O. Hoehne. **Z etjologji i diagnostyki samoistnego pęknięcia macicy w czasie ciąży.** Autor opisuje przypadek samoistnego pęknięcia macicy podczas porodu. W terminie spodziewanego porodu wystąpiły nagle gwałtowne bóle w dolnej okolicy brzucha i wymioty i od tego czasu ustały ruchy płodu, a ponieważ poród nie postępował i bóle trwały, przywieziono chorą do kliniki. W chwili przyjęcia stwierdzono ciepłotę i tętno prawidłowe, macica sięgająca na szerokość dłoni ponad pępek, brak ruchów i tętna płodu. Badaniem zewnętrznem nie można było stwierdzić nic osobliwego, tylko bolesność macicy w górze po stronie prawej. Na zewnątrz nie odpływała krew. Przez ujście maciczne wyczuwa się na luźnych kościach główki pęcherz płodowy, główka do połowy we wchodzie miednicy prawidłowych wymiarów. Przypuszczano przedwczesne odklejenie prawidłowo umieszczonego łożyska i wprowadzono do macicy metreurynter w celu przyśpieszenia porodu. Pomimo obciążenia balonu nie wystąpiła czynność porodowa. Dlatego usunięto mniejszy balon i wprowadzono większy metreurynter, po usunięciu którego wykonano obrót na nóżkę i wydobyto płód żeński 3100 gr. ważący. Po urodzeniu płodu odeszło kilka starych skrzepów krwi. Ponieważ macica nie chciała się kurczyć, usunięto ręcznie łożysko, przyczem stwierdzono szerokie pęknięcie w dnie macicy.

Po zatamponowaniu pochwy wykonano zaraz laparotomję. W jamie brzusznej znaleziono znaczną ilość krwi i duży otwór w dnie macicy z przyrośniętą siecią do brzegu jego. Macicę amputowano ponad ujściem wewnętrznem. Operacja nie zdołała uratować chorej.

Według informacji jednego z ginekologów, który leczył przed trzema laty tę samą chorą, wykonano podówczas laparotomję z powodu poronienia i tyłozgięcia macicy, przyczem zrobiono otwór w dnie macicy w celu usunięcia jaja płodowego, następnie zeszyto go trzema szwami węzełkowemi i wykonano wentrofiksację macicy.

Nie ulega zatem wątpliwości, że samorodne pęknięcie macicy podczas porodu wydarzyło się z powodu blizny w dnie macicy i w istocie stwierdzono drobnowidowo w bliźnie macicy, że brak zupełny włókien podłużnych zewnętrznej warstwy ściany macicy w tem miejscu.

Autor podnosi słusznie, że wystąpienie gwałtownego bólu na końcu ciąży, powinno zwracać uwagę na możliwość pęknięcia macicy. W celu ułatwienia rozpoznania pęknięcia macicy radzi wykonać wstrzyknięcie śródżylne preparatu przysadki mózgowej, które już na końcu ciąży nigdy nie zawodzi i wywołuje zawsze skurcz macicy, podczas gdy kilkurazowe wstrzyknięcie pituglandolu w opisanym przypadku pęknięcia macicy nie było w stanie wywołać żadnego skurczu macicy.

H. Hübner. **O leczeniu bartholinitis gonorrhoica.** Autor zaleca bardzo wstrzykiwanie własnej krwi żylnej, wziętej z żyły łokciowej chorej w ilości 2—3 cm^3, w skórę w oddaleniu $^1/_2$ cm powyżej i poniżej ujścia przewodu gruczołu Bartholini'ego przy zapaleniu rzeżączkowem tegoż. Należy igłę wkłuć prostopadle i następnie skierować koniec igły aż do gruczołu przed wypróżnieniem strzykawki.

By się zabezpieczyć przed krzepnięciem krwi w strzykawce należy wciągnąć do strzykawki najpierw 1—2 cm^3 22$^0/_0$ roztworu *Natrium citricum.*

Już po kilku dniach znikają dwoinki rzeżączkowe i rzadko trzeba drugi raz powtórzyć wstrzyknięcie krwi, jeżeli leukocyty utrzymują się jeszcze w wydzielinie gruczołu. Pewność szybkiego wyleczenia ocenia Hübner bezmała na 100$^0/_0$.

K. Heim. **Dwa przypadki śmierci po przetaczaniu krwi.** Przetaczanie krwi w przypadkach wielkiej utraty krwi zyskało sobie prawie powszechne uznanie chirurgów. Wśród ginekologów widzimy już zdania podzielone. Ostatnio opisuje autor 2 przypadki śmierci po przetoczeniu krwi, z których jeden należy niewątpliwie uznać jako następstwo przetoczenia. Należy zatem stwierdzić, że wskazania do przetaczania krwi powinny być bardzo ostrożnie rozważone.

A. S. (Lwów).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.

V. Bd. 1. Z.

Fraenkel. **Dwa przypadki nagłej śmierci po wśródżylnem wstrzyknięciu bizmutu.** Jeden przypadek dotyczy mężczyzny lat 20, który był leczony z powodu *ulcus durum* przez 2 miesiące salwarsanem i rtęcią, następnie zaś otrzymał w ciągu 2 tygodni 6 wstrzyknięć dożylnych Wismulenu. Przy siódmem wstrzyknięciu po przerwie 11-dniowej bezpośrednio po zabiegu stracił przytomność i wśród drgawek i charczenia wkrótce życie zakończył. Wynik sekcji ujemny, kilka wybroczyn pod osierdziem i opłucną, aspiracja treści pokarmowej do tchawicy i oskrzeli, wąska aorta, zaznaczony *status thymolymphaticus.* W drugim przypadku nastąpiła śmierć w 5 minut po pierwszem wstrzyknięciu dożylnem 3 cm^3. Solwitrenu u kobiety z *lues II,* leczonej już kilkakrotnie przez As i Hg. Mimo zabiegów chora wkrótce zmarła wśród omdlenia i oddechów Cheyne-Stokesa. Obdukcja również przyczyny śmierci nie wykazała, tylko *scoliosis,* rozszerzenie prawej komory serca, *status menstrualis* i, obfitą ilość treści pokarmowej w żołądku i nieznaczną nefrosklerozę. Za przyczynę śmierci autor uważa w obu przypadkach *shock,* spowodowany już samym zabiegiem bez względu na użyty środek; otrucie bizmutem wyklucza ze względu na małą dawkę i brak charakterystycznych objawów. W pierwszym przypadku śmierć mogła też nastąpić wskutek anafilaksji. Przy zabiegach należy uwzględniać te stany, które usposabiają do śmierci z wstrząsu a więc: stan trawienia, menstruacji, zapalenia nerek, stan limfatyczny.

Hey. **Haematoma subdurale jako obrażenie sportowe** Młodzieniec 20-letni wkrótce po ukończeniu meczu piłki nożnej, w którym brał udział, odbijając często piłkę, ciężką wskutek deszczu, głową, uczuł bóle głowy i zawroty a wkrótce omdlał i po 2 godzinach zmarł. Sekcja zwłok wykazała jako przyczynę śmierci wylew z pękniętego naczynia krwionośnego pod oponą twardą, wielkości małej dłoni, bez obrażeń zewnętrznych, uszkodzeń kości czaszki i bez obrażenia mózgu u osobnika z dość cienkiemi kośćmi czaszki i miernego stopnia zmianami w sercu. Nie można też wykluczyć w danym przypadku wstrząśnienia mózgu.

Ipsen. **O mechanizmie powstawania złamań w kształcie otworów.** Powstawanie otworów w kształcie lejka przy ranach postrzałowych i urazach kości tłumaczyła szkoła francuska osłabieniem siły pocisku przy przebiciu pierwszej blaszki kości (przy wlocie do czaszki *tabula externa),* Bergmann zaś tem, że w pierwszej blaszce wywołuje otwór tylko sam pocisk, który odrywa drobne cząstki, one zaś powodują, że otwór w drugiej blaszce jest większy. Schuhmacher zgadza się z poprzednio ogłoszonemi wywodami autora, że powstawanie otworów w kształcie lejka w kościach czaszki jest zwykłem zjawiskiem fizycznem przy przebijaniu wszystkich ciał elastycznych. Autor tłumaczy to zjawisko na podstawie składania sił, że tak jak woda z wodociągu, gazy z rury pocisku, para z lokomotywy rozchodzą się w kształcie stożka, tak i uraz przenosi się w tym kształcie przez cząstki elastyczne n. p. kości, szkła i t. d. i powoduje otwór w kształcie lejka.

Kratter. **O zdolności działania śmiertelnie zranionych.** Autor podaje liczne przypadki, w których osobniki z śmiertelnemi ranami wykonały szereg skomplikowanych czynności, odbyły daleką drogę, itd. Do bezwzględnie śmiertelnych ran zalicza ciężkie obrażenia czaszki i serca; z obrażeń czaszki wykluczone są czynności świadome przy wstrząśnieniu mózgu, przy zniszczeniu rdzenia, znacznem zmiażdżeniu mózgu lub kory mózgowej, natomiast możliwe są przy podwyższeniu ciśnienia wśródczaszkowego. Co do obrażeń serca, to autor zgadza się z Geringerem, że rany kłute serca nie wykluczają możliwości działania, rany komory lewej są cięższe niż prawej, rany systemu przedsionkowo-komorowego powodują śmierć natychmiastową. Rany postrzałowe serca według autora wykluczają działanie świadome.

Lochte. **Wykrycie sprawcy przez nadpalone kawałki gazety wyjęte z pieca. (Zamach przez rzucenie bomby).** Przy pomocy strzępków niedopalonej gazety, znalezionych w piecu podejrzanego sprawcy, zgadzających się z kawałkami gazety, zawartemi w bombie, udało się z całą pewnością wykryć sprawcę zamachu.

Merkel. **Znaczenie rodzaju śmierci dla rozkładu zwłok przez gąsienice.** Delikatna skóra noworodków, skóra rozmiękła wskutek deszczów, szczególnie zaś okolica ust, nosa i oczu jest najlepszem podłożem rozwoju dla gąsieniczek much. Szerokie ziejące rany, tak jak w opisanym przez autora przypadku, ułatwiają znacznie osiedlenie i rozwój gąsieniczek, które z tych ran niszczą sąsiednie narządy wewnętrzne.

Raestrup. **Ocena próby płucnej.** Przy poprzecznem pęknięciu przedniej ściany macicy u kobiety 20-letniej spowodowanem przez płaską, krzywiczą, częściowo lejkowatą miednicę stwierdzono przy sekcji matki, która zmarła bez pomocy lekarskiej, w jej jamie brzusznej płód, który, mimo, iż nie był wykonywany żaden zabieg lekarski mogący wprowadzić powietrze do jamy macicy, miał nietylko płuca powietrzne ale i powietrze w żołądku i dwunastnicy. Dostanie się powietrza do jamy otrzewnowej tłumaczy autor gwałtownym spadkiem ciśnienia w jamie macicy wskutek jej pęknięcia, wobec czego powietrze, które zwłaszcza u wieloródki (trzeci poród) może się dostać do pochwy, mogło wniknąć do jamy macicy i jamy otrzewnowej. Ponieważ zaś matka wkrótce zmarła w następstwie krwotoku z pękniętej macicy, dziecko dusząc się poczęło oddychać powietrzem zawartem w jamie brzusznej. Wypadek ten jednak nie obniża wartości próby płucnej, gdyż w każdym przypadku należy też uwzględniać okoliczności uboczne.

Nippe. **Niezdolność małżeńska a wypadek.** Autor przyznał 50% niezdolności u niewiasty 22-letniej po zagojonym postrzale ze złamaniem kości udowej i skróceniem nogi, motywując to upośledzoną zdolnością do funkcyj małżeńskich.

Reuter. **Śmierć przypadkowa wskutek upadku z drabiny, czy też naturalna?** Mężczyznę, który wszedł na drabinę celem obcinania gałęzi z drzew, znaleziono po chwili nieprzytomnego, leżącego pod ustawioną drabiną. Wezwany lekarz stwierdził objawy hemiparezy w następstwie apopleksji, nie wykluczając jednak możliwości urazu w głowę wskutek przypadkowego upadku. Denat zmarł w 7 dni potem nie odzyskawszy przytomności. Przy sekcji stwierdził autor bardzo nieznaczny wylew krwawy w prawym mięśniu skroniowym, a w jamie czaszki po stronie lewej, przeważnie w dole środkowym nieco wolnej krwi, oraz obraz *pachymeningitis haemorrhagica interna*, w lewym zaś płacie skroniowym ognisko rozmiękczynowe jako następstwo zaczopowania odgałęzienia *art. fossae Sylvii*, w sercu zaś wyraźną *endocard. verrucosa recens* na zastawkach aorty. Na podstawie więc sekcji autor wykluczył śmierć wskutek urazu w głowę, natomiast przyjął śmierć naturalną w następstwie zatoru; wylew jednak krwawy w mięśniu skroniowym oraz w jamie czaszki uważa za następstwo urazu.

Schlegel. **Morderstwo wdowy W.** W spalonym stosie słomy, znaleziono zwłoki kobiety, których początkowo nie można było zidentyfikować z powodu zwęglenia górnej części ciała i znacznych zmian oparzelinowych. Sekcja, wykonana wówczas, prócz oparzenia innej przyczyny śmierci nieznalazła, choć stwierdziła poprzeczną szczelinę na szyi, którą jednak obducenci odnieśli do zwęglenia, dość znaczną anemję, oraz zbroczenie krwią resztek niedopalonych ubrania, co znowu odnosili do przesiąknięcia płynem z pęcherzy oparzelinowych.

Gdy jednak po miesiącu rozpoznano zwłoki jako wdowy W., padło podejrzenie morderstwa na jej zięcia. Sekcja powtórna zwłok, ekshumowanych w 5 tygodni po śmierci, wykonana przez prof. Kockela, mimo silnego zwęglenia i zmian gnilnych, wykazała znaczną anemję, przesiąknięcie bardzo silne krwią ubrania oraz ranę na szyi, przecinającą krtań; przyczyną więc śmierci było skrwawienie z rany ciętej, niewątpliwie morderczej, zmiany zaś oparzelinowe mogły być pośmiertne.

Strasmann. **Dzieciobójstwo, czy poród uliczny i próby przywrócenia do życia?** Podczas tajnego porodu dziecka nieślubnego matka, jak sama podaje, miała wstać z łóżka a wtedy dziecko wypadło na ziemię ze szpary sromowej. Akuszerka, która wkrótce potem przybyła, stwierdziła, że dziecko jeszcze oddycha i zaczęła stosować energiczne wahania Schulzego, jednak bezskutecznie. Autor na podstawie obrazu sekcyjnego (próba płucna, rozległe złamania kości ciemieniowych, z wylewami krwawemi, zmiażdżenie mózgu) nie skłania się do przyjęcia dzieciobójstwa lecz porodu ulicznego złamania zaś kości mogły być powiększone przez zabiegi akuszerki.

Többen. **Możność wychowywania dorosłych.** Autor wychodzi z założenia, że przez wychowanie można zmienić wrodzone czy nabyte właściwości charakteru człowieka dorosłego, jak to czynią neurolodzy w chorobach nieorganicznych, jak się stosuje w wojsku i w kursach dla dorosłych i podaje kilka przypadków z własnej obserwacji poprawy charakteru więźniów w ciągu długich lat w więzieniu. Do sposobów wychowywania więźniów powinny służyć praktyki religijne, choć nieprzymusowe, nauka, odpowiednia, dobrze dobrana lektura, dbanie o zdrowie fizyczne i praca fizyczna. Bardzo ważne jest indywidualizowanie przestępców, przez dokładne zapoznanie się z nimi, o co powinni się starać duchowni, urzędnicy więzienni oraz częściowo i lekarze. Jedną z najważniejszych metod wychowawczych jest praca, która jednak musi być odpowiednio dobrana. Po wypuszczeniu na wolność każdy więzień powinien dostać odpowiednie zajęcie. Za dobrą metodę wychowawczą autor uważa nieokreślanie długości kary, tylko uzależnienie jej od zachowywania się przestępcy, także tak zwany system progresywny zmniejszania stopniowego kar przestępcom, zależnie od ich zachowania się, stosowane z dobrym wynikiem u przestępców młodocianych.

Ziemke. **O przypadkowem powieszeniu i jego stosunku do zboczeń seksualnych.** Autor podaje liczne przypadki z piśmiennictwa i z własnych spostrzeżeń przypadkowego powieszenia, np. na huśtawce u dzieci, przy gimnastyce na sznurach, przy zesunięciu się z drabiny, dalej przypadki powieszeń aktorów, pokazujących powieszenia, lub ludzi, którzy chcieli badać wrażenia przy powieszeniu, wreszcie przy dawniej stosowanem powieszeniu, jako metody leczniczej w chorobach nerwowych. Są to jednak przypadki, które trudno byłoby uznać jako przypadkowe, gdyby nie okoliczności, które pozwalają wnosić, że wieszanie się było częścią manipulacyj seksualnych u mężczyzn, a tylko przypadek spowodował śmierć; tu należą n. p. przypadki Florschütza, Seitza, Ertla powieszenia mężczyzn zupełnie nagich, przed zwierciadłem po obwiązaniu sobie części płciowych zewnętrznych, by spowodować ich przekrwienie i wzwód członka. W przypadku przez siebie dokładnie zbadanym uznał autor powieszenie 17-letniego młodzieńca, nieokazującego nigdy zamiarów samobójstwa za przypadkowe przy manipulacjach seksualnych, ponieważ u denata stwierdził silne zaciśnięcie pasem brzucha oraz górnej części obu ud, narządy zaś płciowe zewnętrzne znalazł umieszczone w worku, sporządzonym przez denata, po którego stronie wewnętrznej znajdowało się kilka przyschniętych plam nasienia.

Szulisławska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie.

I. Posiedzenie Wydziału w dniu 14 maja 1925.

Przewodniczy: Dr. Opieński. Protokołuje Dr. Bühn. Obecni: Prof. dr. Nowicki, dr. Mosler, dr. Kuhn, Doc. dr. Sabatowski, Doc. dr. Progulski, P. Eljasz, dr. Papée.

1. Uchwalono wyznaczyć jako delegata P. T. H. na I-szy Polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie Dr. Węgrzynowskiego, zaś na Zjazd działaczy sanitarnych Dr. Dolińskiego.

2. Prof. Nowicki porusza a) sprawę wydawnictwa popularnej ludowej bibljoteki higjenicznej wspólnie z firmą wydawniczą »Książnica«;

b) zdaje sprawę z czynności Komitetu redakcyjnego »Bibljoteczki Higjenicznej«, w której ostatnio ukazały się:

Dr. Hilarowicz: »Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach«, Doc. Dr. Progulskiego: »Higjena niemowląt«. W druku jest broszura doc. Koskowskiego: »O nikotynie i nikotynizmie«, a zaraz po niej dra Ruffa »O zniekształceniach ciała«. Sześć innych jest w przygotowaniu.

3. Dr. Opieński przedstawia sprawozdanie sekcji odczytowej i podaje sprawozdanie kasowe z odczytów. Sezon odczytowy zostaje zamknięty 17 maja, wykładem Doc. dr. Demianowskiego pt. »Nerwowość u dzieci«.

W dyskusji podniesiono konieczność energiczniejszej reklamy wykładów w przyszłości, wprowadzania obrazów kinowych. Omówiono też sprawę wykładów dla młodzieży szkolnej.

4. Następnie dokonano ukonstytuowania Wydziału w następującym składzie:

Prezes: dr. Opieński, I. Wiceprezes: Prof. dr. Nowicki, II. Wiceprezes: dr. Kuhn. Wszyscy trzej wybrani przez Walne Zgromadzenie Towarzystwa.

Sekretarzem stałym wybrano Doc. dr. Sabatowskiego, sekretarzem administracyjnym dr. Bühna, skarbnikiem dr. Moslera.

5. Następnie załatwiono sprawę kierownictwa poszczególnych sekcyj:

Sekcja wydawnicza — Prof. dr. Nowicki, alkoholowa — P. Eljasz, walki z rakiem — Prof. dr. Nowicki, wychow. fiz. i sportu — Mj. lek. dr. Dybowski, walki z chorobami wenerycznemi dr. Papée.

6. Uchwalono polecić wybranej komisji zorganizowanie sekcji higjeny ludowej, oraz nawiązać kontakt z Tow. Politechnicznem, celem organizacji sekcji czystości miasta.

7. Wybrano komisję, mającą opracować regulamin »Fundacji im. ś. p. Dr. Leona Krzemickiego«, złożoną z Prof. Nowickiego i Dr. Moslera.

8. Stosownie do prośby lwowskiego Seminarjum Duchownego, podjęli się Prof. dr. Nowicki i Doc. Dr. Sabatowski wygłoszenia dla kleryków 4 wykładów o gruźlicy.

Dr. Bühn, sekretarz.

XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Na VI zjazd internistów polskich, który odbędzie się jednocześnie z XII zjazdem lekarzy i przyrodników (12—16-go lipca) nadesłano w dalszym ciągu (patrz P. G. L. Nr. 25 z dnia 21 czerwca) następujące odczyty:

103. Prof. Rencki (Lwów): W sprawie rozpoznawania i leczenia kamicy żółciowej.
104. Grek (Lwów): Sepsis meningococciica. (Klinika Lwów).
105. Sochański (Lwów): Patogeneza chorób nerek w świetle badań klinicznych.
106. Czeżowska (Lwów): O korelacji wpływów insuliny i florydzyny na przemianę węglowodanową chorych cukrzycowych.
107. Czeżowska, Dobrzański i Tumidajski (Lwów): O stosowaniu Lipjodolu w djagnostyce rentgenologicznej chorych płucnych.
108. Czeżowska i Smoliński (Lwów): O wpływie przegrzewania »Diathermia« na przebieg cukrzycy.
109. Meisels (Lwów): Rentgenologiczny obraz wrzodu dwunastnicy.
110. Meisels (Lwów): Kamica żółciowa w obrazie rentgenowskim.
111. Meisels (Lwów): Pokaz ciekawych rentgenogramów.
112. Meisels Lwów): Sposoby naświetlania nowotworów złośliwych promieniami Roentgena.
113. Stefek (Lwów): Proteinoterapja wrzodów żołądka i dwunastnicy.
114. Tyszka (Lwów): Wpływ odżywiania dwunastnicowego na chemizm żołądka.
115. Smoliński (Lwów): O rzadkiej niemiarowości tętna pod wpływem aktu połykania.
116. Scheuring H. (Lwów): O leczeniu stanów niedokrewności za pomocą przetaczania krwi.
117. Jankowski (Lwów): Stosunek nerwic wegetatywnych do stanów anafilaktoidalnych.
118. Finkiel (Lwów): Praktyczny sposób ilościowego oznaczania azotu niebiałkowego (mocznika) we krwi ludzkiej.
119. Surzycki (Kraków): Kilka uwag i doświadczeń z sfygmomanometrem u chorych i zdrowych.
120. Prof. Latkowski i Siedlecki (Kraków): O przemianie gazowej.
121. Prof. Latkowski i Siedlecki (Kraków): Choroba Gauchera.
122. Czapnicki (Kraków): Chemoterapja zapalenia płuc.
123. Prof Latkowski (Kraków): O badaniu płynu mózgordzeniowego.

Walne zebranie internistów polskich odbędzie się w pierwszym dniu zjazdu ogólnego (12. lipca w niedzielę) w klinice prof. Gluzińskiego przy szpitalu Dzieciątka Jezus (Nowogrodzka 59) punktualnie o godz. 8-ej rano z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie Zarządu i redakcji Archiwum za ubiegłe 2 lata, 2) Wybór Zarządu głównego, redaktora i komisji rewizyjnej, 3) Ustalenie miejsca następnego zjazdu, 4) Ustalenie referatów głównych na zjazd następny, 5) Załatwienie wniosków przedstawionych przez Zarząd główny i członków Towarzystwa. Wnioski członkowskie według statutu winny być zgłoszone na piśmie Zarządowi na dni 14 przed rozpoczęciem Zjazdu.

Przewodniczący sekcji medycyny wewnętrznej
A. Puławski.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 14 stycznia 1925.

Przewodniczący dr. Papée komunikuje, że w dniu 13-go stycznia 1925 podpisano punktacje przedwstępne, dotyczące kupna domu przy ul. Zyblikiewicza 23. Cena kupna wynosi 12.500 dolarów. Na pokrycie tego wydatku jest 2000 dolarów, resztę uzyska się w Banku na weksle, które podpiszą solidarnie wszyscy Członkowie Zarządu Izby. Realność przechodzi na własność Izby z dniem 1 lutego 1925 wraz z wolnem czteropokojowem mieszkaniem, które zajmą biura Izby.

Następnie obradowano nad cennikiem prywatnych pracowni chemicznych i baterjologicznych, którym robią konkurencję pracownie publiczne, w szczególności pracownia Filji Państw. Zakładu higjeny we Lwowie.

Z porządku kontynuowano czytanie Regulaminu Kasy emerytalnej Izby i przyjęto §§ 10 do 14 z tem, że do § 11 zasięgnie się opinji technika asekuracyjnego.

Wreszcie przyznano 5 wdowom po lekarzach zasiłki w ogólnej sumie 230 Zł.

Posiedzenie Zarządu w dniu 21 stycznia 1925.

Rozpatrywano jedną sprawę firmowania przez lekarza zakładu, prowadzonego przez technika dent., jakoteż sprawę partactwa fryzjera. Załatwiono przychylnie prośbę jednego lekarza o wykreślenie z listy członków z powodu zaniechania wykonywania praktyki lek.

Naczelna Izba Lekarska nadesłała odpowiedź na memorjał w sprawie cennika lekarskiego i zmiany art. 21 ustawy o wykonywaniu praktyki lek. N. I. L. nie będzie popierała starań Izby Lwowskiej, podjętych w sprawach powyższych, gdyż cennik, mający służyć tylko w przypadkach spornych, nie będzie przeszkodą do zawierania umów między lekarzem a chorym.

W dyskusji podniesiono stanowisko niezgodne ze stanem faktycznym, jakie zajęły dwa lwowskie dzienniki odnośnie do cennika lekarskiego, ogłoszonego przez Izbę warszawsko-białostocką; omawiano tam mianowicie cennik jako bezwzględnie obowiązujący, nie zaś jako obowiązujący tylko w razie niezawarcia umowy.

Następnie uchwalono brzmienie proponowanej zmiany art. 21. ustawy o wykonywaniu praktyki lek.

Przewodniczący Zarządu Izby zdaje sprawę z przebiegu obrad zgromadzenia około 30 lekarzy w Drohobyczu w sprawie wolnego wyboru lekarza w Kasie chorych. Zebrani lekarze, między niemi także lekarze drohobyckiej Kasy chorych, oświadczyli się na korzyść wolnego wyboru lekarza. Przewodniczący zapewnił zgromadzonych, że Zarząd Izby poprze usiłowania ich o wprowadzenie zasady wolnego wyboru lekarza, o ile wszyscy lekarze, tak kasowi jak i poza Kasą będący, zgodzą się solidarnie na powyższą zasadę, o ile prawa nabyte lekarzy kasowych zostaną w odpowiedni sposób zabezpieczone.

Kontrakt kupna domu przy ul. Zyblikiewicza 23 już podpisano, intabulacji dokonano.

Następnie przeprowadzono debatę w sprawie projektu ubezpieczenia izbowego, nadesłanego Zarządowi Izby przez lekarzy powiatów sanockiego, krośnieńskiego, brzozowskiego i liskiego, a odbiegającego od norm ubezpieczenia uchwalonych na Zebraniu Rady Izby w dniu 2 listopada 1924. Uchwalono zasięgnąć co do projektu opinji technika asekuracyjnego i następnie sprawę przedłożyć najbliższemu Zebraniu Rady Izby.

Wreszcie powzięto uchwały w sprawie dwóch przypadków zatargu lekarzy z pacjentami i w sprawie jednej koncesji na aptekę.

Posiedzenie Zarządu w dniu 4 lutego 1925.

Wzorując się na postępowaniu Izby Adwokackiej uchwalono, że członkowie Izby, którzy będą zalegali z opłatami do Kas ubezpieczeniowych Izby, będą odpowiadać przed Sądem Izby. Komitetowi Kasy chorych i Kasy emerytalnej udzielono upoważnienia do wnoszenia takich skarg.

W sprawie cennika lekarskiego, ustanowionego przez Województwo lwowskie, uchwalono w Polskiej Gazecie Lek. podać do wiadomości, że Rada Izby oświadczyła się przeciw taryfowaniu wymogów lekarskich.

Następnie powzięto uchwały w sprawie zatargów lekarzy między sobą (2), zatargów lekarzy z pacjentami (2), w sprawie partactwa leczniczego (1), udzielono jednemu lekarzowi zapomogę (na wyjazd do Piszczan), wydano opinje w sprawie tymczasowego pozwolenia na wykonywanie praktyki lekarskiej (1), w sprawie honorarjum lekarskiego (2), w sprawie koncesji na aptekę (2).

W końcu Przewodniczący komunikuje, że dom przy ul. Zyblikiewicza 23 Zarząd Izby objął w dniu 1 lutego 1925 w po-

siadanie i że czynsze za mieszkania w sumie około 400 Zł miesięcznie składane będą na ręce dra Moszkowicza.

Posiedzenie Zarządu w dniu 11 lutego 1925.

Przewodniczący zdaje sprawę z obrad posiedzenia Nacz. Izby lekarskiej, w którem wziął udział wspólnie z prof. Nowickim i dr. Zgórskim. Sprawozdanie z tego posiedzenia ogłoszono już w P. Gazecie Lek. Przewodniczący dodaje, że podniesiono opłatę do N. I. L. na 3 Zł 50 gr od jednego członka.

Następnie Przewodniczący, zawiadamia, że na konferencji lekarzy i członków Zarządu Kasy chorych w Drohobyczu, odbytej w Borysławiu w dniu 25 stycznia, lekarze wysunęli różne żądania; między innemi oświadczyli się przeciwko zasadzie wolnego wyboru lekarza (wbrew stanowisku poprzednio zajętemu, p. posiedzenie Zarządu Izby z 21 stycznia 1925). Za Zjeździe lekarzy kasowych, odbytym we Lwowie w dniu 1 lutego 1925, wytoczyli lekarze kasowi zarzuty, że Izba Lekarska narzuca im zasadę wolnego, wyboru lekarza i zmierza do pozbawienia lekarzy kasowych praw nabytych. Projekt pisma wyjaśniającego, które wykazuje mylność powyższych zarzutów, przedłożony przez Przewodniczącego, przyjęto z tem, że ma być wystosowane do Związku lekarzy Kas chorych we Lwowie, a w odpisie przesłane lekarzom drohobyckim — nadto będzie drukowane w P. Gazecie Lek.

Lekarze obwodu sanockiego nieograniczyli się do wniesienia do Zarządu Izby pisma w sprawie ubezpieczeń izbowych (p. posiedzenie Zarządu z 21 stycznia 1925), ale rozesłali do członków Izby druk, zawierający nowy projekt ubezpieczeniowy i prośbę o propagowanie tego projektu.

W dyskusji podniesiono, że tego rodzaju propaganda wobec obowiązującej uchwały Rady Izby jest niewłaściwa i że może zdezorjentować członków Izby ze szkodą dla Kasy emerytalnej Izby. Sprawa będzie przedłożona Radzie Izby.

Sąd lwowskiej Izby Lek. prosi, aby Zarząd, przekazując sprawy Sądowi, formułował doniesienia dyscyplinarne. Uchwalono odpowiedzieć, że Zarząd Izby zazwyczaj niema podstawy do sformułowania oskarżenia, gdyż nie dysponuje organami śledczemi, jakie posiada Sąd Izby.

Następnie rozpatrywano sprawę lekarzy kasowych w Tłumaczu, powzięto uchwały w sprawie zatargu lekarzy między sobą, zatargu lekarza z chorym i w sprawie finansowania zakładu dentystycznego, prowadzonego przez osobę nieukwalifikowaną, nadto wydano opinje w sprawie prywatnego zakładu porodowego, w sprawie koncesji na aptekę (2) i w sprawie dopuszczalności przeniesienia apteki.

W końcu udzielono przewodniczącemu upoważnienia do poczynienia wydatków na konieczne naprawy w nowym lokalu Izby.

Posiedzenie Zarządu w dniu 18 lutego 1925.

Ustalono porządek dzienny Zebrania Rady Izby, które ma się odbyć 29 marca 1925.

Następnie omawiano sprawę projektu ubezpieczeń izbowych lekarzy sanockich i postanowiono opinję technika asekuracyjnego ogłosić w P. Gazecie Lek. Zwołanie wiecu lekarzy w tej sprawie, po myśli żądania lekarzy sanockich, uznano za niedopuszalne, gdyż Zarząd Izby niema do tego uprawnienia.

W końcu odczytano Regulamin Kasy emerytalnej od § 15 do końca i poczyniono liczne zmiany i uzupełnienia.

Posiedzenie Zarządu w dniu 25 lutego 1925.

Przewodniczący zawiadamia, że Nacz. Izba Lekarska zatwierdziła Regulamin Zarządu Lwowskiej I. L. i jeden egzemplarz Regulaminu przesłała Min. spr. wewn.

Imieniem znaczniejszej grupy lekarzy lwowskich zgłosiła się delegacja z 3 lekarzy i przedstawiła projekt zwołania wiecu lekarzy dla omówienia sprawy wolnego wyboru lekarza w Kasach chorych i instytucjach pokrewnych. Po dłuższej dyskusji oznajmiono delegatom, że Izba niema kompetencji do zwołania wiecu lekarzy i że sami inicjatorowie muszą tem się zająć: wyjaśniono stanowisko Izby w tej sprawie i podniesiono, że referent, wybrany przez inicjatorów wiecu, powinien pamiętać o tem, aby lekarzy, którzy już uzyskali w Kasach pewne prawa, praw tych nie pozbawiać, gdyby istotnie zasada wolnego wyboru została przeprowadzona.

Następnie odczytano opinję znawcy asekuracyjnego o projekcie ubezpieczeniowym lekarzy sanockich i postanowiono zażądać uzupełnienia.

Uwzględniając pismo Polsk. Stowarzyszenia Złotego Krzyża we Lwowie o wyjednanie u lekarzy opustu z honorarjów dla członków Stowarzyszenia, uchwalono umieścić stosowny apel do Kolegów w P. Gazecie Lek.

Posiedzenie Zarządu w dniu 7 marca 1925.

Ze względu na to, że Zarząd Izby po raz pierwszy zebrał się w lokalu własnym Izby lekarskiej, Przewodniczący, przedstawiwszy po krótce zabiegi dawnej jeszcze Izby Lek. wschodnio-galicyjskiej o własny dom, podnosi wielką doniosłość faktu nabycia domu, mającego służyć na zabezpieczenie funduszów ubezpieczeniowych Izby, i kończy słowami »Szczęść Boże«!

W debacie, która się następnie rozwinęła, przyjęto, że dom przy ul. Zyblikiewicza 23 jest własnością funduszu pensyjnego (emerytalnego) Izby Lekarskiej, a Zarząd Izby i Kasa chorych Izby są lokatorami funduszu pensyjnego.

W końcu przystąpiono do ponownej rozprawy w sprawie projektu ubezpieczeniowego Kolegów sanockich. Opinję matematyka asekuracyjnego co do projektu przyjęto i przygotowano do druku w P. Gazecie Lek., nadto opracowano dodatek do opinji od Zarządu Izby. Wreszcie powzięto uchwałę, że Radzie Izby należy przedłożyć wniosek o przejście do porządku nad protestem lekarzy sanockich i ich projektem ubezpieczeniowym.

Posiedzenie Zarządu w dniu 14 marca 1925.

Ze względu na to, że przeciwko uchwalonym ubezpieczeniom izbowym wpłynęły dalsze protesty, uchwalono:

a) aby Przewodniczący Izby wraz z Dr. Moszkowiczem wyjechali w dniu 22. marca do Stanisławowa celem omówienia sprawy ubezpieczeń na zgromadzeniu lekarzy które tam się ma odbyć;

b) w dniu 25 marca odbyć w tej sprawie konferencję członków Zarządu Izby z członkami Rady Izby ze Lwowa i delegatami innych miast, położonych w obrębie Izby Lwowskiej;

c) sprawę omówić na posiedzeniu Lwowskiego Tow. lekarskiego w dniu 27 marca.

Zarząd był zdania, że tym sposobem sprawa ubezpieczeń izbowych będzie dostatecznie wyjaśniona w najszerszych kołach lekarskich i będzie dojrzałą do stanowczego i ostatecznego załatwienia przez Radę.

Następnie przeprowadzono trzecie czytanie projektu regulaminu Kasy emerytalnej od § 1 do 21. włącznie.

W końcu powzięto uchwałę co do honorarjum lekarskiego w jednym przypadku i co do nieporozumienia między dwoma członkami Izby, powstałego na tle złamania danego słowa honoru.

Posiedzenie Zarządu w dniu 18 marca 1925.

Ustalono referentów do poszczególnych punktów porządku dziennego Zebrania Rady Izby w dniu 29 marca 1925.

Przygotowano propozycje Zarządu dla Zebrania Rady co do uzupełniających wyborów do Zarządu Izby, jakoteż do Sądu Izby, tudzież propozycje na członków Komitetu wykonawczego Kasy chorych Izby i Kasy emerytalnej Izby. Również uchwalono wniosek co do podwyższenia opłaty izbowej na r. 1925.

Następnie uchwalono ogólne zasady co do rozgraniczenia funkcji kasjera i buchaltera Izby i jakoteż skarbnika Zarządu; postanowiono także przystąpić do opracowania instrukcji w tym przedmiocie.

Dalej powzięto uchwały: w sprawie zarzutów, stawianych pewnemu lekarzowi przez Sąd państwowy, ze względu na podania jego, niezgodne z zeznaniami świadka; w sprawie zaopatrzenia wdowy po lekarzu okręgowym i w sprawie artykułu pewnego tygodnika, którym się czuł dotkniętym jeden z członków Izby.

W końcu przyznano 6 wdowom po lekarzach zapomogi w ogólnej sumie 260 Zł.

Posiedzenie Zarządu w dniu 25 marca 1925.

Przeprowadzono dalszą debatę co do niektórych spraw, będących na porządku Zebrania Rady w dniu 29 marca 1925 tudzież co do strony formalnej zebrania Rady.

Przyjęto do wiadomości doniesienie, że wiec lekarzy w sprawach zawodowych, o którym była mowa na posiedzeniu Zarządu w dniu 25 lutego 1925, odbędzie się w d. 4 kwietnia 1925, we Lwowie i że na porządku obrad będzie: sprawa Lwowskiego Okręgu Związku Lekarzy P. P., nowelizacja ustawy o Kasach chorych i stosunek lekarzy do Kas chorych.

Izba lekarska Lwowska.

Ubezpieczeniowa Kasa chorych.

Zwraca się uwagę wszystkich Kolegów, na omyłkę w Nr. 21. Polskiej Gazety lek. z dnia 24. maja b. r. Ustęp odnośny ma opiewać: W myśl uchwały Rady Izby lekarskiej lwowskiej z dnia 29. marca 1925 oznaczono nieprzekreczalny termin zgłoszenia choroby najpóźniej do dni 30 po zachorowaniu; termin trzymiesięczny odnosi się tylko do zupełnie wyjątkowych przypadków, których uwzględnienie należy do zakresu działania Komitetu Kasy.

Zgłoszenie późniejsze pozbawia ubezpieczonego prawa otrzymania świadczenia za przebytą chorobę.

Andruszewski sekretarz — *Papeé* przewodniczący

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.

Reaktywowanie Okręgu lwowskiego.

W sobotę dnia 27. czerwca odbyło się ogólne zebranie delegatów obwodów Związku lekarzy P.P., znajdujących się na terenie Izby lekarskiej lwowskiej. Po ożywionej dyskusji uchwalono je-

dnomyślnie reaktywowanie Okręgu lwowskiego Związku lekarzy P. P., uzasadniając powyższą uchwałę między innem względami odległości, komunikacyjnemi i znajomością stosunków miejscowych. Uchwała ta ma również znaczenie dla propagandy wpisywania się kolegów do Związku lek. P. P. Do obwodu lwowskiego przystąpiło niespełna 400 lekarzy, a również w obwodach innych liczba nowych członków w ostatnich tygodniach znacznie wzrosła. Co do Kasy pogrzebowej, istniejącej przy Okręgu Krakowskim, uchwalono nienaruszać interesów kolegów do niej należących, a następnie przez odpowiednią delegację zawiadomić w myśl statutu centralny Wydział wykonawczy o reaktywowaniu Okręgu lwowskiego na podstawie uchwały jednomyślnej delegatów obwodów oraz celem omówienia z centr. Wydziałem wykonawczym szeregu formalności, związanych z reaktywowaniem tego Okręgu.

Powołanie do życia Okręgu lwowskiego, przy energicznej pracy Zarządu wybranego na posiedzeniu delegatów przyczyni się niewątpliwie do zwiększenia liczby członków obwodów, do ożywienia ich pracy i czynności na polu obrony dziś tak zagrożonych interesów zawodowych, a dzięki łatwej komunikacji i niewielkich odległości pozwoli na systematyczne zbieranie się delegatów obwodów, na których mogą być wspólnie omawiane sprawy aktualne i podejmowana wspólna jednolita akcja obronna w sprawach ekonomicznych i wogóle zawodowych.

Ustawa sejmowa o felczerach w świetle życia praktycznego.

Ustawą z roku 1921 Sejm Ustawodawczy nadał felczerom prawo samodzielnego wykonywania praktyki lekarskiej, prawo przypisywania recept, ba! nawet zmusza apteki do kopjowania i wydawania sygnatur, jak to się dzieje z receptami lekarzy. W obrębie mej praktyki działa kilku felczerów, to też niejednokrotnie miałem możność zapoznania się bliższego z treścią przypisywanych przez nich »recept«.

Niektóre wywoływały uśmiech politowania pod adresem autorów, niektóre zgrozę na myśl o skutkach dla chorego, a wszystkie świadczyły o zupełnej ignorancji, o braku najelementarniejszych pojęć z dziedziny chemji, farmakologji i dawkowania. Ta, która obecnie leży przedemną, i z której treścią chcę się podzielić z Szanownymi Kolegami i Czytelnikami, jest szczytem wszystkiego. Oto jej dostarczona kopja:

2. V. 25 r.

Plumb. acet. 0,3
Morphii narc. 0,05
Sach. alb. 3,0
Mfp. dtd. N. X.
Mos. Co 3 godziny proszek.
Fr. Pawlikowski.

»Fr« znaczy »felczer« analogicznie do »Dr« »doktór«. Recepta ta została przeznaczona dla chorego z krwotokiem płucnym. Czyli, że chory ten miał w ciągu 30 godzin spożyć 3 gramy octanu ołowiu i ½ grama morfiny, dawki pięciokrotnie wyższe od najwyższych podług farmakopei.

Najniezawodniej krwotokby wtedy zupełnie ustał. Nieszczęściu zapobiegł aptekarz, który sprowadził do dawek homeopatycznych pierwsze dwa z żądanych środków, natomiast zaopatrzył chorego ostatnim środkiem w pełnej dozie. Cóżby zaś było, gdyby recepta taka trafiła do składu aptecznego (w których też nielegalnie fabrykują leki) lub też do rąk niedoświadczonego farmaceuty?

Śledztwa, sprawy sądowe, ale życia ludzkiego toby nie wróciło. Podobno jest projekt, by nadawać prawo praktyki lekarskiej lekarzom dopiero w rok po ukończeniu studjów uniwersyteckich. Młodzi Koledzy, zazdrośćcie p. p. felczerom.

Warka pod Warszawą.

Dr. Józef Kawiecki.

Studjum Wychowania Fizycznego w Uniwersytecie Poznańskim.

W roku akademickim 1925/1926 będą czynne następujące kursy:

1. **Kurs trzyletni pełny**, uprawniający do stopnia »magistra wychowania fizycznego« (nadto zaś, po dwuletniej praktyce, do egzaminu nauczycielskiego dla szkół średnich i seminarjów nauczycielskich). Program ogłoszono w »Wychowaniu fizycznem«, nr. 2. 1925. Wymagana matura gimnazjalna.

2. **Kurs trzyletni uproszczony**, uprawniający do egzaminu nauczycielskiego z wychowania fizycznego, jako przedmiotu dodatkowego (przy jakimkolwiek przedmiocie głównym). Program ogłoszono, jak wyżej. Wymagana matura gimnazjalna.

3. **Kurs dwuletni**, o programie odpowiadającym przepisom, dotyczącym Państwowych Instytutów wychowania fizycznego (Dziennik Urzędowy Min. W. R. i O. P. z 15 listopada r. 1924). Spodziewane uprawnienia, dotyczące tychże Instytutów (po dwuletniej praktyce, prawo przystąpienia do egzaminów naucz. dla szk. śr. i sem. naucz.). Wymagana matura szkoły średniej ogólnokształcącej, lub seminaryjna.

4. **Kursy dokształcające**: wakacyjne (pięciotygodniowe) dla nauczycieli wyszkolonych na kursach najmniej rocznych, oraz b) roczne dla nauczycieli tychże szkół, nieposiadających wymienionego wyszkolenia. Oba rodzaje kursów przygotowują do egzaminów uproszczonych.

5. **Wykłady higjeny szkolnej i zasad wychowania fizycznego** dla kolokwiów, wymaganych przy egzaminach na nauczycieli szkół średnich (tylko w trymestrze jesiennym i zimowym).

6. **Ćwiczenia cielesne dla studentów(ek) wszystkich Wydziałów** (bezpłatne). Gimnastyka, lekka atletyka, gry, szermierka, rytmika, plastyka, tańce narodowe, ćwiczenia harcerskie, pływanie, wiosłowanie.

Dla dopuszczenia do ćwiczeń wymagane: wiek 18—30 lat, dobry stan zdrowia i odpowiednia sprawność fizyczna. Zgłoszenia osobiste i pisemne do Dyrekcji Studjum (Poznań 3, Ogród botaniczny). Nauczyciele szkół publicznych zgłaszają się nadto za pośrednictwem swej władzy przełożonej.

---

† BRONISŁAW PUŁJANOWSKI.

W dniu 11 maja b. r. umarł w Nicei ś. p. Bronisław Pułjanowski, roentgenolog, adjunkt Uniwersytetu i Kierownik Związkowego Zakładu Roentgenologicznego w Warszawie.

Urodzony w r. 1881 w Warszawie ukończył gimnazjum V. i wstąpił na Wydz. Lek. Uniw. Warsz. Na piątym kursie zastała Go rewolucja 1905 roku i walka o polskie szkolnictwo. Zmuszony warunkami wyjechał do Dorpatu, gdzie wkrótce otrzymał dyplom lekarski. Po powrocie do kraju pracował czas jakiś w Szpitalu Ewangielickim w Warszawie, poczem, ulegając pociągowi do chirurgji, wyjechał do Krakowa, do Kliniki prof. Kadera. Po dwóch latach pracy klinicznej został Kierownikiem szpitala w Zagłębiu Dąbrowskiem, utrzymywanego kosztem Warsz. Twa kopalń węgla. Już wtedy interesował się bardzo roentgenologją i przy pomocy materjalnej tegoż Twa zorganizował wzorową naówczas, a jedną z pierwszych w kraju, pracownię roentgenologiczną przy szpitalu. Tej pracy oddawał się z takim zapałem i umiłowaniem, że wkrótce potem znane nam były w Warszawie doskonałe zdjęcia z jego prowincjonalnej pracowni. Niezwykle uprzejmy i miły, oddany chorym i pracy, zjednywał sobie ogromny szacunek oraz uznanie w Zagłębiu. Placówki swojej strzegł podczas wojny i przez 10 lat ani na chwilę nie opuszczał. Dopiero po skończeniu okupacji niemieckiej stanął jako ochotnik do Armji polskiej. Organizowana podówczas przez ś. p. prof. Dmochowskiego Wojskowa Rada Sanitarna, chcąc Jego doświadczenie wyzyskać, zatrzymała Go w Warszawie i z jej to ramienia brał On czynny udział w organizacji pracowni roentgenologicznej w Szpitalu Ujazdowskim dla potrzeb wojska. Z powierzonego sobie zadania wywiązał się wprost znakomicie i po dwóch latach pracy w warunkach wojny postawił pracownię na wysokim poziomie nauki i techniki zarazem. Tutaj prowadził też pierwsze swoje wykłady z zakresu umiłowanej specjalności. Niesądzonem Mu było jednakże pozostać na tem stanowisku czas dłuższy — już w r. 1921 powołał Go Uniwersytet Warszawski w charakterze adjunkta z poleceniem zorganizowania pracowni roentgenologicznej przy klinikach Uniw, w Szpitalu św. Ducha. Na tem stanowisku pozostawał do ostatniej chwili, zwracając zawsze uwagę, co tutaj należy z naciskiem podkreślić, nie na czysto praktyczną, użytkową, ale naukową stronę pracy. Niezależnie od tego był duszą i organizatorem Związkowego Zakładu Roentgenologicznego, który zaopatrywał we wszystkie najnowsze zdobycze nauki i osobiście prowadził.

Od pół roku był chory. Początkowo niezdawał sobie z tego sprawy, a potem — jak zwykle nasza brać lekarska — chorobę lekceważył. Przygasły Mu oczy, zginął ten uśmiech na twarzy, z którym witał serdecznie każdego, kto Jego pomocy lub rady życzliwej potrzebował. Wyjechał na Zjazd do Paryża, i więcej nie wrócił.

Żal wielki człowieka, który zawsze tylko dobrze innym czynił, żal wielki Kolegi, który gdziekolwiek pracował, niósł zawsze wysoko sztandar nauki lekarskiej i etyki swego zawodu.

Cześć Jego pamięci! *F. Kopeć.*

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Uniwesytecka Szkoła pielęgniarek i higjenistek (opiekunek zdrowia) zostanie otwartą w Krakowie prawdopodobnie w jesieni b. r., w specjalnie na ten cel, dzięki ofiarności amerykańskiej fundacji Rockefellera, zbudowanym domu (ul. Kopernika 23). Szkoła jest własnością Uniwersytetu Jagiellońskiego i pozostaje pod Zarządem Kuratorjum, złożonego z profesorów Wydziału lekarskiego. Kurs nauk, tak dla pielęgniarek, jak i dla higjenistek, trwa dwa lata, warunkiem przyjęcia: świadectwo z ukończenia przynajmniej 6-ciu klas gimnazjum humanistycznego lub realnego.

Niepotrzeba chyba podnosić znaczenia i doniosłości tej nowej placówki, dzięki której Kraków i kraj cały zyskują wykwalifikowane pielęgniarki i higjenistki, a kobiety z inteligencji

znajdą, w tym dobrze pojętym zawodzie, wdzięczne pole do pracy i zarobku, tak jak to ma miejsce za granicą. Szkoły takie istnieją już w Warszawie i Poznaniu, gdzie założone zostały w r. 1921 przez Amerykański Czerwony Krzyż, jednak nie są one w stanie wykształcić tak wielkiej liczby pielęgniarek, jakiej wymagają kliniki i szpitale w Polsce.

Uniwersytecka szkoła pielęgniarek jest właściwie wznowieniem Szkoły pielęgniarek, pierwszej w Krakowie a zarazem i w Polsce, założonej w r. 1911 przez Stowarzyszenie PP. Ekonomek i prowadzonej przez lat 10, w której wykształcił się cały zastęp pielęgniarek, które podczas wielkiej wojny oddały wydatne usługi szpitalom wojskowym i cywilnym. Szkoła pielęgniarek, która ma być niebawem otwartą, obejmie zakres nauki daleko szerszy, zastosowany do obecnych wymagań i oparty na doświadczeniach, zdobytych i u nas i za granicą w pielęgnowaniu chorych i w przestrzeganiu zasad higjeny. Rozszerzonym zwłaszcza będzie program nauk dla higjenistek, który obejmuje przygotowanie ich do walki z gruźlicą, opieki nad matką i dzieckiem, higjenę szkolną i przemysłową i t. p. Rękojmią wysokiego poziomu nauki w szkole jest fakt, że prowadzić ją będą profesorowie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu.

Osoby, pragnące się zapisać, zechcą się zgłaszać po bliższe informacje do p. Marji Epstejnówny, ul. Studencka l. 1. III-cie p., codziennie od 2—3, z wyjątkiem niedziel i świąt.

Wilno.

Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego na r. 1925/26 został wybrany prof. dr. Orłowski.

Lwów.

Odsłonięcie popiersia św. p. prof. Włodzimierza Łukasiewicza odbyło się dnia 27. czerwca w tutejszej Klinice dermatologicznej. W uroczystości tej wzięło udział liczne grono profesorów, prymarjuszów, asystentów, młodzieży oraz szereg poważnych osobistości z poza Uniwersytetu i Szpitala. Dr Andruszewski, przewodniczący komitetu, oddając odsłonięty bronzowy dowód czci dla zmarłego władzom uniwersyteckim, skreślił w pięknem przemówieniu postać i zasługi znakomitego profesora, o szeroko zagranicą znanem imieniu, złożył hołd jego pamięci. Następnie przemówił prof. Lenartowicz, następca zmarłego, zaznaczając w gorących słowach, że ten dowód czci będzie stałem wezwaniem i wzorem dla niego i personalu tej kliniki, do naśladowania w pracy gałęzi wiedzy lekarskiej, której prof. Łukasiewicz był zasłużonym przedstawicielem. Popiersie bronzowe, wykonane przez rzeźbiarkę Smolkównę, ustawione jest na podstawie z granitu z odpowiednim napisem. Całość znajduje się w odpowiednio zrobionej nyszy kurytarza naprzeciw głównego wejścia do gmachu kliniki.

Sprostowanie.

W Nr. 22 P. G. L. w artykule Dra J. Tomaszewskiego p. t. »Odczyn 3—4 dioxyphenylalaninowy (dopowy) w wieku dziecięcym«.

Wiersz 9 od góry zamiast: »Groër i Tomaszewski opracowali« — ma być: »Groër, Fritz i Tomaszewski opracowali«*.

W tymże artykule błąd drukarski w nagłówku. Zamiast »Ambulatorjum fizjologicznego« ma być: »Ambulatorjum ftizjologicznego«.

L. 173.

Konkurs.

Zarząd Związku Lekarzy P. P Oddział w Łodzi podaje do wiadomości Kolegów, iż w Łodzi wakują następujące 2 posady:

1. stanowisko ordynatora chirurga w miejskim szpitalu ś . Józefa, oddział chirurgiczny, około 50 łóżek;

Wynagrodzenie miesięczne 250 do 300 złotych w zależności od lat praktyki;

2) stanowisko ordynatora ginekologa w miejskim szpitalu św. Józefa.

Warunki pracy i płacy, jak pod punktem 1-szym.

Stanowiska wskazane są do objęcia z dniem 1. sierpnia b.r. Reflektanci zechcą zgłosić swe kandydatury do dnia 25. lipca r. b. do Zarządu Związku Łódzkiego, ul. Ewangielicka 9

Nr. 29 19. lipca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

J. KĘDZIERSKI, Lwów
W. KOSKOWSKI. Baltimore.

Wpływ histaminy na wydzielanie soku jelitowego i niektóre jego własności.

(Z Zakładu farmakologji doświadczalnej U. J. K. we Lwowie i Laboratorjum farmakologicznego Johns Hopkins Medical School Baltimore).

(Doniesienie tymczasowe).

Istnieje wiele prac doświadczalnych i kazuistycznych, które zajmują się zagadnieniem wydzielania i własności soku jelitowego u człowieka i zwierząt. Mechanizm wydzielania przedstawia jednak jeszcze wiele niejasności szczególnie jeżeli chodzi o proces tworzenia się istotnych składników soku, źródło i miejsce ich powstawania i warunki fizjologiczne ich działania. Wiele też trudności przedstawia wyjaśnienie sposobu działania bodźców fizjologicznych, dzięki którym zarówno woda jak i właściwe składniki soku jelitowego przechodzą do światła jelita w określonych warunkach prawidłowych czynności trawiennych. To samo odnosi się i do bodźców sztucznych, w postaci różnych środków farmakologicznych odznaczających się zdolnością wywierania wpływu na wydzielanie soku jelitowego.

Istnieją różne bodźce, które pobudzają wydzielanie soku. Przedewszystkiem pokarmy i pewne soki trawienne, których wpływ łączy się z bodźcami nerwowemi i chemicznemi. W warunkach doświadczalnych stwierdzono, że i mechaniczne drażnienie błony śluzowej jelita u człowieka, w specjalnych przypadkach przetoki jelitowej, lub u zwierząt z przetoką Thiry-Vella, powoduje również wypływanie soku w następstwie drażnienia. Podobny wpływ posiada drażnienie elektryczne błony śluzowej jelita cienkiego. Istnieją wreszcie substancje chemiczne działające na wydzielanie soku jelitowego i jego jakość wtedy, gdy zetkną się bezpośrednio z błoną śluzową jelita i nakoniec środki, które po wprowadzeniu pozajelitowem do ustroju wywierają wpływ na zachowanie się soku jelitowego. Tym problemem, w związku z działaniem niektórych ciał posiadających duże znaczenie farmakologiczne i fizjologiczne, chcemy się zająć w niniejszym komunikacie. Chodzi nam przedewszystkiem o zwrócenie uwagi na wpływ ciał działających podobnie jak drażnienie układu nerwowego parasympatycznego. Wpływ ten zaznacza się wybitnie w działaniu na wydzielanie soku jelitowego i pewne jego własności.

Do doświadczeń naszych użyliśmy psów z przetoką Thiry-Vella, po jej zupełnem zagojeniu. Ze względu na to, że pewne odcinki jelita cienkiego, jak to wynika z badań Roehmanna u psów i Eulera i Svanberga na świeżych zwłokach ludzkich, przedstawiają różną wartościowość jeśli chodzi o zawartość inwertazy, przeto operacyjnie izolowaliśmy zawsze tę część jelita, która zgodnie u wymienionych badaczy przedstawia największą siłę działania. Jest to górna część jelita czczego. Sok jelitowy zbieraliśmy do wyjałowionych naczyniek i badaliśmy bezpośrednio po zebraniu. Chodziło nam przedewszystkiem o stwierdzenie, które z ciał farmakologicznych działających podobnie do drażnienia układu nerwowego parasympatycznego, posiadają wpływ na wydzielanie soku, a następnie jak przedstawiają się porównawczo niektóre własności soku. Najlepiej zbadanym składnikiem istotnym soku jelitowego jest ferment-inwertaza *), rozszczepiająca cukier trzcinowy na glukozę i lewulozę. Ferment ten obraliśmy przeto jako sprawdzian porównawczy w działaniu użytych przez nas substancji. Sok jelitowy zawierający inwertazę wprowadzaliśmy do 3% roztworu cukru trzcinowego w mieszaninie fosforanu drugo- i pierwszorzędowego Na_2HPO_4 i KH_2PO_4, tak dobranej, by wytworzone środowisko zawierało optimalne stężenie jonów wodorowych. Każdorazowo wprowadzano więc do tego środowiska sok jelitowy w ilości 0,25 ccm dokładnie odmierzonej, dodawano toluolu, celem zapobieżeniu rozwojowi drobnoustrojów, określano wstępnie po odwirowaniu, stopień skręcalności w polarymetrze, a następnie powtórnie po 24 godzinach (dokładnie) trzymania w cieplarce przy 38° C.

W niektórych doświadczeniach badano również amilazę, używając do tego celu metody podanej przez Roberts'a. W metodyce postępowania zachowano wszystkie warunki, tak ważne przy badaniu fermentów. Ilość i fizyczne własności soku jelitowego, ciepłota cieplarki, czas dokładny działania fermentu, odpowiednie stężenie jonów wodorowych w środowisku działania, obecność elektrolitu (amylaza), użycie toluolu etc. były zawsze w tych samych warunkach. Zwrócono też uwagę na to by warunki, w których znajdują się zwierzęta były zbliżone do fizjologicznych. Zachowana była stale ta sama dieta, sok zbierano w 17—18 godzin po ostatniem karmieniu zwierząt.

W doświadczeniach naszych badaliśmy; a) sok wydobywający się samoistnie, b) pod wpływem bodźców mechanicznych, c) pod wpływem ciał farmakologicznych, wprowadzanych podskórnie do ustroju.

a) Niektórzy badacze nie mogli nigdy uzyskać u zwierząt badanych soku jelitowego samoistnie się wydobywającego, inni natomiast zdobywali małe jego ilości bez jakichkolwiekbądź sztucznych bodźców. U dwóch naszych psów udało nam się też uzyskać samoistnie wydzielający się sok.

b) Celem uzyskania soku pod wpływem mechanicznych bodźców wprowadziliśmy do przetoki miękki zgłębnik Nelatona i w ten sposób drażniliśmy błonę śluzową jelita.

c) Dawno już zauważono, (Vella), że wstrzyknięcie podskórne pilokarpiny powoduje wydzielanie soku jelitowego. Potwierdzili to nowsi badacze (Clementi). Myśmy zdołali stwierdzić, że nie tylko pilokarpina, ale i inne substancje działające podobnie do drażnienia układu nerwowego parasympatycznego, powodują wydzielanie soku jelitowego. Pobudza więc wydzielanie muskaryna, fizostygmina, cholina. Wstrzyknięcie podskórne małej dawki pilokarpiny np. 1—2—3 mgr wywoływało u naszych psów skąpe wydzielanie soku jelitowego w ilości 1 ccm na godzinę. Jeżeli jednak wstrzyknąć dużą dawkę n. p. 20 mgr wówczas wydzielanie wzrasta i dojść może do 40 ccm na godzinę. Pilokarpina jest więc substancją działającą na wydzielanie soku jelitowego, podobnie zresztą jak i innych soków trawiennych. Wzrost wartościowości soku jednak, jak to zobaczymy później, nie wzrasta z powiększaniem dawki do tego stopnia jak po histaminie. Wprowadzenie podskórne muskaryny daje wzmożenie ilości soku w jednostce czasu, fizostygmina daje znaczne wydzielanie, zwiększając ilość wypływającego soku niekiedy 17-krotnie w porównaniu do wydzielania samoistnego, jeśli ono istnieje. Również cholina wzmaga wydzielanie. Morfina działając podniecająco na układ nerwowy sympatyczny (Nothnagel) hamuje wydzielanie podobnie jak atropina, porażając zakończenia nerwów parasympatycznych. Najciekawszą jednak substancją, która powoduje wydzielanie soku jelitowego, jest histamina. Ciało to powoduje nie tylko ilościowe wzmożenie się wydzielania ale wpływa na zachowanie się fermentów.

Ważną jest bardzo sprawą jednak przy badaniu własności fermentacyjnych soku jelitowego, wydobywającego się samoistnie, po bodźcach mechanicznych lub pod wpływem działania substancji farmakologicznych zwrócenie uwagi

*) Używamy określenie »inwertaza« ze względu na to, iż ma ono już pewną tradycję, od chwili stworzenia tej nazwy przez E. Fischera. Nowsi autorowie używają terminu »sacharaza« lub »sucraz«.

na własności fizyczne soku. Nowsze badania, wykonane w odpowiednich warunkach, szczególnie Bierry'ego, świadczą o tem że t. zw. »fizjologiczny« — czysty — sok jelitowy nie posiada własności inwertowania cukru trzcinowego. Inwertaza jest endofermentem i w warunkach normalnych nie wydobywa się poza ścianę komórki, w której się znajduje. W doświadczeniach naszych stwierdzaliśmy też istotnie, że w czystym soku jelitowym, wydzielonym samoistnie, po mechanicznem drażnieniu i po bodźcach farmakologicznych, szczególnie zaś po odwirowaniu, własności inwerzyjne soku są bardzo słabe lub nie istnieją zupełnie.

Dla przejrzystości przytaczamy cyfry absolutne z jednego z typowych doświadczeń wykonanych na tym samym psie.

Tablica I.

Inwertaza. Inwerzja obliczona na jedną godzinę. Pierwsze 24 h działania fermentu. 0,25 ccm soku jelitowego roztartego energicznie ze szkłem w 100 cm^3 3%-roztworu sacharozy. PH=6. Dodatek toluolu. Cieplarka 38° C.

1.

Sok wydobywający się samoistnie	Mechaniczne drażnienie	Pilokarpina	Histamina
3' 3"	4' 6"	1 mgr	1 mgr— 3' 9"
		2 mgr — 4' 14"	2 mgr— 5' 8"
		4 mgr — 4' 24"	4 mgr— 6' 21"
		6 mgr — 7' 12"	6 mgr— 10' 11"

2. Porównawcze zestawienie wartości inwersyjnych soku czystego, mętnego i roztartego ze szkłem. Sok otrzymano po wstrzyknięciach podskórnych pilokarpiny i histaminy w ilości 6 mgr. Każdorazowo zebrano 8 cm^3 w czasie 15'.

	Pilokarpina	Histamina
Czysty:	0' 7"	0' –2'9"
Mętny:	3' 17"	9' 30"
Roztarty:	7' 12"	10' 11"

Okazuje się z powyżej przytoczonego zestawienia, że histamina, wzmagając wydzielanie powoduje równocześnie silne wzmożenie zdolności inwerzyjnej soku jelitowego, rosnące wraz z wielkością dawki. Wartości przytoczone świadczą jednocześnie o tem, iż istnieją duże różnice w działaniu zależnie od własności fizycznych soku. Inaczej działa czysty sok, inaczej sok mętny zawierający kłaczki, inaczej też sok roztarty energicznie ze szkłem. Roztarcie energiczne soku wraz ze szkłem powoduje zniszczenie błony komórkowej, naturalnej zapory dla fermentów znajdujących się w komórce i przez to umożliwia wydobycie się fermentów na zewnątrz. W tych warunkach otrzymamy wartości całkiem inne jak przy nienaruszonej ścianie komórkowej. Przez bardzo energiczne roztarcie soku ze szkłem można uwolnić całkowitą ilość fermentu zawartego w komórce (Oppenheimer).

Również dla amilazy stwierdziliśmy, że pod wpływem histaminy wprowadzonej podskórnie następuje wzmożenie czynności amilolitycznej w soku jelitowym. W doświadczeniach nad określaniem siły amilolitycznej soku otrzymanego po drażnieniu mechanicznem i po histaminie, okazuje się, że czas działania amilazy w soku jelitowym, wydzielonym pod wpływem działania histaminy, ulega skróceniu $4^1/_2$-krotnemu. Stężenie amilazy w soku jelitowym badaliśmy za pomocą metody Robertsa, polegającej na określaniu czasu niezbędnego do zniknięcia zabarwienia charakterystycznego, które występuje przy zetknięciu skrobji z jodem (patrz Tabl. II.).

Tablica II. Metoda Robertsa.

Sok po mechanicznem drażnieniu.	Histamina 6 mgr.	
	Sok odwirowany	Sok roztarty ze szkłem
180 minut	188 minut	30
		35
		40 minut.

Czas niezbędny do zniknięcia zabarwienia skrobji na którą działa amilaza soku jelitowego przy zetknięciu z roztworem jodu, odpowiednio przygotowanego, ulega skróceniu z 180 minut do 40 (30—35) wtedy, jeżeli sok jelitowy wydziela się pod wpływem histaminy. Wzmożenie wartości amilolitycznej występuje jednak jedynie w soku roztartym. Sok czysty wzrostu tego nie wykazuje.

Na działanie fermentów w określonem środowisku ma wpływ ilość wolnych jonów wodorowych. Z badań niektórych autorów wiadomo, że dla inwertazy drożdżowej optimum działania leży przy Ph=4.4—4.6 (Soerensen), dla inwertazy otrzymanej z wyciągów błony śluzowej jelita ludzkiego optimum działania wynosi Ph=6—8 (Euler i Svanberg), dla inwertazy zawartej w leukocytach Ph=7.9 (Boissevain), dla inwertazy *Aspergillus niger* Ph=2.5—3.5 (Kanitz), i wreszcie dla inwertazy pneumokoków Ph=7 (Avery i Glenn Cullen). Sok jelitowy psa zebrany z przetoki Thiry Vella w naszych warunkach ma *optimum* swego działania inwerzyjnego przy Ph=6 (5.9). Różnice w działaniu inwertazy przy różnej zawartości jonów wodorowych, a dalej też różnice w *optimum* ciepłoty świadczą nawet o tem, według Eulera, że inwertaza drożdży i soku jelitowego są zupełnie różnemi enzymami.

Następująca tablica przedstawia różnice w działaniu soku jelitowego psa przy różnem stężeniu jonów wodorowych. Sok zebrano po podskórnem wprowadzeniu 4 mgr. histaminy.

Tablica III.

Inwertaza. Środowisko z moderatorów fosforanu drugo i pierwszorzędowego, $Na_2HPO_4+KH_2PO_4$. Inwerzja obliczona na jedną godzinę (pierwsze 24 godzin). Sacharoza 3%. Toluol. Sok roztarty ze szkłem.

	Inwersja na I h.
Ph=4.5 . .	0' 7"
Ph=4.9 . .	3' 16"
Ph=5.9 . .	6' 21"
Ph=7 . .	2' 3"

Jak widać z powyższego zestawienia *optimum* działania dla inwertazy soku jelitowego zebranego pod wpływem podskórnie wprowadzonej histaminy leży przy Ph=6. Przesunięcie środowiska w stronę alkaliczną lub kwaśną zmniejsza znacznie siłę działania fermentu.

* * *

Pod wpływem ciał działających w ustroju podobnie jak drażnienie nerwów należących do układu nerwowego parasympatycznego, następuje wzmożone wydzielanie soku jelitowego. Najsilniej działającem ciałem jest histamina, która powoduje nie tylko ilościowe zwiększenie wydzielonego soku, lecz także wzmaga znacznie działanie inwertazy i amilazy w porównaniu z działaniem tych fermentów w soku jelitowym wydobywającym się samoistnie, pod wpływem bodźców mechanicznych lub pod wpływem działania pewnych ciał farmakologicznych. Wzmożenie tych wartości nie następuje w czystym soku lub bardzo słabo, lecz w soku, w którym morfotyczne elementy zostały zniszczone mechanicznie, co również świadczy o tem, że inwertaza i amilaza są endofermentami. *Optimum* działania dla inwertazy jelita psa leży przy $H^* = 10^{\cdot 6}$. Przy zwiększeniu lub zmniejszeniu stężenia wolnych jonów wodorowych następuje zmniejszenie działania, również i w soku zebranym po histaminie.

Przy wydzielaniu soku jelitowego ciekawe zjawisko przedstawia szybkość, z jaką zaczyna się wydzielanie. Gdy badać wydzielanie soku żołądkowego po podskórnem wprowadzeniu histaminy, można się przekonać, że wydzielanie zaczyna się u ludzi, psów i ptaków po 8—10 minutach. Sok jelitowy u psów zaczyna się wydzielać pod wpływem histaminy już po 1—2 a najwyżej po 3-ch minutach. Różnice te zależą najprawdopodobniej od innego mechanizmu działania bodźca lub odczynu atakowanych przez histaminę środowisk. Działanie histaminy na wydzielanie soku żołądkowego polega na bezpośrednim wpływie na komórki wydzielnicze błony śluzowej żołądka. Mechanizm działania jej na wydzielanie soku jelitowego i jego własności oraz ewentualny związek istniejący pomiędzy zwiększeniem stężenia fermentów a zachowaniem się odsznurowanych komórek nabłonka jelitowego względnie też limfocytów, staną się przedmiotem dalszych badań.

Dr. Zdzisław GORECKI, st. asyst. kliniki. Warszawa.

Przyczynek do spostrzeżeń klinicznych wstrząsu anafilaktycznego.

z II-ej Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warsz. Dyr.: Prof. Dr. A. Gluziński.

Do licznych spostrzeżeń lat ostatnich nad leczeniem preparatami kolloidowemi metali, pragnę dołączyć opis przypadku, spostrzeganego w klinice prof. Gluzińskiego, przypadku, który przedstawia pewne cechy zarówno niepozbawione praktycznej wartości, jak i ciekawe dla teoretycznych rozważań nad mechanizmem i istotą wstrząsu anafilaktycznego.

Przypadek I.: Chory lat 23. J. K., student. (Dz. klin. 131/924/25.), przyjęty dnia 6. XII. 1924 r. podaje, że w dzieciństwie przechodził odrę, szkarlatynę i koklusz; w r. 1913 zapalenie wsierdzia, trwające około czterech miesięcy. W r. 1918 zwichnął staw kolanowy lewy; w r. 1920 powstała u niego przepuklina pachwinowa lewostronna. W tym samym roku przechodził zwichnięcie stawu kolanowego prawego. W maju 1923 miał jednorazowy krwotok płucny, po 25 dniach krew z plwociny znikła, we wrześniu tegoż roku skarżył się na bóle głowy i silne zdenerwowanie. Obecna choroba rozpoczęła się 5. listopada 1924 r. nieżytem oskrzeli, kaszlem i podwyższeniem ciepłoty ciała do 39° C. Częste bicie serca i poty obfite. Przez miesiąc znacznie schudł, stracił apetyt, cierpi na bezsenność. Obecnie pali niewiele, dawniej do 25 papierosów dziennie. Chorób wenerycznych miał nie przechodzić. Sportów używał chętnie i wiele im czasu poświęcał.

W chwili przyjęcia do kliniki chory przedstawia się następująco: budowa kośćca prawidłowa, skóra blada, lekko wilgotna, oddechy do 20 na minutę, ciepłota 38·8° C. W zakresie głowy i szyi wybitniejszych zmian nie stwierdzono. Klatka piersiowa pod względem budowy nie wykazuje nic szczególnego. Nad płucami stwierdzamy stłumienie nad szczytem prawym, tamże wdech pęcherzykowy zaostrzony o przedłużonym wydechu, pozatem granice, wypuk i przysłuch zmian nie wykazują. Serce: granica górna stłumienia 4. żebro na lewo przechodzi na palec linję sutkową, na prawo nie dochodzi do linji środkowej ciała. Uderzenie koniuszkowe w 5. przestworze międzyżebrowym na palec na zewnątrz linji sutkowej lewej, podnoszące, silne. Przysłuchem stwierdza się nad końcem serca szmerek skurczowy, nad mostkiem wyraźniejszy szmer rozkurczowy. Tętno dobrze napięte, nierówne, niemiarowe, 106 na minutę. Jama brzuszna zmian nie wykazuje. Kończyny dolne wykazują zgrubienia i zniekształcenia stawów kolanowych, zwłaszcza prawego.

Badanie moczu wykazuje: barwa ciemno-żółta, odczyn kwaśny c. gat. 1,026, składników chemicznych nieprawidłowych niema; osad nie przedstawia również nic szczególnego. Badanie krwi: Hb. 82 (Sahli), krwinek czerw. 4000000, wskaźnik 1,05. Ciałek białych 7900, leukocytów wielojądrzastych 84% eozynochłonnych 0%, zasadochłonnych 0%, limfocytów 13%, monocytów 3%.

Rozpoznanie: *Endocarditis maligna sub forme insuf. v. v. semilunar. aortae.*

Przebieg: ciepłota stale podwyższona, waha się między 38 a 39° C. Tętno stale nieregularne, waha się między 96 a 115 na minutę, dość dobrze jednak napięte. Chory otrzymuje doustnie Tra Strophanti. 12. XII. Wśródżylne wstrzyknięcie cuprocollargoli fabr. Heydena w ilości 3 ccm., wolno wprowadzone. Brak jakiegokolwiek odczynu. 17. XII. powtórzono zastrzyk cuprocollargoli w ilości 5 ccm. Ciepłota opadła chwilowo do 37,2° C., lecz zaraz podniosła się znowu. 20. XII. zastrzyknięto dożylnie 3 ccm. kolloidalnego złota (Collobiases (Dausse). W minutę po zastrzyku chory wymiotował jeden raz, wystąpił lekki ból w okolicy sutek, oraz jakby »zesztywnienie« kręgosłupa w części dolnej, co niebawem minęło. Popołudniu tegoż dnia ciepłota podniosła się do 39,4° C. 24. XII. Badanie krwi wykazuje: ciałek białych 8600, wielojądrz. 92%, limf. 4%, eozynochł. 3%, monocyt. 1%. Samopoczucie chorego złe, łaknienie podupadłe coraz bardziej, chory blady, ciepłota stale utrzymuje się podwyższona, tętno nieregularne, około 120 na minutę. Chory skarży się na ból gardła; gardło wykazuje zaczerwienienie.

29. XII. wstrzyknąłem choremu dożylnie znowu 2 ccm. złota kolloidalnego tego samego pochodzenia co poprzednio (Collobiases Dausse). Po dokonanym zastrzyku wezwano mię natychmiast do chorego (około 1 minuta po zabiegu). Chory pręży się na łóżku z wyrazem śmiertelnej trwogi i podniecenia, przyczem skarży się na gwałtowne bóle głowy, krzyża (dolna część kręgosłupa) i uczucie gorąca, (Skóra na całem ciele barwy szkarłatnej, tętno 75 na minutę, dobrze wypełnione, oddechy zwolnione, uczucie duszności. Po dalszych dwóch minutach wymioty, niezbyt obfite (zawartość: śluz z resztkami pokarmowemi), kwaśne, gwałtowne kruczenie w brzuchu a po czterech minutach (od chwili dokonania zabiegu) chory oddaje jeden wolny stolec. Nagle chory zaczyna blednąć, naprzód na twarzy, potem na kończynach, wreszcie na tułowiu. Proces blednięcia trwa około 1 do 2 minut, podczas którego to czasu wyczuwam, jak tętno nieco mięknie, przyśpiesza się i dochodzi do 132 na minutę. Chory skarży się na pragnienie, pije nieco herbaty. Wymioty nie pojawiają się, kruczenie w brzuchu nie ustaje, oddechy przyśpieszają się, uczucie duszności znika. Chory skarży się na zimno, opanowuje go depresja psychiczna, płacze, a po dalszych 3 do 4 minutach dostaje bardzo gwałtownych dreszczów, podobnie jak w napadzie zimnicy. W godzinę po zastrzyku ciepłota ciała 41·5° C., opada w ciągu sześciu godzin do 36·6, a w 12 godzin do 35·8° C. Na drugi dzień rano chory osłabiony, ciepłota ciała 36·2° C., popołudniu 37·3° C. Przez cały czas odczynu chory był zupełnie przytomny i mimo zasadniczego schorzenia i osłabienia mięśnia sercowego nie byliśmy zmuszeni do środków podniecających lub nasercowych. Wobec tak gwałtownych i szybko po sobie następujących objawów wstrząsu anafilaktycznego, krwi z palca dla dokonania badań nie zdążono pobrać.

W następnych dniach stan chorego, podobnie jak przed leczeniem, stale ulegał pogorszeniu i dnia 13. I. 1925 r. chory zmarł. Ze względu na rodzinę zmarłego sekcji zaniechano.

Odczyn spostrzegany przez nas w tym przypadku podzielić można na dwa okresy: 1) okres wstępny 2) okres odczynu gorączkowego.

W okresie wstępnym uderzają znowu dwie fazy: faza przewagi napięcia nerwu błędnego i niezwłocznie po niej występująca faza przewagi napięcia nerwu współczulnego. Obraz w obu tych fazach jest tak wyraźny, że możnaby go nazwać niemal klasycznym. Naprzód: rozszerzenie naczyń obwodowych, skórnych całego ciała w stopniu najwyższym, rządko spotykanym, z równoczesnem uczuciem gorąca: zwolnienie akcji serca; głębokie oddechy, również zwolnione; wymioty; wzmożona perystaltyka jelit; oddanie wolnego stolca — poczem następuje w przeciągu 2 do 3 minut zupełna i gwałtowna zmiana: znaczne zwężenie naczyń skóry z uczuciem zimna; przyśpieszenie akcji serca niemal dwukrotnie; przyśpieszenie oddechów; nagłe ustąpienie wymiotów i ustanie perystaltyki jelit.

W okresie gorączkowym: widzimy bardzo silne dreszcze, poczem występuje bardzo szybkie i znaczne podwyższenie ciepłoty ciała, ustępujące względnie szybko i wśród obfitych potów do ciepłoty niższej od prawidłowej.

O okresie wstępnym powiemy później; przedtem zająć się musimy samym odczynem gorączkowym. Odczyn ten występuje bardzo często po zastrzykach, zwłaszcza dożylnych, choć spotykamy go także po zastrzykach wśródmięśniowych lub podskórnych. Wystarczy wspomnieć tu o wstrzykiwaniu ciał białkowych (proteinoterapja), następnie: salwarsanu, srebra, miedzi, siarki, cukru, wapnia, chlorku sodu itd. a nawet i po wodzie destylowanej (patrz prace Jankiewicza, Semerau-Siemianowskiego, Milewskiego, Sabatowskiego. W przypadku naszym zwraca uwagę głównie szybkość odczynu i jego wysokość (w godzinę po zastrzyku 41·5° C.), co zazwyczaj spotyka się rzadziej. (Najczęstszy odczyn występuje w 2—3—4 godziny lub później i dochodzi do 39° C. — 40° C.). Według naszych licznych doświadczeń z preparatami złota Collobiases Dausse, preparat ten należy do środków raczej łagodnie działających. Z przytoczonej historji choroby jednak widzimy, że chory zareagował już po pierwszem wstrzyknięciu złota w tej samej ilości (choć znacznie słabiej), wobec czego nasuwa się pytanie, czy poprzednie wstrzyknięcia kombinowanych metali kolloidalnych (miedź i srebro) nie zadziałały uczulająco i czy one nie przyczyniły się do wystąpienia odczynu, tak gwałtownego?

Na istotę i przyrodę tego odczynu rzucają jednak ciekawe światło spostrzeżenia, poczynione przez nas na drugim chorym, cierpiącym na podobne schorzenie serca, który przybył do kliniki w tym samym czasie, leczony był temi samemi przetworami i w tych samych dawkach, a nawet otrzymywał zastrzyki w tych samych dniach (jedynie ostatni zastrzyk o 1 dzień później), a nawet z tego samego pudełka, co chory poprzedni. Oto w skróceniu jego historja choroby:

Przypadek II. Chory lat 55. G. R. (Dz. klin. 125/1924/25.), przyjęty do kliniki dnia 1. XII. 1924 r. Podaje, że matka i siostra zmarły na schorzenie serca, ojciec na zapalenie płuc. Chory w dzieciństwie i później był zdrów. Przed 1921 r. zapadł na gościec stawowy, w 1922 r. przebył połowicze porażenie prawo-

stronne. Od tego czasu skarży się na bóle w stawach, zwłaszcza kończyn dolnych; porażenie samo nie pozostawiło znacznych śladów. Pół roku później przebył prawostronne zapalenie płuc i opłucnej. Obecna choroba rozpoczęła się z końcem września 1924 r. nieznacznemi dreszczami, bolami w kończynach, ciepłotą między 37 a 38° C., bezsennością, spadkiem wagi ciała. Chory nie pali, nie używa alkoholu, chorób wenerycznych miał nie przechodzić.

W chwili przyjęcia do kliniki chory przedstawia się następująco: Wzrostu średniego, szczupły, budowy kośćca prawidłowej, skóra blada, ciepłota 37·5° C. Oddechy 22 na minutę. W zakresie głowy i szyi zmian niema. Nad płucami wypuk jawny, szmery pęcherzykowe. Serce: uderzenie koniuszkowe w 6. przestworze międzyżebrowym na dwa palce na zewnątrz od linji sutkowej, podnoszące schodzi się ze stłumieniem serca, które sięga ku górze do 4. żebra, na prawo przechodzi nieco za lewy brzeg mostka. Nad końcem serca szmer skurczowy, przenoszący się ku pasze, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany; nad tętnicą główną pierwszy ton nieczysty; tętno równe, dobrze napięte 96 na minutę. Wątroba i śledziona powiększone, przy obmacywaniu bolesne. Kończyny dolne bez zmian. Badanie moczu wykazuje: barwa żółta, odczyn kwaśny c. gat. 1,020 białka 0,04% innych składników patologicznych niema; w osadzie moczu nic patologicznego. Badanie krwi: krwinek 2,550,000 Hb. 48 (Sahli), ciałek białych 11,000, leuk. wielojądrz. obojętnochł. 59%, limf. 33%, monocytów 6%, zasadochł. 1%, eozynochł. 1%. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny, posiew krwi na agarze i buljonie jałowy.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica exacerbata. Sub forma insuff. v. mitralis.*

W przebiegu: stan podgorączkowy do 37·8° C. 12. XII. dożylnie 3 ccm. cuprocollargoli fabr. Heydena, bez odczynu. 17. XII. powtórne wstrzyknięcie 5 ccm. cuprocollargoli, bez odczynu. 20. XII. dożylnie 3 ccm. złota kolloidalnego Collobiases Dausse, bez odczynu. Dnia 30. XII. wstrzyknięto dożylnie powtórnie 2 ccm. kolloidalnego złota. Badanie krwi przed zastrzykiem: ilość leukocytów 7,200: wielojądrz. 57%, jednojądrz. 43%, po zastrzyku w pół godziny ilość leukocytów 6100, wielojądrz. 64%, jednojądrz. 36% Tętno przed zastrzykiem 85 na minutę — w ciągu godziny po zastrzyku stale utrzymuje się na poziomie 86 na minutę. Ciepłota ciała najwyższa w ciągu dnia poprzedniego (co dwie godziny mierzona) 37·2° C., w dniu zastrzyknięcia najwyższa 37·4° C. — 8. I. 1925. Chory co parę dni wykazuje ciepłotę do 37·2° C. Na własne żądanie opuszcza klinikę w stanie pewnej poprawy.

W przypadku tym nie widzieliśmy zatem najmniejszego śladu tego odczynu, który tak dalece opanowywał obraz kliniczny w przypadku I. Nawet szczególne zwrócenie uwagi na zachowanie się krwi, tętna i ciepłoty przed i po zastrzyku nie pozwoliło wykryć wyraźniejszego odczynu hemoklastycznego (tylko nieznaczne zmniejszenie ilości ciałek białych).

Z zestawienia obu tych przypadków wynika, że działanie soli kombinowanych nie musi działać »uczulająco« na późniejsze wprowadzenie dożylne złota kolloidalnego a przynajmniej, samo dla siebie, nie jest jedynie wystarczające do stworzenia wszystkich niezbędnych warunków przy powstawaniu wstrząsu anafilaktycznego po złocie, nawet, gdy te ostatnie zastrzyki następują po sobie w okresie 8 do 10 dni.

Badania klinicystów, zapoczątkowane przez Widala i jego uczniów, dotyczące wstrząsu hemoklastycznego po podaniu doustnem mleka, i podjęte nietylko przez szkołę francuską (Santenoise, Tinel i i.), ale w znacznej mierze przez autorów polskich (Sabatowski, Kmietowicz, Filiński, Sochański, Koskowski i i.), wykazują nietylko zadziwiające podobieństwo wstrząsu hemoklastycznego do wstrząsu anafilaktycznego, ale wydobywają na jaw związek wstrząsu z napięciem układu wegetatywnego) oraz wykazują mnogość podniet, zdolnych wstrząs ten wywołać.

Z tego punktu widzenia przypadek nasz (I) przedstawia szczególnie bogate pole do rozważań, zwłaszcza w okresie wstępnym. Na plan pierwszy w obrazie klinicznym rzuca się w oczy, rzadko w tym stopniu spotykane, zupełne zachwianie równowagi obu składników układu wegetatywnego, przyczem uderza nas sam początek objawów t. j. przewaga napięcia n. błędnego nad współczulnym. Przewaga ta stwierdzana była przez cały szereg badaczy (patrz prace Sochańskiego w P. Arch, med. wewn. t. I. str. 212.). Autor ten opisuje podobny przypadek: »Przed trzema laty obserwowano w klinice niecodzienne zjawisko. Jeden z chorych, cierpiący na podostre zapalenie stawów, a leczony parenteralnem podawaniem mleka, doznał po siódmym z rzędu zastrzyku, typowego wstrząsu anafilaktycznego. Całe zjawisko trwało 25 minut. Duszność, względna do poprzedniego stanu, zwolnienie tętna, gra naczynioruchowa skóry, poty — oto główne objawy, obok innych mniej typowych i bardzo szybko się zmieniających. W dwie godziny po zastrzyku dreszcz, poczem wysoka ciepłota. Wstrząs nastąpił całkiem niespodziewanie. Zastrzyki poprzednie znosił pacjent bardzo dobrze, przerwy między injekcjami były odpowiednie».

Przy bliższej analizie wstępnego okresu w naszym przypadku, powstać może zagadnienie, czy chwiejność układu wegetatywnego wywołaną została przez kolejne porażenia jednego ze składników, czy też przez kolejne podrażnienia drugiego? Pytanie to jest usprawiedliwione, gdyż klinicznie stwierdzaliśmy tylko przewagę kolejną jednego ze ze składników układu wegetatywnego nad drugim. Drugie pytanie jest: czy mieliśmy tu do czynienia z odruchem układu, pobudzonego obwodowo przez narząd, na który wstrzyknięte złoto zadziałało, czy też wprowadzone ciało zadziałało bezpośrednio na ośrodki nerwowe układu wegetatywnego?

Przy dzisiejszym stanie wiedzy nie możemy dać dostatecznej odpowiedzi na powyższe pytania i przytoczyć tu możemy jedynie pewne przypuszczenia.

Przypuszczenie I. Być może, że wprowadzone parenteralnie złoto zadziałało na pierwszy napotkany narząd miąższowy t. j. płuca (ze względu na szybkość odczynu po zastrzyku), których zmieniony chemizm wewnętrzny komórek zadziałał drogą odruchu na układ wegetatywny, drażniąc naprzód włókna n. błędnego, a potem n. współczulnego, bądź też po podrażnieniu, porażając n. błędny, bądź wreszcie drażniąc lub porażając kolejno i nierównomiernie oba omawiane składniki. Być też może, że ta pierwotna przyczyna odruchu układu wegetatywnego, wychodząc z płuc, zostaje później powikłana zmienionym chemizmem komórek i innych narządów, na które zadziałać może bądźto wstrzyknięte ciało, bądźteż wspomniany wpływ nerwowy. W przypadku tym powstają i inne zagadnienia, jak np. dlaczego dotknięcie danego narządu (płuca np.) u jednego chorego zdołało wywołać typowy i gwałtowny wstrząs, a u drugiego chorego nie wykryliśmy ani śladu jakiegokolwiek odczynu?

Przypuszczenie II. Wprowadzone ciało działa na ośrodki nn. błędnego i współczulnego z siłą, zależną od podniety (ciało wprowadzone) i od wrażliwości samych ośrodków. Ze względu na liczne doświadczenia, wykazujące, że najpierw następuje podrażnienie, a po niem dopiero może nastąpić porażenie (nie przeciwnie), sądzićby należało per analogiam, że w naszym przypadku najpierw nastąpiło podrażnienie n. błędnego a następnie jego porażenie, względnie, że w drugiej fazie dopiero współczesne podrażnienie n. współczulnego uzyskuje przewagę. Dalszy rozwój wypadków kierowany byłby skutkami, jakie wywołuje zmiana, względnie odmiana lub wielkość nasilenia procesów chemizmu wewnętrznego komórek narządów, tego chemizmu, którym kieruje znowu układ wegetatywny.

W niniejszym przyczynku nie możemy cytować licznych prac, które przemawiają za lub przeciw powyższym przypuszczeniom, podobnie, jak i całego szeregu szczegółów dotyczących samego odczynu, i omawiających jego powstanie. Mamy tu na myśli zarówno prace doświadczalne, jak i kliniczne, omawiające wpływ gruczołów dokrewnych niektórych środków (narcotica), zmiany chemiczne, serologiczne krwi a przedewszystkiem właściwości jej fizykalno-chemiczne.

Podając powyższy przypadek typowego wstrząsu anafilaktycznego po dożylnem podaniu złota kolloidalnego i podkreślając pewne, szczególnie charakterystyczne a niecodzienne objawy współdziałania w tym odczynie układu wegetatywnego, chcieliśmy zwrócić uwagę na możliwość wstrząsu przy leczeniu powyższemi przetworami.

Dwom sprawom pragnę poświęcić jeszcze słów parę. U chorego naszego, cierpiącego na ciężkie schorzenie serca; o niepomyślnem rokowaniu wystąpił silny i potężny w swych objawach wstrząs anafilaktyczny bez zapadu (collaps). Podkreślamy to dlatego, że spotyka się w literaturze opisy wstrząsu, w których ścisła analiza wykrywa jedynie zapad. Oczywiście zapad w czasie trwania wstrząsu może wystąpić, nie jest jednak integralnym składnikiem shoc'u anafilakty-

cznego, lecz towarzyszy tylko jego ciężkim postaciom. W razie zatem wystąpienia zapadu w tych przypadkach na plan pierwszy, należy szukać jescze innych prawdziwych objawów wstrząsu, jeśli nie chcemy identyfikować zapadu ze wstrząsem anafilaktycznym, jako objawów li tylko zaburzenia równowagi układu wegetatywnego i zaprzeczyć wszelkiej specyficzności naturze zjawiska.

Wreszcie podkreślić chcemy zmianę afektów psychicznych, którym chory nasz podlegał podczas poszczególnych faz wstrząsu, a czynimy to nawiązując nasze spostrzeżenia do cennej pod tym względem pracy H. Sochańskiego (Afekty psychiczne, stosunek ich do układu wegetatywnego i znaczenie w patologji i terapji chorób wewnętrznych. — P. Gaz. lek. nr. 44, 45 i 46. 1924.).

Z praktyki.

Dr. E. MEISELS, kier. prac. rentg. Lwów.
Dr. Franciszka CZOBANÓWNA.

O niezwykłej wrażliwości białych ciałek krwi na promienie roentgenowskie w przypadku ziarniaka złośliwego.

Z kliniki lekarskiej Uniwer. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Rencki.

Zmiany w obrazie krwi, występujące pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena, znane i opisane są już dość dawno. Opisał je pierwszy Heinecke, który jeszcze w r. 1905 zauważył, że najwrażliwszemi na działanie promieni są limfocyty, które już w 2—3 godzin po naświetlaniu ulegają rozpadowi. Wielojądrzaste są mniej wrażliwe, ulegają rozpadowi znacznie później i okres zmniejszania się ich ilości poprzedza zazwyczaj, zwiększenie się ich liczby (*poussée leucocytaire* Aubertain i Beaujard).

Liczba wielojądrzastych kwasochłonnych po początkowym przemijającym spadku ulega zwiększeniu, szczególnie u osób wystawionych na często powtarzane działanie promieni Roentgena.

Zmiany te nie są stałe i zależą od wielkości stosowanych dawek. Na ogół jednak, po naświetlaniu niezbyt wielkiemi dawkami występuje (Siegel) w pierwszych 3-ch dniach zwiększenie się obojętnochłonnych i spadek limfocytów i kwasochłonnych, po 4-ch dniach liczba limfocytów i kwasochłonnych się podnosi przy równoczesnym spadku wielojądrzastych, tak że, występuje względna limfocytoza i eozynofilja przy leukopenji.

Po 6-ciu tygodniach obraz krwi zazwyczaj wraca do stanu prawidłowego. Po większych dawkach początkowa leukocytoza nie występuje tak wyraźnie, okres regeneracji limfocytów jest przedłużony tak, że, równocześnie z leukopenją występuje i limfopenja. Czas powrotu do normy jest wówczas przedłużony. Diagnostyczne badania nie wywołują prawie żadnych zmian w składzie morfologicznym krwi.

Wszystkie te zmiany, po małych, a nawet i średnich dawkach wahają się w dość wąskich granicach a tylko przy naświetlaniu bardzo dużemi dawkami, stosowanemi w dzisiejszej terapji roentg. nowotworów złośliwych, u osób wyniszczonych, można zauważyć większy spadek ciałek białych. Wintz zauważył w swoich przypadkach raków macicy naświetlanych pełną dawką rakową zastosowaną w jednym dniu, spadek ilości ciałek białych najwyżej o 30%.

Były to przypadki z jednej strony bardzo charłacze, a z drugiej strony otrzymały one tę wysoką dawkę w jednem, kilka godzin trwającem naświetlaniu.

W przypadku naszym, którego historję choroby poniżej podajemy, mogliśmy zauważyć spadek ilości ciałek białych o 30% do 2-ch dni, już po bardzo małych dawkach. Stwierdziliśmy u tej chorej regularnie występujący spadek ciałek białych dochodzący nawet do jednej trzeciej pierwotnej ilości już po zwykłem prześwietleniu.

Diagnostyczne prześwietlenie klatki piersiowej przy obciążeniu rury 2 ma. i napięciu około 50 KV. było już wstanie wywołać te bardzo znaczne zmiany w obrazie krwi.

Ponieważ z tak wielką wrażliwością na tak minimalne dawki niespotkaliśmy się dotychczas w literaturze, wobec tego uważamy ogłoszenie naszego przypadku za usprawiedliwione.

Wywiady: Chora K. A., lat 49, dziedzicznie nie obciążona. W dzieciństwie przebyła krzywicę i szkarlatynę, w 34-tym roku życia czerwonkę. Miesiączka od 13 roku życia, prawidłowo; mężatka, 8 porodów, nie roniła. W 1919 r. zachorowała wśród objawów gorączki, wymiotów i biegunki. Po 2-ch tygodniach stan się polepszył, jednak w jakiś czas potem chora zauważyła mały guzek pod pachą prawą. Równocześnie wystąpiły ciągnące bole w barku i ramieniu prawem, które po miesiącu ustąpiły. Guzek bardzo powoli się powiększał. Od wiosny 1921 r. zaczął róść szybko i doszedł do znacznych rozmiarów. Równocześnie chora zauważyła guzy na barku i nad obojczykiem prawym. Czuje się nieco osłabiona, i skarży się na ból w pasze prawej i ramieniu prawem.

Dnia 21. VI. 1921 r. stan chorej następujący: niskiego wzrostu, o podupadłem odżywieniu, bez większych zmian w narządach klatki piersiowej i brzucha. Gruczoły szyjne i karkowe po stronie prawej powiększone, żyły szyjne rozszerzone, dołek nadobojczykowy prawy wypełniony powiększonemi gruczołami. Pod pachą prawą gruczoły bardzo powiększone w postaci dużego pakietu wielkości głowy dziecka. Skóra nad guzem nieco obrzękła, miejscami sinawa przeważnie, z wyjątkiem nielicznych miejsc z guzem niezrośnięta. Spoistość powiększonych gruczołów twarda; przy ucisku nie bolesne. Ciepłota ciała normalna. Mocz bez zmian. Odczyn kiłowy Wassermanna i odczyn Pirqueta ujemne. Krew: C. cz. 4,150,000, Hb. 80%; indeks 0,9; — C. białych 4,600; w tem 75,5%; 10% limfoc. 4% eoz. 9,5% monoc. i przejściowych.

Na podstawie tego obrazu klinicznego rozpoznaliśmy u naszej chorej mięsaka chłonnego gruczołów pachowych i szyjnych strony prawej.(*Lymphosarcoma Kundrati*).Histologiczne badanie skrawka wyciętego z gruczołu pod pachą wykazało typowe utkanie mięsaka chłonnego.

U chorej rozpoczęto naświetlania roentgenowskie. Naświetlano ją aparatem diagnostycznym i zastosowano w jednem naświetleniu dawkę wynoszącą około trzech jednostek Kiemböcka przesączonych przez ½ mm, alum. Naświetlania stosowano prawie co drugi dzień przez miesiąc. Po 10-ciu takich dawkach guz pod pachą zmniejszył się do $^1/_{10}$ pierwotnej objętości; gruczoły szyjne i karkowe zmniejszyły się znacznie tak, że ledwo dawały się wymacać. Badanie cytolog. krwi wykazało skład ten sam, jak przy przybyciu chorej na klinikę. Po miesiącu opuściła chora klinikę w stanie znacznej poprawy. W domu guz zmniejszał się stale, wreszcie znikł prawie zupełnie. Podobnie znikły gruczoły nadobojczykowe. Po miesiącu chora zauważyła wystąpienie 2 drobnych guzków pod pachą lewą, mały guzek pod pachą prawą i w pachwinie lewej, które się powoli powiększały. Wobec czego 11. X. 1921 zgłosiła się chora ponownie do kliniki. Tu stwierdzono pod pachą 2 twarde gruczołki wielkości małego orzecha laskowego, pod pachą lewą gruczołek, podobnie w pachwinie prawej gruczoł wielkości fasoli. Zresztą żadnych zmian patologicznych.

Rozpoznanie to musieliśmy jednak z czasem zmienić. Dalsza obserwacja chorej wykazała, że mieliśmy wówczas do czynienia z pierwszym okresem ziarniniaka złośliwego o niezwykłem umiejscowieniu. Z czasem wystąpiły bowiem u chorej powiększenie wątroby i śledziony,odczyn dwuazowy Ehrlicha w moczu, długo utrzymujące się stany gorączkowe i rozsiane guzki w skórze. Objawy te nie odpowiadające obrazowi chorobowemu mięsaka limfatycznego przemawiają raczej za ziarniniakiem złośliwym. Również i wynik badania histologicznego guzków skórnych wykazujący utkanie charakter. dla późniejszych okresów ziarniniaka złośl.: wielopostaciowe komórki, obfite komórki, o typie komórek nabłonkowatych. niektóre z bardzo dużemi jądrami przypominającemi wyglądem komórki Sternberga, eozynochłonne, leukocyty, włóknikową substancję międzykomórkową, miejscami włóknistą z jądrem odpowiadającem fibroblastom.

Prof. Nowicki sprzeciwił się przyjęciu poprzedniego rozpoznania. Płynne granice w obrazie klinicznym i histologicznym we wczesnych okresach obu schorzeń uniemożliwiało postawienie odpowiedniego rozpoznania już w pierwszym okresie choroby.

Obraz cytologiczny krwi jak poprzednio. Nie gorączkuje. Naświetlono znowu chorą podobnemi dawkami jak poprzednio. Gruczoły wszystkie zmniejszyły się znacznie, tak że przy wyjściu chorej z kliniki po miesiącu leczenia były ledwo macalne. Ten stan trwał aż do października 1923 r. Z wyjątkiem lekkich bolów występujących czasami w dolnej części klatki piersiowej po stronie prawej, nie odczuwała chora żadnych dolegliwości.

W październiku 1923 r. bóle spotęgowały się znacznie, wystąpiła duszność, tak że chora nie mogła leżeć. Dn. 21. IX. 1923 roku zgłosiła się ponownie na klinikę, gdzie badanie wykazało: drobniutkie gruczołki na szyi po stronie prawej wielkości małego grochu, w pasze prawej twardy gruczoł wielkości orzecha laskowego. Klatka piersiowa w dole po prawej wypuklona, przy ucisku znaczna bolesność; drżenie w tem miejscu zniesione. Wypukiem stwierdza się lekkie stłumienie od połowy łopatki

przechodzące w zupełne od kąta. Po stronie lewej wypuk wszędzie jawny. Szmery oddechowe po stronie prawej z tyłu słabną od $1/2$ łopatki, w miejscu stłumienia prawie niesłyszalne. Po lewej lekko zaostrzone. Serce bez zmian. Wątroba wypukiem, palec niżej łuku, w linji środkowej ciała 2 palce niżej wyrostka mieczykowatego. Śledziona nie powiększona. Stan bezgorączkowy. Prześwietlenie roentg. wykazuje: w dolnej połowie prawego pola płucnego gęsty cień, okrągławy, wielkości pięści o gładkich wyraźnych ścianach. Cień ten przylega do tylnej ściany klatki piersiowej i nie daje się od niej w żadnej projekcji oddzielić. Od przepony jest przedzielony jasnym pasem szerokim około 1 cm. Przy oddechaniu porusza się razem ze ścianą klatki piersiowej.

Nakłucie próbne wykonane w miejscu największego stłumienia nie wykazało płynu. Igła natrafia na bardzo znaczny opór; w samej igle kilka kropel brunatnawego płynu, w którym się stwierdza pod drobnowidem obecność licznych limfocytów. We krwi 5,400 c. b. w tem 75% neutrochł. 4% eoz., 18 limf., 11 monoc.

Dn. 30. XI. naświetlono chorą specjalnym aparatem terapeutycznym. Chora otrzymała na klatce piersiowej w miejscu stłumienia dawkę 10 H przesączonych przez 0·5 zynku, i 2 mm alum. W kilka godzin po naświetleniu wystąpiły bóle bardzo silne obejmujące prawe podżebrze i całą prawą stronę klatki piersiowej. Bóle te połączone były z nudnościami i podrażnieniem do wymiotów. Wieczorem wystąpiły dreszcze. Dnia następnego temperatura podwyższona dochodzi popołudniu do 39^0. Bole ustąpiły. Chora czuje się jednak bardzo osłabiona. Okolica prawego podżebrza przy ucisku lekko tkliwa. Badanie płuc wykazuje stan jak poprzednio, badanie krwi przy temper. 38,7^0 wykazuje spądek leukocytów do 4,300, stosunek procentowy c. białych niezmieniony. W następnych 3-ch dniach ciepłota stale podwyższona, silne rozpierające bole po prawej stronie klatki piersiowej. Stłumienie w dolnej połowie klatki piersiowej jak poprzednio. Przysłuchem: w miejscu stłumienia szmery oddechowe o charakterze oskrzelowym i drobniutkie rzężenia. W 4 dni po naświetleniu, prześwietlono chorą i stwierdzono: w miejscu dawnego intenzywnego cienia wielkości pięści, wystąpiło obecnie rozlane zaciemnienie zajmujące dolną $1/3$ cz. prawego pola płucnego. Górna granica tego zaciemnienia przebiega wklęśle, dolna zlewa się z przeponą. Górna granica nie ostra. Mały otorbiony wysięk przyścienny po stronie prawej na wysokości łuski łopatki. Pasemkowate zgęszczenie w dolnej połowie lewego pola płucnego. W następnych dniach stan nieco się polepszył, ciepłota dochodziła do 37^0 ogólne osłabienie, bole mniejsze, wyraźny ból przy ucisku na dolną część klatki piersiowej. Stłumienie mniej intenzywne niż poprzednio, szmery chuchające, drobniutkie rzężenia przy wdechu. Ilość ciałek białych okazuje znaczny spadek do 2,150, przyczem zaznacza się wyraźnie przesunięcie na lewo w formule leukocytów neutrochłonnych, mianowicie na 66% neutrochł. jest 44% segm., 12% pałeczkowatych 10,5% młodych; liczba zaś eozynochł. wzrasta do 11,5%.

11. XII. stan chorej stale się polepsza, ciepłota waha się między 36,8^0—37,6^0, wypuklenie w dolnej części klatki piersiowej po stronie prawej znikło prawie zupełnie, stłumienie znacznie mniejsze, szmery oddechowe w tem miejscu, bardzo osłabione, bez rzężeń, granica słabo ruchoma. Prześwietlenie wykazuje: nie ostre, pasemkowate zaciemnienie w dolnej trzeciej części prawego pola płucnego. Otorbiony wysięk przyścienny wielkości dużej śliwki po stronie prawej na wysokości łuski łopatki.

Prawa przepona słabo ruchoma, wątroba 2 palce niżej łuku, nie dochodzi na dwa palce do pępka, linję środkową ciała przekracza na palec. Śledziona nie powiększona, nie macalna.

Prześwietlenie z dn. 27. XII. wykazuje lekkie rozlane zaciemnienie dolnej połowy pola płucnego, przepona po stronie prawej gorzej ruchoma, kąt przeponowo-żebrowy prawy zaciemniony.

Okrągławy, gęsty cień, wielkości pięści znikł zupełnie. Również znikł cień przyścienny łukowato zarysowany w górnej połowie prawego pola płucnego. We krwi ta sama ilość ciałek białych, przesunięcie na lewo neutrochł. się utrzymuje, eozynochłonnych nieco więcej: 12%.

W dzień, przed opuszczeniem kliniki podnosi się ilość leukocytów do 3,900, przesunięcie na lewo mniej wyraźne, eozynochłonne: 5%.

Przy następnem zgłoszeniu się do kliniki dn. 18. III. 1924 roku, chora skarży się na silny męczący kaszel i podaje, że stan podgorączkowy utrzymywał się stale, a ciepłota dochodziła czasami do 38,6^0. Bole po stronie prawej klatki piersiowej w dole występują od czasu do czasu. Badaniem stwierdza się lekkie wypuklenie i przytłumienie w dolnej części prawej połowy klatki piersiowej. Szmery oddechowe tutaj osłabione. W przebiegu 7-go prawego żebra mały guzek przy ucisku bolesny. Wątroba podobnie, jak przy opuszczeniu kliniki, śledziona nieco powiększona, macalna.

Tego samego dnia wykonane prześwietlenie roentg. wykazuje jedynie zaciemnienie kąta przeponowo-żebrowego i nieco gorszą ruchomość prawej przepony. Poza tem nie można stwierdzić żadnych nieprawidłowych cieni w obrębie pól płucnych.

Następnego dnia wykonane badanie krwi wykazuje:

Ilość ciałek białych 1,600 w tem 23% leuk. { 17% segm. 6% pał.,

14% eozynochł., 22,5% limfocytów i 36,5% monocytów. W 8 dni po prześwietleniu ilość ciałek białych podnosi sie do 4,400,

w tem 75,6% neutr.	67,2% segm.		eozynochł.	4,8%
	6 % pał.		limf.	9,2%
	2,4% mł.		monoc.	10 %.

Chorej wstrzyknięto 3 razy mleko (1 cm^3, $1\frac{1}{2}$ cm^3, 2 cm^3), śródmięśniowo. Ilość ciałek białych wzrasta do 8,000, eozynochłonne spadają do 3,5%, a liczba neutr. wynosi 82%.

Po dłuższej przerwie, 7. IV. prześwietlono chorą ponownie. Prześwietlenie promieniami roentg. trwało około dwóch minut. Badanie krwi przed prześwietleniem dało ilościowy i jakościowy obraz jak przed wstrzyknięciem mleka. Badanie krwi po 2-ch dniach wykazuje spadek leukocytów do 2,300, neutr. 78%, eoz. 4 procent.

Naogół podczas pobytu w klinice chora czuła się dobrze, kaszel ustąpił, ciepłota prawidłowa, zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono innych, jak poprzednio. Dnia 13. IV. opuściła klinikę.

Dnia 10. V. zgłasza się dla skontrolowania do kliniki. Uwzględniając wzmożoną wrażliwość na promienie Roentg. wzięto krew przed prześwietleniem klatki piersiowej i stwierdzono 2,700 c. b., w tem leuk. neutr. 60,8, jednakowoż znaczne przesunięcie na lewo, mianowicie 10,8 seg., 17,6% pał. i 33,2% mł., 6.4 % eoz., 24,8% limf., 7,2% monoc. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje stan jak poprzednio. Badanie krwi wykonane następnego dnia po naświetleniu wykazuje: spadek c. b. do 2,000, leuk., obojęt. 59,2 %, w tem 17,6% segm., 8,4% pał., 33,2% młodych, eozynochł. 8%, limf. 31,2, monoc. 6,8.

Dnia 18. VI. wezwano chorą do kliniki celem dalszej kontroli. Krew naczczo przed prześwietleniem zbadana wykazywała: 2,900 c. b., w tem 64% obojętn, (26% seg., 25 pał. i 13 mł.), 11% eoz., 17% limf. Po dwuminut. prześwietl. Roentg. klatki piersiowej ilość ciałek białych spadła następnego dnia do 1,800, w tem 68% obojętn., lecz zaznaczono większe przesunięcie na lewo: pałecz. 34,8%, eozynochł. spadły do 5,2%.

Znajdujemy więc u tej chorej uczulenie systemu krwionośnego na wpływ promieni Roentg. uwidoczniający się w stale występujących zmianach w ilości i w składzie procentowym już po tak minimalnej dawce, jaką jest zwykłe prześwietlenie roentgenowskie.

Z ogólnej patologji roentg. znanem jest, że niema przyzwyczajenia »zahartowania« tkanek na działanie promieni Roentgena jak n. p. na inne bodźce termiczne, chemiczne lub świetlne. Przeciwnie, odczyn po naświetleniu małemi dawkami, powtarzanemi przez czas dłuższy jest taki sam, jak po jednem silniejszem naświetleniu. Nie można małemi dawkami zmniejszyć wrażliwości tkanek, tak by mogły potem znieść bez uszkodzenia silniejszą dawkę. Z patologji naświetlanej skóry wiemy, że jednokrotne silniejsze naświetlenie tak dalece uszkadza skórę, że po tem już małe dawki mogą wywoływać bardzo poważne zniszczenia. Jest to dobrze w praktyce znanem i dla tego roentgenologowie niechętnie naświetlają miejsce skóry już raz silnie naświetlone.

Z pewnego rodzaju analogicznem zachowaniem się krwi względnie szpiku kostnego spotykamy się u naszej chorej.

U chorej u której, przed tem jednem silniejszem naświetleniem skład krwi był prawie zupełnie prawidłowy, wystąpiły po tem jednem silnem naświetleniu wyżej opisane zmiany wstrząsowe.

Skład krwi w parę tygodni potem poprawił się wprawdzie dość znacznie, ale właściwie do stanu będącego przed naświetlaniem nie wrócił. Leukopenja i przesunięcie na lewo utrzymywały się odtąd stale.

Następne minimalne dawki wywoływały regularnie znaczne uszkodzenie, spadek ilości ciałek białych prawie zwyż o 30% i duże przesunięcie na lewo.

Zmiany te w przeciągu kilku dni ustępowały i skład krwi powracał do stanu stwierdzonego przed dwu minutowem prześwietleniem.

Powstanie tych zmian należy w następujący sposób tłumaczyć. Jednorazowe silne naświetlenie wywołujące nagły rozpad dużych mas nowotworowych spowodowało przedostanie się do obiegu krwi naraz dużych ilości produktów rozpadu białka. Obce białko w obiegu wywołało zmiany ogólne w postaci wstrząsu i trwałe uszkodzenie systemu krwionośnego wyrażające się w uczuleniu na minimalne dawki promieni. Podobnie jak w skórze po jednorazowem silnem naświetleniu dodatkowa mała dawka może wywołać głębokie

owrzodzenie, tak i w tym przypadku późniejsze minimalne dawki powodowały znaczne zmiany w ilości i składzie białych ciałek. Zachodzi tutaj tylko ta różnica, że uszkodzenia wywołane w tkance skórnej niecofają się z powodu trwałych zmian zaszłych w ścianach naczyń, natomiast stan krwi w naszym przypadku szybko się poprawiał. Widocznie szpik kostny był jeszcze w stanie te szkody wyrównywać. Osłabiony wprawdzie, o czem świadczy leukopenja i stałe przesunięcie na lewo, oddziałuje jednak dość dobrze na podniety, czego dowodem jest ilość ciałek białych dochodząca do 8-miu tysięcy po wstrzykiwaniach mleka.

Analogja tych objawów, z objawami anafilaktycznemi jest bliską.

Zadaniem naszej dalszej obserwacji chorej i doświadczalnych badań będzie wykazanie czy rzeczywiście zachodzi tu objaw anafilaksji roentgenowskiej i jakie są przyczyny i warunki jej powstawania. Praktycznie ma ten przypadek to znaczenie, że w przyszłości należy się liczyć z tego rodzaju »anafilaktycznemi« uszkodzeniami roentgenowskiemi, które w podobnych przypadkach uniemożliwić mogą dalsze stosowanie terapji roentgenowskiej.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

O Zakładach bakterjologicznych i niektórych działach Publicznej Służby Zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Z Państwowego Zakładu Higieny. Filja we Lwowie.

Ciąg dalszy.

Poradnie, Sanatorja, Szpitale.

Należyte docenianie społecznego znaczenia szpitali i pokrewnych instytucyj znalazło w Stanach Zjednoczonych również żywy oddźwięk. Przy pomocy całego społeczeństwa nie szczędzącego kosztów i trudów praca w tym kierunku postępuje w szybkiem tempie naprzód. W każdem mniejszem i większem zrzeszeniu ludzkiem spotykamy gotowe i nowo organizujące się instytucje, których zadaniem jest iść z pomocą i radą lekarską choremu.

Szczególniejszym rozwojem i uznaniem cieszą się poradnie gruźlicze i weneryczne.

New York w roku 1921 posiadał 22 miejskich poradni gruźliczych, w których 75 lekarzy zbadało 69.959 osób; w Stanie Massachusetts z 60 poradni gruźliczych korzystało w roku 1922 — 21.692 osób, a każde miasto powyżej 10.000 mieszkańców posiadało własną poradnię; w Buffalo w roku 1923 było 8. gruźliczych poradni miejskich, w Baltimore 6., Detroit 4., Richmond 3., w Stanie Virginia 8.

W zakres działania poradni wchodzi ustalenie rozpoznania choroby, leczenie ambulatoryjne i poucznie chorego, skierowanie odpowiednich przypadków do sanatorjów względnie szpitali i dalsza opieka lekarska po powrocie do domu, następnie wyszukanie dzieci, dla których wskazanem jest uczęszczanie do odpowiednio urządzonych szkół na wolnem powietrzu, w końcu badanie stosunków domowych, opieka i uświadamianie najbliższego otoczenia chorego. Obok poradni znajdują się liczne sanatorja gruźlicze miejskie i stanowe n. p. miasta New York w Otisville (1.055 chorych w r. 1921), 4. sanatorja w Stanie Massachusetts (2.378 chorych w r. 1922), 3. sanatorja w Stanie Virginia i t. d.

Podobnie przedstawia się sprawa z poradniami i szpitalami wenerycznemi. Trzy poradnie w New Yorku w r. 1921 udzieliły pomocy 46.787 razy, 6. poradni w Stanie Maryland przyjęły 5.988 osób, a 44.762 wizyt i z 2. poradni w Richmond w r. 1923 korzystano 3.263 razy.

Obok lekarzy bardzo ważną rolę odgrywają tu zawodowe pielęgniarki. Bardzo wiele kobiet o średniem wykształceniu korzysta z licznych, dobrze zorganizowanych szkół pielęgniarskich i po dwuletnim teoretyczno-praktycznym kursie poświęca się pracy zawodowej. Obecnie tworzą one już poważną grupę pracowników pierwszorzędnej wartości w służbie sanitarnej. Praca pielęgniarki sięga daleko poza obręb szpitala lub poradni. Głównem zadaniem jej jest poznać dokładnie warunki codziennego życia domowego osoby chorej. Każdy świeży przypadek skierowuje ona do lekarza, najbliższą rodzinę odpowiednio uświadamia i poucza, zwraca uwagę na warunki mieszkaniowe, sposób odżywiania i stan zdrowia dzieci. Akcji tej miary tak szeroko rozpowszechnionej (w roku 1921 w New Yorku 119.054 interwencyj domowych w przypadkach gruźlicy) musi się przyznać poważne znaczenie społeczno-higjeniczne.

Co do szpitali przyznam się, że brak mi objektywnego poglądu w tym kierunku, ponieważ zwiedziłem ich niewiele, a wśród tych właśnie największe i najbogatsze instytucje. Z wyjątkiem szpitala zakaźnego Willard Parker Hospital w New Yorku, wszystkie te, które poznałem, składają się z większej lub mniejszej ilości pawilonów rozmieszczonych na rozległych przestrzeniach ogrodowych. Jak już poprzednio wspomniałem, posiadają one własne pracownie dentyst., roentgenologiczne, anatomopatologiczne, chemiczne i bakterjologiczne. Obok nadzwyczajnej czystości nie szczędzi się choremu także przestrzeni i światła. Jako wzór służyć może miejski Szpital Główny (5.000 łóżek) i zakaźny (600 łóżek) w Philadelphii, a niezatarte wspomnienia pozostawiają po sobie urządzenia ambulatorjów i szpitala firmy Ford Motor Company w Detroit, która wyrabiając przy pomocy 125.000 robotników 7.400 samochodów dziennie, w zgiełku tym nie zapomniała o ratowaniu wśród najwygodniejszych warunków zdrowia chorego robotnika i jego rodziny. Podobnie imponujące wrażenie wywiera Szpital marynarki wojennej i szpital wojskowy „The Walter Reed Hospital“ w Washingtonie, gdzie obok warsztatów ortopedycznych i szkół rzemieślniczych dla inwalidów, obok bogatej biblioteki i pięknej czytelni dla ozdrowieńców, przy każdem łóżku chorego ustawiono aparat radjotelefoniczny.

Zaopatrzenie w wodę.

We wszystkich znanych mi miejscowościach z wyjątkiem New Yorku i Baltimore rzeka lub jezioro dostarcza wody do użytku domowego. Bocznem korytem woda dopływa do pierwszego zbiornika. Po zmieszaniu z ałunem i gliną sprowadza się ją do zbiornika osadowego i po kilku dniach, kiedy strąty połączeń białkowych osadzą się na dnie basenu, wpuszcza się ją na tak zwane szybkie filtry piaskowe, skąd po mechanicznem tylko oczyszczeniu przechodzi do ostatniego zbiornika.

Budowa i działanie filtra piaskowego są bardzo proste. Do basenu betonowego o długości i szerokości mniej więcej 10. m, a głębokości 3. m, wypełnionego średnio ziarnistym piaskiem doprowadza się wodę, która po przejściu przez filter odpływa do głównego zbiornika. Ponieważ każdy filter może być czynnym tylko przez 24. godzin i następnie musi być oczyszczonym, ogólna liczba filtrów potrzebnych przy każdej instalacji dochodzi do znacznej wysokości. Filtry mechaniczne znalazły powszechne zastosowanie i tylko w Albany i Washingtonie obok nich używa się także filtrów biologicznych.

Każdą wodę oczyszczoną mechanicznie lub biologicznie poddaje się chlorowaniu przed wpuszczeniem do wodociągu głównego. W stacji chlorowej z szeregu bomb metalowych przedostaje się chlor płynny w ściśle oznaczonych ilościach zapomocą przyrządu zegarowego do małego zbiornika, skąd dopiero woda zachlorowana przelewa się automatycznie do głównego wodociągu w takiej ilości, by 0.1—0.5 części czystego chloru przypadało na 1 miljon części wody.

Budowa, ilość i rozmiary zbiorników i filtrów przewidziane są wszędzie na długi okres czasu.

Jak już wspomniałem wodociągi New Yorku i Baltimore wyjątkowo nie są zasilane wodą rzeczną. Jeden z wodociągów nowojorskich Ridgewood zawiera wodę gruntową, a dla 2. innych Kingsten — Ashokan i Croton, jak również dla wodociągów Baltimore woda dopływa z potoków górskich. Prawdziwie imponujące wrażenie wywiera sposób ujęcia wody dla wodociągów miasta Baltimore w Montebello, a szczególnie dla wodociągu w Kingston-Ashokan, jednego z największych, a może największego w świecie. Z przestrzeni 200 mil kwadratowych wśród gór i lasów wpadają potoki z pasma górskiego Catskill do olbrzymiego zbiornika mogącego pomieścić 800 miljardów m^3 wody. Po przejściu przez stację chlorową wodę tę widzimy nad dolnym zbiornikiem drobno rozpyloną w ogromnej ilości wysoko wybuchających wodotryskach. Sztucznie utleniona przechodzi następnie w główny wodociąg nowojorski.

Pewne pojęcie o ilości wody dostarczanej dziennie i przypadającej na głowę mieszkańca wytworzyć sobie możemy na podstawie następujących dat:

dla New Yorku wodociąg Kingston-Ashokan dostarcza	1,800.000 m^3	t. j. na głowę 400 ltr
dla New Yorkn wodociąg Croton i Ridgewood dostarcza	1,200.000 m^3	
dla Baltimore wodociąg Montebello dostarcza	400.000 m^3	» 450 »
dla Albany rzeka Hudson dostarcza	80.000 m^3	» 700 »
» Detroit » Detroit »	900.000 m^3	» 800 »
» Washingtonu rzeka Potomak dostarcza	240.000 m^3	» 560 »
dla Richmond rzeka James dostarcza	92.000 m^3	» 480 »

Obok wielkich centrów również i mniejsze miasta posiadają własne wodociągi, a często wodociąg główny biegnący z dalszych odległości zaopatruje po drodze rozliczne miasteczka i farmy.

Woda zawarta w zbiornikach i wodociągach podlega częstej i bardzo dokładnej kontroli. Naturalnie każdy zakład wodociągowy posiada własną pracownię bakterjologiczną i chemiczną. Przepisy

pobierania próbek i wykonywania badań są wydane przez American Public Health Association and American Chemical Society, które jako wzorcowe znalazły ogólne zastosowanie. Do ilościowego oznaczenia drobnoustrojów używa się płytek żelatynowych i agarowych, jakościowe zaś badanie polega na próbie fermentacyjnej z pożywką zawierającą cukier mlekowy. Jeśli badanie wykaże fermentację dodatnią i obecność prątków bez zarodników, ścinających mleko, wytwarzających indol, a nie rozpuszczających żelatyny, przyjmuje się, iż wykryte drobnoustroje należą do grupy prątków okrężnicy. Próba Eijkmana jest nieznaną.

Liczba próbek pobranych do bakterjologicznego badania wynosiła:

w r. 1921	w	New Yorku	16.000
» 1923	w	Baltimore	1.929
» 1923	w	Buffalo	1.232
» 1923	w	Philadelphii	1.555
» 1923	w	Albany	821
» 1923	w	Richmond	2.693
» 1923	w	Washingtonie	36.500
» 1923	w	Stanie Virginia	3.627
» 1922	w	» Massachusetts	6.235
» 1920	w	» Maryland	2.039

Po chlorowaniu ilość drobnoustrojów zmniejsza się wielokrotnie i waha się w granicach 9—20 w 1 cm³, przyczem badanie na obecność prątka okrężnicy wypada stale ujemnie.

Woda wodociągowa odpowiada więc wszędzie wymogom higjeny. Zauważyćby można tylko,iż w porze letniej jest nieco za ciepłą do picia. Dla usunięcia tej wady oziębia się ją sztucznie wstawiając odpowiedni zbiornik szklany lub metalowy w puszkę wypełnioną lodem. Urządzenia tego rodzaju spotyka się w każdej restauracji, urzędach, na dworcach kolejowych, w każdym wagonie kolejowym, przyczem obok zawieszony jest przyrząd automatyczny, z którego po naciśnięciu sprężyny wypada wyjałowiony kubek kartonowy do jednorazowego użytku.

Ilościowo woda wodociągowa wystarcza każdemu w nadmiarze na codzienną kąpiel, na utrzymanie w czystości mieszkania, wychodków i t. p., a władzom municypalnym na ciągłe polewanie ulic i chodników.

Dostawa i kontrola mleka.

W dziale produkcji, dostawy i kontroli środków spożywczych jedno z pierwszorzędnych miejsc zajmuje kontrola gospodarki mlecznej. Pod względem higjenicznym zasadnicze znaczenie należy przypisać ustawie pozostawiającej całą dostawę mleka jedynie nielicznym koncesjonowanym towarzystwom akcyjnym. Wszelka sprzedaż mleka na targach przez drobnych producentów jest wzbroniona. Wobec ścisłej kontroli każda firma stara się w interesie własnym o jak najlepszy materjał. Kontrola sanitarna sięga bardzo daleko, jest szczegółową i ostrą. Każdy urząd zdrowia posiada osobny oddział z wyszkolonymi inspektorami, których zadaniem jest pobierać próbki mleka począwszy od podoju w farmie do chwili wydania go konsumentowi. Jeśli badanie chemiczne i bakterjologiczne wykaże, że mleko nie odpowiada przepisanym wymogom, usuwa się daną sortę z użytku, a przy częściej powtarzających się niedomaganiach urząd zdrowia odbiera firmie koncesję.

Do codziennego użytku służy przeważnie mleko pasteuryzowane. Nieznaczny tylko procent przypada na świeże mleko tak zwane gwarantowane „Certified Milk“ przeznaczone dla chorych, rekonwalescentów i dzieci.

Pasteuryzowaniu mleka miałem sposobność przypatrzeć się bliżej w jednem z większych przedsiębiorstw nowojorskich (Scheffield Farms Comp.). Około godziny 10. wieczór fabryka rozpoczyna zwózkę mleka, które specjalne pociągi popołudniowe przywożą w ochładzanych wagonach ze wszystkich stron w promieniu kilkudziesięciu mil odległości od miejsca przeznaczenia. Robotnik fabryczny zdejmuje z ciągle dojeżdżających samochodów szczelnie zamknięte konwje blaszane i ustawia jedną po drugiej na taśmie ruchomej prowadzącej do zbiornika, tak zw. mieszalnika umieszczonego w górnej części hali. Z mieszalnika mleko przepływa w rurze miedzianej przez cztery czem raz niżej ustawione kotły kształtu wysokich, szerokich, a płaskich graniastosłupów. Pierwszy z nich jest ogrzany wodą do 62.7° C (145° F), następne zaś do 24° C (75° F). Czas potrzebny na przejście przez cztery kotły ogrzane wynosi jedną godzinę, poczem w dalszym ciągu mleko przepływa rurą przez kociół o ciepłocie 1.7³ C (35° F), oziębia się nagle i wpływa do przyrządów, które automatycznie wypełniają i zatykają wyjałowione flaszki. Robotnik dotyka tylko ręką konwji, wkłada nieczyste flaszki do przyrządu oczyszczającego i sterylizującego, ustawia flaszki wyjałowione na taśmie ruchomej, w końcu flaszki wypełnione i zatkane wkłada do skrzynek z lodem. Wszystko pozatem wykonują przyrządy automatycznie. Praca biegnie bez przerwy od 10. wieczór do 6. rano i w czasie tym dostarcza się odbiorcom 160.000 litr. mleka pasteuryzowanego.

Dostawą świeżego mleka gwarantowanego „Certified Milk“ zajmują się również tylko towarzystwa akcyjne. Jedna z większych farm Walker-Gordon Farm w Princeton N. J. posiadająca 800 krów, badanych dwa razy rocznie na odczyn tuberkulinowy, może służyć jako wzór pedantycznie przestrzeganej czystości stajen, krów i osób zajętych podojem. Farma ta dostarcza dziennie około 10.000 litr. świeżego mleka gwarantowanego.

Pobieranie próbek, jak również chemiczne i bakterjologiczne badanie mleka wykonuje się wszędzie według wzorcowych przepisów podanych przez „American Public Health Association and the Association of Official Agricultural Chemists“. Puszkę z wyjałowionym słoikiem szklanym i pipetą po pobraniu próbki wkłada się do puszki z lodem i przesyła do pracowni. Z każdej próbki przygotowuje się w fizjologicznym rozczynie soli kilka rozcieńczeń i z każdego rozcieńczenia wlewa się oznaczoną ilość do szalki Petriego, poczem dodaje się rozpuszczonego agaru o 45° C. Ilość wvrosłych kolonji z mleka pasteuryzowanego nie powinna przekraczać 10.000, z mleka zaś gwarantowanego 3.000 w 1 cm³.

Liczba próbek mleka badanych bakterjologicznie wynosiła:

w r. 1921	w	New Yorku	44.948
» 1923	w	Buffalo	21.653
» 1923	w	Baltimore	21.134
» 1923	w	Philadelphii	2.946
» 1923	w	Richmond	4.481
» 1922	w	Bostonie	9.126
» 1922	w	Stanie Massachusetts	7.215
» 1922	w	» New York	3.479

Z dat powyższych możemy najłatwiej odtworzyć sobie obraz kontrolnej działalności i opieki władz sanitarnych w zakresie gospodarki mlecznej, może najlepszej obecnie w świecie.

Oczyszczanie ścieków i usuwanie odpadków domowych.

Uprzejmości dyrektora miejskiego Departamentu zdrowia w Baltimore, Dr. C. Hampson Jones zawdzięczam bliższe poznanie techniki oczyszczania miejskich ścieków kanałowych. Z centralnego zbiornika przetłacza się dziennie zapomocą pomp 100 miljonów litrów treści kanałowej do stacji irygacyjnej w Loch-Raven Dam, miejscowości oddalonej cztery mile angielskie od wschodnich granic miasta. Z rurociągu głównego płyn kanałowy dostaje się najpierw do komory, w której na odpowiednio urządzonych kratach zatrzymują się grubsze zawartości. Płyn w dalszym ciągu przepływa przez kilka olbrzymich łączących się ze sobą basenów osadowych. Poniżej nich mieści się bardzo rozległy, lekko obniżający się teren, ujęty w beton, a pokryty 2.5 metrową warstwą grubszego i drobniejszego żwiru. Z ostatniego basenu osadowego ciecz przepływa rurami podziemnemi, które rozgałęziają się na cieńsze przewody zakończone sitkiem wystającem w regularnych odstępach ponad górną powierzchnię filtra. Z 7.000 takich rurek płyn rozpryskuje się dookoła, utlenia się, poczem przefiltrowany przez warstwę żwiru odpływa z najniżej położonej części pola irygacyjnego szerokim kanałem do rzeki. Badania kontrolne wykonywane w własnej pracowni bakterjologicznej wykazują, iż liczba drobnoustrojów wynosząca w 1 cm³ treści kanałowej 3. miljony opada w wodzie odpływającej z pola irygacyjnego do 200—300 tysięcy.

W miastach portowych leżących nad otwartą zatoką jak np. w New Yorku główny kolektor wpuszczony jest w morze w znacznej odległości od lądu.

Sposób usuwania odpadków domowych zwrócił również moją uwagę, mimo a może właśnie dlatego, iż wyjątkowo nie różni się niczem od naszego. Zupełnie tak samo jak u nas szereg koszy lub skrzynek metalowych, z treścią niezbyt sympatyczną dla oka i powonienia, ustawiony w rząd wyczekuje przy każdej bramie śmieciarki automobilowej. Nawet w Washingtonie, „w mieście ogrodów, kwiatów i marmuru białego“, bezsprzecznie najpiękniejszem ze wszystkich miast Stanów Zjednoczonych, używa się narazie tak prymitywnej, a zarazem i niepięknej metody.

Organizacja Służby Zdrowia.

Każdy stan, każde większe miasto posiada własne ustawy sanitarne i własne urzędy zdrowia, których organizacja zasadniczo nie wykazuje jednak większych różnic.

Odpowiedzialne kierownictwo urzędu zdrowia spoczywa w ręku lekarza. W ważniejszych sprawach przydaną mu jest do pomocy rada zdrowia składająca się z kilku członków, wśród których lekarze tworzą większość. Jedno miejsce przypada z reguły inżynierowi sanitarnemu. Personal sanitarny podległy dyrektorowi departamentu zdrowia jest stosunkowo bardzo liczny i tak n. p.:

w New Yorku na	5,927.625	mieszkańców	wynosi	430	osób
w Richmond »	181.044	»	»	50	»
w Stanie Maryland*) »	689.525	»	»	86	»

Urząd zdrowia składa się z poszczególnych oddziałów z fachowymi kierownikami na czele. Z pośród 11 urzędów zdrowia, które poznałem, każdy dzieli się mniej więcej na:

1) oddział epidemjologiczny (walka z chorobami zakaźnemi);

*) nie licząc Baltimore.

2) oddział laboratoryjny (chemiczny, bakterjologiczny);

3) oddział gruźliczy (poradnie, sanatorja, szkoły na wolnem powietrzu, opieka domowa, perjodyczne badanie dzieci szkolnych i nauczycieli);

4) oddział chorób wenerycznych (poradnie, szpitale weneryczne, opieka domowa);

5) oddział szpitalny (administracja szpitali);

6) oddział służby pielęgniarskiej (szkoły pielęgniarskie, służba epidemjologiczna, szpitalna, w poradniach i szkołach);

7) oddział sanitarny (kontrola budowlana, kontrola hoteli, sklepów, zakładów przemysłowych, fryzjerskich, łaźni publicznych i t. p.;

8) oddział inżynierji sanitarnej (dostarczanie i kontrola wody, kanalizacja, czyszczenie miasta, kontrola instalacji wodociągowych, gazowych, elektrycznych, meljoracja gruntów i t. p.;

9) oddział ochrony matki, niemowląt i higjeny dziecka (szkoły położnicze, kontrola położnych, opieka nad rodzącemi, odżywianie dziecka, badanie i leczenie dzieci ubogich, ochrona dzieci bezdomnych);

10) oddział higjeny szkolnej (perjodyczne badanie dzieci szkolnych i nauczycieli, odżywianie, czystość ciała i ubrania, higjena oka, ucha i jamy ustnej, szczepienie ochronne, uświadamianie);

11) oddział kontroli środków spożywczych i leków (badania chemiczne i bakterjologiczne, kontrola aptek, sklepów spożywczych, jadłodajni, targów i t. p.);

12) oddział edukacyjny (odczyty, wykłady, wydawnictwo pouczeń popularnych);

13) oddział statystyczny (statystyka życiowa, biometrja);

14) oddział ogólno-administracyjny.

Dla uzupełnienia wypada poświęcić jeszcze kilka słów sprawie organizacji walki z chorobami zakaźnemi. Każdy lekarz jest obowiązany do 24 godzin donieść urzędowi sanitarnemu o każdym przypadku z podaniem nazwiska, wieku i adresu, gdzie zachodzi rozpoznanie lub podejrzenie następującej choroby zakaźnej: dur brzuszny, rzekomy, plamisty, czerwonka, cholera azjatycka, gruźlica, błonica, płonica, ospa, ospa wieczna, nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, śpiączka, ostre porażenie rdzeniowe, grypa, odra, krztusiec, zimnica, wąglik, nosacizna, botulismus, tężec, wścieklizna, zapalenie płuc, gorączka połogowa, jaglica, śluzoropotok oczu u noworodków, zapalenie ślinianki przyusznej i angina Vincenti.

Podobnie o każdym przypadku z wymienionych chorób zobowiązane są donieść władzy sanitarnej wszystkie szpitale, poradnie, szkoły, hotele, pensjonaty i wszelkie inne zakłady publiczne.

Przypadki weneryczne lekarz zgłasza również nie podając jednak nazwiska chorego. O ile chodzi o pielęgniarkę, służącą, fryzjera, kąpielowego, i t. p. obowiązkiem lekarza jest pouczyć każdego, w którym okresie chorobowym nie wolno mu wykonywać pracy zawodowej. W razie stwierdzenia, iż chory nie stosuje się do poleceń, lekarz przedkłada imienny raport władzy sanitarnej.

Dalsza opieka nad chorym i najbliższem otoczeniem przy ostrych chorobach zakaźnych należy już do publicznej służby zdrowia. Po zgłoszeniu przypadku podejrzanego o chorobę zakaźną, inspektor sanitarny udaje się natychmiast do mieszkania chorego i wydaje potrzebne zarządzenia, które pielęgniarka danego rejonu musi wykonać i przypilnować. Chory więc bez względu na to, czy ma prywatnego ordynarjusza lub nie, pozostaje aż do zupełnego wyzdrowienia pod nadzorem lekarza urzędowego i pielęgniarki. W pierwszym rzędzie chodzi tu o odosobnienie chorego. O ile warunki mieszkaniowe są odpowiadające, można chorego pozostawić w własnem mieszkaniu, a tylko przy ospie i durze plamistym musi się go pomieścić w szpitalu. Przy bramie domu i drzwiach mieszkania chorego przylepia się kartkę ostrzegawczą, a wszystkim współmieszkańcom i sąsiadom rozdziela się drukowane pouczenia. Drugiem zadaniem jest ustalenie djagnozy. W tym celu musi się zawsze wykonać badanie bakterjologiczne przy durze brzusznym, rzekomym, osutkowym, czerwonce, cholerze azjatyckiej, gruźlicy, błonicy, nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, zimnicy, wągliku, nosaciźnie, tężcu, zapaleniu płuc, gorączce połogowej, rzeżączce, wrzodzie miękkim, przymiocie, śluzoropotoku oczu noworodków, anginie Vincenti, a przy ospie próbę Paula na króliku. Równocześnie poszukuje się źródła choroby, poddaje się badaniu wszystkie osoby pozostające w bliższej styczności z chorym, przyczem szczególniejszą uwagę zwraca się na szkoły zwłaszcza przy błonicy, płonicy i durze brzusznym. Badanie bakterjologiczne ozdrowieńca i zdrowych z najbliższego otoczenia na nosicielstwo zarazków jest ściśle przestrzegane.

Pozostaje jeszcze do omówienia sposób wykonywania dezynfekcji. Otóż w czasie choroby odkażaniem chorego, jego naczyń, wydalin i wydzielin zajmuje się pielęgniarka, przyczem obowiązaną jest dbać o czystość pokoju, a szczególnie najbliższego otoczenia łóżka chorego. Bieliznę i pościel zmienia często i oddaje w worku do przeznaczonej na ten cel pralni parowej. Wychodząc z założenia zdobytego długoletnią obserwacją, że dezynfekcja bieżąca ściśle wykonywana jest zupełnie wystarczającą, zaniechano od szeregu lat przeprowadzania dezynfekcji końcowej tak w szpitalach zakaźnych, jak w domach prywatnych. Dezynfektora paro-

TABLICA I. Wykaz zgłoszonych przypadków i zgonów na 100.000 mieszkańców.

	Rok	Liczba mieszkańców	Gruźlica płucna		Dur brzuszny i rzekomy		Czerwonka		Błonica		Płonica		Ospa		Grypa		Odra		Krztusiec		Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	
			Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmar.	Zgł.	Zmarło
New-York miasto	1921	5,731,859	466	89	15·6	2	—	0·2	263	16	235	7	0·5	0·01	—	6·7	135	3	101	6	4·8	3
Baltimore	1923	773.580	191	116	27	4·2	16	5·4	170	11	289	3	0·9	0	620	28	1076	7	401	13	1·9	0·9
Boston	1922	750.000	260	95	15·4	1·4	0·6	0·1	398	19	239	6	0	0	251	8·6	714	6	209	11	3·2	1·4
Buffalo	1923	542.470	156	85	10·3	4	0	0	127	10	231	5	3·8	0	210	8	1023	13	203	8	1·4	0·9
Richmond	1923	181.044	—	112	29	6·1	5	2·8	123	7	132	0·6	10	0	—	29	2374	17	168	37	1·1	0
Massachusetts Stan	1922	3,936.064	—	83	18	2·2	0·3	0·2	226	15	201	3·6	0·05	0	191	14	597	5·4	175	7·6	2·7	1
Virginia Stan	1922	2,372.000	131	116	117	11	1·6	0·3	299	19·5	137	1·9	—	—	—	43	—	1·3	—	8	—	—
Maryland Stan	1920	1,453.105	—	127	73	6·8	16	2·5	182	13	188	2·5	12	0	2237	49	687	6·5	159	9·8	3	—
Stany Zjednoczone	1922	102,828.450	—	92	34	8	6·6	1·9	164	14·3	153	2·1	29	0·8	—	—	254	3·5	—	—	—	—
Londyn (County Con)	1923	4,564.109	—	97	7·6	1	0·4	—	230	13	224	3	0·4	0·02	—	—	—	8	—	—	1·8	1·4
Lwów miasto	1923	235.704	—	375	74	10	18	3·4	29	6	283	14	0	0	—	—	—	—	—	—	10	3·9

wego obecnie prawie się nie używa, a odkażania pokoju zapomocą formaliny zaniechano zupełnie. Cała dezynfekcja końcowa polega na wyszurowaniu podłogi, przewietrzeniu poduszek, kołdry i materaców, a w razie otwartej gruźlicy na nowem wytapetowaniu pokoju. Jedynie przy ospie i durze osutkowym pozostawiono dezynfekcję pokoju zapomocą siarki lub kwasu sinowodorowego. Przewrotowe to stanowisko w naszych warunkach byłoby nierealne, w tamtejszych natomiast na podstawie dłuższego doświadczenia zdobyło sobie moc prawną.

Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

P i e ń k o w s k i Stefan K. **Analiza zaburzeń ruchowych przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu (Encephalitis epidemica lethargica).** Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego — Instytutu popierania nauki. Warszawa 1925. Z X tablicami i 74 rycinami w tekscie, str. 300.

Książka P i e ń k o w s k i e g o jest nieprzeciętnem zjawiskiem w naszem piśmiennictwie. Nie znam w niem bowiem monografji tak obszernej, tak źródłowej, tyle zawierającej cennego materjału obserwacyjnego i tyle wartościowego, głębokiego i twórczego wysiłku. Przytem nielada to temat: opracowywany w setkach prac, omówień pokazowych, w wielu już podręcznikach i w kilku monografjach obcych autorów. Mimo to, dzieło P i e ń k o w s k i e g o musi zająć każdego, najbardziej w materji obznajomionego i doświadczonego. Nietylko dlatego, że daje przegląd wyników badań całego świata lekarskiego. Na każdej niemal stronie spotykamy własne spostrzeżenia autora, zawsze ciekawe, ujęte oryginalnie i z głęboką znajomością przedmiotu, wszędzie znajdujemy usiłowania syntezy, dążność do najobszerniejszego i wielostronnego ujęcia zagadnień. Dlatego uniknął autor tego, co w danych warunkach przy opracowaniu przedmiotu znanego i ciągle omawianego mogło grozić wielu innym, nie dał książki nudnej, ani banalnej.

Ozdobą i jeszcze jednym walorem monografji P i e ń k o w s k i e g o są ryciny, pomimo, że technicznie nie wypadły one zawsze tak, jak wypaść byłyby mogły przy jeszcze większym nakładzie kosztów ze strony wydawnictwa. Nie dają one może zbyt wiele specjaliście, choć powinny się niemi rozkoszować oczy każdego lubownika ikonografji lekarskiej, są natomiast nieocenione dla ogółu lekarzy, którym dają nieraz więcej niż może dać treść, odrazu ich bowiem uczą poglądowo, jak wyglądają dane zaburzenia ruchowe.

Na końcu monografji zamieszczona jest imponująca rozmiarami bibljografja (od str. 267 do str. 300), za którą będą wdzięczni autorowi ci wszyscy, którym ułatwia w ten sposób dostęp do piśmiennictwa. Bibljografja ta jest zarazem dowodem iście kapucyńskiej pracowitości autora, który te prace, jestem tego pewien, nietylko cytuje, lecz czytał naprawdę w przeważnej części w oryginale. Piśmiennictwo tak olbrzymiego terenu nie może być zupełne, mimo najlepszych chęci autora; z powodu niedopatrzeń nie można też robić zarzutów. Z polskich prac nie została uwzględniona praca B a l e y a, która jedna z pierwszych podkreśla skłonność do natręctw, suggestywność chorych i opisuje niektóre ze stanów nyktambulicznych, jako *chorea vesperea, nocturna* i t. p.

Tytuł książki zapowiada analizę zaburzeń ruchowych Znajdujemy jednak także opis zaburzeń snu, wegetatywnych, zmysłowych, czuciowych i psychicznych. Przeważna ich część ma samoistne znaczenie, choć je autor opisuje, jako objawy »towarzyszące zaburzeniom ruchowym«. Zaburzenia ruchowe wpadają w oczy więcej od tamtych, czy jednak one naprawdę są ważniejsze i naczelne? Zaburzeniom wegetatywnym poświęcił autor niewiele miejsca i zna je mniej z własnego doświadczenia. Lekkie, niemal swoiste zaburzenia odżywcze i naczynioruchowe skóry, które autor pomija, są jednak najstalszym objawem przedmiotowym ostrej i parkinsonowskiej fazy. W rozdziale zajmującym się zaburzeniami ruchów dowolnych znajduję doskonałe ustępy, naogół jednak mam wrażenie, że chęć bardzo dokładnego wniknięcia w szczegóły i w rozmaitość form zatarła przejrzystość treści.

Szczegółowem omówieniem książki zajmie się zapewne sprawozdawca w oficjalnem piśmie neurologów. W czasopiśmie przeznaczonem dla ogółu lekarzy poprzestaję na tych luźnych uwagach. Zapalenie nagminne mózgu jest tak częstą chorobą, tyle porywa ofiar i, niestety, porywać je jeszcze będzie przez pewien czas, że jest obowiązkiem każdego lekarza-praktyka zapoznać się z nią. Studjum zaburzeń parkinsonowskich poencefalitycznych jest nieprzebraną skarbnicą dociekań, odsłania nowe horyzonty pojęć o genezie ruchu, sprzężenia się ruchu z psychiką, że zainteresować ono powinno każdego inteligentnego lekarza. O ile książka P i e ń k o w s k i e g o jest przykładem u nas indywidualnej kultury lekarskiej, dowodem kultury w masie lekarzy, będzie jej u nas poczytność. Byłoby wstydem, gdyby nakład tej monografji napisanej pięknym i giętkim, bogatym i pomysłowym językiem zmarnował się w składach Wydawnictwa.

Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego zasłużyło się naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, przysparzając mu dzieło, z którego dumnymi byliby cudzoziemcy.

Praca powstała w Klinice chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego, dając świadectwo bogactwa materjału tej najpiękniejszej naszej kliniki i zasobności środków, któremi ona rozporządza na usługi tych, którzy chcą i umieją z nich korzystać.

K. Orzechowski.

W e n c k e b a c h. **Leczenie migotania serca.** (Entflimmern des Herzens). Ther. d. G. Mai, 1925.

»Nadmierny, a zmienny częstoskurcz serca, przewalające się skurcze na kształt salw (karabinowych), to znów zjawienie się przerw często dość długich, ciągle zmieniający się charakter tonów serca, zupełny rozgardjasz .... czynią wrażenie walki przedśmiertnej serca«.

Tak charakteryzuje autor znane nam *delirium cordis, arhythmia perpetua*, niemiarowość zupełną — zależną, jak wykazali Mackenzie pierwszy, a po nim Cushny, Winterberg i Lewis, od porażenia prawego i lewego przedsionka. Migotanie przedsionków stwierdzamy nietylko jako powikłanie u ludzi dotkniętych schorzeniem serca, lecz i u zdrowych; zły stan mięśnia sercowego widocznie nie jest koniecznym do powstania migotania.

Są to wyjątki. Migotanie stwierdzamy w przeważnej liczbie w daleko rozwiniętej niewyrównanej wadzie zastawki dwudzielnej u wiekowych chorych z miażdżycą i z niewydolnością mięśnia sercowego. Chinina zwalnia bicie serca, zmniejsza jego pobudliwość, więc działa porażająco na powstawanie bodźców, na skurcze dodatkowe *(Extrasystole)*, na częstoskurcz, na trzepotanie i migotanie; chinina nie jest lekiem skrzepiającym mięsień sercowy, nie jest namiastką naparstnicy, lecz lekiem przytłumiającym nadmiernie częstą i nadmiernie silną czynność serca. Lepiej działa pochodna chininy — c h i n i d y n a. Przy rozwiniętej *myokarditis* musi się być ostrożnym chcąc stosować chininę. Niema celu — a może nawet szkodzi, podawanie chininy, tam, gdzie naparstnica nie sprowadziła poprawy, gdyż w tych przypadkach migotanie przedsionków tylko mały posiada udział w ciężkich objawach u chorych; poprawiwszy nawet rytm, nie uzyskamy poprawy, gdyż mięsień sercowy jest zniszczony. Również przypadki długotrwałego migotania ze znacznem rozszerzeniem przedsionka lewego, stanowią przeciwwskazanie; z nastaniem prawidłowego rytmu łatwo nastaje uruchomienie skrzepów w lewym przedsionku i możliwość zatorów, które autor istotnie stwierdził.

Roentgenologicznie stwierdzona znaczna rozstrzeń lewego przedsionka, bardzo znaczne zwężenie zastawki dwudzielnej, zły stan ogólny są przeciwwskazaniami leczenia migotania. Tam, gdzie zmiany serca nie są zbyt rozwinięte, a ciężkie przypadłości zjawiły się dopiero z nastaniem migotania wyniki będą nawet u starych dobre. I nawroty ustępują po ponownem stosowaniu chinidyny. Unikać jej trzeba przy obniżonem ciśnieniu krwi. Przy chorobie Basedowa wystarczą małe dawki długo podawane. W uporczywych często wracających okresach migotania wikłających wady serca jest leczenie chinidyną bez wartości i lepiej zrezygnować z leku »deprymującego«, zaś czynność komór należy utrwalić zapomocą naparstnicy. Przestrzegając tych wskazówek nie miał autor żadnych nieszczęśliwych przypadków. Chory pozostaje w łóżku i kilkomą dawkami najwyżej à 0,25 należy wyson-

dować, teren czy też niema idjosynkrazji. Jeżeli chory znosi te dawki można stosownie do rodzaju przypadku podając cztery razy dziennie po 0,25 dojść do 0,40. Czasem już po 24 godzinach uzyskamy rytm prawidłowy; nieraz jednak dopiero po dziesięciu dniach. Znaczny spadek parcia krwi, znaczne osłabienie — nakazują przerwać podawanie chinidyny.

Autor przytacza przypadek, gdzie uzyskano poprawę sprowadzając trzepotanie, a po zaprzestaniu podawania chinidyny znów zjawiło się migotanie; wsunąwszy 3 dni naparstnicowe, uzyskał w ciągu 24 godzin, podawszy 2 gr chinidyny, zupełnie prawidłowy rytm — chory czuł się jakby nowonarodzony.

Dobry mięsień sercowy, wysokie parcie krwi umożliwiły w tym przypadku podanie 2,5 gr w ciągu 26 godzin.

Tam, gdzie osiągamy tylko zwolnienia czynności serca, zmniejszenie niemiarowości — należy wyrzec się usunięcia migotania, a stosować naparstnicę i przy 70 do 80 uderzeniach liczonych nad sercem, zaprzestać dalszego podawania w tych przypadkach naparstnicy. Podawanie chininy równocześnie z naparstnicą w leczeniu migotania jest nieusprawiedliwione, jednak w innych przypadkach można oba leki stosować równocześnie, jak to dawni lekarze czynili, celem zwolnienia czynności serca i zmniejszenia niemiarowości. Chinina umożliwia podawanie większych dawek naparstnicy.

Fr. Groedel i G. Hubert. **Chinidyna stosowana w przypadkach bloku sercowego, blok sercowy po chinidynie, uwagi z praktyki przy leczeniu chinidyną.** (Osobna odbitka z »Fortschritte d. Therapie Nr. 8, 1925).

Na podstawie przypadku spostrzeganego przez 13 lat, drugiego również kilkanaście lat dokładnie spostrzeganego, jak również i trzeciego przypadku omawiają autorzy, opierając się na licznych elektro-kardjogramach krytycznie sprawę przedsionkowej tachysystolji, rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego usuniętego przy stopniowo częstszych dawkach (1—3 razy dziennie chinidyny po 0,20).

Z pracy tej można wysnuć wnioski, że: przypadki przedsionkowej tachysystolji powstałe z zaburzenia przewodnictwa bodźców względnie z rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego mogą być leczone bez obawy chinidyną. Blok rozwinięty (»czysty«) nie nadaje się do leczenia chinidyną. Autorom zdarzyły się dwa przypadki zgonu. Również zespół Adams-Stockes'a jest przeciwwskazaniem. Na 500 przypadków w których stosowali chinidynę śmiertelność wynosi 2‰ — zaś ledwie 5% korzystnych wyników — inni autorowie donoszą o 15—80% wyników dobrych. Tłumaczą tę sprzeczność tem, że w przypadkach Groedella i Huberta niema takich chorych, u których niemiarowość jest przyczyną niedomogi serca, ani niema przypadków, w którychby naparstnica lub sam spoczynek usunęły przedsionkową tachysystolję, lub gdzieby skurcze dodatkowe ustąpiły pod wpływem przepisów dietetycznych.

Wyłączne leczenie chinidyną uważają za ryzykowne. Zalecają skombinowane leczenie naparstnicowo chinidynowe. (*Digitalis-chinidyna* względnie *Digitalis-koffeina-chinidyna* osobiście stosuję chinidynę w przypadkach migotania — pod warunkami wyżej omówionemi, w ten sposób, że na próbę podaję 0,2 gr a dopiero następnego dnia 2 razy 0,2 ewentualnie jeżeli chory znosi dawkę, następnych dni po 3 razy 0,2 ewentualnie i dawki większe, stosownie do osobniczych własności chorego — przed posiłkiem. Francuzi podają od 2—8 tabletek à 0,2 gr dziennie w ciągu 5—10 dni i łączą potem podawanie naprzemian chinidyny z minimalnemi dawkami 0,0001 gr digitaliny krystalicznej. Niektórzy niemieccy autorowie dochodzą w razie potrzeby stopniowo w ciągu 4—5 dni czasem do 2 gr *pro die*, następnie stopniowo dawkę zmniejszając. Inni zaczynają od 0,2 gr, dnia następnego 2×2, trzeciego 3×2, czwartego 4×2 — zatrzymując kilka dni tę dawkę. W przypadkach, w których niewydolność serca po naparstnicy nie uległa poprawie — nie stosuję chinidyny. — Przypisek sprawozdawcy).

Pisek (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 12. 1925.

Franque. **Leczenie poronienia.**

Kirch. **Rokowanie gruźlicy płuc**

Zanker. **Proteinoterapja w pedjatrji.** Proteinoterapję zastosowano w pedjatrji przy pierwotnej atrofji. Niektórzy autorowie zalecają mleko krowie lub kobiece, surowe lub przegotowane.

Epstein poleca surowicą końską, zaczynając od 0,1 cm³ i dochodzi do siedmiu lub dziesięciu zastrzyków, zwiększając dawkę przy każdorazowem zastrzyknięciu o jedną kreskę.

W kilku przypadkach atrofji udało się osiągnąć dobre wyniki zapomocą stosowania proteinoterapji.

Autor stosował z dobrym skutkiem proteinoterapję przy *blenorrhöea neonatorum* i *gonitis*, w formie zastrzyków mleka (2—3 zastrzyki po 2 cm³ mleka) bez stosowania leczenia miejscowego. Przy pyodermji i septycznych schorzeniach skóry autowakcyna działa energicznie. Dorosłym dzieciom można wstrzyknąć przy ostrym gośćcu stawowym (przy podwyższonej ciepłocie ciała i bólach) 4—5 cm³ świeżego, wyjałowionego mleka krowiego, lub »*Aolanu*«. Po krótkotrwającej fazie podwyższonej ciepłoty ciała, następuje znaczny spadek ciepłoty, oraz zmniejszenie, a nawet zupełne ustąpienie bólów. Przy chorobach skóry, jak *pityriasis rosea*, następuje zupełne wyleczenie przez stosowanie proteinoterapji, także przy długotrwałym przebiegu krupowego zapalenia płuc, duru brzusznego i wrzekomego.

Przy *encephalitis lethargica* wstrzykiwano z dobrym skutkiem rozczyn Pregla dożylnie lub dolędźwiowo (u dorosłych dzieci do 60 cm³).

Przy niedokrwistości ma również proteinoterapja duże znaczenie lecznicze.

Mohr. **Statystyka leczenia gruźlicy płuc zapomocą odmy piersiowej.** Autor poleca założenie odmy piersiowej przy gruźlicy płuc daleko posuniętej. Wyniki są o tyle dobre, że wyklucza się w ten sposób źródło zakażenia, a w przypadkach, gdzie niema widoków polepszenia, stan chorego zostaje w pewnym stopniu polepszony.

Königstein. **Doświadczenia z preparatem »Phlogetan«.** Autor poleca »*Phlogetan*« do zastrzyków w sprawach chorobowych, w których stosuje się leczenie proteinowe. W okresach początkowych influency i katarów udaje się zapomocą jednego wstrzyknięcia 3—4 cm³ flogetanu zgnieść chorobę. Preparat ten stosuje się przy ropniach, zanokcicy, flegmonach, *lymphangitis* i róży.

Przy stosowaniu flogetanu nie zauważono nadwrażliwości ze strony chorego. Ciepłota ciała podwyższa się maksimum o 1⁰. Także przy *tabes* w połączeniu z neosalwarsanem ma flogetan skuteczne działanie.

Sachse. **Nowy środek nasenny »Paranoval«.** »*Paranoval*« jest związkiem równych części *Veronal-natrium* i fosforanu dwusodowego; preparat ten ma własności uspokajające, usuwa niepokój i stany podrażnienia.

Feld. **Nowy środek, usuwający hyperhidrosis.** Mydło »*Chronat*« jest nowym środkiem usuwającym pocenie się. Jest to połączenie kwasu chromowego z potasem i sodem. Mydło to ma działanie lecznicze, przez obecność w niem, kwasu chromowego, po drugie odtłuszcza skórę, co powoduje zupełną resorbcję lekarstwa. Celem przyśpieszenia działania dodano do tego mydła *hydrogenium peroxydatum.*

Nr. 13. 1925.

Glaser. **Używanie życia a układ wegetatywny.** Używanie życia stoi niejako w związku z ośrodkami wegetatywnemi międzymóżdża, tak, że przez układ parasympatyczny i współczulny zostają pobudzone do wzmożonej funkcji, narządy wewnętrzne, przemiana materji się wzmaga, uczucie siły się zwiększa. Jeżeli n. p. mamy na myśli »przyjemność« powstają w ośrodkach wegetatywnych okolicy III komory bodźce dla procesów życiowych, które objawiają się w zmożonej czynności serca, lepszem łaknieniu, i w ten sposób zwiększają chęć do życia; przeciwnie przy troskach, występuje zahamowanie wyżej wspomnianych bodźców.

Przy afektach występują wahania ilości wapnia w surowicy krwi, spowodowane podrażnieniem śródmóżdża. Stwierdzono, że podczas uczucia »chęci do życia« nie występują wahania ilości wapnia w surowicy krwi, a normalny stosunek *Na* : *K* : *Ca*, pozostaje stały (*Natrium* 240 mg % — *Kalium* 30 mg % — *Calcium* 9,3 mg %).

Do »chęci do życia« zalicza autor sen; także kawa, herbata, alkohol, gaszenie głodu i pragnienia zwiększa chęć do życia, ponieważ działa na narządy wewnętrzne przez system nerwowy wegetatywny.

H e u s s. **Zgorzel gazowa po podskórnem wstrzyknięciu.** Autor opisuje chorego, którego operowano z powodu skrętu kiszek. Wstrzyknięto do jamy brzusznej »*Rivanol*«, a podskórnie w ramię i udo digitoksynę, koffeinę i inne preparaty z powodu złej funkcji serca. Po operacji okazały się miejsca na ramieniu i udzie, gdzie robione były wstrzykiwania, sinobrunatnie zabarwione i obrzękłe.

Ropienie szybko postępowało, a skutkiem ogólnego zakażenia nastąpiło zejście śmiertelne.

Sekcja wykazała typową zgorzel gazową w mięśniach górnej i dolnej kończyny i podobne zmiany w narządach wewnętrznych. Autor odnosi to zakażenie do braku odporności ze strony ciężko chorego, ponieważ trudno sobie wytłumaczyć, by ampułki i płyn w nich zawarty był niedostatecznie wyjałowiony, lub wygotowana strzykawka i igła były źródłem zakażenia.

W e i n b e r g. **»Psicain« w okulistyce.** Autor poleca »*Psicain*« jako środek znieczulający w 1—1½ — i 5% roztworze; nie wywołuje niedokrwistości ani przekrwienia. Ponieważ zauważono po podskórnem wstrzyknięciu *Psicainy* krwawienie, stosuje się obecnie połączenie tego środka z paranefryną. Zalety *Psicainy:* źrenica nie zwiększa się, ciśnienie śródoczne pozostaje prawidłowe i nie występuje niedokrwistość spojówki. Przed każdym zabiegiem sterylizuje się *Psicainę* przez gotowanie.

H a u t s c h e l. **Kazuistyka gruźlicy gruczołów płucnych.** Autor przedstawia przypadek, gdzie rozpoznano guz w śródpiersiu i wysiękowe zapalenie opłucnej.

Autopsja jednakże wykazała powiększone i gruźliczo zmienione gruczoły chłonne wnęki płuc. W gruczołach stwierdzono stare zmiany i całkiem świeżą hiperplazję gruźliczą gruczołów około-oskrzelowych.

Chodzi więc tu o gruźliczą endogenną reinfekcję gruczołów chłonnych. Te hiperplastyczne gruczoły dały na ekranie obraz guza.

S. Arnoldówna (Lwów).

M e n z e r. **Uwagi do etjologji odry i pokrewnych chorób zakaźnych.** Choroby zakaźne, jak odra, płonica i krztusiec nie są zdaniem autora wywołane przez swoiste zarazki, są one raczej wyrazem odczynu ustroju, który nadaje specyficzny charakter obrazowi chorobowemu.

Silna angina wywołująca następnie zapalenie stawów, błon surowiczych i t. p. w wieku dziecięcym powoduje powstanie wysypki płoniczej, jako silny odczyn skóry dziecka.

Odra może być specjalnym odczynem skóry na schorzenia dróg oddechowych, zarazki, które stale się tam gnieżdżą, pod wpływem pewnych bodźców zewnętrznych żywiej się rozwijają, stąd nagłe epidemje na wiosnę i w jesieni.

Krztusiec może być tylko silniejszą odmianą nieżytu górnych dróg oddechowych.

Pojęcie swoistych schorzeń zakaźnych należałoby zdaniem autora zmodyfikować i szukać za przyczynowym związkiem między bodźcami zewnętrznemi względnie endogennemi, a odczynem ze strony ustroju w rozmaitym wieku.

W. Czobanówna (Lwów).

H a u c k. **Fractura humeri supracondylica.**

G r o e d e l - L o s s e r. **Reguły ochronne przeciw uszkodzeniom wypadkowym prądem elektrycznym w nowoczesnych zakładach roentgenologicznych.**

F i s c h e r. **Leczenie cukrzycy zapomocą insuliny.** Znane jest, że zapomocą insuliny usunąć można cukromocz, nadmierną ilość cukru we krwi, kwasicę i t. d. i sprowadzić normalny przebieg przemiany materji.

Rozróżniamy trzy grupy chorych na cukrzycę:

Do I grupy zalicza autor te przypadki, w których zachodzi natychmiastowa konieczność stosowania insuliny z powodu niebezpieczeństwa dla życia t. j. *indicatio absoluta.*

Do II grupy te przypadki, gdzie można uzyskać polepszenie zapomocą diety, ale gdzie cukromocz nie znika, lub przechodzi w kwasicę t. j. *indicatio relativa.*

Do III grupy przypadki, w których przepisy dietetyczne zupełnie wystarczają i nigdzie nie potrzeba leczenia insuliną.

Przy *coma* musimy jak najwcześniej wstrzyknąć 50 jednostek insuliny, z których 10—15 jednostek zaleca autor wstrzyknąć dożylnie, resztę podskórnie. Po 3—4 godzinach następuje zmniejszenie ilości cukru we krwi i w moczu. Jeżeli niema polepszenia, można po 3—4 godzinach powtórzyć wstrzykiwanie. Przeciętnie wystarcza 100—150 jednostek.

Celem poparcia działania insuliny jest korzystne, podawanie węglowodanów, ponieważ przez insulinę nabiera ustrój zdolności użytkowania węglowodanów. Także kwasica znika przez obecność węglowodanów.

W tych przypadkach, gdzie kwasicę chcemy usunąć, należy podać choremu 10—15 gr cukru w ½—1 godz. po wstrzyknięciu insuliny (cukier w formie lewulozy).

Po usunięciu śpiączki, wstrzykuje się 40—60 jednostek insuliny *pro die* i przypisuje się choremu 3—4 dniową dietę owsianą, aby uzyskać odcukrzenie dietą i insuliną. Jeżeli chodzi u chorego na cukrzycę o przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, należy przed zabiegiem wstrzyknąć 20—50 jednostek insuliny.

Do II grupy należą przypadki ciężkie i lżejsze. I w tych przypadkach zaleca autor stosowanie insuliny, przez którą uzyskujemy zwiększoną tolerancję. Jeżeli się okaże, że tylko przy częściowem lub zupełnem ograniczeniu podawania węglowodanów, przy diecie, ubogiej w białko, znika cukier w moczu, wtedy jest wskazane stosowanie insuliny.

Tak samo przy silnej kwasicy. Wtedy wstrzykujemy, zależnie od ilości wydalania cukru, przy jednakowej diecie 15, 30, 45, 60 jednostek insuliny w trzech dawkach godzinę przed jedzeniem. Co do diety: podajemy 25—30 kaloryj na kilogram wagi ciała (30—40 g białka, 40—60 g chleba Grahama, celem usunięcia kwasicy i zwiększonej ilości cukru we krwi po wstrzyknięciu insuliny). Węglowodany podajemy nawet w dość dużej ilości chorym źle odżywionym, podczas gdy u chorych, dobrze odżywionych podajemy dalej insulinę, lecz w coraz zmniejszonej ilości, i tylko wtedy, gdy niema zupełnie cukru w moczu. Natomiast nie zaleca autor odrazu zaprzestać podawania insuliny, co może spowodować ujemny bilans węglowodanów. Ilość insuliny obniżamy co 2—3 dni o 5 jednostek i nie podajemy chleba codziennie, tylko co drugi dzień, zaczynając od 10 gramów. Raz tygodniowo zaleca autor dietę jarzynowo-tłuszczową, z wyłączeniem węglowodanów i białka zwierzęcego przy podawaniu mniejszej ilości insuliny.

Waga ciała powiększa się przez zatrzymanie wody.

S. Arnoldówna (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 4 lutego 1925.

1. Kol. A r t y f i k i e w i c z pokazuje chłopca z raną postrzałową **prawej połowy brzucha**, z wyjściem kuli przez pośladek, operowanego w 12 godzin po wypadku. Podczas laparatomji stwierdzono 18 r a n w c i e n k i c h k i s z k a c h oraz liczne poranienia sieci. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań.

2. Kol. Z a ł ę s k i wygłasza odczyt: **»Próby czynnościowe nerek w zastosowaniu praktycznem«.** Prelegent mówi o próbach czynnościowych, stosowanych na klinice paryskiej Widala, głównie zaś w chloremji i próbie na chlorki; następnie o określaniu ilości mocznika we krwi i znaczeniu prognostycznem tego określania; o metodach kolorymetrycznych określania ilości cholestearyny i indikanu we krwi oraz o próbie Landsberga wykrywania mocznika w ślinie.

W dyskusji zabierali głos koledzy S t e r l i n g i K u n i g.

3. Kol. G e r l i s pokazuje: a) **Igłę przypadkowo połkniętą** wraz z kromką chleba przed 10 tygodniami przez 23 letnią kobietę. Początkowo żadnych objawów nie było, przed paru tygo-

dniami wystąpiły bóle w prawem podbrzuszu, zwiększające się przy wyginaniu się. Badanie wykazało ograniczony, bardzo bolesny wysięk w miejscu typowem dla schorzeń wyrostka robaczkowego i kątnicy. Podczas operacji usunięto igłę 5 cm długą, pionowo ułożoną, końcem w prawym mięśniu prostym, oczkiem zaś w otrzewnej ściennej.

b) Roentgenogram **szpilki podwójnej i do włosów, wprowadzonej do pęcherza** przy manipulacjach masturbacyjnych i usunięty za pomocą cięcia nadłonowego u 18-letniej panny.

c) Preparat **mięsaka lewego jądra** wagi około 800 gr o budowie mieszanej: część guza na budowę włókniaka, część jest zwyrodniała torbielowato, największa zaś część posiada budowę *sarcoma magno-globocellulare.* Guz usunięto u 71-letniego mężczyzny.

d) Preparat **guza, wypełniającego okolicę tętnicy,** powstałego u 41-letniego mężczyzny przed 8 miesiącami. Przed 10 miesiącami usunięto u tegoż chorego wyrostek robaczkowy. Operacja wykazała: *status inoperabilis.* Badanie wykazało: raka śluzowego.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 lutego 1925.

1. Kol. Dobulewicz demonstruje kobietę, która przechodziła trzy ciąże, z nich dwie zakończone przedwczesnym porodem. Przy ostatniej ciąży w 8 miesiącu nagle wystąpiły drgawki i utrata przytomności. W moczu dużo białka. Szyjka macicy zachowana; płód wyczuwa się w podbrzuszu, tętna płodu brak. Przystąpiono do cięcia cesarskiego, macica pusta, ranę zaszyto z pozostawieniem sączka i wykonano laparotomję, **płód zmacerowany — w wolnej jamie brzusznej,** łożysko na przydatku. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

2. Kol. Słobodski wygłosił odczyt: **»Dwa lata oddziału ocznego szpitala im. małż. Poznańskich«.**

3. Kol. Szajerowicz wygłosił drugą część odczytu: **»Zagadnienia bezpłodności w świetle najnowszych poglądów«.**

Posiedzenie naukowe w dniu 4 marca 1925.

1. Kol. J. Polak wygłosił odczyt: **»Flora przewodu pokarmowego«.** (Będzie ogłoszone drukiem).

Odczyt wywołał dyskusję, w której zabierali głos kol.: Uryson, Wierciński, Załęski, Tenenbaum, Margolis, Perlis i Sterling.

2. Kol. Perlis przedstawia kamień żółciowy, wielkości dużego orzecha włoskiego, który odszedł przez *vias naturales* u 46-letniej chorej, oraz kamień żółciowy, który zamknął światło jelita czczego (*ileus biliaris*) u 29-letniej kobiety. W czasie operacji, którą wykonano 14 dnia choroby, wydobyto kamień z jelita czczego poniżej fałdy dwunastnicowo-czczej. Po 22 godzinach chora zmarła. Statystyka podaje 69% śmiertelności przy *ileus biliaris,* podczas gdy nawet wgłobienie daje tylko 25%. Nawet w przypadkach, operowanych w ciągu pierwszej doby, ginie znaczniejsza część chorych. Przyczyną wielkiej śmiertelności bywa przedziurawienie jelita z następnem septycznem zapaleniem otrzewnej lub niedająca się usunąć stercoremja.

W dyskusji zabierali głos kol. Manteuffel i Linecki.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 kwietnia 1925.

1. Kol. Frenkiel pokazuje młodego mężczyznę z wybitną postacią **dermografji czerwonej** z wytworzeniem wzgórka, wyczuwanego palcem. Dany osobnik jest wagotonikiem, silnie reagującym na pilokarpinę i niereagującym na adrenalinę.

2. Kol. Kalisz pokazuje przypadek przebicia **wrzodu żołądka,** operowanego w 14 godzin po perforacji. Na małej krzywiźnie około odźwiernika — duży twardy wrzód z małym otworem. Otwór zaszto, obszyto siecią oraz założono tylną gastroenterostomję. Chory szybko poprawił się i obecnie żadnych dolegliwości nie odczuwa.

3. Kol. Sterling wygłosił odczyt: **»Chemoterapja gruźlicy«.** Usiłowania dotychczasowe. Środki bakterjozwrotne i tkankozwrotne. Wapń jako typ środka tkankozwrotnego. Warunki, jakim ma odpowiadać środek bakterjozwrotny: rozpuszczalność w wodzie, łatwość dyffundowania przez tkanki, otarbiające ogniska gruźlicze; nieszkodliwość dla tkanek ciała. Próby z solami miedzi. Złoto, Krysolgan, którego działanie ma być jednak nia bakterjo, lecz tkanko-zwrotne. Sanokryzyna. Domniemalne działanie, bakterjobójczo ujemnie naładowanego jonu AuO_3S_2. Sposób działania i objawy wtórne. Surowica przeciw tym objawom. Technika leczenia, powikłania. Wyniki otrzymane w Danji. Polski Państwowy Komitet do spraw sanocryzyny. Zdanie mówcy, oparte na dotychczasowem piśmiennictwie: jesteśmy na drodze do znalezienia metody leczenia ognisk gruźliczych.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Koliński, Frenkiel, A. Margolis, Frenklowa i Gliksman.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Na skutek propozycji Polskiego Związku Zdrojowisk, Uzdrowisk i Kąpielisk Morskich, Wileńskie Towarzystwo Lekarskie w porozumieniu z Wydziałem Lekarskim U. S. B. celem dokładniejszego zaznajomienia ogółu lekarzy z uzdrowiskami polskiemi, zorganizowało szereg odczytów, które się odbyły w maju i pierwszej połowie czerwca r. b. w lokalu Towarzystwa. Wygłoszono następujące wykłady:

1. Prof. Zenon Orłowski: Polskie a zagraniczne wody mineralne.
2. Prof. Wacław Jasiński: Leczenie dzieci w uzdrowiskach polskich.
3. Dr. Jan Michniewicz: Zdrojowiska i uzdrowiska polskie dla chorych chirurgicznych.
4. Prof. Jan Szmurło: Leczenie Zdrojowiskowe chorób gardła, nosa i ucha.
5. Dr. Aleksander Karnicki: W sprawie balneoterapji chorób kobiecych.
6. Prof. Józef Patkowski: Radjoczynność wód i metody jej pomiarów.
7. Dr. Edward Czarnecki: O Ciechocinku (z przeźroczami).

Wileńskie Towarzystwo lekarskie składa podziękowanie Zarządom Zdrojowisk i Uzdrojowisk, które przez przesłanie odnośnego piśmiennictwa dopomogły do wykonania nakreślonego programu, zwłaszcza zaś Zarządowi Państwowego Zakładu w Ciechocinku za przysłanie przeźroczy oraz Zarządom Zakładów w Krynicy i Niemirowie za dostarczenie eksponatów, potrzebnych do wykładów.

Dr. E. Czarnecki, sekretarz Twa.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Komitetu Ubezpieczeniowej Kasy chorych przy Izbie lek. lwowskiej w dniu 22. maja 1925 r. w własnym domu przy ul. Zyblikiewicza 23,

Obecni: Przew. Dr. Papee, Prof. Dr. W. Nowicki, Dr. E. Doliński, Dr. Wład. Ciepielowski, Dr. Miecz. Andruszewski.

1. Dr. Doliński przedstawia stan Kasy.

2. Załatwiono następujące zgłoszenia Kolegów o przyjęcie do Kasy z wyższem ubezpieczeniem:

Dr. Damm Ludwik, Lwów o 10-krotne od 1. stycznia 1925 roku.

Dr. Mazanek Ignacy, Lwów o 10-krotne od 1. kwietnia 1925 roku.

Dr. Zadurowicz Emil, Sambor o 5-krotne od 1. kwietnia 1925 roku.

Dr. Hinze Roman, Rzeszów o 10-krotne od 1. kwietnia 1925 roku.

Dr. Puchalski Stefan, Dobromil o 10-krotne od 1. stycznia 1925 roku.

Dr. Walach Don, Lwów o 10-krotne od 1. października 1925 roku.

3. Uchwalono wypłacić następującym Kolegom zasiłki:
Kol. T. S. z L. 112 Zł 50 gr. Kol. S. Z. W. z Ł. 94 Zł. Kol R. R. z L. 188 Zł. Kol. A. Ż. z S. 140 Zł. Kol. H. P. z L. 62 Zł. Kol. A. S. z L. 30 Zł. Kol. K. P. z T. 32 Zł. Kol. S. K. z L. 45 Zł. Kol. O. F. z L. 25 Zł. Kol. L B. z K. 46 Zł. Kol. M. W. z L. 90 złotych.

Razem uchwalono wypłacić 866 Zł 50 gr.

4. Następnie załatwiono pisma Kolegów: L. W. z G. J., J. I. z P., K. S. z K., R. B. z D., K. R. z R., A. R. z S., zawiadamiając ich, że w myśl § 2 reg. i, stosownie do zasadniczego rozstrzygnięcia Naczelnej Izby lekarskiej w Warszawie, mają bezwzględny obowiązek należenia do Kasy Ubezpieczeniowej i wpłacenia zaległych wkładek.

Uchwalono skreślić z listy członków Kol. Dr. J. G. z J., jako czynnego lekarza wojskowego i Kol. Dr. H. M. z P. na zawiadomienie jej męża Dr. J. M., iż przestała wykonywać praktykę lekarską.

Dalej załatwiono pisma Kolegów Dr. R. L. z J. i Dr. D. z T. zgadzając się na proponowane warunki spłaty zaległych wkładek. Pismo P. F. F. z T. uwiadamiające o wyjeździe Dr. H. F. i spowodowanej tem zwłoce w płaceniu wkładek przyjęto do wiadomości. Kol. Dr. M. T. przesunięto na życzenie jego termin płatności wkładek aż do czasu jego powrotu do kraju.

Uchwalono załatwić pismem informacyjnem podającem stan zaległych wkładek etc. etc. pisma Kolegów Gen. M. M. z S., H. K. z J., I. E. z P., H, G. z S., E. Z. z B., S K. z K., Z. S. z H., K. K. z G., J. S. z K. przesyłając niektórym z nich regulamin Kasy Ubezpieczeniowej.

Uchwalono ogłosić w Gazecie lekarskiej, jako osobne zawiadomienie:

»Zwraca się uwagę wszystkich Kolegów na pomyłkę drukarską w ogłoszeniu w Nr. 21 Gaz. lek. z dnia 24. maja b. r. Ustęp ten ma brzmieć:

W myśl uchwały Rady Izby lek. lwowskiej z dnia 29. III 1925 r. oznaczono nieprzekraczalny termin zgłaszania choroby **najpóźniej 30 dni** po zachorowaniu, a termin 3 miesięczny odnosi się tylko do zupełnie wyjątkowych wypadków, których uwzględnienie leży w zakresie działania Komitetu Kasy ubezpieczeniowej.

Zgłoszenie późniejsze pozbawia ubezpieczonego prawa otrzymania świadczenia za przebytą chorobę«.

Andruszewski, sekretarz. *Papee,* przewodniczący.

Izba lekarska Lwowska.

Ubezpieczeniowa Kasa chorych.

Komitet ubezpieczeniowej Kasy Chorych przy Izbie lek. lwowskiej na posiedzeniu odbytem w dniu 3. lipca b. r uchwalił jednomyślnie podać do wiadomości Kolegów co następuje:

1. Zwraca się ponownie uwagę wszystkich Kolegów, na omyłkę w Nr. 21. Polskiej Gazety lek. z dnia 24. maja b. r Ustęp odnośny ma opiewać: W myśl uchwały Rady Izby lekarskiej lwowskiej z dnia 29 marca 1925 oznaczono nieprzekraczalny termin zgłoszenia choroby najpóźniej do dni 30 po zachorowaniu; termin trzymiesięczny odnosi się tylko do zupełnie wyjątkowych przypadków, których uwzględnienie należy do zakresu działania Komitetu Kasy Ubezpieczeniowej. Zgłoszenie późniejsze pozbawia ubezpieczonego prawa otrzymania świadczenia za przebytą chorobę.

2. Celem uniknięcia zbytecznych reklamacji i korespondencji przypomina się ponownie wszystkim Kolegom (cywilnym t. zn. nie wojskowym) ich bezwzględny obowiązek należenia do Kasy (Ubezpieczeniowej) dla chorych lekarzy. Kolegom, którzy dotąd nie otrzymali regulaminu zostanie on na żądanie wysłany.

Zwraca się szczególnie uwagę Kolegów na §§ 2., 3., 10., 12., 14, 16., 19. regulaminu.

3. Wkładki uiszczać należy bez osobnego wezwania z początkiem każdego kwartału kalendarzowego osobiście lub przesyłać je czekiem pocztowym na konto czekowe Banku Unji w Polsce Lwów Nr. 152610.

4. Wkładka zasadnicza (na najniższe ubezpieczenie) wynosi 8 zł. kwartalnie przy świadczeniu 2 zł. dziennie Dozwolone są wielokrotności ubezpieczenia na wypadek choroby, w którym to razie wkładki i świadczenia proporcjonalnie wzrastają n. p.: przy wkładce 40 zł. kwartalnie świadczenie na wypadek choroby wynosi 10 zł. dziennie.

5. O podwyższenie ubezpieczenia (o wielokrotność) należy zgłaszać się pisemnie — wszelkie ustne zgłoszenia są nieważne.

Lwów, 4. lipca 1925.

Andruszewski	*Papeé*
sekretarz	przewodniczący

Naczelna Izba lekarska.

Protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 4. lutego 1925 roku.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Śmiechowski.

Postanowiono wysłać do wszystkich Izb okólnik Nr. 1. z zawiadomieniem o uchwalonej przez Izbę Naczelną składce od Izb na rzecz Izby Naczelnej i okólnik Nr. 2. o uchwaleniu przez Izbę Naczelną wkładów pieniężnych od zasądzonych, składających podanie odwoławcze, na wpisowe i na zwrot kosztów podróży dla świadków i rzeczoznawców.

Postanowiono zawiadomić Izbę Łódzką o zatwierdzeniu przez Izbę Naczelną jej Statutu Ubezpieczeniowego na wypadek śmierci.

Postanowiono zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o uchwale Izby Naczelnej w sprawie zawieszenia przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia decyzji Izby Krakowskiej co do obejmowania stanowiska lekarza więziennego w Krakowie.

Postanowiono zawiadomić Główny Zarząd Związku Lekarzy P. P. o uchwale Izby Naczelnej co do obejmowania stanowisk w Kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych.

Od Izby Lubelskiej otrzymano pismo z prośbą o zaopinjowanie, czy sprawy, kierowane bezpośrednio do Sądu Izb lekarskich, mogą być przez takowy rozpatrywane bez uprzedniej opinji w tych sprawach Zarządu Izb.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Lubelskiej, że zgodnie z art. 34 Ustawy o Izbach Lekarskich wszystkie sprawy powinny przechodzić przez Zarząd Izb, gdyż ten może doprowadzić do zgodnego załatwienia sprawy, nie kierując jej do Sądu.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie spółek lekarzy dla dostarczania adresów chorych z oświadczeniem, że spółki takie, nie mając charakteru stowarzyszeń, są spółkami prawa cywilnego, i dlatego niema podstaw prawnych do rozwiązania takich spółek. Wobec tego jedynie Izba Lekarska może wystąpić przeciwko lekarzom, którzy spółkę zawiązali, ze względów etyki lekarskiej. Postanowiono odpis tego pisma przesłać wszystkim Izbom.

Od Izby Krakowskiej otrzymano odpis skargi tej Izby do Najwyższego Trybunału Administracyjnego w sprawie zawieszenia przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia decyzji Izby Krakowskiej co do obejmowania stanowiska lekarza więziennego w Krakowie.

Odpis skargi postanowiono dołączyć do istniejących w tej sprawie dokumentów.

Od Izby Lubelskiej otrzymano listę członków Izby i sprawozdanie za rok 1924.

2 egzemplarze sprawozdania postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P. otrzymano pismo w sprawie zawierania kontraktów z Kasą chorych.

Postanowiono zwrócić się do Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P. z prośbą o przedstawienie w tej sprawie memorjału dla ewentualnego poparcia tego memorjału przez Izbę Naczelną.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano pismo z prośbą o rozstrzygnięcie 2-ch kwestyj spornych:

a) w sprawie należenia do Izby Lekarskiej urzędnika-lekarza, pełniącego li tylko funkcje administracyjne;

b) w sprawie lekarza specjalisty, który mieszka i ordynuje w sanatorjum, odległem o 30 klm od Poznania, a jednocześnie wykonuje praktykę lekarską w Poznaniu.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Poznańsko-Pomorskiej, że na podstawie uchwały Izby Naczelnej z dnia 25. I. 1925 r. w pierwszym przypadku lekarz niema obowiązku należenia do Izby Lekarskiej, a w drugim przypadku na podstawie art. 17 lit. e Ustawy o Izbach Lekarskich, lekarz ma prawo praktyki w Poznaniu.

Na tem posiedzenie zakończono po zawiadomieniu Przewodniczącego o konferencji odbytej z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia w sprawach uchwał powziętych przez Naczelną Izbę w dniu 25. I. 1925 r.

Wiadomości bieżące.

Ze świata.

Higjena Pracy. Po dwuletnim okresie prac przygotowawczych pojawiły się obecnie dwa pierwsze zeszyty encyklopedji pod ogólnym tytułem »Higiène du Travail«, wydawanej staraniem Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie. Postanowiono sobie za cel zgromadzić wszystkie materjały z rozmaitych krajów, dotyczące prac, które winny być uważane za szkodliwe dla zdrowia. Pod wyrazem »szkodliwe« rozumieć należy nietylko te zajęcia, których następstwem są znane już zatrucia organizmu, zakażenia oraz choroby, spowodowane pasożytami, ale i wszelkie inne, stanowiące niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia pracowników.

Dzieło to zawierać będzie trzy działy: 1) praca, 2) pracownik i 3) warunki pracy. Praca badania jest w swych częściach składowych i obejmuje rodzaje przemysłu, surowce, przyczyny szkodliwości chemiczne, biologiczne i inne. Pracownik rozpatrywany jest w stosunku do danej wytwórczości i środowiska pracy. Przy warunkach pracy przedmiotem badań będzie powietrze, ogrzewanie, oświetlanie, odkurzanie, wilgotność, instalacje sanitarne itp. Niektóre artykuły będą ilustrowane odpowiedniemi rysunkami, planami, wykresami celem należytego zrozumienia i poznania najnowszych ulepszeń. Wreszcie praca uzupełniona będzie alfabetycznym spisem rzeczy, ułatwiającym poszukiwania. Ze względu na doniosłość takiego dzieła, jakoteż olbrzymi zakres wiedzy, powołano do współpracy i komitetu redakcyjnego nietylko cały komitet korespondencyjny higjeny przemysłowej przy Międzynarodowem Biurze Pracy, ale także cały szereg wybitnych znawców w dziedzinie pracy, ogółem około 70 osób. Encyklopedja pojawia się w dwóch językach, francuskim i angielskim, pod dwoma postaciami: a) jako wydawnictwo zeszytowe, które można będzie w końcu ułożyć sobie do oprawy w porządku alfabetycznym,

b) jako wydawnictwo książkowe, które ukaże się, skoro dzieło będzie doprowadzone do końca. Przedpłata, zarówno pierwszego, jak i drugiego, wynosi 40 fr. szwajcarskich.

x Kongres lekarski w Amsterdamie. W roku bieżącym projektuje się zwołanie w Amsterdamie kongresu międzynarodowego w sprawie leczenia wypadków nieszczęśliwych oraz chorób zawodowych przy pracy powstałych. Lekarze-specjaliści proszeni są o podanie swoich nazwisk i adresów do kancelarji Izby lekarskiej Warszawsko-białostockiej — Warszawa, ul. Niecała 7.

x Prof. E. Sorrel, kierownik szpitala morskiego Berek Plage prosi nas o zawiadomienie, że od 15 do 28 lipca urządza w szpitalu tym szereg wykładów, obejmujący leczenie gruźlicy kostno-stawowej i gruczołowej oraz wskazówki, dotyczące ortopedji praktycznej. Dwugodzinne wykłady teoretyczne odbywać się będą po południu, godziny zaś ranne będą poświęcane na zajęcia praktyczne i badania kliniczne, operacje, wykonywanie i stosowanie przyrządów ortopedycznych i t. p. — Bliższych szczegółów udziela Dr. Delahaye — Hopitale Maritime Berek Plage (P. d. C.).

W sprawie zastępowania lekarzy przez studentów medycyny wydało Ministerstwo opieki społ. w Niemczech rozporządzenie surowo zakazujące zastępowania podobne.

Sposób wykazywania kamieni żółciowych zapomocą Roentgena przedstawili Pribram, Grünenberg i Strauss na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego przed kilku tygodniami. Polega on na poprzedniem wstrzyknięciu tetrabromfenolftaleiny.

Na podniesienie zdrowotne ludności przeznaczył rząd niemiecki doraźnie 500 tys. marek. W państwach Rzeszy w klasach wyższych szkół ludowych i średnich mają być obowiązkowo wprowadzone godziny ćwiczeń cielesnych, po 6 tygodniowo, oraz nauka higjeny. Wydano też odpowiednie pisma zwracające uwagę na niebezpieczeństwo dla przyszłości Niemiec spowodowane obniżaniem się liczby urodzin.

W sprawie wykonywania sekcyj sądowo-lekarskich ukazał się w Niemczech dodatek do § 28 odnośnych przepisów, według którego, w razie niemożności rozstrzygnięcia, która jest rana wstrzałowa a która wystrzałowa na zwłokach ubranych, należy wyciąć oba kanały postrzałowe i poddać je badaniu drobnowidowemu w kierunku obecności włókien materjału ubraniowego.

Obowiązkowo oględziny zwłok przez lekarzy zostały wprowadzone w Schaumburg-Lippe. Według rozporządzenia odnośnego poświadczenie śmierci może być wystawione jedynie na podstawie osobistych oględzin zwłok przez lekarza.

Pouczenia co do zapisywania nasennych środków wydał niemiecki Urząd Zdrowia. Według rozporządzenia tego należy zwracać szczególną uwagę na wydawanie i sporządzanie opium, morfiny, kokainy i heroiny a to ze względu na wydarzające się nadużycia. Lekarze winni wydawać recepty na te leki tylko wówczas, jeżeli są przekonani, że będą one użyte dla właściwego celu, w sposób i w ilości przez nich poleconych. Lekarze winni też pilnie baczyć na to, by im w sposób niedozwolony nie zabierano lub nie wyłudzano bez ich wiedzy blankietów drukowanych receptowych. Aptekarze winni też zwracać uwagę na sposób napisania recepty ze względu na możliwość fałszerstwa. Również dostarczanie większych ilości środków nasennych dla aptek podręcznych lub zakładów winno być uskutecznione tylko na podstawie formalnej recepty. Każde nowe (powtórne) wydanie leku nasennego winno być uskutecznione tylko na podstawie nowonapisanej recepty.

W sprawie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, uchwalonej przez parlament niemiecki przed 2 laty, a według której leczenia tych chorób mogą podejmować się osoby niefachowe, przygotowuje rząd wnioski co do jej zmiany i to na życzenie samego parlamentu.

W sprawie opieki lekarskiej nad więźniami zwróciła się partja demokratyczna parlamentu niemieckiego do rządu o wprowadzenie dostatecznej opieki we wszystkich krajach Rzeszy niemieckiej.

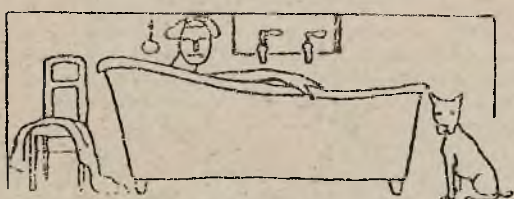
W sprawie używania alkoholu denaturowanego dla oczyszczania miejsca szczepienia wydało niemieckie Ministerstwo opieki społecznej rozporządzenie, dozwalające na używanie tego alkoholu dla celów wymienionych. Należy jednak wykonać szczepienie po zupełnem wysuszeniu alkoholu z miejsca, gdzie go zastosowano.

W sprawie zatargów między lekarzami a Kasami chorych Wydziały lekarskie niemieckie wydały odezwę do lekarzy, w której zwracają uwagę na ciężkie i w skutkach ujemne następstwa i rozbicie świata lekarskiego na tle walk ekonomicznych. Wyrażają one zapatrywanie, że sprawiedliwą i niezbędną jest zmiana przepisów co do leczenia chorych i ubezpieczenia na wypadek choroby i to w duchu korzystniejszym dla lekarzy.

Sprostowanie do Nr. 23 P. G. L. str. 550 Pos. Polsk. Tow. otolaryng. we Lwowie wiersz 32 od góry.

Opuszczono po słowie »oddechowych« następujące słowa: »mogłoby wprost przyjść na myśl, że«.

Zdanie to powinno mieć brzmienie następujące: W dyskusji kol. Zalewski podnosi, że w beznadziejnych przypadkach twardzieli dolnych dróg oddechowych mogłoby wprost przyjść na myśl, że powinnoby się *ex consilio* podawać śmiertelną dawkę trucizny, by oszczędzić chorym męczarni długiego duszenia się.



Nr. 30 26. lipca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. J. MORAWSKI. Kobierzyn.

Konstytucja i dziedziczność *).

Konstytucją osobnika nazywamy całokształt oddziedziczonych i nabytych przez niego morfologicznych, funkcjonalnych i ewolucyjnych znamion, które warunkują charakter i kierunek jego rozwoju, jego, takiej a nie innej reakcji na bodźce świata zewnętrznego, takie a nie inne jego przejawy życiowe. Ów całokształt znamion powstaje jednocześnie z osobnikiem, rozwija się jednak i modyfikuje w przeciągu życia całego.

W zapłodnionej komórce jajowej (gamecie) posiadamy już kompleks zawiązków, warunkujących pewien kierunek ewolucji osobnika i jego reakcji na podniety zewnętrzne, charakter i działalność poszczególnych narządów jego ciała i wzajemną ich zależność między sobą. Zaraz jednak po utworzeniu się gamety zaczyna ona podlegać wpływom warunków, w jakich żyje, to jest ustroju macierzystego. Wskutek działania tych warunków pewne cechy osobnicze mają korzystniejsze dla siebie warunki rozwoju, niż inne, niektóre z nich rozwinąć się mogą prawidłowo, gdy inne w stanie potencjalnym pozostają i przez cały czas istnienia osobnika mogą się nie przejawiać, lub też występować w późniejszym wieku; zmieniać się mogą do pewnego stopnia wzajemne wpływy i stosunki między sobą narządów poszczególnych. To też już w chwili urodzenia się osobnika posiada on cechy niezawsze odpowiadające cechom oddziedziczonym. Wskutek choroby matki lub złych warunków odżywiania się jej, czyli lokalnych przyczyn, nowy osobnik może przynieść ze sobą na świat usposobienie do pewnych chorób, pewne wady rozwojowe i wogóle cechy nietylko oddziedziczone, ale i nabyte. Podkreślić tu należy, że wrodzone nie zawsze jest oddziedziczonem.

Na drodze swego rozwoju po urodzeniu, w życiu swem znajduje się osobnik w najrozmaitszych warunkach sprzyjających lub szkodliwych dla rozwoju i nawet istnienia pewnych cech i tą drogą również zmienić się może jego konstytucja wogóle, a w szczególności usposobienie do chorób lub odporność względem nich. Weźmy dla przykładu stronę psychiczną życia ludzkiego.

Powstała jako kombinacja pewnych zawartych w komórkach rodzicielskich dążności do rozwijania reakcji wszelkiego rodzaju na bodźce świata zewnętrznego, podlega ona na każdym kroku działaniu najrozmaitszych czynników: mamy tu i wpływ budowy ciała wogóle i stan poszczególnych narządów, mamy skutki działania nań czynności poszczególnych narządów (narządy oddechowe, przewód pokarmowy, narządy zmysłowe, gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, układ nerwowy ośrodkowy, współczulny i wegetatywny, narządy rozrodcze). Każdy z tych czynników gra pewną rolę w przejawianiu się psychiki, sprzyja lub przeszkadza rozwojowi lub przejawianiu się cech odziedziczonych, częściowo zmodyfikowanych już w swych przejawach po dotychczasowem życiu i rozwoju osobnika.

Dalej podlega psychika wpływom ze strony świata zewnętrznego (klimat, warunki rozwoju psychicznego i fizycznego, szkoła, otoczenie, zawód, losy osobnika). Wszystkie te warunki kładą swe piętno na psychice człowieka, to też w wielu przypadkach otrzymujemy całokształt cech psychicznych, prawdopodobnie znacznie odbiegający powierzchownie od psychiki odziedziczonej.

Badanie więc konstytucji polegać musi na rozczłonkowaniu konstytucji przejawiającej się w życiu człowieka (phaenotypicznej) na konstytucję odziedziczoną (idjotypiczną) i nabytą (paratypiczną). Ma to olbrzymie znaczenie nietylko dla celów teoretycznych, ale i dla praktycznych, to jest wtedy, gdy chcemy wpłynąć na konstytucję osobnika, między innemi, na jeden z jej przejawów, usposobienie do najrozmaitszych chorób.

Na konstytucję nabytą działać możemy, zmieniając warunki istnienia i rozwoju danego osobnika, cechy odziedziczone zaś nie poddają się naszej działalności. Bliższe poznanie konstytucji odziedziczonej — idjotypicznej możliwe byłoby dopiero wtedy, gdyby się nam powiodło zdjąć z niej wszelkie uwarstwienia paratypiczne, co połączone jest i będzie z nieprzezwyciężonemi na razie przeszkodami, gdyż wszelkie wpływy paratypicznej konstytucji zmieniają prawdopodobnie do niepoznania przejawy konstytucji odziedziczonej. Na nasze dotychczasowe wiadomości o konstytucji idjotypicznej składają się wyniki badań nad odmiennością cech osobniczych, nad dziedzicznością i nad możliwościami i warunkami powstawania nowych cech.

Odmienność cech zauważamy n. p. u dzieci pochodzących od pewnej pary rodziców. Bez względu na znaczne nieraz podobieństwo, zachodzące między rodzeństwem, znajdujemy zawsze u nich pewne cechy odmienne. Odmienność cech poszczególnych u dzieci jednej pary rodziców zależy od cytologicznych procesów przy tworzeniu się gamet. Wiemy z licznych doświadczeń, że grające główną rolę przy przekazywaniu dziedzicznych cech chromosomy różnią się jakościowo między sobą i że przy redukcji odpowiednie chromosomy łączą się parami i tworzą dwuwartościowe podwójne chromosomy, których obydwie połowy podzielone bywają między dojrzałemi komórkami płciowemi. Możemy więc u ludzi przy istnieniu 24 chromosomów przypuszczać możliwość 4096 kombinacji (2^{12}) chromosomów rodzicielskich. Po przeprowadzeniu odpowiednich wyliczeń widzimy, że nie wszystkie kombinacje mają jednakowe prawdopodobieństwo urzeczywistnienia się, że n. p. kombinacja 6:6 zdarza się w 22,55%, ~~3 i 9~~ 1,61% kombinacja wreszcie, by jedna tylko strona rodzicielska dała dziecku swe chromosomy w 0,02% ogólnej ilości 4096 kombinacji. Podobieństwo zupełne dwóch gamet nie może jednak być w 22,55%, bo w każdej poszczególnej szóstce mogą występować inne pierwiastki. Prawdopodobieństwo co do zjawienia się dwojga zupełnie podobnych co do swych cech dziedzicznych dzieci=1:16,8 miljonów.

Badaniom odmienności cech poszczególnych poświęcono wiele prac, szczególniej w Anglji, ustanowiono pewne prawa jakim ma ta odmienność podlegać (prawo Queteleta o ilościowych stosunkach między sobą odmian, różnych od pośredniej, biologiczna statystyka odmienności (biometryka), współczynnik odmienności, obliczanie współczynnika współzależności dwu odmian, n. p. stopnia współzależności barwy oczów i włosów, stopnia współzależności wzrostu rodziców i dzieci itd.). Wyliczenia takie mają jednak znaczenie tylko przy wielkich liczbach badanych osobników, co dla materjału ludzkiego jest znacznem utrudnieniem i obniża wartość i celowość podobnych dociekań. Możliwy jest tylko jedyny wypadek zupełnej ilościowej i jakościowej zgodności gamet między sobą, najzupełniejszego pomiędzy sobą 2 dzieci, to jest wypadek jednojajowych bliźniąt, gdy dwoje dzieci rozwija się z jednej gamety. Jak daleko sięga owo podobieństwo, a przytem jak ważne są pewne kierunki w gamecie potencjalnie zawarte, dowodzą przytoczone w piśmiennictwie przypadki n. p. wspomniana przez Michaelisa para bliźniąt: dwaj bracia bliźniaki, zupełnie podobni do siebie postacią, ruchami, charakterem pisma, sposobami oddziaływania w życiu, dożyli bez znaczniejszych chorób do 60 roku życia. Jeden z nich, kawaler, stał na czele wielkiej firmy, drugi, żonaty i dzietny, zarządzał swym majątkiem. Prawie jednocześnie zachorowali

*) Odczyt wygłoszony na IV. Zjeździe Psychjatrów polskich we Lwowie w dniu 9 czerwca 1923 r.

obydwaj na cukrzycę i zapalenie nerek, obydwaj prawie oślepli, obydwaj skończyli na mocznicę (jeden o parę tygodni wcześniej) Podobnych spostrzeżeń opisano kilka. Dowodzą one wyraźnie, że działanie tendencji odziedziczonych przejawiać się może i w późnym wieku bez względu na najrozmaitsze wpływy zewnętrzne.

Badanie dziedziczności u ludzi, prowadzone od dawnych czasów, w ostatniem dziesięcioleciu coraz bardziej się skłania do uznania i zastosowania i w tym przypadku mendelizmu z jego prawami rozszczepiania się cech przy dziedziczeniu, panowania i ustępowania cech, wreszcie niezależności ich jedna od drugiej, w przypadkach dziedziczenia wielu cech. Sama istota materjału, trudności badania i otrzymywane wyniki zmusiły autorów do używania specjalnych metod obliczań i badań, a jednocześnie rozwój mendelizmu doprowadził do postawienia nowych hipotez, ograniczających lub rozszerzających zakres działania praw samych. Do tych hipotez należą: zależność przejawiania się cech od płci osobnika, zmienność panowania, zależność cechy od kilku genów, albo odwrotnie i t. d. Ze względu na trudności badań, otrzymane tą drogą wyniki (najczęściej tyczące się usposobienia do chorób) w przeważnej większości przypadków wymagają potwierdzenia, jak i cała zresztą sprawa dziedziczności u ludzi wymaga dalszych obszernych studjów, przeprowadzonych na wielkim materjale i z zachowaniem ostrożności w wyprowadzaniu wniosków. Co się tyczy wreszcie powstawania nowych cech odziedziczalnych przyjęto poza dziedzicznością, możliwość występowania ich jako mutacji, przeważnie pod wpływem warunków zewnętrznych (n. p. u dzieci rodziców alkoholików, syfilityków powstają cechy nowe, przedtem nie istniejące. Niektórzy autorowie przypuszczają możliwość występowania u dzieci nowych cech pod wpływem interferencji właściwych cech rodzicielskich, nieliczna wreszcie garść autorów wierzy w odziedziczalność cech nabytych.

W związku z pojęciem o konstytucji odziedziczonej powstają między innemi dwa zagadnienia, t. zw. zwyrodnienie i zagadnienie możliwości oddziaływania z naszej strony na cechy odziedziczone.

Zwyrodnieniem nazywamy wzrastanie ilościowe w szeregu pokoleń pewnych szkodliwych dla osobnika i całego rodzaju cech idjotypicznych. Tu już zaznaczyć musimy, że zmiany paratypiczne, zależące od warunków zewnętrznych, nie mogą być zaliczone do zwyrodnienia. Weźmy dla przykładu sprawę kiły lub gruźlicy. Powiększenie się ilościowe schorzeń kiłowych czy gruźliczych nie może być zaliczone do spraw idjotypicznych, nie może być objęte pojęciem zwyrodnienia. Gdybyśmy mieli dane, dowodzące, że ilość usposobionych do gruźlicy lub kiły zwiększa się w biegu pokoleń, moglibyśmy mówić o zwyrodnieniu ludzkości w tym kierunku. Jeżeli n. p. w czasach powojennych spotkamy większą niż dotychczas ilość schorzeń, niedorozwoju, charłactwa dzieci, odnieść musimy wszystko do zmian paratypicznych, dziedzicznie nie przekazywalnych. Gamety, powstałe z odmiennych paratypicznie osobników, zachowując swoją idjotypiczną wartościowość, mogą w odpowiednich warunkach dać osobniki zdrowsze od rodziców.

Zwyrodnienie wywołane być może tylko przez pogorszenie konstytucji dziedzicznej, przez, powstawanie nowych jej cech.

To jednak, jakeśmy wyżej wspomnieli, możliwe jest tylko drogą mutacji, procesu bliżej nam nieznanego, rozwijającego się prawdopodobnie pod wpływem warunków zewnętrznych. Nawet jeśli przyjmiemy możliwość dziedziczenia cech nabytych, ograniczyć ją musimy do minimalnych rozmiarów, a widome wyniki, stopniowego jej działania rozciągnąć na szeregi pokoleń.

Za główną przyczynę zwyrodnienia narodu uważać możemy tylko dobór źle skierowany, ułatwienie rozmnażania się osobnikom mniej wartościowym, nosicielom chorobliwych cech idjotypicznych, a utrudnienie warunków istnienia i rozmnażania się dzielniejszych, zdrowszych. I jeśli chcemy działać na polepszenie rasy czy narodu, możemy dopiąć celu tylko drogą doboru.

Badania nad przejawiającą się w życiu konstytucją osobniczą (phaenotypiczną) były przedmiotem licznych prac zacząwszy od najdawniejszych czasów. W naszem piśmiennictwie z oryginalnemi poglądami w tej sprawie spotykamy się po raz pierwszy w »Teorji jestestw organicznych«. Tom II. Jędrzeja Śniadeckiego, wydanej po raz pierwszy w 1811 r.

W rozdziałach XXXVI, XXXVIII, XXXIX, XL i XLI analizuje Śniadecki różnice ludzi zależące od klimatu, od wieku, od płci, wreszcie różnice, wynikające ze związków towarzyskich, rozdział zaś XXXVIII poświęca różnicom ludzi co do temperamentów. Śniadecki mówi tu: »Lecz i w tem samem plemieniu, narodzie, klimacie, — ludzie nie są sobie zupełnie podobni. Jako, albowiem różnią się pomiędzy sobą wzrostem, układem twarzy, kolorem włosów i oczu, tak widzimy, iż się różnią znacznie sposobnościami, skłonnościami, sposobem myślenia i postępowania, tudzież większą skłonnością do tych lub owych chorób. Takowe mniejsze pomiędzy ludźmi różnice obejmowano nazwiskiem temperamentów; coby daleko właściwiej konstytucją indywidualną nazwać można«. Autor odrzuca jako »nie warte uszanowania« starożytne podziały temperamentów na 1) suchy, wilgotny, zimny i gorący, 2) krwisty, flegmatyczny (wodnisty), żółciowy i melancholiczny, gdyż podziały te obejmują tylko powierzchowne różnice między ludźmi i są jednostronne, bo ugruntowane na pewnych tylko różnicach z pominięciem innych, gdy tymczasem »nazwisko konstytucji indywidualnej obejmuje wszystkie widome i niewidome, różnice organizacji«. Swój podział opiera Śniadecki na »niektórych ważniejszych różnicach organizacji i na prędkości i mocy biegu życia«. Zależnie od wybujania jednego z systematów w skład człowieka wchodzących, mamy według Śniadeckiego konstytucję nerwową, atletyczną, krwistą i arterjalną i każda rodowita konstytucja może być po większej części poprawiona przez wychowanie i sposób życia. Przy rozpatrywaniu każdej z tych konstytucyj Śniadecki zarysowuje i psychologję danego typu i uznaje możliwość istnienia kombinacji między sobą niektórych konstytucyj, n, p. nerwowej czy atletycznej z krwistą czy też arterjalną. Nietylko jednak przewaga pewnego systematu rozstrzyga, podług Śniadeckiego o danej konstytucji, musimy brać na uwagę prędkość, żywość i moc biegu życia, własności konstytucjonalne, bo je mamy z urodzenia i zachowujemy aż do zgonu. Te to własności zależne od pierwiastkowego popędu czyli mocy, pierwszego ruchu życia nadanego nam od rodziców mogą towarzyszyć każdej konstytucji i właściwe sobie różnice wywoływać.

Rozmaici autorowie podawali najrozmaitsze sposoby klasyfikacji typów konstytucyjnych, z różnych wychodząc punktów widzenia. Tandler zwracał uwagę na napięcie mięśniowe, Eppinger i Hess na układ nerwowy wegetatywny, Beneke i Rokitansky na pewne stosunki w wewnętrznej i zewnętrznej budowie ciała, toż samo Viola itd.

Sigaud rozróżnia typy: oddechowy, mięśniowy, mózgowy i trawienny *(respiratoire, musculaire, cérébral et digestif)* Bauer ustanawia szereg typów konstytucyjnych na zasadzie formuły gruczołów dokrewnych mianowicie konstytucję hipotyreotyczną, hipertyreotyczną, hipoparatyreotyczną i tyreolabilną, hiperpituitarną (akromegaloidalną), hipogenitalną (eunuchoidy), hipopituitarną, hipergenitalną wreszcie hipochromafinową.

Wiele badań poświęcono konstytucjom patologicznym, zacząwszy od niedorozwoju wszelkiego rodzaju i wad ustrojowych, skończywszy na usposobieniu do chorób.

Niektórzy badacze zarysowali pewne typy osobników, które dzięki tej lub innej budowie swego ciała są specjalnie narażone na pewne wpływy szkodliwe, przeważnie na pewne zapadają choroby. Tu należą: *status thymicolymphaticus, st. hypoplasticus st. asthenicus, status exsudativus, status neuropathicus, status arthriticus.*

Badanie jednak tego rodzaju, nie dały jak dotąd, pewnych wyników z różnych przyczyn, a głównie dlatego, że nie zbadany jest dokładnie pod tym względem człowiek zdrowy, że wnioski opieramy przeważnie na zasadzie danych, zbieranych na stole sekcyjnym lub przy łóżku chorego. Nie mając danych o typach konstytucjonalnych ludzi zdrowych, u których zresztą badanie byłoby bardzo złożone, poszcze-

gólni autorowie szli odwrotną drogą, zaczynali od ludzi chorych, lub, co gorzej jeszcze, od badań na materjale sekcyjnym zmian anatomopatologicznych, których znaczenie może być rozmaicie przedstawione i tłómaczone w stosunku do czynności narządów i całego ustroju, gdzie życie, jest przejawem współdziałania najrozmaitszych narządów, których mniejsze lub większe odchylenie się od funkcji prawidłowej często nie bywa brane w rachubę. To też nic dziwnego, że otrzymywane tą drogą wyniki, opisywane konstytucje, nie przez wszystkich są uznawane. Dla przykładu przyjrzyjmy się losom stanu grasiczo limfatycznego *(status thymico-lymphaticus)*. Paltauf w 1889 r. pierwszy wyodrębnił ściśle konstytucję limfatyczną, przypisując jej większe niż zwykle wymiary migdałków, grudek limfatycznych, gruczołów limfatycznych, grudek podstawy języka, śledziony, wreszcie obecność grasicy w wieku, gdy powinna ona już być w zaniku.

Badania w tym kierunku prowadzili dalej Svehta, Wiesel, Bartel, Chwostek i inni. Stan grasiczno-limfatyczny rozrastał się coraz bardziej, obejmując coraz liczniejsze usposobienia *(dispositio)* do najrozmaitszych chorób (prawie wszystkie schorzenia gruczołów o wydzielinie zewnętrznej, choroby zakaźne, śmierć od elektryczności, salvarsanu itd.).

Zapomocą teorji o stanie grasiczno-limfatycznym zaczęto tłumaczyć chorobę Basedowa, Addisona, wreszcie zrobiono go podłożem do skłonności do samobójstw. Od samego początku jednak swego istnienia miał ten stan swoich przeciwników; Richter w 1902 r. już dowodził, że dużą grasicę i znacznie rozwinięty układ limfatyczny można znaleźć często u najzdrowszych ludzi, zmarłych nagle, nie pod wpływem dłużej trwających chorób i wypowiedział przypuszczenie, że duża grasica i dobrze rozwinięty układ limfatyczny raczej uważane być mogą za normę. Toż samo twierdzą Gröll i Löwenthal. Ciekawe są w tym względzie dane, zebrane przez Löwenthal'a w czasie wojny europejskiej: na zasadzie protokołów 8000 sekcyj żołnierzy, ludzi zdrowych fizycznie, zabitych w bitwach; twierdzi on stanowczo, że wielkość grasicy zależy od wieku, stanu odżywienia, wreszcie długości choroby osobnika. W przypadkach nagłej śmierci człowieka zdrowego, gdy nie było powodów do redukcji, czy też wyniszczenia grasicy i gruczołów limfatycznych, znajdował on zawsze dużą grasicę i dobrze rozwinięte gruczoły limfatyczne.

Zgadzałoby się to zupełnie z wynikami badań n. p. Miloslavich'a, który otrzymywał takież same dane przy sekcjach żołnierzy samobójców i na tej zasadzie związał przyczynowo skłonność do samobójstwa z grasicą przetrwałą. Na tym przykładzie widzimy, że dotychczasowe badania nad konstytucją patologiczną nie mogą być uważane za bezwzględnie pewne, nawet jeśli są oparte na materjale sekcyjnym, o ile były sprawdzone jednostronnie.

Dziś jeszcze możemy powtórzyć słowa Jędrzeja Śniadeckiego: »Nazwisko konstytucji indywidualnej obejmuje wszystkie widome i niewidome różnice organizacji. Różnice konstytucji tak są liczne i drobne, iż zdają się bardzo wiele wymagać podziałów«. A od poznania wszystkich tych licznych i drobnych różnic, o których wspomina Śniadecki, jesteśmy jeszcze bardzo daleko. Prócz tego wielką przeszkodę w takiem wyodrębnianiu stanowi to, że w większości przypadków mamy przed sobą w klinice najrozmaitsze stany, złożone z pierwiastków kilku stanów, widujemy tak zawikłane obrazy, że nic dziwnego, iż nieraz trudno się zorjentować, to też wyodrębnianie t. zw. »stanów« odbywa się przeważnie drogą intnicyjną, a nie na zasadzie pewnych wyników szczegółowego badania. Opisywane przez wielu autorów konstytucje patologiczne n. p. Pfaundler'owskie skazy limfatyczne, neuropatyczne, wysiękowe, wagotoniczne, dystroficzne, spazmofilne i krzywicze) wypadnie nam rozczłonkować na ich części składowe i z nich dopiero budować w przyszłości nowe typy konstytucji. Na razie wszystkie dotychczasowe prace w tym kierunku mają wartość tylko orjentacyjną.

Celem badań nad konstytucją osobniczą jest poznanie natury człowieka także i ze strony czysto praktycznej, określenie, co w każdym poszczególnym przypadku czynić należy, by danego osobnika od choroby uchronić. Do tego jednak potrzebną jest przedewszystkiem znajomość konstytucji człowieka zdrowego. Jak dotąd bardzo często zauważamy, w badaniach tego rodzaju pewien błąd klasyczny wyprowadzanie dalekoidących wniosków na zasadzie powierzchownie przeprowadzonych badań statystycznych jak to n. p. było przy badaniu dziedzicznego obarczenia psychicznie chorych, gdy przez dłuższy przeciąg czasu uważano dziedzicznie obarczenie psychicznie chorych za główną przyczynę chorób psychicznych. Trzeba było specjalnych badań Diem'a i Koller'a dotyczących zdrowych, by dowieść, że i psychicznie zdrowi ludzie ilościowo są obarczeni dziedzicznie prawie tak samo. Wyniki tych badań doprowadziły do zróżniczkowania samego obarczenia na najrozmaitsze części składowe, do ścisłego określenia znaczenia każdego obarczającego czynnika itd.

I dalszy rozwój nauki o konstytucji można sobie przedstawić tylko jako ugruntowany na nauce o poszczególnych celach konstytucyjnych, analogicznie do badań nad dziedzicznością, które dopiero po zastosowaniu wprowadzonego przez Mendla sposobu badania całości zapomocą analizy oddzielnych części weszło na właściwe tory.

Spróbujmy przenieść wyżej wspomniane pojęcia na interesującą nas specjalnie dziedzinę psychjatrji. Już między ludźmi psychicznie zdrowymi znajdujemy wiele odmian.

Nie znając podłoża konstytucjonalnego tych odmian, charakteryzujemy je jako typy psychologiczne, pamiętając jednak, że taka klasyfikacja jest czysto opisową, orjentacyjną, nie ostateczną, że jednakowe typy mogą być zewnętrznym przejawem wypadkowej działania wielu przyczyn (konstytucja odziedziczona, cechy paratypiczne). Wyróżniamy w psychice najrozmaitsze kombinacje ściśle między sobą związanych skomplikowanych trzech cech inteligencji, woli i uczucia, dla każdej prawdopodobnie z tych cech potrafimy kiedyś wykreślić krzywą odmienności, z największą ilością osobników dla średnich wielkości (zwykła inteligencja. uczuciowość i wola) i ze stopniowem zmniejszaniem się ilościowem ku obydwu końcom każdej z tych krzywych (słabość inteligencji i wysoki jej stopień, słabość woli i wielka sprawność woli, słabość uczucia i wielka uczuciowość). Mamy cechy: pewne ustosunkowanie (harmonja) i stałość, ciągłość w przejawach cech. Spotykamy dalej konstytucyjne wady: niedorozwój, zupełny, lub częściowy pewnej cechy lub też jej przerost, wreszcie zboczenia cech, gdy cechy pewne przejawiają się w inny zupełnie sposób od sposobu nazwanego prawidłowym na zasadzie dysharmonji, okresowości lub wreszcie parafunkcji (t. zw. paracechy itd.). Tu zaliczyć można pewne sprawy okresowe, rozszczepieniowe, histeryczne. Spotykamy wreszcie cechy właściwe pewnym określonym chorobom, które w tym lub innym okresie życia (nieraz bardzo późno) przyłączać się mogą do cech osobniczych, przejawiających się wogóle w życiu danego osobnika. Co do tego rodzaju cech, zaznaczyć musimy, że niektóre z nich rozwijają się zupełnie niezależnie od warunków zewnętrznych, jedynie pod wpływem odziedziczonych kierunków (tendencji), inne wymagają dla swego rozwoju obecności pewnych cech paratypicznych, inne wreszcie rozwijają się tylko pod wpływem pewnych czynników zewnętrznych. Za podłoże więc wszystkich chorób psychicznych musimy uważać cechy odziedziczone + cechy paratypiczne + przyczyny zewnętrzne. Każdemu występowaniu chorób psychicznych musi odpowiadać pewna konstytucja osobnika, całokształt cech morfologicznych, funkcjonalnych i ewolucyjnych. Jeśli badania mechanizmu powstawania pewnych objawów, grupowania objawów w pewne jednostki, pomagają nam w poznawaniu chorób, tą samą istotę choroby poznać będziemy mogli dopiero po bliższem zaznajomieniu się z cechami najprostszemi wchodzącemi w skład chorób i z warunkami powstawania i rozwoju tych cech.

Badaniem najprostszych cech psychicznych człowieka zdrowego psychicznie (a bez znajomości ich trudno myśleć o poznaniu chorób psychicznych, gdyż w każdej chorobie psychicznej spotykamy się z objawami zależnemi od cech psychicznych przedchorobowych danego osobnika) zajmuje się psychologja i w rozbiór otrzymanych przez nią wyników, dla braku czasu, wdawać się nie mogę. Znacznie mniej zrobiono w stosunku do odziedziczalności tych cech.

Wymienić tu możemy badania Galtona, Möbiusa i Feisa nad dziedzicznem występowaniem wybitnych zdolności, najrozmaitsze porównywanie cech psychicznych występujących w rozmaitych pokoleniach (Schuster i Elderston, Woods, Heymanns i Wiersma, Peters, Sommer, Zienner i inni).

Liczne są badania nad dziedziczeniem chorób psychicznych: badania dawnych autorów w Polsce m. i. Rollego, z nowszych Diem, Koller, prace Rüdina i jego uczniów stosujących zasady mendelizmu w badaniach nad dziedzicznością chorób psychicznych i takież próby amerykańskich autorów, wreszcie badania, tyczące się pewnych rodzin za cały szereg pokoleń. Jako pewne wyniki wszystkich tych badań uważać można stwierdzenie istnienia cechy dziedzicznej w pewnych chorobach (psychoza szałowo-zadumowa, rozszczepienie psychiczne) i cały szereg zagadnień teoretycznych, powstałych przy takich badaniach.

Wiele badań poświęcono sprawie wyjaśnienia podłoża, wywołującego występowanie cech nieprawidłowych, między innemi działaniem gruczołów o wydzielinie wewnętrznej na psychikę i takiemuż działaniu układu nerwowego współczulnego i wegetatywnego. Z wielkiem zaciekawieniem oczekiwać należy dalszych badań w tych kierunkach, bo tylko tym sposobem potrafimy dojść do zrozumienia współzależności cech psychicznych od podłoża fizycznego. Dla uniknięcia nieporozumień uważam za konieczne podkreślić, że nie idzie mi tu o podział zaburzeń psychicznych na organiczne i funkcjonalne, lecz o sprawę konstytucji ustroju.

Nie przypuszczam, by kiedyś udało się znaleźć zmiany anatomiczne w mózgu n. p. przy psychozie histerycznej, jestem jednak pewien, że zaburzenia psychiczne psychorodne muszą mieć jakiś odpowiednik konstytucyjny (odziedziczony czy paratypiczny), który podłożem swem różni się od człowieka zdrowego.

Choć danych faktycznych posiadamy bardzo mało, mimo to jednak z łatwo zrozumiałych przyczyn o konstytucji psychicznej, o typach, o temperamentach, mówiło się i mówi bardzo dużo. Jako przykłady podać możemy wspomniane przez Śniadeckiego temperamenty, jego podział, prace: Galtona, Lombroso, Ribota, Charcota, Sterna, Sigauda itd. Do najnowszych w tym kierunku prac należy Kretschmera: »Budowa ciała i charakter«, praca, posiadająca wiele zalet, ale też i swoje wielkie wady, wspólne pracom, w których autorzy drogą intuicji uzupełniają luki pochodzące z braku odpowiednich ścisłych danych.

Poznanie konstytucji osobniczej i jednej z jej stron — konstytucji psychicznej, jest rzeczą przyszłości. Dojść doń będziemy mogli, posiadając fakty, które ze wszelkich źródeł czerpać wypadnie. Cel ten potrafi połączyć w jedno badaczy najrozmaitszych kierunków: spotkamy tu wyniki badań anatomopatologicznych i anatomicznych, dane zdobyte przez psychologję doświadczalną, najrozmaitsze badania nad dziećmi zdrowemi i niedorozwiniętemi, wyniki badań klinik psychjatrycznych, prace psychoanalityków nad mechanizmem powstawania i komplikowania się objawów zaburzeń psychicznych badania nad dziedzicznością itd.

Tylko wspólnemi siłami, unikając jednostronnego traktowania przedmiotu, uda się nam poznać istotę psychiki ludzkiej i jej zaburzeń.

Wykład kliniczny.

A. BAUROWICZ. Kraków.

Leczenie chirurgiczne gruźlicy górnych dróg oddechowych.

Gruźlica, gdy zajmie śluzówkę krtani, rzadziej gardła z pominięciem krtani, stanowi moment tragiczny dla życia chorego szczególnie od okresu, gdy chory zaczyna doznawać bólów przy połykaniu, chociaż już i chrypka sama oddziaływa na chorego bardzo przygnębiająco. Jak długo chory połykać może bez uczucia bólu, tak ważny czynnik w leczeniu ogólnem, jak odżywianie, nie doznaje trudności, choć nieraz walczyć musimy z brakiem łaknienia u chorego. Ale tragicznym staje się okres, gdy chory mimo chęci do jedzenia z powodu doznawanych bólów unika jadła, tem samem utraca siły potrzebne mu do walki z chorobą, cierpi duchowo w przeczuciu zbliżającego się końca, nieraz bardzo się przewlekającego.

Już wcześniej jednak, zanim jeszcze z powodu rozszerzenia się sprawy chorobowej wystąpią bóle, chyba iż gruźlica umiejscowiła się w śluzówce gardła, objawem oddziałującym niepokojąco na chorego, jest zaburzenie w głosie. Chrypka przemijająca, szczególnie gdy występuje w godzinach porannych, zależną być może od wydzieliny zalegającej krtań i zazwyczaj w tej postaci mniej zwraca na siebie uwagi ze strony chorego, chociaż już wtedy jako objaw nieżytu krtani, wymaga leczenia, by śluzówkę uczynić odporną na właściwe zakażenie gruźlicze. Bardziej niepokoi chorego chrypka występująca po używaniu głosu, która choć może mieć także przyczynę w nieżycie krtani, tembardziej domaga się leczenia, i o ile chory sam nie uważa za stosowne zasięgnięcia porady właściwej, powinien tego zażądać lekarz mający w opiece chorego, czy z powodu gruźlicy na pewno stwierdzonej, czy — co bywa częściej — podejrzanego w kierunku gruźlicy. Jak często jednak lekarze sami, wobec objawu chrypki, zwłaszcza przemijającej, zachowują się obojętnie, a co gorsza bez zbadania chorego lusterkiem krtaniowem, zalecają wdychiwania najczęściej obojętne z rozczynów soli kuchennej czy sody lub z olejków eterycznych w postaci naparzań. Cieszę się bardzo, gdy się dowiem od chorego zgłaszającego się po poradę, iż lekarz jego zaglądał mu już lusterkiem do krtani; w tej sztuce badania powinien być biegły każdy lekarz, szczególnie praktykujący ogólnie, zwłaszcza na prowincji, by o ile sam nie orjentuje się co do widzianych zmian, skierował wcześnie chorego do zbadania fachowego. Ileż to razy uratowałoby się życie jednostki, gdybyśmy wcześnie rozpoznali chorobę i mogli wkroczyć czynnie do walki lub skutecznie zapobiedz wystąpieniu gorszych objawów. Odnosi się to nietylko do gruźlicy, ale i do raka, do twardzieli, a nawet i kiły krtani. Moralnym obowiązkiem tedy każdego lekarza, który sam nie umie badać krtani lusterkiem, albo przy badaniu nie zdaje sobie sprawy właściwej, zażądać od chorego, przedstawienia mu wyniku badania fachowego, zrzucając w razie nie zrozumienia ważności, ze siebie odpowiedzialność za zaniedbanie. Niestety, niektórym lekarzom się zdaje, iż obniżają swą wartość osobistą wobec chorego, zmuszeni do przyznania się, iż na pewne objawy, nie umią poradzić skutecznie, a czyż nie więcej szkodzą sobie, gdy chory nie widząc poprawy po zastosowanem leczeniu, albo po zlekceważeniu objawów początkowych przez lekarza, sam z własnej myśli zasięgnie porady fachowej i tu może się spotkać z uwagą, dlaczego tak późno się zgłasza. Fachowe bezpłatne przychodnie dla ubogich, z całą życzliwością przyjmują chorych, nie szczędząc ofiarnej pomocy, a więc i ten szczegół po za kosztami pewnemi odpada, tem bardziej jeżeli chorego stać na to by się leczył, a mimo tego lekarz ordynujący, nie waha się brać na siebie odpowiedzialność, nieraz zaniedbując właściwe leczenie.

Jak oglądnięcie krtani, tak i dokładne zbadanie gardła wymaga oświetlenia reflektorem i dopiero po takiem zbadaniu, możemy sobie wytłumaczyć objawy podane nam przez chorego lub dające się nam osobiście zauważyć, jak zaburzenie w głosie czy w mowie — i wtedy przedstawić choremu wynik badania. Niekiedy nie znalazłszy zmian jakichś, możemy uspokoić chorego, dając mu tylko odpowiednie wskazówki co do zachowania się, a nie bezmyślnie przepisując pędzlowania gardła czy wdychiwania, gdyż przytem upewniamy chorego o istnieniu zmian chorobowych. Oddziaływanie zaś skuteczne na psychę chorego jest ważniejsze, niż zastosowanie bezmyślnego leczenia.

Przesadą muszę nazwać szczególnie przyjęcie zasady, iż każdemu choremu na płuca, gdy wystąpią objawy chrypki, nawet bez uzasadnienia przyczyny badaniem, należy zalecić milczenie celem unieruchomienia krtani, gdyż chorzy wpadają z łatwością w bezgłos, cierpią moralnie, a na otoczenie swoje oddziałują bardzo niepokojąco. Ileż to razy u chorych

piersiowych, znalazłem bezgłos przy zupełnie zdrowej krtani lub zmianach nieżytowych i dopiero wielkiej energji potrzeba było ze strony chorego, by odzyskał utracony głos, zpowodowany zaleconem milczeniem. Więcej szkodzi krtani kaszel chorego, zostawmy więc choremu, o ile rozporządza jeszcze głosem, używanie głosu w stosownych granicach, a z pewnością, chory sam gdy zauważy, iż mówienie wpływa ujemnie na głos, a co ważniejsze powoduje bóle, będzie głosu oszczędzał, a przynajmniej do czasu, nie pozbawiał się energji użycia głosu, tak potrzebnego choremu, do wpływu psychicznego na leczenie. Raczej wkraczajmy czynnie celem usunięcia przyczyny chrypki i tu znajdziemy nadzwyczaj wdzięczną pracę, w podjęciu walki z gruźlicą krtani, a zwalczanie stosowne kaszlu zwłaszcza suchego, będzie jednym z warunków korzystnego oddziaływania na chorą krtań. Szczególnie po zabiegu na strunach prawdziwych, po przejściu reakcji, czynność strun umożliwi wyrobienie się struny, a tem samem i głosu, z efektem właśnie pod względem głosu, nieraz lepszym jak przed operacją.

Pionierem w czynnej walce z gruźlicą górnych dróg oddechowych, a w szczególności z gruźlicą krtani, jest nestor laryngologów polskich, profesor honorowy Uniwersytetu warszawskiego Teodor Heryng, niezmordowany krzewiciel zabiegów śródkrtaniowych, mających za zadanie uzyskanie zupełnego wyleczenia, a bodaj wstrzymanie postępu choroby. Nihilizm ograniczający leczenie poza wdychiwaniami, do używania środków leczniczych wewnętrznych, leczenia klimatycznego z główną zasadą leczenia milczeniem, ustąpić powinien zabiegom miejscowym, działania na ostro względnie przy użyciu elektrokautera. Elektrokauter umiejętnie, zastosowany, nawet nieraz w przypadkach dość daleko posuniętych, daje nadzwyczaj efektowne wyniki lecznicze, tembardziej jeżeli do leczenia zabierzemy się wcześnie.

Oczywista, iż czynne wkroczenie, zależne będzie od stanu sprawy w płucach i skłonności do krwotoków, gorączki, względnie ogólnego stanu chorego. Wyjątkowo natomiast zdarzy się, iż przy bardzo daleko posuniętych zmianach w krtani, płuca okazują zmiany nieznaczne, stan ogólny nie najgorszy i mimo tych pozornie korzystnych warunków, ograniczyć się będziemy zmuszeni do leczenia objawowego.

Są postacie zmian gruźliczych w krtani, jak zmiana na ścianie tylnej krtani t. zw. tuberculoma interarytaenoideum, które już nawet w okresie rozpadu da się energicznym zabiegiem, choćby nawet wymagającym powtórzenia raz i więcej razy, usunąć zupełnie. Wogóle postacie guzowate, zwłaszcza przed rozpadem, są bardzo wdzięczne dla leczenia chirurgicznego, czy zajmują ścianę tylną, zwężone struny fałszywe lub prawdziwe, wreszcie w zakresie ściany przedniej krtani, w okolicy przedniego kąta. Podobnie znana postać zgrubień jako pachydermia tuberculosa, w przestrzeni międzynalewkowej, okolicy wyrostków głosowych i wewnętrznych powierzchni spodu chrząstek nalewkowych, daje dobre wyniki po zabiegach chirurgicznych śródkrtaniowych na ostro. Ale i postacie nacieków rozlanych, płaskich, które już wcześnie ulegają rozpadowi, jesteśmy w stanie opanować, szczególnie przy usadowieniu zmian na wewnętrznych ścianach krtani, a mianowicie strunach głosowych prawdziwych. Gorzej przedstawia się rzecz, przy zajęciu fałd nalewkowo-nagłośniowych i chrząstek nalewkowych, osobno lub razem, i tu póki jest brak bólów przy połykaniu, a więc naciek nie sięga wgłąb, aż do ochrzęstnej, możemy wytrwałością naszą, przy szczerej chęci ze strony chorego, otrzymać nadzwyczajne wyniki, jeżeli nie zupełnego już wyleczenia, to wstrzymania przynajmniej masowego rozwoju zmian, przedłużając życie operowanego chorego. Naturalnie, iż spotkamy też często okresy choroby nie nadające się już do leczenia chirurgicznego, jednak i tu nieraz przykauteryzowanie powierzchni owrzodzenia, złagodzi bóle. Przypadki zwężenia krtani, o ile zabieg śródkrtaniowy nie ma szans poprawienia oddechu, wymagają zrobienia rozcięcia tchawicy, niekiedy nieuniknionego, mimo chwilowej poprawy po zabiegu śródkrtaniowym. Kiedyindziej ograniczyć się będziemy musieli, do stosowania i tak zawsze używanych jako sposób pomocniczy w leczeniu, wdychiwań, obok zaprószenia stosownego leku szczególnie jodolu.

Jako lek do wdychiwań zalecam rozczyn 1% rezorcyny, rozumie się najbielszej, na wodzie z dodatkiem w stosunku 10% gliceryny, a przy bólach połykowych, dodaję 0,10% kokainy. Chory wdychiwanie robi na pół godziny przed jedzeniem, najczęściej z maszynki parowej, ustawionej na wysokości ust w pozycji siedzącej chorego, przyczem chory nie powinien zaniedbać dobrego wysunięcia języka, trzymanego podczas wdychiwania ściereczką. Przy większych bólach, skutecznie działa, znów głównie przed jedzeniem, po zrobieniu wdychiwania, wciągnięcie przy użyciu rurki szklanej, czystego cykloformu lub antipiryny. Gdy to nie wystarcza, zadziałać należy znieczulająco na nerw krtaniowy górny, zapomocą wstrzyknięcia 80% alkoholu; zabieg ten wykonuje się obustronnie i znieczulenie nerwów utrzymuje się przez kilka tygodni. Zalecono wreszcie przecięcie nerwu krtaniowego górnego (Avellis), które jednak na razie się nie przyjęło, gdyż wstrzykiwanie alkoholu zupełnie wystarcza. Zabieg ten podany przez Hoffmann'a a zmieniony przez Leschsenring'a, wykonywa się w ten sposób, iż igłę wbija się prostopadle tuż ponad górną krawędzią chrząstki tarczykowej a poza mięśniem tarczykowo-gnykowym, aż do chrząstki, następnie przesuwa się igłę w głąb ku górze i tyłowi ponad krawędzią chrząstki tarczykowej jeszcze na jakie 3 mm i wstrzykuje się około 1 cm alkoholu 80%. W ogólnie rozpaczliwych przypadkach nie odmówimy choremu zastosowania podskórnego morfiny, by ostatni okres jego cierpień, uczynić znośniejszym.

Nadzwyczajny wynik zabiegu daje odosobniona gruźlica nagłośni; tu wycinam ją głęboko przy użyciu pętli, starając się usunąć wszystko chore, lub stosuję kleszczyki ostre i elektrokauter.

Gruźlicze zmiany w zakresie śluzówki gardła, zwykle towarzyszą już daleko posuniętym zmianom w płucach, dają mniej zachęcające wyniki, choć nieraz i tu zabiegiem chirurgicznym działamy z efektem. Spotkamy wreszcie okres który do zabiegu już nie będzie się nadawał i wypadnie nam się ograniczyć do działania oczyszczającego i kojącego; zamiast wdychiwania parowego, możemy tu zastosować rozpylenie przyrządem Vaast'a.

Z większym skutkiem walczyć możemy z gruźlicą usadowioną na języku, na ścianach wewnętrznych policzka, wreszcie dziąśle i wargach.

Z efektem natomiast wkraczamy chirurgicznie przy gruźlicy przegrody nosowej, prawie zawsze części chrzęstnej, która występuje często w postaci guzowatej jako tuberculosis septi, ale i w postaci rozlanej, zajmującej też i inne ściany jamy nosowej. Tu obok wycięcia guza względnie nacieku, zastosujemy łyżeczkę ostrą, elektrokauter, a jako następowe leczenie, obok oczyszczenia jamy nosowej rozpylaniem z rezorcyny, zastosujemy ze skutkiem, szczególnie przeciw zasychaniu wydzieliny w nosie, maść z białego praecipitatu w stosunku 5%, w równej części z bismuthum subnitricum.

Zawsze zresztą przy leczeniu miejscowem nie zaniedbamy leczenia wewnętrznego. Osobiście daję pierwszeństwo thiokolowi, względnie kreozotowi szczególnie w postaci syropu Famel, dalej stosowaniu chlorku wapnia zwłaszcza zapomocą wlewań dożylnych 10% rozczynu, a u osobników młodych typu zołzowego, ze skutkiem zalecam tran z wątroby miętusa, równie odpowiedniemu i stosownemu odżywianiu, jak i leczeniu klimatycznemu, przypisując wielkie znaczenie. Wreszcie może metoda leczenia Moellgard'a, przyniesie także w gruźlicy górnych dróg oddechowych, oczekiwane wyniki.

Osobna wzmianka należy się odmiennej postaci gruźlicy znanej pod nazwą tocznia (wilka), który zajmuje nieraz pierwotnie śluzówkę górnych dróg oddechowych. Tu nawet bardzo rozległe zmiany, tak niestosunkowo małe sprawiające dolegliwości choremu, co jest właśnie charakterystycznym objawem w rozpoznawaniu tocznia, dzielnie zwalczamy zabiegiem miejscowym, dając pierwszeństwo elektrokauterowi.

Tak wreszcie przy gruźlicy śluzówki górnych dróg oddechowych jak i przy toczniu, jako dzielne pomocnicze leczenie, stosujemy promienie sztucznego słońca, działające też wybitnie kojąco, dalej promienie X a wreszcie i radu.

Na szczególniejszą uwagę, zasługiwałaby sprawa wyszkolonej pomocy w zabiegach miejscowych, w środowiskach dokąd zjeżdżają się chorzy, szczególnie w odpowiednich lecznicach. Mnie się zdaje, iż łatwiej choremu będzie, jeszcze przed udaniem się na leczenie klimatyczne zasięgnąć porady u lekarza fachowca, albo gdy w razie leczenia, przy zajęciu górnych dróg oddechowych, zajdzie potrzeba wkroczenia czynnego, przerwać chwilowo leczenie, by po dokonanym zabiegu, którego i tak, nie jeden raz, wypadnie powtórzyć względnie bodaj skontrolować wynik zabiegu, zgłosić się znowu u lekarza. Stosowanie miejscowe pędzlowań, zakraplań, zapylań, zostawić możemy, wprawionemu w wykonywaniu tych zabiegów w lusterku krtaniowem lekarzowi miejscowemu, zwłaszcza gdy to będzie się robiło w rezultacie narady z fachowcem względnie według wskazówek udzielonych przez tegoż.

Nie bez znaczenia, będzie też na koniec uwaga, jak wielką wartość w leczeniu gruźlicy płuc, ma prawidłowy stan górnych dróg oddechowych, by oddychanie odbywało się wyłącznie przez nos. Wszelka tedy tu napotkana przeszkoda, z uwzględnieniem wadliwego rozwoju wyrostka zębodołowego szczęki górnej powodująca również oddychanie przez usta, powinna wcześnie być usunięta. Ale już sama wrażliwość śluzówki na stany zapalne, nieżytowe, nie jest obojętną dla przebiegu sprawy w płucach i wymaga odpowiedniego leczenia. Nie zapomnimy też wreszcie o źródle podwyższonej ciepłoty w migdałkach szczególnie podniebiennych, które jeżeli jest ku temu wskazanie usunięte przez wyłuszczenie, względnie wykonana skenotomja, kładą kres gorączce i nieraz wyjaśniają rzekomą przyczynę gorączki odnoszonej do płuc. Podobnie należy wykluczyć obecność ropienia z jam bocznych nosa, mogącego być przyczyną podwyższonej ciepłoty.

Wiadomem jest wreszcie, iż przyczyną krwioplucia mogą być porozszerzane żyły w zakresie śluzówki górnych dróg oddechowych, a w szczególności na korzeniu języka w tchawicy. Również miesiączka zastępcza, może wystąpić pod postacią krwioplucia, o czem w przypadkach stosownych wypadnie pamiętać.

Z tego widzimy jak rozległe znaczenie ma znajomość schorzeń górnych dróg oddechowych, szczególnie w odniesieniu do gruźlicy.

Z praktyki.

Dr. Fr. NARÓG, asystent Kliniki. Lwów.

Skórzaki spojówkowo-rogówkowe obu gałek ocznych *)

Z Kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Twory skórzakowe oka można podzielić na trzy grupy: Na skórzaki brzegu rogówkowego, na skórzaki tłuszczowe (lipodermoid) spojówki i na torbiele skórzakowe oczodołu. Istotną część składową skórzaków i torbieli skórzakowych stanowi tkanka skórna, złożona z przybłonka, bez wykształconej warstwy brodawkowej *(stratum papillare)*, tkanki łącznej i z tworów skóry. Różnią się tem od siebie, że w skórzakach leży przybłonek zwrócony na zewnątrz, często przykryty przez spojówkę, w torbielakach zaś skórzakowych przybłonek zamyka przestrzeń, w której znajdują się twory pochodne skóry. Jeżeli uwzględnimy wrodzone twory skórzakowe, które prócz skóry i tkanki tłuszczowej zawierają jeszcze inne części składowe tkanek, otrzymamy wówczas podział stosownie do pochodzenia z listka zarodkowego na:

I. Pojedyncze skórzaki względnie torbiele skórzakowe, złożone ze skóry i jej przynależnych części.

II. Ektodermalne skórzaki mieszane, złożone ze skóry i tkanki mesenchymalnej (łącznej, krwionośnej, limfatycznej, chrząstkowej i kostnej).

III Potworniaki ekto- i mesodermalne *(bidermome)*, które powstały z listka zarodkowego zewnętrznego i środkowego.

IV. Potworniaki powstałe z trzech listków zarodkowych *(tridermome)*.

V. Potworniaki, które zawierają niedokształcony zarodek *(foetus in orbita, orbitophagus parasiticus)*.

Podobny podział skórzaków na wspomniane grupy przytoczył Vohner. Sądzę, że jest odpowiednim, gdyż od skórzaków brzegu rogówki do potworniaków, które mogą zajmować nietylko całą powierzchnię rogówki, lecz mogą niszczyć częściowo lub całkowicie gałkę oczną, istnieje cały szereg postaci przejściowych. Ponieważ zasadniczo ich podstawową tkankę stanowi tkanka skórna i jej pochodne, zatem wszystkie te postacie możnaby wliczyć do jednej kategorji skórzaków z podrzędnemi grupami,

Przypadki skórzaków i potworniaków z piśmiennictwa zestawił w piśmiennictwie polskiem Rumszewicz. Nawiązując do jego prac przytoczyłem systematyczny podział skórzaków, którego on w całości nie uwzględnił. Pozatem ograniczę się do przedstawienia ciekawego przypadka skórzaka rogówkowo-spojówkowego obu gałek ocznych ze znaczną ilością nerwów, dotyczącego dziecka z ciąży bliźniaczej. O innych przypadkach spostrzeganych wspomnę tylko, uwzględniając najważniejsze dane z piśmiennictwa.

Przypadek nasz dotyczy noworodka, który miałem sposobność spostrzegać w 3 dni po urodzeniu. Dziecko to przysłał Dr. Mączewski z oddziału położniczego Szpitala powszechnego.

Wywiady: Matka K. A. przebyła jeden poród prawidłowy, jedno poronienie, chorowała kilka lat temu na dur osutkowy. Od tego czasu czuje się zdrowa, mąż i pierwsze dziecko również zdrowe. Obecnie miała bliźniaki, płci męskiej, prawdopodobnie jednojajowa ciąża, oba rozwinięte dobrze. Długość pierwszego 50 cm, ciężar 3000 gr, obwód główki 34 cm, pomiary drugiego 48 cm, 2900 gr, 32 cm. Poród prawidłowy Wynik próby krwi na odczyn Wassermana u matki ujemny. Drugie dziecko bliźniacze cierpi na przepuklinę pachwinową.

Obecny stan dziecka:

O. p. Szpara powiekowa prawidłowa, spojówki powiek prawidłowe, spojówka gałki wykazuje od zewnątrz zgrubiały fałd żółtawy między mięśniem prostym zewnętrznym, a prostym górnym, przesuwalny, Rogówka w całości spłaszczona, w dolnych kwadrantach właściwie zamiast rogówki znajduje się szaro-żółta błona z pojedynczemi zgrubiałemi włóknami lub naczyniami, zachodzącemi na rogówkę z fałdu spojówkowego. Twór ten przechodzi na górne kwadranty rogówki, która w $^1/_4$ części od góry jest matowa, szaro-mętna. Dołem zewnątrz znajduje się blizna biaława wielkości główki małej szpilki, prawdopodobnie wskutek procesu zwyrodnienia i złogów wapnia. W górze zewnątrz widać przecinkowaty ubytek w stanie oczyszczania się. W miejscu ubytku powierzchnia rogówki jest nieco wgłębiona (della). Po stronie zewnętrznej brzeg rogówki jest czysty na 1 mm. Powierzchnia ogólnie jest matowa i sucha. Twór rogówkowy jest dalszym ciągiem tworu spojówkowego, zgrubiałego w postaci fałdu, który zachodzi na rogówkę z góry zewnątrz, przeciwległym zaś końcem gubi się w oczodole za kącikiem zewnętrznym. Tęczówka i źrenica niewidoczne, prawdopodobnie tęczówka jest zrośnięta z rogówką.

O. l. Powieki i spojówka powiek prawidłowe, spojówka gałki przy brzegu rogówki dołem zewnątrz nieco zgrubiała, zaopatrzona w delikatną sieć naczyń. Rogówka w $^2/_4$ dołem zewnątrz jest pokryta szaro-białą blizną, matową, nie przeświecającą. Górą zewnątrz widać na rogówce przecinkowaty ubytek. W $^2/_4$ górą wewnątrz rogówka jest czysta, źrenica do połowy widoczna. Tęczówka wolna.

Obie gałki są głęboko osadzone, jakby wciśnięte w oczodoły

Skóra na policzku prawym od ucha, aż do kącika ust i kąta szczęki dolnej jest rozlanie zgrubiała, żółto-czerwona, wzniesiona schodkowato nad poziom prawidłowej skóry, jakby drugi naskórek narośnięty na powierzchni na skórę. Wypustka tego zgrubienia sięga na dolną powiekę, na brodę, na wargę górną tuż pod nosem w postaci fałdu i do prawego kącika ust. W przejściu w błonę śluzową w kąciku ust tworzy brodawkowate zgrubienie. Powierzchnia zgrubiała na policzku wykazuje delikatne pory i punkcikowate brodaweczki. Na szczycie głowy znajduje się miejsce chropowate, nierówne, bez uwłosienia. W okolicy kości czołowej prawej nazewnątrz wyczuwa się pod skórą fluktuującą torbiel wielkości ptasiego jaja. Torbiel po 2-tygodniach pękła, a skóra głowy pokryła się wypryskiem ze strupkami.

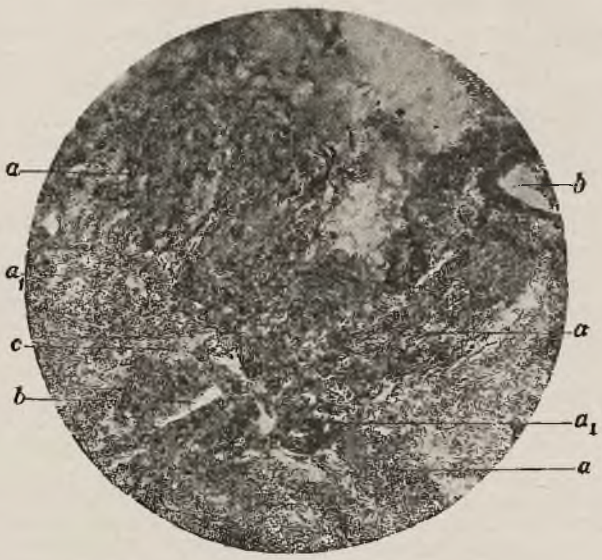
---

*) Przypadek przedstawiono na posiedzeniu Kółka szpitalnego 26. XI. 24 i w Tow. lek. lwow. 5. XII. 24.

Badanie drobnowidowe.

Celem zbadania anatomiczno- patologicznego wycięto z kącika zewnętrznego prawego oka, niedaleko od brzegu rogówki, kawałeczek zajętej spojówki, wystającej w postaci fałdu i narośl brodawkową z kącika ust. Na preparatach, które łaskawie przejrzał Prof. Nowicki, stwierdzono:

Nabłonek składa się z kilknastu warstw bez wyraźnej warstwy cylindrycznej przyczem warstwy powierzchowniejsze są coraz więcej płaskie podobnie jak w naskórku. Wyraźnego zrogowacenia się nie stwierdza. Natomiast widać miejscami wakuolizację komór nabłonkowych. Warstwy brodawkowej nie ma, a tkanka łączna podścieliskowa jest włókienkowo-komórkowa, przyczem ułożeniem powikłanem, dowolnem, delikatnych włókienek, dowolnem rozmieszczeniem komórek o jądrach cienkich, wydłużonych, gdzieniegdzie okrągłych, przypomina nieco tkankę, śluzową. Wśród tej tkanki stwierdza się, w rozmaitych kierunkach poprzecinane, dość liczne nerwy, które w preparatach hematoksylinowych co do budowy nie wykazują zmian widocznych. Naczyń krwionośnych naogół jest niewiele. Wycięta brodawka z kącika ust przedstawia się jako brodawkowo wybujały i zgrubiały nabłonek wielowarstwowy płaski.



Na podstawie obrazu klinicznego i badania anatomiczno-patologicznego z jednego miejsca zajętej spojówki mamy niewątpliwie do czynienia ze skórzakiem spojówkowo-rogówkowym obu gałek ocznych. Preparat z rogówki dałby nam prawdopodobnie większe zmiany, czego każe się spodziewać włóknista szaro-biała błona, umiejscowiona w dolnych kwadrantach zamiast rogówki, z gęstą, białawą blizną, wskazującą na zmiany wsteczne. Obraz całkowity moglibyśmy otrzymać dopiero po wyjęciu gałki i po zrobieniu preparatów z kilku miejsc. Ale i w tym przypadku przy zachowaniu gałki przy· błonek, przypominający naskórek bez warstwy brodawkowej, tkanka łączna przypominająca tkankę śluzową i liczne nerwy wskazują na utkanie skórzaka, powstałego wskutek embrjonalnych zrostów gałki ocznej z owodnią lub z resztki naskórka *(cutis)*, pokrywającego pierwotnie gałkę, przyczem mogło przyjść do rozrostu nerwów z pieńków nerwowych na miejscu w tkance łącznej spojówki lub w rogówce. Grube włókna w tworze rogówki każą się spodziewać licznych nerwów.

Powstanie skórzaków tłumaczy jeden z pierwszych Van Duyse, który przyjmuje, że skórzaki rogówki, jakoteż wrodzone guzy na szyi i szpary powiek są resztkami uprzednich zrostów powierzchni wewnętrznej błony owodnej zarodka z jego powierzchnią. Zrosty błony owodnej z powierzchnią rogówki mogą powstać w ciągu dwóch pierwszych miesięcy rozwoju, gdy obie powierzchnie bezpośrednio do siebie przytykają. Gdy następnie tworzy się ciecz w błonie owodnej, rozrywa ona zrosty, część zaś zrostu n. p. z rogówką, lub ze skórą policzka, jak to mamy w naszym przypadku, pozostaje jako skórzak. Zrost taki może zająć całą rogówkę, ponieważ pozostaje ona niezasłonięta przez powieki do początku 1 miesiąca rozwoju. Pomiędzy wytwarzaniem się cieczy, a zrastaniem zarodkowem powiek upływa dość czasu, zatem powieki mogą następnie oderwaną część zrostu pokryć. Bernheimer opisuje przypadek zrostu tęczówki z rogówką, która miała ubytek w błonie Descemeta. Przyjmuje on zatem uprzednie zapalenie rogówki z następnemi zrostami u płodu. Bernheimer, Kohn, Hanke, Lodato, Rumszewicz i i. są zdania, że zapalenie i owrzodzenie rogówki poprzedza zrosty. Niektórzy z nich przytaczają na dowód nacieczenie drobnokomórkowe w preparatach drobnowidowych. W naszym przypadku podobnie jak w przypadku Lodato zmiany wsteczne tkanki łącznej w obrębie rogówki mogłyby przemawiać za uprzedniem zapaleniem. Zmiany te jak wspomniałem znajdują się na rogówce prawej dołem zewnątrz wielkości małej główki szpilki o odcieniu białawym. Prócz tego w górze zewnątrz przecinkowate wgłębienie w postaci *delli,* wymownie przemawia za uprzednio toczącym się procesem zapalnym. Rumszewicz zajmuje stanowisko, że uprzedni stan zapalny w zawiązku rogówki musi stanowić niezbędny warunek dla powstania zrostów. Drobne skórzaki przy brzegu rogówki tłumaczy małemi owrzodzeniami rogówki, skórzaki całej rogówki stanem zapalnym, toczącym się na całej przestrzeni rogówki o ile stan zapalny na rogówce tłumaczy nam powstanie zrostów w naszym przypadku, to rozległy zrost na prawym policzku twarzy i na szczycie głowy przemawia raczej przeciw konieczności stanu zapalnego. Zrost ten możnaby tłumaczyć dłuższem pozostawaniem w zetknięciu szczytu głowy i policzka ze ścianą błony owodnej wskutek wzmożonego ucisku wewnętrznego przy rozwijaniu się bliźniaków, przyczem jeden z bliźniaków, u którego nastąpił zrost, mógł ulegać pewnemu uciskowi ze strony płodu, położonego wyżej. Zająłbym zatem raczej stanowisko, że stan zapalny nie musi być koniecznym warunkiem, chociaż to ma najczęściej miejsce, do powstania zrostów. Drobne skórzaki w obrębie rąbka rogówkowego mogą powstawać często w czasie rozwoju pęcherzyka ocznego jako resztka naskórka *(cutis)* pokrywającego pierwotnie gałkę, która się nie przekształciła w całości w błonę śluzową. A więc mogło powstać zahamowanie w rozwoju. Saemisch przyjmuje nieprawidłowe zachowanie się błony owodnej, której nie zróżnicowane części mogą być przemieszczone na powierzchnię gałki. Jako przyczynę torbieli skórzakowych podają oderwanie się i przemieszczenie tkanki ektodermalnej przy końcu rozwoju szpary powiekowej. Potworniaki trzeciej kategorji należy odnieść do wadliwego rozwoju zawiązku gałki ocznej.

Najczęściej spotykamy się ze skórzakami rąbka rogówkowego. Występują one w postaci żółtawo-różowych guzów, wrodzonych, o budowie skóry z naskórkiem, czasem z torebkami włosowemi z gruczołami łojowemi, potowemi i z bezpostaciowemi masami tłuszczowatemi. Wallenberg znalazł w jednym przypadku liczne nerwy. Nasz przypadek należy również do tego rodzaju rzadkich przypadków w których badanie drobnowidowe wykazało liczne nerwy wśród tkanki łącznej. Byłby to zatem drugi przypadek, jak mogę wnioskować z dostępnego mi piśmiennictwa. Równocześnie w 65% przypadków spotykano inne wady rozwojowe oka, jak n. p. szpary powiek, tęczówki, naczyniówki i zboczenia źrenicy, porażenia dźwigacza powiek i mięśnia odwodzącego, rozszczep podniebienia, wargę zajęczą lub jednocześnie skórzaki w innych okolicach. W jednym z przypadków opisano *ichtyosis hystrix.* Erben podaje przypadek szczeliny w wiązadle kącika zewnętrznego wskutek umiejscowionego w niej skórzaka. W dwóch przypadkach spostrzegaliśmy torbiele nagałkowe po stronie zewnętrznej z niedorozwojem gałki *(microphtalmus congenitus c. cyste dermoidalis).* Rogówka była wielkości główki dużej szpilki. Podobny przypadek opisał Czermak. Beal przytacza przypadek skórzaka spojówki ze znamieniem barwikowem na czole i powiece.

Prócz wad rozwojowych oka może wystąpić ogólny niedorozwój. Czy skórzaki rosną trudno powiedzieć. Najczęściej rosną jako nowotwory dobrotliwe ze wzrostem osobnika, a potem pozostają w miejscu. Wzrost większy zdarza się bardzo rzadko i w bardzo nielicznych przypadkach.

Rokowanie »*quoad visum*« przy skórzakach całej rogówki, jak to ma miejsce w naszym przypadku na prawem oku, jest złe.

Co do zajęcia rogówki przez skórzaki, to nasz przypadek zbliżony jest do przypadku Graepa i Schwanza, którzy podają, że cała rogówka była zajęta przez tkankę skó-

rzakową z wyjątkiem pasemka $^1/_2$ mm szerokiego zupełnie podobnie jak w naszym przypadku na prawem oku.

Skórzaki z zajęciem obu rogówek należą do rzadkości. Częściej spotyka się skórzaki tłuszczakowe spojówek. Nowak opisał skórzaki symetryczne spojówek wielkości fasoli, umiejscowione na oku prawem po stronie skroniowej, na lewem po stronie nosowej, z nieznacznem przybrzeżnem zmętnieniem rogówek. Prócz tego wystąpiło znamię (*naevus*) na głowie, barwikowe znamię brodawkowe na lewym policzku, przemieszczenie źrenic ku górze i szczeliny w naczyniówce.

Skórzaki tłuszczakowe występują według Nobba w 70% przypadków między mięśniem prostym zewnętrznym a prostym górnym. Dawniej utrzymywano, że występują one tylko w okolicy rąbka spojówkowego. Dopiero Hirschberg opisał pierwszy przypadek skórzaka tłuszczakowego w okolicy gałki. Rumszewicz uważa tego rodzaju przypadki nie za tłuszczaki, ale wrodzone skórzaki. Mieliśmy również sposobność spostrzegać przypadek skórzaka tłuszczakówatego, dotyczący 15 l. dziewczyny, w okolicy równika gałki na oku lewem po stronie zewnętrznej, wielkości fasoli, pokryty kilkoma dość dużemi włosami. Badania drobnowidowego jednakowoż nie można było przeprowadzić, gdyż chora przyjęta na klinikę, nie zgłosiła się.

Torbiele skórzakowe występują według zestawienia Berlinsa częściej po stronie wewnętrznej 53% przypadków, według Lagrange częściej w okolicy brwi w $^1/_3$ oczodołu po stronie zewnętrznej. W jednym z przypadków operowanych na Klinice chirurgicznej znajdowała się torbiel w okolicy gruczołu łzowego lewego w zagłębieniu kości oczodołu z treścią tłuszczową, włosami i złuszczonym przybłonkiem, w innym przypadku, operowanym na tutejszej Klinice ocznej, dość duże włosy wrastały do wnętrza torbieli i tworzyły splot z włosów tak, że po wywróceniu miało się wrażenie skalpu w miniaturze.

Częściej spotykaliśmy torbiele skórzakowe po stronie zewnętrznej górnego oczodołu. Birch-Hirschfeld przytacza również 99 przypadków torbieli, z których większość mianowicie 43 umiejscowiona po stronie zewnętrznej górnego oczodołu, w 23 przypadkach zajmowały torbiele stronę wewnętrzną górnego oczodołu, a reszta przypadków przypadała na dolny oczodół.

Zawartość skórzaków jest najrozmaitsza. Prócz tkanki skórnej i tłuszczowej można w nich spotkać, jak widać z przypadków z piśmiennictwa, kości, chrząstki, gładkie i prążkowane mięśnie, przybłonek migawkowy (Wagenmann) i t. p. W skórzakach tłuszczakowych spotykano prócz skóry i tkanki tłuszczowej tkankę łączną z włókienkami elastycznemi, prążkowane mięśnie, naczynia krwionośne i limfatyczne, gruczoły pęcherzowo-cewkowe, chrząstkę, kość i t. p. Często tą samą zawartość wykazują torbiele skórzakowe. Prócz tego znalazł w nich Van Duyse komórki gangliowe, Lewinsohn komórki gangliowe i kubkowe, Barnes, Lapersonne spotkali zęby. W. Volmer przytacza przypadek powikłanej torbieli skórzakowej nagałkowej z wytworzonym zębem. W potworniakach spostrzegano prócz tego poprzecznie prążkowane, gładkie mięśnie, torbiel z przybłonkiem mięsakowym, naczynia krwionośne, resztki barwika, strzępy siatkówki i t. p.

Nasz przypadek zasługiwałby na szczególną uwagę ze względu na umiejscowienie, z ich uprzednim stanem zapalnym na spojówkach i rogówkach, ze względu na tak bardzo rzadko spotykaną znaczną ilość nerwów wśród tkanki łącznej przypominającej tkankę śluzową i ze względu na rozległe zmiany na policzku i na głowie które wystąpiły u jednego z bliźniaków. U drugiego z bliźniaków dało się stwierdzić tylko przepuklinę pachwinową jako wadę rozwojową.

Piśmiennictwo.

1) Rumszewicz. Postęp okul. 1909. — 2) Tenże: Przegląd lek. N. 28. — 3) Tenże. Wiadomości lek. 1888. — 4) M. Volmer. Klin. Mon. f. t. 1924. B. 72. — 5) Birch-Hirschfeld. Graef. Saem. Die Krankh. d. orbita II. T. IX. B. XIII. K. 6) W. Erben. Klin. Mon. f. A. 1923. B. 71. — 7) Nagelber. Zentralbl. f. A. (ogólny przegląd). — 8) Krailsheimer. Kl' Mon. f.. A. 1913. B. 51. S. 796. — 9) Mitvalsky J. Archiv. f Aug. XXIII. S. 109. — 10) J. F. Cunningham. American Journal. 1923. 6. — 11) Novak. Kl. M. f. A. 1920. B. 65.

Dr. Zygmunt LESZCZYŃSKI, Lubaczów.
dyrektor szpitala powsz.

Bóle głowy po znieczuleniu lędźwiowem

występują znacznie rzadziej i słabiej, jeżeli roztwór leku znieczulającego sporządza się w wodzie destylowanej. Do rozczyniania początkowo tropakokainy później nowokainy stosowałem wodę destylowaną z dobrym wynikiem; w r. 1924 zacząłem stosować roztwór izotoniczny przez dodatek soli kuchennej, co jednakowoż z powodu nierównomiernie często występujących uporczywych bólów głowy zarzuciłem.

V. Jaschke z Giessen tłumaczy objawy te rozkładem tropakokainy wskutek działania soli kuchennej przy dłuższem przechowywaniu. Ponieważ rozczyn znieczulający przygotowuję zawsze świeżo, więc twierdziłbym, że zmiany w leku pod wpływem soli występują już podczas samego przygotowywania.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

O Zakładach bakterjologicznych i niektórych działach Publicznej Służby Zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Z Państwowego Zakładu Higjeny. Filja we Lwowie.

Dokończenie.

Statystyka niektórych chorób zakaźnych.

Z ostatnioletnich sprawozdań (Tabl. I.) niewiele byłoby do zanotowania o odrze, grypie i krztuścu. Jak wszędzie, choroby te pojawiają się i tu w znacznej ilości, często wybuchowo, tworząc największy odsetek w szeregu ostrych schorzeń zakaźnych. Przeciętna śmiertelność w stosunku do liczby zachorowań przy odrze wynosi 1.3%, przy grypie 3.4%, a przy krztuściu dochodzi do 6.5%.

Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzano w ostatnich latach tylko w nieznacznej ilości przypadków z przeciętną śmiertelnością 48%. Podobnie czerwonka bakteryjna i amebowa pojawiała się przeważnie w sporadycznych tylko przypadkach z wysokim odsetkiem śmiertelności wahającym się w granicach od 16.2 — 34.1%.

Przy ospie zwraca uwagę niestosunek, jaki zachodzi między ilością zgłoszonych zachorowań a śmiertelnością. Na 30.247 przypadków zgłoszonych w Stanach Zjednoczonych w roku 1922 ilość śmiertelnych wynosi tylko 822 czyli 2.7%. Przyczyną tego zjawiska są najprawdopodobniej pomyłki w rozpoznawaniu choroby, gdzie ospę wieczną podaje się jako prawdziwą, co też często potwierdzają ujemne wyniki próby Paula na rogówce królika.

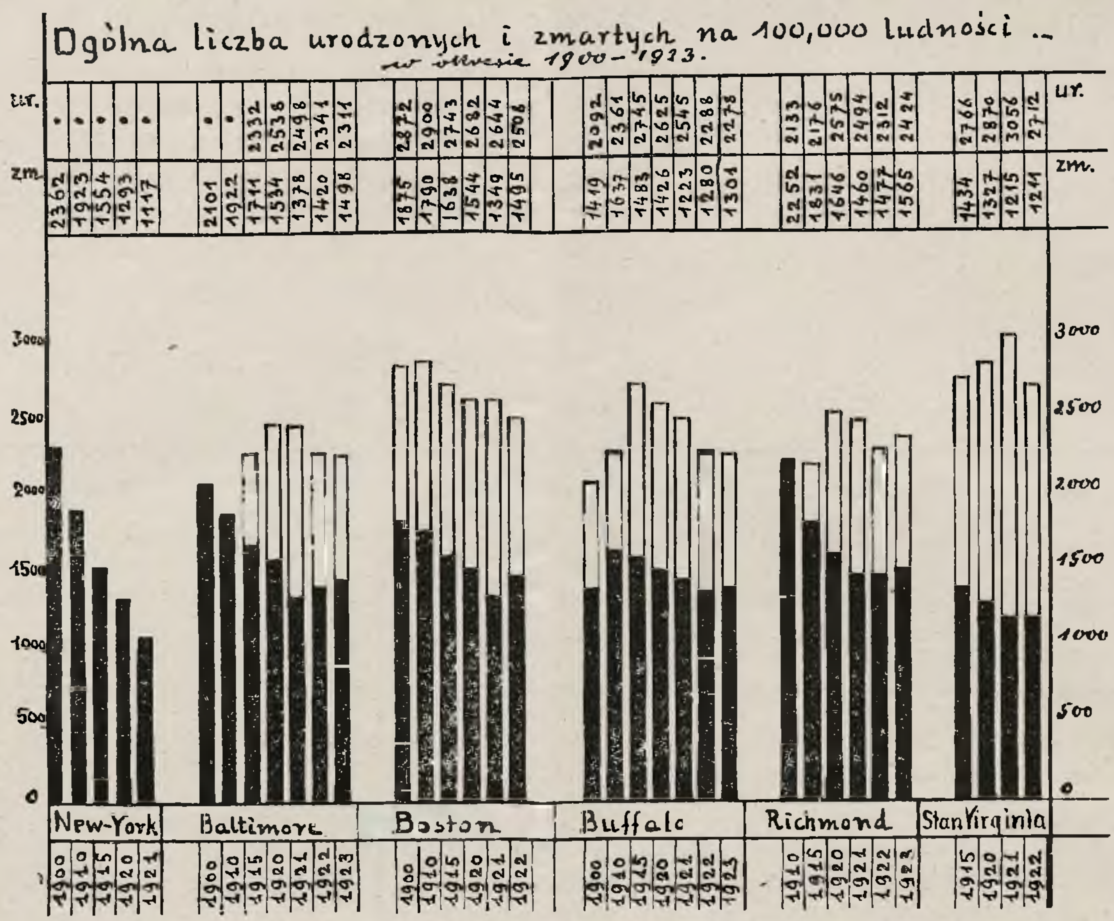
Statystyka błonicy w porównaniu do naszej przedstawia się ilościowo i jakościowo odmiennie, a mianowicie liczba zachorowań w Stanach w stosunku do ilości mieszkańców jest wielokrotnie wyższą, podczas gdy przebieg choroby znacznie łagodniejszy. Przypadki śmiertelne w stosunku do liczby chorych wynoszą 4.8 — 8.7%, podobnie jak w statystyce londyńskiej, podczas gdy w naszem mieście w r. 1923 dochodziły do 20.6%.

Podobnie zwraca uwagę niezwykle łagodny przebieg płonicy z liczbą 0.4 — 2.85% zgonów. Na 157.043 przypadków zgłoszonych w roku 1922 w Sanach Zjednoczonych tylko 1.3% zakończyło się śmiertelnie.

Liczba duru brzusznego i rzekomego na 100.000 mieszkańców waha się w granicach 10.3—29, a tylko w Stanie Maryland podobnie jak w naszem mieście dochodzi w roku 1923 do 73 przypadków, a w Stanie Virginia nawet do 116. Wśród 35.244 zgłoszonych w roku 1922 zachorowań liczba zmarłych wynosiła w Stanach Zjednoczonych 8.224 t. j. 23%.

Otwartej gruźlicy płuc uległo w ostatnich latach 89—127 osób na 100.000 mieszkańców. Przeciętna liczba zgonów w Stanach Zjednoczonych z roku 1922 wynosząca 92 przypadki na 100.000 mieszkańców jest nieco niższą od liczby stwierdzonej w r. 1923 w Londynie (97), a przeszło czterokrotnie mniejszą od wykazanej w tym samym roku we Lwowie (375).

Inne choroby zakaźne jak wąglik, nosacizna, tężec, zimnica należą do rzadkości, wobec czego pod względem epidemiologicz-



Ryc. 1.

nym można przejść nad niemi do porządku dziennego. Dżuma i cholera azjatycka jest nieznaną, a jako bardzo znamienny objaw tamtejszych stosunków higjenicznych wypada wymienić zupełny brak duru osutkowego i powrotnego u stałego mieszkańca Stanów Zjednoczonych. Jeśli tu i ówdzie pojawi się wyjątkowy przypadek, to tylko u emigranta świeżo przybyłego drogą wodną z Europy lub lądową od strony granicy meksykańskiej.

Chcąc wysnuć nieco dalej sięgające wnioski o ruchu ludności i stosunkach zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych przypatrzmy się jeszcze pokrótce niektórym datom statystyki porównawczej z ostatnich lat kilkunastu.

Otóż w pierwszym rzędzie zauważa się, iż liczba nowonarodzonych z małemi tylko wahaniami utrzymuje się mniej więcej na tym samem poziomie, powtóre iż jest ona znacznie wyższą od liczby śmiertelności, która obniża się silniej lub słabiej ale stale (Ryc. 1.). Przeciętna wzięta n. p. z Bostonu i Buffalo wykazuje na 100.000 mieszkańców.

w r. 1900 — 2.482 urodzonych — 1.647 zmarłych
» 1922 — 2.398 » — 1.387 »

W New Yorku liczba zgonów na 100.000 mieszkańców wynosząca 2.362 w r.1900 opadła do 1.117 w r. 1921.

W przytoczonych datach znajdujemy wytłumaczenie silnego i ciągłego wzrostu ludności w Stanach Zjednoczonych.

Z porównawczej statystyki chorób zakaźnych w okresie 1900—1923 r. mogę podać tylko niektóre daty dotyczące płonicy, błonicy, duru brzusznego i gruźlicy płuc (Tabl. II.).

Przy płonicy i błonicy w liczbach zgłoszonych przypadków widzimy w poszczególnych latach tylko silne wahania — zwłaszcza przy płonicy — bez żadnego pewnego typu świadczącego o zwiększaniu lub zmniejszaniu się zachorowań. W statystyce zgonów natomiast przy płonicy stale zwraca uwagę niski stopień śmiertelności w stosunku do liczby zachorowań. Raz tylko w roku 1910 dochodzi ona w Buffalo do 9.6%, w r. 1905 w Bostonie do 7.2%, a w Baltimore do 5.2%, pozatem utrzymuje się w granicach 0.7—4.3%. We Lwowie wykluczając wyjątkowy rok inwazji rosyjskiej 1915 o 25% śmiertelności, wahania te wynoszą 4.9—15.2%.

Przy błonicy procent śmiertelności w stosunku do zachorowań powolnie ale prawie z każdym rokiem opada i tak:

w Baltimore	z 10.5%	do 6.4%
w Bostonie	z 9.9%	do 4.7%
w Buffalo	z 12.2%	do 7.8%
w Stanie Virginia	z 8.0%	do 6.5%

We Lwowie z 6.7% w r. 1905 wzrasta stale, by w roku 1923 dojść do 20.6%.

Czas stosowania uodparniania czynnego, rozpowszechnionego dopiero od kilku lat jest jeszcze za krótkim, aby z dat statystycznych sięgających po rok 1923 można już było w tym kierunku wysnuwać ogólniejsze wnioski.

Przypatrzmy się jeszcze porównawczej statystyce duru brzusznego i gruźlicy jako jednemu z najlepszych wskaźników organizacji publicznej służby zdrowia i stanu higjeny społecznej. (Ryc. 2.).

W czasie od 1900 do 1923 ilość przypadków zachorowań na dur brzuszny i rzekomy opada stale:

w Baltimore	na 100.000 mieszkańców	z 191	do 27
w Bostonie	» » »	z 145	do 15·4
w Buffalo	» » »	z 92	do 10·3
w Richmond	» » »	z 559	do 29
w Stanie Virginia	» » »	z 623	do 69

Różnice wielokrotnie mniejsze świadczą za siebie nie potrzebując bliższych wyjaśnień, jedynie możnaby zauważyć, iż nagłe załamanie się linji zachorowań wiąże się wszędzie ze sprawą zaprowadzenia wodociągu i odpowiedniej chemiczno-bakterjologicznej kontroli wody i środków spożywczych. Równolegle przebiega krzywa zgonów w stosunku do ilości mieszkańców t. j. opada wszędzie bardzo silnie, natomiast w stosunku do ilości przypadków zachorowań opada lub wznosi się bez bliżej określonego typu. Przeciętna zgonów do ilości przypadków wynosi 13.3%. Mniej więcej podobne stosunki wykazują daty statystyczne Lwowa, gdzie na 100.000 mieszkańców liczba zachorowań zmniejszyła się w tym czasie z 102 do 74, a przeciętna zgonów do ilości zachorowań wynosi 15.9%.

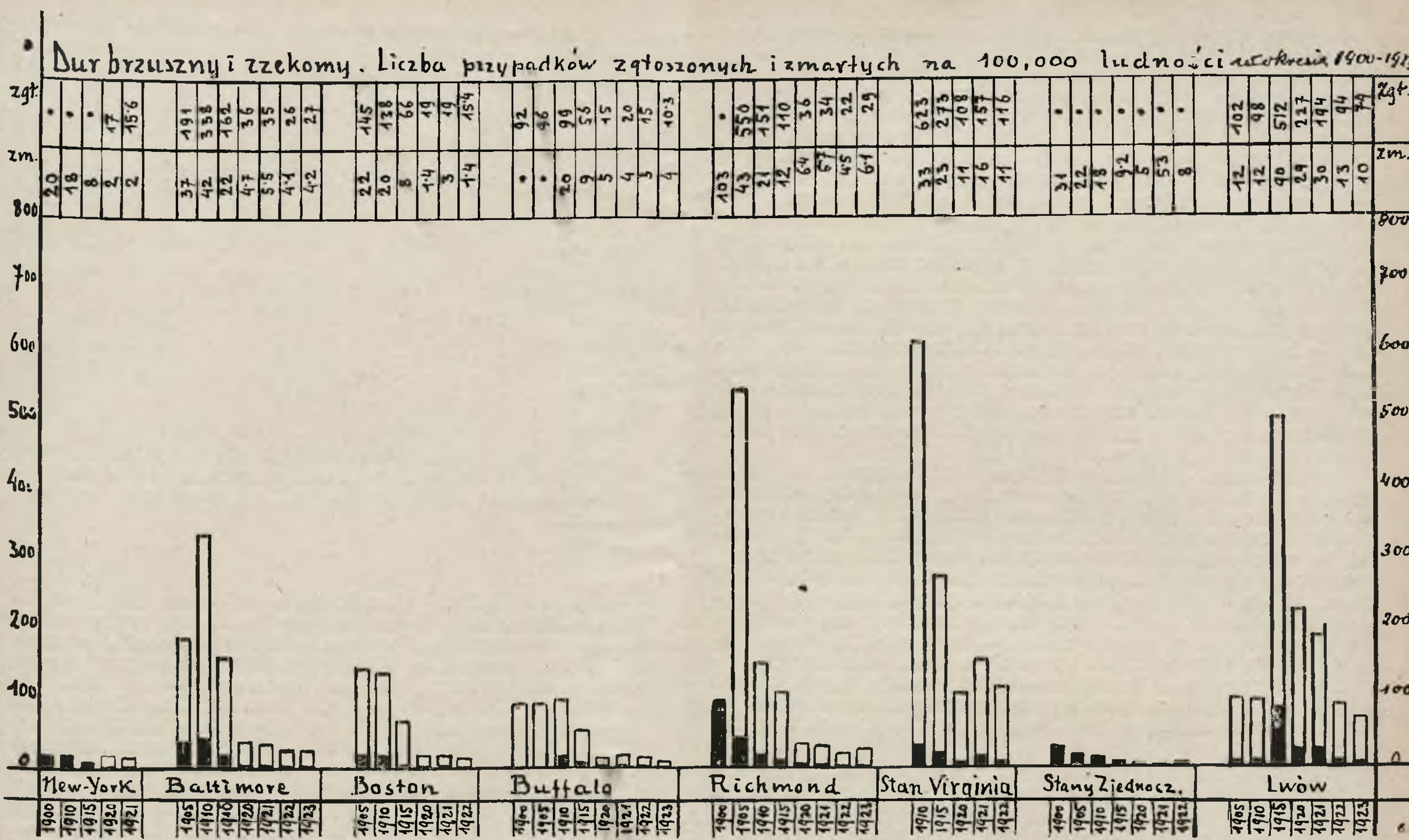
W gruźlicy płuc nie można opierać się na datach podających liczbę zachorowań, ponieważ zgłaszane są tylko przypadki o cięższym przebiegu. Porównawcza więc statystyka zgonów pozostaje nam tutaj jako jedynie miarodajna do wysnuwania jakichkolwiek wniosków. W czasie od roku 1900 do 1923 na 100.000 mieszkańców liczba zmarłych (Ryc. 3.):

w New Yorku	opadła	z 296	do 79
w Baltimore	»	z 235	do 116
w Bostonie	»	z 216	do 95
w Buffalo	»	z 120	do 85
w Richmond	»	z 251	do 112
w Stanie Virginia	»	z 149	do 116
w Stanach Zjednoczonych	»	z 195	do 92
we Lwowie	»	z 731	do 375

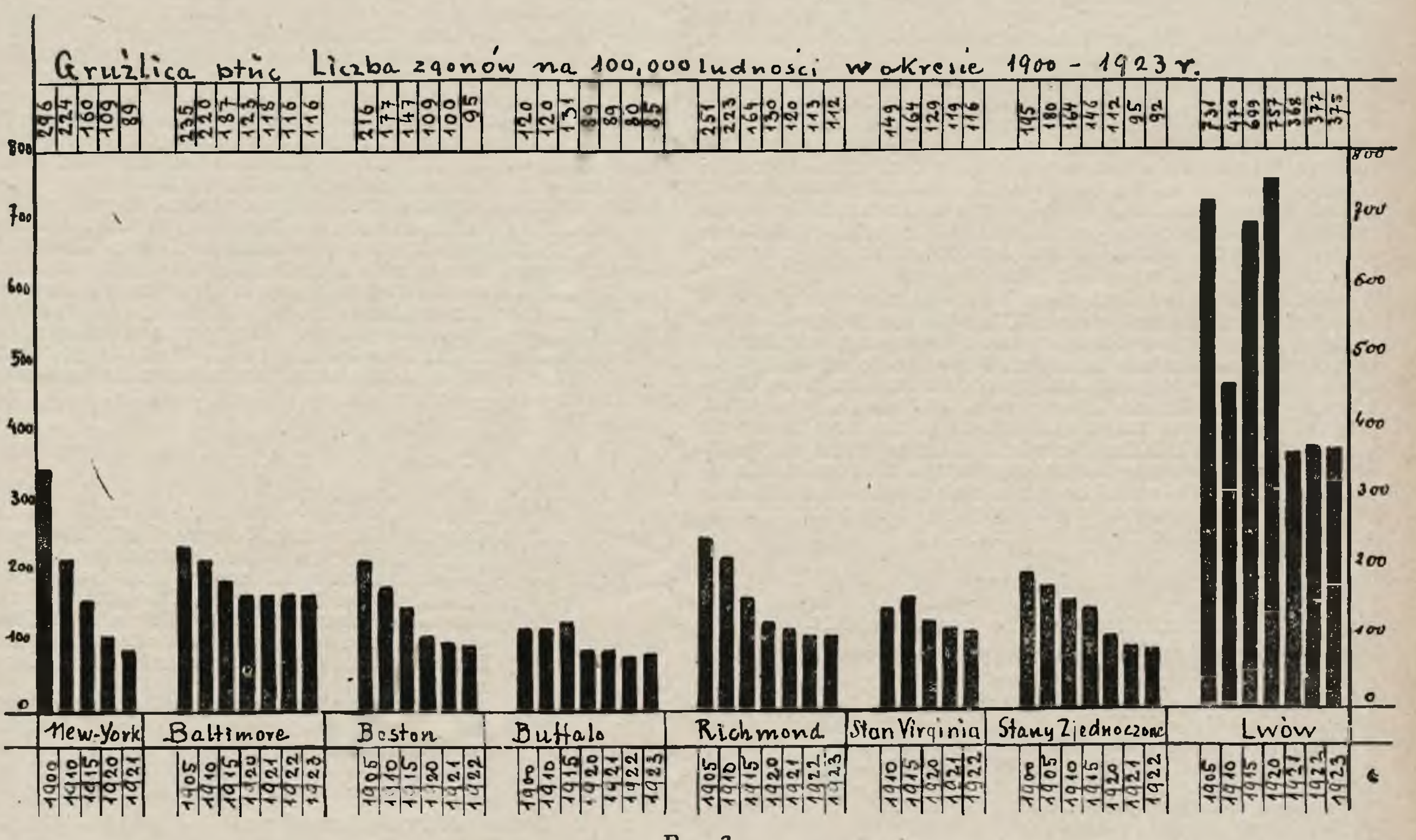
Liczba przypadków zgłoszonych i zmarłych na 100 000 ludności.

Tab. II.

		Zgłoszeni								Zmarli							
		1900	1905	1910	1915	1920	1921	1922	1923	1900	1905	1910	1915	1920	1921	1922	1923
New York miasto	Płonica	—	—	—	—	115	235	—	—	39	—	20	3	4	7	—	—
	Błonica	—	—	—	—	250	263	—	—	130	—	53	23	18	16	—	—
	Dur brzuszny i rzekomy	—	—	—	—	17	15·6	—	—	20	—	18	8	2	2	—	—
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	493	466	—	—	296	—	224	160	109	89	—	—
Baltimore	Płonica	—	115	209	217	168	141	156	289	4	6	9	5	1·8	1·5	1·2	3
	Błonica	—	180	141	197	209	189	201	170	55	19	11	13	13	11	12	11
	Dur brzuszny i rzekomy	—	191	338	162	36	35	26	27	—	37	42	22	4·7	5·5	4·1	4·2
	Gruźlica płuc	—	133	588	289	190	184	188	191	—	235	220	187	123	118	116	116
Boston	Płonica	—	209	328	308	287	264	239	—	—	15	10	9	9	7	6	—
	Błonica	—	393	401	322	267	395	398	—	—	39	26	21	19	20	19	—
	Dur brzuszny i rzekomy	—	145	138	66	19	19	15·4	—	—	22	20	8	1·4	3	1·4	—
	Gruźlica płuc	—	—	—	418	307	287	260	—	—	216	177	147	109	100	95	—
Buffalo	Płonica	208	99	538	144	130	217	243	231	—	—	52	5	4	10	6	5
	Błonica	153	160	302	208	620	377	146	127	—	—	37	16	59	28	12	10
	Dur bruszny i rzekomy	92	96	99	56	15	20	15	10·3	—	—	20	9	5	4	3	4
	Gruźlica płuc	—	—	275	271	203	183	153	156	120	—	120	131	89	89	80	85
Richmond	Płonica	—	—	—	—	—	—	—	—	3·5	1	0	0·6	0	0·6	1·7	0·6
	Błonica	—	—	—	—	—	—	—	—	7	13	10	4	11	10	9	7
	Dur brzuszny i rzekomy	—	550	151	110	36	34	22	29	103	43	21	12	6·4	5·7	4·5	6·1
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	251	223	164	130	120	113	112
Stan Virginia	Płonica	—	—	139	120	143	192	137	—	—	—	2·6	1·1	1·3	2·5	1·9	—
	Błonica	—	—	330	211	176	276	299	—	—	—	14	17	14	17	19·5	—
	Dur brzuszny i rzekomy	—	—	623	273	108	157	116	—	—	—	33	23	11	16	11	—
	Gruźlica płuc	—	—	555	315	147	138	131	—	—	—	149	164	139	119	116	—
Stany Zjednoczone	Dur brzuszny i rzekomy	—	—	—	—	—	—	—	—	31	22	18	9·2	5	5·3	8	—
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	—	—	—	—	195	180	164	146	112	95	92	—
Lwów miasto	Płonica	—	276	234	124	519	317	100	283	—	42	22	31	82	52	14	14
	Błonica	—	209	113	108	39	33	29	29	—	14	17	20	10	7	6	6
	Dur brzuszny i rzekomy	—	102	98	512	227	194	94	74	—	12	12	90	29	30	13	10
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	731	470	699	757	368	377	375



Ryc. 2.



Ryc. 3.

W walce z gruźlicą przy tak pomyślnych wynikach wchodzi w grę nie tylko celowość organizacji publicznej służby zdrowia, lecz również nadzwyczajny rozwój stosunków ekonomicznych państwa i wygodne warunki życia codziennego poszczególnej jednostki.

Spostrzeżenia ogólne.

Kończąc sprawozdanie niniejsze przyznaję się otwarcie, iż z powodu braku czasu nie mogłem niestety zapoznać się bliżej z działami higjeny dziecka i higjeny szkolnej, mimo wzorowej ich organizacji i szeroko rozwiniętej działalności. Z tego samego po-

wodu zmuszony byłem pominąć zwiedzenie sławnych centralnych rzeźni w Buffalo i Chicago zaopatrujących wszystkie wschodnie Stany w mięso doborowej wartości. Pomijając więc powyższe działy milczeniem chciałbym jeszcze poruszyć niektóre sprawy i spostrzeżenia zebrane poza zakładami i instytucjami a odnoszące się do właściwości życia codziennego, którym z higienicznego punktu widzenia należy przyznać pierwszorzędne znaczenie.

Z podziwem patrzymy na Państwo, które jako jedyne w świecie zdołało się na odwagę otwartej walki z alkoholizmem i przyjęło ustawę wzbraniającą używania alkoholu. Obecnie ustawa prohibic. przebywa ciężką walkę z dawnym głęboko zakorzenionym nałogiem. Jak każda myśl wielka i nowa, ustawa ta ma swoich gorących zwolenników i przeciwników. Jedni dopatrują się w niej szkodliwych skutków, ponieważ wobec ostrego zakazu i ciężkich kar powstało wiele pokątnych, ukrytych gorzelni wyrabiających alkohol, pity w formie nieoczyszczonej. Obrońcy ustawy prohibicyjnej stwierdzają natomiast, że mimo przekroczeń ogólne zużytkowanie alkoholu od czasu wprowadzenia ustawy znacznie się zmniejszyło, zwłaszcza wśród młodzieży, wobec czego oczekują cierpliwie zbawiennych jej skutków dopiero w przyszłych pokoleniach.

Przypatrzmy się jeszcze trybowi i warunkom codziennego życia w Stanach Zjednoczonych. Przeciętny obywatel przed rozpoczęciem pracy codziennej zjada obfite śniadanie (breakfast) składające się z owoców, kompotów, marmolad, kaszki owsianej, jaj, szynki, masła, bułki, mleka, białej kawy lub herbaty. W połowie pracy dziennej przypada jednogodzinny wypoczynek, w którym spożywa drugie śniadanie (lunch) z mięsem, leguminą i owocami. O godzinie 5. popoł. kończy swe zajęcie, wraca do domu — bardzo często własnym samochodem — kąpie się i przebrany siada do obiadu (dinner) składającego się z zupy, mięsa, jarzyn, leguminy i owoców. Wartość materjałów spożywczych, sposób przyrządzania i podania potrawy jest bez zarzutu, a nadzwyczajna czystość lokalu restauracyjnego, naczyń i stołów zwraca wszędzie szczególniejszą uwagę.

W całym trybie życia codziennego, w upodobaniach i nawyczkach, a zwłaszcza w zewnętrznych jego formach można dopatrzeć się stałego pewnego typu, pewnej, że tak powiem standaryzacji. Poza godzinami pracy istotnie trudnem jest z wyglądu zewnętrznego, zachowania się i ubrania wyróżnić w pierwszej chwili jednostkę zajmującą niższe stanowisko społeczne od wyżej stojącej. Czynnik napozór drobnostkowy, a jednak społecznie bardzo ważny, gdyż usuwa zewnętrzne różnice, ośmiela biedniejszego, wyciąga go z nor i zaułków i zbliżając całe społeczeństwo ku sobie, wpływa nadzwyczaj dodatnio na uświadomienie i cywilizację niższych warstw, a tem samem na higjenę społeczną.

Do ideałów każdego Amerykanina należy posiadanie własnego domu i samochodu, co też w przeważającym odsetku przypadków przyjmuje formę realną. Z zaoszczędzonego grosza robotnik buduje sobie dom dla własnego użytku — rodzaj willi — składającej się z 3 do 4 pokoji, łazienki i kuchni, z instalacją wodociągową, gazową i elektryczną, a często choćby z małym ogródkiem i trawnikiem, a ponieważ na 3 do 4 mieszkańców przypada w Stanach Zjednoczonych jeden samochód, więc prawie zawsze i Ford znajdzie się w rodzinie robotnika.

Jeżeli porównamy dochody osób różnych zawodów z najważniejszemi ich rozchodami dziennemi (Tabl. III), przyjdziemy do przekonania, iż nawet zwykłemu, nieukwalifikowanemu robotnikowi chcącemu tylko uczciwie pracować, budżet może wystarczyć na skromne ale wcale wygodne utrzymanie. To też poza New Yorkiem zwanym słusznie „Nowym Babilonem świata", miastem niebywałego ruchu, pośpiechu i ciągłego przelewania się obcego materjału ludzkiego, a właściwie poza tylko wschodnią częścią Manhattanu przypominającego nasze Nalewki, Kazimierz lub Żółkiewskie, gdzie stale przetrawia się i oczyszcza biedniejszy element świeżo przybyłych emigrantów, wszędzie na ogół odczuwa się ład i dobrobyt.

Tabl. III.

Pobory miesięczne w New Yorku w r. 1924.

Kelner	60 dol. = 300 Zł	+ utrzyman.
Kucharka, służąca domowa	80 » = 400 »	+ »
Sługa dochodząca	120 » = 600 »	+ I i II śniad.
Konduktor tramwajowy	180 » = 900 »	
Konduktor kolejowy	260 » = 1300 »	
Policjant	201 » = 1005 »	
Robotnik kwalifikowany	312 » = 1560 »	
Dyrektor urzędu sanitarnego	541 » = 2`05 »	
Inspektor urzędu sanitarnego	331 » = 1755 »	
Starszy urzędnik urzędu sanitarnego	250 » = 1250 »	
Pielęgniarka urzędu sanit.	152 » = 760 »	
Służący urzędu sanitarnego	120 » = 600 »	

Koszta utrzymania w New Yorku w r. 1924.

Mieszkanie (2 pokoje z łazienką i kuchnią miesięcznie	60 dolarów =	300 Zł
Mieszkanie (6 pokoi z łazienką i kuchnią)	125 » =	526 »
Ubranie codzienne	25–50 » =	125–250 »
Obuwie	16–12 » =	30–60 »
Bochenek chleba	0·10 » =	0·50 »
Mięso wołowe ½ kg.	0·25–0·60 » =	1·25–3 »
Mleko litr	0·12 » =	0·60 »
Jaja 12 sztuk	0·50 » =	2·50 »
Masło ½ kg	0·55 » =	2·75 »
Mąka »	0·5 » =	0·25 »
Cukier »	0·7 » =	0·35 »
Kawa »	0·40 » =	2·0 »
Herbata »	0·60 » =	3·0 »

Podziw ogarnia patrząc na pogodę życia, zadowolenie i energję mieszkańca Stanów Zjednoczonych, a otucha wstępuje na widok niebywale szybkiego postępu i tak pomyślnych wyników pracy ludzkiej.

* * *

W roku 1913 Mr. John D. Rockeffeler ofiarował 165 miljonów dolarów na cele humanitarne i naukowe, przyrodniczo-lekarskie. Nowopowstała Fundacja Rockeffelera zorganizowała się szybko dzieląc chlubny program pracy pomiędzy 4. oddziały, a mianowicie: „The of International Health Board, The China Medical Board, The Division of Medical Education i The Division of Studies.

Celem fundacji jest iść z pomocą ludzkości poza obrębem Stanów Zjednoczonych bez względu na kraj, rasę i wyznanie, a zakres działania obejmuje budowę szkół higjenicznych i pielęgniarskich, szpitali, poradni, pomoc w walce z chorobami zakaźnemi, stwarzanie całych wydziałów lekarskich (Pekin), budowa i pomoc w uposażeniu instytutów naukowo-lekarskich, sprawa wyszkolenia pielęgniarek i rozdział stypendjów dla dalszego kształcenia się i poznania nowych środowisk pracy naukowej z zakresu wiedzy lekarskiej i nowych organizacji publicznej służby zdrowia. Fundacja Rockeffelera w r. 1923 rozdała 8.5 miljonów dolarów, a 636 stypendjów 29 państwom obcym.

Obok tej instytucji ten sam Mr. John D. Rockeffeler wspólnie z żoną i synem ofiarował nowe setki miljonów własnej ojczyźnie na powstanie nowych 4. działów finansowo niezależnych od siebie, a mianowicie: The General Education Board zajmujące się szkołami i uniwersytetami; The Rockeffeler Institute for Medical Research przeznaczony tylko dla ścisłych badań naukowych w zakresie wiedzy lekarskiej; The Laura Spelman Rockeffeler Memorial, którego zadaniem jest badanie wychowania i rozwoju umysłowego dzieci, jak również sprawa higjeny socjalnej; wreszcie The International Educations Board zajmujące się działem matematyczno-przyrodniczym i rolnictwem.

Ofiarodajność wyjątkowa i podziwu godna, a wyniki jej dowodzą w całej pełni, iż Fundacja Rockeffelera pozostaje stale i wszędzie wierną swemu zaszczytnemu hasłu „to promote the well — being of mankind throughout the world".

Zwiedzone Zakłady.

Stan New York:

New York City: Columbia University, College of Phisicians and Surgeons, The Rockeffeler Institute for Medical Research, Division of special investigations by The Bureau of Laboratories City of New York; Bureau of Laboratories City of New York, Division of antirabic vaccine, Division of Microbal Sanitary Examinations, Scheffield Farms Company;
Willard Parker Hospital, Main Clinic, The Advisory Clinic of the venereal Diseases, Tuberculosis Dispensaries;
Department of Water Supply;
Department of Health City of New York.

Otisville: Division of Production of sera and vaccines City of New York;
Sanatorium for Tuberculosis.

Valhalla - Kensico: Reservoir and Station of Water Supply City of New York;

Kingston - Ashokan: Reservoir and Station of Water Supply City of New York.

Pearl River: Lederle Antitoxin Laboratories, Division of antirabic vaccine.

Cold Spring Harbor L. J.: The Eugenics Record Office.
Albany: State Division of Laboratories and Research, State Division of Production of sera and vaccines;
Department of Water Supply.
Buffalo: State Institute for the Study of Malignant Disease;
Bacteriological Laboratories City of Buffalo;
Department of Water Supply;
Department of Health City of Buffalo.
Niagara Falls: Public Health Laboratory City of Niagara Falls.

Stan New Jersey:

Princeton: University, The Department of Animal Pathology of The Rockefeller Institute for Medical Research;
Walker — Gordon Farm.

Stan Massachusetts:

Boston: Harvard Medical School;
The State Bacteriological Laboratory, The Wassermann Laboratory, Antitoxin and Vaccine Laboratory, Bacteriological Laboratories City of Boston;
Department of Public Health of Massachusetts, Health Department City of Boston.
Cambrigde: Harvard University, Department of Sanitary Engineering;
Lawrence: The Experimental Station of biological filters.

Stan Michigan:

Detroit: Bacteriological Laboratories City of Detroit, Division of antirabic vaccine, Park — Davis Antitoxin and Vaccine Laboratories, Division of antirabic vaccine;
The Advisory Clinic and Hospital of The Ford Motor Company;
Department of Water Supply.

Stan Ohio:

Columbus: Ohio State University, College of Medicine;
State Division of Laboratories, Laboratory of antirabic vaccine;
Department of Water Supply;
The Ohio Department of Health.

Stan Pennsylvania:

Philadelphia: University of Pennsylvania, School of Medicine, Graduate School of Medicine, Department of Pathology in The Research Institute of Cutaneous Medicine;
Laboratories of General Hospital, Laboratory of Hospital for infectious Diseases, Diagnostic Laboratory of the Bacteriological Department by The Gradnate School of Medicine, Antitoxin Laboratory of Hospital for infectious Diseases;
General Hospital, Hospital for infectious Diseases City of Philadelphia;
Department of Water Supply.
Glenolden: H. K. Mulford Laboratories, Division of antirabic vaccine.

Washington D. C. Hygienic Laboratory;
Diagnostic Division of Hygienic Laboratory, Laboratories of The Naval Medical School and Hospital, Laboratories of The Walter Reed Hospital;
The Naval Hospital, The Walter Reed Hospital;
Department of Water Supply;
The Surgeon General of the Public Health Service of The United States, Bureau of Animal Industry.

Stan Virginia.

Richmond: Medical School;
State Diagnostic Laboratory;
Department of Water Suply;
State Board of Health, Bureau of Health City of Richmond.

Stan Maryland:

Baltimore: John Hopkins University, Medical School, School of Hygiene and Public Health;
State Bureau of Bacteriology, Bureau of Bacteriology City of Baltimore;
State Board of Health, Health Department City of Baltimore.
Montebello: Department of Water Supply.
Loch-Raven Dam: Sewage-Works.

Oceny i sprawozdania.

Podręcznik fizjologji wydał Adolf Beck. Lwów-Warszawa-Kraków 1924.

Podręcznik ten jest pracą zbiorową najwybitniejszych fizjologów polskich i stanowi nietylko wzbogacenie naszego piśmiennictwa naukowego; monografje w nim zawarte pisane przez zawodowych znawców poszczególnych działów są przyczynkami do poznania nauki, opartemi nietylko na cudzych, ale i na własnych doświadczeniach, liczącemi się z najnowszemi zdobyczami wiedzy i mogłyby każdemu piśmiennictwu naukowemu być ozdobą.

W przedmowie wydawca zaznacza, że podręcznik ten uwzględnić ma przedewszystkiem potrzeby uczącej się młodzieży i zapewne trudno o bardziej kompetentnego znawcę tych potrzeb. Jakoż w każdym dziale znajdujemy, nietylko część teoretyczną, w której bez obciążenia zbytnim balastem naukowego piśmiennictwa podano przecież źródła nowych poglądów — ale obok teoretycznej ze szczególną dokładnością opracowana jest część praktyczna, sposób wykonania doświadczeń, odpowiednie wzory, krzywe i objaśniające rysunki.

Przy rozgałęzieniu współczesnem nauki fizjologji niepodobna wykonać tego jednemu człowiekowi, to też opracowanie działów powierzył wydawca wybitnym specjalistom i to szczególniej podnieść należy, że pośród nich znaczną część stanowią ludzie praktyki, specjaliści chorób serca, oczu, uszu lub nerwów. Tem bardziej pewnym być można, że ci wybitni znawcy potrafili z fizjologji ogólnej podnieść i zaakcentować te właśnie szczegóły, które przy stosowaniu w leczeniu stanowią część zasadniczej wiedzy. Doświadczenie leczenia jest dopełnieniem teoretycznej wiedzy i zapewne owo doświadczenie daje największe prawo nietylko do stawiania teorji, ale do wysuwania z szeregu zjawisk napotykanych te właśnie, które stanowią o istocie nauki.

Mimo, że książka pisana jest przez rozmaitych autorów panuje w niej pewna jednolitość, tłumacząca się tem właśnie, co wydawca na wstępie zaznaczył. Przewodnią myślą w niej jest: doświadczeniu oddać głos rostrzygający w myśl niezapomnianej nauki Claude Bernarda, którego imię na łamach tego dzieła ciągle spotykamy. Książka poświęcona jest pamięci Napoleona Cybulskiego wybitnego fizjologa krakowskiego związanego ściśle z tradycją wielkich fizjologów. Temi dwoma nazwiskami znaczy się niejako jej program naukowy.

Byłoby zbytecznem omawiać po tem co powiedzieliśmy wyżej poszczególne działy tej cennej i pożytecznej książki. Artykuły dra Sosnowskiego o mięśniach, dra Modrakowskiego o trawieniu lub dra Parnasa o czynnościach wątroby, oddychaniu i moczu są wymowną ilustracją tego, co ogólnie powiedzieć można: uwzględnienie teoretycznych wiadomości i wskazówki dla praktycznego badania, dla doświadczeń i ich zastosowania.

Nie ulega wątpliwości, że książka odda usługi nieocenione każdemu, nietylko uczącemu się, ale i tym, którzy o najnowszych zdobyczach wiedzy chcą się poinformować, tym wszystkim, którzy pamiętają, że nauka fizjologji jest nietylko dla patologji ale i dla terapji wiedzą podstawową.

Prof. dr. Wacław Moraczewski.

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 14. 1925.

Walder. **Krwotoki płucne i gruźlicze.**

Halir. **Niedokrewność złośliwa i lymphogranuloma malignum.** Autor opisuje rzadki przypadek, który z początku wykazywał obraz niedokrewności złośliwej, występującej po porodzie, która powtórzyła się podczas następnej ciąży. Następnie wystąpiła lymphogranulomatoza (*forma inguinalis*), która cechowała się znacznem powiększeniem gruczołów pachwinowych i sprowadziła zejście śmiertelne.

Autor omawia przyczynę niedokrewności złośliwej zależną od porodu, za czem przemawia mała ilość czerwonych

ciałek krwi, leukopenja ze względną limfocytozą, zwiększony wskaźnik hemoglobiny, megaloblasty i megalocyty. Autopsja wykazała ogólną amyloidozę i prócz guzów granulomatycznych w wątrobie, śledzionie i płucach — bardzo rzadki przypadek — przerzuty w błonie śluzowej pęcherza moczowego, wielkości grochu.

Rütz. **Zakażenie blizny ścięgna palca wyleczone »Rivanolem«.**

Sindler i Weidenbach. **Kazuistyka ciał obcych w płucach.** Autor przedstawia kilkuletnie dziecko, które przy wyjęciu zęba, aspirowało wyjęty ząb. Chwilowo wystąpiła u dziecka sinica, która po kilku minutach ustąpiła. W trzecim dniu po wyjęciu zęba, wystąpiło u chorego podwyższenie ciepłoty, kaszel i ogólne osłabienie. Stwierdzono u chorego zapalenie płuc. Ponieważ ciepłota ciała nie obniżała zię, a stan chorego coraz bardziej się pogarszał, przeniesiono go na klinikę, gdzie wykonano kilkakrotnie nakłucie.

Nakłucie dało dwukrotnie wynik ujemny, trzeci raz wydobyto cuchnącą ropę. Ponieważ prześwietlenie promieniami Roentgena stwierdziło obecność ciała obcego co do kształtu podobnego do zęba, wykonano resekcję żebra, usunięto ropę, lecz ciała obcego nie wydobyto. Po dwóch dniach nastąpiło zejście śmiertelne, a sekcja wykazała ząb w miejscu podziału lewego głównego oskrzela; na opłucnej naloty brudne, oraz zupełnie zniszczony miąższ płuca lewego. Gruczoły tchawicowo-oskrzelowe w miejscu rozwidlenia tchawicy dochodziły do wielkości śliwki. Autor zaleca w każdym podobnym przypadku przedewszystkiem dokładne ściąganie wywiadów, prześwietlenia promieniami Roentgena i zbadanie laryngologiczne.

Lövenstein. **Ból uciskowy kręgów przy niewyrównanych wadach.** U sercowo chorych stwierdza się nadwrażliwość lewej strony klatki piersiowej i bolesność mięśnia trapezowego i mostkowo-obojczykowego.

Bolesność mięśniowa jest odruchem nerwu błędnego, ponieważ *n. accessorius* stoi w pewnym związku z nerwem błędnym. Chorzy skarżą się również na ból drugiego lewego żebra i górnych kręgów, występujący na ucisk. Od I-go do IV-go kręgu piersiowego występuje silna bolesność przy niewyrównanych wadach mitralnych.

Funck. **Leczenie cukrzycy autohemoterapją.** U kilku chorych stosował autor autohemoterapję, przyczem nie podawano zupełnie insuliny; dieta składa się z 80 g białka i 150 g czarnego chleba. Wstrzykiwano co 3—5 dni 10 cm^3 krwi dożylnie. Leczenie to dało dobry skutek, jednakowoż potrzebna jest jeszcze ścisła kontrola.

Geinitz. **Leczenie glistnicy robaczkowej (owsika).** Autor poleca jako środek leczniczy przy glistnicy robaczkowej i świądzie przy tem występującym, dwukrotne spożywanie surowej marchwi (*Mohrrübe)* Skutek jest nadzwyczajny.

S. Arnoldówna (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji.

Posiedzenie Rady Nadzorczej we Lwowie w dniu 3. lipca 1925 r.

Obecni: Doc. dr. Bocheński, dr. Krzyżanowski, prof. dr. Machek, prof. dr. Nowicki, prof. dr. Rencki, prof. dr. Sieradzki.

1. Przewodniczący prof. dr. Rencki odczytuje sprawozdanie rachunkowe za rok 1922, 23 i 24, oraz przedstawia powody spóźnienia ogłoszenia tychże sprawozdań, w szczególności bardzo ciężkie czasy i trudności w okresie dewaluacji, a następnie z powodu śmierci jednego skarbnika i ciężkiej długotrwałej choroby skarbnika drugiego. Obecnie wszystkie rachunki są uporządkowane i sprawozdanie może być ogłoszone.

W dyskusji omówiono przedstawione sprawozdanie i uchwalono w najkrótszym czasie powołać skarbnika w miejsce skarbnika chorego, prof. Machek zaś zastrzegł sobie szczegółowe przeglądnięcie rachunków.

2. Uchwalono z końcem roku bież. zwołać Walne Zebranie delegatów.

3. Na czas nieobecności przewodniczącego we Lwowie, uchwalono polecić doc. Sabatowskiemu czuwanie nad sprawami Towarzystwa, w szczególności nad Morszynem.

4. Wobec zmienionych obecnie stosunków uznano za konieczne przeprowadzenie zasadniczych zmian w organizacji Towarzystwa i w tym celu wybrano Komitet złożony z dr. Krzyżanowskiego, prof. Macheka i prof. Nowickiego, który ma przygotować odpowiedni projekt zmiany statutu w duchu reorganizacji Towarzystwa.

5. Przyjęto dar 50 Zł od dr. Leńki, jako nieprzyjęte honorarjum lekarskie, a przeznaczony na wdowy i sieroty po lekarzach.

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Lubelska.

»Zgodnie z art. 14 Ustawy z dnia 2 XII 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich i z § 3 Regulaminu Izby Lekarskiej Lubelskiej, Wydział Wykonawczy podaje do wiadomości członkom Izby, że **w dniu 15. listopada b. r.** odbędą się wybory do Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej na okres trzechlecia 1926—1928.

Ewentualne powtórne wybory odbędą się w dniu 17. grudnia tegoż roku.

W myśl obowiązującej Ustawy wszelkie zażalenia ze strony członków Izby w związku z umieszczeniem na liście wyborców winny być wnoszone do Zarządu Izby (Lublin, Niecała 3 II piętro) w ciągu dni 10 od daty opublikowania listy wyborców w Urzędowym Organie Wojewódzkim.

Bliższe techniczne szczegóły wyborów zostały umieszczone w Komunikacie Izby Nr. I. rozesłanym wszystkim członkom Izby«.

Dr. K. Jaworski, pisarz. *Dr. Modrzewski*, naczelnik.

Wiadomości bieżące.

Ze świata.

Liczba lekarzy w Niemczech wynosi 41.000 t. j. wypada mniej więcej jeden lekarz na 1500 mieszkańców. W Szwajcarji w r. 1910 było 2.499 lekarzy, w r. 1923 było ich 3.008, wśród nich 98 lekarek. Na jednego lekarza przypadało zatem w r. 1910 mieszkańców 1502, w r. 1923 ponad 1290 mieszkańców. W Szwecji wzrosła liczba lekarzy w latach 1910—1922 z 1247 na 1721; w r. 1922 wypadał jeden lekarz na 1359 mieszkańców. Japonja miała w r. 1924 43.028 lekarzy t. j. jeden lekarz na 1359 mieszkańców (w Tokio 5.104 lekarzy t. j. jeden lekarz na 794 osób).

Ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia gruźlicą w publicznych wziewalniach (inhalatorjach wydało Ministerstwo Opieki Społecznej w Niemczech rozporządzenie, według którego osoby z otwartą gruźlicą mogą przechodzić leczenie inhalatoryjne tylko w osobnych gabinetach.

Ogólno-amerykańska konferencja sanitarna, która odbyła się w Habanie z końcem ubiegłego roku, a w której wzięły udział Stany Zjednoczone Ameryki Północnej i republiki łacińskie amerykańskie, ostatecznie doprowadziła do porozumienia, według którego ma być dla Ameryki prowadzona jednolita statystyka chorobliwości i śmiertelności, kontrola sanitarna okrętów i komunikacji powietrznej, kształcenie lekarzy okrętowych i t. p.

Konferencję w sprawie alkoholizmu urządza od 1–3 września b. r. Międzynarodowe biuro przeciwalkoholizmowe w Genewie. Tematem obrad ma być: 1. Handel alkoholem w kolonjach Afryki podzwrotnikowej. 2. Walka z kontrabandą alkoholową. 3. Jak należy usunąć trudności, jakie powstały między państwami produkującemi alkohol a państwami, które ograniczyły u siebie używanie alkoholu? W konferencji wezmą udział wybitni przeciwnicy europejscy alkoholizmu.

VII Międzynarodowy lekarski kurs dalszego kształcenia z szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji odbędzie się w Karlsbadzie od 13—19 września b. r.

Nr. 31. 2. sierpnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

W sprawie oddziaływania substancyj witaminowych (soku cytrynowego) na drobnoustroje.

Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego.
Dyrektor: Prof. L. Padlewski.

Już obecnie spostrzeżenia nad biologją drobnoustrojów wykazują w pewnych przypadkach znaczenie dodatkowych czynników odżywczych i wzrostowych w szeregu przejawów ich życia, przedewszystkiem zaś wzrostu na podłożach laboratoryjnych. Dokładne zbadanie znaczenia poszczególnych czynników witaminowych, których liczba w miarę różniczkowania ich działania stale wzrasta, napotyka niemal na nieprzezwyciężone trudności ze względu na brak możliwości wyosobnienia chemicznego każdego z nich i użycia do doświadczeń w postaci czystej. Gdy chodzi o doświadczenia nad witaminami, stale ma się do czynienia z tą lub inną mieszanką rozmaitych witamin w stosunku nie zawsze ulegającym ścisłemu ujęciu. Należy nadto mieć na uwadze, że szereg substancyj używanych do sporządzania pożywek (woda, cukier) może zawierać witaminy. Utrudnia to ogromnie pracę systematyczną nad zagadnieniami znaczenia witamin dla życia drobnoustrojów.

Jednocześnie z całą stanowczością należy podnieść, że do drobnoustrojów z ich całkiem odmienną strukturą biologiczną i biochemiczną nie można stosować naszych poglądów ustalonych i wyrobionych na zwierzętach wyższych. Określenia i jednostki witaminowe mogą tutaj ułożyć się całkiem odmiennie i nie można wykluczyć, że inne czynniki biochemiczne oddziaływują na drobnoustroje. Tylko metodyka syntetycznych pożywek może dać materjał do rozwiązania zagadnienia.

Podniecające działanie czynnika stwierdzono przedewszystkiem dla drożdżaków (Pasteur, Wildiers — »Bios« i in.); analiza tego faktu przez Funka i Dubin'a wykazała istnienie swoistej witaminy D, stale towarzyszącej witaminie B, spostrzeganej w rozmaitych węglowodanach, ziarnach zboża, moczu i t. d., posiadającej w stosunku do witaminy B cechy indywidualne (mniej ulega działaniu ciepłoty, zasad, z większym trudem ulega adsorbcji) (Funk i Paton).

Piśmiennictwo istniejące, dotykając sprawy znaczenia witamin dla drobnoustrojów wysuwa przedewszystkiem znaczenie czynnika B oddziaływującego podniecająco w przypadkach poszczególnych na pewne odmiany drobnoustrojowe.

Nie zestawiam na tem miejscu piśmiennictwa, gdyż szczegółowe zestawienia podali już Eisenberg i Funk. Pokrótce nadmienię, że spostrzeżenia dotyczyły przeważnie drobnoustrojów bardziej wymagających co do warunków wzrostu na sztucznych podłożach, jako to łańcuszkowców (Müller, Ayers a. Mudge, Freedman a. Funk), gonokoków (Cole a. Lloyd, Giscard), meningokoków (Lloyd), las. grypy (Tinti) i in. Prace te ustaliły znaczenie rozmaitych czynników witaminowych dla drobnoustrojów wymienionych ułatwiając ich hodowanie oraz podnosząc ich żywotność.

W spostrzeżeniach istniejących stosunkowo mniej uwagi udzielano czynnikowi C, aczkolwiek już empiryczna bakterjologja nieświadomie od dłuższego czasu używała tego czynnika w postaci kartofli, marchwi. Leichtentritt, Leichtentritt i Zielaskowski, dokonywując badań nad własnościami podniecającemi soku cytrynowego na łańcuszkowce i las. błonicze wychodzili z założeń utylitarnych, dążąc przez pobudzenie wzrostu do szybszego rozpoznawania w celach klinicznych; w stosunku do łańcuszkowców i las. błoniczych tego rodzaju oddziaływanie na szybkość wzrostu autorzy osiągnęli i podnoszą je.

W podanych niżej spostrzeżeniach badałem własności podniecające substancyj zawartych w soku cytrynowym występujących przedewszystkiem w postaci witaminy C, aczkolwiek Osborne i Mendel zaznaczają również istnienie witaminy B. Zdaję sobie sprawę, że obecnie trudno jest w postaci stanowczej i wyraźnej ustalić rolę każdego z tych czynników. Zresztą jest to na razie sprawa mniejszej wagi. W spostrzeżeniach własnych na drobnoustrojach rozmaitych rodzajów zamierzałem wyjaśnić oddziaływanie substancyj czynnych soku cytrynowego na ich własności morfologiczne i biologiczne.

Dla doświadczeń użyto 6 szcz. las. Shiga, 6 szcz. las. durowej, 10 szcz. gronkowców, 42 szcz. łańcuszkowców, 2 szcz, pneumokoka, 5 szcz. gonokoka, 1 szcz. meningokoka, 3 szcz. b. prodigiosus, 2 szcz. las. ropy błękitnej, 3 szcz. las. okrężnicowej.

Sok cytrynowy, zabezpieczając go przed zanieczyszczeniem, zbierano sącząc przez gazę do kolbki jałowej, natychmiast zobojętniano (w stosunku do lakmusu) nasyconym roztworem dwutlenku sodu. Sok zobojętniony dodawano do pożywek (agaru i buljonu) w ilości 0,2—0,7 (na 10 cm sz.). Odczyn pożywek pozostawał w granicach ph = 7,4—7,6.

Nie podając w szczegółach spostrzeżeń dokonanych wysunę i omówię tylko te działy co do których dało się osiągnąć stałe wyniki.

Wobec wyżej zaznaczonego faktu istnienia witamin w używanych ogólnie pożywkach w części spostrzeżeń, w celu możliwego obniżenia zawartości witamin, zastosowałem pięciokrotne wyjałowienie przy 120°; to ostatnie w pewnej mierze oddziaływało na własności fizyczne agaru czyniąc go miękkim, ulegającym nawet lekkiemu naciskowi. W szeregu przypadków jednocześnie stosowałem odmiany pożywek wyjaławiane w aparacie Kocha, a więc nie poddawane ciepłocie wyżej nad 100°.

Stosując równolegle pożywki wyjałowione przy 120° (pięciokrotnie) i przy 100° (trzykrotnie) z dodatkiem lub bez dodatku soku cytrynowego dążyłem do ujęcia i ustalenia tych zmian, jakie się zaznaczają przy hodowaniu drobnoustrojów na każdej z tych pożywek.

W stosunku do drobnowidowej morfologji drobnoustrojów oraz ich wzrostu makroskopowego na podłożach należy stwierdzić, że nie wszystkie szczepy badane oddziaływały jednakowo. Drobnoustroje nie wymagające specjalnych warunków dla wzrostu po dodaniu soku cytrynowego naogół nie zmieniały swoich cech wzrostu (przeważająca część gronkowców — złotych, białych i cytrynowych, laseczka durowa), pewną, co prawda niezbyt wybitną różnicę wzrostu dostrzeżono u las. czerwonkowych (Shiga-Kruse), które na agarze cytrynowym dawały większe, zlewające się kolonje.

Porównanie wzrostu hodowli na pożywkach pięciokrotnie wyjałowionych w autoklawie z pożywkami wyjałowionemi w aparacie Kocha nie dało różnicy dostrzegalnej, jako też i morfologja drobnowidowa drobnoustrojów. Całkiem odmiennie występuje znaczenie czynników soku cytrynowego w stosunku do drobnoustrojów bardziej wymagających. Najliczniej badane łańcuszkowce rozmaitego pochodzenia (ze krwi, z ropy, z cewki) u 8 z 12 szczepów badanych, na agarze bardzo wyraźnie zaznaczały tę różnicę wzrostu; kolonje na agarze z sokiem cytrynowym były stale większe, wzrost obfitszy, żywotność szczepów zachowywała się dłużej. Na podłożach płynnych zaznaczała się ta sama różnica wzrostu — dodatek soku cytrynowego podniecał wzrost, dawał większy osad drobnoustrojów. Mikroskopowo na podłożu płynnem z sokiem cytrynowym w kilku przypadkach stwierdzono niezwykłą rozmaitość wymiarów ziarenkow-

ców tworzących łańcuchy poszczególne, jednakże w każdym łańcuchu wielkość ogniw pozostawała równomierną, zaś różnica występowała tylko przy porównaniu poszczególnych łańcuchów. Niekiedy w jednem polu widzenia występowały tak odmienne morfologiczne typy łańcuszkowcowe, że nasuwało się przypuszczenie o możliwości hodowli mieszanej, dalsze jednakże przeszczepianie z buljonu z sokiem cytrynowym na buljon zwykły dawało znów równomierne i jednostajne łańcuchy. Zdjęć mikrofotograficznych tych szczepów ze względów technicznych nie podaję.

Z innych drobnoustrojów w 2 przyp. subtelnie rosnące gronkowce złote, hemolityczne nieco lepiej rosły po dodaniu soku cytrynowego; dwa badane szczepy pneumokoka zaznaczały taką samą różnicę; meningokok w jednym spostrzeganym przypadku dał bujny wzrost na zwykłym agarze z sokiem cytrynowym przy jednoczesnym wyniku ujemnym na agarze bez soku.

Parę uwag na tem miejscu chcę poczynić w stosunku do gonokoka i roli witamin w jego hodowaniu. Zwykły agar po dodaniu soku cytrynowego tylko w przypadkach wyjątkowych dawał nikły wzrost; czynniki witaminowe soku cytrynowego (C i B) dodane do agaru Giscard'a nie mogły zastąpić krwi ludzkiej dodawanej w tej samej ilości, aczkolwiek Giscard w swojej koncepcji wysuwa na plan pierwszy przedewszystkiem substancje witaminowe krwi, nie zaś jej części składowe białkowe. Można przypuszczać, że substancje witaminowe przy hodowaniu pierwszych pokoleń gono koka nie są czynnikiem podstawowym.

O ile uogólnimy spostrzeżenia nad wpływem substancyj witaminowych na wzrost i morfologję, winniśmy podnieść ogromnie indywidualny stosunek nie tylko rodzajów drobnoustrojowych, lecz nawet poszczególnych jednostek w granicach jednego rodzaju. Podniecające działanie soku cytrynowego dla wzrostu pewnych szczepów bakteryjnych nie ulega wątpliwości.

Własności biochemiczne drobnoustrojów, ich zdolność fermentacyjna w stosunku do ciał białkowych i węglowodanów (peptonizacja, wytwarzanie indolu, własności hemolityczne, kwaso- i gazotwórcze) przy równoległem hodowaniu szczepów na podłożach zwykłych oraz z sokiem cytrynowym nie wykazywały zmiany dostrzegalnej.

Wpływ substancyj czynnych soku cytrynowego na własności biologiczne drobnoustrojów dało się zauważyć pod dwoma względami.

Spostrzeżenia równoległe stwierdziły, że żywotność drobnoustrojów bardziej wymagających (łańcuszkowce, pneumokoki) dłużej zachowuje się na podłożach z sokiem cytrynowym; różnica ta dla szczepów poszczególnych wypadała indywidualnie. W pewnych przypadkach pod tym względem żywotność szczepów na agarze z sokiem cytrynowym dorównywała żywotności na agarze z płynem puchlinowym.

Inną cechę biologiczną na którą oddziaływały substancje witaminowe soku cytrynowego stanowi zdolność wytwarzania barwika. Lecz i pod tym względem rozmaite bakterje ustosunkowały się odmiennie. Tak, gronkowce rozmaicie zabarwione (żółte, cytrynowe) nawet po dłuższem równoległem hodowaniu na podłożach zwykłych oraz zawierająrych sok cytrynowy nie zaznaczały wyraźnej różnicy w stopniu zabarwienia; las. ropy błękitnej wykazywała, aczkolwiek w niezbyt znacznej mierze, osłabienie zdolności barwikotwórczej na podłożach z sokiem cytrynowym — piocyjanina otrzymana w wyciągu chloroformowym i wodnym hodowli dawała słabsze zabarwienie dla hodowli na buljonie z sokiem cytrynowym. Natomiast b. prodigiosus po 4 mies. równoległem hodowaniu na obu typach pożywek dał bezbarwny szczep na zwykłym agarze oraz intenzywnie zabarwiony na zwykłym agarze z sokiem cytrynowym. W celu ustalenia działania soku cytrynowego w tej różnicy zabarwienia hodowli, każdą z tych dwu odmian przeszczepiono na agar zwykły i agar zwykły z sokiem cytrynowym hodując na tych podłożach w ciągu 2 mies. W tych warunkach szczep bezbarwny hodowany na zwykłym agarze zachował swój typ, zaś na podłożu z sokiem cytrynowym powoli zaczął nabierać barwę swoistą; odwrotnie zabarwiony na podłożu zwykłem zatracił swój barwik, zachowując go bez zmiany na agarze z sokiem cytrynowym. Tego rodzaju zmiany własności barwikotwórczych w stopniu nie zawsze równie wybitnym, spostrzegałem na 3 szczepach b. prodigiosus. Nie uogólniając spostrzeżeń nad drobnoustrojami barwikotwórczemi w stosunku do nich tak samo stwierdzić należy znaczną rozmaitość w odczynie na działanie substancyj czynnych soku cytrynowego.

Stosunek niweczników do drobnoustrojów hodowanych na rozmaitych rodzajach pożywek badałem ustalając miano zlepne szczepów równolegle hodowanych na agarze zwykłym i z sokiem cytrynowym (wciągu 2 miesięcy). Zbadano w ten sposób 6 szczepów laseczek Shiga-Kruse oraz 4 szczepy durowe. Jako cechę charakterystyczną spostrzeżenia należy podnieść, że odczyn zlepny występował wyraźniej, dawał większe kłaczki ze szczepami hodowanemi na agarze z sokiem cytrynowym; miano odczynu zlepnego (zlepność hodowli) w obu przypadkach nie różniło się znacznie, aczkolwiek o ile różnica zachodziła, zaznaczała się ona zwykle wyższem mianem zlepnem dla szczepów hodowanych na agarze z sokiem cytrynowym.

Własności chorobotwórcze drobnoustrojów badanych — las. czerwonkowe Shiga-Kruse (6 szcz.) oraz las. durowe (4 szcz.) po 3 tygodniowem hodowaniu na podłożach, przy zakażeniu myszy białych nie wykazywały różnicy stałej, którą dałoby się ująć w pewną regułę; wyniki układały się niestale i przypadkowo.

Próby badań porównawczych własności toksynotwórczych na szczepy Shiga-Kruse narazie zawiodły.

Podając wyniki tych orjentacyjnych spostrzeżeń można stwierdzić:

1) Że substancje witaminowe soku cytrynowego wywierają wyraźny wpływ na wzrost drobnoustrojów bardziej wrażliwych (łańcuszkowce, pneumokoki) ich żywotność oraz na zdolność barwikotwórczą;

2) działanie substancyj witaminowych wypada indywidualnie nawet w granicach jednego gatunku drobnoustrojowego.

Piśmiennictwo.

1) Ayers S. a. Mudge C.: J. of. Bacher., V. 7, 449, 1922. 2) Cole a Llod: J. of. Path. a Bacteriol. V. 51. 267. 1917. — 3) Lloyd: Ibid. V. 21, 113, 1916. — 4) Freedman a Funk: The Journ. of Metabol. Research, V. 1. N. 4. Apr. 1922. — 5) Funk C.: Die Vitamine. Münch. 1924. Bergmann. — 6) Funk C a. Dubin H.: Journ. Biol. Chem. V. 48, 431, 1921 (według Funk Vitamine 1924). — 7) Funk C. a. Freedmand: Proced. of the Societ for Experim. Biology and Medic. V. XX. pp. 311-213. 1922. — 8) Ci sami: Journ. Biol. Chem. V. 46, 851. 1923 (według Bull. Past. 1924. str. 19. — 9) Funk C a. Paton J.: The Journ. of. Metabol. Resarch. V. 1. 737, 1922 (według Funk Vitamine). 10) Eisenberg F.: Przegl. Epidemjol. T. II. Z. 3. 1922. — 11) Giscard J. B.: Journ. d'urologie T. XVII. N. 1. 1924. — 12) Leichtentritt: Berl. kl. Woch. 1921. Nr. 24. — 13) Leichtentritt u. Zielaskowski: Mtschr f. Kdhk 26 232. 1923; 14) Müller J.: Proc. of the Soc. for Exper. Biolody a. Medic V. XVIII, 14, 1920 (według Freedman a. Funk 4). 15) Osborne a. Mendel: The Journ of Biol. Chem. V. 42, 465, 1920 (wedł. Funk Vitamine). — 16) Tinti: Ctrlbl. f. Bakteriol. I. Abt. Orig. B. 90, H. 6.

Dr. Antoni DOBRZAŃSKI, asyst. kliniki. Lwów.

O ciałach obcych pęczniejących w oskrzelach u dzieci i o ich usuwaniu zapomocą bronchoskopji.

Z Kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Ciała obce, dostające się do krtani, tchawicy i oskrzela mogą spowodować natychmiastowe uduszenie się, o ile ich objętość jest zbyt duża, lub też wywołać ciężkie powikłania ze strony dróg i narządów oddechowych. Przypadki więc z ciałami obcemi dolnych dróg oddechowych są ogromnie ciekawe ze względu na trudność zarówno w rozpoznawaniu

jakoteż w wydobywaniu na zewnątrz tychże ciał. Powikłania jakie może obecność ciała obcego w krtani, tchawicy lub oskrzelu wywołać mogą mieć najrozmaitsze postacie od najlżejszych obrażeń lub lekkich stanów zapalnych błony śluzowej do najcięższych stanów chorobowych płuc jak: zapalenie płuc, ropnie płuc, zapalenie opłucnej, niedodma płuc, nadto zaś odma podskórna, posocznica, krwotoki wskutek przebicia ściany dużych naczyń i t. p. Ciała obce wciągnięte do dróg oddechowych możemy podzielić na dwie wielkie grupy (Killian) a mianowicie: grupę ciał twardych i nietwardych. Wśród ciał twardych możemy odróżnić znów kilka działów według wymiarów, kształtu i jakości materjału (ciała metalowe, płaskie i okrągłe jak monety, bryłowate jak naboje, kości i t. p.). Wśród ciał nietwardych znowu główny dział stanowią obok ciał miękkich (jak kawałki pokarmu), ciała pęczniejące a mianowicie strączkowe ziarna: (fasola, bób i groch), które przedstawiają szczególne niebezpieczeństwo dla chorego ze względu na następowe zakażenie i ze względu na ogromną trudność wydobycia ich na zewnątrz. Według Brünings'a należą ciała pęczniejące obok zepsutych zębów do najbardziej niebezpiecznych ciał aspirowanych do dróg oddechowych. Podobnie Guisez podkreśla wielką infekcyjność ciał obcych organicznych w płucach jak kości, ziarna i ości rybie (w przeciwieństwie do innych ciał [metalicznych]). Ciała pęczniejące, dostawszy się do tchawicy, najpierw niejako balotują poruszając się wraz prądem powietrza oddechowego; wówczas to możemy wyczuć nieraz uderzenia o głośnię przy wydechu. Następnie zaś wskutek pęcznienia w środowisku wilgotnem zwiększają one swą objętość dwu a nawet trzykrotnie; usadawiając się w tchawicy lecz najczęściej w oskrzelu i to prawem (ponieważ jest ono niejako przedłużeniem tchawicy) i pęczniejąc dalej zatykają je i wywołują ciężkie powikłania ze strony płuc, o których wyżej wspomniałem.

Statystyka śmiertelności ciał obcych dolnych dróg oddechowych była wprost zastraszająca aż do czasów endoskopijnych bo wynosiła według zestawienia Kunt'a i Preobrascheńsky'ego 52% śmiertelności. W czasach endoskopijnych śmiertelność bardzo znacznie zmalała (według Eicken'a i Brünings'a) do, około 10% u dorosłych, a 15% u dzieci. Znacznie gorzej przedstawia się statystyczne zestawienie ciał pęczniejących wydobywanych na drodze endoskopji. Eicken zebrał z piśmiennictwa 28 przypadków, z których w 8 nastąpiło zejście śmiertelne, a Brüninngs uzupełnił zestawienie Eicken'a, dodając do r. 1915 — 12 nowych przypadków z których w 3-ch nastąpiła śmierć, czyli do roku 1915., według zestawienia wspomnianych autorów mamy łącznie 40 przypadków ciał obcych pęczniejących wydobywanych przez tracheobronchoskopję, z których w 11-tu było zejście śmiertelne, t. j. $27^1/_2$% śmiertelności.

Ostatnio Haslinger u 9-ciomiesięcznego dziecka wydobywał fasolę kawałkami przez bronchoskopję górną, podobnie Wiskowsky u 2-letniego dziecka, u którego wystąpiły też objawy odmy podskórnej. W obu tych przypadkach wynik był pomyślny — mimo iż wydobywano fasolę nie całą odrazu, lecz najpierw łupinę potem kilka kawałków z osobna.

Garcia Hormorche opisuje przypadek dotyczący małego chłopca, u którego aspirowane ziarno kukurydzy spowodowało uduszenie się.

Ten tak znaczny odsetek śmiertelności przypadków ciał obcych pęczniejących w dolnych drogach oddechowych należy przypisać obok szczególnie wielkiej zakaźności i własności pęcznienia tych ciał, o czem wyżej już wspomniałem, także trudnościom technicznym, które się nasuwają przy wydobywaniu ich na zewnątrz. Ciało takie napęczniałe (jak fasola) uchwycone szczypczykami może się łatwo rozłupać na dwie połowy lub drobne kawałki, zatkać oba oskrzela i spowodować uduszenie, albo może rozprysnąć się na drobne kawałki, które wpadają do drugo- i trzeciorzędnych oskrzeli, skąd wydobycie ich jest bardzo utrudnione a najczęściej niemożliwe. Przypadki takie znane w piśmiennictwie są ogromnie pouczające, bo wskazują na niebezpieczeństwo uduszenia się chorego podczas zabiegu, co może być bardzo niemiłą niespodzianką dla operatora, występującą najczęściej nie z jego winy. W przypadku Gottstein'a nastąpiło uduszenie się dziecka wskutek zatrzymania się fasoli w głośni podczas wydobywania przez górną tracheo-bronchoskopję. Podobnie Uffenordre opisuje przypadek, w którym podczas wydobywania zatrzymała się fasola w głośni powodując bezdech i tylko szybko wykonana tracheotomja zdołała uratować dziecko od uduszenia się. Jakkolwiek tracheo-bronchoskopja górna, stosowana jako metoda przy wydobywaniu obcych ciał pęczniejących jest bardziej niebezpieczną niż dolna, — to jednak i w czasie wydobywania przez dolną bronchoskopję w przypadku Pieniążka nastąpiło uduszenie się wskutek odłupania się jednej połowy fasoli i zatkania drugiego oskrzela; w przypadku Schmiegelow'a fasola wydobywana z prawego oskrzela wymknęła się zatykając lewe, wskutek czego wystąpiła bardzo znaczna sinica, która jednak przeminęła i fasolę udało się wydobyć. Killian wydobywał u 5-letniego dziecka fasolę przez tracheoskopję dolną; fasola utknęła w tchawicy i wywołała bezdech. Chcąc przywrócić dawny stan rzeczy autor starał się zepchnąć ją ku dołowi. Fasola jednak wpadła do lewego oskrzela i spowodowała uduszenie się dziecka.

Tych kilka przykładów przytoczonych w krótkości z piśmiennictwa dowodzi nam jasno, z jak wielkiem niebezpieczeństwem dla chorego połączone jest wydobywanie ciał obcych pęczniejących z oskrzeli. Ażeby to niebezpieczeństwo zmniejszyć starali się niektórzy autorowie (Eicken) wydobywać fasolę kawałkami po uprzedniem celowem rozłupaniu jej. Okazało się to jednak z dwu powodów niepraktycznem, po pierwsze dlatego, że wymaga to bardzo długiego czasu, by każdą część z osoba wydobyć, (u Eicken'a trwał zabieg przez trzy godziny), co nie jest bez szkodliwego wpływu na ciężki stan chorego, powtóre zaś dlatego, ponieważ nie wszystkie cząstki, które dostaną się do głębszych oskrzeli, dadzą się w ogólności wydobyć. Collet radzi w niektórych przypadkach ciała obcego w oskrzelu wykonać czasowe tracheostoma i przez umocowanie brzegów rany na zewnątrz trzymać ranę rozwartą; drogą tą ciało może być łatwiej wykrztuszone; — szczególnie według Collet'a nadają się przypadki ciał obcych dość dużych, miękkich, balotujących, których wydobywanie może być połączone z niebezpieczeństwem dla chorego. Ledoux poleca wydobywanie ciał małych okrągłych przez aspirację zapomocą gumowej rury wprowadzonej przez bronchoskopję. Szczególnie zaleca stosowanie tej metody u dzieci małych, u których zabieg ten wykonywa autor bez narkozy i bez znieczulenia.

W ciągu ostatnich pięciu lat mieliśmy sposobność operować 3 przypadki z ciałem obcem pęczniejącem (fasolą) w oskrzelu u dzieci, których krótkie wyciągi z historji chorób przytoczę:

1.*) Chory l. 5., aspirował przed 2 dniami według podania rodziców fasolę, przyczem wystąpił silny atak kaszlu i duszności. Duszność wzmagała się coraz bardziej. W chwili badania duszność była bardzo znaczna i sinica wyraźna. Nad płucami świsty i furczenia, nad prawem płucem objawy zmniejszonej powietrzności, nadto widoczne zaciąganie się klatki piersiowej po stronie prawej. Ciepłota 38,5°. Z wywiadów i stanu płuc wynikało bez wątpienia, że mamy do czynienia z ciałem obcem tkwiącem w oskrzelu prawem.

Rozpoznanie: *Corpus alienum bronchi dextri.*

Operacja: Wykonano tracheotomję górną w uśpieniu ogólnem i wprowadzoną rurę bronchoskopijną; stwierdzono w prawem oskrzelu tkwiącą fasolę, którą zachwycono ostremi szczypczykami Brünings'a i wydobyto na zewnątrz. Przez 3 dni ciepłota dochodziła do 38·5° nad płucami furczenia i świsty. Po 3 dniach ciepłota opadła — rurkę tracheotomijną wyjęto — rana pooperacyjna do kilku dni zgoiła się. Dziecko po 10-ciu dniach mogło być wypisane z kliniki.

2. Chłopcu 7-letniemu wtłoczył drugi do ust fasolę a ten prawdopodobnie wskutek przerażenia (co najczęściej bywa przy-

*) Przypadki te były w krótkości omówione i przedstawione w Tow. Lek. lwowskiem.

czyną aspirowania ciał obcych) wciągnął ją do tchawicy; poczem wystąpił silny atak kaszlu i duszności, która wciąż się wzmagała. W dwa dni później przywieziono go do kliniki, a stan był następujący:

Wielka duszność i sinica wskazywała na mocne zwężenie dróg oddechowych. Ciepłota 39°, tętno 132.

Badanie lusterkiem krtaniowem wykazywało na tylnej ścianie górnego odcinka tchawicy wynaczynienia na błonie śluzowej, które niewątpliwie można było uważać jako powstałe wskutek obrażenia przez ciało obce. Nad płucami świsty, furczenia, osłabiony oddech po stronie prawej chwilami przerywany.

Rozpoznanie: *Corpus alienum bronchi dextri.*

Operacja: Tracheotomję górną wykonano w znieczuleniu miejscowem po wprowadzeniu rury bronchoskopijnej przez otwór tracheotomijny można było widzieć fasolę obnażoną częściowo z otoczki bardzo dużą, napęczniałą, bo zatykającą w całości światło prawego oskrzela i zwężającą częściowo przez miejsce rozwidlenia wejście do lewego oskrzela. Ponieważ zachodziła obawa, że może się ona przy wydobywaniu łatwo rozłupać — postanowiliśmy z wielką ostrożnością posługiwać się haczykiem tępym lekko zagiętym, a nie szczypczykami. Tępy haczyk wsunięto między ścianę oskrzela a fasoli i skręciwszy go o 90° udało się wyprowadzić fasolę aż do otworu tchawicowego za rurą; do rury bowiem z powodu dużej objętości wprowadzić nie było można. W otworze tchawicowym fasola zatrzymała się i nie dała się wydobyć na zewnątrz, lecz wpadła z powrotem do prawego oskrzela. Powtórzono zabieg jeszcze raz, przyczem w chwili, gdy fasola znajdowała się na wysokości otworu tchawicowego uciśnięto tchawicę od dołu i przy pomocy szczypczyków anatomicznych wydobyto na zewnątrz. Fasola była bardzo duża (około 3 cm długości i 1 $^1/_2$ cm szerokości). W przebiegu leczenia pooperacyjnego po 3-ch dniach usunięto rurkę tracheotomijną. Ciepłota przez 4 dni dochodziła do 39°. Chory otrzymał 2 razy $^1/_2$ dawki propidonu co 2-gi dzień. W 4-ym dniu ciepłota spadła a po tygodniu mógł być chory wypisany z kliniki jako uleczony.

3. Chłopiec 2-letni aspirował fasolę; poczem wystąpiła duszność i ataki kaszlu. W tym samym dniu w kilkanaście godzin później przyniesiono dziecko do kliniki oto-laryngologicznej. Stan dziecka wówczas w 12 godzin po wypadku przedstawiał się następująco:

Silna duszność, sinica, ciepłota 37·2° — ataki kaszlu.

Badanie lusterkiem krtaniowem ogromnie u małych dzieci utrudnione, nie pozwoliło nic widzieć z powodu obfitości śluzu zabarwionego nieco krwią. Zaciąganie się klatki piersiowej po obu stronach widoczne, jednak nad płucami poza furczeniem i świstami oddech jak przy zwężeniach dolnych dróg oddechowych.

W czasie badania dziecko dostało silnego ataku kaszlu poczem oddech znacznie się poprawił; duszność ustała, sinica się zmniejszyła — dziecko chwilowo się uspokoiło i usnęło. Zachodziły więc dwie ewentualności wobec tego, że ciała obcego na zewnątrz wykrztuszonego nie znaleziono, a mianowicie: albo dziecko wykrztusiło fasolę i połknęło, albo też wciągnęło ją z krtani do głębszych dróg i uczuło chwilową ulgę. Postanowiono narazie dziecko zostawić w spokoju i obserwować. W 6 godzin później stan dziecka znacznie się znów pogorszył. Objawy duszności znacznie się wzmogły — ciepłota podniosła się do 38·4°. Widoczne zaciąganie klatki piersiowej zwłaszcza po stronie prawej wybitniejsze niż po stronie lewej. Wysłuchem stwierdzić można furczenie, świst przeciskającego się powietrza po stronie prawej przy osłabionym nieco oddechu. Nie ulegało więc wątpliwości, że miało się do czynienia z zatkaniem prawego oskrzela. Badania promieniami Roentgena zaniechano wobec nagłości przypadku, oraz z powodu tego, że prześwietlenie promieniami Roentgena bardzo często nie daje wyników przy ciałach miękkich.

Rozpoznanie: *Corpus alienum bronchi dextri.*

Operacja: W znieczuleniu miejscowem przez obstrzykanie $^1/_2$% nowokainą w kształcie rombu okolicy tchawicy wykonano tracheotomję górną. Wykonana bezpośrednio po rozcięciu tchawicy bronchoskopja dolna pozwoliła stwierdzić fasolę tkwiącą w prawem oskrzelu. Próba wprowadzenia haczyka tępego pomiędzy ciałem obcem a ścianą oskrzela dała wynik ujemny, ponieważ jak się okazało po wydobyciu fasoli, miała ona kształt wydłużony i nie można było wskutek jej rozpęcznienia i silnego przylegania do ściany tchawicy wejść poza jej dolny brzeg. Wobec tego przy pomocy ostrych haczyków Brüningsa lekko przymkniętych, lecz nie zupełnie zaciśniętych udało się ją w całości wydobyć na zewnątrz. Pozostawioną czasowo rurkę tracheotomijną wydobyto na 3-ci dzień po zabiegu. Stan dziecka poprawił się chociaż w ciągu pierwszych 3-ch dni po zabiegu ciepłota podwyższona utrzymywała się do 38·5° wśród objawów nieżytowego zapalenia płuc — poczem opadła. Rana tracheotomijna do 6 dni była zgojona całkowicie. W 10 dni po zabiegu dziecko zupełnie bez gorączki wypisano z kliniki.

Przytoczone powyżej trzy przypadki z ciałem obcem pęczniejącem w oskrzelu wydobytem przez bronchoskopję dolną dały wynik bardzo dobry, bo w wszystkich nastąpiło całkowite wyzdrowienie — (śmiertelność 0). Jeśli porównamy zestawienie statystyczne w piśmiennictwie uprzednio przytoczone, które wynosi około 27 $^1/_2$ procent śmiertelności to możemy uważać wyniki nasze za bardzo dobre.

Co się tyczy mechanizmu aspirowania ciał obcych, to niektórzy autorowie (jak Brünings) podnoszą, że przerażenie jest niewątpliwie sprzyjającym momentem dla dostania się ciała obcego do dróg oddechowych. Drugi przypadek z przytoczonych potwierdził by to również, ponieważ należy przypuszczać, że wtłaczanie przemocą przez złośliwych dwóch towarzyszów, wywołało niewątpliwie przestrach u chorego.

We wszystkich naszych przypadkach wystąpił silny atak kaszlu w chwili wciągnięcia ciała obcego powtarzający się i w późniejszych godzinach. Jest to objaw który z wywiadów możemy zużytkować do rozpoznania obecności ciała obcego w dolnych drogach oddechowych. Wykonanie bowiem badawczej bronchoskopji bez uprzedniej pewności, że rzeczywiście mamy do czynienia z obecnością ciała obcego w dolnych drogach oddechowych nie możemy uważać u dzieci za zupełnie niewinne lub obojętne. Do rozpoznania więc ciała obcego dolnych dróg oddechowych u dzieci prócz wywiadów rodziców względnie otoczenia, które na to mogą w znacznej mierze naprowadzić musimy podciągnąć wszystkie występujące objawy jakie taki przypadek daje. Wśród tych należy wymienić prócz wyżej wspomnianego gwałtownego kaszlu, nagłe wystąpienie duszności u dziecka — wzmagającą się sinicę, nasilone i częste oddechy, przyśpieszenie tętna — zaciąganie się klatki piersiowej, zwłaszcza po stronie zatkanego oskrzela, niepokój dziecka wreszcie podwyższenie ciepłoty. Nadto można stwierdzić wysłuchem nad płucami furczenia, świsty i niejednostajny, niejednokrotnie przerywany, szmer oddechowy, nieraz zaś bardzo osłabiony przedewszystkiem po stronie zatkanego oskrzela. Wszystkie te objawy miały w przytoczonych przypadkach miejsce. Bardzo pomocnem może być prześwietlanie promieniami Roentgena, którego znaczenie Texier i Levesgue szczególnie podkreślają — Zaciemnienie jednej połowy klatki piersiowej, wskutek niedodmy (płuca) i zmniejszenie się ruchomości przepony, przemawiają za obecnością jego, mimo, że samego ciała obcego nie da się stwierdzić. W naszych przypadkach z powodu nagłej konieczności szybkiego wykonania zabiegu prześwielenia prom. Roentgena nie stosowaliśmy. Podwyższenie ciepłoty w razie obecności ciała pęczniejącego w oskrzelu występuje już w pierwszym dniu jak wskazuje przypadek trzeci, co należy przypisać szczególnej infekcyjności tego ciała. Nie wszystkie przytoczone objawy są charakterystyczne dla obecności ciała obcego w oskrzelu, jednakowoż wzięte pod uwagę z wywiadami i w razie wątpliwości z ewentualnem prześwietlaniem mogą nietylko budzić wielkie podejrzenie na obecność ciała obcego pęczniejącego w oskrzelu, lecz nawet upewnić w tem rozpoznaniu. W przypadku drugim objawem upewniającym nas także do pewnego stopnia w rozpoznaniu ciała obcego w oskrzelu były wynaczynienia na błonie śluzowej tchawicy

widoczne przy badaniu lusterkiem krtaniowem, wywołane przez uraz.

Odnośnie do wyboru metody wydobywania ciał obcych pęczniejących spostrzeżenia nasze potwierdzają w zupełności zdanie większości autorów (jak Kahler, Brünings, Eicken, Schmiegelow, Calamida) a mianowicie, że nietylko u dzieci młodych ale i starszych jedyną pewną i najkrótszą drogą jest tracheo-bronchoskopja dolna, a potrzebna do tego tracheotomja jest w porównaniu z całością zabiegu tak niewinną, że możemy ją bez obawy nawet u bardzo małych dzieci w tym celu wykonać. Tracheo-bronchoskopja dolna w tych przypadkach jest jedyną metodą prowadzącą najszybciej do wydobycia z kilku względów:

1. ze względu na łatwość wprowadzenia rury przez skrócenie drogi i czasu trwania zabiegu.

2. ze względu na ominięcie niebezpieczeństwa zatrzymania się lub odłupania się ciała obcego napęczniałego przy przeprowadzaniu przez głośnię przy wydobywaniu przez bronchoskopję górną.

3. ze względu na ewentualny następowy obrzęk krtani, który zwyczajnie u dzieci przy dłuższem uciskaniu rury bronchoskopijnej (według niektórych autorów już przy pozostawaniu rury bronchoskopijnej ponad 15 minut) występuje i pociąga za sobą konieczność następnego wykonania tracheotomji. Haslinger wydobywał przez bronchoskopję górną zabawkę małą z oskrzela u 18 mies. dziecka, lecz wkrótce po zabiegu wystąpiła duszność bardzo znaczna tak, że musiał wykonać tracheotomję. Toteż nie zupełnie przemawia mi do przekonania postępowanie Haslinger'a, który wydobywał u 9-mies. dziecka fasolę kawałkami przez bronchoskopję i przypisuje wyleczenie głównie nadzwyczajnej opiece; podobnie też Wiskowsky u 2-letniego dziecka wydobył fasolę przez bronchoskopję górną i to najpierw łupinę, potem resztę fasoli w 4-ch kawałkach. Ten ostatni podnosi, że bronchoskopja górna wystarcza do tego celu w zupełności. Zdaniem mojem, dążeniem każdego operatora powinno być wydobycie fasoli w całości odrazu; wydobywając zaś fasolę w całości przez bronchoskopję górną narażamy chorego na większe niebezpieczeństwo uduszenia się wkutek ewentualnego zatrzymania się w głośni lub odłupania się i zatkania drugiego oskrzela jak wskazują na to przypadki wyżej przytoczone. Wreszcie wydobywając, kawałkami, pominąwszy tą okoliczność, że jest to mozolne i wymaga długiego czasu, nie możemy mieć bezwzględnej pewności czyśmy wydobyli wszystkie kawałki, czy też drobne cząstki nie wpadły do głębszych rozgałęzień oskrzeli i nie wywołają w płucach powikłań. Z przytoczonych powodów uważam bronchoskopję dolną przy ciałach miękkich łamliwych w oskrzelu za zabieg najodpowiedniejszy.

Wybór przyrządu którym mamy ciało obce pęczniejące wydobywać zależy w wielkiej mierze od wielkości względnie twardości jego. Słusznem wydaje się zdanie Moure'a, że najważniejszą rzeczą dla operatora w tych wypadkach jest pewna niezależność od znanych zasad, bo w każdym prawie przypadku okazuje się potrzeba indywidualizowania.

Jeśli fasola pozostaje przez dłuższy czas (2—3 dni) to napęcznieje i przez to napęcznienienie staje się bardziej kruchą i łamliwą. Stąd też uchwycenie takiej fasoli w oskrzelu ostremi szczypczykami Brünings'a zwłaszcza o ile ona jest duża (jak w naszym przypądku drugim) może łatwo spowodować rozłupanie się jej w czasie wydobywania i spowodować wszystkie wspomniane powyżej powikłania. Jeśli więc fasola jest duża objętościowo i ma łupinę częściowo złuszczoną, to najodpowiedniejszym przyrządem operacyjnym będzie w tym wypadku tępy haczyk zagięty pod rozwartym kątem (haczyk Killiana zmodyfikowany przez Zalewskiego). O ile zaś widzimy fasolę z całą niezłuszczoną otoczką i dość twardą, w kilkanaście godzin po wypadku, to najodpowiedniejszym przyrządem są ostre szczypczyki Bruningsa, zapomocą których chwytamy biegun górny fasoli i wydobywamy na zewnątrz; miało to miejsce w naszym przypadku 1 i 3-cim. Radziłbym jednak nie zupełnie zamykać szczypczyki tylko lekko przymknąć, by się lekko wbiły w fasolę, ponieważ całkowite silne zamknięcie, o ile grubość fasoli jest większa niż rozwartość szczypczyków, może spowodować przy zamknięciu niepożądane rozłupanie się. Szczypczyki tępe nie nadają się mojem zdaniem do chwytania fasoli, ponieważ powodują najczęściej wsuwanie się fasoli w głąb podobnie jak przy chwytaniu szczypczykami usznemi fasoli w przewodzie zewnętrznym; nie powinniśmy się posługiwać też haczykiem ostrym Killian'a ze względu na ewentualne skaleczenie ścian oskrzela i zakażenie, tembardziej, że się ostrego końca nie widzi, o ile się go wprowadzi za ciało obce. O ile już udało się nam zachwycić fasolę i przyprowadzić aż do otworu tchawicowego, to należy ucisnąć poniżej otworu, by przeszkodzić powtórnemu wpadnięciu w głąb. Najodpowiedniejszą chwilą do uchwycenia ciała obcego jest zakładanie szczypczyków czy też wprowadzanie haczyka przy wdechu ponieważ światło oskrzela jest wówczas najszersze co podnoszą głównie: Jackson, Chevalier a nasze przypadki w zupełności to potwierdzają; o ile przy jednym wdechu się nie udaje, należy poczekać do następnego i tak aż do skutku.

Jeszcze na jedną okoliczność chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie na rodzaj znieczulenia. W pierwszym przypadku posługiwaliśmy się ogólnem uśpieniem, w dwóch pozostałych tylko znieczuleniem miejscowem. Ze względu na niedostateczny dopływ tlenu w przypadku zaczopowania jednego oskrzela jasnem jest, że uśpienie ogólne jest czynnikiem bardzo niepożądanym w czasie zabiegu, ponieważ może spotęgować znacznie duszność a nawet spowodować duszenie się. Wzmaganie się duszności spostrzegaliśmy w naszym pierwszym przypadku, toteż w następnych dwóch uważaliśmy za najodpowiedniejsze zastosować miejscowe znieczulenie, — obstrzykując w kształcie rombu od chrząstki pierścieniowej do połowy mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego i od jugulum do wyż wspomnianego miejsca, przyczem nie zużywaliśmy więcej jak około 5 cm sześc. $^1/_2$% roztworu nowokainy; nadto $^1/_2$ cm sześc. obok tchawicy w głąb wstrzywnięte — całkowicie wystarczają do znieczulenia przy tracheotomji.

Przed nacięciem tchawicy 1 cm sześc. 1% roztworu kokainy wstrzyknięty do tchawicy zupełnie wystarcza do wykonania bronchoskopji. W ostatnim przypadku błony śluzowej tchawicy u 2-letniego dziecka zupełnie nie znieczulaliśmy, mimo to zabieg można było spokojnie wykonać. Uważam więc znieczulenie miejscowe przy wykonaniu tracheotomji i wydobywaniu ciała nawet u dzieci za zupełnie wystarczające i ze względu na ogólny stan chorego bezwzględnie odpowiedniejsze niż ogólne uśpienie.

Zbierając wyniki naszych spostrzeżeń klinicznych możemy ująć postępowanie nasze w przypadkach ciała obcego pęczniejącego dolnych dróg oddechowych u dzieci w następujących punktach:

1. najprostszą, najmniej dla chorego niebezpieczną i najpewniej prowadzącą do celu metodą wydobywania jest bronchoskopja dolna,

2. tracheotomja i bronchoskopja winny być wykonane w znieczuleniu miejscowem nawet u dzieci bardzo młodych a nie w uśpieniu ogólnem,

3. przyrządy służące do zachwycenia ciała obcego pęczniejącego są szczypczyki ostre Brünings'a, o ile ciało jest twarde i małe, a zmodyfikowany haczyk tępy, o ile ono jest duże i bardzo napęczniałe,

4. Rurkę tracheotomijną lepiej 3-4 dni pozostawić, mogą bowiem wystąpić objawy zwężenia krtani przez obrzęk powstały wskutek obrażenia przez ciało obce.

Z praktyki.

Dr. Marjan MIENICKI, Wilno.
adjunkt Kliniki Dermatologicznej.

Przyczynek do leczenia wilka pospolitego *Angiolymphą*

Z Kliniki Dermat. U. S. B. w Wilnie.
Kierownik: Prof. Dr. Z. Sowiński.

Zdania co do działania *angiolimfy* w przypadkach gruźlicy są rozbieżne, co się daje zauważyć nietylko w piśmiennictwie obcem, ale i z prac w czasopismach polskich (porów. Praschil Pol. G. L. N. 39, 1924 r., Walkowski — Nowiny

Lek. N. 6, 1924 r., Węgrzynowski i Wysocki Pol. G. L. Nr. 13, 1925., Blasberg Pol. G. L. N. 17 1925 r., Marciniec Pol. G. L. N. 17, 1925 r.).

Wobec tego uważamy za stosowne podzielić się spostrzeżeniami i wynikami, jakie mieliśmy na naszej Klinice przy próbach zastosowania w roku ubiegłym tego leku przy wilku pospolitym.

Do zastosowania tego środka skłonił nas przedewszystkiem przypadek, opisany przez Paranyi'a (Ars. Medic. Nr. 2, 1924 r.), zniknięcia ogniska chorobowego wilka pospolitego na twarzy po wstrzykiwaniach *angiolimfy*, stosowanej z racji współistniejącej gruźlicy płuc.

Że próby takie istnieją, obecnie w dermatologji, dowodzi fakt opisania przez J. König'a (Dermat. Wochen. B. 80, Nr. 12, 1925 r.) jednego przypadku wilka pospolitego twarzy leczonego wstrzykiwaniami *angiolimfy*. Autor u chorej z *Lupus exulcerans* na policzku po 18 wstrzykiwaniach w przeciągu 40 dni otrzymał zupełne wyleczenie.

Podajemy tu 4 przypadki, leczone tym sposobem (bez stosowania w tym czasie innych środków oraz miejscowych zabiegów).

Przypadek I.

Anna S., lat 17. Pierwsze zmiany chorobowe powstały przed siedmiu laty. Lewa strona twarzy prócz czoła bliznowato zwyrodniała, gładka, pokryta żółtawemi plamkami. Brzegi ułożone obrączkowato – nieco wyniosłe; obficie usiane gruzełkami. Od dnia 10. VI.—3. VII. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy* co drugi dzień po 2 cm. sz. Waga chorej przed wstrzykiwaniami = 57.8 kg. Po sześciu wstrzykiwaniach waga = 56.5 kg. Po 12 wstrzyk. waga = 54.6 kg.

Przez cały czas chora uskarżała się na senność i ogólne osłabienie, czego przed wstrzykiwaniami nie miała. Wstrzykiwania nie wywoływały podniesienia ciepłoty.

Sam proces chorobowego ogniska nie zmniejszył się, a nawet rozszerzył na prawą stronę nosa.

Przypadek II.

Konstancja R., lat 65, chora od trzech lat.

Na górnej części lewego policzka 3 ogniska wilkowe, z nich dwa – wielkości ziarnka grochu, a jedno — paznokcia. Na lewej stronie szyi jedno ognisko wielkości paznokcia. Gruzełki o typie płaskim. Od 7. VI.—4.VII. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy*.

Waga chorej przed wstrzykiwaniami = 40.6 kg. Po 6 wstrzyk. waga = 42.5 kg. Po 12 wstrzyk. *angiolimfy* waga = 40.0 kg.

W tym przypadku po sześciu wstrzyknięciach na miejscach, chorobowo zmienionych, blizny i grnzełki nieco przybladły; nowych wykwitów nie dało się zauważyć. Jednak podczas następnych wstrzyknięć proces wilkowy zaczął postępować. Chora ta również uskarżała się na senność i osłabienie, zwłaszcza przy końcu leczenia. Ciepłota u niej zwykle po wstrzyknięciach nieco się zwiększała (do 37.5°).

Przypadek III.

Zofja S., lat 15, chora od pięciu lat.

Po lewej stronie szyi oraz twarzy blizny i gruzełki wilkowe. Dolna powieka oka lewego wywinięta. Na lewem przedramieniu dwa ogniska: jedno wielkości orzecha włoskiego — drugie — jaja kurzego. Na prawem ramieniu ognisko wielkości dłoni. W okolicy stawu kolanowego prawego trzy ogniska; jedno wielkości dłoni, dwa — orzecha włoskiego. Od 16. VI.—7. VII. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy*.

Waga przed wstrzyk. = 43.8 kg. Po 6 wstrzyk. waga = 42.7 kg. Po 12 wstrzyk. waga = 42.5 kg.

W tym przypadku wstrzykiwania nie wywoływały żadnego ogólnego odczynu; natomiast poniżej brwi prawego oka, tj. w miejscu, poprzednio nieuszkodzonem, dało się zauważyć powstawanie nowych gruzełków.

Przypadek IV.

Marja P., lat 52, chora od trzydziestu lat.

Cała powierzchnia twarzy pokryta owrzodzeniami i bliznami; ubytek tkanki duży; na zbliznowaciałych miejscach liczne gruzełki; nos zniekształcony; powieki wywinięte. Od 10. VI. do 16. IX. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy*.

Waga przed wstrzyk. = 43.5 kg; po 6 wstrzyk. waga = 43.2 kg; po 12 wstrzyk. waga = 43.5 kg; po 18 wstrzyk. waga = 45.0 kg; po 24 wstrzyk. waga = 47,0 kg; po 30 wstrzyk. waga = 47.0 kg.

W tym przypadku mieliśmy prócz poprawy ogólnego stanu nieco szybsze gojenie się owrzodzeń i wygładzanie blizn. Same zaś wstrzykiwania prócz uczucia senności, na które chora się uskarżała, nie wywoływały żadnego ujemnego działania na ustrój. Chorej zalecono dwutygodniową przerwę, po której jednak zaobserwowaliśmy nowe liczne gruzełki i owrzodzenia.

Z tego widzimy, że *angiolimfy* przy wilku pospolitym, nie można uważać za środek skuteczny.

Widzimy jej rozmaity wpływ na stan ogólny chorego — natomiast wybitnej poprawy zmian miejscowych nie stwierdziliśmy. Przeciwnie — w trzech przypadkach mieliśmy wyraźne pogorszenie. Krótkotrwałe polepszenie dało się zauważyć tylko w jednym wyżej opisanym przypadku, co nas skłoniło w tym razie do najdłuższego (30 wstrzyk.) stosowania tego środka.

Wobec bardzo wątpliwych wyników, otrzymanych po stosowaniu *angiolimfy*, jak również i ze względu na to, że jest ona drogą, zaniechaliśmy jej dalszego stosowania.

Dr. Józef BRATTER. Lwów.

Dwa przypadki wąglika.

Pawilony zakaźne.
Prymarjusz: Dr. W. Arnold.

I. J. A. l. 52 przyjęty dnia 22. I. 1925.

St. pr. Na przedramieniu prawem trzy pęcherzyki krwotoczne. Tętno miękkie, przyśpieszone. Płuca i serce bez zmian. Brzuch silnie bolesny, ze strony przewodu pokarmowego biegunki z domieszką krwi. Śledziona nieco powiększona.

Ośm godzin po przyjęciu wśród objawów zapadu *exitus*.

Przypadek jako jednostka chorobowa (*pustula maligna, anthrax intestinalis*) niezbyt rzadki, ciekawy jest jednak ze względu na anamnezę, która dobitnie świadczy o ciemnocie naszej ludności wiejskiej.

Oto wywiady: Przed 5 dniami zachorowała u sąsiada krowa; jego — starego gospodarza — wyznającego się w tych sprawach, wezwano, by pomógł na »zatrzymanie się krwi«. Więc naśladując zabieg wykonywany przez weterynarzy — wprawdzie przy innych chorobach i nieco inaczej — wprowadził ręką prawą aż po łokieć do odbytnicy krowy i drapiąc paznokciami błonę śluzową »wygarniał zatrzymaną krew«. Krowa — rzecz dziwna, twierdzi chory — mimoto padła. A w 4 dni po wyżej opisanym zabiegu wystąpiły na przedramieniu swojskiego weterynarza pęcherzyki krwotoczne, do których przyłączyły się wkrótce objawy ze strony przewodu pokarmowego, jako wyraz ogólnego zakażenia wąglikowego.

Opisany sposób zakażenia jest u nas — jak zapewnia Arnold — wcale nie rzadki, nie znalazłem go jednak w żadnym podręczniku.

II. Z. H. l. 27 przyjęta dnia 9. III. 1925.

Anamn.: Przed 6 dniami wystąpił u chorej (kasjerka gminy) na prawej łopatce pęcherzyk krwotoczny. Sposób zakażenia niejasny; może zanieczyszczone banknoty. W 5 dni potem wystąpiły bóle głowy i wymioty; te ostatnie szczególnie przy zmianie ułożenia. Stolec zaparty, mocz oddaje prawidłowo.

St. pr. Chora średniego wzrostu, miernie odżywiona. Tętno silnie napięte, powolne (około 60). Nerwy mózgowe: prócz lekkiej ptozy powieki lewej żadnych zmian w inerwacji twarzy. Na nodze lewej obj. Oppenheima dodatni i podwyższony lekko odruch kolanowy. W płucach stare zmiany szczytowe, pozatem narządy wewnętrzne bez zmiany. Ciepłoty subnormalne, dno oka prawidłowe.

Mocz: diazo zaznaczone, kwas aceto-octowy obecny.

Badanie krwi: Seg. 36, Sztab. 31, Młod. 10, Mycloc. 3, Limf. 17, Monoc. 2.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: białko (zapomocą HNO_3) znacznie wzmożone, Nonne-Appelt dodatni, Pandy wybitnie dodatni.

Cytologicznie stwierdza się wyraźnie limfocytozę, bakterjologicznie: płyn jałowy. Od 9. III. do 14. III. stosowano kąpiele gorące (33° R przez 30') i lewatywy odżywcze

14. III. wstrzyknięto 50 cm. sz. surowicy przeciw-wąglikowej. Badanie krwi 16. III. wykazuje: Seg. 72, Sztab. 10, Limf. 17, Monoc. 1. Równocześnie ustąpiły wszystkie objawy chorobowe i chora po dwu tygodniach opuściła szpital uleczona.

Neurologowie rozpoznawali *meningitis basilaris in indiv. c. pust. malig.* Etjologja gruźlicza upada jednak wobec faktu pomyślnego zejścia sprawy chorobowej. Myśmy różniczkowali między *meningitis epidemica in indiv. c. pust. malig.* a zapaleniem opon mózgowych, jako objawem towarzyszącym zapaleniu wąglikowemu.

Rozstrzygnięcie utrudniała jałowość płynu. Rozumowanie musiało uwzględnić następujące fakty:

1) Limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje nietylko w *meningitis basilaris*, ale i przy *meningitis serosa*.

2) Do obrazu sekcyjnego zakażenia wąglikowego należą krwawienia w mózgu jakoteż *leptomeningitis*.

3) Po zastrzyknięciu surowicy przeciwwąglikowej obraz krwi, przedtem septyczny, wykazuje stosunki prawidłowe.

I gdybyśmy mieli pewność, że surowica zadziałała ściśle swoiście a nie jako obce białko — to punkt 3) wystarczyłby całkowicie do rozpoznania *meningitis anthracica*. A przeciwko proteoterapijnemu działaniu surowicy w tym przypadku świadczy brak odczynu gorączkowego i przejście wzmożonej ilości ciałek białych w stosunki prawidłowe.

Gdybyśmy mimoto chcieli przyjąć, że mieliśmy do czynienia z *meningitis epidemica*, to wobec nagłej poprawy po zastosowaniu surowicy przeciwwąglikowej, przekonanie o swoistości surowicy przeciwmeningokokkowej — i tak nie powszechnie obowiązujące — zostałoby jeszcze bardziej zachwiane.

Przytoczony łańcuch myśli skłania do przyjęcia w przypadku opisanym infekcji jednolitej i rozpoznania: *pustula maligna, meningitis (serosa) anthracica.*

Wykłady i odczyty.

Dr. med. Aleksander SIMON. Warszawa.

Działanie wód mineralnych — proteinoterapja.

Odczyt wygłoszony dnia 20. stycznia 1925 r. w Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem.

W uzupełnieniu odczytu kolegi Skórczewskiego o źródle Zubera w Krynicy i jego działaniu chciałbym na temże miejscu wypowiedzieć parę uwag o działaniu wód mineralnych w ogólności.

Balneologja, choć znacznie starsza wiekiem od wielu innych nauk lekarskich, pozostała w porównaniu z ich prędkim rozwojem w tyle i nie czyni gwałtownych postępów. Nic w tem dziwnego Nie jest ona albowiem samodzielną, lecz tylko nauką stosowaną, w zupełności zależną od postępu innych dziedzin. Składa się na nią wszak klimatologja, meteorologja, hydrologja, hydro- heljo- fizyko- mechano-terapja, radjologja, dietetyka i t. d.

Widzieliśmy, jak w ostatnich 30-u latach przeobraziły ją doszczętnie nowe zdobycze chemji fizykalnej i jak ważne do niej zastosowanie znalazło poznanie ciał promieniotwórczych. Poprostu każde nowe odkrycie w dziedzinie fizyki, chemji czy też nauk lekarskich przeobraża lub da się przynajmniej zastosować do balneologji.

Tyle się kryje sił i tajemnic natury w źródłach, wytryskujących z głębi matki-ziemi.

To też już *à priori* można było przypuszczać, że najnowsze z nazwy, a jednak stare, odkrycie lecznicze, proteinoterapja, która rzuca nowy i mocny słup światła na *vis medicatrix naturae* i obiecuje gruntowne przeobrażenie lecznictwa spółczesnego, powinno się też odbić na balneologji. Oczywiście pojęcie proteinoterapji wymaga rozszerzenia, a sama nazwa nie jest właściwą. Wszak wiemy obecnie, że działanie n. p. nietylko nieswoistych szczepionek (wakcyn), lecz i ciał koloidalnych (złota, srebra, palladu i t. d.) w zasadzie sprowadza się do tego samego, co w ustroju następuje po zastrzykach ciał proteinowych.

Wszak odkrycie Weiharda w Erlandze i Struebeka we Fryburgu polega na przypuszczeniu, że przy pozajelitowem wprowadzeniu do ustroju ciał białkowych we właściwych dawkach potęguje się odczyn komórek schorzałego narządu na czynnik chorobotwórczy, czyli się wzmaga *vis medicatrix naturae*. Przy tej sposobności chciałbym zwrócić uwagę, że ta hipoteza zupełnie nie jest nowa.

Bardzo sędziwy obecnie profesor farmakologji uniwersytetu Gryfji (Greifswald'u) Hugo Schulz wypowiedział ją już kilkadziesiąt lat temu w szerszem znaczeniu i na niej oparł nawet całą farmakologję leków nieorganicznych w podręczniku wydanym już w 70-ym którymś roku*).

Za tę teorję przez parę dziesiątków lat szydzili zeń nawet jego zawodowi współkoledzy-rodacy (farmakologowie niemieccy). Schulz dostosował do farmakologji prawo, odkryte przy badaniu zjawisk duchowych (psychicznych) przez psychjatrę Arndta, prawo, które odtąd otrzymało w fizjologji nazwę podstawowego prawa biologicznego Arndt-Schultz'a. Według niego słabe bodźce ożywiają czynności życiowe, bodźce o średniej intenzywności pobudzają je, mocne zaś hamują, a zbyt mocne zupełnie je znoszą. Prawdziwość owego prawa sprawdził Schultz w przeciągu kilkudziesięciu lat na niezliczonych przetworach leczniczych, głównie nieorganicznych, które stosował na licznych zdrowych i chorych osobnikach w ciągu długiego czasu, studjując przytem ich działanie na poszczególne narządy. Najgorliwiej i najskrupulatniej badał Schultz siarkę w ciągu wielu lat na licznych młodych, zdrowych studentach i szeregach chorych. Podawał on im siarkę doustnie, najczęściej jako *t-ra sulfuris* po 5—10 kropel parę razy dziennie lub jako ichtjol, czy też ichtalbinę, przez dłuższy czas, przyczem przy małych dawkach stwierdzał natężenie energji i odporności komórek oraz narządów. Przejawiało się to n. p. w wyleczeniu choroby, nie dającej się przedtem usunąć zapomocą zwykłych sposobów leczniczych.

N. p. małokrwistość ustępowała pod wpływem podawania żelaza dopiero po kilkudniowem poprzedniem podawaniu siarki w przypadkach, w których samo podawanie żelaza nie skutkowało.

To samo obserwowano w gośćcu z salicylem, w przypadkach zatrucia rtęcią, ołowiem i t. d. Kiedy zaś Schultz stosował siarkę w zbyt wielkich dawkach u ludzi zdrowych lub też mniejsze dawki przez zbyt długi czas, stwierdzał on niewątpliwie osłabienie odporności prawie wszystkich narządów, co się przejawiało niezliczonemi cierpieniami wszystkich bez wyjątku układów, jako choroby skóry (swędzenie, wypadanie włosów, potliwość, czyraki, pryszczyca), jako bóle i obrzmienia mięśni, stawów, powięzi, nerwów, jako nieżyty dróg oddechowych, żołądka i kiszek, zachorzenia wątroby i dróg moczowych, dolegliwości ze strony serca i naczyń (przyśpieszenie i niemiarowość tętna), ośrodkowego układu nerwowego (zdenerwowanie, senność lub bezsenność, bóle i zawroty głowy), ba, nawet narządów zmysłów (wzroku i słuchu).

Siarkę uważa Schultz przeto od wielu dziesiątków lat za prototyp i wzór środka leczniczego, działającego w duchu wymienionego podstawowego prawa biologicznego, czyli wyrażając się w języku współczesnej nauki, działającego, jak zastrzyki ciał proteinowych.

Jeśli po tej wycieczce historycznej zwrócimy się do działania wód mineralnych, to narzuca się nam sama przez się obserwacja, że przy ich stosowaniu w jakiejkolwiek postaci (picie, kąpiele, inhalacje i t. d.) i we właściwych dawkach głównem następstwem i zasadniczym warunkiem ich skuteczności jest odczyn poszczególnych narządów czy też całego ustroju.

A więc po wdychiwaniach, piciu naturalnych źródeł czy też wód sztucznych, zawierających emanację promieniotwór-

*) Prof. dr. Hugo Schulz. »Vorlesungen über Wirkung der unorganischen Arzneistoffe«, najnowsze wydanie 1922 (Lipsk, Thieme).

czą lub siarkę oraz po kąpielach w takiejże wodzie, w szlamie, błocie i t. d. następuje obostrzenie spraw chorobowych w narządach ruchu (stawach, mięśniach i nerwach), tak samo, jak po piciu wody karlsbadzkiej w drogach żółciowych, a po Vichy i wodzie Zubera w nerkach (raczej w miedniczkach nerkowych), jak to z naciskiem podkreślił kol. Skórczewski w swoim odczycie.

Powtarzanie się tych poszczególnych odczynów przy racjonalnej kuracji zdrojowej, ich sumacja stopniowo sprowadza poprawę stanu chorobowego lub też jego wyleczenie.

Fałszywe lub niewłaściwe stosowanie źródeł i zabiegów wywołuje pogorszenie miejscowe i zachorzenie ogólne.

Nie widzę jednakże, iżby między tym odczynem, wywołanym przez stosowanie zabiegów balneologicznych, a proteinoterapją w postaci n. p. zastrzyków mleka lub białka roślinnego (nowoprotyny), czy też siarki i jej przetworów, które już zaczynają być modnemi w lecznictwie, istniała jakakolwiek zasadnicza różnica.

Sądzę przeto, że mam prawo do twierdzenia, że działanie wód mineralnych w dużym stopniu, choć oczywiście nie wyłącznie, polega na tem, co obecnie nazywamy proteinoterapją, ale w znacznie szerszem znaczeniu rozumianą.

Jeśli moja hipoteza jest słuszna, to należy przypuszczać, że stosowanie wód mineralnych do zastrzyków podskónych lub śródżylnych, powinno już w znacznie mniejszych i słabszych dawkach sprowadzać ów pożądany odczyn, a następnie wyleczenie. Nieliczne i ostrożne doświadczenia tego rodzaju, pod innym zupełnie kątem widzenia przeprowadzone, zwłaszcza, ze sztucznemi roztworami emanacyjnemi (radjogenem, torem) zdają się przemawiać za moją hipotezą.

Przeprowadzenie tych doświadczeń w szerszym zakresie też z wodą Zubera, byłoby bardzo pożądane. Mechanizm proteinoterapji i jej poszczególnych rodzajów oraz istota odczynu proteino-terapeutycznego w poszczególnych narządach tak są jeszcze ciemne i mało opracowane, że wydaje mi się przedwczesnem, aby kusić się o ściślejszą analizę również i odczynu spowodowanego zabiegami balneo-terapeutycznemi. Mimo to mniemam, że hipoteza tutaj wyjawiona tkwi, że tak powiem, pod progiem poznania naukowego i musiała być lada chwila wypowiedziana.

Pragnąłbym, żeby to nastąpiło w Warszawie w związku z referatem o źródle Zubera w Krynicy.

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 15. 1925.

G u t h. **Przebicie wrzodu żołądkowego.**

R o s e n b e r g. **Dicodid w praktyce chirurgicznej.** Autor zauważył przy stosowaniu dicodidu, działanie znieczulające i wywołujące sen. Nieprzyjemnych objawów ubocznych, jakie występują po morfinie nie zauważono. Działanie trwa 3—4 godziny a ilość 0,015 jest zupełnie wystarczająca. Dicodid stosuje się z dobrym skutkiem przy kolkach żółciowych i nerkowych, przy *empyema* (jako środek, usuwający bodziec do kaszlu), przy kamieniach pęcherza moczowego, zapaleniu pęcherza na tle gruźliczem i zapaleniach przydatków (w formie czopków à 0,015).

L e n h a r d t. **Działanie lecznicze »Cylotropiny«.** Cylotropinę stosuje się przy *pyelitis, pyelonephritis* i *cystitis*. Cylotropina jest to połączenie urotropiny, koffeiny i salicylu.

W ogólności stosuje się 5 zastrzyków po 5 cm^3 dożylnie. Mocz się wyjaśnia, oddziaływuje kwaśno, bóle zmniejszają się, a ogólny stan zdrowia polepsza się.

C a s p e r. **Leczenie zapalenia nerek.** Autor zaleca dekapsulację nerki przy ostrem zapaleniu nerek, pewnych mocznicach, anurji i oligurji.

Objawy uremiczne ustępują, diureza polepsza się. Także przy silnych krwotokach daje dekapsulacja dobre wyniki. Nie chodzi tu o krwotoki występujące przy ostrem zapaleniu nerek, lecz długotrwałe krwawienie, groźne dla życia, wywołujące niedokrwienie mięśnia sercowego; także przy krwawieniach z nerek powstałych nie na tle zapalenia nerek zaleca autor dekapsulację.

Niektórzy autorowie polecali odnerwienie tętnicy nerkowej, analogicznie do sympatektomji, z dobrym wynikiem. Volhard proponuje stosowanie terapji ciał drażniących, zapomocą wstrzykiwań kaseiny lub naświetlań promieniami Roentgena. Przy anurji mają promienie Roentgena skuteczne działanie.

Bardzo skutecznie działa dekapsulacja przy nefrozie, *glomerulonephritis acuta* i kolce nerkowej. Przy anurji nie wolno czekać z dekapsulacją dłużej, jak 24 godzin, skoro nie wystąpiła diureza po leczeniu internistycznem i naświetlaniach Roentgenem.

Przeciwwskazania do dekapsulacji: przy marskości nerek, zwiększonem parciu krwi, niedostatecznem wydzielaniu błękitu i cukru po florydzynie. Volhard poleca w każdym przypadku naświetlania promieniami Roentgena przed wykonaniem dekapsulacji.

Nr. 16. 1925.

S i m o n. **Podmiotowe dolegliwości przy założeniu odmy otrzewnowej.** Autor próbował na sobie założenie *pneumoperitoneum*, celem stwierdzenia objawów, jakie u zdrowego człowieka wystąpić mogą. Autorowi wprowadzono do jamy brzusznej 1800 cm^3 tlenu w przeciągu 10 minut. Autor miał uczucie silnego napięcia w jamie brzusznej po wprowadzeniu 500 cm^3 tlenu, prócz silnego bólu, wywołanego przekłuciem skóry igłą punkcyjną. Po wprowadzeniu 1000 cm^3 wystąpił utrudniony oddech, po 1200 cm^3 wystąpiły bóle rwące i ciągnące w górnych częściach prawego i lewego podżebrza, które to bóle odpowiadały przebiegowi nerwu przeponowego, promieniujące w okolicę szyi wzdłuż przebiegu nerwów nadobojczykowych. Przy leżeniu na wznak, objawy te nieco się zmniejszały. W pozycji siedzącej wzmagała się znacznie duszność, również wystąpiła czkawka i zapad z małem szybkiem tętnem, pobudzeniem do wymiotów i charakterystycznym wyrazem twarzy. Powodem wystąpienia zapadu, jest — zdaniem autora — to, że w pozycji siedzącej gaz wywołuje podrażnienie otrzewnej i jelit, który to stan, podobnie, jak przy objawie Goltza u żaby, odruchowo wywołuje zaburzenia czynnościowe serca. Po usunięciu powietrza z jamy brzusznej objawy powyższe ustąpiły, jednakowoż ból w okolicy łopatek (pleców) utrzymał się przez 3 dni.

Przy wykonaniu takiego zabiegu, zachodzi możliwość zakażenia chorego igłą i drobnoustrojami wprowadzonemi z gazem. Z drugiej strony może się zdarzyć, że jelito lub naczynie krwionośne zostanie przebite, następstwem czego jest zator powietrzny.

S e m l e r. **»Gitapurin«.** Autor podaje jako nowy środek nasercowy dobrze działający »*Gitapurin*« w formie tabletek, nie drażniący błony śluzowej żołądka, i w formie płynu do zastrzyków podskórnych. Środek ten ma skuteczne działanie przy niedomodze serca i wadach zastawkowych z zastoiną i obrzękami, także przy *arhythmia perpetua*. Jest to preparat szybko i sprawnie działający i nie wywołujący bólu przy zastrzyknięciu.

L e n k. **Leczenie wrzodów przewodu pokarmowego promieniami Roentgena.** Autor zauważył w wielu przypadkach wrzodu żołądka znaczne polepszenie stanu podmiotowego i przedmiotowego chorych wskutek leczenia naświetlaniami promieniami Roentgena.

Wykonuje się 2—3 seryj takich naświetleń, a objawy chorobowe (odbijania kwaśne, zgaga, ból w dołku podsercowym) ustępują, a także i wrzód częściowo się zabliźnia. Również zauważono, że promienie Roentgena zmniejszają i usuwają krwotoki, to też po naświetlaniach nie wykazano krwi w stolcu. Nawet naświetlania wątroby mogą usunąć krwotoki.

R o b i t s c h e k. **Stosowanie soli bizmutowych jako środka moczopędnego.** Autor podaje przypadek, w którym z powodu obrzęków, na tle wady sercowej podawał rozmaite środki moczopędne, działające tylko z początku (novasurol); później

podawał je bez żadnego efektu. Wreszcie zastosował autor Spirobismol w ilości 2 cm^3, co drugi dzień domięśniowo.

Diureza podniosła się do 600 i 1200 cm^3, a po drugiem wstrzyknięciu do 3400 cm^3. Obrzęki znikły zupełnie i chory czuł się dobrze. Autor dochodzi do przekonania, że preparaty bizmutowe mają bardzo dobre działanie moczopędne. Z tych preparatów podaje autor: Spirobismol, Bismosalwan i Bismo-Yatren.

Levy. **Autohemoterapja przy fractura metatarsea.** Autor podaje przypadek złamania kości śród-metatarsalnej u nogi, gdzie gojenie się przeciągało się przez kilka tygodni bez wytworzenia kostniny. Autor wziął choremu krew z żyły ramieniowej i wstrzyknął $1^1/_2$ cm^3 krwi w miejscu złamania. Nogę pozostawiono w opatrunku gipsowym przez dwa tygodnie. Po upływie tego czasu prześwietlono nogę promieniami Roentgena i stwierdzono wyraźnie tworzenie się kostniny w miejscu złamania. Autor kładzie nacisk na znaczenie autohemoterapji w gojeniu się złamań.

Neumann. **Dijodyl i przedawkowanie jodu.** Autor podaje jako nowy środek »*Dijodyl*«, zawierający 46% jodu. Poleca stosowanie tego preparatu przy kile i miażdżycy, w ilości 0,15, 3 razy dziennie, co wynosi dziennie 0,45 dijodylu, czyli 0,2 jodu.

Wydalanie dijodylu następuje po 72 godzinach, podczas gdy jodek potasu wydziela się po 24 godzinach. Przy podawaniu jodku potasu w rozczynie $^5/_{200}$ otrzymuje chory dziennie 1,25 – 0,95 jodu, t. zn. cztery razy więcej, niż przy podawaniu dijodylu. Także przy dijodylu nie stwierdzono następstw ubocznych, jakie mogą wystąpić przy podawaniu innych preparatów jodowych.

S. Arnoldówna (Lwów).

Zeitschrift f. Augenh.

T. LIV. Grudzień. 1924. Z. 5.

A. Birch-Hirschfeld. **Obecny stan jaglicy w Prusach wschodnich i jej zwalczanie w świetle doświadczeń kliniki ocznej w Królewcu.** Autor podaje statystykę jaglicy z dawnych lat i zestawia ją z latami ostatniemi. Jest zdania, że statystyka policyjna odbiega znacznie od rzeczywistości. Według statystyki Kühnta przypadało od r. 1877—1883 przeciętnie 16% chorych jagliczych, od r. 1891—1896 15,5% na ogólną ilość chorych ambulatoryjnych. W niektórych latach procent był większy n. p. w latach 1877—1878, 19,9% w innych znowu mniejszy 13,5%. W swej statystyce za czas 1917—1923 podaje autor znaczny spadek jaglicy, gdyż zaledwie 4,22% a więc $^1/_4$% statystyk dawniejszych. Ilość chorych ambulatoryjnych przytem wzrosła. Podczas, gdy w r. 1880 wynosiła ona 2.200 chorych, to w roku 1921 doszła do 7.148.

Na zmniejszenie się chorych jagliczych wpłynęły: zwiększona ilość specjalistów ocznych, zmiana granic, a więc mniejszy dopływ chorych do kliniki, zajęcie się leczeniem jaglicy lekarzy okręgowych na prowincji i mniejszy dopływ z zagranicy wskutek trudności paszportowych. W rzeczywistości ilość chorych na jaglicę zmalała; być może, że żywotność bakteryj z latami osłabła. Warunki higjeniczne, jak pomieszkanie, czystość, używanie tej samej bielizny, nie poprawiły się, lecz owszem wzrosły trudności mieszkaniowe. Dlatego ilość chorych jagliczych w samem mieście uniwersyteckiem wzrosła w dwójnasób. Wzrost ten dawał się zauważyć w czasie wojny. Dotyczy przeważnie biedniejszej ludności.

Zakażenie następuje na drodze przenoszenia przez zetknięcie się. Na zakażenie się są wrażliwsze oczy z zapaleniem nieżytowem. Dla chorych jagliczych jest osobny budynek przy klinice. Wobec trudności opałowych przyjmowano chorych w zimie w tym samym budynku, tylko w oddzielnej sali. Ścisłe oddzielenie chorych jagliczych nie uważa autor za konieczne. Choroba częściej występowała u kobiet 60%, u mężczyzn 40%. W większości przypadków 74,3% postać chorobowa była przewlekła. W 5%—26% występowało zakażenie w wieku szkolnem od 10—20 lat, najwięcej między 16—19 rokiem życia. W połowie przypadków występowały ciężkie powikłania, dlatego jaglicę należy uważać za ciężkie cierpienie, z którem społeczeństwo powinno walczyć wszelkiemi środkami. Jaglicę leczono znanemi sposobami: wyciskaniem, nakłuwaniem, wycieraniem i środkami leczniczemi. Autor zachwala i podaje świetne wyniki po wycięciu spojówki i tarczki sposobem Kuhnta, co poleca również Pick. Z pomyślnym skutkiem dokonano tego zabiegu w 18,3% stosownie do statystyki autora. W zakładzie chorych pomyślnie stosowano wyciskanie po znieczuleniu przez zakroplenie do worka spojówkowego euseminy.

Dotyczyło to zakładu umysłowo-chorych, gdzie zakażenie wystąpiło endemicznie.

Do następowego leczenia ma się dobrze nadawać 5—10% maść tracuminowa.

Jaglica, jak każda choroba zakaźna podlega urzędowemu doniesieniu policyjnemu.

Autor stoi na stanowisku wykazów miesięcznych, a nie pojedynczych. Pojedyncze przypadki powinno się zgłaszać w razie epidemji w danej miejscowości.

Imienne zgłaszanie chorych i zmuszanie ich do leczenia może mieć nieprzyjemne następstwo wskutek unikania lekarzy przez odnośnych chorych. Każdy lekarz powinien prowadzić oddzielną książkę dla chorych jagliczych, co ułatwi statystykę i może być wykazane władzom na żądanie. Konieczna jest współpraca specjalisty z lekarzem praktycznym. Chory bowiem najpierw zwraca się do lekarza praktycznego, a po pewnym pobycie na klinice znowu wraca do niego, celem następowego leczenia. Autor wyraża życzenie wznowienia kursów dla lekarzy praktycznych o leczeniu jaglicy. Poleca stworzenie centrali dla zwalczania jaglicy. Wreszcie wskazanem byłoby uświadomienie ludności przez wykłady, notatki w gazetach i pozostawanie w porozumieniu z nauczycielami, gminami i władzami miejscowemi.

Autor wzywa gorąco do zebrania i wytężenia wszystkich sił w kierunku walki z chorobą, która co roku upośledza wzrok tysięcy jednostek.

C. H. Sattler i A. Blohmke. **O pochodzeniu drżenia oczu w ciemności.** Drżenie gałek ocznych u górników, u niemowląt w ciemności i u młodych psów w ciemności mają wspólne cechy. Ohm chciał doświadczalnie wykazać czy pozostaje ono w zależności od aparatu wzrokowego, czy przedsionkowego *(vestibularis)*. U górników występuje bowiem wskutek złego oświetlenia zmniejszenie wrażliwości siatkówki. Wskutek nieprawidłowego trzymania głowy i przymusowej pozycji ciała następuje przedsionkowe kurczowe napięcie mięśni gałki ocznej. Celem przekonania się, czy większą rolę odgrywa w tym przypadku narząd wzrokowy, czy przedsionek, przeciął Bartel psom nerwy oczne i pozostawił je w ciemności. U jednego nie wystąpiło drżenie gałek ocznych, a u drugiego wystąpiło po 3 miesiącach. Ohm zatem przypuszczał, że drżenie nie występuje u ślepych psów, a po przecięciu nerwów drżenie gałek ustępuje u psów, które przedtem cierpiały w ciemności na drżenie gałek ocznych. Doświadczalnie przeprowadził to na kocie, któremu wstrzyknął 0,3 cm^3 10% nowokainy. Drżenie ustąpiło natychmiast na przeciąg 35 minut po wstrzyknięciu. Stąd wniosek, że siatkówka jest potrzebna do podtrzymania drżenia. Autor wykonał to samo doświadczenie na psach; drżenie nie ustąpiło. Po przecięciu nerwów ustąpiło drżenie dopiero po $3^1/_2$ tygodniach. Tłumaczy to tem, że w jego przypadku drżenie poprzednio trwało dłużej, a więc uszkodzenie centrów mięśniowych było trwalsze.

P. Schinck. **Guz przysadki mózgowej rozpoznany jako śpiączkowe zapalenie mózgu.** Przypadek dotyczył 38-letniej kobiety, która przeszła grypę. Na jednem oku wystąpiło porażenie mięśni zewnętrznych i wewnętrznych, podwójne widzenie, bystrość obu oczu średnia. Silne bóle głowy. Po roku na obydwu oczach opadnięcie powiek, porażenie wszystkich mięśni gałek ocznych, tarcze bledsze, śpiączka, bóle głowy i ślepota.

Badanie promieniami Roentgena wykazało guz wielkości jabłka, wychodzący z przysadki mózgowej.

W różniczkowem rozpoznaniu należy podnieść, że po zapaleniu mózgu, ustępują porażenia mięśni w 6 tygodni po chorobie.

Przy guzie występuje zwykle *hemianopsia*, której w tym przypadku nie było.

Przeciw zapaleniu mózgu przemawiał przewlekły przebieg, obniżenie czucia rogówki, lewej skroni i wargi. Wobec bardzo znacznego pogorszenia zaniechano leczenia Roentgenem, a natomiast wykonano trepanację »*sella turcica*«.

Sekcja wykazała guz o utkaniu nabłonkowem. Prawidłowe pole widzenia nie musi zatem przemawiać przeciw guzowi przysadki mózgowej.

W. Hoffmann. **Przypadek torbieli gałkowej.** Chora 24-letnia nie miała od urodzenia oka prawego. Od 8 miesięcy zauważyła obrzęk powieki dolnej oka prawego. Stwierdzono obrzęk powieki dolnej, która wzrastała ponad górny oczodół. Wnętrze oczodołu było płaskie próżne.

Rozpoznano torbiel powieki dolnej i usunięto ją operacyjnie. Okazało się, że była to torbiel wyścielona barwnym przybłonkiem. Na tylnej ścianie torbieli rozwinęły się niektóre części składowe oka t. zw. *mikrophtalmus*.

Autor omawia zarodkowe wytworzenie się torbieli i niedorozwój gałki.

Przyjmuje doświadczalne powstanie torbieli u królików za podstawę swego zapatrywania na rozwój torbieli i szczelin ocznych. Odnośne doświadczenia przeprowadził v. Hippel.

F. Rauh. **Progi pobudliwości i wrażliwości na światło przed porodem i po porodzie.** Autor przeprowadził doświadczenie zapomocą adoptometru Birch-Hirschelda na 75 ciężarnych. Badanie podzielił na 3 okresy:

I. przed porodem,

II. po porodzie,

III. przed wypuszczeniem ze szpitala.

Otrzymał następujące wyniki:

1. w 17,3% nie było żadnych zaburzeń wrażliwości końcowej na światło. Dotyczyło to ciężarnych powyżej 25 lat.

2. Większość ciężarnych 82,7% wykazała zaburzenia wrażliwości na światło, które się okazały:

a) w obniżeniu wrażliwości na światło przed porodem ($^1/_4$—$^2/_5$) u 54,7% rodzących. (Rodzące młodsze, duże dzieci).

b) w obniżeniu wrażliwości na światło po porodzie ($^1/_4$—$^2/_5$) u 19% ciężarnych.

c) w podwyższeniu się wrażliwości na światło ponad normę w 33% ciężarnych po porodzie.

d) w obniżeniu się wrażliwości na światło przed wypuszczeniem ze szpitala ($^1/_4$—$^2/_5$) u 21% ciężarnych.

Schuster. **Błonicze zapalenie powiek, trwające przez kilka miesięcy.** U noworodka wystąpiły grube błony na spojówkach powiek prawie bez wydzieliny. Bakterjologicznie nic nie stwierdzono, raz tylko laseczki *xerosis*. Laseczek dyfterji nie było.

Badania bakterjologiczne przeprowadzano kilkakrotnie. Leczenie wszelkiemi możliwemi środkami chemicznemi i surowicami pozostało bez skutku. Po upływie pół roku dziecko wypisano z trwającem nadal zapaleniem błoniczem spojówek powiek ocznych.

W 6 miesięcy po wypisaniu choroba ustąpiła sama przez się bez leczenia.

Autorka przypuszcza, że przypadek był tak oporny na wszelkie środki lecznicze wskutek osobniczej skłonności spojówki do zapalenia błoniczego.

F. Naróg (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 marca 1925 r.
Przewodniczący E. Loth.

1. Zatwierdzono sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego.

2. Przewodniczący w paru słowach scharakteryzował działalność i znaczenie niedawno zmarłych wybitnych anatomów L. Testut'a i H. Braus'a.

3. Przewodniczący podał do wiadomości, że do bibljoteki T-wa Anatomicznego w Warszawie wpłynęły prace dr. J. Zwejbauma (2) oraz dr. Ks. B. Rosińskiego.

4. Sprawę wyboru delegata na Zjazd anatomów w Turynie przekazano do załatwienia Prezydjum.

5. K. Orzechowski. **Pokaz preparatów mikroskopowych komórek nerwowych dwujądrzastych.** Materjał pochodzi z przypadku, dotyczącego 49-letniego mężczyzny, zmarłego na zapalenie przewlekłe wągrowate opon mózgowo-rdzeniowych, przechodzące na zewnętrzne warstwy mózgu. W jednem miejscu kory okolicy ruchowej, tuż pod wągrem, glej jest w stanie bujania i luźnego stwardnienia w postaci wąskiego pasa, przechodzącego przez całą wysokość kory. Znajdujące się w tym pasie liczne komórki nerwowe odpowiadają wielkością małym i średnim piramidowym lub dużym wrzecionowatym. Wypustki i tygroid komórek nerwowych barwią się dobrze. Tamże znaleziono kilkanaście komórek dwujądrzastych i jedną z trzema jądrami. Naogół oba jądra tych komórek są rozwinięte prawidłowo i tylko wyjątkowo oba albo jedno z dwóch są dotknięte zwyrodnieniem i barwią się słabiej. W jednym przypadku oba jądra stykają się ze sobą tak, jakby nie uległy podziałowi. Obok komórek dwujądrzastych istnieją liczne skupienia, złożone z 2—3 komórek ściśle przylegających do siebie. Na podstawie dwóch spostrzeżeń własnych, dokonanych w 1906 roku i dotyczących w pierwszym przypadku pseudoamitoz w komórkach rogów przednich, a w drugim przypadku ruchów podziałowych jąder komórek Purkinjego, autor nie wątpi, że jądra komórek nerwowych mogą się dzielić. Zato niezmiernie trudno jest dowieść, że mogą się dzielić i ciała tych komórek. W przedstawionym przypadku nasuwa się jednak podejrzenie, że powstały tu komórki nowe. We wspomnianym wyżej pasie stwardnienia są liczne komórki nerwowe o postaciach, których w sąsiedztwie niema i które w tej ilości w prawidłowej korze ruchowej się nie znajdują. Można zatem przypuszczać, że komórki te są wytworem, doskonałych podziałów, tak, jak wytworem podziałów niezupełnych są obecne na preparatach komórki z dwoma lub trzema jądrami.

6. C. Jastrzębski. **Pokaz preparatu ligamenti intercolici sin.** Podczas sekcji, dokonanej 20. XII. 1924 r. na zwłokach kobiety 46-letniej w szpitalu starozakonnych, została stwierdzona obecność błony, naciągniętej pomiędzy lewą połową poprzecznicy, a jelitem grubem zstępującem. Błona ma kształt trójkątny i w wielu miejscach prześwieca. W głębokim uchyłku pod błoną znajdowało się kilka pętli jelita czczego. Równolegle do brzegu wolnego błony przebiegają w niej naczynia krwionośne, pomiędzy któremi gdzieniegdzie przeświecają skupienia tkanki tłuszczowej. Brzeg wolny tej błony jest gładki i wynosi około 10 cm długości. Długość każdego z brzegów zrośniętych z jelitem równa się mniej więcej 15 cm. W okolicy zgięcia prawego okrężnicy daje się zauważyć obecność drugiego fałdu otrzewnowego, lecz wynoszącego tylko około 1 cm wysokości. Jakichkolwiek zrostów otrzewnej lub zmiany w jelitach, które mogłyby prowadzić do zrostów, nie stwierdzono. Na podstawie danych badania tego przypadku, oraz danych porównawczo-anatomicznych, autor przychodzi do wniosku, że opisane błony są skutkiem wadliwego rozwoju ścian jelita i prawdopodobnie są spowodowane przez odszczepienie od ściany jelita pasma włókien mięsnych. Pasma te podczas kształtowania się obu zgięć jelita grubego naciągnęły się w postaci cięciwy i przyczyniły się do powstania opisanych fałdów otrzewnowych. Pokaz był objaśniony trzema tablicami rysunków.

W dyskusji w sprawie obu pokazów zabierał głos kol. E. Loth.

7. D. Lipcówna wygłosiła komunikat na temat: **Różnice rasowe u noworodków polskich, żydowskich i szwajcarskich.** Badania autorka prowadziła w zakładach położniczych Warszawy Krakowa i Zurychu. Obejmują one około 20.000 spostrzeżeń na 700 noworodków, przyczem noworodków polskich — 500, żydowskich — 100 i szwajcarskich — 100.

I. Waga ciała noworodków wahała się od 2—5 kg, wynosząc przeciętnie 3,3 kg t. j. zaledwie 5% wagi dorosłego. Noworodki polskie są znacznie cięższe od żydowskich, a szwajcarskie są najlżejsze. Noworodki płci męskiej odznaczają się większą wagą od żeńskich. II. Długość ciała waha się od 45 do 58 cm. Średnia wynosi 51,5 cm dla noworodków polskich. Żydowskie są najmniejsze, co odpowiada różnicy u dorosłego. Wzrost nowonarodzonych dziewczynek wynosi 98% wzrostu noworodków płci męskiej. III. Przewaga obwodu głowy nad obwodem klatki piersiowej, tak charakterystyczna dla noworodków, jest rezultatem tego, że obwód głowy osiąga u noworodka 60% wymiaru definitywnego, gdy obwód klatki piersiowej tylko 40%. Wpływ rasy ujawnia się w słabszym rozwoju klatki piersiowej noworodków szwajcarskich. Wpływ zaś płci wyraża się w stałej przewadze obwodu głowy i innych wymiarów bezwzględnych: tak głowy, jak i twarzy u noworodków męskich nad żeńskiemi. IV. Cechy opisowe. Włosy noworodków są znacznie jaśniejsze od włosów dorosłego. Bardzo rzadko były czarne. Noworodki żydowskie wyraźnie ciemniejsze od polskich, gdyż przeważają tu szatyni i czarni. Oczy noworodków w ogromnej większości przypadków posiadają barwę

ciemno-szaro-niebieską. Nawet u noworodków żydowskich niezmiernie rzadko trafiały się oczy t. zw. piwne, tak częste u dorosłych. Noworodki żydowskie wykazywały barwę granatową lub granatowo-szarą. Oczy noworodków polskich były szaroniebieskie, natomiast oczu piwnych lub szaro-piwnych u nich nie stwierdzono. Szpara oczna migdałowata spotyka się u noworodków żydowskich znacznie częściej, aniżeli u noworodków polskich. Nosy noworodków, na pierwszy rzut oka, są wszystkie wklęsłe. Jest to złudzenie optyczne, które opiera się na głębokiem osadzeniu korzenia nosa. W rzeczywistości tylko około 20% nosów posiadało grzbiet prosty. Nosy wklęsłe u noworodków żydowskich są rzadsze, aniżeli u noworodków polskich. Natomiast nosy wklęsło-wypukłe, z których następnie rozwijają się haczykowate, były zjawiskiem częstszem u noworodków żydowskich. Tak charakterystyczna przegroda nosowa, wystająca poza poziom skrzydeł nosa, spotyka się u noworodków żydowskich bardzo często. Noworodki zaś polskie miały koniec nosa bezsprzecznie silniej zadarty od żydowskich. Zatem wpływ płci i rasy zaczyna się ujawniać bardzo wcześnie we wzroście i kształcie poszczególnych części ciała i występuje już zupełnie wyraźnie u noworodków.

W ożywionej **dyskusji** zabierali głos: E. Loth, Ks. B. Rosiński.

8. M. Orłowski. **Kilka rzadkich odmian kręgów ludzkich.** Autor zbadał 100 kręgosłupów w celu stwierdzenia odmian kanału poprzecznego kręgów i, znalazł otwór poprzeczny w kręgach piersiowych w 3% wszystkich przypadków. Również w jednym przypadku znalazł otwór poprzeczny i w pierwszym kręgu lędźwiowym. Otwory zaś przedpoprzeczne stwierdził tylko trzy razy w ostatnich kręgach szyjowych. Autor znalazł również otwory i w łukach kręgowych, przyczem w dwóch przypadkach w kręgach szyjowych, w jednym zaś przypadku w kręgach piersiowym i lędźwiowym, o czem żaden z autorów dotąd nie wspomina. Praca przeznaczona do druku.

Za sekretarza: *Zak lska.*

I. Polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie.

W dniach 16 i 17 maja 1925 odbył sie w Krakowie I. Polski Zjazd przeciwgruźliczy przy udziale około 400 lekarzy z całej Rzeczypospolitej.

W sobotę 16. maja o godzinie 10-tej rano odbyło się otwarcie wystawy higjenicznej w domu Towarzystwa walki z gruźlicą i Towarzystwa lekarskiego przy ul. Radziwiłłowskiej.

Na wystawie tej, częściowo umieszczonej w salach przychodni przeciwgruźliczej, pokazano urządzenia sanitarne miasta Krakowa pod postacią wykresów map statystycznych — zdjęć fotograficznych.

Podobne obrazy dała Łódź, która, prócz tego, przedstawiła sposoby walki z jaglicą.

Bydgoszcz dał zdjęcia urządzeń sanitarnych miejskich i fotografje lecznic prywatnych.

Gazownia krakowska wystawiła szereg ładnych piecyków do ogrzewania wody dla sal operacyjnych i t. d.

Sekcja propagandowa Warszawskiego Czerwonego Krzyża wystawiła swoje afisze i broszury propagandowe.

Miejski Urząd badania środków spożywczych pokazał szereg fałszowanych produktów spożywczych i etykiet napojów alkoholowych, których zawartość nie odpowiadała napisom.

W przychodni dla gruźliczych zwracały uwagę zwiedzających specjalne spluwaczki automatycznie spłukiwane wodą.

W sali Rady miasta Krakowa nastąpiło uroczyste otwarcie Zjazdu przez prof. Orłowskiego z Krakowa, prezesa Komitetu organizacyjnego, który w przemowie inauguracyjnej podniósł, że głównym celem Zjazdu jest wyszukanie najlepszej i najskuteczniejszej metody walki z gruźlicą, która w samym Krakowie zabiera około 1000 ludzi rocznie. Inne państwa zorganizowały u siebie walkę z gruźlicą; my jednak skrępowani niewolą nie rozwinęliśmy w tym kierunku prawie żadnej akcji, szczególnie na terenie dawnego zaboru rosyjskiego akcja ta napotykała na nieprzezwyciężone prawie trudności ze strony rządu.

Mowca wspomniał o trzech zmarłych lekarzach, którzy położyli wielkie zasługi na polu walki z gruźlicą, a to o prof. Walerjanie Jaworskim, Alfredzie Sokołowskim i Józefie Wiczkowskim. Wspomnienie to uczcił Zjazd powstaniem.

W dalszym ciągu swej mowy opisał prof. Orłowski wystawę higjeniczną w Domu Towarzystwa walki z gruźlicą przy ul. Radziwiłłowskiej i Towarzystwie lekarskiem, która z braku czasu przedstawia się dość skromnie. Podziękował Towarzystwu walki z gruźlicą, Instytutowi dla Curie-terapji w Krakowie, Krakowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu za udzielenie lokalu i drowi Jaworskiemu za zorganizowanie wystawy — i życząc Zjazdowi pomyślnego wyniku obrad poprosił prof. Gluzińskiego Antoniego z Warszawy na przewodniczącego Zjazdu.

Prof. Gluziński, objąwszy przewodnictwo, podziękował za wybór i podkreślił, że temu pierwszemu polskiemu Zjazdowi przyświecają dwa horoskopy t. j. równoczesność Zjazdu działaczy sanitarnych, mającego podobny cel, oraz fakt, że Zjazd odbywa się w mieście, na którego czele stał niezapomniany prezydent prof. Dietl, pierwszy, który rozpoczął planową walkę z chorobami. Mówca powitał Zjazd imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego i Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i zawiadomił Zjazd, że wysyła hołdowniczy telegram do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, do Pana Prezesa Rady Ministrów i do Pana Ministra Spraw Wewnętrznych.

Szereg mów powitalnych rozpoczął p. wice-prezydent Rolle imieniem Zarządu miasta, dyr. dr. Wroczyński przemawiał imieniem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, dr. Rudzki imieniem Ministerstwa Spraw Wojskowych, dr. J. Zawadzki imieniem Związku Miast, dr. Krakowski imieniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Wojewoda Kowalikowski imieniem Województwa, dr. Fuchs imieniem Szpitala św. Łazarza, prof. Jasiński imieniem Uniwersytetu wileńskiego, prof. Maziarski imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr. Bogucki imieniem Naczelnej Izby lekarskiej w Warszawie, prof. Opoczyński imieniem Towarzystwa lekarskiego w Wilnie, dr. Wąsowski imieniem Towarzystwa lekarskiego w Lublinie, prof. Gantkowski imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu poznańskiego, dr. Zabłocki imieniem lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą i lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, który zaprosił na przyszły rok Zjazd do Lwowa. Dr. Węgrzynowski przemawiał imieniem Towarzystwa higjenicznego lwowskiego.

Po przemówieniach odczytał przewodniczący szereg powitalnych telegramów, rozpoczynając telegramem Wydziału lekarskiego lwowskiego, a kończąc długim telegramem od »Union International contre la tuberculose« z Paryża.

Referaty rozpoczął dr. Seweryn Sterling z Łodzi na temat główny »**Klasyfikacji gruźlicy**«.

Temat ten był drukowany w Gazecie lekarskiej, dlatego go nie podajemy — notujemy tylko podany przez referenta sposób uwzględnienia intuicji lekarskiej przez używanie symbolów rokowniczych:

1 — znaczy rokowanie dobre,
$^1/_2$ — rokowanie względnie dobre,
2 — rokowanie wątpliwe,
$^2/_3$ — rokowanie bardzo wątpliwe,
3 — rokowanie złe.

Korreferent pułk. dr. Rudzki Stefan z Warszawy mówił o konieczności **zmiany terminow podziału gruźlicy: „otwarta“ i „zamknięta“ na „czynna“ i „nieczynna“.**

Dr. Rosenberg z Łodzi mówił o **naczyniach włosowatych powłok przy różnych postaciach suchot płucnych** i pokazał obrazy naczyń włosowatych, w których można było rozróżnić zmiany chorobowe i oprzeć na tem niekiedy rokowanie.

Dr. A. Uryson z Łodzi mówił o **stosunku ciał białkowatych w surowicy krwi przy różnych postaciach suchot płucnych**; podał, że używał metody określania ilości ciał białkowatych Naegeli-Rohrer (refraktometrji połączonej z wiskozymetrją) i stwierdził zaburzenia stosunku albumin do globulin w przebiegu gruźlicy płuc i zauważył, że zaburzenia te mogą być wskaźnikiem rokowania i skuteczności leczenia.

W końcu porównał metody Naegeli-Rohrer z odczynami Biernackiego i Matify.

Dr. Piotr Wysocki omawiał **rzekomo-gruźlicze zmiany szczytów płucnych, spowodowane powiększeniem gruczołów wnękowych**, które polegają na zastoju w następstwie procesu zapalnego, tworzącego się w otoczeniu gruczołów wnękowych. Jest to właściwie obrzęk i zgrubienie tkanki łącznej opłucnej, zrazikowej, uciskającej na naczynia limfatyczne i krwionośne.

Dr. Stefan Keilson z Łodzi pokazał w ciemni (skioptikonem) **zdjęcia roentgenograficzne rozmaitych postaci gruźlicy płuc** i podał jej podział z punktu widzenia roentgenograficznego.

Następnie rozwinęła się **dyskusja** nad określeniem korreferenta dra Rudzkiego: »gruźlica czynna« i »nieczynna« — wynikiem jej był wniosek zamieszczony na końcu sprawozdania.

W sobotę popołudniu dr. Dłuski w dłuższym odczycie p. t.: **O stosowaniu preparatów z laseczników Kocha w gruźlicy dla celów rozpoznawczych i leczniczych** przedstawił dzieje leczenia tuberkuliną i przyszedł do wniosku, że tuberkulina nie nadaje się do leczenia i wyleczenia gruźlicy.

W drugim odczycie p. t. »**O odmie sztucznej**« przedstawił historję, sposoby jej użycia, wyniki, wskazania, powikłania, klinikę, a wreszcie statystykę obcą i własną — i przyszedł do przekonania, że jest obowiązkiem lekarza w każdym nadającym się przypadku stosować odmę.

Dr. Rutkowski Maksymiljan z Krakowa w odczycie p. t.: »**Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc**«, omawiał frenikotomję, pneumotomję, torakoplastykę, chwaląc dodatnie wyniki tejże i przedstawiając chorego po torakoplastyce.

Dr. Henryk Zawistowski z Krakowa mówił o **przebiegu i wyniku leczenia odmą sztuczną 1120 przypadków gruźlicy płuc**, a więc o klasyfikacji chorych, o technice i przebiegu leczenia, o wyniku leczenia i o powikłaniach.

Dr. Kuczewski Antoni z Zakopanego mówił o **leczeniu gruźlicy klimatyczno-sanatoryjnem** i twierdził, że leczenie klimatyczno-sanatoryjne stanowi istotny czynnik zwalczania gruźlicy. Podkreślił tezę, że »chory na gruźlicę może i powinien przyjść do zdrowia w ojczystym klimacie«. Ważnem jest urządzenie i prowadzenie sanatorjum nie mniej od warunków klimatycznych.

Podał typy sanatorjów, sposób urządzenia, leczenia gruźlicy tak zapomocą ruchu, jak spokoju, wodolecznictwem i uzasadnił konieczność pomocniczych urządzeń, jak laboratorjum i zakład Roentgena.

Odczyt o **próbie stosowania przeciwgruźliczej scrowakcyny** Shiga (Tokio) odpadł z powodu braku czasu.

Dr. Zdzisław Szczepański z Warszawy podał własne **doświadczenia przy stosowaniu odmy u 240 chorych** i zastanawiał się nad statystyką i wynikami stosowania odmy, zatrzymując się dłużej nad jednym przypadkiem śmierci wskutek zatoru powietrznego.

Dr. A. Tennenbaum z Łodzi mówił **o zatorze gazowym naczyniowym, jako powikłaniu odmy sztucznej**, zastanawiał się nad mechaniką powstawania zatoru, podał statystykę, mówił o profilaktyce i leczeniu podnosząc, że nie należy stosować sztucznego oddychania w zatorze gazowym.

Dr. Olgierd Sokołowski z Zakopanego skreślił **dzieje chemoterapji w gruźlicy** i podniósł trudności jej stosowania.

Dr. Hugon Karwowski z Zakopanego skreślił **metody leczenia gruźlicy Roentgenem** z szczególnem uwzględnieniem naświetlania śledziony przy gruźlicy płuc. Stwierdził, że stosuje naświetlania metodą Manuchina, jednak zapatruje się na nią krytycznie. Przy krwotokach płucnych radzą naświetlania śledziony samej. Ponadto dr. Karwowski zdawał sprawę z wyników leczenia własnych przypadków.

Odczyt dra Stanisława Kopczyńskiego z Warszawy **o szkołach-uzdrowiskach** podobnie, jak odczyt dra Dziembowskiego Zygmunta z Bydgoszczy odpadł.

Prof. dr. Baurowicz Aleksander z Krakowa przedstawił i zebrał wszystkie **metody chirurgicznego leczenia górnych dróg oddechowych**.

Dr. Spira J. z Krakowa podał **nowsze metody leczenia gruźlicy krtani** i podniósł skuteczność leczenia photo-terapeutycznego t. j. lampą łukową i Roentgenem i był zdania, że należy zawsze stosować to leczenie mimo rozwijającej się gruźlicy płuc dla przyniesienia ulgi choremu.

Dr. Węgrzynowski ze Lwowa mówił **o dotychczasowych naszych wynikach leczenia sztuczną odmą klatki piersiowej**. Prelegent przedstawia wyniki leczenia odmą sztuczną gruźlicy płuc, ropni płuc, wysięków zapalnych i zapalenia wysiękowego opłucnej, leczenia wysięków ropnych, wyniki stosowania odmy zwalniającej przy dwustronnej gruźlicy płuc, zapaleniu płuc i opłucnej.

Wyniki, jakie otrzymał, są zgodne z wynikami statystyk światowych i polskich. Przy sposobności omawiania powikłań opisuje szczegółowo jeden przypadek niewątpliwego zatoru powietrznego z objawami zapadu i porażenia połowiczego (objawy cofnęły się do 24 godzin).

Przychodzi do wniosku, że odmę należy stosować we wszystkich przypadkach, w których istnieje wskazanie i że nie założenie odmy wobec wyników osiągniętych tą metodą należy uważać za błąd lekarski.

Tenże. Drugi wykład: **Znaczenie przychodni w społecznej walce z gruźlicą.** Omawiając sposoby działania przychodni w kierunku uświadomienia chorych i ich rodzin przychodzi do wniosku, że w dzisiejszym stanie walki z gruźlicą w Polsce jedynie przychodnia może spełnić zadanie propagandy i być celową formą tej akcji społecznej stawia jako etapy tej walki na pierwszem miejscu przychodnie, następnie szpitale dla otwartej gruźlicy, a dopiero jako końcowy etap sanatorja.

Dr. Kuhl ze Lwowa mówił **o statystyce z ambulatorjum Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie** za rok 1924 i zakończył wnioskiem, aby wszystkie Przychodnie w Polsce ogłaszały doroczne sprawozdania i statystykę, co mogłoby być z wielką korzyścią dla sprawy.

Dr. Bühn ze Lwowa mówił **o wynikach leczenia Pirquetyzacją w lwowskiem Towarzystwie walki z gruźlicą** i przyszedł do przekonania, że ta metoda nie nadaje się do leczenia gruźlicy płuc, a może być próbowana przy gruźlicy kostnej i gruczołowej.

Następnie rozwinęła się żywa dyskusja na temat stosowania odmy sztucznej, a następnie niemniej żywa na temat leczenia tuberkuliną.

Przestrzegano następnie przed zbyt pochopnem i bezkrytycznem stosowaniem sanokryzyny. Podnoszono konieczność wypróbowania metody Manuchima u nas prawie niestosowanej.

Wreszcie podczas długiej dyskusji o potrzebie stwarzania sanatorjów starano się zbić stanowisko kol. dra Kuczewskiego podnosząc, że wprzód należy stworzyć przychodnie przeciwgruźlicze i szpitale dla gruźlicy otwartej, a następnie budować sanatorja.

Dnia 17. maja 1925 r. t. j. w niedzielę udało się stukilkudziesięciu kolegów samochodami, dostarczonemi przez gminę, do Prądnika dla obejrzenia miejskich zakładów sanitarnych, nadzwyczaj pięknie, z komfortem i celowo urządzonego zakładu dezynfekcyjnego, domu izolacyjnego, kuchni i kotłowni i miejskiego sanatorjum gruźliczego.

Bliższe dane są wydrukowane w »Krótkim opisie niektórych urządzeń sanitarnych miejskich w Krakowie«, wydanym pod redakcją doc. dra T. Janiszewskiego w 1925 r.

Tu podnieść należy uwzględnienie przy budowie wszystkich najnowszych wymogów higjeny, n. p. urządzenie dezynfekcji w ten sposób, że z czystej strony można swobodnie przez szyby kontrolować sposób dezynfekcji na stronie zanieczyszczonej, następnie uwagi godne jest przeniesienie mechaniki na I. p., skąd jest telefoniczne porozumienie.

Sanatorjum mieści się w 3-ch barakach Döckerowskich, z których każdy ma 42 łóżek. Obecnie dwa są czynne; trzeci odnawia się. Dwa są przeznaczone dla leczenia gruźlicy płuc, jeden dla gruźlicy kostnej i gruczołowej.

Koledzy, którzy koniecznie chcieliby dopatrzeć się jakichś ujemnych stron — podnosili, że w zimie, mimo centralnego ogrzewania, jest zimno, że sale są za duże i że brak jadalni. Inni podnosili przepiękne położenie zakładów, czystość wzorową, poświęcającą się opiekę lekarską, a wreszcie szczęśliwy stosunek gminy do Kasy chorych, która w zrozumieniu interesów swych cierpiących członków, zrobiła umowę z gminą miasta Krakowa i za umówionem wynagrodzeniem (6—7 Zł dziennie) umieszcza swoich chorych w sanatorjum, rezerwując sobie miejsce dla 60-ciu chorych.

Kasa chorych umożliwiła otwarcie sanatorjum, ofiarowując leżaki, worki futrzane dla chorych, sprawiając Roentgena, dostarczając pism i książek.

(Dok. nast.).

Sprawy zawodowe.

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

I. posiedzenie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, odbyte we Lwowie, w sali konferencyjnej Województwa w dniu 20. maja 1925 roku.

Przewodniczy: Dr. Mikołajski.

Porządek dzienny:

1. Przychodnia przeciwgruźlicza dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin we Lwowie. Ref. dr. Mosler.
2. Walka z gruźlicą w armji. Ref. Gen. dr. Zieliński.
3. Opinja Komisji o projekcie statutu normalnego dla Terytorjalnych Towarzystw Przeciwgruźliczych. Referent: dr. Mikołajski.

Przewodniczący zagaja posiedzenie, wita imieniem P. Wojewody licznie zebranych członków Komisji, wspomina o odbytym przed paroma dniami w Krakowie I. Zjeździe Przeciwgruźliczym, w którym uczestniczyli najwybitniejsi działacze na polu walki z gruźlicą w Polsce i przedstawiciele władz i instytucji w tej walce interesowanych, a który to Zjazd ujawnił wielki zapał dla sprawy i wydał hasło uzgodnienia planu walki z gruźlicą w Państwie przy uwzględnieniu odmiennych warunków i stosunków w poszczególnych Województwach tudzież istniejących już organizacjach walki z gruźlicą.

Przewodniczący wyraża pewność, że reaktywowana Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem zdoła wprowadzić tą walkę na nowe tory i przy współdziałaniu wszystkich powołanych czynników osiągnie już w najbliższym roku poważne wyniki, o których zda sprawę na II. Zjeździe Przeciwgruźliczym, mającym się odbyć w roku przyszłym we Lwowie.

Przewodniczący powołuje na sekretarza Komisji dra Moslera.

Za zgodą zebranych zmieniono porządek dzienny posiedzenia, biorąc pod obrady nasamprzód 3. punkt, mianowicie opinję Komisji o projektowanym statucie Terytorjalnych Towarzyst w Przeciwgruźliczych.

Po przedstawieniu sprawy przez dra Mikołajskiego rozwinęła się dyskusja, w której zabierali głos oprócz referenta: dr. Węgrzynowski, Gen. dr. Zieliński, dr. Bett, dr. Schleicher, dr. Kuhn, doc. dr. Sabatowski, p. Ochman. dr. Zabłocki.

I. Na wniosek Gen. dr. Zielińskiego uchwalono 12 głosami na 19 obecnych i 18 głosujących (przewodniczący nie głosował) rezolucję następującą;

Urząd Wojewódzki (Wydział Zdrowia Publicznego) przedłoży Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia szczegółowo umotywowane przedstawienie, że na obszarze Małopolski jest jedynie racjonalną i dla sprawy korzystną obecna organizacja półurzędowa walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem, i że tę formę organizacji Komisja zaleca wprowadzić, jeżeli nie we wszystkich Województwach w Polsce, to przynajmniej we wszystkich 4 Województwach Małopolski, a w każdym razie Komisja radzi pozostawić nadal tę półurzędową organizację w Województwie lwowskiem.

W dyskusji podniesiono następujące motywy do powyższej uchwały:

1. Podstawową zasadą organizacji walki z gruźlicą w Polsce, powinno być, podobnie, jak to przyjęto w krajach zachodnich, programowe stwierdzenie, że w wielkich wydatkach, jakich wymaga walka z tą największą klęską, uczestniczą:

a) rząd, b) samorządy, c) instytucje społeczne (Kasy chorych), d) stowarzyszenia obywatelskie), chorzy na gruźlicę,

względnie gruźlicą zagrożeni albo osoby do ich leczenia i utrzymania obowiązane.

Drugą zasadą podstawową powinno być, że rząd jest głównym ośrodkiem walki z gruźlicą, grupującym około siebie wszystkie inne czynniki kompetentne.

Na tych dwóch zasadach zbudowano w Województwie lwowskiem organizację półurzędową, która obstała próbę kilkoletniej działalności praktycznej.

Przeciwnie projektowane Terytorjalne Towarzystwa Przeciwgruźlicze burzą te zasady, co należy uznać za stronę wielce ujemną, gdyż nawet w okresie trudności finansowych Państwa udział Skarbu Państwa w wydatkach na walkę z gruźlicą ze względów zasadniczo programowych nie powinien być pominiętym a przesunięcie ośrodka walki z gruźlicą na prywatne stowarzyszenie mieści w sobie poważne niebezpieczeństwa, nie zapewnia jednolitości w planach walki i nie zabezpiecza jej od postronnych wpływów antagonizmów partyjnych, wyznaniowych i społecznych.

2. Podniesiono też w dyskusji, że w Małopolsce są zupełnie inne, niż w byłej Kongresówce stosunki pod względem szeregowania się obywateli do zrzeszonej pracy społecznej.

Gdy w b. Kongresówce społeczeństwo od szeregu pokoleń wyrobiło w sobie uzdolnienie i zapał do poczynań zrzeszonych i tą drogą doszło do bardzo poważnych wyników, w Małopolsce od kilku pokoleń ery konstytucyjnej i narodowej autonomji ludność nawykła do tego, że inicjatywa i kierownictwo w sprawach najważniejszych spoczywały w rękach rządu. Tej psychiki ludności nie da się zmienić odrazu, lecz potrzeba pracy dziesiątek lat, aby wychować generację zdolną i chętną do zbiorowych trwałych wysiłków, niezależnie od rządu. W okresie przejściowym jeszcze przez długie lata trzeba się koniecznie liczyć z temi odmiennemi warunkami psychicznemi ludności Małopolski i trzeba także w walce z gruźlicą oprzeć organizację na administracji państwowej a zrzeszeniom obywatelskim wyznaczyć rolę czynnika współdziałającego.

3. Dalej podniesiono, że w Małopolsce spory polityczne, narodowościowe, wyznaniowe i społeczne wkraczają nieraz także na pole pracy społecznej i kulturalnej a od zawichrzeń z tego powodu nie będą uchronione prywatne Towarzystwa Przeciwgruźlicze, zwłaszcza, gdyby dysponowały znaczniejszemi zasiłkami z funduszów państwowych i samorządowych. Byłoby dla tych Towarzystw bardzo trudnem zadaniem kojarzenie do wspólnej pracy żywiołów, walczących ze sobą na innych polach i okazaćby się mogła konieczność rozbicia akcji przeciwgruźliczej na tyle odrębnych Towarzystw Przeciwgruźliczych dla tego samego Województwa, ile obozów stoi naprzeciw sobie w życiu publicznem a nawet i prywatnem. Czynnikiem, kojarzącym sprzeczne i wrogie sobie nawzajem żywioły łatwiej może być administracja państwowa, której obowiązkiem jest uwzględniać sprawiedliwie wszelkie uzasadnione żądania i potrzeby różnych grup ludności i ścisłą bezstronnością zdobyć sobie zaufanie całej ludności bez względu na różnicę wyznania, narodowości, lub politycznych poglądów.

II. Na wniosek dra W ę g r z y n o w s k i e g o, poparty przez dra M i k o ł a j s k i e g o, uchwalono 14 głosami na 19 obecnych a 18 głosujących rezolucję następującej treści:

Gdyby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia nie skłoniła się do wniosku, pod I sformułowanego i umotywowanego i gdyby mimo tych przedstawień obstawała przy zdaniu, że tylko prywatne Towarzystwo Przeciwgruźlicze spełni należycie zadania walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem, Komisja przyjmuje do wiadomości i protokołuje oświadczenie dra W ę g r z y n o w s k i e g o, złożone imieniem Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą, że to Towarzystwo przekształci się w Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze dla obszaru miasta Lwowa i całego Województwa lwowskiego, uczyni to jednak dopiero po ostatecznem ustaleniu normalnego wzoru statutu Towarzystw Przeciwgruźliczych i będzie zazgodą i każdorazową uchwałą Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą obejmowało stopniowo akcję przeciwgruźliczą w poszczególnych powiatach od dotychczasowej półurzędowej organizacji, aby nadal prowadzić tę akcję we własnym zakresie.

Z chwilą ostatecznego ustalenia wzoru statutu normalnego dla Towarzystw Przeciwgruźliczych lwowskie Towarzystwo walki z gruźlicą zawiąże na podstawie tego wzoru Towarzystwo Przeciwgruźlicze a samo się rozwiąże, przekazując cały swój majątek nowemu Towarzystwu.

W powiatach, w których nowe Towarzytwo obejmie działalność, nastąpi rozwiązanie dotychczasowego Powiatowego Koła walki z gruźlicą przy równoczesnem założeniu powiatowego oddziału Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

III. Komisja objawiła zdanie, że jak najrychlejsza decyzja Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia co do wyboru jednej z podanych pod I. i II. alternatyw jest konieczną, gdyż stan niepewności co do dalszych losów organizacji walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem tamuje działalność na tem polu a przez to wpływa szkodliwie na jej rozwój.

IV. Na wniosek dra S c h l e i c h e r a uchwaliła Komisja przedłożyć P. Wojewodzie wniosek o powołanie do Komisji dra Marcina S e l z e r a jako przedstawiciela Towarzystwa szerzenia higjeny wśród żydów.

V. Na wniosek p. O c h m a n a uchwalono zaproponować P. Wojewodzie, aby do Komitetu wykonawczego Komisji powołał delegata Okręgowego Związku Kas chorych.

VI. Z powodu spóźnionej pory uchwalono obrady nad dalszemi punktami porządku dziennego odroczyć do następnego posiedzenia Komisji, które wyznaczono na godzinę 18·30 w dniu 27. maja b. r.

Sekretarz: *Dr. Mosler w. r.* Przewodniczący: *Dr. Mikołajski.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

D l a z a p o b i e ż e n i a z b r o d n i c z y m i n i e p o t r z e b n y m s p ę d z a n i o m p ł o d u Koło lekarzy darmstadzkich wydało następujące obowiązujące przepisy: Uznanie potrzeby przerwania ciąży musi być powzięte przez konsiljum złożone z 3 lekarzy, wśród których nieśmie być lekarz spowinowacony z ciężarną, względnie jej rodziną. Uznanie potrzeby przerwania ciąży musi być pisemnie sporządzone i podpisane przez owych 3 lekarzy. Nadto musi być wyrażona zgoda na sam zabieg ze strony obojga małżonków względnie chorej, a w razie, jeżeli chora jest nieletnia, ze strony jej prawnego zastępcy. Odnośne pisma mają być przechowywane przez 10 lat w biurze Koła lekarzy darmstadzkich. W razie mimowolnego przerwania ciąży musi być fakt taki z szczegółowem przedstawieniem rzeczy podany do wiadomości przewodniczącego. Niestosowanie się do powyższych przepisów oddaje takiego lekarza pod sąd honorowy kolegów.

Warszawa.

x U c z c z e n i e 50-l e t n i e j p r a c y z a w o d o w e j Dra J u l j a n a K r a m s z t y k a. W dniu 24 czerwca r. b. na posiedzeniu Pol. T-wa Pedjatrycznego odbyła się uroczystość uczczenia 50-letniej pracy zawodowej stałego Sekretarza T-wa, Dra Juljana Kramsztyka.

W licznych przemówieniach zobrazowano Jego działalność społeczną i naukową, a w szczególności podniesiono Jego wielkie zasługi na polu nauczania młodszego pokolenia lekarzy wtedy, kiedy władze rosyjskie surowo tego wzbraniały. Jubilatowi wręczono specjalny zeszyt Pedjatrji Polskiej, Jemu poświęcony, i składano najlepsze życzenia.

Redakcja Pol. Gazety Lekarskiej w imieniu nauki polskiej dołącza się do tych głosów i życzy Sz. Jubilatowi *»Ad multos annos«*.

x K i e r o w n i c t w o Z w i ą z k o w e g o Z a k ł a d u R o e n t g e n o l o g i c z n e g o po śmierci ś. p. Dra Bronisława Puljanowskiego, objął prowizorcznie Dr. A. Elektorowicz.

x S t u l e c i e u r o d z i n C h a r c o t' a. Warszawskie Tow. Neurologiczne postanowiło uczcić stuletnią rocznicę urodzin genjalnego neurologa francuskiego przez wydanie specjalnego zeszytu »Neurologji Polskiej«. Numer ten o zwiększonej objętości będzie zawierał liczne prace, dotyczące działalności i zasług Charcot'a, i ukaże się w październiku.

x W a l n e Z g r o m a d z e n i e T o w a r z y s t w a c h i r u r g ó w p o l s k i c h odbyło się dnia 13 b. m. pod przewodnictwem prof. Ostrowskiego ze Lwowa. Po wysłuchaniu sprawozdania ustępującego Zarządu, któremu, na wniosek komisji rewizyjnej, udzielono absolutorjum, poddano pod obrady i głosowanie kilka wniosków Zarządu. Imieniem Zarządu przemawiał prof. Dr. Antoni Leśniowski z Warszawy. Wszystkie wnioski Zarządu, między innemi wniosek o urządzenie w roku przyszłym w Warszawie ogólno-słowiańskiego Zjazdu chirurgów przyjęto po wyczerpującej dyskusji, przez aklamację.

Sprawozdanie redaktora Polskiego Przeglądu Chirurgicznego Dra Szerszyńskiego i jego wydawcy Dra Ambroziewicza przyjęto do wiadomości, wyrażając obu, na wniosek Dra Czesława Stankiewicza, podziękowanie za podniesienie pisma na poziom, który przynosi zaszczyt naszemu piśmiennictwu lekarskiemu. W końcu odbyły się wybory. Przewodniczącym na rok 1925/26 obrano Dra Ciechomskiego, jego zastępcą prof. Leśniowskiego, sekretarzem dorocznym Dra Lowensterna, skarbnikiem Dra Jana Zaorskiego. W skład Zarządu wchodzą ponadto: Dr. Ambroziewicz, prof. Leon Kryński, docenci Łapiński i Szerszyński oraz sekretarz stały Tow. chirurgów polskich prof. Bronisław Sawicki.

x W a r s z a w s k i e T o w a r z y s t w o N e u r o l o g i c z n e celem uczczenia XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich wydało znacznie zwiększony i ozdobiony licznemi rycinami zeszyt »Neurologji Polskiej«.

Do Zarządu Towarzystwa wchodzą: Dr. Ludwik Bregman, jako przewodniczący, Dr. Jan Koelichen jako zastępca przewodniczącego, Dr. Władysław Jarecki, jako skarbnik, oraz Dr. Henryk Higier i prof. Kazimierz Orzechowski.

x Z T o w a r z y s t w a E u g e n i c z n e g o. Towarzystwo eugeniczne urządziło w maju r. b. szereg odczytów dla młodzie

ży o wyborze zawodu. O zawodzie lekarskim mówił prof. Radliński.

Kwesta Tow. eugenicznego na poradnię oraz instytut eugeniczny odbyła się w początkach b. m. — Dnia 15 b. m. została otwarta przy ul. Żórawiej 28 poradnia eugeniczna, której zadaniem będzie udzielanie porad lekarskich prawnych i pedagogicznych w sprawach: 1) ciąży, 2) macierzyństwa, 3) higjeny małżeństwa, 4) opieki nad dzieckiem, 5) walki z czynnikami zwyradniającemi (choroby płciowe, alkoholizmu, morfinizmu etc.).

x Posiedzenie Rady Nadzorczej Spółki Wydawniczej Lekarskiej odbyło się w dniu 14 b. m. pod przewodnictwem prezesa Rady Frankego ze Lwowa. — Omawiano sprawy bieżące.

x Raut w Ratuszu. W dniu 13 b. m. odbył się w ratuszu stoł. miasta Warszawy wspaniały raut, wydany przez miasto na cześć uczestników XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. W pięknie przybranych salonach ratusza zebrało się niespełna 3000 gości, którzy spędzili wieczór urozmaicony koncertem, gościnnie podejmowani przez Zarząd stolicy. Honory gospodarzy czynili prezes Rady miejskiej p. Ignacy Baliński oraz wiceprezydent miasta Dr. Stefan Rottermund.

x Zjazdy Lekarskie. W roku przyszłym odbędzie się w Warszawie ogólno-słowiański Zjazd chirurgów. Prace przygotowawcze już zostały przedsiębrane przez Zarząd Towarzystwa chirurgów polskich.

x Nowe ambulatorjum Kasy chorych zostało otwarte przy ul. Mokotowskiej Nr. 61. W ambulatorjum tem czynne są gabinety dentystyczne oraz sala lamp kwarcowych.

x Prywatne Zakłady Lecznicze. Dnia 12 b. m. odbył się dla uczestników XII. Zjazdu lekarzy pokaz urządzeń zakładu chirurgiczno-ginekologicznego »Zdrowie«, przy ul. Złotej 3. Wyjaśnień udzielali doktorzy: Jakimowicz, Jakubowski, Szczodrowska i Zytkowa-Zaleska.

Ze świata.

Ustawa o opiece nad młodocianymi, zaniedbanymi i alkoholikami została wydana w kantonie zurychskim. Alkoholicy będą urzędownie kontrolowani i otrzymają 1—5 lat wynoszący okres czasu do odzwyczajenia się. W razie ujemnym zostaną umieszczeni w odpowiednich zakładach.

Zmarli.

Dr. Ludwik Szpigielski, rozgłośny na Podolu lekarz, zmarł dnia 31 maja r. b. w wieku lat 74. Niedługo przed śmiercią został ozdobiony przez Watykan orderem św. Grzegorza.

Dr. Tadeusz Stępkowski, zmarł dnia 13 b. m., w Warszawie.

OD ADMINISTRACJI.

Prenumeratorom, którzy mimo wysłanych przypomnień zalegają dotychczas z prenumeratą za kw. III-ci zmuszeni będziemy wstrzymać dalszą wysyłkę Pol. Gazety Lek.

Nr. 32 i 33. 16. sierpnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Marjan FRANKE. Lwów.

Wchłanianie z tkanki podskórnej w doświadczalnej *nephritis*

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor: Prof. Dr. Marjan Franke.

Wchłanianie z tkanki podskórnej, opracowywane ze stanowiska więcej fizjologicznego, nie znalazło dotychczas dostatecznego zbadania zwłaszcza w sprawach patologicznych i to w tych, w których zaburzenia w tym kierunku mogłyby stanowić podstawę patogenetyczną dla rozwoju pewnych objawów. A mamy tu na myśli przedewszystkiem genezę obrzęków, zwłaszcza nerkowych, z których wyszliśmy w naszej pracy. Wielu autorów przy powstaniu obrzęków nerkowych u ludzi, właściwie *a priori*, bez podstaw naukowych, przyjmuje pewne utrudnienie w odpływie płynu tkankowego i upośledzenie wchłaniania obrzęku z tkanki podskórnej. Opierano się przytem może głównie na genezie obrzęków zastoinowych, w których utrudnienie odpływu zdawało się stanowić na pewno podstawy tworzenia obrzęków. Ale i tu doświadczenia wykazały, że sprawa ta nie jest tak jasna jakby się to wydawało na pierwszy rzut oka. Wiemy, że u zwierzęcia przez podwiązanie stałe żył odpływowych kończyn dolnych nigdy nie da się wywołać obrzęku, a wystąpi on dopiero wtedy, gdy równocześnie uszkodzimy pnie nerwowe danej kończyny. Klinika uczy nas dalej, że w typowej wadzie sercowej, w której mamy znaczne a stałe utrudnienie odpływu w całym układzie żylnym do prawego serca, to jest w niedomykalności zastawki trójdzielnej lub zwężeniu ujścia żylnego prawego przy wybitnem tętnieniu komorowem (false dodatniem) lub przedsionkowem (false ujemnem), mimoto w długich okresach stanu tzw. wyrównania nie ma ani śladu obrzęków. W dwu więc najważniejszych typach obrzęków tj. nerkowych i sercowych, nie mamy pewnych dowodów, że utrudnienie wchłaniania z tkanki podskórnej, wywołane upośledzeniem odpływu w drogach odprowadzających, stanowi jeden z podstawowych czynników powstania obrzęków. Tą sprawą należało się więc zająć zwłaszcza w genetycznie spornych obrzękach nerwowych.

Trudność, która się tu nasuwała stanowił właściwie zupełny brak dla tego celu metody badania naukowego, któraby dała się zastosować z równą ścisłością w doświadczeniach na zwierzętach jak i ludziach. Ścisłem nie można było nazwać postępowania, w którem o szybkości i stopniu wchłaniania sądzono z szybkości znikania wzniesienia (nacieku), wywołanego przez podskórne wstrzyknięcie określonej ilości roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Decydującem przy znikaniu tego »nacieku« nie było wchłanianie, ale rozlewanie się płynu w otaczającą tkankę podskórną, więc wyrównywanie się mechaniczne stosunków na dużej przestrzeni a nie proces życiowy. Płyn mógł ulec tylko minimalnemu wchłonięciu, ale wzniesienie »naciekowe« znikało wskutek równomiernego rozłożenia się jego w przestrzeni podskórnej. Do rezultatów nie doprowadziły również badania przeprowadzone w ten sposób, że podskórnie wstrzykiwano określoną ilość roztworu soli kuchennej, a potem co jakiś krótki okres czasu przez nakłucie tego miejsca wydobywano strzykawką płyn przez aspirację. Bardzo często w tych razach nie dało się nic wydobyć, a przytem ilość i skład aspirowanego płynu zależały mniej od stopnia wchłaniania go jak przedewszystkiem od czynników ubocznych, więc znowu rozlewania się płynu w tkance podskórnej i wpływu funkcji życiowej samych komórek, która mogła wpływać tak na ilość jak przedewszystkiem na jakość płynu wstrzykniętego, a potem aspirowanego. Z metod innych wspomnę o badaniach przeprowadzonych w ten sposób, że wlewano płyn podskórnie, a potem badano stan rozwodnienia krwi i z niego sądzono o stopniu wchłaniania. Tu jednak trzeba było wlewać duże ilości płynu, co nie było obojętne dla samego postępu wchłaniania, a przytem stan hydremji był tu tylko fazą końcową, która była wynikiem wielu czynników współdziałających, a w pewnym tylko stopniu zależnych od wchłaniania samego płynu wlanego.

Przerobiwszy wszystkie znane mi metody pod tym względem i widząc ich braki, a właściwie zupełną ich nieścisłość, opracowaliśmy metodę inną, którą dotychczas zastosowaliśmy tylko w doświadczeniu na zwierzętach, ale rozpoczęliśmy także kroki celem zastosowania jej u ludzi. Technikę postępowania najlepiej nam tu ilustrują rysunki.

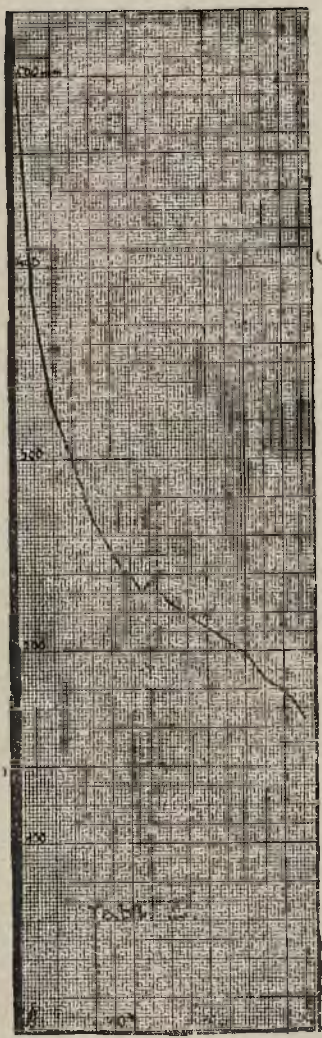


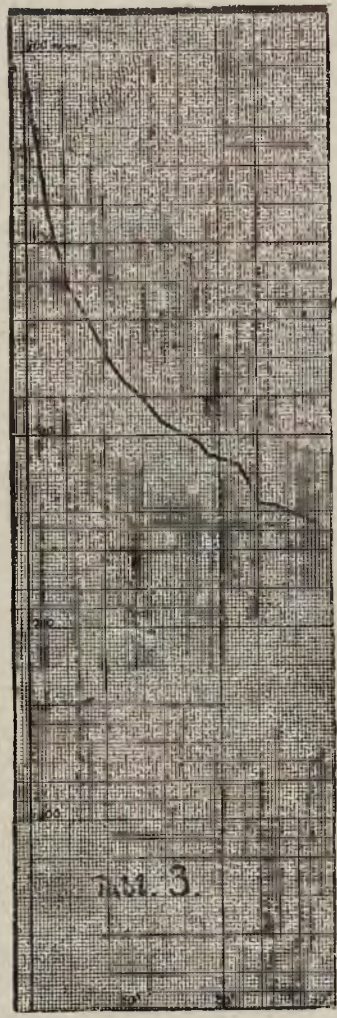
Tablica I.

Celem uniemożliwienia dalszego rozlewania się podskórnie wprowadzonego płynu dla ograniczenia miejsca badania zakładaliśmy przedewszystkiem na miejsce badane dość duży i ciężki pierścień ołowiany, który dzięki giętkości mogliśmy zawsze dostosować do konfiguracji badanego miejsca. W środku otworu tego pierścienia wlewaliśmy podskórnie każdorazowo około 15—20 ccm. badanego płynu (w pracy tej uwzględniamy tylko wchłanianie 0,9% roztworu soli kuchennej) i to pod kontrolą manometru wodnego, doprowadzając ciśnienie zwykle do wysokości 350—400—(500) mm słupa wody (roztworu fizjologicznego soli kuchennej). Następnie zamykaliśmy dopływ płynu, łączyliśmy miejsce nacieku (wstrzyknięcia) z manometrem wodnym i przez $^1/_2$ godziny obserwowaliśmy wchłanianie wlanego płynu, którego miarą było spadanie ciśnienia w manometrze. Zmiany ciśnienia znaczyliśmy w pierwszych dwudziestu minutach co jedną, a w następnych dziesięciu minutach co dwie minuty. Krzywa zachowania się ciśnienia dawała nam obraz graficzny postępującego wchłaniania przez okres 30 minut. Dłużej nie badaliśmy zachowania się wchłaniania, licząc się z faktem, że później mogą już zajść stosunki patologiczne miejscowe w tkance podskórnej, które mogłyby zamącić obraz wchłaniania niepowikłanego. Przy tym sposobie postępowania sądziliśmy, że unikniemy wielu błędów i uzyskamy wyniki ściśle dające nam pogląd na wchłanianie z tkanki podskórnej.

W obecnej pracy podamy krótko wyniki naszych badań przeprowadzonych tą metodą nad wchłanianiem z tkanki podskórnej u zwierząt (psów) tak normalnych jak i z doświadczalną *nephritis*. Chcieliśmy bowiem przedewszystkiem ustalić czy stosunki wchłaniania z tkanki podskórnej zmienią się pod wpływem wywołania *nephritis* u zwierząt i czy mamy prawo twierdzić, że zaburzenia we wchłanianiu mogą być podstawą obrzęku w *nephritis*.

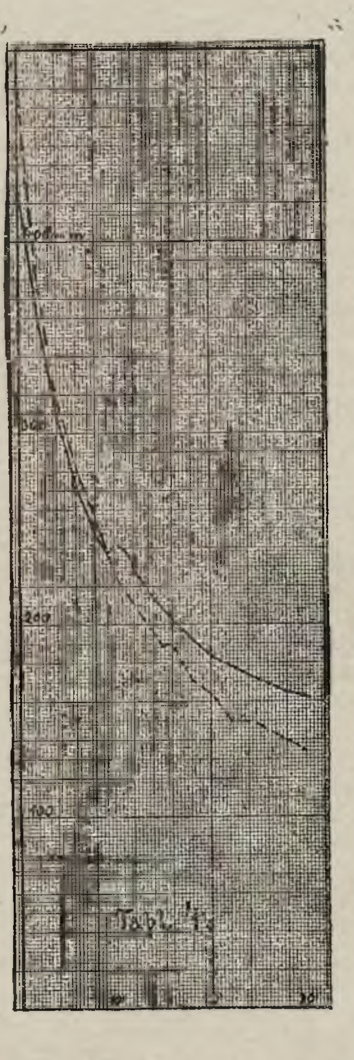
Badania nasze u z w i e r z ą t n o r m a l n y c h, a pierścień zakładaliśmy na okolicę pośladka i górnej części uda, wykazały, że w przeciągu 30 minut płyn wchłaniał się wyraźnie, choć niezupełnie. W pierwszych dziesięciu minutach wchłanianie zwykle odbywało się szybko, a następnie wolniej. Krzywa ciśnienia spadała z początku dość ostro, od dziesiątej minuty wyraźnie wolniej, a po trzydziestu minutach, po których przerywaliśmy doświadczenie, ciśnienie dochodziło do 100—120—150 mm., rzadko poniżej 100 mm. słupa wody (rozcz. fizjol. soli kuchennej). Różnica między ciśnieniem rozpoczęcia, a końca doświadczenia — a m p l i t u d a c i ś n i e n i a — wynosiła u zwierząt normalnych zwykle 250—300 mm. Amplituda ta jest dla nas miarą stopnia wchłaniania, a kształt krzywej daje nam podstawę do oceny szybkości postępu jego. Prócz tego typu wchłaniania spotykaliśmy się z przypadkami, w których spadek ciśnienia w trzydziestej minucie dochodził tylko do 250 a nawet 270 mm., amplituda ciśnienia nie przekraczała 200 mm., nawet wynosiła i mniej, a spadek krzywej był wyraźnie powolniejszy. To przedłużenie (opóźnienie) wchłaniania z tkanki podskórnej u pewnych zwierząt normalnych zależało głównie od rasy, prawdopodobnie od elastyczności skóry, a może i od wieku zwierzęcia. Staraliśmy się zawsze przeprowadzać badania na zwierzętach młodych, ocena wieku była tu jednak często trudna i bardzo aproksymatywna. W każdym razie musieliśmy się liczyć z rozmaitemi typami wchłaniania już u zwierząt normalnych. Przy badaniu przypadków z doświadczalnie wywołaną *nephritis* z tego względu zawsze ustalaliśmy wprzód typ wchłaniania normalnego u danego zwierzęcia, a potem dopiero wstrzykiwaliśmy mu odpowiednie ciała nefrotoksyczne, chcąc uniknąć błędnego osądu następnych doświadczeń.





Przebieg wchłaniania u zwierząt normalnych przedstawiają krzywe, z których pierwsza daje nam obraz resorbcji u zwierzęcia z szybkiem, a druga z powolniejszem wchłanianiem rozczynu fizjologicznego soli kuchennej. (Tabl. II. i III.).

Przejdźmy do badań na z w i e r z ę t a c h z d o ś w i a d c z a l n ą *nephritis*. Do wywołania jej, podskórnie lub wśródżylnie wstrzykiwaliśmy rozmaite ciała o działaniu nefrotoksycznem, więc octan lub azotan uranowy, chromian potasowy, sublimat, arsenian potasowy, novarsenobenzol w dużej dawce, kantarydynę, luatol i szczawian sodowy, a wreszcie w pewnych przypadkach usuwaliśmy obie nerki na jednem posiedzeniu. U każdego zwierzęcia, jak wspomnieliśmy wyżej, ustalaliśmy wprzód typ wchłaniania normalnego, potem wywoływaliśmy u niego zmianę nerkową, a następnie dwu- lub trzykrotnie badaliśmy u niego wchłanianie rozczynu fizjologicznego soli kuchennej naszym sposobem postępowania. Badania te przeprowadzaliśmy w różnych odstępach czasu od wstrzyknięcia ciała nefrotoksycznego, chcąc zorjentować się w przebiegu wchłaniania w rozmaitych fazach i w rozmaitych typach sprawy chorobowej w nerkach. Wstrzykiwaliśmy bowiem ciała działające raz więcej na miąższ nerkowy, a drugi raz przeważnie na naczynia ich lub na nerkę jako całość, a wreszcie usuwając obie nerki chcielibyśmy zbadać wchłanianie u zwierzęcia z brakiem obu nerek i z ciężką śmiertelną azotemją w następstwie tego zabiegu. Zaznaczę od razu, że badania przeprowadzaliśmy na zwierzętach tak z szybkim jak i z powolnym typem wchłaniania normalnego, tak, że i pod tym względem staraliśmy się zadosyćuczynić możliwym »błędom« fizjologicznym.



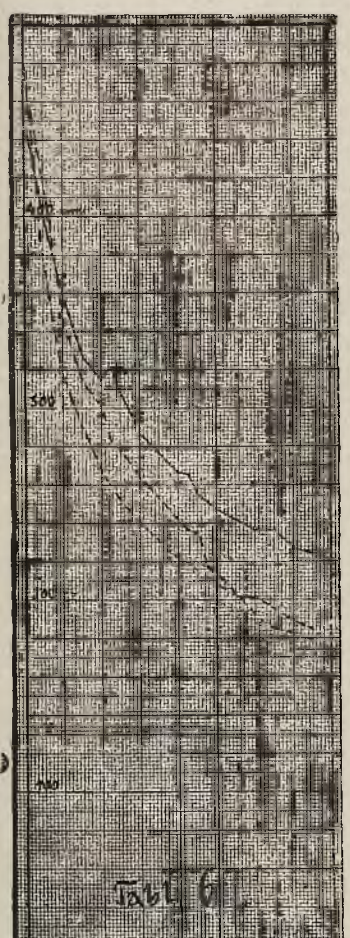


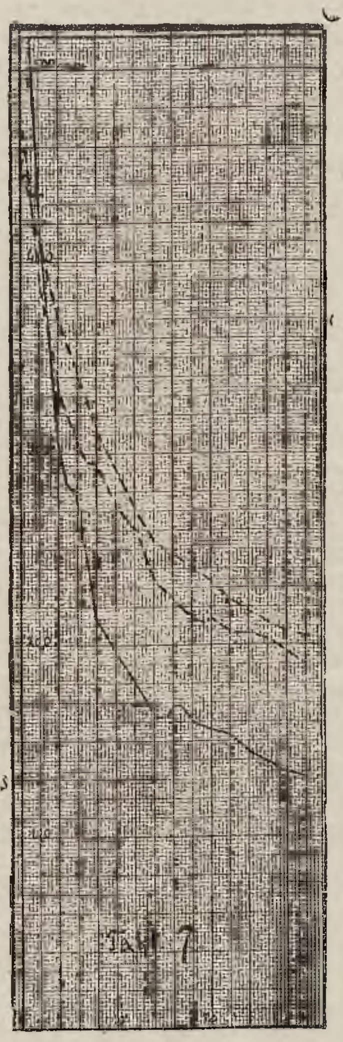
Do zobrazowania naszych badań podam w krótkości wyniki doświadczeń w rozmaitych typach *nephritis* i krzywe, które najlepiej dadzą pojęcie o przebiegu wchłaniania w przypadkach patologicznych.

Doświadczenia w *nephritis* wywołanej chromianem potasu wykazują, że u tych zwierząt wchłanianie z tkanki podskórnej w następstwie zatrucia nie ulegało zwykle żadnej zmianie i to tak w drugim i trzecim dniu po wstrzyknięciu jak i tuż przed śmiercią zwierzęcia. (Tabl. IV.).

W *nephritis* uranowej przejściowo spostrzegaliśmy pewne zwolnienie wchłaniania w trzecim i czwartym dniu po wstrzyknięciu *uranium nitricum,* które potem ustępowało tak, że po tygodniu krzywa wchłaniania zbliżała się znowu do normalnej przed wstrzyknięciem. (Tabl. V.).

U zwierząt, którym wstrzyknęliśmy dość dużą dawkę sublimatu, następowe badanie wchłaniania wykazywało stale po paru dniach pewne przyśpieszenie jego. Spadek krzywej był znaczniejszy i szybszy we wszystkich przypadkach. (Tabl. VI.).





W przypadkach zmian nerkowych na tle zatrucia arsenem, i to arsenianem potasowym lub neosalwarsanem, wchłanianie z tkanki podskórnej bądźto nie uległo żadnej zmianie *(kalium arsenicosum),* bądźto było tylko nieznacznie powolniejsze. Ale i tu nie spotkaliśmy wybitniejszych zmian w porównaniu z krzywą normalną. (Tabl. VII.).

Dodam tylko, że u zwierząt, którym zrobiliśmy obustronną nefrektomję, badanie wchłaniania przeprowadzane codziennie aż do śmierci zwierzęcia, która następowała zwykle trzeciego dnia, wykazywało, że krzywa wchłaniania nie odbiegała od normy.

Doświadczenia nasze dowodzą więc, że w doświadczalnej *nephritis* u psów wchłanianie roztworu fizjol. soli kuch. z tkanki podskórnej nie ulega wybitniejszym zaburzeniom patologicznym. Przy zatruciu ciałami, które atakują przedewszystkiem miąższ nerkowy i mogą u zwierząt wywoływać obrzęki, jak i ciałami, które uszkadzają przedewszystkiem naczynia nerkowe jak i ogólne, stosunki wchłaniania z tkanki podskórnej u tych zwierząt są zupełnie prawidłowe. Zaburzeniom pod tym względem nie możemy więc przypisać ważniejszego znaczenia przy powstawaniu obrzęków uranowych u psów. Podstawy do tworzenia obrzęków musimy tu szukać w innych czynnikach chorobotwórczych.

Czy jednak te doświadczenia pozwalają nam na twierdzenie identyczne u ludzi z obrzękami nerkowemi, jest to sprawa temi doświadczeniami nie dająca się rozstrzygnąć. Wiadomem jest bowiem dobrze, że wywołanie obrzęków »nerkowych« skórnych u psów jest rzeczą bardzo trudną; zjawiają się one bardzo rzadko i to prawie tylko po zatruciu uranem. Stosunki więc miejscowe w tkance podskórnej u zwierząt muszą znacznie odbiegać od tych u człowieka, który jest właśnie bardzo skłonny do tworzenia obrzęków. Czy u ludzi stwierdzona różnica pod tym względem ma swe źródło w odmiennych stosunkach resorbcyjnych w tkance podskórnej, to możliwe, choć nie udowodnione. Przeprowadzenie więc badań nad wchłanianiem u ludzi naszym sposobem postępowania jest rzeczą konieczną i to w okresie przed- jak i poobrzękowym, a również i w stanie istniejącego obrzęku. W tym też kierunku mamy zamiar dalej prowadzić nasze badania.

H. WASILKOWSKA, Warszawa.
Z. BOHDANOWICZ.

Spostrzeżenia nad kliniką i epidemjologją wrzodziejącego zapalenia dziąseł.

(Z Miejskiego Domu Wychowawczego. Kierownik Dr. S. Zembrzuski i z Miejsk. Prac. Bakterjologicznej m. st. Warszawy Kierownik Doc. Dr. A. Ławrynowicz).

Począwszy od 1917 roku we wszystkich krajach Europy zwiększyła się znacznie liczba zachorowań krętkowo-wrzecionowcowych. Występowały one najczęściej w postaci anginy Vincent-Plaut'a, wrzodziejącego zapalenia dziąseł, rzadziej w postaci *ulcus phagaedenicum* na skórze.

Najwyższa liczba zachorowań przypada na lata 1919—1920, później zaś spada, utrzymując się jednak przez czas dłuższy na poziomie wyższym niż w okresie przedwojennym.

Na pierwszem miejscu pod względem liczby zachorowań postawić należy Polskę. Według danych Państwowego Instytutu Epidemjologicznego krętki i wrzecionowce wykrywano w 1920 r. w 19%, a w 21 roku w 31% wszystkich badanych nalotów z gardła. W Niemczech, gdzie przed wojną notowano rocznie 3—8 przypadków anginy Vincent-Plaut'a (Heck, Salomon, Plaut) w 18 r., według danych Rahnenfürera stanowiła ona 0,6%, w 19 r. 6%, a w 20 r. 13,9% wszystkich przypadków anginy. Według Sachs-Mücke'go odsetek ten dochodził do 18. Seligman w ciągu 4 miesięcy 1920 roku obserwował 57 przypadków. We Francji, zwłaszcza w armji, zanotowano również zwiększenie się zachorowań tego typu. Tak według Leroy w 1915 było 2% zachorowań, w 1919 odsetek wzrasta do 25. W Rosji w okresie od 1919—1924 r. Gorski widział tylko 17 przypadków, sam autor, podkreśla jednak, iż przed wojną sprawy tego rodzaju należały do nadzwyczaj rzadkich. Według zdania większości autorów rzeczywista ilość owrzodzeń krętkowo-wrzecionowcowych jest znacznie wyższą od liczb statystyki oficjalnej. Brak bezpośredniego badania mikroskopowego wydzieliny daje powód do częstych błędów diagnostycznych. Tak Scheller znajduje zespół Vincent-Plaut'a a w 12% nalotów podejrzanych o błonicę. Wśród 17 chorych Gorskiego 8 było podejrzanych początkowo o kiłę, 3 o błonicę. To samo w stosunku do owrzodzeń na skórze podkreślają Plaut i Schellenz. Wraz ze zwiększeniem się ogólnej liczby przypadków, coraz częściej spotykamy w piśmiennictwie wzmianki o masowem występowaniu zachorowań: bądź w postaci małych epidemij domowych (Florow, Scheller, Jadassohn, Delamare), bądź w postaci większych epidemij naj-

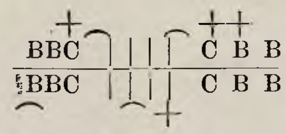
częściej spotykanych wśród ludzi przebywających w jednakowych warunkach np. w oddziałach wojskowych, domach wychowawczych. Do takich zaliczyć można epidemje na froncie, opisane przez David'a i Hequet'a, Heinemann'a i Gennerwald'a (76 przypadków), epidemje w przytułku podane przez Brokman'a i Sparrow (47 przypadków). Zachorowują najczęściej mężczyźni w wieku lat 18—30, zdrowi, silni. Poniżej lat 5 owrzodzenia według ogólnie przyjętego mniemania spotyka się tylko wyjątkowo. Choroba ma charakter przewlekły, trwa od kilku tygodni do wielu miesięcy.

Epidemja wrzodziejącego zapalenia dziąseł, której opis podajemy, miała miejsce w miejskim Domu Wychowawczym w Warszawie, wśród dzieci przebywających stale w zakładzie zamkniętym, bez styczności ze światem zewnętrznym. Ciekawą stronę badań, według naszego zdania stanowi, nie liczba przypadków (95), lecz możność przeprowadzenia długotrwałych obserwacyj, ze szczególnem uwzględnieniem wpływu rozmaitych chorób na przewlekle przebiegające zapalenie dziąseł. Większość obserwacyj ścisłych, pochodzi z oddziału zupełnie izolowanego (osobny budynek), gdzie mieściło się stale 60—70 dzieci. Pozatem owrzodzenia spotykałyśmy jeszcze na 2 oddziałach Domu Wychowawczego. Dzieci z innych oddziałów odżywiane i pielęgnowane identycznie były wolne od nich. Chorowały dzieci od lat 2—6; wszystkie miały zęby. Sprawy zapalne dziąseł były tylko około zębów.

Ścisłe obserwacje przeprowadzono od 1. X. 1923 r. do maja 1925 r. Pierwsze przypadki wrzodziejącego zapalenia dziąseł na oddziale pojawiły się na wiosnę 1923 roku. Przybył mianowicie chłopiec z wybitnie zapalnym stanem dziąseł. Wkrótce wystąpił cały szereg zachorowań u innych dzieci. W październiku 1923 r. stan był następujący. U 18 dzieci były mniej lub więcej wybitne objawy owrzodzenia dziąseł. Kilkoro dzieci było w stanie wyleczenia częściowego, w różnym czasie nastąpił u nich nawrót schorzenia. Następnie w ciągu $1^1/_2$ roku pojawiło się jeszcze 47 zachorowań na tymże oddziale. Te 65 przypadków znajdowały się stale pod ścisłą obserwacją, przyczem systematycznie dokonywane były badania bakterjologiczne wydzieliny owrzodzeń; w pozostałych 30 przypadkach obserwacje były tylko dorywcze, a orzeczenie stawiano po większej części na mocy tylko jednokrotnego badania drobnowidowego. W 40 przypadkach miałyśmy możność śledzić przebieg cierpienia od samego początku. Było to u dzieci, które bądź dłuższy czas przebywały na oddziale, bądź przybywały ze środowiska, gdzie zapaleń nie było. Nieraz zapalenie dziąseł pojawiało się po parutygodniowym pobycie na oddziale, częściej jednak upływało parę miesięcy do czasu zachorowania. Początek cierpienia był o typie dwojakim: albo ostry, zaczynający się licznemi owrzodzeniami około dużej ilości zębów, silnem krwawieniem, *fetor ex ore*, albo powolny z 1—2 owrzodzeniami około zębów, zwykle siekaczy z nieznacznem krwawieniem. Stan ostry trwał zwykle około 2 tygodni, przyczem dzieci przeważnie traciły apetyt, stawały się smutne, płaczliwe. Po zastosowaniu płukania lub pendzlowania owrzodzenia znikały, lub pozostawały u 1—2 siekaczy górnych, lub dolnych, krwawienia zmniejszały się, lecz nie znikały, dziecko odzyskiwało apetyt, stawało się wesołem. Cierpienie przechodziło w stan przewlekły, który trwał od 2 miesięcy do $1^1/_2$ roku. Przypadki o początku łagodnym miały dalszy przebieg jednakowy z powyższym. W przebiegu chronicznym zapalenia dziąseł, następowały często kilkakrotne obostrzenia. Samoistne pogorszenia bywały zwykle nieznaczne, o wiele silniej występowały one pod wpływem chorób zakaźnych, lub przewodu pokarmowego. Pewien wpływ na przebieg sprawy miał stan ogólny dziecka. U dzieci lepiej odżywionych objawy były naogół łagodniejsze. Jednakże zdarzały się i liczne odchylenia od tego; tak u dzieci zdrowych w kilku przypadkach przebieg był bardzo ciężki, natomiast dzieci słabe wybitnych objawów zapalnych nie miały, czego najlepszym dowodem może być przypadek 3-letniej dziewczynki, ważącej 7 kg, cierpiącej na przewlekły katar jelit. Dziecko to w maju 1923 r. miało w ciągu 8 dni zapalenie dziąseł, poczem objawy znikły. W lutym 1924 roku po przebytym kokluszu pojawiło się krwawienie z dziąseł, trwające miesiąc, poczem krwawienie znikło, w preparatach krętków nie znajdywano, nastąpiło wyleczenie zupełne. Dziecko było ciągle chore, miało anemję, częste zapalenia oskrzeli, chroniczny nieżyt jelit; zmarło w styczniu 1925 r. Na sekcji stwierdzono wybitną anemję, przewlekły nieżyt jelit, zakrzepy w zatokach żylnych czaszki.

Podniesienia ciepłoty wrzodziejące zapalenie dziąseł nie dawało.

Chwianie się i wypadanie zębów obserwowałyśmy tylko w 2 przypadkach. W jednym nastąpiła martwica kawałka kości szczęki z wypadnięciem 2 siekaczy; w drugim przypadku wypadnięciu zębów towarzyszyła również martwica odpowiedniej części dziąsła; kość szczęki pozostała nienaruszona. W 2 przypadkach wystąpiła, jako objaw wtórny angina wrzodziejąca. U 2 dzieci angina wrzodziejąca była bez zmian na dziąsłach. Dzieci te poprzednio i później miały dziąsła zdrowe. W 4 przypadkach obserwowałyśmy *vulvitis ulcerosa*. W celu uniknięcia subjektywnej oceny stanu dziąseł oznaczano owrzodzenia krzyżykiem +, krwawienia pochyleniem ⌒ na odpowiedniej formule zębowej np.



Taki sposób notowania miał więcej cech ścisłości i dawał możność orjentowania się czy poprawa rzeczywiście nastąpiła, czy nie. Obok spostrzeżeń klinicznych, systematycznie dokonywane były badania drobnowidowe wydzieliny owrzodzeń, które stale stwierdzały obecność mniejszej lub większej ilości krętków. Wrzecionowce w większej ilości znajdowałyśmy w 40% przypadków. W pozostałych przypadkach nie było ich wcale, lub też występowały one tylko pojedynczo w preparacie. Krętki były dosyć dużych rozmiarów o niewielkiej ilości zwojów, t. j. morfologicznie odpowiadały typowi *sp. buccalis*. Postaci drobnych, odpowiadających *sp. dentium* nie spotykałyśmy nigdy w większej ilości. Wrzecionowce z bardzo małemi wyjątkami barwiły się gram-ujemnie. Ścisłej równoległości między stanem klinicznym, a ilością krętków nie było. W przypadkach ciężkich naogół bywało ich więcej; przy wyzdrowieniu znikały prawie zupełnie, ale przy znacznej poprawie klinicznej obraz drobnowidowy bywał często taki sam, jak w okresie najostrzejszym. W przeciwieństwie do obrazu spotykanego zwykle w anginie Vincent-Plaut'a krętkom towarzyszyła w naszych przypadkach zapalenia dziąseł bardzo bogata flora drobnoustrojowa występująca w postaci różnorodnych ziarniaków, prątków i grzybków. Obfitość flory często utrudniała odnajdywanie wrzecionowców, zwłaszcza gdy te były w niewielkiej ilości. Systematycznie dokonywały się badania flory jamy ustnej dzieci zdrowych, znajdujących się na tymże oddziale. U znacznej ilości dzieci, bez zmian widocznych na dziąsłach, kilkakrotne badanie wykazywało obecność krętków, u większości dzieci po upływie mniej lub więcej długiego przeciągu czasu pojawiły się owrzodzenia na dziąsłach.

Bardzo silne i uporczywe krwawienia, utrzymujące się często miesiącami po zagojeniu owrzodzenia, zwróciły naszą uwagę na to, czy niema u chorych tego rodzaju objawów skazy krwotocznej. U 15 dzieci z najwybitniej występującemi krwawieniami dokonałyśmy badania czasu krwawienia, krzepliwości (według Wright'a) objawu opaskowego; pozatem badano było ilość hemoglobiny, białych i czerwonych krwinek, obraz morfologiczny. Analogiczne badania dokonane były w r. 1919—20 w Charlottenburgu przez Tarnowa u 53 chorych na anginę wrzodziejącą. Autor ten, jako jedyne odchylenie od normy znajdywał stale przesunięcie formuły Arneth'a w lewo, oraz zwiększoną limfocytozę; ta ostatnia odróżnia zdaniem autora anginę Vincent-Plaut'a od błonicy, w której znajdujemy stale leukocytozę obojętnochłonną. Wyniki nasze w zupełności zgadzają się z danemi Tarnowa.

Większość dzieci miała nieznaczne objawy anemji: 70—75 według Sahli'ego. Ilość czerwonych ciałek 3,500.000 do 4,000.000. Krzepliwość krwi, czas krwawienia były normalne. W jednym przypadku miałyśmy objaw opaskowy dodatni, wyrażony zresztą dosyć słabo; zato we wszystkich

przypadkach limfocytoza była wybitnie zwiększona, wahając się od 50%—70%. W 2 przypadkach była zwiększona eozynofilja 8%—10%, przyczem badanie kału na obecność jaj pasorzytów dało wynik ujemny. O zwiększonej eozynofiji przy owrzodzeniach krętkowych mówi i Franz Peter, zresztą rozporządza on również tylko jedną obserwacją tego rodzaju. Pragnąc choć do pewnego stopnia wyjaśnić przyczynę tak uporczywego trwania epidemji na oddziale, zwróciłyśmy przedewszystkiem uwagę na stan odżywienia dzieci. Na rolę odżywiania w powstawaniu rozmaitych spraw wrzodziejących zwrócono baczną uwagę, w dobie obecnej, gdy wraz ze zwiększeniem się ilości zachorowań ponownie płynęło na łamy piśmiennictwa zagadnienie etjologji owrzodzeń typu Vincent-Plaut'a. Autorowie pod tym względem dzielą się wybitnie na 2 obozy. Jedni, jak: Plaut, Flatau, Schoetz, Weinhardt, Kronenberg, Rosenberger uważają, iż krętki lub wrzecionowce są bezpośrednią przyczyną owrzodzeń. Dwaj ostatni autorowie związują nawet wybuch epidemij lat ostatnich z bytnością wojsk na froncie Bałkańskim, skąd zaraza, jakoby miała być przeniesioną do Europy środkowej.

Większość autorów uważa krętki i wrzecionowce za zakażenie wtórne, porażające tkanki osłabione, lub naruszone przez czynniki, które na nie podziałały uprzednio. Często spotykane owrzodzenia dziąseł w gnilcu, zwiększenie się ilości owrzodzeń podczas wojny i w pierwszych latach powojennych, równolegle ze wzrostem liczby zachorowań na gruźlicę i późną krzywicę, przemawia za wpływem głodowania (ilościowego lub jakościowego) na powstawanie sprawy. W ostatnich latach wojny różni autorowie zwracają uwagę na fakt większej wrażliwości dziąseł, wyrażający się chociażby we wzroście ilości *stomatitis mercurialis*. Według Huber'a owrzodzenia dziąseł przy kuracji rtęciowej spotykano przed wojną w 2,7%, w 20 roku odsetek dochodzi do 17, według Weinhardt'a nawet do 20. Wzrost ilości powikłań tego rodzaju uzależniono od jakości preparatów, oraz drażniącego wpływu cygaretek angielskich, możliwie jednak, iż przyczyny należy doszukiwać się głębiej. Puig, David, Hequet zwracają uwagę na fakt, iż masowe zachorowania szerzą się wyłącznie wśród ugrupowań ludzi znajdujących się w jednakowych warunkach, zwłaszcza pod względem odżywiania i nigdy, nawet przy bliskim kontakcie, nie przechodzą na osobniki znajdujące się w innych warunkach życiowych. W naszym przypadku za możliwością wpływu braku dodatkowych czynników odżywczych, przemawiał fakt, iż dzieci zachorowywały dopiero po dłuższym pobycie na oddziale.

Przeciw temu przypuszczeniu mówił jednak cały szereg czynników: 1. odżywianie dzieci należało uznać pod względem ilościowym i jakościowym za dostateczne; 2. to samo jedzenie dostawały dzieci na innych oddziałach, gdzie zapaleń dziąseł nie było; 3. podawanie chorym soku cytrynowego, owoców, jarzyn, soku z marchwi, tranu i masła wyraźniejszego wpływu na przebieg sprawy nie miało.

Wpływ stanu uzębienia na powstawanie wrzodziejącego zapalenia dziąseł jest uważany w piśmiennictwie obecnym za fakt ustalony. Wiadomo, iż nigdy nie chorują na nie dzieci bezzębne. W gnilcu pierwsze owrzodzenia pojawiają się zawsze koło zębów dotkniętych próchnicą, Bercher uważa, iż wpływ ten działa daleko głębiej i że nie chodzi tu tylko o podrażnienie albo zakażenie tkanki leżącej bezpośrednio koło zęba, lecz o głębokie zmiany odżywcze, pojawiające się jako skutek podrażnienia, albo schorzenia odnośnego nerwu, to też owrzodzenia pojawiają się często nietylko na przylegającem dziąśle, ale i na dalej położonych miejscach śluzówki po tej samej stronie jednak, co ząb chory. Wychodząc z tego założenia, postanowiłyśmy doprowadzić do porządku uzębienie dzieci. Nie zauważyłyśmy związku bezpośredniego między owrzodzeniem dziąseł, a próchnicą zębów. Zdjęcie kamienia u całego szeregu dzieci zdrowych i chorych, dokonane przez wprawną dentystkę dało wyniki następujące: w 5 przypadkach poprawę; w 7 stan bez zmiany, w 2 pogorszenie. W jednym przypadku, gdzie stanu zapalnego dziąseł nie było, został on przez ten zabieg wywołany. Niestety, w tym przypadku nie było bezpośrednio przedtem robione badanie na krętki.

Obserwując nasze przypadki w przeciągu $1\frac{1}{2}$ roku miałyśmy możność stwierdzić wielokrotnie wpływ rozmaitych chorób na ogólny przebieg sprawy. O wpływie różnych schorzeń bądź całego ustroju, bądź miejscowych na przebieg zapalenia dziąseł mówi się bardzo dużo w piśmiennictwie. Wielu autorów uważa je za nieodzowny warunek dla pojawienia się owrzodzeń. Do schorzeń tego rodzaju zaliczają ogólne zatrucie rtęcią i bizmutem, białaczkę (Kuttner), zmiany w krążeniu krwi (Lubarsch), a zwłaszcza cały szereg spraw zakaźnych, jak to grypę (Heinemann), ciężką czerwonkę (Kundrawitz), zakażenie paciorkowcowe (Knorr, Abel). Za tym ostatnim czynnikiem przemawiają dane zakażenia doświadczalnego, które udają się najłatwiej na tkankach zakażonych poprzednio przez paciorkowce. Według naszych spostrzeżeń nie każda choroba przypadkowa ma wpływ pogarszający na stan zapalny dziąseł.

Nie było też prostej zależności pogorszenia stanu dziąseł od siły choroby przypadkowej. Tak ciężkie choroby, jak błonica (6 przypadków) i płonica (4) miały bardzo mały wpływ, lub wcale nie wywoływały pogorszenia stanu dziąseł. W 5 przypadkach wybitne pogorszenie, a w 3 ostry początek zauważono w przebiegu odry. Bardzo wybitny wpływ wywarła tak niewinna poza tem różyczka. Podczas epidemji tej choroby na oddziale w 13 przypadkach zauważono wybitne pogorszenie (liczne owrzodzenia, *fetor ex ore)*. W 4-ch przypadkach początek przypadał na okres różyczki, w 2 przypadkach pogorszenia nie było.

Ospica (kilkanaście przypadków), grypa (wszystkie dzieci chorowały), wyraźnego wływu nie miały. To samo da się powiedzieć o zakażeniu dróg oddechowych (nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc). Natomiast zaburzenia przewodu pokarmowego wpływały przeważnie wybitnie pogarszająco (18 spostrzeżeń); to dotyczy w równej mierze zaburzeń ostrych, jak i chwilowych pogorszeń w chronicznym przebiegu nieżytu jelit. Również wybitnie pogarszający wpływ miała *stomatitis aphtosa* W 3 przypadkach wywołała ona obostrzenie sprawy, w 4 przypadkach miałyśmy równocześnie początek zapalenia pleśniawkowego i wrzodziejącego.

Co się tyczy leczenia, to stosowano środki następujące: miejscowo ichtjol 50% z gliceryną, neosalwarsan 1,2 na 10 gliceryny, błękit metylowy 2%, lapis 2%, *kali chloricum* 2%, *t-ra Gallarum, t-ra Myrrhae,jodi, t-ra Ratanhiae aa, cuprum sulfuricum;* do wewnątrz *kali chloricum* 1% łyżeczkami, domięśniowo zastrzyki mleka. Środki te z wyjątkiem lapisu, *kali chloricum* i mleka były stosowane po kilka miesięcy każdy, lub na zmianę tygodniami. Najciekawsze były dla nas wyniki, które daje salwarsan. Wielu autorów (Kolle, Rahnenfürer, Brokman, Sparrow, Klinberger i inni) uważają go za środek w danym przypadku swoisty. Zdania są jednak podzielone, n. p. Weinhardt, Bercher nie mieli przy leczeniu nim wyników zadowalających.

Puig również wykazuje bezskuteczność leczenia salwarsanem, o ile przyczyna leży w osłabieniu tkanek. W naszych przypadkach na owrzodzenia świeże lub w przypadkach obostrzenia działał on lepiej od innych środków. Wyleczenie definitywne następowało jednak dopiero po 2—4 miesięcznem stosowaniu. Przy leczeniu salwarsanem był stale badany mocz.

Zmian w moczu nie było nawet po wielomiesięcznem leczeniu.

Cały szereg przypadków był leczony tylko ichtjolem i błękitem metylowym na zmianę, lub też *t-ra Gallarum* i błękitem i te przypadki w jednakowym z powyższemi przeciągu czasu były doprowadzone do wyleczenia, lub znacznej poprawy. Lapis w substancji działał raczej szkodliwie, przyżegane owrzodzenia utrzymywały się znacznie dłużej niż przeciętnie. Wybitnie ujemnie działał luatol. Zastrzykiwanie mleka pozostawało bez wpływu. Nieznaczną poprawę dawało *cuprum sulfuricum* przy jednoczesnem zdjęciu kamienia zębowego. Na dziąsła lekko krwawiące bez owrzodzeń dobrze działała *t-ra Gallarum*. Wogóle po przejściu okresu ostrego pożytecznem okazało się co pewien czas zmienianie środka. Bardzo dobrze w przypadkach ostrych lub obostrzonych działało *kali chloricum* do wewnątrz (10 spostrzeżeń).

Leczenie dziąseł prowadzono w ten sposób, iż przepłukiwano je lub wycierano wodą utlenioną, a następnie smarowano wacikiem zmoczonym w jednym z wyżej wymienionych środków. Wogóle o leczeniu wrzodziejącego zapalenia dziąseł możemy powiedzieć, iż największą rolę gra czystość i pielęgnowanie dziąseł; wybór środka nie jest rzeczą zasadniczą, gdyż żaden z nich nie działa swoiście. Pewnych wyleczeń w naszych spostrzeżeniach było 16. Wiele dzieci zabrano z oddziału w stanie niewyleczonym lub po 1—2 miesiącach ustania objawów, a nie możemy uważać ich jeszcze za zupełnie wyleczone, obserwowałyśmy bowiem nawroty nawet po 6 miesięcznej przerwie. Wogóle czas trwania wrzodziejącego zapalenia dziąseł możemy obliczyć od kilku dni do $1^1/_2$ roku i dłużej.

W chwili obecnej (maj 1925) na oddziale znajduje się 20 dzieci chorych, z tych u 3 sprawa ciągnie się od $1^1/_2$ roku, u pozostałych zmiany datują się od niedawna. Musimy nadmienić, że ostatnie przypadki przechodzą naogół lżej, co przy niezmienionych pozostałych warunkach wywiera wrażenie, jak gdyby zakażenie było naogół słabsze. Przepełnienie i złe warunki higjeniczne w jakich znajduje się Dom Wychowawczy nie pozwalają na przeprowadzenie odosobnienia dzieci z owrzodzeniami dziąseł, co byłoby wielce pożądanem, gdyż cały przebieg sprawy ma jednak charakter epidemji kontaktowej. Oczywiście o etjologji jej i roli krętków trudno wypowiedzieć się kategorycznie.

Doświadczalna strona naszej pracy wypadła niestety ujemnie. 8 razy były dokonane posiewy na agar z surowicą sposobem Mühlens'a. Hodowli krętków, ani wrzecionowców nie udało się jednak otrzymać. Częściowo stała tu może na przeszkodzie ogromna ilość innych bakteryj, zwłaszcza z gatunku peptonizujących, które zmieniały już po 2—3 dniach agar w pół-płynną cuchnącą masę. Pierwsze zaś kolonje wrzecionowców dają się zauważyć dopiero po 8—10 dniach. Doświadczenia na zwierzętach były dokonywane 2-krotnie. W pierwszej serji 2 królikom zaszczepiono nalot z dziąseł do skóry i do błony śluzowej dziąseł. W serji drugiej doświadczeń dokonywałyśmy szczepień na świnkach karmionych awitaminowo. Wyniki były ujemne. Po 15-dniowem karmieniu owsem i mlekiem wyjałowionem świnki dwukrotnie były szczepione do płuc, do błony śluzowej dziąseł i pod skórę zawiesiną nalotu z dziąseł. Po upływie 17—29 dni — świnki padły przy stracie wagi od 30% do 40%. Na sekcji stwierdzono wylewy krwawe do płuc, pod skórę i do mięśni kończyn tylnych. Typowych owrzodzeń za życia ani na sekcji nie stwierdzono.

Reasumując dane $1^1/_2$-rocznej obserwacji, możemy powiedzieć, iż:

1. mamy do czynienia z masowemi zachorowaniami dzieci (95 przypadków, co nie stanowi liczby ostatecznej) na wrzodziejące zapalenie dziąseł, mającemi cechy epidemji kontaktowej;
2. zachorowują dzieci w wieku 2—6 lat, t. j. niższym niż to bywa zwykle spostrzegane;
3. wszystkie dzieci mają zęby; stan uzębienia niema wyraźnego wpływu;
4. zmiany we krwi przejawiają się w wybitnie zwiększonej limfocytozie;
5. podłożem pojawienia się owrzodzeń w danym przypadku nie była awitaminoza;
6. z chorób przypadkowych najwybitniejszy wpływ ujemny miały różyczka, odra, *stomatitis aphtosa*, zaburzenia przewodu pokarmowego;
7. żaden ze środków stosowanych nie okazał się swoistym.

Piśmiennictwo.

1) Azoulay. Revue de Stomatologie 1922, str. 223. — 2) Bercher. Revue de Stomatologie 1921, str. 65. — 3) Buschke. D. med. Wochenschrift 1921. Nr. 8. — 4) Brokman. Pedjatrja Polska 1923, zesz. VI. — 5) Brokman i Sparrow. Przegląd Epid. 1922. Tpm II, zesz. 1. — 6) Gorski. Wraczebnaja Gazeta 1924. Nr. 19—20. — 7) Heck. Med. Klinik 1921, str. 347. — 8) Gärner. D. med. Woch. 1921. Nr. 33. — 9) Huber. Münchner med. Woch. 1921, str. 393. — 10) Knorr. Zentralbl. f. Bakt. Bd 87, H. 7|8 — 11) Kronenberg. Med. Klinik 1920. Nr. 12. — 12) Kolle. Med. Kl. 1917, str. 54. — 13) Plaut. D. med. Woch. 1921. Nr. 8. — 14) Puig. La Presse Medicale 1924. Nr. 36. — 15) Rahnenfürer. Med. Klinik 1921, str. 719. — 16) Rosenberger. D. med. Woch. 1921. Nr. 30. — 17) Reche. Med. Klinik. 1921, str. 282. — 18) Scheller. Berl. kl. Woch. 1921. Nr. 35. — 19) Schellenz. Berl. kl. Woch. 1921. Nr. 40. — 20) Schoetz. Med. Klinik 1920, str. 151. — 21) Seligmann. Med. Klinik 1920. Nr. 6. — 22) Tarnow. Med. Klinik 1921, str. 1025. — 23) Weinhardt. Münchner med. Woch. 1921, str. 92.

Dr. Stanisław MĄCZEWSKI, Lwów.
asystent Szkoły Położnych.

O postępowaniu w czasie porodu u pierwiastek ze ścieśnieniem miednicy *).

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.
Prym. Prof. Dr. Adam Sołowij.

Jak wiadomo, prawidłowy przebieg porodu u pierwiastki, czy też u wieloródki, zależy od budowy miednicy, położenia i wielkości płodu, ścieśliwości główki, siły bolów porodowych, wieku rodzącej i wielu innych czynników, które dopiero w czasie porodu wystąpić mogą.

Każdy z tych czynników ma decydujący wpływ na przebieg porodu, a brak jednego z nich częstokroć uniemożliwia poród siłami natury.

Uzależniając poród od tych momentów stawiamy o przebiegu porodu rokowanie mniej lub więcej prawdopodobne. Wyniki badania klinicznego oparte na doświadczeniu i obserwacji umożliwiają nam za pomocą pojedyńczych częstokroć środków poznanie budowy miednicy: badanie wewnętrzne rozstrzyga w dostatecznym stopniu o wymiarze prostym i skośnym wchodu miednicy małej, o wysokości wzgórka kości krzyżowej, o budowie kości krzyżowej i spojenia łonowego, o pojemności miednicy i jej symetrji.

Doświadczenie kliniczne ustaliło pewne granice dla miednic ścieśnionych, wśród których poród może się odbyć siłami natury bez szkody dla matki i płodu, lub też, kiedy poród prawidłowy jest niemożliwy.

Zależnie od stopnia ścieśnienia dzielimy miednice na pewne grupy, biorąc za podstawę wymiar prosty wchodu miednicy małej, który dokładnie określić możemy za pomocą dźwigni Bylickiego lub cyrkla Sołowija.

Ostatnio Zangenmeister na podstawie badań dokonanych na 500 miednicach wykazał, iż wymiar prosty wchodu prawidłowej miednicy małej wynosi 10,3 cm. Zdaniem jego sprzężna prosta 9,5 cm jest granicą normalnej miednicy, sprzężna 8,5 cm stanowi granicę przy której niezbyt duży płód może się urodzić siłami natury; 7,5 cm jest granicą, przy której należy wszcząć poród przedwczesny.

Dotychczasowy ogólnie przyjęty podział miednic ścieśnionych Litzmanna nie da się nadal utrzymać, gdyż granice ścieśnień z punktu widzenia klinicznego są nieścisłe: w granicach jednego i tego samego ścieśnienia znajdujemy porody mogące się odbyć siłami natury, oraz porody które siłami natury odbyć się absolutnie nie mogą (ścieśnienie II. stopnia).

Zaletą podziału Litzmanna jest jedynie łatwość zapamiętywania go, gdyż cyfry określające stopień ścieśnienia stanowią postęp arytmetyczny.

Ze względów praktycznych jako granicę pomiędzy I-ym stopniem ścieśnienia a II-gim należy przyjąć sprzężną prostą 8 cm; dolna granica ścieśnienia II-go stopnia wynosić będzie 7 cm.

Ścieśnienia miednicy I. stopnia przy płodzie normalnej wielkości, prawidłowych bolach porodowych, dają najlepsze rokowanie dla przebiegu porodu siłami natury.

Przy drugim stopniu ścieśnienia, rokowanie nasze jest uiepewne i zależy od całego szeregu czynników, najczęściej nam nieznanych.

---

*) Według wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Lek. w dniu 15 maja 1925.

Im bardziej wymiar prosty wchodu miednicy małej zbliża się ku 7 cm, tem więcej niewiadomych czynników wchodzi w grę, i tem gorsze jest nasze rokowanie o przebiegu porodu siłami natury.

Specjalne trudności napotykamy w tych przypadkach w rokowaniu u pierwiastki, u której pierwszy poród jest porodem próbnym.

Pierwszym najpotężniejszym i najważniejszym czynnikiem w przebiegu porodu są siły natury, na które najwięcej liczyć należy; postępowanie zatem wyczekujące byłoby najbardziej wskazane.

W przypadku jednak znacznego niestosunku porodowego konserwatyzm oparty na mylnych przesłankach niejednokrotnie przynieść może szkodę, gdyż doprowadza do tego, iż tracimy korzystne warunki dla ratowania matki i płodu. Jeżeli nawet poród w tych warunkach odbędzie się siłami natury, to najczęściej ze szkodą dla matki, u której oprócz zakażenia wystąpić może przetoka pęcherzowo-pochwowa, oraz dla dziecka, które ginie albo wśród porodu, lub też w kilka dni po porodzie.

Konserwatyzm przy miednicach ścieśnionych nieoparty na poważnych argumentach prowadzi nieraz do tego, iż skutkiem braku warunków do tego lub owego zabiegu najkorzystniejszego dla matki i dziecka — zmuszeni jesteśmy częstokroć poświęcić żywe dziecko w celu ratowania matki. Doświadczenie oparte na licznym materjale szpitalnym, oraz wyniki jakie otrzymywaliśmy, stosując rozmaite metody u pierwiastek ze ścieśnieniem miednicy, pozwoliły nam ustalić zasady postępowania, celem którego jest zapewnienie matce i dziecku w czasie porodu maksimum bezpieczeństwa i nie dopuścić do wymóżdżenia dziecka żywego, gdyż tego rodzaju postępowanie przy dzisiejszym stanie wiedzy i środkach, jakiemi rozporządzamy, uważać należy za błąd w sztuce.

Przechodząc do wyników jakie otrzymaliśmy na od dziale położniczym Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie w przypadkach porodów ze ścieśnieniem miednicy, chcę podać w ogólnych zarysach zasady naszego postępowania. Naogół jesteśmy zwolennikami konserwatywnego traktowania porodu, jeżeli wynik badania przedmiotowego daje nam podstawę do przypuszczenia, iż poród siłami natury bez szkody dla matki i dziecka jest możliwy.

Decydujące czynniki to stopień ścieśnienia miednicy, wielkość płodu, stosunek główki płodu do miednicy i siła bolów porodowych.

Przy miednicy o wymiarze prostym 8 cm liczymy jeszcze na szczęśliwy poród, jeżeli płód nie jest zbyt duży. Poniżej tej granicy przy płodzie normalnej wielkości nie spodziewamy się porodu korzystnego, w pierwszym rzędzie dla płodu.

W tych przypadkach nie myślimy o kleszczach najczęściej wysokich, gdyż wyniki, jakie otrzymaliśmy przy takiem postępowaniu nie są zachęcające: uderza w pierwszym rzędzie znaczny odsetek śmiertelności dzieci.

Nie stosujemy hebosteotomji, ani też nie wszczynamy porodu przedwczesnego, gdyż pierwszy z tych zabiegów nie jest wskazany u pierwiastek, prowadzi nierzadko do poważnych uszkodzeń pęcherza moczowego i części miękkich. Zabieg ten obecnie posiada coraz mniej zwolenników.

Poród przedwczesny wzniecamy tylko ze specjalnych wskazań, jako to: wada serca, gruźlica krtani, płuc, choroby nerek i t. d. gdzie nie chodzi nam o ratowanie dziecka, lecz matki.

Na 3.020 rodzących pierwiastek w czasie ostatnich lat 10 — 2750 odbyło poród siłami natury, co stanowi 91,5% 270 zaś przebyło poród operacyjny = 8,5%.

Ścieśnienie miednicy stwierdzono w 620 przypadkach co odpowiada 20,5%;

na ścieśnienie I stopnia przypada 12,3%,
» » II » 8,2%,
z tego miednic ogólnie ścieśnionych 5%,
ogólnie ścieśnionych płaskich 15%,
płaskich 20%,
płaskich krzywiczych 60%.

Na 620 przypadków ścieśnienia miednicy w 356 poród odbył się siłami natury — stanowi to 57,4% — 264 przypadków rozwiązano operacyjnie 42,6%.

Z porodów samoistnych na ścieśnienie:
I stopnia przypada 296 — 86%,
II » » 60 — 14%.

Śmiertelność dzieci wśród porodu i po porodzie samoistnym:
przy I stopniu ścieśnienia 12%,
» II » » 35%.

Przypadki rozwiązane operacyjnie:
1. Kleszcze niskie 183 — 68%,
2. Kleszcze wysokie 37 — 14%,
3. Wymóżdżenie 30 — 11%,
4. Cięcie cesarskie 30 — 7 %.

Śmiertelność dzieci po kleszczach niskich 6,5%,
po kleszczach wysokich 24,3%,
po cięciu cesarskiem 0%.

Największy odsetek śmiertelności dzieci otrzymaliśmy przy kleszczach wysokich (Kielland). Kleszcze te zakładaliśmy tylko przy małych ścieśnieniach miednicy. Autorzy zgodnie podnoszą, iż kleszcze Kiellanda oddają dobre wyniki jedynie przy miednicach prawidłowych.

Znaczny odsetek wymóżdżeń nie obciąża naszych wskazań, gdyż przypadki te, dostarczone w najwyższym stopniu zaniedbania, nie nadawały się do żadnego innego zabiegu. W większości tych przypadków płód już nie żył w chwili przybycia do zakładu.

Oprócz znacznej śmiertelności dzieci w kilka dni po porodzie samoistnym przy miednicy ścieśnionej, lub po zabiegu kleszczowym, podnieść należy jeszcze znaczną ich chorobowość.

U zmarłych płodów sekcja wykazała przeważnie uszkodzenia wśródczaszkowe: wybroczyny i wylewy krwawe w mózgu.

Jeżeli zatem wymiar prosty wchodu miednicy małej wynosił mniej aniżeli 8 cm, lub stwierdziliśmy przy większym nieco wymiarze podwójny wzgórek kości krzyżowej, lub listewkę na wewnętrznej stronie spojenia łonowego, albo też miednicę niesymetryczną, co wpłynąć mogło na nieprawidłowe wstawienie się główki, wtedy przy płodzie normalnej wielkości nie liczyliśmy na korzystny poród siłami natury i wykonywaliśmy cięcie cesarskie.

Konserwatyzm nasz ograniczał się do tego, iż w razie choćby najmniejszej nadziei na możliwość wstawienia się główki czekaliśmy odejścia wód płodowych oraz, co za tem idzie, wzmożenia czynności porodowej. Skoro jednak po upływie krótkiego czasu główka nie wstawiła się do miednicy — przystępowaliśmy do cięcia cesarskiego.

Także i w przypadkach ścieśnienia miednicy I. stopnia, gdy główka płodu w czasie porodu pozostawała ruchoma nad wchodem i wypuklała nad spojeniem łonowem powłoki brzuszne — należało przyjąć niestosunek porodowy znacznego stopnia, powstały wskutek nadmiernej wielkości płodu i skoro po odejściu wód płodowych i energicznej czynności porodowej, główka do miednicy nie wstąpiła — decydowaliśmy się na cięcie cesarskie w przeświadczeniu, iż ten sposób rozwiązania będzie najbardziej korzystny dla matki i płodu.

Do 19 wieku cięcie cesarskie wykonywano niechętnie i tylko w przypadkach rozpaczliwych, poświęcając matkę, dla której nie było żadnego ratunku — by ocalić płód. W miarę rozwoju zasad postępowania przeciw- i bezgnilnego oraz techniki operacyjnej — cięcie cesarskie poczęto wykonywać coraz częściej. S ä n g e r, L e o p o l d i B a r pierwsi stworzyli renesans cięcia cesarskiego.

Nie będę się zastanawiał nad rozwojem cięcia cesarskiego i wynikami, jakie poszczególni autorowie otrzymali — musiałbym bowiem przytoczyć olbrzymie piśmiennictwo — pragnę tylko podnieść, iż z roku na rok widzimy coraz to lepsze wyniki, a co zatem idzie, z roku na rok roszerza się zakres wskazań do tego zabiegu.

K r ö n i g i S e l l h e i m w roku 1908 po raz pierwszy wykonali cięcie cesarskie przy łożysku przodującem. Postępowanie ich wywołało powszechne zdziwienie, jednak dzisią

zostało przyjęte przez cały świat naukowy i stanowi epokę w leczeniu łożyska przodującego. Wykonujemy cięcie cesarskie przy drgawkach porodowych, przy łożysku przedwcześnie odklejonem, lub przodującem i t. d., wykonujemy je najchętniej, gdyż wyniki, jakie otrzymujemy przy tem postępowaniu są świetne i nie dadzą się porównać z wynikami otrzymywanemi poprzednio.

Śledząc rodzaj cięcia cesarskiego, porównywując wyniki różnych metod, oparte na olbrzymich statystykach, uwzględniając różnorodność wskazań, tworzymy dla cięcia cesarskiego coraz silniejsze i doskonalsze podstawy, coraz chętniej i śmielej przystępujemy do tej operacji, gdyż daje nam ona w całem znaczeniu tego słowa — najlepsze wyniki dla matki i płodu.

W naszych przypadkach stosowaliśmy cięcie cesarskie klasyczne, pozaotrzewnowe i śródotrzewnowe w dolnym odcinku.

Od 1916 stosujemy najchętniej cięcie cesarskie śródotrzewnowe w dolnym odcinku podane przez Franze i Baischa, gdyż daje nam ono najlepsze wyniki dla matek nawet w przypadkach niezupełnie czystych. Wykonujemy je według metody nieco odmiennej od Franza, gdyż po wydobyciu płodu wytaczamy macicę na zewnątrz, usuwamy łożysko wraz z błonami i uciskamy naczynia maciczne za pomocą węża gumowego, dzięki czemu szycie mięśnia macicy odbywa się bezkrwawo i nazewnątrz jamy brzusznej, a więc o wiele dokładniej.

Staramy się operować, o ile to jest możliwe, w I. okresie porodowym, by niedopuścić do nadmiernego rozciągnięcia dolnego odcinka macicy, co ma wpływ na gojenie się rany.

W przypadkach czystych wszystkie metody cięcia cesarskiego dają równie dobre wyniki, jednak cięcie śródotrzewnowe w dolnym odcinku jest dzisiaj najchętniej stosowane. Każdy zresztą operator ma pod tym względem swoje własne doświadczenie, którem się kieruje w przypadkach wątpliwych.

W razie zajścia w ciążę osoby ze ścieśnieniem miednicy rozwiązanej już raz za pomocą cięcia cesarskiego — w grę wchodzić może jedynie ponowne cięcie cesarskie; tutaj decyzja nasza jest znacznie łatwiejsza niż u pierwiastek, gdyż należy się liczyć z możliwością pęknięcia macicy w czasie porodu.

Jak postępować należy w przypadkach już zakażonych? I tutaj zdobycze na polu chirurgji ułatwiają nam wybór postępowania; mamy do dyspozycji cięcie cesarskie wraz z usunięciem macicy operację Porro, przetokę Sellheima, oraz operację podaną w roku 1924 przez Pordes'a.

Cięcie cesarskie wraz z usunięciem macicy i operacja Porro nie są wskazane u pierwiastek, gdyż pozbawiamy je przytem narządu rodnego. Przetoka Sellheima, przy której zachowujemy narząd rodny, nie zyskała wielu zwolenników i jak świadczy piśmiennictwo rzadko bywa wykonywana (Czyżewicz wykonał ją w roku 1923).

Pordes w roku 1924 podał modyfikację cięcia cesarskiego dla przypadków nieczystych, która polega na tem, iż po otwarciu jamy brzusznej wytacza się macicę na zewnątrz, zaszywa się szybko powłoki brzuszne — poczem otwiera się jamę macicy w dnie, wydobywa się płód, zakłada się następnie szew na macicę według zwykłych zasad i pozostawia się macicę na zewnątrz przez szereg dni, kontrolując codziennie gojenie się rany oraz zwijanie macicy. Po zupełnem zagojeniu i zwinięciu macicy, co wymaga około 30 dni, otwiera się ponownie jamę brzuszną, odprowadza się macicę i zaszywa powłoki brzuszne.

Autor opisał 10 przypadków szczęśliwie rozwiązanych tym sposobem. Jakkolwiek zdania autorów co do tej metody są podzielone, naogół wzbudziła ona powszechne zainteresowanie i zyskała wielu zwolenników.

Z powyższego dadzą się wyprowadzić następujące wnioski:

1. Każdy przypadek porodu u pierwiastki ze ścieśnieniem miednicy należy indywidualizować i myśleć w pierwszym rzędzie o możliwości porodu siłami natury.

2. Cięcie cesarskie u pierwiastek ze ścieśnieniem miednicy w granicach I. lub II. stopnia pod warunkami wyżej omówionemi uważamy za najbardziej korzystny sposób rozwiązania nie tylko dla płodu, lecz i dla matki.

3. Dla zakładów położniczych ścieśnienie miednicy nie powinno być nigdy wskazaniem do wymóżdżenia dziecka żywego w przypadkach niezakażonych.

Lesław WĘGRZYNOWSKI. Lwów.

Przyczynek do swoistości antyanafilaksji u świnek morskich i gołębi.

Z Instytutu Higjeny Uniwersytetu J. K.
Kierownik: Prof. Dr. Zdzisław Steusing
i Oddz. doświadczalnego Laboratorjum Serovac.

Zajmuję się od szeregu miesięcy zagadnieniami anafilaksji. Przy doświadczeniach z tego zakresu łaskawie pomocni mi byli Doc. Dr. Koskowski, Dr. Kmietowicz i Szymonowicz, a potem lekarz weteryn. Kaczorowski, i Szaynokowa za co niniejszem Im dziękuję. Z szeregu zagadnień już dziś na podstawie zebranego materjału mogę odpowiedzieć na jedno pytanie: czy odczyn t. zw. antyanafilaksji jest u świnek morskich i gołębi swoistym, t. j. czy stan ten da się wywołać surowicą na którą dane zwierzę jest uczulone, czy też inne białko obce może to zjawisko wywołać.

Wiadomo nam dziś na podstawie klasycznych badań Maurice Arthusa, że wprawdzie anafilaksja u psa jest swoistą (jeżeli n. p. psa uczulimy surowicą ludzką to tylko ta surowica, a nie jakaś inna n. p. z królika wywołać potrafi wstrząs anafilaktyczny) u królika natomiast specyficzną nie jest (uczulenie n. p. ludzką, wstrząs wywołać można końską). Dalej znaną jest rzeczą na podstawie prac szeregu autorów, że w anafilaksji rodzaj zwierzęcia gra olbrzymią rolę i t. np. przy wstrząsie anafilaktycznym królik okazuje objawy zaburzeń oddechowych; pies natomiast nie, świnkę morską można uczulić injekcją śródmózgową, królika nie. U królika we wstrząsie występuje opóźnienie krzepliwości krwi, u psa powstrzymanie krzepliwości zupełne, królik okazuje objawy miejscowe po wstrzyknięciu wywołującem, później zaś występuje zanik ogólny *(cachexia tarda)* gołąb, szczur, świnka morska tych objawów nie wykazują.

Z tych kilku przykładów, które powyżej podałem wynika jasno, że swoistość odczynów anafilaksji nie istnieje u wszystkich rodzajów zwierząt, a drugie, że każdy rodzaj zwierząt wykazuje pewne odrębności w przebiegu samego wstrząsu, że więc wyników osiągniętych na jednym rodzaju zwierząt nie wolno przenosić na drugi.

Musimy ponadto przypomnieć następujące fakty: pierwszy Otto w 1907, a potem Gay i Suthardt, a w końcu Besredka stwierdzili fakt istnienia stanu niewrażliwości t. zw. antyanafilaksji u świnki morskiej; świnka morska n. p. uczulona surowicą końską staje się niewrażliwą przez czas dłuższy na następne wstrzyknięcia tej samej surowicy. Arthus określa ten stan jako stan anafilaksji utajonej, zamaskowanej. Odwłókniona krew świnki znajdującej się w stanie antyanafilaksji wstrzyknięta świeżej śwince uczula tę ostatnią na surowicę uczulającą, a więc antyanafilaksja jest tylko utajeniem stanu anafilaktycznego a nie zniesieniem go. Nawiasem dodam, iż królik wedle badań Arthusa zachowuje się zupełnie inaczej jak świnka: antyanafilaksji właściwie takiej jak u świnki, u królika niema.

Zachodzi więc obecnie pytanie czy antyanafilaksja jest tak samo u świnki specyficzną jak anafilaksja, t. j. czy nie można by jakiemś innem białkiem wywołać stanu niewrażliwości.

W tym kierunku wykonaliśmy cały szereg doświadczeń. Świnki uczulano surowicami ludzkiemi lub końskiemi i to każdą inną drogą, a więc przez injekcje śródsercowe, podskórne, śródotrzewnowe i śródmięśniowe. Po przeczekaniu stanu inkubacji — wylęgania się uczulenia t. j. 10 — 15 dni wykonywano powtórne wstrzyknięcie surowicy innej niż tą, którą wykonano wstrzyknięcie uczulające i znowu różnemi sposobami, a więc w serji doświadczeń dosercowo, podskórnie i t. d.

Po 24 względnie 48 godzinach po tej wtórnej injekcji wstrzykiwaliśmy w każdym przypadku inną drogą surowicę tę samą, którą wykonane było uczulenie (pierwsze wstrzyknięcie surowicy A., w 10 do 14 dni drugie surowicy B., w 48 godzin potem trzecie surowicy A.).

Wszystkie zwierzęta podlegały ważeniu, miały przed i po każdym zabiegu mierzoną ciepłotę, wykonywano badania ilościowe i cytologiczne krwi, oraz badano zachowanie się krzepliwości krwi przed i po wstrzyknięciach. Doświadczeń wykonaliśmy przeszło sto, wyniki tych badań podamy w przyszłości, narazie zajmujemy się pytaniem nas zajmującem. Odnośnie więc do naszego zagadnienia stwierdzić mogliśmy na naszym materjale co następuje:

I. Droga uczulenia jest absolutnie obojętna, co zresztą inni autorowie dowodnie stwierdzili. Takie same wyniki otrzymaliśmy kiedy uczulające wstrzyknięcie nastąpiło podskórnie, śródmięśniowo, śródotrzewnowo lub śródsercowo.

II. W żadnym wypadku injekcji wywołującej, wykonanej surowicą inną jak uczulającą, objawów wstrząsu anafilaktycznego nie otrzymaliśmy i tu droga wtórnej injekcji była obojętną. Stwierdziliśmy w ten sposób ponownie za całym szeregiem badaczy swoistość anafilaksji świnek morskich.

III. We wszystkich doświadczeniach w których wstrzyknięcie trzecie (24 godz. względnie 48 godz. po injekcji drugiej surowicy inne) wykonane surowicą tą samą co wstrzyknięcie uczulające odbyło się śródsercowo następowały natychmiast napady typowych wstrząsów anafilaktycznych (oddawania kału i moczu, drgawki, a nawet szereg razy śmierć); gdy wstrzyknięcia dokonane były inną drogą to, albo objawy wstrząsu były znacznie słabsze, albo też nie występowały zupełnie. W tych ostatnich wypadkach wytłumaczenie braku objawów anafilaktycznych jest łatwe: już sama inokulacja (zaszczepienie przez wbicie igły) zdaniem B e s r e d k i wywołać może stan antyanafilaksji. Surowica nie wstrzyknięta dożylnie resorbując się już w pierwszej chwili wywołać może stan antyanafilaksji.

D o ś w i a d c z e n i a n a s z e w y k a z a ł y d o w o d n i e, i ż s t a n u a n t y a n a f i l a k s j i u ś w i n e k m o r s k i c h n i e p o d o b n a w y w o ł a ć i n n ą s u r o w i c ą j a k t ą, k t ó r ą n a s t ą p i ł o u c z u l e n i e, a w i ę c s t a n a n t y a n a f i l a k s j i j e s t u ś w i n e k m o r s k i c h s w o i s t y.

To samo pytanie staraliśmy się rozstrzygnąć i u gołębi i tu wykonaliśmy cały szereg doświadczeń jak u świnek, z tą różnicą, że dla uzyskania wybitniejszych objawów wstrzyknięcia uczulające wykonywaliśmy z reguły dwa do czterokrotnie w odstępach kilkudniowych, injekcją wtórną surowicy innej po 16 do 30 dniach, tu zauważyć mogliśmy to samo co u świnek.

Wstrzyknięcie uczulające surowicy A. kilkakrotne, różnemi drogami, wtórne wstrzyknięcie surowicy B. w 16—30 dni, zawsze dożylnie, nie wywoływało objawów anafilaksji. W 24 godzin potem wstrzyknięcie surowicy A. dożylnie spowodowało typowy wstrząs anafilaktyczny (gołąb zaczyna natychmiast po wstrzyknięciu być niespokojnym, występuje równocześnie zaczerwienienie spojówek i kichanie po którem bezpośrednio następują ruchy połykowe potem ślinotok, dziób otwarty, pióra nastroszone, w kilkanaście sekund gołąb siada na zadzie skrzydełka opuszcza, drgawki).

W 24 godzin po owym wstrząsie wstrzyknięcie dożylne w znacznej ilości 2 — 3 ccm. surowicy A. bez żadnego objawu (stan antyanafilaksji) w 20 dni do miesiąca potem ponowna injekcja surowicy A. wywołuje typowy napad wstrząsu anafilaktycznego.

Z umysłu nie podaję całego toku badań krwi, krzepliwości krwi, sprawy uczulenia i t. d. u gołębi, gdyż wymaga to obszerniejszych wywodów nie mających związku z zagadnieniem nas w tej pracy interesującem.

Z p o w y ż s z y c h d o ś w i a d c z e ń n a g o ł ę b i a c h w y n i k a, i ż t a k a n a f i l a k s j a j a k i a n t y a n a f i l a k s j a s ą u g o ł ę b i s w o i s t e m i, s t a n z a ś a n t y a n a f i l a k s j i w k r ó t k i m c z a s i e (d o m i e s i ą c a) z n i k a, u s t ę p u j ą c m i e j s c a u j a w n i a j ą c e m u s i ę z n o w u u c z u l e n i u.

Jan ROGUSKI. Warszawa.

Siła odczynu tuberkuliny

wyrobu firmy: mag. K l a w e w Warszawie.

Z I-ej Kliniki Lekarskiej Uniw. Warsz.
(Zastępca kierownika Prof. Dr. Jerzy M o d r a k o w s k i).

Dążąc do korzystania przedewszystkiem z wyrobów krajowych, przyjęliśmy propozycję przedstawiciela firmy Mag. Klawe, mającą na celu porównanie wartości tuberkuliny wyrobu tej firmy z tuberkulinami wyrobu zagranicznego. Ponieważ w klinice naszej, stosując tuberkulinę tak dla celów rokowania, jak i leczniczych, korzystamy wyłącznie prawie z próby naskórnej (Pirqueta), ograniczyć się musiałem do badań porównawczych siły odczynu skórnego. Dla porównań wybrałem *»alt-tuberkulin«* firmy Lucius i Brüning z Hoechst nad Menem, która według uprzednich badań wykonanych

			Tuberkulina Lucius'a	Tuberkulina Klawego	Przewaga na korzyść tuberkuliny Lucius'a mm	Przewaga na korzyść tuberkuliny Lucius'a %
Wielkość odczynu we wszystkich badanych 50 przypadkach	po 24 godz.	suma ogólna	328 mm	238 »	90 »	27,44
		przeciętna	6,56 mm	4,76 »	1,80 »	
	po 48 godz.	suma ogólna	392 mm	283 »	109 »	27,8
		przeciętna	7,84 mm	5,66 »	2,18 »	
Wielkość odczynu u chorych na gruźlicę płuc (30 przypadków)	po 24 godz.	suma ogólna	231 mm	159 »	72 »	31,16
		przeciętna	7,7 mm	5,3 »	2,4 »	
	po 48 godz.	suma ogólna	257 mm	182 »	75 »	29,18
		przeciętna	8,56 mm	6,06 »	2,5 »	
Wielkość odczynu u chorych, u których gruźlicy nie stwierdzono (20 przypadkach)	po 24 godz.	suma ogólna	97 mm	79 »	18 »	18,55
		przeciętna	4,85 mm	3,95 »	0,9 »	
	po 48 godz.	suma ogólna	135 mm	101 »	34 »	25,18
		przeciętna	6,75 mm	5,05 »	1,07 »	

	Na ogólną liczbę 50 przypadków		Na 30 przypadków gruźlicy płuc		Na 20 przypadków z niestwierdzoną gruźlicą	
	po 24 godz.	po 48 godz.	po 24 godz.	po 48 godz.	po 24 godz.	po 48 godz.
Liczba przypadków w jakich dała Lucius'a	36	39	25	24	11	15
Odczyn silniejszy tuberkulina Klawego	5	7	1	3	4	4
Liczba przypadków o odczynie jednakowym	9	4	4	3	5	1
Liczba przypadków z silniejszym odczynem tbk. Lucius'a (w procentach)	72%	78%	85%	80%	52%	72%

w klinice przez L. Sobieszczańskiego i Z. Michalskiego[1]) ze znajdujących się w obiegu w Warszawie tuberkulin daje odczyn najsilniejszy. Badania przeprowadziłem w 50 przypadkach u osobników z rozmaitemi schorzeniami w tem jednak w 30 przypadkach u chorych z gruźlicą płuc. Pomiary uskuteczniałem zapomocą miarki milimetrowej określając szerokość odczynu po upływie 24 i 48 godzin, biorąc pod uwagę, że siła odczynu przeważnie wzmaga się do 3-go dnia włącznie.

Wyniki w zestawieniu podają tablice:

Jak zpowyższego wynika odczyn skórny przy stosowaniu tuberkuliny Klawego ustępuje dość znacznie co do siły odczynowi wywołanemu przez tuberkulinę Lucius'a. Siła odczynu tuberkuliny Klawego jest zwłaszcza mniejszą u chorych na gruźlicę płuc.

Biorąc przytoczone wyniki pod uwagę, sądzę, że w tych przypadkach, gdzie na sile odczynu nam specjalnie nie zależy, możemy zastąpić niemiecką tuberkulinę, tuberkuliną wyrobu krajowego.

Wykład kliniczny.

J. LATKOWSKI. Kraków.

O badaniu przemiany spoczynkowej *).

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prym. dr. J. Latkowski.

W ostatnich czasach amerykańscy uczeni zaczęli zajmować się badaniem energji w ustroju.

Wpłynęło na to uproszczenie metody badania jak również wykonanie wielkiej ilości pomiarów u ludzi, które stanowią podstawę do obliczeń przemiany energji.

Benedict wspólnie z Harrisem badali zapomocą bardzo czułych kalorymetrów przemianę gazową u kilku tysięcy ludzi w różnym wieku i pomiary ich stanowią dziś podstawę do obliczeń klinicznych. Atwater i Benedict mierzyli bezpośrednio w kalorymetrze ilość ciepła, jaką ustrój wytwarza i przekonali się, że ona równa się ilości ciepła, jaka wypada z obliczenia zużytego tlenu w tym samym czasie; tylko w szczególnych warunkach, jak w gorączce, przy ciężkiej pracy mięśniowej, w głodzie, zdarzają się odchylenia, z któremi można się nie liczyć przy zwykłem odżywianiu.

Stopień spalań w ustroju można oznaczyć w rozmaity sposób n. p. przez badanie oddychania, przyczem oblicza się zużycie tlenu i wytwarzanie bezwodnika węglowego. Wartości wyraża się albo w sześciennych cm tlenu w jednostce czasu, albo oblicza się, ile ciepła spalania odpowiada w kalorjach zużytemu tlenowi. Można też obliczyć obszar spalań w ustroju ze spalenia pożywienia w kalorymetrze. Lepiej jest jednak, znając skład chemiczny pożywienia obliczyć ilość ciepła w kalorjach, jaka powstaje przy spalaniu pokarmów. Z pokarmów dostarczanych ustrojowi, jak wiadomo, tylko trzy grupy w nich są źródłem energji dla człowieka, a mianowicie węglowodany, tłuszcze i ciała białkowe.

Wedle Rubnera 1 gr węglowodanów daje 4,1 Cal. 1 gr tłuszczu 9,3 Cal., 1 gr białka 4,1 Cal., ponieważ pokarmy nie spalają się w zupełności w ustroju, przeto te t. zw. ilości standardowe są lepsze, niż uzyskane przez bezpośrednią kalorymetrję pokarmów. Jeśli obliczymy na podstawie tych wartości, ilość kalorji w pożywieniu człowieka i porównamy z ilościami kalorji uzyskanych w kalorymetrach Benedicta to zgadzają się one aż do 0,17%.

Przemiana materji człowieka wyrażona w kalorjach lub w cm sześciennych tlenu składa się:

1) z przemiany materji w spoczynku;
2) wzmożenia jej przez przyjmowanie pokarmów;
3) obniżenia spowodowanego przez wysoką ciepłotę otoczenia;
4) wzmożenia wywołanego czynnością mózgu;
5) wzmożenia wywołanego czynnością mięśni;

A zatem dla badania przemiany materji w ustroju trzeba przedewszystkiem oznaczyć przemianę materji w spoczynku inaczej, przemianę podstawową, czyli tę minimalną przemianę materji, jaka zachodzi u człowieka leżącego bez ruchu na czczo, u którego mózg, mięśnie i przewód pokarmowy są prawie nieczynne. Przemiana spoczynkowa u człowieka jest rozmaita zależnie od jego wielkości, ciężaru ciała, wysokości i płci. Często wyrażają przemianę zasadniczą w kalorjach, obliczając na 1 kg ciężaru ciała; ale normalna przemiana obliczona na 1 kg niezawsze jest jednaką wielkością, dlatego powinno się zarzucić ten sposób obliczania. Nieco lepszem jest obliczenie ilości kalorji na 1 qm powierzchni ciała. Do obliczenia powierzchni ciała człowieka używam formuły Meeh'a

$$O = 12.3 \sqrt[3]{g^2}$$

gdzie O oznacza powierzchnię w centymetrach a g wagę w gramach.

Lecz i to obliczenie jest niedokładne, ponieważ opiera się na oznaczeniu wagi ciała, a przecież mały, gruby człowiek różni się pod względem fizjologicznego odżywiania od człowieka wysokiego i chudego. Dlatego już lepszem jest obliczenie powierzchni na podstawie całego szeregu pomiarów wykonanych przez dwóch amerykanów nazwiskiem Du Bois.

Najlepiej jednak jest używać tablic Benedicta i Harrisa. Tablice te są nadzwyczajnie dokładne, sprawdzone na tysiącach ludzi, tak, że na ich dokładności można najzupełniej polegać.

Z tablic tych odczytuje się dla odpowiedniego człowieka i jego wysokości, ciężaru ciała i wieku odpowiednie dwie cyfry, które muszą być do siebie dodane. Pojedyncze cyfry są bez znaczenia, tylko suma ich obu stanowi przemianę zasadniczą.

Odchylenia w oznaczeniach przemiany gazowej u ludzi zdrowych, mogą się zdarzać ku górze zaledwie o 5% i to

[1]) Polskie Arch. Medyc. Wewn. T. I. Z. I.

*) Wedle odczytu w Tow. lek. krak. dn. 19. XI. 1924 r.

bardzo rzadko, poniżej zaś normy o więcej niż 5% zdarzają się odchylenia tylko u ludzi, którzy potrafią przez długie ćwiczenie zwolnić swoje mięśnie w wyższym stopniu, niż normalnie.

Oznaczenia przemiany gazowej mają w klinice wielkie znaczenie, ponieważ u chorych, szczególnie z chorobami gruczołów dokrewnych zdarzają się bardzo znaczne wychylenia.

Badanie jednak przemiany energji u chorych natrafiało dotychczas na trudności z powodu dość skomplikowanych aparatów, i dopiero wprowadzenie przez uczonych amerykańskich, a szczególniej przez A. Krogha prostego aparatu do oznaczania zużycia tlenu, ułatwiło pracę kliniczną. Doświadczenia bowiem wykazały, że krótko trwające oznaczenia zużycia tlenu wystarczają do obliczenia przemiany spoczynkowej, dalej, że można oznaczać ubytek tlenu metodą objętościową i że z zużycia tlenu można wnosić o przemianie energji,

Aparat Krogha jest rodzajem spirometru napełnionego tlenem, którego wieko jest ruchome i połączone z pisakiem zapisującym na walcu ruchomym ubytek tlenu. Zbiornik tlenu jest połączony z rurą zakończoną ustnikiem, w której są wentyle w ten sposób ułożone, że przy wdechu tlen uchodzi ze zbiornika, przy wydechu zaś tlen i bezwodnik węglowy dostaje się między warstwę wapna sodowanego, przyczem bezwodnik węglowy zostaje z niem związany. Podczas oddychania wieko zbiornika wykonuje ruchy oddechowe, jednak wskutek zużycia tlenu nie wraca do pierwotnego położenia. Obok pisaka na walcu kimografjonowym zapisuje pisak elektryczny czas znaczony zegarem Bowdita (w modyfikacji Liebesny'ego). Walec robi jeden obrót w ciągu 20 minut. Podczas oddychania tlenem uzyskujemy na papierze okopconym krzywą, w której szczyty fal wydechowych powinny tworzyć w doświadczeniu udałem linję prostą skośnie ułożoną do poziomu, odchylenie tej linji od poziomu jest wielkością zużytego tlenu w jednostce czasu. Zapomocą osobnej dla każdego przyrządu wykalibrowanej miary, możemy zmierzyć wielkość odchylenia linji skośnej od poziomu, i w ten sposób podać ilość tlenu w jednostkach objętościowych sprowadzonych do ciepłoty 0° C i 760 mm ciśnienia. Liczbę uzyskaną mnożymy przez wartość kaloryczną tlenu (4,9 Cal.) i otrzymujemy zużycie energji w kalorjach, poczem obliczamy ilość ich na dobę. Do badania tym przyrządem chory musi być odpowiednio przygotowany i musi na 24—48 godzin dostawać dietę zawierającą bardzo małą ilość białka i tłuszczu, wtedy bowiem współczynnik oddechowy wynosi 0,8 do 0,9. Dla oznaczenia przemiany spoczynkowej, chory musi nie przyjmować pokarmów przynajmniej przez 12 do 14 godzin przed badaniem, nadto chory musi leżeć w największym spokoju przez ½ godziny przed oznaczeniem zużycia tlenu. Pokój do badań powinien być chłodny i zaciszny, gdyż wszelki niepokój psuje badanie. Każde badanie u tego samego chorego musi być powtórzone poraz drugi, a wyniki uzyskane nie mogą więcej różnić się od siebie, jak o 5%.

W celu oznaczenia przemiany materji trzeba albo oznaczyć przemianę białkową, albo oznaczyć zużycie tlenu i ilości wytwarzanego bezwodnika węglowego, z których to oznaczeń oblicza się przemianę kaloryczną w ten sposób, iż najprzód oblicza się tę ilość kalorji, która odpowiada przemianie azotowej i odejmuje się ją od ogólnej ilości tlenu i bezwodnika węglowego, jaką w doświadczeniu oddechowem uzyskiwaliśmy pozostała zaś reszta odpowiada przemianie ciał niezawierających azotu. Ze współczynnika oddechowego ciał bezazotowych obliczamy wartość kaloryczną tlenu, która przy czystem spalaniu tłuszczów wynosi 4,79 kalorji na litr tlenu przy współczynniku oddechowym 0,71, a zmienia się przy czystej diecie węglowodanowej na 5.06 kalorji na litr tlenu przy współczynniku oddechowym = 1,00. A więc przez pomnożenie zużytego tlenu przez odpowiedni współczynnik otrzymujemy przemianę materji w kalorjach.

Oznaczenia jednak, na których opierają się te obliczenia kryją w sobie nieraz znaczne błędy. Przedewszystkiem oznaczenie przemiany białkowej, która odpowiada doświadczeniu oddechowemu, jest zawsze powolne. A ponieważ pokazało się, że żywa przemiana białkowa zwiększa znacznie przemianę kaloryczną, nawet po 14 godzinnym poście, dlatego też Krogh stosuje przed temi oznaczeniami na 24 lub 48 godzin dietę bardzo ubogą w białko (50 gr mięsa). Przy tak urządzanem doświadczeniu oddechowem można pominąć przemianę białkową i uważać, iż cała ilość tlenu i CO_2 pochodzi z ciał niebiałkowych, a wtedy błąd doświadczenia jest minimalny około 1%.

Oznaczenie tlenu w doświadczeniu oddechowem daje prawdziwą miarę zużycia tlenu, wydzielanie zaś CO_2 może znacznie odbiegać od wytwarzania się CO_2 i tak chory może przez nadmierne oddychanie więcej CO_2 wydalić, niż to odpowiada ilości rzeczywiście wytworzonego CO_2, albo też może się CO_2 mniej wydzielić, niż go się wytwarza. U nerwowych chorych wydziela się często więcej bezwodnika węglowego, tak, iż współczynnik i wartość kaloryczna tlenu wypada wskutek tego za wielką. Szereg doświadczeń Krogha i Lindhareda udowodnił, iż przemiana kaloryczna jest zależna od współczynnika oddechowego i jest najmniejszą przy współczynniku 0,8 do 0,9. Również wykazali ci badacze, że przemiana ta jest zależna od diety dnia poprzedniego, jeśli się usunie błąd wypadający z nadmiernej lub za małej wentylacji.

Dlatego to w aparacie Krogha pominięcie oznaczenia CO^2 nie trzeba uważać tylko za uproszczenie, ale właśnie za ulepszenie oznaczania przemiany materji na podstawie oznaczania samego tlenu przy odpowiedniej diecie.

W diecie tej można podawać bez ograniczenia jarzyny, ziemniaki, owoce z wyjątkiem orzechów, chleb, sucharki, Cakes, mąkę, kaszę, makaron, marmeladę, cukier, piwo, herbatę, wody mineralne, buljon, etc. Na objad podajemy zwykle zupę, kleik lub rosół, zupę owocową, ziemniaki przetarte, ciasto z jabłkami, i t. p. w małej ilości masło do chleba a nie do jarzyn, 50 gr mięsa lub 100 gr ryby.

Ostatnie pożywienie ma być podane na 14 godzin przed oznaczeniem zużycia tlenu i nie powinno zawierać potraw zawierających większą ilość białka. Dla kontroli, czy chory podczas oznaczania zachowuje spokój, trzeba liczyć tętno i wtedy zacząć doświadczenie, gdy tętno przez 10 minut zupełnie się nie zmienia, a przez czas trwania pomiarów ma się zupełnie nie zmieniać. Jeśli po 15 minutach się zmienia trzeba przerwać doświadczenie, i gdy ma się wątpliwość, czy mięśnie były zupełnie zwolnione należy liczyć tętno jeszcze po doświadczeniu przy zupełnym spokoju chorego.

Oznaczenie można wykonać tylko przy ciepłocie prawidłowej chorego, gdyż przemiana spoczynkowa zależy od ciepłoty, przy nieznacznych podniesieniach powyżej 37° C bierze się 1% poprawki na 0,2° C.

Przy zachowaniu tych ostrożności współczynnik oddechowy utrzymuje się na 0,8 do 0,9, a wtedy każdy litr tlenu odpowiada 4,90 kalorji z błędem około 1%, oznaczenie zaś takie można spokojnie uważać za wzorcowe (standardowe) odpowiadające przemianie mineralnej.

Cyfry uzyskane w ten sposób można porównywać z cyframi uzyskanemi przez F. G. Benedicta i Harrisa w tablicach przez nich ogłoszonych.

Już przed dwudziestu kilku laty v. Noorden ze swymi współpracownikami wskazał na znaczenie badania przemiany gazowej w chorobach przemiany materji, a szczególnie w chorobach gruczołów dokrewnych, badania te były dokonane przyrządem Zuntza-Gepperta. Może wskutek dość skomplikowanej metody, nie znalazły one wielu naśladowców i dopiero w ostatnich czasach, przy użyciu przyrządów Krogha i Benedicta tak się rozpowszechniły, iż n. p. w klinice braci Mayo w Ameryce wykonuje się do 30 oznaczeń dziennie. Oznaczanie przemiany spoczynkowej jest ważnem szczególnie w chorobach gruczołów dokrewnych, gruczoły te bowiem wpływają na przebieg procesów życiowych podstawowych. Przez oznaczenie przemiany spoczynkowej dowiadujemy się, ile ustrój zużywa energji w danych warunkach na podtrzymanie swojej czynności życiowej w zupełnym spokoju, w pozycji leżącej na czczo, w takich warunkach, gdy mózg, mięśnie i narządy trawienia nie działają.

Tak przemiana spoczynkowa, jak i przemiana dynamiczna zależy od szeregu czynników, a dokładne zbadanie czynników wpływających na przemianę materji stanowi ważne zadanie dla fizjologa i klinicysty.

Badaniami przemiany gazowej od 2 lat zaczęliśmy się zajmować na naszej klinice. Przedewszystkiem oznaczaliśmy przemianę spoczynkową w przypadkach nieznacznych zboczeń w zakresie przewodu pokarmowego, nerek, pęcherza, chorób serca i t. p. Chcieliśmy bowiem uzyskać szereg cyfr, któreby można było porównać z tablicami Harrisai Benedicta. Badania te wykazały, iż cyfry nasze zgadzają się ze spostrzeżeniami innych klinicystów, a różnice w cyfrach wynoszą od —3 do +4%.

Z chorób przemiany materji, oznaczaliśmy przemianę gazową w cukrzycy, gdzie stwierdziliśmy w większości przypadków obniżenie przemiany gazowej do 17%. Choroba ta nie odznacza się wzmożeniem przemiany energji, równocześnie badaliśmy, czy insulina nie wywiera wpływu na większe zużycie tlenu i tu nie stwierdziliśmy wybitniejszego wpływu.

Spostrzeżenia nasze zgadzają się z zapatrywaniem Fitza, Murphy'ego i Feyertaga. W przebiegu moczówki prostej w postaci hipochloremicznej spostrzegaliśmy nieznaczne wzmożenie zużycia tlenu o 10%. W przebiegu otyłości na tle nadmiernego odżywiania, nie stwierdzono zmian.

Zondek, Lövy i Kastner stwierdzili zmniejszenie przemiany energji w przypadkach *adipositas endogenes* na tle niedorozwoju gruczołów płciowych, lub po wycięciu jajników, owaryna nie zwiększała, natomiast thyroidyna zwiększając przemianę gazową zmniejszała otyłość. Labbé znalazł obniżenie przemiany energji do 30% w *dystrophia adiposo-genitalis*, prawidłową przemianę stwierdził w moczówce prostej, a wzmożenie w *akromegalii*. Przy upośledzeniu czynności tarczycy znaleźliśmy obniżenie do 16%. W chorobach krwi stwierdziliśmy: w niedokrwistości złośliwej wzmożenie przemiany gazowej do 34%, jak również w *icterus haemolyticus* do 60%.

W leukemji spostrzegano wybitne wzmożenie, bo dochodzące do 100%, co Gunderson tłumaczy pojawieniem się we krwi form zarodkowych. We wszystkich postaciach anemji z obrazem krwi regeneracyjnym stwierdzano wzmożenie energji, co my również możemy potwierdzić.

Z chorób gruczołów dokrewnych najwięcej się zajmowano badaniem przemiany energji w chorobach gruczołu tarczowego.

Jednym z najważniejszych objawów przy chorobie Basedowa jest wzmożenie przemiany gazowej, na co w r. 1909 zwrócił uwagę v. Norden, jest to objaw tak charakterystyczny, że brak jego wyklucza istnienie tej choroby, i dla rozpoznania postaci poronnych szczególne ma zastosowanie. W chorobie Bazedowa występuje wzmożenie i zmiana czynności gruczołu tarczowego, który zwykle ulega przerostowi. Wiadomo jest, że hormon tego gruczołu, wpływa na wzmożenie procesów spalania w ustroju i już przy zwykłym przeroście możemy mieć wzmożenie przemiany materji. Nie każdy jednak przerost gruczołu tarczowego, pociąga za sobą zwiększenie wydzieliny tego gruczołu dostającej się do krwi, dlatego odróżniamy już obecnie postacie przerostu gruczołowego z prawidłową, zwiększoną lub ze zmniejszoną wydzieliną. Te trzy rodzaje przerostu możemy z łatwością odróżnić za pomocą badania przemiany gazowej. W chorobie Bazedowa zwykle bywa wzmożona przemiana energji o 30—100%, w naszych 23 przypadkach 16—113%, lecz nie zawsze wzmożenie bywa tak wybitne i tak Siebesny i Schwarc w ostatnim roku we Wiedniu znaleźli na 14 przypadków tylko w jednym wzmożenie do 72%. Najzłośliwsze postacie choroby Bazedowa cechują się nadmiernie zwiększoną przemianę gazową, albowiem w tych przypadkach nawet objawy naczyniowo-sercowe choroby Bazedowa bywają często niebardzo wybitne i pomimo pogorszania się stanu ogólnego mogą się nie zmieniać. Tak więc nie tylko dla rozpoznania ale także dla śledzenia przebiegu, a nawet dla wskazania leczenia jest koniecznem badanie przemiany gazowej w tej chorobie. Szczególnie dla postawienia wskazania do zabiegu operacyjnego jest potrzebnem przeprowadzenie wspomnianego badania, i tu chirurdzy różnią się między sobą i tak Wilson operuje przy wzmożeniu przemiany gazowej o 20%, Boothby przy 40%, zaś Charles Frazier i Adler radzą w przypadkach wybitnego wzmożenia przemiany gazowej założenie podwiązek na tętnicę tarczycy.

Oprócz leczenia chirurgicznego należy kontrolować badaniem przemiany energji, także leczenie roentgenologiczne a także leczenie radem, które polecają szczególnie amerykańscy autorowie i tak: Quigley z 27 przypadków choroby Bazedowa podaje 12 zupełnych wyleczeń. a 14 znacznej poprawy.

Aikens donosi o znakomitych wynikach u 100 chorych leczonych radem. Loucks na podstawie 180 przypadków leczonych radem, twierdzi, że choroba Basedowa nie jest już chorobą chirurgiczną.

Aikens i Loucks uważają leczenie radem za lepsze od leczenia promieniami Roentgena, jest ono powolniejszem, łagodniejszem i niepowoduje tak szybkiego zatrucia, jak toczynią promienie Roentgena, również przy leczeniu radem jest mniejsze niebezpieczeństwo wystąpienia *myxoedema*. Quigley twierdzi, iż leczenie radem które przebiega bez shoku powinno być zastosowane zawsze nawet przed mającą nastąpić operacją.

Podobnież Gudzentlo otrzymywał dobre wyniki leczenia choroby Bazedowa małemi dawkami radu; i my również w naszej klinice uzyskaliśmy poprawę w czterech przypadkach Bazedowa, które leczyliśmy radem w krakowskim zakładzie Curie-terapji. Rzecz ta wymaga dalszych badań kontrolnych.

Również leczenie choroby Bazedowa przetworami grasicy jak i wpływ wydzielania jej na choroby tarczycy jest bardzo ciekawem zagadnieniem fizjologicznem, które może znaleźć oświetlenie w badaniu przemiany energji. Już Mikulicz zalecał podawanie przetworów grasicy w chorobie Bazedowa.

Giske i Hanseman, a później Capelle zauważyli jednak, iż w złośliwych postaciach tej choroby zdarzają się bardzo duże powiększenia grasicy.

C. Hart zaś sądził, iż przerost grasicy zmieniając jej wydzielinę może przy limfatycznej konstytucji prowadzić do przerostu tarczycy i do choroby Bazedowa.

Bircher wywoływał u psów wytrzeszcz gałek ocznych, drżenie, przyśpieszenie tętna, limfocytozę i powiększenie tarczycy przez przeszczepianie grasicy pochodzącej z choroby Bazedowa (prawidłowa grasica nie wywoływała tych objawów).

Inni jednak badacze jak L. Ascher, E. Ruchti i W. Nyfenegger nie znajdują tych szkodliwych wpływów wydzieliny grasicy i wskazują tylko na antagonistyczne działanie wzajemnie się podniecające tarczycy i grasicy. Wedle Hammara grasica jest narządem działającym całe życie, (w 55 r. ż. ciężar jej jeszcze wynosi 12 g.), a znajdujące się w niej ciałka Hassala zawierają kolloid nie różniący się swym składem od kolloidu tarczycy. Ciałka te powiększają się przy każdej chorobie zakaźnej i przy zatruciach takich jak jadem wężowym, nie zmieniają się przy zatruciach kwasami nieorganicznemi. A więc kolloid grasicy może mieć znaczenie obronne i dlatego też w najcięższych przypadkach choroby Bazedowa może być ten przerost największy. Wiesel, H. Zondek i Gudernatsch wskazują też że hormon grasicy ma działanie wagotonizujące i antagonistyczne względem wydzieliny tarczycy. Doświadczenia zaś Liebesny'ego z przetworami grasicy przemawiają zatem, że przetwory te mogą zmieniać korzystnie przemianę energji w chor. Bazedowa a podawane razem z jodem obniżają ją wybitnie.

Badaniem przemiany energji możemy kontrolować stosowanie pewnych leków w chorobach jak np. jodu, arsenu i t. d. szczególnie wtedy, gdy wpływ pewnego leku nie zawsze jest jednaki. Liebesny i Vogl przekonali się w swych pomiarach zużycia tlenu, iż arsen działa obniżająco na przemianę materji przyczem można zauważyć przyrost ciężaru ciała szczególnie u takich chorych, u których przemiana była wskutek choroby wzmożona.

Również badanie przemiany gazowej wyjaśnia nam nieraz działanie jodu. Wiemy, że ten lek działa nieraz różnie

w przebiegu jednej i tej samej choroby u różnych osób. Powszechnie stosują jod lekarze w przebiegu sklerozy, a jednak v. Noorden przestrzega przed stosowaniem go w tej chorobie, widział bowiem u ludzi starszych lub starzejących się wielką wrażliwość na jod i wywoływanie w tarczycy zmian wstecznych szerzących się szybko. W tych przypadkach spostrzegamy właśnie silne wzmożenie przemiany gazowej, tak iż odstawienie jodu jest konieczne.

Jod zajmuje w leczeniu powiększenia tarczycy niepoślednie miejsce. I tak w celu zapobiegawczym przy wolu polecił go w ostatnich czasach D. Marine w stanie Ohio, jak również Klinger. Już jednak w r. 1820 lekarz genewski Coindet zauważył korzystne działanie jodu przy powiększeniu tarczycy. Że rzeczywiście pewna zawartość jodu powstrzymuje rozwój wola wskazuje na to spostrzeżenie, iż nad morzem, gdzie najwięcej jest jodu niema powiększeń tarczycy a ciężar gruczołu tarczowego wynosi tylko 7.4 g. podczas gdy w Bernie szwajc. 18.5 g. tj. w górach, gdzie wól bywa częstem zjawiskiem. Dlatego też Bayard a później Wagner polecali profilaktyczne podawanie małych dawek jodu, jako dodatku do soli kuchennej, w okolicach górskich dotkniętych wolem. Te małe dawki jodu działają dobrze na dzieci, a nie przynoszą żadnej szkodliwości tem więcej, że w wieku dziecięcym nie spotyka się znaczniejszej wrażliwości na jod, tak jak to ma miejsce w wieku późniejszym. Ale zato u starszych osób dotkniętych przerostem tarczycy, spotykamy się z wrażliwością na jod o wiele częściej tem więcej, że musimy podawać dawki większe jodu, gdyż małe nie wystarczają. R. Brener i F. Pineles zauważyli pierwsi, iż pod wpływem nawet małych dawek jodu może powstać choroba Bazedowa u osób dorosłych dotkniętych wolem. Są osoby tak wrażliwe na jod, że już pod wpływem pendzlowania dziąseł jodem mogą u nich powstać objawy hiperthyreoidismu. Badania nad przemianą energji wykazały wzmożenie jej u tego rodzaju chorych.

Z innych zaś objawów nie można wykryć działania niekorzystnego jodu. Ciężar ciała przy podawaniu jodu często wzrasta, a nawet tętno się nie przyśpiesza.

Co do leczenia jodem samej choroby Bazedowa to trzeba przypomnieć, że większość lekarzy za wzorem A. Kochera nie stosuje jodu przy tej chorobie, a dr. Kocher uważa korzystne działanie jodu za dowód zaprzeczający jej istnieniu,

Jednak Chwostek a także Ohleman, który sam się leczył jodem uważa, że małe dawki jodu działają leczniczo na tę chorobę E. Neisser miał nawet w r. 1920 odwagę twierdzić, że małe dawki jodu mogą działać tak wybitnie, korzyrzystnie, że tego działania nie można porównać z żadnym innym lekiem. Poleca 3 r. d. po 3 kr. 5% roztworu KJ. a to w przypadkach w których choroba trwa dłuższy czas, ciężar zaś ciała nie spada gwałtownie, powiększenie tarczycy jest niewielkie, niema wytrzeszczu gałek ocznych i niema powiększenia serca. A. Löwy i H. Zondek widzieli też poprawę stanu chorych przy takiem leczeniu jak również i Liebesny.

To działanie jodu w jednych przypadkach korzystne w innych niekorzystne możnaby wedle Arndta tłómaczyć tem, że małe dawki wywołują działanie podrażniające, duże zaś porażające. Jod może też w małych dawkach działać jako bodziec asymilacyjny. Większość badaczy przyjmuje, że do przemiany materji jest potrzebna pewna ilość jodu, pewne *optimum* jodu tak dla zdrowego jak i chorego ustroju. Hildebrandt zaś na szczurach wykazał, że małe dawki jodku potasu zmniejszają zużycie tlenu a również u zwierząt, którym wstrzykiwano tyrozynę małe dawki hamują przemianę materji. Te ostatnie spostrzeżenia dozwalałyby na podawanie jodu przy chorobie Bazedowa. Jak wykazują badania Breitnera z kliniki Eiselsberga mamy różne rodzaje przerostu tarczycy, w których może się wytworzyć rozmaita ilość wydzieliny i różnica jej odpływać.

Różny więc wpływ jodu na różne postacie przerostu tarczycy daje się wytłómaczyć różną czynnością wydzielniczą tarczycy, której nie można wykryć żadnym innym sposobem jak tylko badaniem przemiany gazowej, wiemy bowiem, że wydzielina tarczycy zwiększa procesy spalania. U osób dotkniętych wolem o zmniejszonej czynności wydzielniczej, można podawać jod w większej ilości bez obawy uszkodzenia ustroju, a te przypadki cechują się zmniejszoną przemiana energji. Chorzy z normalną przemianą a jeszcze więcej ze zwiększoną muszą być ściśle kontrolowani badaniem przemiany materji. Nagłe zaś przerwanie podawania jodu może u chorych wywołać nagłe zwolnienie stazy koloidalnej w wolu, co może prowadzić do katastrofalnego pogorszenia stanu chorych. Połączenia bowiem nieorganiczne jodu prowadzą wedle Hellwiga u osób dotkniętych wolem miąższowym do stazy koloidalnej w tymże.

Trzeba tu jeszcze podkreślić wielką różnicę w oddziaływaniu na przetwory tarczycy u człowieka zdrowego a chorego; człowiek zdrowy nie oddziaływuje na przetwory tarczycy, bo jego system nerwowy jest zupełnie normalny. U ludzi dotkniętych hipertyreoidyzmem stan nerwów mimowolnych jest nienormalny i ci ludzie oddziaływują silnie na produkty tarczycy. Tarczyca bowiem odgrywa w ustroju rolę multiplikatora podrażnień nerwowych. Otrzymuje ona bodźce sekrecyjne od systemu nerwowego, ale równocześnie działa na system nerwowy szczególnie mimowolny zwiększając jego pobudliwość. Można ją uważać za narząd, który pod względem dynamicznym jest wstawiony w systemie nerwowym między centra dające podnietę a zakończenia nerwowe, lub narządy końcowe w tym celu, aby zwiększać bodźce wychodzące z centrów. Dlatego od stanu jej i ilości wydzieliny zależy stan całego ustroju a przedewszystkiem jego czynności wegetatywnych, czynności serca, stanu naczyń, przemiany materji, wzrostu, stanu psychicznego itp. Z badania przemiany materji możemy też stan tego narządu łatwiej ocenić, niż innymi sposobami.

Z praktyki.

Dr. Klemens GERNER, asystent kliniki. Warszawa.

Przypadek pęknięcia tętnicy głównej u 24 letniej kobiety w przebiegu nefrosklerozy.

Z I. Kliniki lekarskiej Uniw. Warsz.
(Zastępca kierownika: Prof. Dr. Jerzy Modrakowski).

Pęknięcia tętnicy głównej naogół niezbyt częste, są następstwem przeważnie tętniaków stwierdzonych lub niewykrytych klinicznie. Rzadziej spotykamy pęknięcia bez uprzedniego istnienia tętniaka. Przypadek niżej podany odnosi się do drugiego rodzaju pęknięć.

W y w i a d y. W dniu 4. X. 1924 przybyła do kliniki chora lat 24 ze skargami na ból głowy, który zjawia się, zwłaszcza po nocy, na bezsenność, duszność, najsilniejszą w pozycji leżącej, na skąpe i bolesne oddawanie moczu. Trwa to od tygodnia. W dzieciństwie przebyła odrę. W 10 r. życia płonicę i błonicę. W związku z płonicą zapadła na zapalenie nerek ze znacznemi obrzękami. W 17 r. życia chorowała na dur brzuszny, w 18 — na hiszpankę. W styczniu r. b. chorowała na różę twarzy i kończyn. Od marca 1924 r. zaczęła brzęknąć na twarzy, miewała silną duszność i bóle głowy. W sierpniu zapisała się do jednego ze szpitali miejskich, z którego wyszła z niewielką poprawą, z mniejszemi obrzękami, ból głowy i duszność pozostały. Dziedzicznie nieobarczona. Chorób wenerycznych nie przechodziła. Nie rodziła. Dwukrotnie roniła (w 7 i 5 m.). Miesiączkuje od 14 r. życia co miesiąc po 6—7 dni. Od kwietnia r. b. miesiączka ustała — lekarze rozpoznali ciążę.

S t a n o b e c n y. Duszność w pozycji siedzącej. Budowa prawidłowa. Wzrost średni. Odżywienie nędzne. Gruczoły chłonne podszczękowe nieco powiększone, niezbyt twarde, niebolesne. Skóra i śluzówka jamy ustnej i gardła oraz spojówki oczu bardzo blade. Gruczoł tarczowy nie powiększony i niebolesny. Klatka piersiowa płaska, kąt żebrowy ostry. Obie połowy klatki piersiowej jednakowo ruchome przy oddechu. Pola Kröniga po obu stronach szerokie na trzy palce. Dolna granica płuc w linji przykręgosłupowej na 11 żebrze, w l. prawej sutkowej na 6 ż. Granice ruchome. Lekkie przytłumienie odgłosu opukowego nad prawym obojczykiem, gdzie wydech jest wydłużony. Nad grzebieniem prawej łopatki szmer pęcherzykowy osłabiony. U podstawy płuc rzężenia średniobańkowe przy głębokim wdechu Granice stłumienia względnego serca: prawa na palec poza l. mostkową, górna na 3 żebrze, lewa na palec poza l. środkowo-obojczykową. Uderzenie koniuszkowe serca w 6 międzyżebrzu na palec poza l. środkowo-obojczykową, rozlane, silne. Tony serca wyraźne, II ton na tętnicy głównej wzmożony. Tętno 92

na minutę, dobrze napełnione, twarde. Ciśnienie tętnicze mx 240 mm. Hg., mn — 150. Brzuch wzdęty, napięty. Wątroby i śledziony nie wyczuwa się. Stopy i golenie znacznie obrzękłe. Stan bezgorączkowy. W układzie nerwowym zmian nie stwierdzono.

Mocz, świeżo wzięty zapomocą cewnika, przeźroczysty, barwy słomkowo-żółtej, o c. g. 1000, odczyn zasadowy, białka ślad, cukru, urobiliny i urobilinogenu niema, indykan słabo dodatni. Próba piramidonowa na krew słabo dodatnia. W osadzie pojedyńcze ciałka ropne i nabłonki z dolnych dróg moczowych i pochwowe.

W dalszym przebiegu kliniczny stan chorej nie uległ poprawie. Dobowa ilość moczu stale się zmniejszała: 7. X. 500 cm sz.. 13. X. — 150 cm. sz. Powtórne badanie moczu wykonane dnia 7. X. wykazało: mocz przeźroczysty, barwy słomkowo-żółtej, o c. g. 1005, odczyn kwaśny, białka ½‰. Cukru, urobiliny, urobilinogenu, indykanu nie wykryto. W osadzie 2–8 leukocytów w polu widzenia, bezpostaciowe moczany. Skład moczu do końca życia chorej pozostał ten sam.

Ilość mocznika w surowicy krwi 7. X. 1.5‰, 14. X. 1.08‰. Białka w surowicy krwi 7.5‰ (refraktometrycznie).

Badanie dna oka, wykonane przez Dra Melanowskiego dnia 12. X. wykazuje: W dnie obu ócz granice tarczy zatarte. Tętnice wąskie. Wokoło tarczy znaczne pola zmętnienia z wypukleniem. Duże białe pola, świadczące o odwarstwieniu siatkówki.

Rozpoznanie: *Neuroretinitis nephritica cum ablatione. V. o sin.* — ½, *v. o dex.* — palec na metr.

Kapillaroskopja, wykonana dnia 12. X.: Mnóstwo zamkniętych naczyń włoskowatych. Nieliczne z nich wypełnione, są bardzo wąskie. Ogólne tło różowawe.

Dnia 13. X. chora uczuła nudności, 14. X. wymiotowała. Duszność stała, zabarwienie powłok stawało się coraz bledsze.

Leczenie: dieta bezbiałkowa, środki nasenne, upusty krwi. Późnym wieczorem dnia 15. X. chora nagle uczuła gwałtowny ból w okolicy serca o charakterze ściskania serca, wołała ze strachem o pomoc. Po podskórnem podaniu morfiny zapadła w odrętwienie. Śmierć nastąpiła dnia 16. X. o godzinie 4-ej rano.

Rozpoznanie kliniczne: *Nephrosclerosis primaria.*

Badanie pośmiertne zostało wykonane przez prof. Przewóskiego dnia 16. X. W narządach stwierdzono następujące zmiany patologiczne: w jamie osierdziowej duży, zupełnie świeży skrzep krwi. Serce prawie w dwójnasób powiększone, przeważnie w wymiarze podłużnym. Lewy otwór żylny przepuszcza 2 palce, prawy trzy. Lewa komora — ściana grubości 2.5 cm. Rozszerzenie lewej komory — mięśnie beleczkowate spłaszczone, mięśnie brodawkowe zgrubiałe, wierzchołki ich zaostrzone. W mięśniu sercowym szare pasemka (tkanka łączna). Naczynia wieńcowe zgrubiałe o przebiegu wężykowatym. Tuż nad zastawkami tętnicy głównej na przestrzeni dwóch zastawek pęknięcie tętnicy z odwarstwieniem błony wewnętrznej. Prawa komora rozszerzona. Grubość mięśnia ½ cm., a więc mięsień zgrubiały. Mięśnie beleczkowe zgrubiałe i spłaszczone, mięśnie brodawkowe zgrubiałe, wierzchołki ich zaostrzone. Wymiar zewnętrznego obwodu tętnicy głównej 8.5 cm. tętnicy płucnej 7.5 cm. Wątroba nieco powiększona, twarda, rozrywa się dość trudno. Nerki małe. Torebki nerkowe schodzą z trudem i zabierają miąższ. Powierzchnia nerek drobnoziarnista, czerwona. Nerki twarde. Istota korowa przy ucisku pęka z trudem. Miedniczki i piramidy bez zmian.

Rozpoznanie anatomopatologiczne. *Ruptura aortae. Haemopericardium. Nephrosclerosis primaria. Hypertrophia et dilatatio musculi cordis.*

Badanie drobnowidowe, wykonane przez Dr. Janinę Dąbrowską, prosektora Zakładu Anat. Patol. U. W. Ściana naczyń wieńcowych bardzo znacznie zgrubiała. Dotyczy to głównie błony wewnętrznej oraz środkowej. W błonie wewnętrznej rozrost tkanki łącznej ze zmianami szklistemi, rozpad kaszowaty martwicowy z ogniskowem odkładaniem się soli wapniowych oraz pozostałości po kryształach cholesteryny w postaci szczelin o kształcie romboidalnym. Błona środkowa poprzerastana pasemkami tkanki łącznej. W błonie zewnętrznej bardzo skąpe nacieki drobnokomórkowe. W skrawkach barwionych w celu uwidocznienia włókien sprężystych widać porozrywanie błony sprężystej wewnętrznej, porozszczepianie włókien i braki w ciągłości ich. Włókna sprężyste w błonie środkowej również porozrywane i porozszczepiane.

W preparatach z tętnicy głównej widać zgrubienie błony wewnętrznej, rozrost tkanki łącznej i zmiany szkliste. W skrawkach barwionych według metody Weigerta widać porozrywanie i porozszczepianie włókien sprężystych oraz ogniskowe braki w ciągłości ich. Naczyńka odżywcze błony środkowej i błony wewnętrznej o ścianach bardzo zgrubiałych i świetle zwężonem. Przy barwieniu ich według metody Weigerta widać bardzo znaczne zgrubienie błony sprężystej wewnętrznej w postaci jakby wstążeczki porozrywanej i również porozszczepianej. W błonie środkowej włókna sprężyste o układzie nieprawidłowym — porozszczepiane i porozrywane.

Pomiędzy włóknami mięśnia sercowego pasemka tkanki łącznej oraz nacieki drobnokomórkowe. Drobne naczyńka w mięśniu sercowym również zgrubiałe i światło ich nieco zwężone.

Rozpoznanie: *Atherosclerosis arteriarum coronariarum cordis. Necrobiosis elasticae internae aortae et vasorum aortae. Myofibromatosis cordis.*

Samoistne pęknięcie części wstępującej tętnicy głównej należy do rzadkości. W polskiem piśmiennictwie opisu przypadku tego rodzaju nie znalazłem. Z autorów obcych P. Fraenckel zebrał 13 przypadków z piśmiennictwa i dodał swoje dwa, Bonnet zebrał 23 przypadki. Według Fraenckela przyczyną pęknięć jest zwężenie ujścia tętnicy głównej, które powoduje uprzednio przerost serca i podniesienie ciśnienia w tętnicach, Tego samego zdania są Aschoff, Benda, Oberdorfer i inni. Bonnet natomiast wypowiada inny pogląd, opierając się na tem, że

1° spotykano 90-o letnich starców ze zwężeniem ujścia tętnicy głównej, którzy umierali wskutek rozmaitych przyczyn, lecz nie z powodu pęknięcia tętnicy głównej;

2° że w doświadczeniach na zwierzętach z podwiązywaniem tętnicy głównej ciśnienie podnosi się tylko przejściowo

i 3° że ludzie ze zwężeniem mogą wykonywać bez szkody dla zdrowia nawet ciężką pracę.

Według Bonneta należy jeszcze uwzględnić wpływ nerek na stan naczyń. Wszystkie przypadki, o których pisze Fraenckel, dotyczyły ludzi w wieku poniżej 40 roku życia z zestawień Bonneta zaś 22% przypadków z pośród 23 dotyczyło ludzi powyżej 40 lat.

Inni autorzy, którzy opisywali przypadki pęknięć samoistnych tętnicy głównej zwracają uwagę na stan zwyrodnienia szklistego tkanki łącznej w ścianie jej (Moriani) lub stan zapalny ściany (Babes i Mironescu). Ostatnio Goutard-Bouligny i Piedelièvre wspominają o 3 przypadkach samoistnego pęknięcia tętnicy głównej u młodych ludzi (25—30 lat). Makroskopowe zmiany w ścianie były niedostrzegalne, natomiast pod drobnowidem w 2 przypadkach wykryto ogniskowe zmiany w ścianie, obejmujące całą jej grubość, polegające na zaniku włókien sprężystych i na zwyrodnieniu szklistem tkanki łącznej. W 1 przypadku zmiany w ścianie tętnicy głównej były nieznaczne, natomiast w nerkach stwierdzono wyraźne zmiany stwardnienia nerek *(nephrosclerosis).*

Z wyników badania pośmiertnego należy wnosić, że w przytoczonym przypadku mamy do czynienia z samoistnem pęknięciem części wstępującej tętnicy głównej. Pęknięcie to nastąpiło w obrębie worka osierdziowego, jak to najczęściej bywa w przypadkach pęknięć samoistnych (Aschoff).

Dokładne pomiary stwierdziły, że stosunek wymiarów wewnętrznego obwodu tętnicy głównej i płucnej pozostaje w zwykłych granicach (8.5 do 7.5), a więc opisanego pęknięcia nie można objaśnić zwężeniem ujścia tętnicy głównej. Mięsień serca w całości był przerośnięty, komory rozszerzone. Klinicznie stwierdzono znaczne wzmożenie ciśnienia — 240/150. Zespół objawów w naszym przypadku przemawia na korzyść teorji Bonneta, która za czynnik etjologiczny pęknięć przyjmuje zmiany w nerkach. Opisane wyżej wyniki badania drobnowidowego dają możność ustalenia genezy pęknięcia. Badanie to wykazało wybitne zmiany zwłaszcza w naczyńkach odżywczych ściany tętnicy głównej. W następstwie tych zmian odżywianie ściany musiało podupaść, osłabła również wytrzymałość w stosunku do wzmożonego ciśnienia jako objawu choroby nerek. Zanik pierwiastków sprężystych błony wewnętrznej i środkowej stał się przyczyną łatwej łamliwości tętnicy głównej. Należy przypuścić, że w momencie poprzedzającym pęknięcie, ciśnienie w tętnicy głównej wskutek przyczyn, których nie dało się ustalić, znacznie i może nagle wzrosło.

Piśmiennictwo.

1) Aschoff L Pathol. Anat. 1923. — 2) Fraenckel P. Spontane und traumatische Aortenzerreissungen. Vrtljschr. f. gez. M. 1912. 3. F. H. 3. — 3) Piédelièvre. Pęknięcie tętnicy głównej Annales de Méd. legale N. 1. 1924. (Streszcz w P. G. L. N. 1. 1925). — 4) Ciechanowski. Przypadek pęknięcia tętni-

cy głównej u kobiety 66-letniej. Prz. Lek. Nr. 29. 1903. — 5) Ciechanowski. Aneurysma dissecans aortae. Przegl. Lek. Nr. 26. str. 382. 1903. — 6) Nowicki. Pokaz prep. tętniaka międzywarstwowego aorty. Tyg. Lek. str. 117. 1907. — 7) Paszkiewicz. Aneurysma dissecans. Pokaz. Pam. Tow. Lek. W. str. 333. 1912. — 8) Hornowski J. Tętniak międzywarstwowy Pokaz. Pam. Tow. Lek. W. VIII. 118.

Dr. Józef TYPOGRAF. Warszawa.

Przypadek nagłego znacznego pęknięcia tętniaka aorty zstępującej utrzymujący się przy życiu w ciągu 5 dni.

(Z oddziału chorób wewnętrznych »B« Szpitala św. Łazarza). Ordynator: Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Dnia 27. III. 1925 r. przybył na oddział wew. »B« Szp. św. Łazarza mężczyzna lat 44, złotnik z zawodu. Chory był bardzo osłabiony, blady, robił wrażenie skrwawionego; przytomność była zachowana całkowicie.

W y w i a d y przedstawiały się jak następuje:

Dziedzicznie nieobciążony. Chorób przebytych w dzieciństwie nie pamięta. Warunki życiowe niezłe. Naogół był zawsze zdrów, silny i zdolny do pracy. Pił i palił umiarkowanie. Żonaty, pięcioro zdrowych dzieci, żona nie roniła. 14 lat temu, jak podaje, zaraził się kiłą, na którą wcale się nie leczył. Obecna choroba rozpoczęła się przed 4 miesiącami, zaczął stopniowo niedomagać, czuł się osłabiony, odczuwał kłucie w lewym boku; kaszlał niewiele, plwociny nie było. Ze względu na te dolegliwości zwrócił się do lekarza, który orzekł, że serce i płuca są zupełnie zdrowe i że prośby chorego uznania go za chwilowo niezdolnego do pracy uwzględnić nie może. Prześwietlania promieniami Roentgena nie dokonano. Wobec tego chory powrócił do pracy. Przez dłuższy czas czuł się względnie dobrze, skarżył się jedynie na ziębnięcie, chwilami miewał dreszcze, nie gorączkował, nie pocił się, duszności nie miał, apetyt i sen były dobre, stolce prawidłowe, stan odżywiania nie zmienił się. Były jednak dnie, że się czuł jakoś dziwnie osłabiony i niespokojny.

Dopiero 23. marca r. b. kłucie w boku, które dotychczas dokuczało mu jedynie przejściowo i było naogół słabego natężenia, wzmogło się wobec czego chory pozostał w domu. Stosował ciepłe okłady na bok, przeleżał jeden dzień w łóżku i stan jego poprawił się o tyle, że nazajutrz wyszedł do pracy. Tegoż dnia nastąpił nagły i tragiczny zwrot w przebiegu choroby: na ulicy chory zupełnie niespodziewanie stracił przytomność i upadł. Przywieziono go do domu, chory był bardzo blady i krańcowo osłabiony. Stan utraty przytomności trwał około pół godziny. Na drugi dzień pojawiły się dwa nowe objawy: chory po raz pierwszy w życiu zaczął pluć krwią; krwioplucie było niewielkie. Następnie chory zauważył, że nie może łykać, miał wrażenie jakiejś przeszkody w przełyku, pokarmy stałe nie przechodziły wcale, płyny z trudnością. Bólu podczas łykania nie miał. Chrypki nie było. Wobec stałego i szybkiego pogarszania się stanu ogólnego, chorego przewieziono do szpitala.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e chorego wykazało: chory budowy prawidłowej, o miernym stanie odżywiania, bardzo osłabiony, tak że zaledwie z trudem może się poruszać o własnych siłach. Samopoczucie złe. Stan bezgorączkowy. Powłoki skórne i widoczne błony śluzowe bardzo blade. Gruczoły chłonne niepowiększone. Obrzęków nie stwierdza się.

W jamie ustnej ropotok zębodołowy znacznego stopnia i próchnica prawie wszystkich zębów. *Foetor ex ore* tak znaczny, że przy zbliżeniu się do chorego robi wrażenie jakiegoś procesu zgorzelinowego. Język wilgotny, pokryty białym nalotem. W gardle zmian nie stwierdza się. Podaną wodę chory połyka pomału, z trudem, długo trzymając łyk w ustach.

Klatka piersiowa prawidłowo sklepiona symetryczna. Przy oddechu zupełna nieruchomość lewej połowy, prawa wykonuje 26 oddechów na minutę. Opukowo ze strony prawej odgłos jawny, granica z tyłu pod 12 żebrem, ruchoma. Po stronie lewej z tyłu w szczycie odgłos jawny zaczynając zaś od połowy łopatki w dół stłumienie zupełne. Objawu Groccho-Rauchfussa nie stwierdza się. Z przodu ze strony lewej intensywne stłumienie od góry do dołu zlewające się ze stłumieniem sercowem. W linji pachowej pas jawny szerokości 3 palców, oddzielający stłumienie przednie od tylnego. W miejscach stłumienia zniesienie drżenia i przewodnictwa głosowego. Osłuchowo: ze strony prawej oddech pęcherzykowy, ze strony lewej w okolicy nadgrzebieniowej oddech pęcherzykowy z nielicznemi rzężeniami wilgotnemi na pozostałej przestrzeni zupełne zniesienie szmerów oddechowych.

Układ krążenia. Lewej granicy serca oznaczyć nie było możliwe, prawa przebiegała na palec na zewnątrz od prawej linji mostkowej. Tony serca bardzo głuche, słabo słyszalne, pierwszy ton nad tętnicą główną nieczysty. Tętno 80 na minutę, bardzo słabo wyczuwalne, jednakowe i jednoczesne na obu tętnicach promieniowych. Żadnego tętnienia ani w dołku jarzmowym ani na klatce piersiowej nie stwierdza się. Objawów krążenia obocznego w postaci rozszerzenia żył powierzchownych niema. Objaw Oliver-Cardarelliego ujemny.

W jamie brzusznej nic szczególnego.

Układ nerwowy. Źrenice jednakowe, oddziaływują na światło i akomodację, odruchy brzuszne prawidłowe, kolanowych nie można było wywołać. Odruchów patologicznych brak.

Wobec tego, że w lewej jamie opłucnej stwierdzało się wszystkie objawy fizykalne obecności płynu, dokonano nakłucia próbnego i otrzymano niewielką ilość skrzepłej krwi.

Badanie moczu wykazało stosunki prawidłowe.

Kilkakrotne badanie lepkiej, gęstej, zabarwionej na brunatno plwociny z wyraźną domieszką krwi, obecności prątków Kocha nie wykazało.

Badanie krwi stwierdziło: krwinek czerwonych — 4.000.000, hemoglobiny (Sahli) — 60%, krwinek białych — 15.000, wzór ciałek białych: neutrofile 80%, limfocyty 16%, przejściowe 4%, eozynofile 0%. W rozmazie stwierdzano pojedyncze normoblasty i megaloblasty. Odczynu Bordet-Wassermanna nie można było wykonać, gdyż pobrana w tym celu krew, niestety, zhemolizowała.

Reasumując powyższe, widzimy, że mieliśmy do czynienia z chorym z objawami niedokrwistości i osłabienia krążenia na tle gwałtownego krwotoku wewnętrznego do lewej jamy opłucnej.

Pozostawało do rozstrzygnięcia pytanie, z jakiego narządu i na jakiem tle krwotok ten powstał. Wchodzą tu w grę jako główne trzy następujące możliwości: gruźlica, sprawa nowotworowa oraz tętniak tętnicy głównej.

Przypuszczenie gruźlicy nasuwały skargi chorego na kłucie w boku, osłabienie i krwioplucie. Można ją było pojmować jako jamę, która się przerwała do opłucnej nadżerając jednocześnie większe naczynie — powód krwotoku do jamy opłucnej. Jawniejszy pas w okolicy pachowej zależałby od zrostów, które wynaczynionej krwi do tego miejsca nie dopuściły i spowodowały jej nierówny podział z przewagą strony przedniej. Przeciwko takiemu jednak ujęciu rozpoznania stanowczo przemawiały: bezgorączkowy przebieg choroby nieznalezienie w plwocinie prątków Kocha, wolne tętno i rzadkość podobnego zejścia sprawy gruźliczej, powodującej raczej w takich warunkach odmę piersiową, lub otok ropny. Wobec tego przypuszczenie etjologji gruźliczej zostało odrzucone.

Druga możliwość — to nowotwór wychodzący ze śródpiersia, opłucnej, lub oskrzeli. Nowotwór ten rosnąc stopniowo powodowałby opisane skargi chorego. W pewnej chwili nadżarł naczynie, powodując krwotok. Część stłumienia stwierdzanego z przodu zależałaby od samego nowotworu, część zaś od wynaczynionej krwi, byłoby to wyjaśnieniem niezwykłego jej rozmieszczenia. Brak natomiast charłactwa, niepowiększenie gruczołów, brak objawów utrudnienia krążenia wewnątrzpiersiowego w postaci krążenia obocznego, lub obrzęków i sinicy — utrudniały przyjęcie takiego rozpoznania.

Najprawdopodobniejszą wydawała się możliwość pęknięcia tętniaka tętnicy głównej; kiła w wywiadach, usposabiająca do tego zachorzenia aorty, nieczystość pierwszego tonu przemawiająca za obecnością zmian w tętnicy głównej oraz częstość pękania tętniaków do jamy opłucnej, wyjaśniająca nagromadzenie tak wielkiej ilości krwi w opłucnej przemawiały za powyższem rozpoznaniem. Brak widocznego tętnienia, ujemny objaw Oliver-Cardarelliego, brak chrypki, obustronna jednakowość tętna promieniowego wykluczały umiejscowienie tętniaka w części wstępującej i w łuku, natomiast ucisk na przełyk przemawiał za lokalizacją w części zstępującej w kierunku ku tyłowi. Wystąpienie wszakże utrudnienia w łykaniu dopiero po krwotoku nasuwało wątpliwości, czy ucisk na przełyk zależał od samego tętniaka, czy też od wynaczynionej krwi, która mogła być innego pochodzenia. Umiejscowienie tętniaka w części zstępującej, trudne do rozpoznania, wyjaśniałoby stanowisko lekarza, który, badając chorego, nie znalazł żadnych danych, wyjaśniających jego skargi. Bóle, które chory odczuwał, zależałyby od ucisku rosnącego tętniaka na nerwy międzyżebrowe, a przesączanie krwi do oskrzeli tłómaczyłoby niewielkie krwioplucie. Trudno natomiast było wyjaśnić dziwny podział płynu, przeważający głównie ku przodowi, wobec skierowania tętniaka ku tyłowi. Przedewszystkiem zaś zadziwiającą była długo-

trwałość życia po pęknięciu tętniaka, który pękł nagle i napewno na znacznej przestrzeni skoro spowodował tak wielki krwotok wewnętrzny. Tętniaki części zstępującej pękają zwykle do przełyku powodując śmierć natychmiastową wśród objawów gwałtownych wymiotów krwawych. Obszerniejsze nagłe pęknięcie tętnicy głównej wydawało się niewspółmiernem z dalszem trwaniem życia. Można to jednak było sobie tłómaczyć częściowem zasklepieniem otworu skrzepami wynaczynionej krwi opierającemi się o ewentualne zrosty opłucnej.

Chory na drugi dzień po przybyciu do szpitala czuł się nieco lepiej. Noc przespał spokojnie. Pomimo, że był prawie bez tętna, poruszał się nieco żwawiej, był spokojniejszy niż uprzednio i chętniej rozmawiał. Pokarmów z wyjątkiem niewielkiej ilości płynów nie mógł przyjmować z powodu trwającego bez zmiany utrudnienia połykania. Jeszcze na trzeci dzień pobytu w szpitalu, a piąty od chwili krwotoku i zemdlenia, subjektywnie czuł się nieźle, był zupełnie przytomny i na pierwszy rzut oka nie robił wrażenia tak bardzo ciężko chorego, jakim był w rzeczywistości; można go było jeszcze zbadać z całą dokładnością. Stan ukrwienia powłok, tętno, objawy płucne i sercowe nie ulegały zmianie. Tegoż dnia chory, pomimo stosowania wszelkich środków pobudzających i hemostatycznych powoli zmarł.

Badanie sekcyjne (dr. L. Dobrowolski) wykazało, że przyczyną zejścia śmiertelnego był krwotok z tętniaka części zstępującej tętnicy głównej. Lewa jama opłucna z przodu była całkowicie wypełniona skrzepłą krwią. W okolicy pachowej bardzo mocny pas zrostu, sięgający od przepony do górnej trzeciej części płuca. W części tylnej jamy opłucnej również krew w znacznej ilości. Serce wielkości prawidłowej, nieznacznie przesunięte na prawo. Zastawki bez zmian chorobowych. Pień aorty i jej część wstępująca wykazują liczne ogniska zwapniałe wielkości fasoli, chrzęszczące przy przecinaniu oraz bliznowate wciągnięcia powierzchni wewnętrznej. Takież bliznowate ogniska oraz miejscowe ścieńczenia tętnicy i pofałdowania w postaci pasm podłużnych widoczne w łuku. W części zstępującej rozszerzenie kuliste wielkości małej mandarynki o ścianach ścieńczałych; w rozszerzeniu tem otwór długości 5 cm o brzegach postrzępionych. Otwór komunikuje na całej swej przestrzeni z jamą opłucną. Połączenia z oskrzelem lub przełykiem nie stwierdza się. Na przebiegu tętnicy głównej, a szczególnie w tętniaku niewielkie zakrzepy przyżyciowe. Lewe płuco prawie całkowicie uciśnięte, mało powietrzne. Przełyk bez zmian chorobowych, uciśnięty nieznacznie przez tętniak, a głównie przez krew wynaczynioną. W płucach poza uciśnięciem płuca lewego zmian chorobowych nie było. W pozostałych narządach stwierdzono jedynie niedokrewność znacznego stopnia.

Badanie mikroskopowe wycinka tętnicy głównej (Zakład Anatomji Patologicznej Uniwersytetu w Warszawie) wykazało: zakrzep przyścienny, zmiany miażdżycowe oraz ognisko zapalne w błonie wewnętrznej, jednak bez wyraźniejszych cech swoistych.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na stosunkową rzadkość tętniaków części zstępującej, na nastręczające się trudności rozpoznawcze oraz na niezwykłą długość trwania życia po pęknięciu aorty. Wykazuje on, jak tętniak części zstępującej ze względu na swe głębokie położenie przez długi czas nie daje przy badaniu przedmiotowem żadnych oznak rozpoznawczych, nie daje ani jednego bezpośredniego dowodu swego istnienia i dopiero groźne pęknięcie jest pierwszym sygnałem jego obecności. Krwotoki te zwykle bywają tak obfite, że w parę minut kończą się śmiercią. W naszym przypadku u osoby, u której nie podejrzewano nawet istnienia tętniaka, tętniak ten powodował przez dłuższy czas nieokreślone bliżej dolegliwości i usuwał się zupełnie z zakresu rozpoznania, aż dopiero piorunujący krwotok, początek końca, sprowadził chorego do szpitala. Chory utrzymywał się stosunkowo długo przy życiu wskutek zasklepienia otworu skrzepłą krwią, która po wypełnieniu jamy opłucnej oparła się o mocne zrosty i, pomimo tak wielkiego otworu w aorcie, umożliwiła utrzymanie nadal krążenia.

Wczesne rozpoznanie, które przy pomocy Roentgena i zbadania odczynu Bordet-Wassermanna, dałoby się jednak po wykluczeniu innych możliwości z pewną dozą prawdopodobieństwa ustalić, oraz natychmiastowe wdrożenie energicznego leczenia przeciwkiłowego, może zapobiegłyby dalszemu powiększaniu się tętniaka i jego pęknięciu i uratowałyby lub conajmniej przedłużyły życie chorego. W tym zaś stanie, w którym przybył on na nasz oddział wszelka pomoc była już spóźniona.

Piśmiennictwo.

1) Franke. Diagnostyka chorób narządu krążenia. — 2) Biegański. Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. — 3) Dmochowski. Diagnostyka anatomo-patologiczna.

Andrzej SPIRO, asystent oddziału. Warszawa.

Przypadek gośćca stawowego, powikłany dłuższem zahamowaniem czynności serca pochodzenia nerwowego.

(Z Oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie).

Przypadek, który spostrzegaliśmy na oddziale w grudniu r. 1924, jest pouczający z tego względu, iż pokazuje nam, jak ważną rolę odgrywa układ nerwowy w zaburzeniach czynności sercowych, oraz jak często pozornie zbędne metody badania decydują o wyświetleniu etjologji, przebiegu, a stąd i o rokowaniu danej jednostki chorobowej.

Chora ma lat 20; na 8 dni przed przybyciem do szpitala zachorowała dość nagle na bóle i obrzmienie w prawym stawie kolanowym z gorączką i ogólnem osłabieniem. Po 2 dniach wystąpiły bóle i obrzmienia w lewym kolanie, następnie w obu stawach barkowych i w prawym nadgarstkowym. Obecnie nie może wcale chodzić, gorączkuje. Trawienie i oddawanie moczu prawidłowe. Z chorób zakaźnych przebyła tylko dur brzuszny przed 7-miu laty.

Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie dobre, waga 50,5 kg, wzrost średni, skóra i błony śluzowe zabarwione prawidłowo. Obrzęków niema. Gruczoły podszczękowe wielkości fasoli, dość twarde, niebolesne. Inne gruczoły chłonne niepowiększone. Ciepłota 38.2°. Oddechów 16 na minutę.

Kończyny: a) linja stawów kolanowych zatarta, oba stawy kolanowe przy obmacywaniu bolesne. W stawie kolanowym lewym ruchy niemożliwe z powodu żywej bolesności, w stawie kolanowym prawym nieznaczne ruchy możliwe, jednak bolesne; b) stawy skokowe bez zmian; c) okolica stawu prawego barkowego bolesna przy obmacywaniu; ruchy w stawie bolesne, ograniczone; d) prawy staw nadgarstkowy bolesny, lewy bez zmian.

W płucach — objawy zagęszczenia prawego szczytu.

Serce: Uderzenie wierzchołka w 5-em międzyżebrzu, lewa granica na palec na zewnątrz od linji sutkowej lewej. Pozostałe granice normalne. Tony serca u wierzchołka nieco głuche. U wierzchołka i nad tętnicą płucną — szmer telesystoliczny. Nad tętnicą płucną wzmożenie 2-go tonu. Nad tętnicą główną 2 czyste tony.

Tętno 42 na minutę, miarowe, dobrze napięte i wypełnione. Ciśnienie krwi Mx — 95, Mn — 40, PP — 55 mm Hg. Obliczenie krzywej tętniczej wykazało zmniejszoną szybkość wznoszenia się tętna (CAP=5,0 zamiast 6,0); współczynnik szybkości tętna był w górnych granicach normy (CCP=2,9). Obliczanie pracy tętna metodą bolometryczną wykazało: wychylenie $= \frac{3}{4}$ podziałki przy optimum ciśnienia 60 mm Hg; objętość tętna pojedynczego — 0,0375 cm sz. (norm. 0,1 cm sz.). Objętość tętna na minutę — 1,57 cm sz. Praca tętna pojedynczego — 3,07 gr. cm. Praca tętna w minutę — 132 grcm (norma 700—800 grcm).

Krew: Hemoglobiny 72 (Sahli), czerwonych ciałek 5100000. Wskaźnik barwikowy = 0,7, białych ciałek 4600.

Wzór morfologiczny:

Baz.	Eoz.	Myel.	Metamyel.	Pał.	Segm.	Limf.	Monoc.
2	3	0	0	4	55	29	7

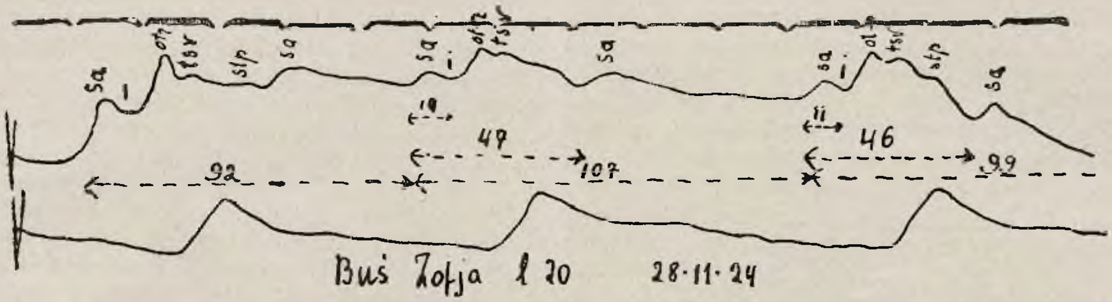
obojętnochłonne (Myel., Metamyel., Pał., Segm.).

Wskaźnik refraktometryczny R = 1,349 = 7,8% białka w surowicy krwi. Opadanie krwinek = 60 mm w ciągu godziny. Koncentracja jonów wodorowych we krwi Ph = 7,8 (norma — 7,4), lekkie przesunięcie w kierunku alkalozy.

Badanie czynnościowe wątroby dało wyniki następujące: Krzepliwość krwi 22 min. (norma 10—14' metodą Achard-Binet). Cholesteryny — 900 mg w litrze. Bilirubiny — ilość normalna, strąt biały, odczyn bezpośredni opóźniony. Kwasu moczowego 62 mg. w litrze (norma do 40 mg.). Mocznika 300 mg. w l. Cukru — 800 mg. w l.

Mocz — c. gat. 1,010, kwaśny, chlorków 8,8%, żadnych nieprawidłowych składników nie zawiera. W osadzie nic patologicznego. Współczynnik Ambard'a K = 0,1 (norma).

Reasumując wszystkie dane kliniczne, mieliśmy przed sobą dość typowy przypadek gośćca stawowego. Bliższą uwagę naszą zająć jednak musiał narząd krążenia, a to z powodu stwierdzonej odrazu bradykardji: częstość tętna wynosiła 42 uderzenia na minutę. W celu ustalenia, czy mamy tu do czynienia z *bradycardia totalis s. vera,* czy też z zahamowaniem czynności serca, t. zw. blokiem *(bradycardia partialis s ventricularis)* — zdjęliśmy odrazu zapomocą tętnopisu Jaquet'a krzywą żylną wraz z krzywą tętnicy promieniowej (1). Krzywa żylna przedstawia się na tem zdjęciu zupełnie normalnie, z niezmiernie wydatnemi (wskutek rzadkich skurczów serca) wszystkiemi 4-ma zazębieniami (Sa—skurcz przedsionka; otr—zamknięcie zastawki trójdzielnej; tsv—koniec skurczu komory; stp—zastój przed skurczem przedsionka); każdy skurcz przedsionka przechodzi na komory.

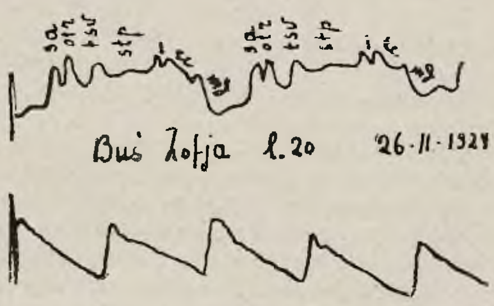


Rycina I.

Objaśnienie:

sa — skurcz przedsionka,
otr — zamknięcie z. trójdzielnej,
tsv — koniec skurczu komory (*telesystole ventriculi*),
i — *depressio innominata* (wgłębienie bezimienne),
te — *tensio cordis* — napięcie m. sercowego protosystoliczne,
md — *merodiastole ventriculi.*

Ponieważ na zdjęciu tem przypadkowo nie puściliśmy zegarka, po 2 ch więc dniach zdjęliśmy inną krzywą (2). Tym razem, ku naszemu zdziwieniu, okazało się, iż u chorej wystąpiło typowe zahamowanie czynności serca — t. zw. blok. Widzimy, mianowicie, że co drugi skurcz przedsionka (Sa) na komorę nie przechodzi.



Rycina II.

Objaśnienie:

Znaczenie liter, jak w ryc. I.

Na krzywej widać co 2-gi skurcz przedsionka Sa, nie przechodzący na komory.

Z powodu tak zasadniczej sprzeczności między zdjęciami, dokonanemi w ciągu 48 godzin, było rzeczą szczególnie konieczną wyjaśnić, czy mamy w tym przypadku do czynienia z blokiem pochodzenia mięśniowego, czy też pochodzenia nerwowego, zależnym od przedrażnienia nerwu błędnego. W tym celu przeprowadziliśmy badanie układu nerwowego współczulnego metodą Danielopolu. Już po dożylnem zastrzyknięciu 0,5 mg. atropiny częstość tętna wzrosła z 42-ch do 80-ciu uderzeń na minutę, a po $1^1/_2$ mg doszła do 124. Zestawienie otrzymanych liczb wykazało iż mamy tu do czynienia z wagotonją znacznego stopnia: napięcie nerwu błędnego wynosiło 82 (norma=48—58). Napięcie nerwu współczulnego = 124, jest zatem normalne. Na zdjęciu, dokonanem w 8 dni potem, udało się nam stwierdzić kilka fal z blokiem przedsionka, podczas gdy inne fale tej krzywej wykazywały zwykłą, całkowitą bradykardję serca, jak na krzywej 1 ej. Na zdjęciach zaś, dokonanych jeszcze w 4 dni później (24. XII), nie otrzymaliśmy już ani jednej fali zablokowanej, choć serce kurczyło się tylko 46 r. na minutę, czyli mieliśmy znowu pełną całkowitą bradykardję.

Na zasadzie powyższych danych wywnioskowaliśmy, iż obie postacie spotykanej tu bradykardji były pochodzenia nerwowego. Osłabiony wskutek sprawy zakaźnej, mięsień serca poddawał się bardzo niezwykle w tymprzypadku wzmożenemu napięciu prawego nerwu błędnego, dając pełną bradykardję. Czasami napięcie prawego nerwu błędnego słabło tak, że węzeł Keith-Flaka mógł wyzwolić normalną liczbę pobudek do skurczów; ale wtedy, jak sądzimy, występowała jednak na scenę przewaga lewego nerwu błędnego nad chorym mięśniem, dzięki czemu pobudki, wyzwolone we właściwym czasie z węzła 1-go rzędu, ulegały zahamowaniu w węźle Aschoff-Tavary (2-go rzędu) i nie przechodziły na w. His'a, względnie na komorę. Upatrywać w tem można uporczywą, celową regulację ze strony układu nerwowego, który zmuszał w ten sposób zatruty przez zakażenie mięsień sercowy do oszczędzania się przez rzadszą pracę.

Z powyższego rozpoznania wynikało też i rokowanie. Było ono w tym przypadku lepsze, niż gdybyśmy mieli do czynienia ze sprawą pochodzenia mięśniowego. Rzeczywiście, chora w ciągu stosunkowo krótkiego czasu poprawiła się. Pod wpływem leczenia kwasem salicylowym ustąpiły obrzmienia stawowe i gorączka, zaś małe dawki belladonny znakomicie obniżyły napięcie nerwu błędnego. Tętno stopniowo wzrosło do 72 uderzeń na minutę, a kilka nowych zdjęć krzywej wykazywało zupełne ustąpienie bloku.

Dr. DAMANSKI, Lwów
Dr. LENARTOWSKI.

Przypadek kamicy moczowodowej, wyleczony przez pyelolithotomię.

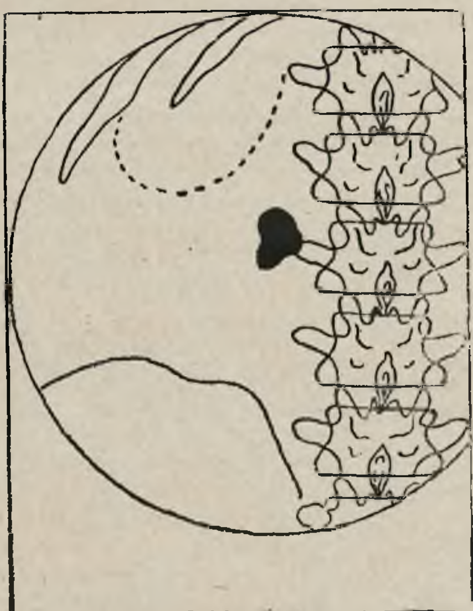
(Z Oddziału urologicznego Państw. Szpitala powsz. we Lwowie Prym. Dr. Leńko
i z Pracowni Roentgenologicznej Prym. Dr. Vrabetz).

Przypadki kamieni moczowodowych ruchomych, dających się czy to przez stosowną zmianę położenia ciała, czy to przez zgłębnikowanie moczowodu, czy to przez ucisk na moczowód od zewnątrz odprowadzić do miedniczki nerkowej należą do rzeczy bardzo rzadkich, przeto korzystamy ze sposobności, aby ogłosić taki przypadek, trafnie rozpoznany przed zabiegiem operacyjnym.

Dnia 8. VII. 1925 została przeniesiona na oddział urologiczny z Oddziału W. II. z rozpoznaniem *nephrolithiasis* chora, która, podawała w wywiadach, że w ostatnich

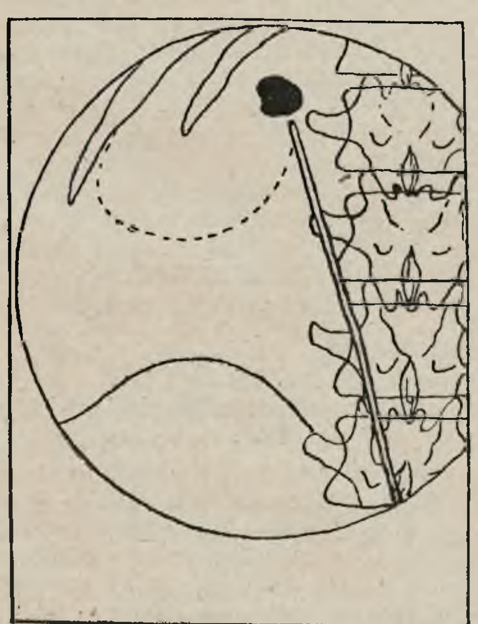
miesiącach przeszła kilka ataków bólów po stronie prawej, mogących odpowiadać kolce nerkowej. Mocz chorej lekko mętny, ślad białka, w osadzie pojedyńcze czerwone i białe ciałka krwi. Celem funkcjonalnego zbadania nerek zasondowano na kilka centymetrów oba moczowody. Z nerki lewej odciekał mocz prawidłowo, z nerki prawej odciekło w przeciągu 30 minut zaledwie 4 centymetry sześć. moczu, zawierającego liczne czerwone ciałka krwi i pojedyńcze leukocyty. Indygo-karmin po dożylnem wstrzyknięciu ukazał się w moczu z nerki lewej po 4 minutach, w moczu z nerki prawej indygokarmin pomimo 30 minutowego spostrzegania nie okazał się wogóle.

Zdjęcie uciskowe nerki i moczowodu prawego (Ryc. 1) wykazało na wysokości III. kręgu lędźwiowego cień owalny, wielkości dużej fasoli, mogący kształtem, wysyceniem i umiejscowieniem odpowiadać kamieniowi moczowodowemu.



Ryc. 1.

Celem upewnienia się, czy jest to rzeczywiście cień, pochodzący od kamienia moczowodowego, postanowiliśmy wykonać kilka dni później drugie zdjęcie nerki i moczowodu z wprowadzonym do moczowodu cewnikiem nieprzepuszczającym promieni Roentgena. Przy sondowaniu dał się wyczuć



Ryc. 2.

na wysokości około 12 cm. od ujścia moczowodowego jakiś opór, cewnika nie można było wyżej posunąć, lecz po cofnięciu go nieco w tył i ponownem dość forsownem popchnięciu dał on się bez przeszkody posunąć aż do miedniczki, poczem zaczął odciekać z cewnika kroplami bez przerwy mocz, z początku bardzo blado żółty, poczem o barwie coraz to bardziej wysyconej, zawierający strzępki ropy i śluzu, w osadzie pojedyńcze ciałką czerwone krwi, bardzo liczne ciałka ropne i śluz.

Zdjęcie roentgenowskie (ryc. 2) wykazało powyżej końca cewnika cień, podobny jak na zdjęciu poprzednim, lecz leżący obecnie już w miejscu, odpowiadającem miedniczce nerkowej.

Zdjęcie III. (ryc. 3) po wstrzyknięciu do miedniczki 30% bromku sodu wykazało bardzo znaczne rozszerzenie miedniczki.



Ryc. 3.

Mieliśmy zatem w danym przypadku do czynienia z kamieniem moczowodowym, blokującym nerkę prawą; stąd przy pierwszem zgłębnikowaniu odciekło z cewnika moczowodowego zaledwie 4 cm. sz. moczu. Przy drugiem zgłębnikowaniu udało się kamień wepchnąć do miedniczki, poczem odciekło przez cewnik około 35 cm. sz. moczu, zalegającego w miedniczce, rozszerzonej i zapalnie zmienionej.

Rozpoznanie nasze zostało w zupełności potwierdzonem przez zabieg operacyjny (Op. Dr. Damański, as. Dr. Siłka). Przed zabiegiem zgłębnikowano prawy moczowód, aby uniknąć ponownego zesunięcia się kamienia do moczowodu. W znieczuleniu miejscowem uwolniono nerkę, wypreparowano od tyłu miedniczkę, nacięto ją, poczem wydobyto z niej kamień, wielkości fasoli. Po stwierdzeniu drożności moczowodu miedniczkę zaszyto, przebieg gojenia się rany gładki.

Sądzimy, że przypadek niniejszy stanowi bardzo ciekawy przyczynek do kazuistyki kamieni moczowodowych.

Dr. M. THEMERSON. Płock.

Uzupełnienie spostrzeżenia

z praktyki w sprawie wlewania dożylnego neosalwarsanu.

Temu samemu choremu wlałem 14. VI. r. b. dożylnie preparat krajowy neosalutan, poczem nie było zapachu eteru, 29. VI. zaś wlałem znowu dożylnie 0.75 neosalwarsanu — wtedy wystąpił zupełnie wyraźny, dotkliwie odczuć się dający choremu, zapach eteru.

Czy ta różnica przemawia na korzyść naszego preparatu, niech osądzi chemik i farmakolog. W każdym razie metoda ostatecznego strącania preparatu wywiera wpływ komplikacyjny przy wlewaniu dożylnem.

Wykłady i odczyty.

Dr. Tadeusz JAROSZYŃSKI. Warszawa.

Psychoterapja emocjonalna.

(Referat, wygłoszony na II. Kongresie Polsko-Francuskim w Paryżu).

Gdy Alphons Daudet, dotknięty niemocą, mówił: »*Les pharmaciens nous vendent de l'espoir en bouteilles*«, miał bezwątpienia, w pewnym stopniu rację. My, lekarze, bowiem wiemy o tem dobrze, że nowy dział terapji, nazywany leczeniem psychicznem, ma obecnie zastosowanie nie tylko w cierpieniach nerwowych, lecz stanowi konieczne dopełnienie wszelkiego środka leczniczego, przepisywanego w chorobach ogólnych przez lekarzy internistów

Najnowsze badania nad układem wegetatywnym i dokrewno-gruczołowym, nad ich wzajemnem współdziałaniem, oraz nad zmianami, które powstają w tych układach pod wpływem czynników psychicznych, dowodnie wykazały, że *dawniejszy podział chorób na czynnościowe i organiczne, podobnie, jak rozróżnienie dziedziny duchowej i cielesnej w organizmie, obecnie nie znajduje usprawiedliwienia naukowego.* Liczba nerwic t. zw. funkcjonalnych pokaźna w dawnej medycynie, zmalała zaledwie do kilku jednostek, a i te prawdopodobnie w przyszłości zostaną uzależnione od przyczyn natury somatycznej. Choroby umysłowe traktujemy obecnie, jako wyraz projekcji patologicznego stanu fizycznego na sferę psychiczną, albo też jako objaw reakcji mózgowej z powodu zatrucia zewnątrz- lub wewnątrz-ustrojowego. Pozatem wiele objawów, t. zw. organicznych, spotykanych w chorobach wewnętrznych, powstawać może pod wpływem czynników duchowych, jak to stwierdzają liczne obserwacje kliniczne i laboratoryjne nad znaczeniem stanów wzruszeniowych w psychofizjologji i patologji.

Należy tu podkreślić, że zwłaszcza autorzy francuscy przyczynili się w znacznym stopniu do wyjaśnienia roli emocji w powstawaniu cierpień nerwowych i ogólno-ustrojowych. Przypomnieć tu należy nader interesującą dyskusję, która się toczyła na ten temat przed kilkunastu laty na specjalnym zjeździe, zorganizowanym przez Paryskie Towarzystwa Neurologiczne oraz Psychjatryczne, a po zatem szereg ważnych prac: Dupré »O konstytucji emocjonalnej«, Ribot »Psychologja uczuć«, Babińskiego »O roli wzruszeń w histerji«, Binet i Courtier o wpływie emocji na krążenie krwi, Dumas i Malloisel o działaniu gruczołów wewnątrz-wydzielniczych pod wpływem wzruszeń[1]), a w ostatnich czasach interesujące prace Guillaume, Laignel-Lavastine, Tinel i Santenoise, Euziére et Margarot[2]) i wielu innych autorów, którzy badali zachowanie się układu wegetatywnego w różnorodnych cierpieniach nerwowych, szczególnie w stanach lękowych.

Należy tu stwierdzić jednocześnie, że i w Polsce od dość dawna interesowano się temi zagadnieniami. Wspomnimy tu pracę Nussbauma o wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe (1894), teorję uczuć psychologa Marburga, który przed 20 laty wygłosił u nas pogląd o ścisłej łączności układu sympatycznego z życiem uczuciowem, badania Heinricha i Abramowskiego z dziedziny psychologji uczuć, prace Joteyko i Stefanowskiej nad psychofizjologją bólu, monografję Dunina o neurastenji i histerji, pracę Pawińskiego o wpływie wzruszeń na działalność serca, Mazurkiewicza o patologji afektów i roli układu roślinnego w chorobach umysłowych, wreszcie badania Sochańskiego nad afektami psychicznemi i ich znaczeniem w patologji i terapji chorób wewnętrznych[3]). W swej pracy »Rola wzruszeń w patologji«[4]) starałem się wykazać, w jaki sposób emocje przygnębiające mogą się przyczynić do powstawania stanów psychoneurotycznych i jakie stąd wynikają wskazania do leczenia psychicznego tych cierpień.

* * *

Co na zasadzie dzisiejszego stanu nauki możemy powiedzieć o genezie emocji i ich znaczeniu w medycynie? Sprawa ta jest nader złożona i przy obecnym stanie wiedzy możemy podać jedynie mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia:

1. Wzruszenie nie jest jedynie objawem psychicznym, lecz stanowi ono *zespół, który jest jednocześnie cielesnym i duchowym.* Tęzę tę potwierdzają niewątpliwie fakty, że wzruszenie w swych przejawach oddziaływa na różnorodne czynności organiczne, jak krążenie krwi, oddychanie, trawienie, wydzielanie gruczołów, przemianę materji, narząd mięśniowo-ruchowy, a zatem oddziaływa na cały organizm.

2. Wzruszenie w swych przejawach patologicznych jest głównym *czynnikiem, wywołującym stany psychoneurotyczne.* A zatem w histerji pod wpływem urazów emocjonalnych wynika rozszczepienie psychiczne oraz sugestyjność, która warunkuje poszczególne objawy, neurastenja powstaje pod wpływem przewlekłych wzruszeń przygnębiających, wreszcie w psychastenji wzruszenia wywołują u chorego głębsze zmiany w dziedzinie duchowej, tworząc t. zw. wzrnszeniowość konstytucjonalną.

3. Sposób oddziaływania wzruszeń na ustrój zależy od ich natężenia, rodzaju, a przedewszystkiem od ich *zabarwienia pod względem przyjemności i przykrości.* Emocje nagłe działają zazwyczaj, jako urazy natury patologicznej, poza tem zaś z jednej strony wzruszenia ujemne (jak n. p. smutek, strach) stanowią zwykle czynnik chorobotwórczy, a z drugiej — uczucia przyjemne, t. zw. steniczne w przeważnej części działają dodatnio na organizm.

4. Istota emocji kryje się w oddziaływaniu tego czynnika na *układ współczulny i ściśle związane z tym systemem gruczoły dokrewne.* Poszczególne wzruszenia wywołują czy to sympatykotonję, czy wagotonję, albo też pobudzenie działalności obu systemów, — amfotonję. Z drugiej strony niewątpliwym jest wpływ wzruszeń na czynność gruczołów wewnątrz-wydzielniczych w postaci hiper- czy też hipofunkcji, co zostało stwierdzone zwłaszcza w stosunku do tarczycy i nadnercza.

Tym sposobem wzruszenie jest związane z *subtelnemi zmianami chemizmu w tkankach ustrojowych.* Wskutek zaburzeń w czynności gruczołów zewnętrznych i wewnętrznych powstają w organizmie pod ich wpływem objawy samozatrucia, rodzaj toksemji, o której pisał jeszcze Ribot, mówiąc, że dawne potoczne wyrażenie, iż »wzrnszenia psują krew« nie jest już obecnie dla nas śmiesznem[5]). Emocja zatem w swych różnorodnych przejawach stanowi najdoskonalszy wyraz korrelacji psychofizycznej w ustroju.

---

[1]) „Du role de l'émotion dans la genèse des accidents nevropathiques et psychopathiques« (Revue Neurologique, 1910). Duprè: »La constitution émotive«. (Paris médical, 1911). — Babiński et Dagnan-Bouveret: »Emotion et hystérie« (Journal de Psychologie, 1912). — Binet et Courtier »Influence de la vie èmotionelle sur le coeur, la respiration et la circulation capillaire« (L'année psychologique, III.). — Dumas et Malloisel »Expression polyglandulaire des émotions« (Journal de Psychologie, 1910).

[2]) Guillaume: Le systéme sympathique et les systémes associés. 1921. — Laignel-Lavastine: Pathologie du sympathique. 1924. — Tinel et Santenoise: Vago-sympathique dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et de epilepsie. (Presse médicale. 1922). — Euziére et Margarot: De l'angoisse considérée comme la traduction subjective d'un état sympathicotonique. Soc. Méd. Hop. 1920.

[3]) Nussbaum H.: Pisma z dziedziny nank lekarskich 1913 r. — Marburg: Teorja uczuć. (Prace I. Zjazdu Neurologów, psychjatrów i psychologów polskich. 1910. — Joteyko i Stefanowska: Psychophysiologie de la donleur. 1909. — Pawiński: »O wpływie wzruszeń i przemęczenia umysłowego na serce, a zwłaszcza na powstawanie stwardnienia tętnic«. (Gazeta Lekarska, 1911). — Mazurkiewicz: »O patologji afektów.« (Pol. Gazeta Lekarska, 1924) oraz »Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne« (Rocznik Psychjatryczny, 1925). Sochański: »Afekty psychiczne, stosunek ich do układu wegetatywnego i znaczenie w patologji i terapji chorób wewnętrznych«. (Pol. Gaz. Lek. 1924).

[4]) Jaroszyński: »Rola wzruszeń w patologji«. Gazeta Lekarska, 1913.

[5]) Ribot: Psychologja uczuć. 1901, str. 138.

W świetle tych poglądów **nerwice** nawet psychogennego pochodzenia muszą być traktowane, jako cierpienia z wybitnemi zaburzeniami w dziedzinie roślinno-dokrewnej, co znalazło wyraz w terminach: »*névrose psychosplanchnique*« Grasset), »*névrose, comme sympaticopathie et endocrinopathie*« (Schuyder de Berne), »*angoisse, comme syndrome psycho-sympathique*« (Laignel-Lavastine[6]) etc. Z drugiej strony zrozumiałemi się stają obecnie teorje, według których nerwice zależą od zaburzeń w przemianie materji, od skazy neuroartretycznej (Huchard: »*La neurasthénie est une névrose arthritique*«.) Z autorów polskich Biernacki wygłosił teorję, opartą na badaniach doświadczalnych, że nie tylko neurastenja, lecz i histerja jest uwarunkowana przez zaburzenia w chemizmie organicznym[7]).

A zatem choroby wyłącznie psychiczne nie istnieją. W każdym wypadku można i należy stwierdzić podłoże somatyczne. Wzruszenie jest poniekąd łącznikiem, który zespala obie dziedziny, jest jakoby tym mostem, który daremnie usiłowali przerzucić zwolennicy paralelizmu psychofizycznego.

* * *

Co wobec tych danych możemy powiedzieć o **leczeniu stanów psychoneurotycznych**, które posiadają niewątpliwie podłoże fizyczne? Czy psychoterapja, mająca w rozporządzeniu jedynie czynniki duchowej natury, może mieć w tym wypadku zastosowanie? Czy nie byłoby raczej wskazanem stosowanie środków natury fizykalnej, albo leków, działających na układ wegetatywny, lub też oparcie się na opoterapji?

Otóż pragniemy tu wypowiedzieć zdanie, że odrzucenie psychoterapji oraz jej ignorowanie byłoby wielkim błędem. Jakkolwiek rozwój tej gałęzi lecznictwa znajduje się jeszcze w początkowym okresie, to jednak umiejętne stosowanie psychoterapji jest ze wszech miar wskazane właśnie w myśl przytoczonych rozumowań. Jeżeli bowiem czynniki duchowe stanowią pierwotną przyczynę w powstawaniu wielu schorzeń, to pomijając nawet ich podłoże somatyczne, psychoterapja stanowić będzie właśnie **leczenie natury etjologicznej**. I z tego też względu psychoterapja staje się konieczną nie tylko w leczeniu stanów neurotycznych, lecz i w wielu chorobach ogólnych, nie pozbawionych działania czynników psychogennych.

* * *

Zastanówmy się pokrótce, jakie metody psychoterapeutyczne są najbardziej skuteczne i odpowiednie zgodnie z obserwacją kliniczną.

Najstarsza metoda, uważana niegdyś za panaceum wszystkich chorób, a mianowicie **hipnotyzm i suggestja**, obecnie znajduje się w zupełnym upadku, zresztą zupełnie zasłużonym. Hipnotyzm wywołuje bierność umysłu, automatyzuje psychikę, pogłębia rozdwojenie osobowości, usposabia do nawrotów. Nawet w histerji, w której suggestja wydaje się najbardziej skuteczną, leczenie tą metodą jest objawowe, przyczynowe zaś leczenie polegać raczej powinno na usuwaniu suggestyjności za pomocą dyssocjacji psychologicznej i t. zw. dezynfekcji moralnej pasożyta psychicznego według metody Janeta. Sam miałem możność obserwować rzadki przypadek rozdwojenia osobowości, w którym wyzdrowienie nastąpiło po zsyntezowaniu rozszczepienia psychicznego przyczem znamiennym jest fakt, że jednocześnie znikła u chorej podatność na hipnozę[8]). Hipnotyzowanie jest poniekąd histeryzowaniem i jako takie powinno być zarzucone z wyjątkiem nielicznych wskazań.

Zbliżona do psychoterapji suggestyjnej **metoda perswazji**, reprezentowana we Francji przez Dejerine'a, w Szwajcarji przez Dubois z Berna, w Niemczech przez Marcinowskiego, zarówno też metoda autosuggestji, rozpowszechniana w ostatnich czasach przez t. zw. »Nową szkołę w Nancy« pragnie tłómaczyć psychonerwice przez urojenie, działanie imaginacji, — i stosuje sposoby jedynie charakteru rozumowego, zapoznając przeważnie dziedzinę uczuciową. — Zupełnie inny charakter posiada **perswazja systemem Babińskiego**, która stanowi raczej reedukację ruchową, gimnastykę psychiczną, i jest metodą czynną, działającą na wolę chorego, nader skuteczną zwłaszcza w leczeniu histerji. Przed kilkunastu laty opisałem chorą, cierpiącą na porażenie histeryczne od lat 7-miu, którą w ciągu kilku tygodni udało się wyleczyć zapomocą zabiegów Dra Babińskiego ze skutkiem najzupełniej trwałym[9]).

Z pośród innych metod psychoteraupetycznych na specjalną uwagę zasługuje metoda **psychoanalizy**, która w ostatnich czasach obudziła jak najsprzeczniejsze poglądy wśród neurologów i psychjatrów. Otóż teorja ta zawiera niewątpliwie wiele słusznych twierdzeń, jednakże jak to wykazali zwłaszcza autorzy francuscy (Régis, Hesnard, Janet[10]), — ma charakter jednostronny, dogmatyczny i nienaukowy. Przypomnimy tu zdania uczestników francuskiego zjazdu neurologicznego w Bezançcon (1923), którzy wyrazili opinję, że psychoanaliza, podobnie, jak inne epidemje mistyczne, rozwija się przeważnie w krajach germańskich i anglosaksońskich, omijając narody łacińskie, które zawsze odznaczały się przedmiotowością obserwacyj i zdrowym rozsądkiem. »Ofenzywa freudyzmu na Francję nie udała się«, wyraził się Hartenberg w jednym ze swych przeglądów krytycznych o psychoanalizie. — Co się tyczy Polski, możemy powiedzieć, że freudyzm, jako metoda psychoteraupetyczna, niema u nas również szczególnego powodzenia i może bardziej zainteresowała krytyków literackich oraz pedagogów.

* * *

Omówione powyżej metody, a zatem hipnotyzm, suggestja, perswazja o typie dialektyki Dubois, wreszcie psychoanaliza, posiadają bez wątpienia *charakter intelektualistyczny*. Tymczasem, jak to staraliśmy się wykazać powyżej, jedynie te metody, które oddziaływują na dziedzinę uczuciową, uwzględniają najnowsze wyniki badań, dotyczących istoty i etjologji psychonerwic. Jeżeli w sposób najbardziej ogólny porównać działanie suggestji i emocji na układ psychiczno-nerwowy, — to możemy stwierdzić, że o ile suggestja i perswazja oddziaływa na intelekt, psychikę świadomą, a zatem na **życie zwierzęce człowieka**, o tyle emocja wpływa na ośrodki podkorowe, układ współczulny, **życie roślinne**. I stąd, zdaniem naszem, wynika przyszłość, jaką posiada psychoterapja emocjonalna.

Lecznicze działanie wzruszeń znanem jest zresztą oddawna. Już Tisset w XVIII wieku zalecał śmiech, jako doskonały środek uzdrawiający, a Boerhave, grożąc rozpalonem żelazem, uśmierzał ataki histeryczne. Znane są przypadki, opisane przez Hack-Tücka: ciężka nerwica, granicząca z psychozą, przeszła nagle po otrzymaniu wiadomości o wielkim spadku, długotrwałe porażenie minęło podczas pożaru i t. p. Działaniem emocji tłumaczą się t. zw. »cudowne uleczenia« w miejscach świętych pielgrzymek oraz wielkie powodzenie sekt amerykańskich (jak n. p. Christian-Science), które zużytkowują uczucia religijne przy leczeniu rozmaitych chorób, podobnie jak powodzenie znachorów, którzy korzystają z panujących jeszcze ciągle wierzeń w przesądy i zabobony.

Przytoczę tu kilka przypadków z własnej obserwacji. U pewnego chorego kilka lat trwające tiki w połączeniu z koprolalją nader dla niego nieprzyjemną nie poddawały się żadnej kuracji, aż nagle przeszły w ciągu tej nocy, w której wojska niemieckie wstępowały do Warszawy. W innym przypadku uporczywa kokainomanja u chorej minęła zupełnie z chwilą niespodziewanego przyjazdu męża z tuła-

[6]) Laignel-Lavastine: Emotivité; inquiétude, angoisse et anxiété (Presse médicale, 1925, Nr. 71.).

[7]) Biernacki: Etjologja i istota nerwic czynnościowych (Kryt. Lek. 1899).

[8]) Jaroszyński: Przyczynek do nauki o psychonerwicach. Analiza 35 przypadków. (Rocznik Lekarski, 1913).

[9]) Przyczynek do psychoanalizy i psychoterapji histerji Gazeta Lek. 1910.

[10]) Régis et Hesnard. La psychoanalyse des névroses et des psychoses. 2 wyd. 1923.

P. Janet: La psychoanalyse (Journal de Psychologie 1914 r.).

czki na wygnaniu w Rosji. Ciężki stan lękowy u chorej, która straciła syna w bitwie pod Warszawą, przeszedł dopiero wówczas, gdy jako siostra miłosierdzia znalazła pociechę w pielęgnowaniu chorych w szpitalu. Uczeń, który po nieudanym egzaminie dostał napadowego ziewania, utracił ten objaw w chwili wypadku tramwajowego i t. p.

Badanie tego zagadnienia, w jaki sposób emocje oddziaływują na organizm, napotyka na znaczne trudności przedewszystkiem z tego powodu, że jak to widzimy, nie tylko wzruszenia radosne, lecz i przykre mogą korzystnie wpłynąć na chorobę. Dotyczy to zwłaszcza urazów nagłych, które wywołują wstrząs w ustroju, pobudzają psychikę, odwracają uwagę od choroby. Naogół jednak emocje o charakterze przewlekłym działają według następującej formuły:

1. Uczucia przykre, jak przygnębienie, strach, rozpacz, usposobienie pesymistyczne wywołują upośledzenie funkcji organicznych, upadek sił żywotnych, wskutek czego sprzyjają działaniu czynników patologicznych oraz powstawaniu choroby.

2. Uczucia przyjemne, jak radość, zapał, usposobienie wesołe, optymizm, wpływają korzystnie na czynności ustroju, wywołują wzrost energji i produkcyjności, zbliżają organizm do optimum sprawności życiowej, czyli utrzymują go w najlepszym stanie zdrowia.

Emocje przykre — to jakby *»rany wewnętrzne«* (Griesinger), dodatnie wzruszenia — to jakby antytoksyny, które umożliwiają *»psychiczną seroterapję«*. Studja Miecznikowa nad korzystnem działaniem optymizmu na organizm w wieku podeszłym i badania Mathieu nad dodatnim wpływem euforji na przebieg choroby u suchotników stanowią jeszcze dalsze dowody, że emocja jest czynnikiem leczniczym nie tylko w cierpieniach nerwowych[11]).

* * *

Psychoterapja emocjonalna ma przed sobą drogę otwartą, a jednocześnie perspektywę mozolnych badań klinicznych i psychologicznych w celu wyjaśnienia sposobów, jak oddziaływać na uczucia przez te same uczucia oraz akty woli i procesy myślowe. Cała trudność polega na tem, aby ustalić zasady nieznanej jeszcze metody leczenia przeciw wzruszeniowego za pomocą innych spraw psychicznych oraz tych samych wzruszeń, umiejętnie i celowo wywoływanych (t. zw. *thérapeutique antiémotive par émotion elle-même*[12]).

Należy tu podnieść ogromne zasługi w tym kierunku francuskiego badacza, Pierre Janeta, który w szeregu znakomitych prac postawił zasady psychoterapji naukowej[13]). Ostateczna synteza jego poglądów co do roli psychoterapeuty — to umiejętność skombinowania prawa ekonomji sił duchowych z prawem psychologicznego nabywania. *»Inspiration de la manie!«* — to znaczy zużytkowanie w celach leczniczych pobudzających sferę psychiczną zajęć i stenicznych uczuć — oto najradykalniejszy sposób wyleczenia nawet najcięższego chorego neurotyka. I należy tu stwierdzić, że metoda reedukacji sposobem Babińskiego oraz metoda kierownictwa psychicznego (*»La direction morale*) Janeta, — są to najbardziej racjonalne i skuteczne sposoby leczenia chorych psychoneurotyków.

Lekarz sceptyk i pesymista nie będzie nigdy dobrym lekarzem, gdyż posłannictwo lekarza to przedewszystkiem *»la consolation, le soulagement, l'espoir rendu, la reconstitution de la vie possible«* (Dejerine[14]). Podobne zdanie wypowiedział u nas Biegański, a mianowicie »że lekarz powinien być apostołem nie zwątpienia, lecz ufności, powinien poznać duszę chorego, współczuć jego cierpieniom, dodatnio wpłynąć na jego psychikę«[15]).

[11]) Dumas: La tristesse et la joie. 1912. Ribot loc. cit.
[12]) Pfeifer: Les émotions. 1922
Eymieu: Le gouvernement de soi-même. 1911.
Lévy: O kształceniu woli w zastosowaniu leczniczem (przekład Dra Jaroszyńskiego, 1912).
[13]) Janet: Les médications psychologiques. 1919 oraz La médecine psychologique. 1924.
[14]) Dejerine et Gauckler: Les manifestations fonctionelles des psychonevroses et le leur traitement par la psychothérapie. 1911.
[15]) Biegański: Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej. Rok 1899.

A zatem najnowsze badania nad psychoterapją doprowadzają nas do dawno znanych formuł, że zaufanie chorego do lekarza — to pierwszy warunek wszelkiego leczenia — fizycznego i duchowego. Maksyma Charcot *»C'est la foi, qui guérit«* — pozostaje w dalszym ciągu najdoskonalszem wskazaniem zarówno dla lekarza psychoterapeuty, jak dla każdego lekarza w ogólności: Chory bowiem »może utracić życie, lecz nigdy nadzieję«.

* * *

Jestem przekonany, że w kole dzisiejszych słuchaczy powtarzam rzeczy dobrze znane. Jednakże nad wyraz jest mi tu przyjemnie stwierdzić, że w dziedzinie, którą tu omawiam, lekarze w Polsce w swych usiłowaniach naukowych podążają w tym samym kierunku, co uczeni francuscy, których prace poznajemy i wysoko cenimy.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Kurt Klare. **Die Röntgenologische Diagnose und Differentialdiagnose der Kindlichen intrathorakalen Tuberkulose.** (Wüzburger Abbandl. a. d. Gesamtgebiete der Medizin). Lipsk 1925 nakł. Curt Kabitsch.

Na podstawie 50 typowych zdjęć roentgenowskich wybranych z bardzo dużego materjału (10.000 przypadków) omawia autor szczegółowo rozmaite postacie gruźlicy płuc i gruczołów śródpiersiowych u dzieci, z uwzględnieniem rozwoju i rozpoznania różniczkowego.

Monografja ta, jest nietylko ciekawą dla roentgenologa, ale może w myśl intencji autora służyć także lekarzowi-praktykowi do orjentacji w przypadkach wątpliwych.

Lenartowski (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Zeitschrift f. A.

B. 54. Z. 6. 1925.

C. Behr. **O operacji wrodzonej zaćmy częściowej, szczególnie zaćmy okołojądrowej.** Autor omawia najpierw dotychczasowe sposoby operacji zaćmy. wrodzonej, które wykonywano dwu-czasowo, z narażeniem chorego na zakażenie. Nowsza metoda Krückmanna polega na tem, że igiełką wchodzi się przez nakłucie spojówki przy brzegu rogówki do przedniej komory, robi się duże cięcia na krzyż w przedniej torebce soczewki a następnie cięciem krzyżowem sięgającem do tylnej torebki, wyważa się masy soczewkowe do przedniej komory. Po kilku dniach następuje wydobycie proste pęczniejącej zaćmy.

Sattler podaje pierwotne wydobycie soczewki w jednem posiedzeniu. Otwiera przednią komorę, haczykiem ostrym nacina przednie masy soczewki i wyciska je łyżeczką. Autor natomiast podaje swoją metodę, którą uważa za najlepszą. Najpierw robi cięcie na brzegu rogówki od góry nożykiem grotowym. Następnie wchodzi cystotomem z ostrym końcem do przedniej komory. Przy małych zaćmach oddziela zaćmioną część soczewki od części przeźroczystej robiąc cięcie okrężne dookoła zaćmy okołojądrowej w częściach przeźroczystych soczewki. Przy dużych zaćmach oddziela część zaćmioną soczewki od części przeźroczystej robiąc cięcie okrężne cystotomem na ich granicy.

Cystotom wprowadza się dość głęboko w przednie warstwy soczewki i tak oddziela się część przeźroczystą od zaćmionej. Następnie zapomocą szpatułki i łyżeczki udaje się łatwo wydobyć uciskiem zaćmione części soczewki na zewnątrz. Jeżeli cięcie nożykiem grotowym było duże, to udaje się i przeźroczyste części soczewki wycisnąć. Przy obfitem zapuszczaniu atropiną resztka najczęściej wsysa się w przeciągu 14 dni. Autor używał tej metody w wielu przypadkach z najlepszym skutkiem.

R. Hesse. **O istocie zmętnienia soczewki Vossius'a.** Autor stoi na stanowisku, że zmętnienie powierzchowne soczewki w miejscu przyczepu włókienek: »*zonula Zinni*« do soczewki polega na nagromadzeniu się krwi na powierzchni soczewki. Jest ono ułożone pierścieniowato, tracąc na nasileniu ku środkowi soczewki. Wbrew zapatrywaniu Vogta, który uważa zmętnienie to za złogi barwika, przytacza autor na poparcie swego stanowiska przypadek krwotoku po nakłuciu twardówki do przedniej komory i przypadek zranienia twardówki ciałem obcem, w którym również przyszło do krwotoku do przedniej komory. W obu przypadkach nastąpiło zmętnienie soczewki Vossius'a. W znanych przypadkach zmętnienia stwierdzano krwotok w przedniej komorze. Doświadczalnie nie udało się tego autorowi stwierdzić. — W typowych przypadkach przychodzi do zmętnienia powierzchni soczewki w samym środku soczewki w postaci koła z miejscem jasnem w punkcie środkowym, od zewnątrz jest ono ściśle ograniczone. Zmian w torebce lub soczewce nie stwierdza się lampą szczelinową.

R. Hessberg. **O niedorozwoju i wskazaniu do przerwania ciąży, względnie pozbawienia płodności.** Kwestja pozbawienia płodności u zbrodniarzy i chorych umysłowo była przedmiotem roztrząsań we wszystkich krajach od dłuższego czasu.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki wyszła ustawa (Lönne), ażeby tego rodzaju jednostki pozbawiać płodności na drodze chirurgicznej. Z małżeństw bowiem tych jednostek przychodzą na świat zbrodniarze, żebracy i kaleki, na których musi państwo łożyć miljony. M. Fränkel zaproponował pozbawianie płodności promieniami Roentgena u tego rodzaju jednostek. W ostatnich czasach powstały jednak głosy sprzeciwu, Do szerokich roztrząsań tej kwestji dała powód rozprawa Dr. Boeters'a, który w pracy: »Odezwa do niemieckich lekarzy« domaga się:

1) Dzieci, które w okresie zaczęcia uczęszczania do szkoły okazały się jako niezdolne do nauki wskutek ślepoty z urodzenia, należy pozbawić płodności na drodze operacyjnej.

5) Dzieci urodzone w szpitalach krajowych, jako ślepe, należy poddać temuż zabiegowi przed wypuszczeniem ze szpitala.

7. Do zawarcia małżeństwa należy dopuścić ślepców z urodzenia po przeprowadzeniu kastracji.

Przeciw temu zapatrywaniu podniesiono wiele zarzutów tak ze strony lekarzy, jak również prawników. Ebermeyer uważa za karygodne jakiekolwiek operacyjne uszkodzenie ciała bez zezwolenia chorego lub jego opiekuna. W jaki zatem sposób rozwiązać kwestję potomstwa ślepców z urodzenia, którzy są narażeni na potomstwo z dziedzicznemi wadami rozwojowemi? Autor przytacza małżeństwo ślepców z urodzenia, które miało dwoje dzieci ślepych, a w trzecim przypadku chciano spędzić płód. Ojciec początkowo zgadzał się na przerwanie ciąży, ale po namyśle cofnął przyzwolenie. Zapatrywanie na rozwiązanie kwestji w tego rodzaju przypadkach jest bardzo rozbieżne. G. Winter jest zdania, że tu wskazaniem nie powinien być wzgląd społeczny, lecz lekarski. Hirsch uważa za wskazanie do kastracji choroby i niedorozwój, w których przychodzi do uszkodzenia listka zarodkowego. Bayer oparł swe wskazania na prawie Mendla:

a) Wady niedorozwojowe muszą powtarzać się w kilku pokoleniach.

b) Jeżeli tylko jedno z rodziców przenosi wady rozwojowe, nie można przewidzieć jaki będzie potomek.

c) Wady te nie przenoszą się na każde dziecko z potomstwa.

4) Znamiona utajone u obojga rodziców jak *albinismus* ślepota na barwy i kurza ślepota dziedziczą się na pewno.

Według niego jest wskazanie do przerwania ciąży w przypadkach powtarzania się wad rozwojowych. Jednak według reguł Mendla nie dadzą się również przewidzieć cechy dziedziczności. Zatem Hirsch jest zdania, że wystarczy prawdopodobieństwo dziedziczenia tych cech, do wskazania przerwania ciąży. Lönne zastrzega w tych przypadkach rozstrzygnięcie komisji rzeczoznawców. Do wad dziedzicznych należą aniridia, irideremia i *mikrophtalmus*. Całkowita ślepota na leży do rzadkości.

Autor miał na 40.000 chorych jeden przypadek, Gümmert nie miał żadnego na 30 000 chorych. — Autor stoi na stanowisku Lönna w sprawie przerwania ciąży i wyraża życzenie, ażeby, kwestję tę uregulowało ustawodawstwo.

F. Naróg (Lwów).

Z. f. G.
Nr. 5. 1925.

Zangemeister. **Zakrzep zatoki żylnej wśród obrazu podobnego do eklampsji.** Z. opisuje dwa przypadki zakrzepu zatoki żylnej poprzecznej i strzałkowej opony twardej stwierdzone na stole sekcyjnym. W pierwszym przypadku pierwiastka, poród kleszczowy, płód żywy, połóg prawidłowy. W 4 tygodnie po porodzie wystąpiły bóle głowy i napad drgawkowy, który się sześć razy w ciągu dnia powtórzył. Ilość moczu prawidłowa, sensorjum zajęte. Czwartego dnia podnosi się ciepłota i ciśnienie krwi. Piątego dnia ponowne napady drgawek, ciepłota dochodzi do 39·8°, ciśnienie krwi do 155 mm Hg i wśród obrzęku płuc śmierć.

W drugim przypadku wieloródka, która przy pierwszym porodzie miała drgawki, poród kleszczowy z powodu grożącej zamartwicy płodu i z obawy przed drgawkami, w moczu 3‰ białka. W 28 godzin po porodzie wystąpiła ślepota i jeden napad drgawek. Po 2 dniach znika ślepota i białkomocz, następnie przebiega połóg prawidłowo aż do jedenastego dnia w którym wystąpił ból głowy.

W trzynastym dniu połogu podnosi się ciśnienie krwi do 160 mm Hg, występują drgawki, ciepłota ciała podnosi się do 40·8°, występuje utrata przytomności i w kilka godzin później *exitus*.

Prócz zakrzepu zatoki żylnej poprzecznej i strzałkowej opony twardej tudzież żyły lewej półkuli stwierdzono na sekcji także krwotok mózgowy i rozmiękczenie mózgu w lewym płacie skroniowym.

Z. zwraca uwagę, że w protokołach sekcyjnych kobiet zmarłych na drgawki nie spotkał nigdzie w piśmiennictwie wzmianki o zakrzepach zatok żylnych opony twardej.

W przypadku pierwszym uderza, że drgawki wystąpiły dopiero po upływie czterech tygodni, licząc od porodu; należało zatem myśleć o jakiej innej sprawie chorobowej. W drugim zaś przypadku chodziło o typową eklampsję.

Gellert. **Przyczynek do zagadnienia przywracania zdolności zapłodnienia.** Przypominając nieudane próby Benescha i Köhlera na zwierzętach w celu umożliwienia zapłodnienia zapomocą umieszczenia jajnika w ścianie macicy, opisuje Gellert przypadek udanego wszycia jajnika do ściany macicy kobiety, uwieńczony ciążą.

Chora l. 29, od szeregu lat zamężna; bezdzietna, cierpi na ciężką sprawę zapalną przydatków macicy. Z powodu pragnienia zajścia w ciążę wykonał Gellert operację w ten sposób, że otworzywszy jamę brzuszną i stwierdziwszy z obydwóch stron ropień trąbkowy, ropień jajnika lewego i macicę tyłozgiętą w zrostach, po stronie zaś prawej zdrowy jajnik, usunął ropnie i wykonał operację Benttnera-Faure, poczem wszył prawy jajnik w otwór w dnie macicy w ten sposób, że więzadło jajnikowo-maciczne zostało utrzymane, połowa zaś jajnika sterczała do światła macicy.

W rok później nastąpiło zapłodnienie, lecz w 6-ym miesiącu ciąży wystąpiło poronienie skutkiem doznanego urazu.

D. Ott. **Cięcie cesarskie małe, pochwowe, pozaotrzewnowe.** Autor zwraca uwagę na łatwość obrażenia ściany macicy przy usuwaniu jaja płodowego z macicy przy poronieniu i dlatego uważa za rzecz pożądaną. by zabieg ten ile możności nie był wykonywany w mieszkaniu chorej lecz w klinice względnie w szpitalu, bo tylko tam, znajdują się w celu ratowania chorej wszystkie potrzebne środki na wypadek gdyby zaszła potrzeba wykonania laparotomji.

Ponieważ wypróżnienie macicy ciężarnej począwszy od drugiej połowy trzeciego miesiąca może być w pewnych razach trudne z powodu długości szyjki macicznej, radzi Ott wykonać w tych razach t. zw. »małe cięcie cesarskie« zalecone przez Küstnera, Sellheima i innych.

Ten sposób operacji przewyższa zdaniem Otta cięcie cesarskie pochwowe, które jest łatwe tylko na końcu ciąży, gdzie szyjka macicy jest już krótka, podczas gdy w pierwszej połowie ciąży może napotykać na trudności z powodu długości i niepodatności szyjki macicy. Dla wczesnych, lecz powyżej drugiej połowy trzeciego miesiąca ciąży, poronień — zalecił Kakuschkin przecięcie przedniej lub tylnej ściany trzonu macicy po poprzedniem otwarciu jamy otrzewnej i wydobycie jaja płodowego przez otwór w ścianie trzonu.

Ott postąpił w jednym przypadku czteromiesięcznej ciąży nieco odmiennie i zaleca ten sposób jako jeszcze lepszy, gdyż odbywa się bez otwarcia jamy otrzewnej: Naprzód rozszerzenie szyi macicy do pewnego stopnia ale tylko w tym celu, by zapewnić łatwiejszy odpływ odchodów połogowych, następnie cięcie poprzeczne w przedniem sklepieniu pochwowem, odsunięcie pęcherza moczowego aż do załamka otrzewnej i przecięcie przedniej ściany macicy tuż ponad ujściem wewnętrznem cięciem podłużnem około 4 do $4^1/_2$ cm długiem. Po uchwyceniu brzegów cięcia kleszczykami, wypróżnienie macicy i zeszycie przedniej ściany macicy tudzież sklepienia pochwowego.

Ott sądzi, że przyszłość dopiero okaże, czy ten sposób operowania da się także zastosować w późniejszym okresie ciąży.

W. Fürst. **Naświetlanie przed operacją przy rakach szyjki macicy i jego wpływ na zakażenie pooperacyjne z przyczyn wewnętrznych.** Wykazawszy, że wyniki naświetlania raka macicy nie są bynajmniej lepsze od wyników operacji doszczętnej, oświadcza się autor za naświetlaniem przed operacją doszczętną. Ten sposób postępowania zalecał Wetterer już w r. 1908, po nim Kienböck, lecz dopiero A. Mayer zalecał systematycznie ten sposób postępowania w celu oczyszczenia tkanki rakowatej z zarazków i tem samem zmniejszenie niebezpieczeństwa zapalenia otrzewnej po późniejszej doszczętnej operacji. Zwykle w 3—6 tygodni po naświetlaniu przystępowano w klinice zurychskiej do operacji doszczętnej i na podstawie osiągniętych wyników odnosi autor zmniejszenie niebezpieczeństwa operacji do poprzedzającego naświetlania.

A. S.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

I. Polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie.

Dokończenie.

Po powrocie do sali obrad doc. dr. Tomasz Janiszewski wygłosił odczyt: **O zasadach społecznej walki z gruźlicą w Polsce.** Mowca ujął go w 19 wniosków. Z głównych szeroko traktowanych planów i trafnych zdań podnieść należy, że na spadek śmiertelności z gruźlicy wpływa podniesienie ogólnej kultury, a szczególnie kultury zdrowotnej.

Walka z gruźlicą u nas toczy się na terenie t. zw. trzeciorzędnej gruźlicy, kiedy powinno się zaczynać już od walki z gruźlicą w wieku dziecięcym nawet przy podejrzeniu zakażenia. Pamiętać powinno się o tem, że najważniejszem źródłem zakażenia jest człowiek wydzielający prątki. Ośrodkiem całego ruchu przeciwgruźliczego jest poradnia, sanatorja należą do ważnych i niezbędnych sposobów walki z gruźlicą. W walce są zainteresowani: państwo, samorządy i instytucje społeczne.

Ostatecznie mowca dochodzi do wniosków następujących:

1. Nie można i nie należy stawiać jakiegoś szczegółowego programu walki z gruźlicą, któryby był stosowany zawsze i wszędzie schematycznie. Należy jedynie nakreślić i ustalić pewne wytyczne zasady, któremi należałoby się kierować w tej walce. Opracowanie szczegółów organizacji, które mogą być różne, stosownie do miejscowych warunków, trzeba pozostawić miejscowym czynnikom, powołanym do walki z gruźlicą.

2. Zagadnienie gruźlicy jest wielce skomplikowane, wnika ono w najrozmaitsze dziedziny życia ekonomicznego, społecznego i politycznego.

3. Nie posiadamy dotychczas jednego, wyłącznego jakiegoś środka lub sposobu zwalczania tej klęski społecznej. Wróg ten zaatakowany być musi z różnych stron. Obok specjalnych środków stosowanych w tej walce, najwięcej na spadek śmiertelności z gruźlicy wpływa podniesienie ogólnej kultury, a szczególniej kultury zdrowotnej. U nas w Polsce na pierwszem miejscu postawić należy walkę z brudem i niechlujstwem, a koniecznym warunkiem do prowadzenia takiej walki jest dostarczenie ludności miast, miasteczek i wsi dostatecznej ilości do brej wody do picia i użytku domowego, oraz uregulowanie sprawy usuwania nieczystości; od tego trzeba u nas w Polsce rozpocząć pracę, bez stworzenia tych zasadniczych podstaw kultury żadna praca społeczno-higjeniczna nie może być skuteczną.

Ważną rolę przy zwalczaniu gruźlicy odgrywa sprawa mieszkaniowa, należyte odżywianie się ludności, w związku z tanością produktów spożywczych, trwały pokój i w parze z tem idący dobrobyt, rozwój rolnictwa, zwalczanie alkoholizmu, kontrola warsztatów pracy, rozwój higjeny zawodowej, wychowanie dostatecznej ilości lekarzy myślących i czujących społecznie, w końcu odpowiadający naszym stosunkom rozwój ustawodawstwa społecznego, a w szczególności ubezpieczeń społecznych.

Wogóle nie należy zaniedbywać niczego, co może dodatnio wpływać na zwiększenie odporności ogółu, a unikać wszystkiego, co tę odporność zmniejszyć może.

4. Przy wyborze specjalnych środków walki z gruźlicą należy u nas, jak przy każdej pracy społecznej, kierować się oszczędnością.

Nie znaczy to, aby na tę walkę skąpić pieniędzy. Przeciwnie, trzeba dużo wysiłków i ofiar finansowych, żeby ograniczyć to złe, które szczególniej w naszem państwie tak znacznie się szerzy i tyle szkód materjalnych wyrządza, ale znaczne fundusze, które na cele walki z gruźlicą powinny być przeznaczane, muszą być racjonalnie i oszczędnie użyte. Za pewną sumę pieniędzy trzeba osiągnąć jak największy skutek. Z dwóch środków jednakowo skutecznych należy zawsze wybrać tańszy.

5. Walka z gruźlicą toczy się u nas dotychczas przeważnie z tak zwaną trzeciorzędną gruźlicą, gdy się ona usadowi już w ważnych narządach ciała i w nich wywoła zmiany chorobowe, n. p. gruźlica płuc. Należy dążyć do tego, aby walka zaczynała się jak najwcześniej, jeszcze w wieku dziecięcym, możliwie zaraz po stwierdzeniu, względnie podejrzeniu zakażenia.

Sposobność do zakażenia się gruźlicą jest bardzo częsta. Zakażenie się gruźlicą, a zachorowanie na tę chorobę nie są to pojęcia identyczne. Nie każde zakażenie się gruźlicą wywołać musi chorobę.

6. Przy zwalczaniu gruźlicy, jako klęski społecznej, należy przedewszystkiem położyć nacisk na działalność zapobiegawczą, przez niedopuszczanie do masowych i częstych zakażeń, izolowanie ciężko chorych, zaraźliwych gruźliczych, niebezpiecznych dla otoczenia. Szczególniejszą opieką pod tym względem należy otoczyć dziecko, począwszy od pierwszych chwil jego życia. Opieka nad matkami ciężarnemi, żłobki, ochronki, opieka lekarska w szkołach, higjeniczne urządzenie szkół, dożywianie dzieci, szkoły na świeżem powietrzu, półkolonje, kolonje, sanatorja szkolne, badanie służby, bon, nauczycieli, czy nie są chorzy na zaraźliwą gruźlicę i usuwanie takich chorych od styczności z dziećmi.

Najważniejszem źródłem zakażenia jest człowiek chory, wydzielający prątki gruźlicze.

Masowych i częstych zakażeń możemy uniknąć — nieznacznych i rzadkich, wobec ogromnego rozpowszechnienia zarazka gruźliczego, szczególniej w bliskości chorego na gruźlicę, nie jesteśmy w stanie uniknąć. Gdy ustrój zwycięży słabe zakażenie, staje się na pewien czas odporniejszym na następne zakażenia, na które może być narażony.

7. Należy więcej, niż się to dzieje dotychczas, uwzględniać zdobycze naukowe, osiągnięte w ostatnich dwóch dziesiątkach lat na polu badań nad gruźlicą. Badania nad odpornością, walka pomiędzy zarazkiem, a siłami odpornemi ustroju, tłumaczą nam lepiej niektóre zjawiska, tyczące się epidemjologji gruźlicy, a nie dające się wytłumaczyć dawnemi naszemi poglądami na dziedziczność usposobienia do gruźlicy. Należy też więcej brać na uwagę fakt, że przebieg gruźlicy jest bardzo długotrwały. W końcu należy więcej uwzględniać swoiste leczenie profilaktyczne.

8. W wyborze specjalnych środków w walce z gruźlicą, jako klęską społeczną, trzeba zawsze ogarniać całość zagadnienia. Należy stawiać na pierwszem miejscu stosowanie takich środków, które obejmują przeważającą większość przypadków, a nie takich, które dostępne są tylko dla małej garstki wybranych. Trzeba tu oprzeć się stanowczo wszelkiej demagogji, t. zn. wpływom politycznym, i nie ustępować nieuzasadnionym żądaniom, nie opartym ani na doświadczeniu, ani na zdobyczach naukowych, lecz tylko na pewnych mylnych pojęciach panujących wśród mało u nas uświadomionego ogółu.

9. Do arsenału środków specjalnych, stosowanych w walce z gruźlicą, zaliczamy: poradnie (przychodnie, opieki), oddziały szpitalne dla chorych gruźliczych, sanatorja rozmaitych typów, dla rozmaitych form choroby i dla różnego wieku chorych, półkolonje, rozmaite instytucje mające za zadanie ochronę dziecka przed gruźlicą (patrz 6), kolonje robotnicze i schroniska dla gruźliczych, w końcu swoiste leczenie zapobiegawcze.

10. W centrum całego ruchu przeciwgruźliczego, jako filar, na którym wspiera się cały system walki, jako najważniejsza broń, stoi poradnia przeciwgruźlicza, która ma nietylko wyszukiwać przypadki gruźlicy w rejonie swego działania, rozpoznawać wczesne okresy choroby, zapobiegać masowym i częstym zakażeniom, ale w naszych warunkach podjąć się także leczenia (także swoistego leczenia profilaktycznego) i opieki nad chorymi, oraz ich rodziną. Na tworzenie przycho-

dni i należyte ich prowadzenie (lekarze-specjaliści, opiekunki wyszkolone) iść powinna większość funduszów, przeznaczonych na walkę z gruźlicą.

11. Sanatorja gruźlicze nie należą ani do jedynych, ani do najważniejszych broni w walce z gruźlicą, ale do środków ważnych i niezbędnych. Społecznie mają one w tej walce mniejsze znaczenie, niż przychodnie, bo obejmują swym wpływem mniejszą ilość gruźliczych, i to tylko na krótki okres czasu. Zauważyć też należy, że leczyć gruźlicę można z równie dobrym skutkiem w każdym klimacie, a leczenie na miejscu lub w bliskości miejsca stałego zamieszkania daje wiele korzyści tak pod względem leczniczym, jak i społecznym i finansowym.

Nie należy też więzić znacznych kapitałów w wielkich kosztownych gmachach sanatorjalnych. — Leczenie gruźlicy w skromnych barakowych sanatorjach daje te same rezultaty jak leczenie w najkosztowniejszych budynkach sanatorjalnych. Rezultaty i korzyści, jakie daje leczenie sanatorjalne, zależą wyłącznie od kierownictwa i prowadzenia sanatorjum, oraz od należytego wyboru przypadków, nadających się do tego rodzaju leczenia.

12. W walce z gruźlicą muszą brać udział: państwo, samorządy i instytucje społeczne. Szczególniej w walce tej zainteresowane są finansowo Kasy chorych, rozporządzające znacznemi funduszami. Ponieważ zaś ubezpieczenie w razie choroby jest przedewszystkiem sprawą społeczno-lekarską, przeto lekarze powinni mieć większy i decydujący głos w tych instytucjach. Należy napowrót połączyć t. zw. opiekę społeczną ze sprawami sanitarnemi w jednem Ministerstwie.

13. Niezbędne jest ustawowe ujęcie sprawy walki z gruźlicą. Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19. lipca 1919 roku Dz. Pr. Pań. Nr. 63 poz. 371 i ustawa z dnia 25. lipca 1919 roku Dz. ust. Nr. 67 poz. 402 »w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych, oraz innych chorób występujących nagminnie« w art. 3 b, 2 oraz w art. 4 daje dostateczną podstawę, by umożliwić zarejestrowanie, a co za tem idzie, należyte ujęcie najniebezpieczniejszych form gruźlicy. Z czasem należałoby rozciągnąć przymus donoszenia na wszystkie formy gruźlicy. Ale najlepsza ustawa pozostanie martwą literą tak długo, dopóki chory lub lekarz donoszący nie będą przekonani o tem, że doniesienie władzom o przypadku gruźlicy zaraźliwej pociągnie za sobą jakąś akcję pożyteczną bądź dla chorego, bądź dla najbliższego jego otoczenia. Do wspomnianej wyżej ustawy w myśl brzmienia art. 3 b, 2, względnie art. 4 tejże ustawy powinna być wydana specjalna ustawa lub rozporządzenie, określające wyraźnie chociaż w głównych tylko zarysach obowiązki i stanowisko rządu, samorządów, oraz instytucyj społecznych w walce z gruźlicą.

14. Niezbędnem jest umożliwienie naukowego badania zagadnień gruźlicy przez udzielanie wydatnej rządowej pomocy finansowej pracownikom, chcącym bądź w pracowniach uniwersyteckich, bądź przez zbieranie i opracowywanie danych statystycznych z rozmaitych części państwa, przyczynić się do wyjaśnienia tego zawiłego problemu.

15. Trzeba dać możność studentom medycyny i lekarzom dokładnego zarówno teoretycznego, jak i praktycznego zapoznania się z zagadnieniem gruźlicy. Należy uznać wykłady higjeny społecznej za obowiązkowe dla studentów medycyny, z obowiązkowem kollokwjum z tego przedmiotu i wymagać odbycia kilkotygodniowej praktyki przy istniejącej w każdem uniwersyteckiem mieście przychodni gruźliczej. Trzeba wychować przyszłych lekarzy myślących i czujących społecznie. Dla lekarzy urządzić należy przy wspomnianych przychodniach coroczne kursy, połączone z zajęciami praktycznemi.

16. W ogólno-państwowej organizacji walki z gruźlicą, a także w organizacjach miejscowych baczyć należy, żeby cała akcja gruźlicza była należycie skoordynowana, jednolita i zgodna z zasadniczemi postulatami, przyjętemi i zalecanemi przez czynniki decydujące. Ogólny nadzór i kierownictwo należy do naczelnych władz sanitarnych państwowych.

17. W programach walki z gruźlicą pamiętać też należy o tem, że gruźlica zwierząt przenosi się nietylko na zdrowe zwierzęta, ale niebezpieczna jest także dla człowieka, a także drogą produktów spożywczych, otrzymywanych ze zwierząt zakażonych, przenieść się może zakażenie na ludzi.

18. Należy prowadzić energiczną propagandę uświadamiającą o zagadnieniach gruźlicy i o potrzebie racjonalnej walki z tą klęską, ale należy przytem unikać przesady, prowadzącej do błędów popełnianych gdzieindziej, gdzie zbyt gorliwa i przesadna propaganda odbywa się czasem kosztem prawdy lub wręcz wbrew ustalonym pojęciom naukowym.

19. Konieczną rzeczą jest ścisłe, dokładne, a przedewszystkiem jednolite w głównych zarysach zbieranie i opracowywanie dat statystycznych, tyczących się zachorowań, śmiertelności, profilaktyki i leczenia gruźlicy, jak wogóle uregulowanie sprawy zbierania statystyki lekarskiej w całem państwie (statystyka przyczyn śmierci).

Nasz centralny urząd statystyczny powinien w znaczniejszej mierze, niż się to dzieje dotychczas, uwzględniać potrzeby statystyki społeczno-lekarskiej i wychodząc z założenia, że nie wyłącznie dobra rzeczowe, ale w pierwszym rzędzie człowiek zdrowy, pracujący, tworzący wartości, stać powinien w centrum wszystkich interesów państwowych — jemu też poświęcać należy więcej uwagi. Przy opracowywaniu rezultatów spisu ludności należy przedewszystkiem opracowywać podział ludności według okresów wieku, uwzględniając przy tem płeć, wyznanie i narodowość. Bez tych danych trudno jest prowadzić racjonalnie statystykę społeczno-lekarską. Zważywszy, że pierwszy spis ludności w państwie odbył się w warunkach niesprzyjających takiej pracy, bo administracja nasza nie była wtedy jeszcze należycie zorganizowana w niektórych częściach państwa, przeto należałoby następny taki spis ludności przeprowadzić nie po upływie 10, lecz już po 5 latach t. j. w dniu 31. grudnia 1926 r.

Po doc. drze Janiszewskim zabrał głos prof. dr. G a n t k o w s k i P. z Poznania i przedstawił **sposób ubezpieczania społecznego w Zachodniej Polsce** i zakończył rezolucją:

I Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie zwraca się do Rady Ministrów, a w szczególności do Pana Ministra ochrony pracy i opieki społecznej, aby niezwłocznie przystąpiono do rozszerzenia na całą Rzeczypospolitą ubezpieczeń społecznych Zachodniej Polski, tamże sprawnie funkcjonujących i umożliwiających zakładanie jak najliczniejszych lecznic dla leczenia gruźlicy płucnej.

Dr. Kazimierz D ą b r o w s k i z Warszawy mówił **o roli przychodni w społecznej walce z gruźlicą**, w końcu podał plan wzorowej przychodni.

Dr. Łucjan G a w e n d o z Mielca mówił **o roli samorządu w społecznej walce z gruźlicą.**

Cała akcja powinna się wykonywać przez samorządy przy nadzorze i współudziale władz sanitarnych z subwencją Rządu i Kas chorych w kontakcie z Towarzystwami przeciwgruźliczemi.

Powinien być obrany kierunek stworzenia jednostki przeciwgruźliczej. Jednostka taka składa się: 1) z poradni, 2) sanatorjum, 3) przytułku dla ciężko chorych, 4) kolonji letniej, 5) szkoły leśnej (system Grancher), 6) okręgowych kół opiekuńczych.

Prelegent, który pragnie natychmiast rozpocząć walkę radzi Towarzystwom przeciwgruźliczym połączyć się z Polską Ligą przeciwgruźliczą, ujął myśl swoją w 7 wniosków. Ogólnie biorąc pokrywają się one z wnioskami doc. Janiszewskiego i zostały uwzględnione przez Komisję wnioskową Zjazdu.

Dr. Edward B r u n n e r z Warszawy mówił **o sprawie organizacji Komitetu do walki z toczniem.** Stwierdził, że u nas brak jest funduszów dla stworzenia instytutu dla leczenia wilka i podnosi konieczność leczenia lampą Finsena.

Serję odczytów zakończyły wykłady dr Anny M a r g o l i s o w e j z Łodzi p. t.: **»Rola poradni w walce z gruźlicą wieku szkolnego«**,

Dr. M. T o m a s z e w s k i e j z Łodzi p. t.: **»Rola przychodni w walce z gruźlicą chirurgiczną dzieci«** i

Dra G a b r y s z e w s k i e g o Tadeusza z Zakopanego **»O sprawie ochrony społeczeństwa w Zakopanem przed chorymi na gruźlicę dla otoczenia niebezpieczną«.**

Przed zamknięciem Zjazdu przez prof. G l u z i ń s k i e g o odczytał wnioski Komisji wnioskowej dr. W e i n s b e r g:

I. Polski Zjazd Przeciwgruźliczy uchwala przyjąć podział kliniczny gruźlicy dra Seweryna Sterlinga, jako obowiązujący dla lekarzy polskich.

Zjazd uznając za nieścisły i niebezpieczny podział gruźlicy płuc na otwartą i zamkniętą, jako oparty jedynie na wykryciu w plwocinie prątków Kocha, poleca Zarządowi Związku Przeciwgruźliczego przygotowanie na II. Zjazd określeń ściślejszych i bardziej celowych.

Zjazd uznaje za konieczne dalsze badania immuno-biologiczne w szczególności co do szczepionek, kliniczne w ścisłym związku z patologicznemi, statystyczne i inne naukowe, przy wydatnej pomocy finansowej rządu.

Zjazd uznaje, że sztuczna odma piersiowa jest w odpowiednich przypadkach doniosłą metodą leczenia gruźlicy płuc. Zjazd wypowiada więc życzenie, aby kliniki uniwersyteckie i szpitale organizowały kursy tej metody dla lekarzy szpitalnych.

Zjazd uznaje za sprawę pierwszorzędnej wagi tworzenie szkół-uzdrowisk z pomocą finansową rządu, samorządów i Towarzystw przeciwgruźliczych.

Zjazd, kierując się względem na zakres wykonalności środków walki z gruźlicą w obecnych warunkach Państwa, przyjmuje wnioski głównego referenta doc. dra Janiszewskiego b. Ministra Zdrowia i kładzie nacisk na sprawę zapobiegania i zwalczania gruźlicy u dzieci, oraz tworzenia poradni przeciwgruźliczych. Zjazd uprasza prasę o ogłoszenie w całości wniosków podanych przez doc. dra Janiszewskiego.

Zjazd uznając poradnie, jako jeden z najważniejszych czynników walki z gruźlicą, uważa także sanatorja za poważne placówki w akcji przeciwgruźliczej.

Zjazd uznając zamknięcie sanatorjum im. Dłuskich w Zakopanem za wysoce szkodliwe, zwraca się do powołanych czynników z wezwaniem o poczynienie kroków celem jak najrychlejszego otwarcia tego Zakładu.

Zjazd uznaje za niesłychanie ważne dla rozwoju poradni wykształcenie opiekunek i ścisłe współdziałanie z poradniami Towarzystw dobroczynnych, samorządów i rządu.

Zjazd uważa za bardzo doniosłe zapobieganie i zwalczanie gruźlicy wśród młodzieży akademickiej i podkreśla konie-

czność poparcia przez rząd, samorządy i społeczeństwo sprawy przyśpieszenia budowy domów akademickich.

Zjazd poleca Zarządowi Związku Przeciwgruźliczego ogłaszanie corocznie przed Zjazdem Przeciwgruźliczym zapomocą prasy ogólno-lekarskiej stanu walki z gruźlicą w Polsce i stałe informowanie lekarzy przez tę prasę o postępach naukowego badania i leczenia gruźlicy.

Zjazd zwraca się do Rady Ministrów, a w szczególności do Pana Ministra ochrony pracy i opieki społecznej, aby niezwłocznie przystąpiono do rozszerzenia na całą Rzeczpospolitą ubezpieczeń społecznych Zachodniej Polski.

Zjazd przyjmuje zaproszenie Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie i dziękując za nie uchwala zwołać następny Zjazd do Lwowa. Wykonanie tej uchwały przekazuje Zjazd Zarządowi Związku Przeciwgruźliczego.

Skierowanie powyższych wniosków na właściwe drogi powierza się Zarządowi Związku Przeciwgruźliczego.

Wieczorem w niedzielę odbył się uroczysty raut w salach Starego Teatru przy placu Szczepańskim l. 1 — wydany na cześć członków Zjazdu przez Prezydjum m. Krakowa.

Wszyscy członkowie byli zachwyceni gościnnością i serdecznością tak Reprezentantów Gminy i Władz, jak i Kolegów miejscowych którzy nie szczędzili swego trudu, aby Zjazd pracował w poważnej, spokojnej atmosferze i miał wszelkie wygody i objaśnienia, a nadto aby członkowie jego czuli, że spotykają się z należytem zrozumieniem ważności tematu Zjazdu i jego prac. *Doliński* (Lwów).

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

W dniu 30 czerwca b. r. odbyło się pod przewodnictwem Dra Duczyminskiej na zaproszenie Prezydjum Izby zgromadzenie lekarek w sprawie uregulowania stosunku ich do kasy pensyjnej. Komitet kasy bowiem, wychodząc ze założenia, że świadczenia kasy odnośnie do lekarek nie są równe świadczeniom do których mają prawo mężczyźni gdyż regulamin nie przewiduje pensji wdowców, uchwalił przedstawić Zarządowi Izby wniosek obniżenia opłat przez lekarki. Skalę obniżenia ustali się po szczegółowem obliczeniu, dokonanem przez matematyka asekuracyjnego. Wniosek ten imieniem Zarządu przedstawił zebranym Prezydent Izby. W dyskusji prawie jednogłośnie uznano słuszność zapatrywania, przedstawionego przez Zarząd i zgodzono się jednomyślnie na propozycję obniżenia wkładek.

Po dokonaniu obliczenia matematycznego Zarząd Izby ogłosi wysokość opłat, obowiązujących lekarki, jako członków Kasy pensyjnej.

Naczelna Izba lekarska.

Protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 16. II. 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bełkowski, Kozerski, Śmiechowski.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu posiedzenia poprzedniego na wniosek Dr. Śmiechowskiego, któremu powierzono rozpatrzenie regulaminów Izb Lwowskiej i Poznańsko-Pomorskiej, wymienione regulaminy, jako zgodne z ustawą o izbach lekarskich, zatwierdzono i postanowiono zawiadomić o tem Izby Lwowską i Poznańsko-Pomorską. Nadto postanowiono regulaminy przesłać w dwóch egzemplarzach Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, zgodnie z jej prośbą, odpis wyroku Sądu Izby Krakowskiej w sprawie Dr. Berkmana z Buska.

Zgodnie z uchwałą Izby naczelnej z dnia 25. I. 1925 r upoważniono przewodniczącego dr Bączkiewicza do pertraktacji z Senatorami i posłami lekarzami w celu utworzenia Koła Lekarzy Sejmowych i Senackich. Dr Kozerski i dr. Śmiechowski otrzymali upoważnienia do przedstawienia na posiedzenie następne projektu nowelizacji art. 38 Ustawy o Izbach Lekarskich odnośnie do Rady Dyscyplinarnej, a także przedstawienia projektu wniesienia do ustawy o Izbach Lekarskich artykułu o przysiędze dla sędziów Izb Lekarskich. W związku z nowelizacją Ustawy o Izbach Lekarskich postanowiono skierować do wszystkich Izb okólnik (Nr. 3) z prośbą o przedstawienie projektów nowelizacji tej ustawy i co do innych punktów.

Postanowiono przesłać Generalnemu Dyrektorowi Służby Zdrowia uchwały Izby Naczelnej z dnia 25 I. r. b. w sprawie powołania do życia Najwyższej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych oraz w sprawie wydawania perjodycznych sprawozdań z dziedziny zdrowia publicznego i działalności władz sanitarnych, uchwałę w sprawie obejmowania posad w Kasach Chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych wreszcie uchwały w sprawie „pojęcia praktyki lekarskiej“. Tę ostatnią uchwałę postanowiono przesłać również do Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych.

Postanowiono przesłać Sądowi Izby Naczelnej listę wybranych w dniu 25. I. 1915 r. przez Izbę naczelną zastępców członków Sądu Izby Naczelnej.

Od Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P. otrzymano odpis pisma do Izby Warszawsko-Białostockiej w sprawie emerytur i stabilizacji lekarzy szpitalnych.

Od dr. Kozerskiego otrzymano pismo, w którem dr. Kozerski zawiadamia Zarząd N. I. L. o złożeniu przezeń urzędu członka Naczelnej Izby Lekarskiej i jej Zarządu na podstawie ukończonych 60 lat życia. Motywem do ustąpienia dr. Kozerskiego było wywieranie na posiedzeniu Izby Naczelnej niedopuszczalnego nacisku na tych członków Sądu N. I. L., którzy są jednocześnie członkami Naczelnej Izby Lekarskiej w wewnętrznych sprawach Sądu N. I. L.

Na opróżnione przez ustąpienie dr. Kozerskiego miejsce w Zarządzie postanowiono powołać pierwszego z listy zastępców dr. Ryszarda Szerypo.

Od redakcji.

Numer niniejszy wychodzi jako numer podwójny (32 i 33) za czas od 1—16. VIII. 1925. Numer następny ukaże się podobnie jako numer podwójny (34 i 35) za czas od 17—30. VIII. 1925.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Nowoczesne metalowe lampy roentgenowskie »Metalix« firmy Philips. Na Przyrodniczo-Lekarskiej Wystawie w Warszawie urządzonej z okazji XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, wystawiła fabryka lamp elektrycznych Philips serję metalowych lamp roentgenowskich, o zupełnie odmiennej konstrukcji od dotychczas używanych. Lampy te, raczej rury metalowe, nazwane przez Firmę — »Metalix« stanowią zupełny przewrót w technice produkcji i używania lamp roentgenowskich. Rury »Metalix« różnią się od wszystkich innych lamp tem, że promienie roentgenowskie wytwarzają się w osłonie ołowianej, przyczem występują nazewnątrz jedynie przez specjalne szklane okienko.

Używanie specjalnej pokrywy ochronnej przy terapji jest zupełnie zbyteczne, co umożliwia nadzwyczaj proste ustawianie rur zapomocą zwykłego statywu. Rury ostatnio wymienionego typu są zaopatrzone w osłonę ołowianą o 6 mm grubości, której waga wynosi zaledwie 3 kg.

Ze świata.

k »Lancet« z dnia 18 lipca zawiera dwa artykuły o etjologji nowotworów złośliwych. W. E. Gye autor jednego z artykułów, dochodzi do wniosku, że nowotwory złośliwe są wywołane przez jakiś »*virus*« który aby mógł zadziałać, musi mu niejako przygotować grunt »specyficzny czynnik«. Autor otrzymywał ten czynnik z wyciągów rakowych. Drugi artykuł J. E. Bernarda opisuje aparat pozwalający widzieć zarazki, należące do grupy filtrujących się.

k W Niemczech przeprowadzono spis ludności. Ze spisu okazało się, że Niemcy bez obszaru Saary posiadają 62½ mil. mieszkańców. Przyrost od chwili ukończenia wojny 2·9 mil. ludzi. Tłumaczą to zmniejszoną śmiertelnością (poprawą warunków bytu) i powrotem optantów. Na 1000 mężczyzn przypada 1070 kobiet.

k Londyn. 13 lipca odbyło się w obecności króla uroczyste otwarcie gmachu »Związku Lekarzy Angielskich«. W gmachu znajdują się liczne sale posiedzeń, bibljoteki, izby klubowe i sala balowa.

k Berlińska Kasa Chorych stara się opanować miejskie Pogotowie Ratunkowe i połączyć je ze swemi ambulatorjami.

Sprostowanie.

W Nr. 21 „P. G. L.“ w artykule Dr. H. Kryszka p. t. „Cebulka ostrawki pomorskiej“.

Wiersz 11 od góry str. 487 zamiast: »Whiterinę“ — ma być: „Whitering“.

Wiersz 36 od góry str. 487 zamiast: „Tra acielae“ — ma być: „Tra scillae“.

Wiersz 24 od dołu str. 487 po słowie „ilościowy“ powinno być: „określenie“.

Wiersz 11 od góry str. 488, I. szpalta po słowach: glikozydy roślinne“ — powinno być: „bądź co bądź w pokaźnej ilości“.

Wiersz 16 od dołu str. 488, II. szpalta zamiast: „z ilością stosowanej cebuli dochodziliśmy do 1,2—1,50“ — ma być: „z ilością stosowanej cebuli dochodziliśmy do 12,0—15,0.

W sprostowaniu w Nr. 28 „P. G. L.“ zaszła omyłka drukarska następująca: zamiast „Groer Fritz Tomaszewski“ ma być „Groer, Stütz, Tomaszewski„.

KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Krzemienieckiego ogłasza niniejszem konkurs na posadę kierownika szpitala samorządowego na 15 łóżek z przychodnią w Poczajowie.

Do posady tej przywiązane są pobory w g. VII. st. płac urzędników państwowych i mieszkanie złożone z 3 pokojów.

Lekarzom przysługuje prawo wolnej praktyki.

Osoby reflektujące winny dołączyć do podań następujące dokumenta:

1) świadectwo obywatelstwa polskiego;
2) odpis dyplomu;
3) curriculum vitae, znajomość języka rusińskiego pożądana.

Posada do objęcia od zaraz.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta (—) *Robakiewicz.*

L. 406/III/091.

KONKURS.

Dyrekcja Kolei Państwowych ogłasza konkurs na posadę kontraktowego lekarza rejonowego z siedzibą w Kołomyji.

Warunki dla ubiegających się o tę posadę są następujące
1) obywatelstwo polskie;
2) nieprzekroczony 45 rok życia;
3) dyplom lekarski.

Płaca miesięczna VIII. grupy, wedle ustawy z dnia 9. października 1923 r o uposażeniu funkcjonarjuszy i wojska (Dz. U. R. P. Nr. 116, poz. 924 ex 1923 r.)

Pierwszeństwo mają kandydaci, którzy wykażą się dłuższą praktyką w zakresie chirurgji i położnictwa.

Termin wnoszenia podań upływa z dniem 1. września 1925 r.

Bliższych informacji udziela naczelnik Wydziału sanitarnego tutejszej Dyrekcji.

Nr. 34 i 35. 30. sierpnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA, adjunkt Zakładu. Lwów.

O stosunku zmian tłuszczowych mięśnia sercowego do innych narządów miąższowych.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof dr. W. Nowicki.

W pracy mej »*Zmiany tłuszczowe w mięśniu sercowym i ich stosunek do stanów chorobowych*«, (Polska Gaz. lek. Nr. 13, 1923), postawiłam sobie pewne pytania natury ogólnej, dotyczące zwyrodnienia tłuszczowego i jego pochodzenia, a następnie pytania szczegółowe, odnoszące się do zmian tłuszczowych w mięśniu sercowym, a mianowicie:

1. Jakie znaczenie czynnościowe ma zwyrodnienie tłuszczowe dla mięśnia sercowego?
2. Jak często zmiana ta w mięśniu sercowym się pojawia?
3. W jakich chorobach zachodzi zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego?

Wnioski, do których wówczas doszłam na podstawie własnych badań były następujące:

1. Występowanie kuleczek tłuszczu w mięśniu sercowym należy uważać za objaw choroby t. j. za objaw zwyrodnienia jego komórek.
2. Tłuszcz pojawiający się w komórce sercowej, w zwyrodnieniu tłuszczowem, jest tłuszczem w części pochodzenia zewnętrznego, w części powstaje w samej komórce przez uwidocznienie się tłuszczów w komórce istniejących, ale dla badania histologicznego niedostępnych.
3. Jako przyczynę zwyrodnienia tłuszczowego należy uważać działanie drobnoustrojów i ich jadów, jak również trucizn pochodzenia niebakteryjnego, wprowadzonych do ustroju od zewnątrz, albo też powstających w samym ustroju.
4. Małe stopnie zwyrodnienia tłuszczowego mogą być przez serce wyrównane, większe zaś wywołują objawy niedomogi mięśnia sercowego.
5. Zwyrodnienie tłuszczowe obejmuje zwykle równocześnie wszystkie odcinki serca, nawet w przypadkach jednostronnego zajęcia serca, wyjątek w przypadkach rzadkich tworzą mięśnie brodawkowe, jakoteż włókna Hissa, które mogą okazywać pod tym względem pewną samodzielność.

Obecnie zadałam sobie dalsze pytanie, mianowicie, czy zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego może w pewnych przypadkach pojawiać się samoistnie i zajmować pewne odrębne stanowisko pod względem zmian tłuszczowych, czy też występuje zawsze równocześnie ze zmianami tłuszczowemi innych narządów miąższowych, jako objaw pewnych ogólnych zmian ustroju całego.

Chcąc się o tem przekonać zbadałam na tłuszcz w dalszych przeszło 100 przypadkach mięsień sercowy, a równocześnie także i inne narządy miąższowe, przedewszystkiem zaś wątrobę i nerkę.

Nie podaję tutaj ani techniki mych badań, ani też dokładnych protokołów, gdyż postępowałam tutaj zupełnie tak samo, jak w poprzedniej pracy, a ograniczam się tylko do zestawienia wyników tych badań na załączonej tablicy, oraz do krótkiego omówienia stwierdzonych faktów. W podręcznikach anatomji patologicznej podane jest tylko ogólnikowo przy jakich schorzeniach występuje zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych. Jakiegoś zestawienia, któreby nam pokazywało stopień i stosunek tych zmian w poszczególnych narządach nigdzie nie znalazłam.

Materjał cały, bez wyboru pobierany, podzieliłam, jak w pierwszej pracy, na pewne grupy, według przyczyny, przebiegu, lub też umiejscowienia chorób. Kreski lub też krzyżyki oznaczają brak lub obecność zmian tłuszczowych Jeden krzyżyk oznacza zmiany tłuszczowe miernego stopnia dwa krzyżyki zmiany średniego stopnia, trzy zaś zmiany wysokiego stopnia.

Jak z tablicy wynika, odnośnie do mięśnia sercowego, otrzymałam także w tych dalszych 107 przypadkach wyniki, odpowiadające prawie zupełnie wynikom pierwszy raz stwierdzonym. Widać także i tutaj, że zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego pojawia się najwybitniej w chorobach zakaźnych ostrych, przy wadach serca, rozedmie płuc i niedokrwistościach złośliwych, nie pojawia się, chyba tylko w słabym stopniu, przy przewlekłych chorobach zakaźnych i przy chorobach wyniszczających, jak n. p. przy wrzodzie żołądka i przy raku. Co się tyczy zmian tłuszczowych wątroby i nerki, to już przy pobieżnem oglądaniu tablicy zauważa się, że narządy te zachowują się w poszczególnych sprawach chorobowych pod względem stopnia stłuszczenia naogół podobnie, jak mięsień sercowy, i tylko w niektórych schorzeniach stopień zwyrodnienia tłuszczowego w wątrobie i nerkach był większy lub też mniejszy, jak w mięśniu sercowym; od czego to zależy, wykaże badanie poszczególnych przypadków.

W pierwszej grupie schorzeń, w chorobach zakaźnych ostrych, w których zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych jest najwybitniejsze, tam zmiana ta dość równomiernie we wszystkich narządach się pojawiała.

Ten sam stopień zwyrodnienia tłuszczowego, jak w sercu, można było wykazać mniej więcej także i w wątrobie i w nerkach. Możliwe, że w durze powrotnym, który przedewszystkiem badałam u dzieci, wątroba w niektórych przypadkach okazuje większe zwyrodnienie tłuszczowe, aniżeli serce i nerki. Z protokołów odpowiednich przypadków wynika, że u tych właśnie osobników zachodzi przewlekły nieżyt przewodu pokarmowego, dość daleko posunięty; więc najprawdopodobniej do tego należy odnieść ten zwiększony stopień zwyrodnienia tłuszczowego w wątrobie, a zatem do przyczyny dodatkowej, lokalnej.

W chorobach zakaźnych przewlekłych, w gruźlicy i kile uderzał naogół brak zmian tłuszczowych we wszystkich narządach. Tylko w jednym przypadku kiły, w którym nie było zmian tłuszczowych w mięśniu sercowym, zmiany te występywały w dość znacznym stopniu w nerkach i w mniejszym w wątrobie. W przypadku tym mamy do czynienia z ropnem zapaleniem miedniczek nerkowych i nerek z ogólnem ropnem zapaleniem otrzewnej, tym więc zmianom miejscowym należy przepisywać to wzmożone zwyrodnienie tłuszczowe w nerkach i wątrobie. W przewlekłej gruźlicy zmian tłuszczowych albo wcale nie było, albo były one tylko minimalne.

Co się tyczy chorób mózgowych, naogół zmiany tłuszczowe w narządach były bardzo nieznaczne ale wcale ich nie było, na co zwróciłam już szczególniejszą uwagę w mej poprzedniej pracy, odnośnie do mięśnia sercowego.

Tylko w dwóch przypadkach można było wykazać w wątrobie dość daleko posunięte zwyrodnienie tłuszczowe przy braku tych zmian w nerkach i sercu. Są to dwa przypadki nagminnego zapalenia mózgu *(encephalitis epidemica)*, przy którem według pewnych autorów mają występować zmiany zapalne w wątrobie podobnie, jak w mózgu. Zylberlast, Zandowa, stwierdzali stale nacieki zapalne i zwyrodnienie przy doświadczalnem zapaleniu nagminnem mózgu.

W moich dwóch przypadkach stwierdzono również nacieki zapalne w wątrobie obok zwyrodnienia tłuszczowego, zmiany, jakich nie można było wykazać ani w sercu, ani też w nerkach. Możliwem jest, że jady z mózgu dostają się do wątroby i zostają tutaj zatrzymywane, dlatego też ta ostatnia

Grupa chorób	Suma	Choroba	Suma	Narząd	Stopień stłuszczenia			
					+++	++	+	—
Ostre choroby zakaźne	21	Typhus exanth.	3	S.			3	
				W.		1	2	
				N.			3	
		Sepsis	3	S.		1	2	
				W.		2	1	
				N.		1	2	
		Typhus recurrens.	15	S.	2	8	3	2
				W.	5	10		
				N.	2	6	6	1
Przewlekłe choroby zakaźne	8	Tuberculosis	5	S.				5
				W.			2	3
				N.			1	4
		Lues	3	S.				3
				W.			1	2
				N.			2	1
Układ nerwowy środkowy	10	Encephalitis	7	S.			1	6
				W.		2	3	2
				N.			4	3
		Meningitis	3	S.				3
				W.		1		2
				N.				3
Ogólne zaburzenia w krążeniu	12	Vitium cordis	9	S.	5	3	1	
				W.	4	4	1	
				N.	3	3	3	
		Emphys. pulm.	3	S.	2	1		
				W.	1	2		
				N.	1	2		
Zaburzenia w składzie krwi	6	Leukaemia	2	S.		1	1	
				W.			2	
				N.			2	
		Anaemia gravis	4	S.	2	1	1	
				W.	3	1		
				N.	2		2	
Miażdżyca tętnic	5	Miażdżyca tętnic	5	S.		1	4	
				W.		2	3	
				N.	1	3	1	

Grupa chorób	Suma	Choroba	Suma	Narząd	Stopień stłuszczenia			
					+++	++	+	—
Zaburzenia w przewodzie pokarmowym	12	Enteritis chr.	9	S.			2	7
				W.		4	4	1
				N.			6	3
		Ulcus ventriculi	3	S.				3
				W.			1	2
				N.			1	2
Ostre sprawy zapalne	10	Peritonitis	3	S.			2	1
				W.		1	2	
				N.			1	2
		Pneumonia	5	S.			4	1
				W.			3	2
				N.			2	3
		Pleuritis	2	S.			1	1
				W.			1	1
				N.			1	1
Zaburzenia w przemianie materji	2	Diabetes	2	S			2	
				W.	1	1		
				N.	1	1		
Samozatrucia	4	Icterus	4	S.			1	2
				W.			4	
				N.			4	
Nowotwory złośliwe	7	Carcinoma	5	S.		1	1	3
				W.		1	1	3
				N.			1	4
		Sarcoma	2	S.		1		1
				W.		1	1	
				N.			1	1
Varia	10	Cirrhosis hep.	3	S.				3
				W.			3	
				N.				3
		Pemphigus	2	S.			2	
				W.			2	
				N.			2	
		Skazanych	5	S.				5
				W.			2	
				N.				5

mogła ulec stanowi zapalnemu i zwyrodnieniu tłuszczowemu przy braku zmian ogólnych, tłuszczowych.

Przy wadach serca i rozedmie płuc, połączonej najczęściej z wadą serca, w których to schorzeniach zachodzi ogólne przekrwienie żylne, stopień zwyrodnienia tłuszczowego wszystkich narządów był znaczny i dość równomiernie w narządach tych występował. To samo można powiedzieć i o niedokrwistościach złośliwych.

W następnej grupie chorób, w miażdżycy tętnic zmiany tłuszczowe były nieznaczne we wszystkich narządach, lub zupełnie ich nie było. W tych tylko przypadkach stwierdzono zmiany tłuszczowe, gdzie równocześnie wykazano rozedmę płuc z przerostem serca prawego i zastoiną; raz szczególnie w nerkach można było stwierdzić daleko posunięte zwyrodnienie tłuszczowe, lecz był to przypadek zapalenia nerek.

W schorzeniach przewlekłych przewodu pokarmowego, jak przy wrzodach żołądka i dwunastnicy i przy zaniku błony śluzowej jelit i kiszek u małych dzieci, tłuszczu naogół nie można było wykazać, względnie tylko mało, szczególnie w mięśniu sercowym i nerkach. Natomiast w wątrobie występował on nieraz przy chorobach jelit, szczególnie u dzieci, nawet w dość znacznym stopniu. Niewątpliwie należy to odnieść do pewnych ciał trujących, które z jelit dostają się do wątroby i ją uszkadzają.

W ostrych zapaleniach błon surowiczych, jakoteż w zapaleniu płuc, przy których to sprawach prawie stale wykazać można było zmiany tłuszczowe w mięśniu sercowym, choć nieznacznego stopnia, i w innych narządach, w wątrobie i nerce, zmiany podobnie się przedstawiały.

Przy ciężkich żółtaczkach zmiany tłuszczowe znowu dość równomiernie rozmieszczone były we wszystkich narządach.

Nowotwory złośliwe okazywały naogół brak zmian tłuszczowych w zakresie narządów miąższowych, tylko 2 razy, raz w przypadku raka, a raz mięsaka stwierdziłam dość znaczne zwyrodnienie tłuszczowe tak mięśnia sercowego, jako też wątroby i nerek są to jednak przypadki, gdzie obok raka stwierdzono wadę serca, 2-gi przypadek mięsaka zmarł wskutek zatrucia karbolowego.

Co się tyczy grupy ostatniej, oznaczonej jako »*Varia*«, w której tylko poszczególne przypadki są wymienione, to u trzech osobników z marskością wątroby zmiany tłuszczowe dotyczyły tylko samej wątroby, co ze względu na sprawę toczącą się w wątrobie łatwo można wytłumaczyć. Dwa przypadki pęcherzycy okazywały ogólne zmiany tłuszczowe. Bardzo ważnych dla nas jest pięć przypadków rozstrzelanych skazańców, dotyczących ludzi młodych i zdrowych, u których ani w sercu, ani też w wątrobie i nerkach zmian tłuszczowych nie było.

Jak więc widzimy, z naszego zestawienia wynika, że zmiany tłuszczowe, zachodzące w narządach miąższowych w rozmaitych ogólnych schorzeniach ustroju, naogół dość równomiernie się przedstawiają we wszystkich narządach miąższowych, że zatem serce nie zajmuje przy żadnej z badanych chorób odrębnego stanowiska pod względem zwyrodnienia tłuszczowego. Ani w jednym z badanych przypadków nie były zmiany tłuszczowe w sercu większe, jak w innych narządach, albo wyłącznie tylko tutaj występowały. Jeżeliśmy stwierdzili jakieś różnice, co do stopnia zwyrodnienia tłuszczowego w poszczególnych narządach, to dotyczyły one głównie wątroby, w mniejszym stopniu i nerek. W wątrobie zmiany tłuszczowe nieraz wybitnie były większe, niż w sercu i nerkach; lecz w tych przypadkach, jak to widzieliśmy przy durze powrotnym u dzieci, przy przewlekłych nieżytach jelit, przy nagminnem zapaleniu mózgu i przy marskości wątroby, występowanie zmian tych można wytłumaczyć sprawami miejscowemi w samej wątrobie się toczącemi. Co się tyczy nerek, to jedynie przy zapaleniach nerek zmiany tłuszczowe jedynie w tym narządzie występowały.

Z tego wynika, że te same czynniki szkodliwe, które wywołują zmiany tłuszczowe w mięśniu sercowym, działają w ten sam sposób i na inne narządy miąższowe.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI, Lwów.
asystent kliniki.

Modyfikacja plastyki odstających uszu*).

Z Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Małżowina uszna, stanowiącą zbiornik fal głosowych, które przewodzi w dalszym ciągu w kierunku ucha środkowego, zadanie swe pod tym względem spełnia w bardzo skromnych rozmiarach a to z powodu małej elastyczności chrząstki, nieznacznego kąta nachylenia w stosunku do czaszki i szczupłego rozwoju odnośnych mięśni. O wiele częściej zato czyto z powodu pewnych nieprawidłowości rozwojowych, jak nadmiernej wielkości, odmiennego kształtu i sposobu przyczepu do czaszki lub z powodu zniekształceń pourazowych może się stać przedmiotem zabiegu operacyjnego. Normalnie już kształt małżowiny usznej podlega bardzo znacznym wahaniom, niektóre jednak jej typy mogą – według Trö l tscha — zaliczać się do cech narodowych, względnie rasowych.

Zniekształcona małżowina uszna, jako składowa część ogólnej sylwetki twarzy, stanowi zdaniem Payr'a bardzo ważne, już chociażby ze względów społecznych, (niemiły wygląd, naśmiewanie się) wskazanie do wykonania zabiegu kosmetycznego. Zabiegi te szły dotychczas w dwu kierunkach a mianowicie w kierunku zmniejszania małżowiny w małej ilości przypadków, po największej zaś części w kierunku zbliżenia odstających uszu. Odstawanie uszu czyli *otapostasis*, jak je nazywa Joseph, spotykamy bardzo często przy zupełnie prawidłowej ich budowie i stan ten zdaniem tegoż autora należałoby zaliczyć do pewnych wrodzonych odchyleń rozwojowych. Sam rozwój i sposób zachowania się chrząstki, stanowiącej zrąb kształtu małżowiny usznej a zbudowanej według pewnych praw matematycznych (Rohrer), ma tutaj naturalnie też coś do powiedzenia.

Ojczyzną plastyki małżowiny usznej była Ameryka. Pierwszy wykonał plastykę odstających uszu Amerykanin Ely w roku 1881, za nim idą Roosa (1889), Keen (1890) a po nich cały szereg autorów przeważnie niemieckich. Naogół jednak ilość tych plastyk była bardzo szczupłą w porównaniu ze stosunkowo często spotykaną wadą tego rodzaju, małem niebezpieczeństwem zabiegu i w porównaniu z przeważnie dobrym wynikiem kosmetycznym. Wiemy dziś, że leczenie odstających uszu sposobami ortopedycznemi nie prowadzi do celu. Dlatego też oddawna poczęto stosować leczenie operacyjne, polegające na wycięciu odpowiedniej wielkości i kształtu płata skórnego z wewnętrznej powierzchni małżowiny i przylegającej partji czaszki (König, Trendelenburg, Payr, Joseph). Samo jednak wycięcie skóry może dawać nawroty już po $1/2$—1 roku skutkiem elastyczności chrząstki (Payr), dlatego też przy bardziej odstających uszach należało wraz z wycięciem skóry stosować i resekcję chrząstki. W tym też kierunku zostały skierowane pierwsze plastyki wybitnie odstających uszu (Keen, Ely, Roosa). Gersuny, po wykonaniu płata skórnego, wycinał wąskie pasemka chrząstki w podłużnej a w razie potrzeby i w poprzecznej osi małżowiny przyszywając chrząstkę jedwabnemi szwami do przylegającej części sutkowej kości skroniowej. Payr po wycięciu szerokiego rombu skórnego z małżowiny, jakoteż sąsiedniej partji czaszki i stworzeniu w ten sposób szerokiej powierzchni zrostu, zbliżał zmniejszoną małżowinę, do głowy przez przeprowadzenie paska chrząstki popod klamrę wytworzoną z okostnej części sutkowej. Morestin prócz resekcji chrząstki stosował jeszcze jej fałdowanie (plissement).

Zaznaczyć należy, że plastykę uszu wykonano prawie wyłącznie tylko u mężczyzn, co można tłumaczyć tem u tych, że przedewszystkiem anomalje tego rodzaju rzucają się wyraźniej w oczy.

---

*) Na podstawie referatu wygłoszonego w sekcji chirurgicznej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie i na podstawie pokazów w Lwowskiem Towarzystwie lekarskiem.

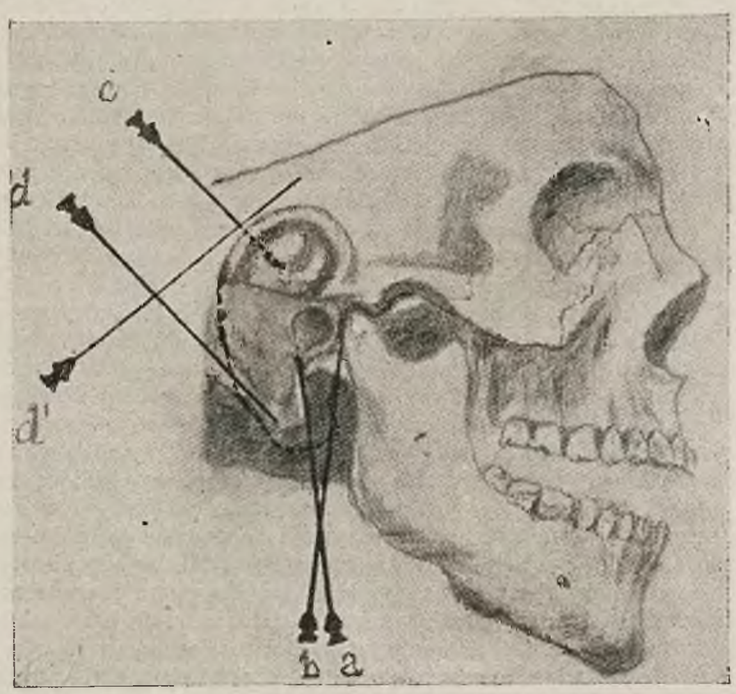
Pozwolę sobie teraz przejść do pewnej modyfikacji plastyki odstających uszu, stosowanej przez nas.

Przed wykonaniem zabiegu należy dokładnie obejrzeć, czy wielkość, sposób i wysokość osadzenia jakoteż rysunek obu małżowin są jednakowe. Następnie po wygoleniu odnośnej partji poza uchem przystępujemy do znieczulania. Jak wiadomo małżowina uszna jest unerwiona przez *n. auricularis magnus* od tyłu i od dołu, w zakresie przedniej powierzchni przez *n. auriculotemporalis (nn. auriculares anteriores)* i częściowo przez *n. vagus (r. auricularis)* jakoteż może przez *n. occipitalis minor*.

Otóż po wykonaniu bąbla skórnego tuż popod płatkiem usznym, należy sposobem Gompertza czy Eickena, wprowadzić igłę skośnie ku górze, ku tyłowi i wgłąb w kierunku do *fissura tympano mastoidea (r. auricularis n. vagi* a bardziej powierzchownie gałązki *n. auricularis magnus)*, na pogranicze części kostnej i chrzęstnej przewodu usznego i po drodze wstrzyknąć 3 cm sz. 2% roztworu nowokainy, poczem po cofnięciu igły i obrocie jej o 40—50 stopni ku przodowi, wymacując przy otwartych ustach tylno-górny brzeg gałęzi szczęki dolnej wprowadzić igłę ku górze, ku przodowi i w głąb mniej więcej w kierunku *fissura petrotympanica (n. auriculotemporalis)*, i wstrzyknąć taką samą ilość nowokainy. Następnie po wbiciu igły na przyśrodkowej powierzchni małżowiny na wysokości *fossa anthelicis* i po przeprowadzeniu jej przez chrząstkę napajamy 1% roztworem nowokainy (3—4 cm sz.) zewnętrzną powierzchnię chrząstki, co z jednej strony wspomaga znieczulenie, z drugiej zaś strony ułatwia oddzielanie chrząstki od skóry małżowiny, które ze sobą są ściśle zespolone, na co zresztą zwrócił już uwagę Biesenberger.

Potem z jednego wkłucia, poza uchem znieczulamy podskórnie i naokostnowo całą część czaszki sąsiadującą z małżowiną (do 10 ccm 1% nowokainy). Ryc. 1.

Tego rodzaju znieczulenie pozwala nam przeprowadzić cały zabieg zupełnie bezboleśnie.



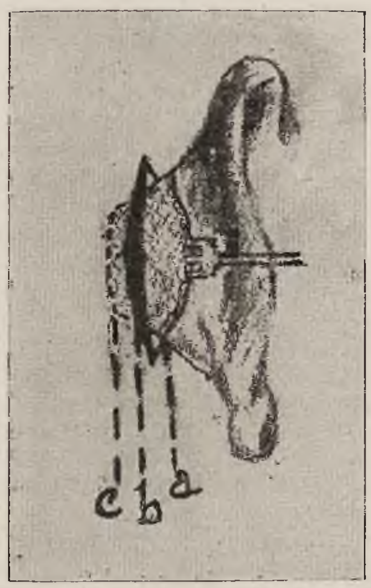
Rycina 1.

Wzór znieczulania przewodowego małżowiny.

a) zblokowanie *n. auricularis magnus i ramus auricul. n. vagi*. *b*) zblokowanie *n. auriculotemporalis*. *c*) wprowadzenie nowokainy między zewn. powierzchnię chrząstki a skórę małżowiny. *d* i *d'*) podskórne i naokostnowe znieczulenie wyrostka sutkowego.

Sposób wykonania zabiegu jest następujący:

Z cięcia biegnącego w załamku między małżowiną a czaszką, po rozciągnięciu brzegów rany przecinamy *ligam. auricul. post.*, poczem na zewnątrz od chrzęstnej części przewodu usznego zewnętrznego (*cartilago meatus audit. ext.*) nacinamy chrząstkę i po odpreparowaniu jej wycinamy podłużny, owalny pasek z części odpowiadającej *eminentia conchae*. Po odciągnięciu skóry i przedostaniu się do okostnej części sutkowej, na wolnej przestrzeni między mięśniem skroniowym a potylicznym nacinamy okostną, która w tem miejscu jest dość grubą i ściśle zrośniętą z kością, poczem po podminowaniu przy pomocy raspatorjum obu brzegów rany okostnowej wszywamy jakby w kieszonkę zewnętrzny wolny przekrój chrząstki małżowiny przy pomocy dwu grubych szwów strunowych w kształcie litery U. Ryc. 2 i 3.

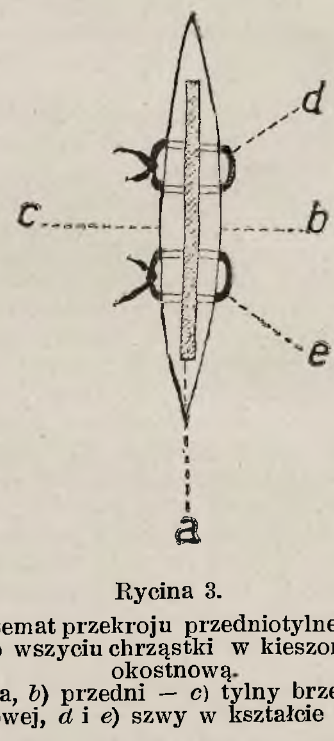


Rycina 2.

Szematyzowany sposób wszywania chrząstki w kieszonkę okostnową.

a) brzeg cięcia skórnego na małżowinie. *b*) tylny brzeg kieszonki okostnowej. *c*) brzeg wszytej chrząstki.

Założenie tego rodzaju szwów w tych warunkach napotyka na pewne trudności dlatego najlepiej jest oba szwy przeprowadzić wpierw przez przedni brzeg kieszonki okostnowej a dopiero następnie przez chrząstkę i drugi brzeg okostnej i wówczas je związać.



Rycina 3.

Szemat przekroju przedniotylnego po wszyciu chrząstki w kieszonkę okostnową.

a) chrząstka, *b*) przedni — *c*) tylny brzeg kieszonki okostnowej, *d* i *e*) szwy w kształcie litery U.

Tym sposobem utrzymujemy normalny stosunek wymiaru poprzecznego małżowiny do jej wymiaru podłużnego,

który przy innych plastykach odstających uszu ulega zmianie a mianowicie ucho pozornie wydłuża się, z drugiej zaś strony zachowujemy prawidłowy rysunek w zakresie *concha auriculae* jak to wynika z ryc. 4. przedstawiającej ucho po wykonanej plastyce.



Rycina 4.
Zdjęcie boczne ucha po plastyce.

Następnie przechodzimy do zamknięcia rany skórnej. Zarówno z przyśrodkowej powierzchni małżowiny jak i przylegającej części czaszki wycinamy eliptyczne, szerokie płaty skórne i zakładamy węzełkowe szwy strunowe, biegnące promienisto, umieszczając ucho w nieznacznej suspenzji, przez co wybitniej zbliżamy małżowinę do czaszki.

Wskutek oparcia chrząstki małżowiny o kość i dwie blaszki okostnej, następnie wskutek wytworzenia szerokiej płaszczyzny zrostu między małżowiną a przylegającą czaszką a wreszcie z powodu nieznacznego uniesienia ucha ku górze uzyskujemy doskonałe warunki dla przystawania uszu i zapobiegamy w ten sposób ewentualnym nawrotom. Blizna skórna, przebiegająca w nowo wytworzonym załamku jest zupełnie niewidoczna.

Samo wycięcie skóry, stosowane dotychczas przez niektórych autorów, przy najmniejszej nawet nieprawidłowości chrząstki, którą prawie z reguły spotykamy przy odstających uszach, wobec obfitej ilości elementów elastycznych znajdujących się nie tylko w chrząstce i ochrzęstnej ale nawet i w tkance podskórnej, dzięki którym właśnie skóra zwłaszcza na zewnętrznej powierzchni tak ściśle przylega do ochrzęstnej, zdaniem naszem do zamierzonego celu nie prowadzi, bo prócz nawrotów powoduje mocne wypuklenie *anthelix*, nieprawidłowości w zakresie *concha auriculae* i wydłużenie *sulcus auriculae posterior*, jak to widzimy na ryc. 5, gdzie zbliżając ucho do czaszki naśladujemy stan, jakibyśmy mieli po wycięciu jedynie skóry.



Rycina 5·

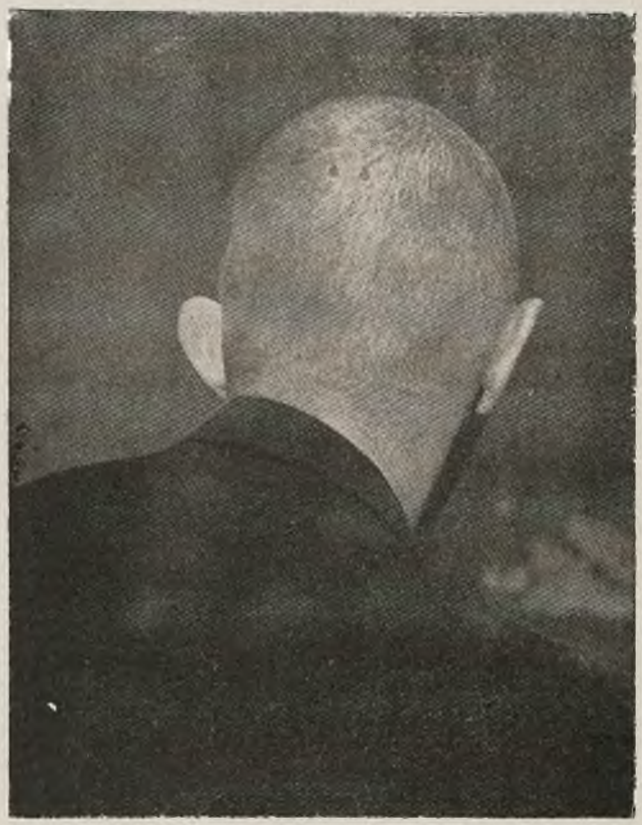
W czasie zabiegu spotykamy się z obfitem krwawieniem miąższowem z powodu obfitego unaczynienia małżowiny przez gałązki głównie *a. auricularis post.* Krwawienie to należy starannie opanować ze względu na ewentualne związane z niem następstwa i powikłania. Opatrunek nakładamy lekko uciskowy. Przy prawidłowym przebiegu rana mniej więcej po dziesięciu dniach jest już zagojona.

Zabieg sam można wykonywać ambulatoryjnie, jednak dwuokresowo. Między operacją jednego a drugiego ucha należy przeczekać dwa do trzech tygodni, gdyż w tym czasie operowana małżowina ustala się w pozycji, w której i nadal się utrzymuje, wobec czego możemy wówczas dokładniej uzgodnić operację ucha drugiego z operacją pierwszą.

Obrzęk i zasinienie małżowiny utrzymuje się 10 do 12 dni jak również i obniżenie czucia. Po dwu tygodniach wraca stopniowo normalna barwa a po 3—4 tygodniach wygląd całej małżowiny jest prawidłowy. Czucie wyrównuje się po dwu miesiącach.

Co się tyczy skuteczności i trwałości wyników operacyjnych przy różnych metodach, to przy starannem wykonaniu zabiegu są one dobre, jak to podają niektórzy autorowie.

Z powikłań, które możemy tu spotkać, należy wymienić ropienie, które jest groźne przedewszystkiem ze względu na chrząstkę, decydującą o kształcie małżowiny. W wypadkach ropienia stosował J o s e p h z pomyślnym wynikiem jednorazowo 20% roztwór lapisu.



Rycina 6.
Prawe ucho po wykonanej plastyce, lewe nieoperowane.

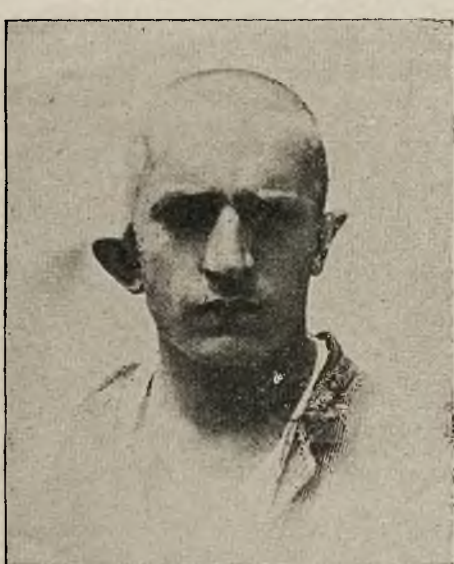
Interesującem i ciekawem w naszej modyfikacji będzie zachowanie się chrząstki, ochrzęstnej i okostnej, które w tym wypadku pozostają ze sobą w ścisłej łączności. Należałoby również zwrócić uwagę na dalsze losy wolnego przekroju chrząstki, wszczepionej między dwie blaszki okostnej i przylegającej bezpośrednio do kości. Możnaby obawiać się ewentualnie powstania w miejscu operowanem skostnienia, zwłasz-

cza iż zarówno okostna jak chrząstka i ochrzęstna posiadają w odpowiednich warunkach pewnego rodzaju tendencję w kierunku metaplazji, czy też jak chce Aschoff neoplazji na tkankę kostną. Wypadki skostnienia małżowiny usznej są znane i opisane (Wassmund). Spodziewać się jednak należy, jak to można wnosić z szczegółowych badań Lexer'a i jego uczniów, że cała część, w obrębie rany operacyjnej złożona z trzech wyżej wymienionych elementów, wygaja się wytwarzając zbitą bliznę łączno-tkankową. I rzeczywiście przedsięwzięte po kilku miesiącach badania roentgenowskie potwierdzają zapatrywania, jakie wypowiada Lexer i jego szkoła, zarys bowiem czaszki odgranicza się wyraźnie od reszty otoczenia w miejscu operowanem.

* * *

W związku aczkolwiek luźnym z omawianą wyżej kwestją pozostaje niecodzienny przypadek odstawania uszu, który ze względu na jakość, miejsce i sposób usadowienia się sprawy chorobowej jak również ze względu na znaczne zniekształcenie jednostronne, jako następstwa tej sprawy, zasługuje na specjalne wyróżnienie, pod względem zaś klinicznym z powodu przedewszystkiem dobrego wyniku operacyjnego, przedstawia się nadzwyczaj interesująco (Ryc. 7, 8, 9, 10). Ten typ i rodzaj zniekształcenia małżowiny usznej, jako swego rodzaju unikat, zasługuje w całej pełni na opisanie przypadku.

Odnośne dane protokołu klinicznego przedstawiają się następująco:



Rycina 7.
Zdjęcie z przodu przed plastyką.

W. O. lat 19, z zawodu elektromonter. W pierwszym roku życia wypadł siostrze z rąk, uderzając się o kamień w prawą okolicę skroniową. W związku z tym wypadkiem — jak podaje — powstało obrzmienie tejże okolicy, które się stale powiększało, wobec czego w 7 roku życia poddał się zabiegowi operacyjnemu, którego śladem jest blizna. O ile było można ustalić zabieg polegał na wycięciu szerokiego płata skórnego z powodu klinicznego rozpoznania chłoniaka (*lymphangioma*). Przed pięciu laty chory spostrzegł, niezależnie od zmian na skórze czaszki, w załamku ucha zgrubienie, które powiększając się doprowadziło do obecnego zniekształcenia. W ostatnim czasie nie zauważył posuwania się sprawy chorobowej a ucho utrzymuje się stale w jednakowem położeniu.

Stan obecny: Na skórze stosunkowo obfite plamy barwikowe. W okolicy skroniowej prawej widoczna blizna pooperacyjna długości 15 cm, biegnąca skośnie w kierunku do *protuber. occipit. ext.* U górnego jej końca stwierdzamy drugą bliznę, o niewyraźnych brzegach, wielkości 50-groszówki, niezrośniętą z podstawą (jako ślad uderzenia o kamień). Skóra w sąsiedztwie blizn badaniem przez oglądanie przedstawia się niezmieniona. Obmacywaniem stwierdza się ciastowaty obrzęk w obrębie całej okolicy skron. praw. Skóra łatwo daje się ująć w grube fałdy, w stosunku do podstawy jest wyraźnie przesuwalna. Klinicznie cała ta partja imponuje jako *lymphangioma.* W załamku ucha w górnej jego części widzimy wałowate zgrubienie skóry, biegnące poziomo, silnie pigmentowane, na ucisk tkliwe. Małżowina uszna prawa wyraźnie odstająca i obniżona w porównaniu z małżowiną lewą. Odległość górnego brzegu małżowiny prawej od wyrostka sutkowego wynosi 6 cm, lewej 3 cm, na tej samej wysokości. Sam rysunek ucha prawego nieco zniekształcony a mianowicie *crura athelicis* wyraźnie zgrubiałe, ciastowato obrzękłe.



Rycina 8.
Zdjęcie z tyłu przed plastyką.

Obmacywaniem stwierdzamy dalej, że część chrzęstna małżowiny nie pozostaje w łączności z kością czaszki a ubytek między chrząstką a czaszką jest wypełniony utkaniem o ciastowatym charakterze. *Ligam. auric. post.* również wyczuć nie można.

Po przygotowaniu chorego przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Znieczulono, według załączonego na początku wzoru a z cięcia biegnącego w dawnym załamku odsłonięto chrząstkę, poczem po usunięciu całej partji chorobowo zmienionej na wewnętrznej powierzchni małżowiny, jakoteż po wycięciu szerokiego pasa skórnego z czaszki w obrębie ciastowatego obrzęku, przyszyto chrząstkę węzełkowemi szwami strunowemi do okostnej wyrostka sutkowego, dostosowując wysokość i ułożenie małżowiny operowanej do zdrowej. Następnie takiemiż szwami zeszyto skórę i nałożono jałowy opatrunek, lekko uciskowy. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, po 5 dniach zmiana opatrunku, po 10 dniach rana operacyjna wygojona.



Rycina 9.
Zdjęcie z przodu po plastyce.

Celem badania drobnowidowego wykonano skrawki parafinowe z uzyskanego operacyjnie materjału. Barwiono je zwykłemi sposobami i metodą van Giesona.

Badanie drobnowidowe: (Dr. Schusterówna — Zakład anatomji patologicznej U. J. K.) wykazuje: W badanych preparatach stwierdzamy bardzo obfitą tkankę łączną, częściowo

zbitą i skąpo unaczynioną, częściowo luźniejszą. W tkance tej widać miejscami nieco tkanki tłuszczowej, gdzieniegdzie wylewy krwawe, następnie dość grube pnie nerwowe i dobrze rozwinięte gruczoły łojowe a na powierzchni nabłonek wielowarstwowy płaski.

Pozatem stwierdza się w tej tkance łącznej rozmaitej wielkości guzki, dość ostro odcinające się od otoczenia. Co się tyczy budowy histologicznej samych guzków, to na pierwszy rzut oka przypominają one mięśniaki, częściowo włókniaki. Układają się one najczęściej w pasma, niekiedy, szczególnie w środkowych częściach guzka, wyraźnie faliste. W większych guzkach pasmowata budowa cokolwiek się zaciera. Jąder naogół tkanka ta posiada dużo, są one przeważnie wydłużone, w środkowych częściach guzka częściej owalne i pęcherzykowate, niekiedy z wyraźną strukturą chromatyny i dobrze widocznem jąderkiem. Jądra wydłużone, podobne do jąder mięśni gładkich, na przekrojach poprzecznych są okrągłe, inne, mianowicie pęcherzykowate, większe i jaśniejsze są na przekrojach poprzecznych niezupełnie równe.

Prócz komórek opisanych spotykamy często na obwodzie guzka nieliczne bardzo cienkie i ciemno barwiące się jądra, niewątpliwie łączno-tkankowe oraz liczne komórki limfoidalne. W niektórych guzkach są miejsca o utkaniu mniej obfitem, istotą między-komórkową siateczkowatą i komórkami rozmieszczonemi nieprawidłowo, posiadającemi jądra mniej więcej okrągłe. Wogóle cały guzek barwi się metodą van Giesona na żółto, obwodowe jedynie części przybierają odcień czerwony. W guzkach znajduje się niewiele naczyń krwionośnych włosowatych.

Na podstawie więc dokładniejszego badania wnioskujemy z kształtu, przebiegu jąder, jakoteż ze sposobu barwienia się guzków, że mamy tu do czynienia niewątpliwie z typowem utkaniem nerwiaka (*neurofibroma*) o charakterze dobrotliwym. Z powodu pewnych obrazów histologicznych na włókna osiowe już nie badano.



Rycina 10.
Zdjęcie z tyłu po plastyce.

Jak wiadomo sprawy nowotworowe małżowiny usznej wogóle należą do rzadkości. I tak opisywano torbiele powstałe skutkiem degeneracji włókienkowej chrząstki, dalej torbiele skórzaste, tłuszczaki, włókniaki, keloidy i naczyniaki, ze złośliwych nabłoniaki i mięsaki o rozmaitych postaciach i kombinacjach. Miejscem ich usadowienia się bywa zazwyczaj zewnętrzna powierzchnia małżowiny.

Neurofibroma, obserwowane w naszym przypadku, z powodu swego utkania histologicznego, lokalizacji i następstw, stanowi ważny przyczynek do patologji ucha. Nie wdając się bliżej w etjologję tych spraw, etjologję o sprzecznych częstokroć zapatrywaniach, stwierdzić należy zgodnie z innymi, że nowotwory tego rodzają pozostają w bezpośrednim związku z odnośnemi nerwami. Ewentualny związek tej sprawy ze zlokalizowaną czy też poronną formą choroby Recklinghausen'a — może także być brany w rachubę.

Piśmiennictwo.

1) Astier et Aschkinasi: La chirurgie de l'oreille. Paris 1900. — 2) Begouin, Bourgeois, Duval, Gosset, Jeanbrau, Lecène, Lenormant, Proust, Tixier: Precis de pathologie chirurgic. 1924 t. 2. — 3) Bergmann, Bruns: Mikulicz-Handbuch der praktischen Chirurgie 1903. — 4) Bezold: Lehrsb. d. Ohrenheilk. Wiesbaden 1906. — 5) Bier, Braun, Kümmel: Chirurgische Operationslehre 1922 t. 1. — 6) Biesenberger: Zbl. f. Ch. 1924. Nr. 21. — 7) Braun: Örtliche Betäubung 1919. — 8) Brühl: Ohrenheilkunde 1905. — 9) Duplay, Reclus: Traité de Chirurgie 1891 t. 4. — 10) Eitner: Mediz. Klinik 1922. Nr. 35. — 11) Garre, Küttner, Lexer: Handbuch der praktisch. Chirurgie 1921. t. 1. — 12) Gradenigo: Arch. f Ohrenheilkunde 1891. t. 32 i 1802 t. 33. — 13) Hardegger: Faltungsgesetz der Ohrmuschel Inaug. Dissert. Zürich 1900 (ref. w Arch. f. Ohrenheilkunde 1900 t. 50). — 14) Haecker: Zbl. f. Chirurgie. 1923 Nr. 46/47 (ref.). — 15) Hofer i Leidler: Mediz. Klinik 1923. Nr. 3 (ref) — 16) Joseph: Berlin. Klin. Wochenschrift 1898. Nr. 6. — 17) Katz i Blumenfeld: Handbuch der spez. Chirurgie des Ohres u. der oberen Luftwege 1922 t. 1. 1 i 2 część. — 18) König: Lehrbuch der spez. Chirurgie 1904 t. 1. — 19) Lexer: Archiv. f. klin. Chir. 1910 t. 92. — 20) Lexer: Wiederherstellungschirurgie 1920. — 21) Lexer: Die freien Transplantationen 1924. 2 część — 22) Payr: Arch. f. klin. Chirurgie 1905. t. 78. 23) Rohrer: Arch. f. Ohrenheilkunde 1901 t. 51 (ref.). — 24) Schmieden: Berlin. Klin. Wochenschrift 1908. Nr. 31. — 25) Stankiewicz: Monatsschr. f. Ohrenh. u. Lar. Rhinol. 1900 str. 808. — 26) Stetter: Arch. f. Ohrenheilkunde 1884 t. 21 i 1895 t. 39. — 27) Tröltsch:: Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1877. — 28) Wassmund: D. med. Wochenschrift 1899. Nr. 27. — 29) Wotzilka: Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. 1918 str. 588. — 30) Żebrowski: Zarys otjatrji Warszawa 1921.

Dr. Tadeusz FALKIEWICZ, asystent kliniki. Lwów.

O wartości prognostycznej odczynu ze złotem koloidowem w przypadkach zapalenia opon mózgowych.

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. H. Halban.

O ile odczyny koloidowe, a zwłaszcza ze złotem koloidowem, przyczyniły się bardzo do rozwoju diagnostyki schorzeń systemu centralnego nerwowego, o tyle w wysnuwaniu wniosków prognostycznych, co do przebiegu choroby z wyniku odczynów płynowych musimy być wciąż jeszcze bardzo ostrożni.

W pierwszym rzędzie odnosi się to do płynów kiłowych; lepiej już przedstawia się wysnuwanie wniosków prognostycznych, o ile chodzi o płyny przy ostrych stanach zapalnych opon, pochodzenia nieswoistego, tutaj bowiem, dość często, zmiana jakości*) lub ilości ropnych ciałek, białka lub przesunięcie krzywej odczynu ze złotem koloidowem (*»Goldsol«*) świadczą o poprawie lub pogorszeniu sprawy zapalnej.

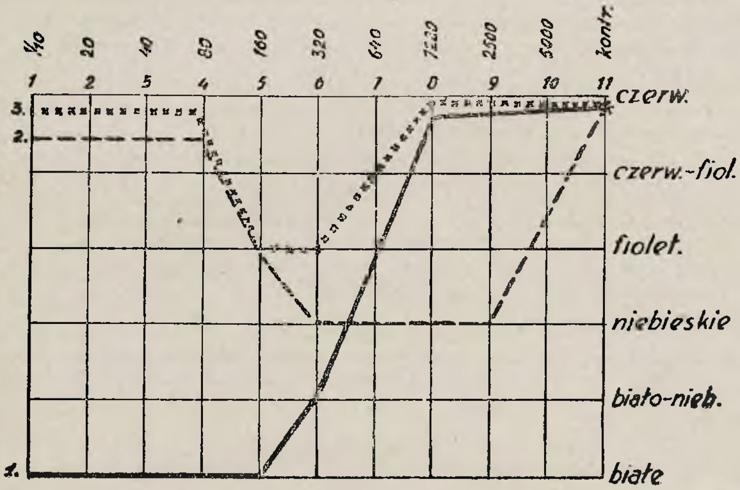
Poniżej omawiamy przypadki zapalenia opon mózgowych, gdzie dzięki kilkakrotnym nakłuciom lędźwiowym udało się nam wykazać w płynie charakterystyczny ząb w krzywej odczynu ze złotem koloidowem, który wystąpił we wszystkich przypadkach na krótki czas przed zejściem śmiertelnem chorych. Ząb ten świadczyłby więc zdaniem naszem o takiem pogorszeniu przepuszczalności opon mózgowych, które już nie jest zdolne do poprawy i prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Dla wszystkich spraw zapalnych, toczących się na oponach, typowem jest odbarwienie złota koloidowego w prawej połowie probówek, a więc w strefie rozcieńczeń płynu coraz to mniejszych. Najczęściej to »przesunięcie w prawo« zaczyna się od rozcieńczenia płynu 1|160, czasem znajdujemy już przy 1/80 lub dopiero przy 1/320, i sięga zależnie od nasilenia procesu mniej lub więcej daleko na prawo (rycina I. krzywa 2, 3); jest ono według Langego następstwem wzmożenia ilości białka płynu i to na korzyść albumin, tak, że stosunek globulin do albumin (*Eiweissquotient* Langego), który w płynach normalnych i kiłowych wynosi 1:1, jest w procesach zapalnych (wysiękowo-przesiękowych) 1:1 aż do

---

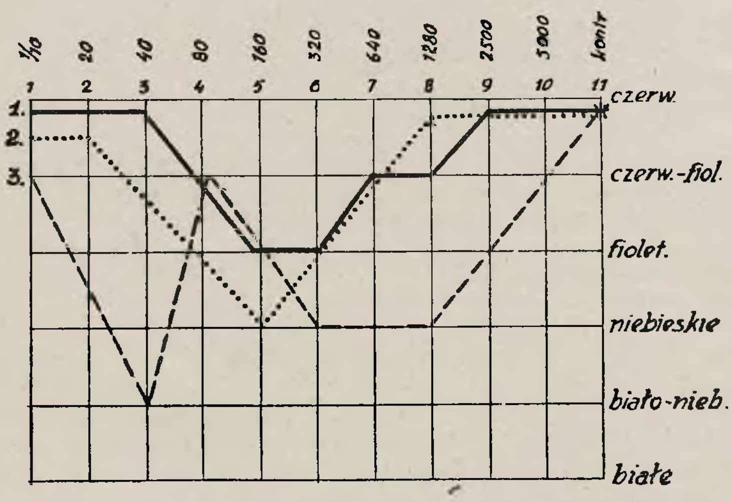
*) H. Mygind. (Die otogene Meningitis Zeitschr. f. Ohrenheilkunde Bd 72 1915) zauważył w bardzo wielu przypadkach zapalenia opon, pochodzenia usznego, że daleko gorsze rokowanie daje płyn zawierający same tylko ciałka wielojądrzaste, aniżeli taki płyn, który zawiera albo same ciałka jednojądrzaste, lub też naprzemian (przy kilkakrotnych nakłuciach) jedno- i wielojądrzaste.

1:10. Wprost przeciwną do tej krzywej, t. zw. surowiczej, jest krzywa »kiłowa«, gdzie maksimum odbarwienia przypada w lewej połowie probówek (ryc. I), a więc już od rozcieńczenia pierwszego 1:10 począwszy, jak przy porażeniu postępującem, lub najczęściej w rozcieńczeniu 1:20—1:80. Krzywa kiłowa przychodzi do skutku według Langego skutkiem wzmożenia ilości białka bez przesunięcia stosunku globulin do albumin na korzyść tych ostatnich.



Ryc. I.

Otóż w poniżej przedstawionych przypadkach uzyskaliśmy z płynami pobranemi na krótko przed śmiercią krzywe, które były tem charakterystyczne, że obok odbarwienia w strefie surowiczej wystąpiło odbarwienie, w formie zęba, w lewej połowie probówek, oddzielone od krzywej surowiczej jedną nieodbarwioną względnie bardzo słabo odbarwioną probówką (ryc. II).

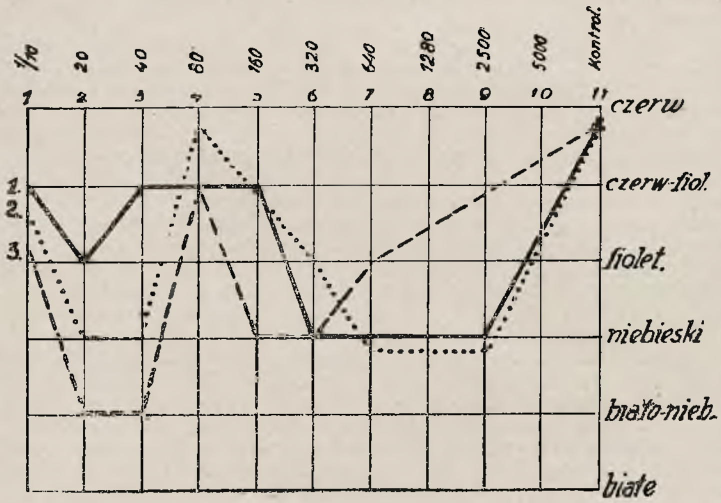


Ryc. II.

Goebel **) w swej wyczerpującej pracy o wynikach odczynu z żywicą mastiksową podaje, że i odczyn Emanuela w jego modyfikacji daje podobną krzywą o podwójnem maksimum z płynem wysiękowym opłucnowym oraz z płynem przy nagminnem zapaleniu opon, kończącem się śmiertelnie. Ten rodzaj krzywej tłumaczy sobie Goebel bardzo znacznem wzmożeniem białka płynu i, być może, przedostawaniem się z krwi do płynu ciał białkowych specjalnych, jak fibrino globuliny. Zdaje się nam nie ulegać wątpliwości, że krzywa ta jest wynikiem bardzo silnego stopnia uszkodzenia opon względnie ich przepuszczalności; czy zaś specjalne ciała biorą w tem udział, to jest zagadnienie, wymagające dalszych doświadczeń. Ważnem jest jednak, że krzywa ta nie występuje przypadkowo, lecz tylko w bardzo ciężkich przypadkach zapalenia opon mózgowych, prowadzących do śmierci, co wykazał Goebel przy odczynie z żywicą mastiksową, a my przy odczynie Langego.

**) Zeitschrift f. d. ges. Neurologie T. 87. (Kurze Uebersicht über unsere Ergebnisse der Liquoruntersuchungen).

Wynika stąd ogromne znaczenie praktyczne dla rokowania poszczególnych przypadków zapalenia opon tak ropnego, jak i gruźliczego.



Ryc. III.

Przypadek I. M. K. operowany na klinice oto-laryng. U. J. K. 16. XI. 1924 z powodu zapalenia ropnego zatoki czołowej prawej. Po operacji wystąpiły objawy zajęcia opon. Wykonane nakłucie lędźwiowe 19. XI. wykazało płyn ropny, z ropy wyhodowano *diplococcus lanceolatus* Fränkel-Weichselbaum. Pod wpływem zastrzyków propidonu, spadek ciepłoty do poniżej 39°, poprawa samopoczucia chorego i zmniejszenie sztywności karku. Krzywa odczynu ze złotem koloid. (ryc. II.), wykazała typowe dla zapalenia opon odbarwienie w probówce 5—6 i nieco jeszcze 7—8. 26. XI. nagłe pogorszenie stanu chorego, po drgawkach wystąpił niedowład prawej połowy ciała z całkowitą niemotą ruchową i czuciową. Odczyn ze złotem koloid. wykazuje pogłębienie się krzywej z dnia 19. XI., a więc najsilniejsze odbarwienie w obrębie 4—6 probówki (ryc. II. 2); płyn ropny, białka więcej niż poprzednio. Przez kilka dni następnych zaznacza się stała tendencja do poprawy niedowładu prawostronnego i niemoty. Ciepłota ulega wahaniom dochodząc najwyżej do 39,6°; podmiotowo chory czuje się lepiej. Dnia 3. XII. nastąpiło znowu pogorszenie, ciepłota 40°. Nakłucie lędźwiowe dnia 4. XII. dało płyn mętny, ropny, bardzo wielką ilość białka; odczyn ze złotem koloid. dał nam krzywą (ryc. II. 3.) o podwójnem maksimum, przyczem ząb w lewej połowie nawet głębszy aniżeli odbarwienie w prawej stronie probówek. Po nakłuciu krótkotrwała poprawa poczem drgawki i zajęcie *sensorium*. Stan ten utrzymuje się do śmierci, która nastąpiła 7. XII. 1924.

Przypadek powyższy jest typowem przykładem ciężkiego zapalenia opon z przedłużonym przebiegiem. Kliniczne objawy ulegają do 3. XII. wahaniom i to tak znacznym (wystąpienie niedowładu prawostronnego i niemoty, potem poprawa tychże), że o wysnuwaniu wniosków prognostycznych z przebiegu choroby mowy być nie może, podczas, gdy krzywa odczynu ze złotem koloidowem wykazuje stałe pogłębianie się, świadczące o pogarszaniu się sprawy chorobowej. 4. XII, odczyn Langego daje nam krzywą o podwójnem maksimum. odtąd i klinicznie stan chorej przedstawia się, jako beznadziejny.

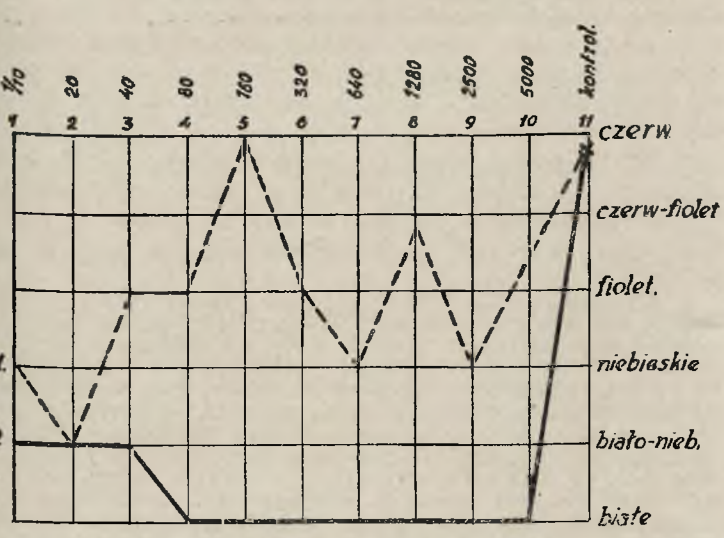
Przypadek II. H. *otit s et mastoiditis supur. dextra*, nieoperowany, gdyż nie chciał się zgodzić na zabieg. 27. XII. 1924 przyjęty na klinikę oto-laryng. U. J. K. z objawami oponowemi. Stałe pogorszanie się stanu chorobowego. Wydobyty 29. XII. płyn mózgowo-rdzeniowy, mętny, dał według odczynu ze złotem koloid. krzywą (ryc. III. 3) podobną jak w przypadku I. (ryc. II. 3). Śmierć nastąpiła 30. XII. Sekcja wykazała zniszczenie kości skalistej i nakrycia kostnego jamy bębenkowej oraz ropień w prawej półkuli móżdżku *).

Przypadek III. Chora A. nagminne zapalenie opon po grypie z obustronnem zapaleniem ucha środkowego. (Szpital okręgowy W. P. we Lwowie). W dwa dni przed śmiercią odczyn Langego w płynie dał bardzo charakterystyczny ząb (ryc. III. 1.), który pozwolił nam postawić rokowanie bardzo niepomyślne. Ząb ten, jak to widać z ryc. III. 2., staje się jeszcze wyraźniejszy w dzień śmierci (ostatnie nakłucie w kilka godzin przed śmiercią).

*) H. Mygind. (Die otogene collaterale Meningitis. Ztschr. f. Hals- Nasen u. Ohrenheilkunde T. 5. 1923) opisuje liczne przypadki *meningitis collateralis*, gdzie za życia były b. wyraźne objawy oponowe, płyn mózgo-rdz. zupełnie mętny, a gdzie mimo to po śmierci, sekcyjnie nie można było stwierdzić makroskopowo żadnego ropienia na oponach miękich.

Przypadek IV. F. P. przyjęty na klinikę wewnętrzną U. J. K. w stanie bardzo ciężkim bez przytomności; kliniczne objawy i wszystkie odczyny płynowe dozwoliły na rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Nakłucie lędźwiowe wykonane na dzień przed śmiercią dało płyn opalizujący, limfocytów 500/3 w 1 mm sz. Nonne ++, krzywa odczynu ze złotem koloid. daje i tutaj bardzo wyraźny ząb w lewej połowie (ryc. IV., 1)

W przypadkach bardzo ciężkiego zapalenia opon mózgowych i na krótko przed śmiercią spotykaliśmy również krzywą, powstałą z odbarwienia całkowitego prawie wszystkich probówek, a więc połączenie krzywej surowiczej zębem w lewej połowie (jak to widać z ryc. IV. chory M. obserwowany przez doc. dra Rothfelda, zmarł w dniu nakłucia; ropne zapalenie opon pneumokokowe). Jest to więc jeszcze cięższy stopień upośledzenia wytrzymałości opon.



Ryc IV.

Przyjmujemy, że przyczyną powstawania odbarwienia przy procesach zapalnych opon w strefie surowiczej, a więc w rozcieńczeniach płynu większych, jest przechodzenie w tych stanach chorobowych z krwi do płynu albumin we wzmożonej ilości, które działają hamująco (Schutzkraft) na globuliny. To działanie ochronne albumin w stosunku do globulin powstrzymuje w małych rozcieńczeniach płynu odbarwienie złota, które tu przychodzi do skutku przez działanie wolnego systemu koloidowego globulin na system koloidowy złota. Przewaga albumin rozstrzyga o odbarwieniu dopiero w większych rozcieńczeniach płynu. Wystąpienie podwójnego maksimum możnaby więc wytłumaczyć w ten sposób, że w tych ciężkich stanach zapalnych opon prowadzących do zejścia śmiertelnego, ulegają powiększeniu w płynie już nietylko albuminy, ale pojawia się wtedy w płynie i wielka ilość globulin, tak, że ten wskaźnik białkowy *(Eiweissquotient* Langego) przesuwa się szybko z 1:10 ku 1:1, przyczem bezwzględna ilość globulin jest tu naturalnie w znaczniejszym stopniu wzmożona, niż w procesach chronicznych; globuliny już nie są hamowane, mimo wielkiej ilości albumin. Powodują one odbarwienie w drugiej i trzeciej probówce (ryc. II, 3), w czwartej probówce znać jeszcze działanie hamujące albumin, które w tem rozcieńczeniu już wystarczają do osłabienia siły strącającej globulin, i wreszcie w szóstej — ósmej probówce występuje odbarwienie spowodowane przez albuminy.

O ile teoretyczne wyjaśnienie tego zjawiska ulegać może wciąż jeszcze dyskusji, to praktyczne znaczenie krzywej o podwójnem maksimum przy stanach zapalnych opon bez względu na etjologję, nie ulega wątpliwości. Jest to *signum mali ominis* dla chorego, wskazuje ono na tak daleko posunięte zmiany w oponach, że o cofnięciu się ich nie można już myśleć.

Z praktyki.

Prymarjusz Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

Niezwykłych rozmiarów odlew wysięku włóknikowego wykrztuszony w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc.

(Z Oddziału chorób wewnętrznych I. B. państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie).
Prymarjusz Dr. Antoni Krokiewicz.

W przebiegu zapalenia włóknikowego płuc napotyka się prawie zawsze w plwocinach skrzepy włóknikowe, które pochodzą z drobnych oskrzelików. Jeśli grudki szaro-białawe lub zwinięte niteczki potrząsamy w wodzie, powstają z nich twory walcowate i rozgałęziające się, odpowiednio do rozgałęzień drobnych oskrzelików. Wydarza się to zazwyczaj w okresie szarego zwątrobienia w zapaleniu włóknikowem płuc a więc od 3. do 7. dnia choroby; rzadko w późniejszym okresie choroby (14. do 20. dnia). Bardzo rzadko w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc napotyka się w plwocinie większe odlewy rozgałęzionych skrzepów włóknikowych, pochodzących z większych oskrzeli jak n. p. w przypadku Eichhorsta spostrzeganym na jego klinice w Zurychu (jak o tem świadczy fotografja niezwykle dużego odlewu skrzepu włóknikowego z oskrzeli, wykrztuszonego w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc w jego podręczniku chorób wewnętrznych r. 1904 VI. tom I. str. 583). Budowa tych skrzepów odpowiada naówczas błonom krupowym.

Kaufmann w swym podręczniku anatomji patologicznej (Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie für Studierende u. Aerzte 1922 Band 1. St. 263) podaje również rycinę niezwykle dużego wykrztuszonego odlewu włóknikowego z oskrzeli — jednak w przebiegu »*Bronchitis plastica essentialis*«, nadesłanego od Dra Lotza z Bazylei. Według jego zapatrywania pierwotne swoiste zapalenie plastyczne oskrzeli t. zw. zapal. oskrzeli włóknikowo śluzowe *(bronchitis fibrinomucosa)* jest rzadkie, a etjologja jego ciemna. Może ono występywać ostro lub, co się częściej wydarza — ma przebieg przewlekły, trwający niekiedy lata. Wówczas chory wykrztusza błony mętne, żółtawo-białe, zawierające bańki powietrzne, w postaci tworów litych, spłaszczonych, zgniecionych. Twory te pływają w wodzie, składają się z włóknika lub częściej z mucyny lub z włóknika i mucyny.



Ryc. I. Odlew wysięku włóknikowego.

W dniu 13. III. 1925 przyjęty został na oddział chorób wewnętrznych I. B. państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie Hof. J., wyrobnik, liczący lat 25, w stanie nieprzytomnym z objawami ciężkiego obustronnego zapalenia płuc z wysoką gorączką, (40° C.), z wielką sinicą i dusznością, tudzież ze znacznemi opryszczkami na wargach. Piątego dnia choroby, chory wykrztusił podczas napadu silnego kaszlu, duszności i bardzo znacznej sinicy, niezwykle wielki odlew włóknikowy, zbity, okazujący przy opłukiwaniu wodą, rozgałęzienia drzewiaste, którego długość wynosiła 12 cm.

a średnica nasady pnia około 10 mm (obacz rycina I.) Badanie histologiczne, dokonane w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. przez asystenta Dra A. Szurcera wykazało włóknik o gęstej siateczce, w którego oczkach znajdowały się skąpe krwinki białe, krwinki czerwone i nabłonek dróg oddechowych. Przebieg choroby był wogóle bardzo ciężki. Chory dopiero po 5 tygodniach opuścił szpital zupełnie wyleczony.

E. ARTWIŃSKI, Kraków.
Dr. SCIESIŃSKI.

Przypadek wągra w komorze IV.

Z oddziału chorób nerwowych i umysłowych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, Prym. Doc. Dr. E. Artwiński i z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. Dyrektor Prof. Dr. S. Ciechanowski.

21. IV. 1925 zgłosił się na Oddział VI. szpitala św. Łazarza S. S. lat 32 z powodu napadowych bardzo silnych bolów głowy.

Wywiady:

Za wyjątkiem czerwonki, którą przebył w 1916 r. miał nigdy poważniej nie chorować. Obecna choroba zaczęła się przed dwoma tygodniami bardzo silnemi bolami głowy, których dokładniej umiejscowić nie potrafi. Napady bolów występują bardzo często, nieraz co 10 minut. Po każdej zmianie pozycji ciała bole głowy mają się wybitnie wzmagać. Wymioty miał kilkakrotnie, zawrotów głowy nie odczuwał. Innych objawów dotychczas nie zauważył.

Przebieg.

Badanie oczów (Doc. Dr. Brudzewski, wykazało: »Tarcza zastoinowa zaczynająca się obustronnie, po prawej silniejsza i wynaczynienia na tarczy od dołu«.

P. =
V L. = 5/5

22. IV. Budowa i odżywienie dobre, czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Źrenice równe, odczyn źrenic na światło i przystosowanie może cokolwiek zwolniony. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane, drżenia gałek ocznych brak. Inne nerwy czaszkowe bez dostrzegalnych zmian.

Odruchy rogówkowe i spojówkowe obustronnie zachowane.

Ruchy bierne i czynne kończyn górnych i dolnych bez wybitniejszych zmian, może kończyny lewe nieco słabsze niż prawe.

Odruchy kończyn górnych i dolnych żywe, może po stronie lewej cokolwiek żywsze. Odruchów Babińskiego, Oppenheima, Strümpla nie stwierdzono.

Odruchy brzuszne i mosznowe wydają się równe.

Objaw Romberga ujemy przy staniu na obu nogach, przy staniu na jednej nodze dodatni.

Próba bezładu móżdżkowego, badana metodami Babińskiego w pozycji stojącej i leżącej wypadła ujemnie. Zboczenia samoistnego (Barany) nie stwierdzono.

Czucie bólowe i dotykowe zachowane na całem ciele, jedynie na ręce lewej po stronie wewnętrznej ma być cokolwiek obniżone na ból i dotyk na $1/3$ dolnej przedramienia.

Objawów oponowych nie stwierdzono.

Chód bezpośrednio po wstaniu z pozycji leżącej niepewny (jakby lekko zaznaczony bezład móżdżkowy), po chwili chodzenia wyrównuje się i staje się pewnym, miarowym.

Tętno — 90 na minutę. Mocz bez białka. Na cukier niestety nie zbadano.

Badanie uszów (Dr. Spira) bez zmian chorobowych, odczyny kaloryczne prawidłowe.

Wynik badania na odczyn Wassermanna z surowicą krwi wypadł ujemnie. (Doc. Dr. Kostrzewski).

23. IV. 1925 rano wykonano nakłucie lędźwiowe ze wszelkiemi ostrożnościami. Wynik badania płynu mózgo-rdzeniowego (Doc. Dr. Kostrzewski). 1) odczyn Wassermanna ujemny, 2) odczyn Nonne-Apelta ujemny, 3) pleocytoza: c. b. 92 w 1 mm sz.

W godzinach popołudniowych zwolnienie tętna do 40 na minutę i kilka razy napady silnego bolu w tyłogłowiu.

24. IV. 1925. Podmiotowo czuje się lepiej, tętno około 70.

Wieczorem nie wziął nawet proszków, które mu na noc zostawiono, gdyż nie odczuwał bolów głowy.

O godzinie 22.25 minut zawezwał lekarza, gdyż nagle uczuł duszność.

Obecny przy zgonie dr. Ostrowski stwierdził objawy bezdechu, przy utrzymanem twardem równem tętnie.

Po kilku minutach o godzinie 22.30 chory zmarł.

Streszczając powyżej przytoczone spostrzeżenia stwierdzamy, że u zupełnie dotychczas zdrowego 32 liczącego osobnika wystąpiły nagle napadowe bole głowy i wymioty, wzmagające się przy zmianach położenia ciała i ruchach.

Badanie przedmiotowe poza tarczą zastoinową, niepewnym chodem, występującym po zmianie ułożenia ciała i wybitnej pleocytozie dało wynik ujemny.

Na podstawie bolów głowy, wymiotów i tarczycy zastoinowej rozpoznaliśmy sprawę chorobową, dającą objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego, najprawdopodobniej nowotwór. Szybko narastająca tarcza zastoinowa przemawiała za tylną jamą czaszkową.

Nie mogliśmy jednak stwierdzić żadnych objawów móżdżkowych, a odruchy rogówkowe i spojówkowe, które szybko nikną przy sprawach nowotworowych tylnej jamy czaszkowej, były obustronnie zachowane.

Nagła śmierć wśród objawów bezdechu przy dobrze utrzymanem tętnie przemawiała również za sprawą chorobową, najprawdopodobniej nowotworem umiejscowionym w tylnej jamie czaszkowej.

25. IV. kolega Sciesiński wykonał sekcję, której opis załączamy. Nadmieniam tu tylko, że w czasie sekcji stwierdzono wodogłowie, a na dnie komory IV. wągra.

Sekcja (S 252/1925 Dr. Ściesiński) wykazała stan następujący:

Czaszka o wymiarach i kościach prawidłowych. Opona twarda oddziela się od czaszki łatwo, silnie napięta, gładka, lśniąca, mało ukrwiona; zatoki żylne zawierają skrzepy pośmiertne. Opony miękkie cienkie, gładkie, lśniące, mało ukrwione. Tętnice na podstawie mózgu niezmienione. Mózg waży 1560 g, po przecięciu opony twardej silnie wypnkla się z czaszki. Zakręty znacznie spłaszczone, rowki zupełnie wygładzone. Kształt i powierzchnia pozatem niezmienione. Spoidło wielkie uniesione półkulisto, po przecięciu wylewa się z komór bocznych duża ilość płynu zupełnie jasnego i przejrzystego. Komory boczne są w znacznym stopnin, głównie w częściach tylnych rozszerzone, wyściółka ich miejscami nieco zgrubiała, wszędzie gładka, lśniąca. Pojemność komory, III. jest mało, komory IV, zaś znacznie zwiększona. Płyn obu tych komór okazuje te same wła-



ściwości co w bocznych komorach. W świetle komory IV. pływa pęcherzyk wielkości fasoli, zawierający płyn przejrzysty oraz drobne ziarenka białawe, mniej przeświecające. Pęcherzyk ten połączony jest cienką, 2 mm szypułką z drugim pęcherzykiem zapadniętym, od którego zwisa cienka błonka o brzegach postrzępionych (wągr groniasty-*cysticercus racemosus*). Wyściółka komory IV. jest wyraźnie niejednostajnie zgrubiała i zwłókniała, lśniąca, a na dnie koło ujścia kanału rdzeniowego widać drobne różowe ziarnistości o ziarenkach wielkości główki od szpilki.

W innych narządach nie znaleziono żadnych zmian, w szczególności nie znaleziono nigdzie wągrów.

Wągry w ścianach komór mózgowych względnie w splotach naczyniowych są dość częste. Rzadko zdarzają się wolno pływające pęcherzyki. I tak Kaufmann wspomina o wągrze wielkości grochu w IV. komorze; za życia powstawały przez wentylowate zamknięcia wodociągu Sylwjusza objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, skoro chory pozostawał w pozycji stojącej. W innych przypadkach znaleziono podobnie jak w naszym przypadku znaczne rozszerzenie komory IV. Kaufmann i Michael widzieli cukrzycę przy równoczesnej obecności wągra w IV. komorze. Wolno pływające wągry mogą sprowadzić śmierć nagłą przez pora-

żenie ośrodka oddechowego, jak w przypadkach Pföringera, Askanazyego i Verse'a. Czasem wywołują one tak jak i w naszym przypadku, przez stałe drażnienie mechaniczne bujanie wyściółki komór w formie tkanki ziarninowej jak i mogą zrosnąć ze ścianą komórki.

Przypadek nasz nie tylko ze względu na rzadkość tego cierpienia zasługuje na uwagę, ale i na bardzo charakterystyczny zespół objawów, jakie mieliśmy możność spostrzegać.

Bruns w 1902 r. opisał jako charakterystyczny dla tego cierpienia, umiejscowionego na dnie komory IV. następujący zespół objawów: napadowo występujące bole głowy i zawroty z wymiotami w związku z ruchami głowy. W czasie pomiędzy temi napadami chory czuje się względnie dobrze.

Bruns uważał ten zespół jako charakterystyczny dla wągra wolno leżącego w obrębie komory IV. a Oppenheim rozszerzył zakres tego zespołu, dla wągra uszypułowanego w komorze IV.

Spostrzeżenia w naszym przypadku potwierdzają w całej rozciągłości wartość rozpoznawczą zespołu Brunsa dla umiejscowienia wągra w obrębie komory IV.

Nie stwierdziliśmy jedynie u naszego chorego zawrotów głowy, które są opisywane przez Brunsa i Oppenheima.

Niepewny chwiejny chód, występujący chwilami szczególnie po nagłem wstaniu z pozycji leżącej, jaki spostrzegaliśmy u naszego chorego, był również opisywany w podobnych przypadkach przez Brunsa, Czychlena i Hermanna.

Nagła śmierć, przez porażenie ośrodka oddechowego, przy utrzymującem się jeszcze dobrem tętnie, zdarza się według Sterna w 64% przy takiem umiejscowieniu tej sprawy chorobowej.

Pleocytoza którą stwierdził u naszego chorego Dr. Kostrzewski była opisana w przypadkach Rautenberga i Sterna.

Pozostaje do omówienia jeszcze punkt ostatni a mianowicie ewentualny wpływ nakłucia lędźwiowego na przebieg choroby i nagłą śmierć naszego chorego.

Jak wiadomo nowotwory tylnej jamy czaszkowej przedstawiają największe niebezpieczeństwa, ze względu na przypadki nagłej śmierci, jaką po opuszczeniu płynu mózgo-rdzeniowego spostrzegano i opisywano.

O wynikach nakłucia lędźwiowego przy wągrze komory IV. nieliczne tylko spotykamy spostrzeżenia w odnośnem piśmiennictwie. Krönig opisał nagłą śmierć w 5 godzin po nakłuciu lędźwiowem u chorego z *cysticercus* w komorze IV a zejście to uważał za następstwo upustu płynu mózgordzeniowego.

Inni klinicyści jak Hennenberg i Stern obserwowali po upuście płynu mózgo-rdzeniowego nawet przemijającą poprawę.

U naszego chorego również dało się zauważyć i podmiotową i przedmiotową poprawę i w ilości i częstości napadowych bolów głowy i wymiotów, które niewątpliwie po nakłuciu zmalały i osłabły w swojem natężeniu.

Śmierć zaś nastąpiła nagle w 36 godzin po nakłuciu lędźwiowem i po 24 godzinach stosunkowo dobrego samopoczucia.

Bezdech przy dobrze utrzymującem się jeszcze tętnie opisywano jako charakterystyczny zespół objawów wśród których umierają chorzy z wągrem w obrębie komory IV.

Podobny zespół objawów był opisany u chorych, którym nie robiono nakłucia lędźwiowego.

Sądzę więc, że można z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać, że nagłe zejście, które nastąpiło w 30 godzin po dokonanem nakłuciu lędźwiowem, nie da się powiązać w bezpośredni związek przyczynowy z dokonanym zabiegiem.

Dr. Ryszard RODZIŃSKI, asyst. kliniki. Lwów.

W sprawie dwóch rzadkich nowotworów jamy brzusznej.

Z kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr H. Schramm.

Dwa rzadkie nowotwory jamy brzusznej spostrzegane w klinice chirurgicznej we Lwowie, jeden po drugim w krótkim odstępie czasu są przedmiotem, niniejszego doniesienia.

Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 65-letniej, przyjętej do kliniki chirurgicznej dnia 6. IX. 1923. Skarży się ona mniej więcej od miesiąca na bole w jamie brzusznej, głównie po stronie lewej, gorzkie odbijania, biegunkę, wymioty. Te ostatnie występują okresowo co kilka dni. Przed dwoma tygodniami zauważyła w lewem podbrzuszu guz z początku wielkości małego jabłka, na dotyk niebolesny, który począł się szybko powiększać przyczem stał się tkliwym na ucisk. Przed czterema laty przechodziła operację przepukliny brzusznej w jednym z prowincjonalnych szpitali. Jednakże w 6 miesięcy po operacji przepuklina zjawiła się z powrotem w dawnem miejscu. Rodziła dwa razy. Dzieci zdrowe. Z wyjątkiem zapalenia płuc nie przechodziła żadnych innych chorób.

Stan obecny: Kobieta bardzo otyła, budowy ciała silnej. Płuca, serce bez zmian wybitniejszych. Brzuch: oglądaniem stwierdza się w linji środkowej ciała na 3 cm poniżej pępka starą bliznę pooperacyjną długości 8 cm., w zakresie której wyczuwa się rozstęp ściany brzusznej, przez który wypukla się zwłaszcza przy kaszlu zawartość jamy brzusznej. Po stronie lewej brzucha wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka kształtu kulistego, gubiący się ku dołowi popod więzadłem pachwinowem, zaś ku górze sięgający na szerokość czterech palców ponad pępek. Guz ten mało ruchomy, wypuk nad nim przytłumiony, tkliwy bardzo na ucisk, po bokach wyczuć można wyraźne chełbotanie. Défense musculaire powłok brzusznych w obrębie guza. W prawem podbrzuszu stwierdzamy również guz, wielkości jabłka, twardy, gubiący się również popod więzadłem Pouparta.

Badanie ginekologiczne przeprowadzone w klinice ginekologicznej wykazało obecność mięśniaków macicy. Guz wyczuwalny przez powłoki brzuszne w lewem podbrzuszu rozpoznano jako skręconą torbiel jajnika.

Z chwilą przyjęcia do kliniki chora gorączkuje wysoko, wieczorem do 39°. Wymioty. Wobec powyższych objawów przystąpiono na drugi dzień do zabiegu operacyjnego (prof. Dr. Schramm) z rozpoznaniem potwierdzonem przez ginekologów: mięśniaki macicy. Skręt torbieli jajnika.

W uśpieniu eterowo morfinowem poprowadzono cięcie podłużne ponad najwyższą wyniosłość guza t. j. 6 cm na lewo od linji środkowej ciała. Natychmiast po otwarciu powięzi poprzecznej wylała się obfita ilość ropy o zapachu właściwym ropie wywołanej prątkiem okrężnicy. Mimo przezorności, z jaką przeprowadzono cięcie przez powłoki (rozpoznano bowiem skręt torbieli i ewentualny zrost jej ze ścianą brzuszną) oraz usiłowań ochronienia jamy otrzewnej przed zakażeniem ropą, nieco płynu ropnego wylało się do niej. Guz bowiem zrośnięty był tylko na wąskiej przestrzeni z przednią ścianą jamy brzusznej, a przypadek chciał, że w tem właśnie miejscu poprowadzono cięcie. Po osłonięciu wolnej jamy otrzewnej gazą i wypuszczeniu ropy przekonaliśmy się, że mamy do czynienia z jamą wielkości głowy dorosłego człowieka, leżącą mniej więcej w samym środku jamy brzusznej. Ściany jamy pokryte nalotami włóknika a na jej dnie daje się wyczuć guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, kulisty, twardy, mało ruchomy, zrośnięty szczelnie ze ścianą torbieli a wpuklający się tylko bardzo nieznacznie od zewnątrz do światła torbieli. Guz ten leżał na wysokości pierwszego kręgu lędźwiowego, w miejscu zgięcia dwunastnico-czczego, a przypominał kształtem swym i położeniem głowę trzustki.

Ze względu na ogólny zły stan chorej zeszyto powłoki brzuszne, sączkując uprzednio jamę brzuszną oraz ropień gazą i sączkami gumowemi w przypuszczeniu, że mieliśmy do czynienia z torbielą zropiałą pochodzącą z trzustki. Po zabiegu wystąpiły u chorej objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Czwartego dnia po operacji zmarła chora wśród objawów osłabienia mięśnia sercowego.

Sekcja wykazała co następuje: W. sercu, płucach poza zwyrodnieniem miąższowem mięśnia i objawami nieżytu większych oskrzeli, zmian żadnych. W jamie brzusznej objawy ogólnego, świeżego ropnego zapalenia otrzewnej oraz jama torbieli na dnie której wspomniany guz. Przy bliższem badaniu okazało się, że guz ten leżąc pomiędzy obiema blaszkami krezki obrastał uchyłek długości 5 cm powstały z wyciągniętej lejkowato ściany dwunastnicy tuż przed przejściem jej w jelito czcze. Po rozcięciu guza i wypreparowaniu uchyłka w całości zauważyliśmy na szczycie tego ostatniego otworek wielkości ziarnka grochu. Otwór ten prowadził do wąskiej przestrzeni, zawartej pomiędzy ścianami uchyłka a otaczającym go zewsząd miąższem guza. Przestrzeń ta komunikowała z jamą ropnia w miejscu, gdzie uchyłek gubił się w guzie. Znaleźliśmy tem samem punkt wyjścia ropnia wśródotrzewnowego. Treść jelito-

wa dwunastnicy przedostawała się zwyż wspomnianą szczeliną do wolnej jamy otrzewnowej, wywołując ropień, który otorbił się i ograniczył do wielkości guza, macalnego wyraźnie przez powłoki przed operacją. Pozatem stwierdzono w miąższu macicy kilka mięśniako-włókniaków leżących przeważnie w prawej jej połowie.

Badanie drobnowidowe guzów macicy stwierdziło typową budowę mięśniako włókniaków, zaś guz w okolicy zgięcia dwunastnico-czczego był włókniakiem, bez jakiegokolwiek śladu obecności w nim włókien mięsnych, ani zmian wstecznych, spotykanych często w nowotworach tego rodzaju. Badanie ścian uchyłka, idąc od światła dwunastnicy ku jego wierzchołkowi. wykazało stopniowe ścieńczenie składowych części jego. W końcowych odcinkach uchyłka brak już zupełnie śluzówki, a w samym końcu surowicówka ścian uchyłka zlewa się z tkanką łączną włókniaka. Pozatem wykazuje badanie drobnowidowe w ścianach uchyłka oraz jelit (pobrano skrawki z dwunastnicy i przelegających części jelita czczego) wybitne zmiany zapalne pod postacią ostrego zapalenia błony śluzowej. Powodem zejścia śmiertelnego u naszej chorej było ropne zapalenie otrzewnej, spowodowane rozlaniem się ropy po jamie brzusznej w przebiegu operacji.

Przystępując do bliższego omówienia przypadku naszego zaznaczyć muszę, że mieliśmy do czynienia z włókniakiem twardym (*fibroma durum*), leżącym pomiędzy obiema blaszkami krezki a zrastającym się ze ścianą jelita. Punktem wyjścia jego mogła być również dobrze tkanka łączna krezki, jak i ściana jelita. Myśleć możnaby również i o tem, że guz ten był pochodnym macicy t. j. że oddzieliwszy się od jej miąższu, zrósł się następowo ze ścianami dwunastnicy. Jednak przypuszczeniu temu sprzeciwia się budowa drobnowidowa, odmienna od znalezionych w macicy guzów, oraz i ta okoliczność, że nowotwór rozwijał się i wrastał pomiędzy obie blaszki krezki, coby nie miało miejsca, gdyby guz zrósł się od zewnątrz ze ścianą dwunastnicy. Pozatem B l a n d i S u t t o n twierdzą, że spostrzegano włókniaki takie dochodzące wagi 5 funtów także i u mężczyzn. Nie przypisują tem samem wielkiej wagi do teorji tłumaczącej pochodzenie podobnych guzów u kobiet oddzieleniem się ich z miąższu macicy. Włókniaki te uważają za pierwotne jelit względnie krezki.

Pozostałoby zatem rozstrzygnąć tylko pytanie, czy włókniak w naszym przypadku był pierwotnym nowotworem krezki, czy może dwunastnicy. A odpowiedź na to pytanie nie jest bynajmniej łatwą. Stosunek guza do światła i ścian jelita był tego rodzaju, iż możnaby raczej przyjąć za punkt wyjścia jego ścianę jelita. Uchyłek drążył tak głęboko w miąższ guza, pozatem i surowicówka dwunastnicy tak jednostajnie rozprzestrzeniała się w samym nowotworze, iż raczej przypuszczać należałoby, iż włókniak stanowił istotną część ściany dwunastnicy i następowo dopiero wrósł pomiędzy blaszki sieci. Utwierdza zaś nas w tem przekonaniu praca B o r m a n n a, która udowadnia, że większość nowotworów rozwijających się pomiędzy blaszkami krezki pochodzi ze ścian jelita. Po oddzieleniu się od ścian kiszki dostają się te nowotwory pomiędzy blaszki krezki i tam rozwijają się dochodząc niekiedy pokaźnych rozmiarów.

Sprawa punktu wyjścia nowotworów stałych krezki jest sporną i zdaje mi się, że nie tak prędko zostanie rozstrzygniętą, już chociażby z tego względu, że ilość spostrzeganych i opisanych guzów stałych krezki jest bardzo mała. Ze względu na niemożliwość pewnego zaliczenia włókniaka naszego do jednej z powyższych grup, pozwolę sobie powiedzieć w krótkości o obu rodzajach tych nowotworów.

A więc co do częstości ich występowania to S z e n e s, który pierwszy w piśmiennictwie niemieckiem zestawił nowotwory, stałe krezki, naliczył tylko 18 opisanych włókniaków. O włókniakach jelit mówi H o c h e n e g g w swej chirurgji, że należą do największych rzadkości. Opisano nie więcej, jak 5 pewnych przypadków (H e u r t e a u x, P e c k i inni). Z przeglądu piśmiennictwa stwierdziłem, że w ostatnich latach podano kilka ich opisów.

I tak J a m e s i S a p p i n g t o n, opisują przypadek wgłobienia jelita biodrowego przez włókniak ściany tegoż jelita. B l a n d i S u t t o n podają opisy 2 włókniaków podsurowiczych jelita ślepego. Podobnie F a u r e i D e s p l a s. Jedyny przypadek włókniaka dwunastnicy podał V a c c a r i. M e l c h i o r w swej »chirurgji dwunastnicy« nie notuje żadnego. Nowotwór przezemnie opisany byłby zatem drugim z rzędu, o ileby go można z całą pewnością uważać za pochodny ścian jelita, a do czego, jak z powyższego opisu wynika, może mielibyśmy prawo. Z objawów i powikłań nowotworów dobrotliwych jelit (mam tu na myśli przedewszystkiem włókniaki) notuje piśmiennictwo krwawienia (n. p. z żołądka H a l b e r t s m a) wgłobienie (J a m e s and S a p p i n g t o n) biegunki i krwawienia z jelit (B e l i n R e n e) objawy podobne do zapalenia wyrostka robaczkowego (F a u r e i D e s p l a s e), zwyrodnienie torbielowate miąższu, zwężenie światła, jelit i t. d.

W przebiegu włókniaków krezki wybijają się na pierwszy plan objawy stojące w związku z wielkością tych nowotworów. Dochodząc niejednokrotnie do wagi kilku funtów sprawiają ucisk na naczynia, bole promieniujące, uczucie pełności, powodują skręt kiszek, i ich niedrożność. Te ostatnie powikłania są spowodowane ścisłą łącznością tych nowotworów ze ścianą jelita pod postacią zrostów ich na szerokiej przestrzeni. Jednak wyciągnięcia miejscowego ścian jelita podobnie jak w naszym przypadku pod postacią uchyłka nie spotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie, ani przy opisie włókniaków jelit ani krezki.

Nie zwrócono jednak zdaje mi się w przebiegu rozwoju nowotworów dobrotliwych krezki baczniejszej uwagi na objawy chorobowe ze strony jelit, pod postacią wymiotów, biegunek, występujących naprzemian z zaparciem, wychudnienia, bolów o charakterze kolki jelitowej. Objawy te będą miały swą przyczynę jużto w powyżej wymienionych zrostach, już to w ucisku naczyń krezkowych przez sam nowotwór. Nie znalazłem również w dostępnem mi piśmiennictwie powikłania podobnego do naszego. W o l f r a m opisuje wprawdzie guz w jamie brzusznej, który rozpoznano jako torbiel jajnika, a który okazał się zwyrodniałym torbielowato mięśniakiem dwunastnicy. Podobnie i włókniako-mięsak S z e n e s a uległ częściowo martwicy miąższu. To przecież przypadek ropnia wśródotrzewnowego powstałego z przebicia ściany kiszki przez otaczający ją włókniak, ropnia tej wielkości i tak otorbionego, iż naśladował w zupełności torbiel jajnikową, o ile mi wiadomo nie był nigdzie opisany.

Mamy cały szereg charakterystycznych znamion, pozwalających nam odróżnić torbiele jajnika od guzów jamy brzusznej, wysięków otorbionych i t. d. Czasem jednak napotykamy na tak wielkie trudności rozpoznawcze, że prawdziwe rozpoznanie może ustalić dopiero laparotomja, względnie sekcja.

Okazuje się jednak, że i laparotomja podobnie jak i w naszym przypadku nie zawsze może wyświetlić sprawę. I tak F i n s t e r e r operując swój przypadek mięsaka dwunastnicy torbielowato-zwyrodniałego postawił podczas zabiegu podobne rozpoznanie do naszego t. j. rozpoznał zropiałą torbiel trzustki. Dopiero drobnowidowe badanie skrawków z wyciętej ściany torbieli, naprowadziło go na prawdziwe rozpoznanie.

Wogóle w rozpoznawaniu nowotworów stałych krezki, pomyłki z torbielami jajnika bywają częste. Albowiem z zestawień wynika, że na 67 guzów stałych krezki 15 razy rozpoznano torbiel jajnika.

Zachodzi teraz pytanie, czy w przypadku naszym można było postawić właściwe rozpoznanie przed operacją?

Z badań pomocniczych nie uwzględniliśmy badania promieniami X. oraz pneumografji. Tej ostatniej nie zastosowaliśmy rozmyślnie, gdyż wprowadzenie gazu do jamy brzusznej, w której spodziewaliśmy się procesu ropnego, wydawało nam się zabiegiem zbyt niebezpiecznym. Zaś badań przewodu pokarmowego promieniami X. nie mogliśmy niestety przeprowadzić z powodu chwilowych niedomagań aparatu, a zdaje mi się, że to ostatnie badanie mogłoby nam było dać pewne wskazówki. Przyczem uchyłek nasz długości 5 cm dałby się prawdopodobnie widzieć przy prześwietleniu i tem samem przyczynił może do postawienia właściwego rozpoznania. Poza tem zwracały w przypadku naszym uwagę wybitne objawy ze strony przewodu pokarmowego pod postacią biegunek, które pojawiły się już około 2 tygodni przed okazaniem się guza. Miały one niewątpliwie swą przyczynę w zapalnym stanie ścian jelita, spowodowanym prawdopodobnie

zmianami w ich odżywieniu, które wywołał włókniak przez ucisk na naczynia odżywiające je, rozrastając się wśród blaszek sieci.

Te to objawy ze strony przewodu pokarmowego powinne zdaje mi się, jak to już zresztą i wyżej zaznaczyłem, odgrywać większą rolę w rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy torbielami jajnika a nowotworami stałemi krezki, względnie jelit. Znaczna bowiem ilość guzów dobrotliwych tak krezki, jak i jelit daje już w samych swych początkach objawy ze strony przewodu pokarmowego, co się nie zdarza przy torbielach jajnika. Sądzę, że wymieniony powyżej szczegół może mieć pewne znaczenie rozpoznawcze.

Drugi przypadek dotyczy kobiety 24 letniej, która zgłosiła się do kliniki dnia 20. XII. 1923 r. Podaje, że od roku wyczuwała przez powłoki brzuszne guz, który pomału powiększał się, aż przybrał rozmiary takie, jakie stwierdziliśmy przyjmując chorą do kliniki. Na żadne inne dolegliwości ze strony jamy brzusznej poza uczuciem pełności nie skarży się. Celem porady lekarskiej udała się do jednego ze szpitali, gdzie operowano ją na oddziale ginekologicznym, rozpoznawszy u chorej torbiel jajnika. Podczas zabiegu okazało się jednak, że guz nie wychodzi z narządów rodnych, lecz należy prawdopodobnie do nerki lewej. Poprzestano na zabiegu próbnym i po wygojeniu się rany pooperacyjnej skierowano chorą na klinikę chirurgiczną.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, budowy ciała i odżywienia miernego. Serce, płuca bez zmian wybitniejszych. Objętość brzucha znacznie powiększona, szczególnie w wymiarze przednio-tylnym. Macaniem stwierdzamy guz przekraczający znacznie wielkość głowy dorosłego człowieka, zajmujący prawie całą lewą połowę jamy brzusznej. Powierzchnia jego gładka, spoistość twarda, kształt kulisty. Daje się łatwo przesuwać w jamie brzusznej. Wypuk nad nim stłumiony, po bokach bębenkowy. Badanie przez pochwę nie wykazywało łączności guza z narządami rodnemi. Z badań pomocniczych badanie moczu, krwi oraz badanie czynnościowe nerek wykazało stosunki prawidłowe. Jedynie pyelografja wykonana łaskawie dla kliniki przez Prym. Dra Leńkę wykazała znaczne rozszerzenie miedniczki nerkowej oraz przesunięcie nerki lewej na zewnątrz co miało przemawiać za łącznością guza z nerką.

Dnia 24. XII. przystąpiono do zabiegu operacyjnego (Prof. Dr. Schramm) z rozpoznaniem: guz nerki możliwie guz pozaotrzewnowy, albowiem położenie guza, jego kulistość, gładkość powierzchni, wielka ruchomość kazały nam również myśleć o guzie pozaotrzewnowym. Okoliczność, że miedniczka była rozszerzoną, zaś nerka przesunięta na lewo nie świadczyła bynajmniej przeciw temu, gdyż zrosty guzów pozaotrzewnowych z nerką nie należą do rzadkości.

Z tego też powodu nie poprowadzono, jak zwyczajnie cięcia w okolicy lędźwiowej, lecz z przodu pararektalnie, by mieć na wszelki wypadek swobodę działania w razie obecności guza pozaotrzewnowego. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że guz rzeczywiście wychodził z przestrzeni pozaotrzewnowej. Otwarto więc blaszkę ścienną otrzewnej i starano się wydobyć guz na zewnątrz. Mimo tego, iż guz dał się z trudnością obejść orjentacja co do punktu jego wyjścia była wysoce utrudniona. Dopiero gdy z wielkim mozołem udało się wreszcie wytoczyć guz na zewnątrz naczynia nerkowe oraz moczowód biegnący w kierunku guza, naprowadziły na rozpoznanie, że mamy rzeczywiście do czynienia z guzem nerki. Teraz zabieg dalszy ukształtował się już zupełnie prawidłowo. Po podwiązaniu naczyń oraz moczowodu usunięto guz, blaszkę ścienną otrzewnej zeszyto, a łożysko guza zdrenowano ku okolicy lędźwiowej sączkiem gumowym. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 14-go dnia po operacji opuściła chora klinikę zdrowa.

Guz wycięty przedstawiał się następująco: Waga jego wynosiła 6 kg. Powierzchnia jego gładka, spoistość ciastowata kształt kulisty. Na górnym biegunie leży nerka, jak czapeczka przylegając doń szczelnie. Warstwa korowa nerki dość dobrze zachowana, zaś piramidowa ścieńczała znacznie. Miedniczka silnie rozszerzona. Guz stanowił istotną część miąższu nerkowego, gdyż otoczka włóknista (*capsula fibrosa*) otaczała go wspólnie z nerką. Widzieć można było dobrze jak po zdjęciu otoczki z nerki, ta ostatnia przechodziła na guz otaczając go równomiernie. Badanie anatomo-patologiczne stwierdziło, że wycięty guz był włókniakiem nerki.

Nowotwory nerki należą bezsprzecznie do rzadszych ustroju ludzkiego. Stanowią bowiem tylko 0·06% wszystkich nowotworów, a przeważną ich część stanowią nowotwory złośliwe, jak rak, mięsak i t. p. Nowotwory dobrotliwe nerki występują tak rzadko i posiadają tak mało cech rozpoznawczych iż Baetzner odmawia im wogóle większego znaczenia klinicznego. Z punktu anatomo-patologicznego przypadek ten jest o tyle ciekawym, iż włókniaki nerki nie przekraczające jednak wielkością główki szpilki, spotykamy bardzo często na sekcji. Występują one jako t. zw. *hamarthomata pericanalicularia renalia* Albrechta na tle zaburzeń rozwojowych.

Mimo to rzadko się zdarzą, by taki *hamarthoma* rozwinął się i doszedł do wielkości nowotworu w przypadku opisanym. I tak n, p. Wilson na 100 przypadków nowotworów nerki podaje tylko opis jednego małego włókniaka. Wśród dobrotliwych przeważają głównie tłuszczaki. Nic też dziwnego, że i my w naszym przypadku nie postawiliśmy pewnego rozpoznania wahając się pomiędzy rozpoznaniem nowotworu nerki, a guza pozaotrzewnowego, albowiem poza pyelografją, która wykazywała przemieszczenie nerki i rozszerzenie miedniczki nie mieliśmy żadnych danych wskazujących na zajęcie miąższu nerki nowotworem. Niestety i pyelografja nie mogła odgrywać decydującej roli wrozpoznawaniu, gdyż jak już wyżej wspomniałem wiadomem jest, iż guzy okołonerkowe powodują przemieszczenie w położeniu, oraz zmiany kształtu miedniczki nerkowej.

Że w takich razach, lepiej jest rozpoczynać zabieg operacyjny od przodu, a nie ze strony okolicy lędźwiowej, świadczy najlepiej nasz przypadek albowiem uwolnienie guza i wytoczenie go na zewnątrz byłoby napewno niemożliwem a przynajmniej wielce uciążliwem z cięcia tylnego używanego powszechnie do wycięcia pozaotrzewnowego nerki.

Dr. Bronisław FRENKIEL, Łódź.
Dr. Leopold IWASZKIEWICZ.

Przypadek nawrotu tężca.

(Szpital Anny-Marji. Lekarz naczelny Dr. Mogilnicki).

24 czerwca r. ub. został przyjęty do Szpitala 5-letni chłopak Bl. z rozpoznaniem drętwicy. Z wywiadów okazało się, że dziecko choruje od 2 tygodni, że choroba rozpoczęła się od braku łaknienia, że od kilku dni, zwłaszcza w nocy, wystąpiły ataki spazmatycznego płaczu i prężenia.

Pochodzi ze zdrowej rodziny, chorób zakaźnych nie przechodziło.

Badanie wykazało: budowa prawidłowa, odżywienie dobre, gruczoły mocalne, skóra czysta, ciepłota *in recto* 37,9°.

Wybitny *opistotonus* i szczękościsk. Przy każdem dotknięciu i głośniejszych dźwiękach ataki prężenia. Twarz ma wyraz cierpiący. *Risus sardonicus*. Stan zamroczenia. Serce i płuca bez zmian. Wątroby i śledziony zbadać niepodobna z powodu sztywności powłok brzusznych.

Nakłucie lędźwiowe wykazało: płyn przeźroczysty, bez pleocytozy, białka 0,33‰, Nonne-Apelt — ujemny, Pandy — dodatni.

Rozpoznanie nie ulegało wątpliwości: tężec niewiadomego pochodzenia.

Zastosowano leczenie swoiste i objawowe. W ciągu dwu tygodni dziecko otrzymało śródlędźwiowo 6 flakonów surowicy swoistej, a 26 flakonów śródmięśniowo. Objawy tężca stopniowo znikły.

7 lipca wystąpiła obfita czerwono-sina wysypka, osłabienie i ciepłota do 40°. Zastosowano salicyl, kollargol, kamforę. Stan ten po kilku dniach przeszedł, natomiast zaczęły występować ropnie na czaszce, obu udach, około odbytnicy. Oprócz leczenia zwykłego wobec uporczywości i występowania coraz to nowych ropni zastosowano autoszczepionkę (w ciągu 10 dni sześć zastrzyknięć).

Wreszcie 24. VIII. wypisano dziecko ze szpitala w stanie nagół dobrym przy ogólnem osłabieniu.

W ciągu 2 tygodni w domu stan dziecka stale się poprawiał, siły powracały. W tym czasie rodzice zauważyli, że dziecko ma krzywe usta. Lekarz Kasy Chorych rozpoznał porażenie nerwu twarzowego i polecił zastosować elektryzację. Po kilku dniach pojawiły się ataki prężenia.

Dnia 11. IX. dziecko przybyło ponownie do szpitala. Chodziło samo, aczkolwiek z trudem i powoli. Ciepłota normalna, usta przekrzywione w stronę lewą, co czyni istotnie wrażenie niedowładu mięśni twarzowych po stronie prawej; jednakowoż przy wykonywaniu ruchów ujawnia się zupełna ich sprawność czynnościowa. Wybitnie występują objawy Chwostka i Eschericha obustronnie. Pielęgniarka zauważyła w dniu przyjęcia chłopca do szpitala atak prężenia obu nóg, trwający około 15 minut.

Rozpoznaliśmy nawrót tężca częściowy, wobec niezbyt ciężkich objawów zastosowaliśmy leczenie objawowe (siarczan magnezowy).

Jednakże w ciągu następnych dni stan stale się pogarszał ataki prężenia powtarzały się coraz częściej, wystąpił nieznaczny szczękościsk (połączony z zapaleniem błony śluzowej ust). Wobec tego 24. IX. zastosowaliśmy metodą Bezredki zastrzyk surowicy swoistej, w pół godziny potem wystąpiła zapaść, obfite poty. W ciągu następnych 2 dni ataki prężenia nie tak częste. 27. i 30. IX. ponownie wstrzyknięto po 2 flakony

surowicy — każdorazowo występował wstrząs. Od 30. IX. żadnych objawów tężcowych.

31. IX. ujawniła się ropowica na pośladku naprzód po jednej stronie, potem po stronie przeciwnej. Ropienie leczone chirurgicznie trwało b. długo. Dziecko po dłuższem leczeniu w szpitalu, a następnie w domu wyzdrowiało zupełnie.

Epikryza: przypadek tężca pochodzenia niewiadomego u 5-letniego dziecka ustępuje w ciągu 4 tygodni pod wpływem leczenia swoistego. Jako powikłanie wystąpiła choroba posurowicza i furunkuloza. W 6 tygodniu od czasu ostatnich objawów tężca występuje nawrót tej choroby, początkowo w postaci tężca miejscowego, następnie zespołu całkowitego. Recydywa po kilkutygodniowem trwaniu ustępuje pod wpływem ponownego leczenia swoistego, które stosujemy, nie bacząc na wstrząs aż do zupełnego ustąpienia objawów.

Przypadki nawrotów tężca należą do niezmiernie rzadkich w kazuistyce lekarskiej. Tężec kończy się albo śmiercią albo zupełnem wyzdrowieniem; rzadko występuje po przebytej chorobie w niektórych odcinkach mięśniowych sztywność spowodowana przez wtórne zmiany w mięśniach (przerost tkanki łącznej).

Sick po raz pierwszy opisał przypadek nawrotu tężca u 17-letniego chłopca w 6 tygodni po pierwotnem cierpieniu. W dyskusji nad pokazem Sicka wspomina Schickler o przypadku recydywy tężca u studenta po mensurze.

Z trzech przypadków Hubera tylko 2 zasługują na nazwę nawrotów. Huber rozróżnia recydywy, jako reinfekcje, i recydywy bez reinfekcji. Pierwsze wykazują przebieg cięższy od choroby pierwotnej, ostatnie, przeciwnie, lżejszy. Reinfekcja nie jest recydywą, i te przypadki nie dotyczą nas w tej chwili. Istnienie ich dowodziłoby, iż zakażenie pałeczkami Nikolaiera nie pozostawia trwałej odporności.

Przypadek Fausta, podawany przez Gerwienera, nastręcza wogóle wątpliwości, co do rozpoznania. Natomiast przypadek Brandta jest zupełnie wyraźny.

Przypadek Gerwienera — u 28-letniego mężczyzny, jest niezmiernie interesujący i rzuca wiele światła na patogenezę powstawania recydywy tężca. Już Sick, opisując swój pierwszy przypadek wypowiada 2 przypuszczenia. Po pierwsze, że bakterje, przetrwałe w organizmie, przy sprzyjających okolicznościach na nowo się rozwijają, wywołując nowy atak choroby; po drugie, że toksyny tężca krążą w organizmie, aby w pewnych warunkach zadziałać na nowo na ośrodki nerwowe. To drugie przypuszczenie jest zgoła nieprawdopodobne. Przypadek Gerwienera dostarcza bezpośredniego dowodu na korzyść pierwszego przypuszczenia Sicka. U tego chorego nawrót tężca ustąpił z chwilą usunięcia odłamku granatu, w którym prof. Küster wykazał istnienie żywych i zdolnych do rozwoju pałeczek Nikolaiera. Wraz z usunięciem źródła nowego zakażenia czy intoksykacji) — ustępują objawy choroby. Skądinąd wiadomo, że w drzazgach w ranie już zabliźnionej pałeczki mogą przetrwać bardzo długo; notowane są przypadki, gdzie dopiero po 7 latach*) po wtargnięciu do rany, zarazki przetrwałe wywołują pierwotny obraz tężca.

Przypadek Hürtera różni się od poprzednich tem, że nawroty tężca powtarzały się wielokrotnie w ciągu 4 lat i skończyły się zejściem śmiertelnem.

Podobnie skończył się przypadek nawrotu tężca u kilkuletniej dziewczynki, opisany przez Morcoliego.

Analiza wszystkich tych przypadków nawrotów tężcowych nie pozwala na wyłączenie zarazków, powodujących ponowny rozwój przetrwałych w życiu utajonem w organizmie bakteryj.

Nasz przypadek, zarówno jak i inne, pouczają, że należy nawroty tężcowe traktować tak samo, jak cierpienie pierwotne i leczyć swoiście, stosując przeciwtężcową surowicę i nie oglądając się na możliwość wystąpienia wstrząsu.

Piśmiennictwo.

1) R. v. Stenitzer. Tetanus, Kraus i Brugsch T. II. 1919. — 2) K. Sick. Klinische und bakteriologische Beobachtungen bei Tetanus Württenberg. Medizinisches Correspondenzblatt. 1909. — 3) G. Huber. Zur Symptomatologie und Serumtherapie des Tetanus tranmaticus, Beiträge z. klinischen Chirurgie 1912 Bd. 77. — 4) S. Gerwiener. Uber chronischen Tetanus. M. med. Wochenschr. 1916 Nr. 35. — I. Hürter. Recidiviereuder chronischer Tetanus Med. kl. 1925 Nr. 6. — 6) I. Camus et I. I. Gournay. Tétanos. Nouveau Traité de Medecine Fasc. II. 1922.

*) Brunsel.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.

Bromek sodowy jako środek przeciwkrwotoczny.

(Z oddz. W. I. Państw. Szpit. we Lwowie, kier. Doc. Dr. Czernecki; oraz oddz. W. II. Prymarjusz Dr. W. Ziembicki).

Metoda stosowania śródżylnego hipertonicznych roztworów przy krwotokach wewnętrznych, została zapoczątkowaną przez Van der Veldena. Autor ten wstrzykiwał 10% roztwór chlorku sodowego. Metoda ta dzięki swej prostocie znalazła wszechstronne zastosowanie, zaś wyniki lecznicze były bardzo zadowalające. Podobnie też poczęto stosować jako środek przeciwkrwotoczny chlorek wapniowy.

Co do stosowania śródżylnego bromku sodowego panowała wśród autorów wielka powściągliwość w tym względzie. Jednym z momentów grających tu rolę był brak odpowiednich doświadczeń na zwierzęciu. Dopiero w r. 1913 Berneuilli dowiódł na podstawie swych szerokich badań na zwierzętach, że śródżylne podanie bromków nie jest szkodliwem.

Sam Van der Velden polecał też stosowanie bromku sodu zamiast chlorku sodowego przy krwotokach wewnętrznych, lecz tylko podawał go drogą doustną, jak to oddawna czyniono z solą kuchenną. Autor ten dowiódł doświadczeniami na zwierzęciu i doświadczeniami klinicznemi, że bromek sodowy nie ustępuje w działaniu soli kuchennej, podawany *»per os«* przy krwotokach.

Czasami zaś klinicznie okazywał się bromek sodowy skuteczniejszym od soli kuchennej; skutkiem czego polecał on stosować go naprzemian ze solą kuchenną. W ostatnich czasach zajęto się szerzej sprawą śródżylnego stosowania bromku sodu.

Dünner na 33 Kongresie medycyny wewnętrznej poleca śródżylne podawanie tegoż w 30% roztworze przy obrzękach, w tym celu by zastąpiwszy jon Cl. jonem Br. uzyskać odpowiednie odwodnienie ustroju. Lebedjew notuje korzystne wyniki przy leczeniu chorób skórnych i wyprysków wlewaniem dożylnem 1% rozczynu NaBr. względnie wstrzyknięciu 10% NaBr.

Własności uspokajające jonu bromowego pierwszy począł wykorzystywać Alwens, stosując 10% bromek strontu przy bólach rozmaitego rodzaju, a przedewszystkiem przy bólach tabetycznych. Podobną też drogą poszedł Heyman, który rozpoczął na wielką skalę stosowanie soli bromowych przy krwotokach, a zwłaszcza przy krwotokach płucnych. Na pracy wyżej wymienionego autora opieraliśmy się głównie, przeprowadzając doświadczenia własne nad tym środkiem.

Strona teoretyczna skutecznego działania rozczynów hipertonicznych przy krwotokach nie jest zupełnie wyjaśniona, jak też wogóle cała kwestja tej tak zw. przez Niemców osmoterapji.

Dowiedzionym jest faktem, że działanie przeciwkrwotoczne posiadają w równej mierze rozczyny hipertoniczne najrozmaitszych soli, jak: NaCl, $CaCl_2$, NaBr, Na_2SO_4 a nawet hipertoniczne rozczyny cukru gronowego.

Jasnym wobec tego jest fakt, że działanie nie może być związane z którymkolwiek z anjonów czy też katjonów, lecz zależy ono wyłącznie od stężenia osmotycznego, od faktu, że dany roztwór jest hipertoniczny.

Obserwując bliżej procesy odbywające się we krwi po wprowadzeniu roztworu hipertonicznego, stwierdzamy, że napięcie osmotyczne krwi ulega zmianie, że zostaje zaburzona izotonja między krwią a tkankami. W pierwszym momencie jest oczywiście krew hipertoniczną względem tkanek. Hipertonja ta powoduje, że krew rozpoczyna przyciągać wodę z tkanek skutkiem czego przychodzi do rozcieńczenia krwi, do objawu zwanego *»plethora hydraemica«*, skutkiem czego znajdujemy zaburzenia w ilościowych stosunkach c. czerwo-

nych, surowicy, soli kuchennej i białka. Następnie powoli znika owo zjawisko dzięki czynnościom narządów wewnętrznych i nerek, powraca z powrotem stan prawidłowy we krwi zwykle po 40—60'.

Jak wytłumaczyć sobie działanie przeciwkrwotoczne na podstawie powyższych danych? Istnieją dwie teorje. Pierwsza porównuje zjawisko to do zjawiska wysalania białka z surowicy, stosowanego tak rozlegle w chemji. Przez wprowadzenie krystaloidów do krwi ma wypadać fibrynogen i ułatwiać tem samem krzepnienie.

Jednak trudno przyjąć tę teorję, gdyż zjawisko przesolenia krwi trwa tylko kilka minut i ustępuje natychmiast stanowi »plethory hydremicznej«. Lepiej tłumaczy ten fakt teorja druga, postawiona przez Van der Veldena. Mianowicie twierdzi on, że w okresie, w którym mamy do czynienia z przechodzeniem płynu tkankowego do osocza mamy do czynienia równocześnie z wyługowaniem z tkanek trombokinazy, która przechodząc do krwi wpływa korzystnie na proces krzepnienia krwi.

Przy stosowaniu bromku sodowego wchodzi w rachubę jeszcze jon Br, który ma własności uspokajające. Własności powyższe są pożądane przy krwotokach, gdyż podniecenie chorego bywa momentem sprzyjającym powtórzeniu się krwotoku. Ponad to sole bromowe nie działają zupełnie na rdzeń przedłużony, na centra oddechowe i kaszlowe, co może być w pewnych przypadkach pożądane.

Działanie uspokajające bromu jest widoczne w kilka minut po wstrzyknięciu, gdy tymczasem po podaniu doustnem działanie staje się widocznem dopiero po kilku godzinach. Zato działanie jego jest krótsze.

Bromek sodowy stosujemy w roztworze 10% w ilości 10 ccm na dawkę śródżylnie. Roztwór ten nie jest właściwie izotonicznym roztworem 10% NaCl a właściwie powinien być 17.7%, jednak w praktyce okazał się wystarczający. W wyjątkowych przypadkach stosowaliśmy skutecznie rozczyny 15% w ilości 3 gr. na dawkę.

Przechodząc do wyników leczniczych należy stwierdzić, że nasze wyniki lecznicze są zgodne z wynikami leczniczemi otrzymanemi przez Heymana.

Stosowaliśmy bromek sodowy w szeregu przypadków krwotoków płucnych, gdzie okazał się dobrym środkiem przeciwkrwotocznym, nieustępującym w działaniu chlorkowi sodu i chlorkowi wapnia. Często krwotok ustawał po jednem wstrzyknięciu; czasem trzeba było wstrzyknięcie kilka razy powtórzyć, zaś można je powtarzać 2 i 3 razy dziennie.

Zato dał się zauważyć korzystny wpływ uspokajający bromku sodowego, co szczególnie widoczne było u kobiet. Chorzy zapadali często w sen tak bardzo pożądany, bez użycia żadnych innych środków nasennych.

Ponadto stosowany był bromek sodowy przez jednego z kolegów (Dr. Kuhl) w przypadku »*Thrombopenia essentialis*« w okresach kiedy chory dostawał napadów krwawienia. Środek ten nie zawodził nas nigdy w tym przypadku, gdzie stosowanie innych środków przeciwkrwotocznych zawodziło zupełnie. Przed operacją (splenektomia) wstrzyknięto 3 gr. bromku sodowego. Chory zniósł zabieg doskonale.

Co do działań ubocznych, nie zauważyliśmy nic niekorzystnego. Zaś zaletą bromku sodu w przeciwieństwie do chlorku wapnia, jest fakt podnoszony przez Heymana, a mianowicie brak przykrych objawów naczynioruchowych występujących po wstrzyknięciu $CaCl_2$. Ponadto w miejscu wstrzyknięcia nie zauważyliśmy żadnych zmian.

Reasumując powyższe dane należy stwierdzić, że: bromek sodowy jest dobrym środkiem przeciwkrwotocznym, nieustępującym w działaniu chlorkowi sodu i chlorkowi wapnia, a posiadającym cenne zalety uspokajające, i niedającym przykrego zespołu objawów naczynioruchowych.

Wykłady i odczyty.

Dr. med. Zygmunt KRAMER. Sieniawa.

Lecznictwo ropnego zapalenia miedniczek nerkowych *).

Zanim przystąpię do omawiania sposobów leczenia wydaje mi się koniecznem przedstawić choćby poglądowo objawy i etjologję ropnego zapalenia miedniczek nerkowych i zwrócić uwagę na omyłki rozpoznawcze, wynikające z częstego usadawiania się tej choroby po stronie prawej, bo aż w $^2/_3$ wszystkich przypadków.

Rozprzestrzenianie się bólu po prawej stronie brzucha i wspólne objawy z ostrym atakiem kamicy wątrobowej i zapalenia wyrostka robaczkowego dały niejednokrotnie powód do zbytecznego otwarcia jamy brzusznej, co ani dla chorego, ani dla sumienia obowiązkowego lekarza nie może być obojętnem. Przeto poczytanem musi być za błąd sztuki pominięcie zbadania osadu moczowego pod drobnowidem w przypadkach schorzeń gorączkowych, połączonych z objawami bólu w prawej połowie brzucha. Należy pamiętać, że prawa strona brzucha, (jak się wyraża Pollitzer[1]), to wielki dworzec przetokowy dla rozmaitych schorzeń, i że należy o wszystkich możliwościach pamiętać i wyczerpać sposoby badania zanim wypowie się ostateczne zdanie i radę.

Pierwszy zwrócił uwagę na tę chorobę Escherich w roku 1894, opisnjąc częste występowanie ropnego moczu u dzieci. Ale dopiero w roku 1906 przedstawił Lenhartz na kongresie przyrodników w Stuttgarcie sprecyzowany opis *pyelitis* i sposobów leczenia tejże. Leczenie to dzisiaj ma już znaczenie raczej historyczne. Również zespół objawów opisany przez Lenhartza został uzupełniony tak przez internistów jak i ginekologów.

W symptomatologji *pyelitis* wysuwają się na czoło 3 przewodnie objawy: gorączka, bóle nerkowe, i charakterystyczny mocz. Do tych 3 podstawowych objawów dołączają się: nagłe wystąpienie wśród zupełnego zdrowia; dreszcze, najczęściej w początkach choroby; dolegliwości żołądkowo-jelitowe, jak nudności, wymioty, a czasem i biegunka; bole głowy i ogólne osłabienie; parcie na mocz i bolesność przy i po oddaniu moczu.

Bole wychodzące z okolicy chorej nerki rozprzestrzeniają się albo po całym brzuchu, albo promieniują wzdłuż moczowodu do pęcherza. Czasem promieniują w stronę pęcherzyka żółciowego, lub usadawiają się w punkcie Mack-Burneya. Okolica chorej nerki po stronie lędźwiowej wykazuje prócz samoistnych bolów, silną bolesność na wstrząśnięcie. (Objaw Goldflamma). Zarazem występuje tam przeczulica skóry i wzmożone napięcie mięśni lędźwiowych, które się daje czasem już gołem okiem stwierdzić. Wzmożone napięcie mięśni przenosi się często na odpowiednią połowę brzucha. Takie »*defense musculaire*« po stronie prawej może się stać przyczyną błędu rozpoznawczego. W jednym z moich przypadków promieniowały bole w okolicę stawu biodrowego.

Krew badana w początkach choroby wykazuje leukopenję, a dopiero po kilku dniach występuje leukocytoza (Pollitzer[2]), która się utrzymuje już na stałe. Dawniej utrzymywano, że przy *pyelitis* występuje stale leukocytoza i na tej podstawie chciano różniczkować *pyelitis* z durem brzusznym. Jak widzimy w początkach choroby ten sposób zawodzi.

Z przytoczonych objawów występują niektóre we formie zmiennej. I tak gorączka jest raz ciągłą i trwa od 8—14 dni, to znowu ma charakter zwalniającej lub hektycznej, czasem jest podobną do malarycznej, a często wygląda jak gorączka przy durze powrotnym. Kończy się albo krytycznie albo litycznie.

Bole nerkowe wzmagają się przy wdechu, więc może to

---

*) Według wykładu wygłoszonego na Zebraniu Oddziału jarosławskiego Towarz. lekarzy Małopolski dnia 18. kwietnia 1918 r.

[1]) Pollitzer: Zur Diagnose der akuten Zystopyelitis Med. Klin. Nr. 51. z 1924 r.

[2]) Pollitzer, jak wyżej.

mylić ze zapaleniem płuc lub opłucnej. Jeśli bole występują napadowo i są połączone z objawami żołądkowo-jelitowemi, to może to mylić z kamicą nerkową, a przy prawostronności z kamicą wątrobową i zapaleniem wyrostka robaczkowego, tembardziej jeśli dołączy się »*defense musculaire*«. Ogólnie ciężki stan, bole w krzyżach, wysoka gorączka, tętno niezbyt przyśpieszone może mylić z durem lub grypą. We wszystkich tych przypadkach wyprowadza nas z lasu domysłów badanie moczu.

Nie wystarcza tu jednak zbadać wygląd, odczyn i składniki chemiczne moczu. Danych rozpoznawczych dostarczy nam dopiero drobnowidowe zbadanie osadu moczowego i to moczu wziętego jałowo. I przedtem badaniem nie powinniśmy się cofnąć w żadnym przypadku niezupełnie jasnego przypadku gorączkowego, jeśli chcemy się ustrzec od niemiłych niespodzianek.

Mocz chorych na zapalenie miedniczek nerkowych przedstawia wygląd niejednolity, bo zależny jest od nasilenia i stadjum choroby. W ostrym okresie choroby jest zupełnie lub prawie przejrzysty i daje początkowo mało osadu. Z postępem choroby i w miarę ustępywania ostrych objawów przyjmuje wygląd mętnego z obfitym kłaczkowatym osadem. Czasem już można gołem okiem rozpoznać drobne, jakby w zawiesinie będące grndki żółtawo szare, składające się z ropy. Odczyn moczu jest przeważnie wybitnie kwaśny. Jülich[3]) podaje, że na 215 badanych przypadków znalazł w 85% odczyn moczu kwaśny, w 4% obojętny, a w 11% zasadowy. Dość znaczny odsetek odczynów zasadowych u Jülich'a da się wytłumaczyć tem, że brane pod uwagę przypadki odnosiły się w znacznej części do następowego zapalenia miedniczek nerkowych wskutek przewlekłych nieżytów pęcherza moczowego. Białka zawiera mocz tych chorych tylko ślady, a znaczniejszy odsetek białka wskazuje na przejście procesu zapalnego z miedniczek na miąższ nerkowy i wtedy mówimy o *pyelonephritis*. Próba Hellera daje szerokie zmętnienie ponad powierzchnią zetknięcia się kwasu z moczem, które pochodzi od zawartej w moczu ropy i drobnoustroji. Osad badany pod drobnowidem wykazuje śluz, znaczną ilość ciałek białych, nieco krwinek, których ilość może być znaczniejsza przy *pyelitis calculosa*, następnie charakterystyczne komórki gruszkowatego kształtu, pochodzące z nabłonka miedniczek i wielką ilość bakteryj. W około 90% przypadków bakterjami temi są krótkie, grube pałeczki, o zaokrąglonych końcach, mało ruchliwe bakterje okrężnicy *(Bact. colli)*. Dawniej uważano, że jedynie te drobnoustroje wywołują zapalenie miedniczek nerkowych. Pokazało się jednak, że to samo potrafią: *staphylo-strepto-coccus*, *proteus vulg.*, *pneumococcus*, *pneumobacillus Friedländera*, prątki duru brzusznego, paradurowe, bakterje ropy błękitnej, dysenterji i wiewióra.

Jeśli chodzi o częstość występowania chorobotwórczych drobnoustrojów w *pyelitis* to, podam za Jülichem[4]), który w swym materjale znalazł w 62,6% *bacterium colli*, 23,2% *staphylococcus*, w 9% *streptococcus*, w 2% *proteus vulg.*, w 1,3% *b. pyocyaneus*, w 1,3% *b. paratyphi*, a w 0,6% *pneumococci*. Rzadsze występowanie laseczek okrężnicy na korzyść innych w tem obliczeniu muszę odnieść do doboru przypadków tego autora, o którym już poprzednio powiedziałem, że obejmował znaczną ilość zapaleń miedniczek wtórnych. Tenże autor obliczył, że w *colipyelitis* mają przewagę kobiety, a w *strepto* i *staphylo-pyelitis* mężczyźni. Zauważyć już teraz muszę, że najszczęśliwiej leczy się *colipyelitis*.

Na zakończenie charakterystyki zapalenia miedniczek nerkowych muszę podnieść swoistą tej chorobie naprzemienność. Ostre napady gorączki, dreszczy, bolów nerkowych i zaburzeń żołądkowo-jelitowych przy moczu względnie czystym są przerywane okresami względnego zdrowia z moczem mętnym, o znacznej ilości śluzu i osadu kłaczkowatego. *Pyelitis* występuje najczęściej jednostronnie, w znacznej części prawostronnie, nierzadkiem jest i obustronne zajęcie miedniczek nerkowych. Wśród chorych przeważa płeć żeńska.

W sprawie sposobu powstawania zapalenia miedniczek nerkowych zdania są jeszcze nieustalone. Podczas gdy Niemcy pierwotnie uważali ascenzję za jedyny sposób powstawania zakażenia, wystąpili Amerykanie, a za nimi wielu innych z teorją wysiewania zarazków z krwi drogą kanalików nerkowych. Od czasu kiedy Franke odkrył naczynia limfatyczne, łączące *colon ascendens* z prawą nerką, przyjęto i tę drogę za możliwą do przetransportowania zarazków. Allard[5]) popiera tę możliwość własnemi spostrzeżeniami na mężczyznach, którzy po przebytem zapaleniu woreczka żółc. i wynikłych z tego zrostach woreczka żółciowego z jelitem grubem zapadli na zapalenie miedniczek nerkowych. Odgrywała tu oczywistą rolę koprostaza. Zarazem podaje, że w kilku przypadkach *pyelitis*, opierających się wszelkim sposobom leczniczym, przy równoczesnem zaparciu stolca, uzyskał dobre wyniki przez podanie środków przeczyszczających.

Naczynia limfatyczne Frankego nie mają jednak znaczenia dla częstszego występowania *pyelitis* u ciężarnych po stronie prawej. Tu odgrywa większą rolę opadanie ciężarnej macicy w stonę prawą i nagniatanie prawego moczowodu. Z powodu tego ucisku spływanie moczu w moczowodzie prawym staje się wolniejszem, a w ten sposób wywołany zastój moczu zmniejsza odporność nabłonka miedniczki nerkowej. Zarazem wytworzony przy tej sposobności słup moczu sprzyja posuwaniu się bakteryj z pęcherza moczowego do miedniczki nerkowej. Stąd też prawostronne zapalenia miedniczek nerkowych u kobiet ciężarnych są prawie regułą, a częstość u kobiet dorosłych znaczniejsza. Do częstości u płci żeńskiej przyczynia się bliskie sąsiedztwo otworu stolcowego i otworu cewki moczowej.

Za przewędrowaniem zarazków z jelita oświadcza się Runge[6]), który podaje przypadek wystąpienia *pyelitis* u noworodka wskutek nagłego przejścia do sztucznego odżywiania i wprowadzenia do jelita bakteryj okrężnicy we większej ilości. Tegoż samego zdania jest i Pollitzer[7]).

Przeciw drodze zstępującej zakażenia występował szereg autorów, motywując swoje stanowisko tem, że przy tak znacznej bakterjemji i bakterjurji jaka ma miejsce w licznych chorobach zakaźnych, dość wspomnieć o durze, nie przychodzi do zapalenia miedniczek nerkowych. Klasycznemi pracami, które bronią tego stanowiska, są prace Schottmüllera i ucznia jego Leviego, którzy spostrzegali obfity wysiew *bact. coli* do krwi przy septycznych poronieniach, a szczególnie po wypróżnieniu sztucznem macicy. Przy tych koliemjach występowały koliurje, raz nawet silna, a jednak ani w jednym przypadku nie zapadły chore na zapalenie miedniczek nerkowych.

Jeszcze jedną możliwość wysnuwają badacze, przeniesienie się zakażenia drogami limfatycznemi, które biegną wzdłuż moczowodów od pęcherza do nerki. Jednak i ta teorja nie ma dostatecznych, dowodów.

Jak widać z tego najwięcej danych do przyjęcia ma zakażenie drogą wstępującą. Nie można jednak odmówić racji bytu innym teorjom i należy przyjąć, że zakażenie może się przenieść też drogą krwi i przez naczynia Frankego, tylko że do wywołania zapalenia miedniczek nerk. nie wystarcza sama obecność zarazków. Aby zarazki mogły wywołać zapalenie miedniczek nerkowych konieczne są warunki sprzyjające, które ułatwiają wywołanie zakażenia. Do takich warunków sprzyjających należą czynniki zewnętrzne i wewnętrzne.

Do czynników zewnętrznych zaliczamy:

1. Czynniki cieplne.
2. Czynniki mechaniczne jak:
   a) zastój moczu i następowe rozszerzenie dróg moczowych,
   b) kamica nerkowa,
   c) uraz,
   d) przekrwienie wskutek blizn pooperacyjnych i zrostów po schorzeniach ginekologicznych,
   e) ucisk ciężarnej macicy,
   f) anomalje moczowodu i położenia nerki.

Do czynników wewnętrznych zaliczamy:

1. Miesiączka,

Ad [3]) i [4]). Jülich. Zur Klinik der Pyelitis. Med. Klin. Nr. 49. r. 1923.

[5]) Allard. Karlsbader ärztliche Vorträge 1924 (Band 6).
[6]) Runge. Zentralbl. f. Gynecolog. N. 8. 1923 r.
[7]) Pollitzer jak wyżej.

2. Skaza goścćowa.
3. Skaza moczanowa.

Omówiwszy w ten sposób objawy i sposoby powstawania *pyelitis*, mogę przystąpić do właściwego tematu, do omówienia sposobów leczenia.

Najstarszą metodą leczenia jest sposób podany przez Lenhartza, o którym już na początku wspomniałem, że dzisiaj należy do historji. Polegał on na podawaniu choremu znacznych ilości płynów w celu przepłukania miedniczek nerkowych. W działanie urotropiny Lenhartz nie wierzył i nie dziwota, bo przy tak znacznem rozcieńczeniu i alkalizowaniu moczu wodami mineralnemi, n. p. Wildungen, którą Lenhartz polecał, nie mogła zadziałać urotropina.

Tem też tłumaczy się znikoma liczba wyleczonych przypadków tego autora, bo zaledwie 16 na 80 leczonych. Tylko w 16 przypadkach uzyskał on wolny od bakteryj okrężnicy mocz, a wiadomem jest przecież jak często zapalenia miedniczek nerk. na tle prątka okrężnicy mają charakter dobrotliwy. Już dość wspomnieć o *pyelitis gravidaram,* które często ustępuje z rozwiązaniem ciąży, albo leczy się szczęśliwie we wielu przypadkach przez samo ułożenie ciężarnej na lewy bok. Ten fakt zmniejsza jeszcze bardziej znaczenie i tak już nikłego wyniku.

Nie zwracano wtedy uwagi na to, że urotropina działa w podłożu kwaśnem, że jej stężenie winno być znaczne, że tak obojętny, jako też słabo-kwaśny mocz jest najlepszą pożywką dla *bact. colli.* Dopiero w wybitnie kwaśnym moczu nie mogą się te drobnoustroje rozwijać. Dlatego też żywienie chorych mdłą dietą i wodami alkalicznemi prowadzi do opacznych skutków, bo pomaga dalszemu rozwojowi prątka okrężnicy w moczu.

Powyżej podane fakty co do stężenia i kwasoty moczu wyzyskali Meyer i Betz w swej metodzie leczenia i polecili podawanie mięsa, mleka i kwasów, zaś ograniczenie ilości płynów i wyeliminowanie jarzyn. Celem zagęszczenia moczu polecili parówki. Tą metodą nie można było jednak dojść do bezbakteryjnego moczu, a więc, do zupełnego wyleczenia zapalenia miedniczek nerk., mimo racjonalnych podstaw metody. Musiano więc szukać dalszych sposobów, zapewniających doszczętne zniszczenie zarazków.

Takim dalszym etapem jest metoda Haasa. Polega ona również na zagęszczeniu i silnem zakwaszeniu moczu z równoczesnem podawaniem środków odkażających. Haas ogranicza podawanie płynów do 600 cm sz. dziennie, z czego trzysta cm sz. podaje jako lemoniadę z kwasem fosforowym według recepty: *Acid. phosph. 50,0 — Sirup. rub. id. 50,0 — Aqu. dest. ad 1000,0.* Ze środków odkażających poleca urotropinę 3 gr. *pro die* z 4 gr. *natr. salicyl.* lub aspiryny. Prócz tego poleca procedury zmierzające do wywołania potów; jak n. p. komorę cieplną. Przeciw parciu na mocz podaje belladonę i morfinę.

Metodę Haasa w połączeniu z dietą Mayer-Betza poleca G. Daniel[8]) i podaje, że już przez samo zmniejszanie się ilości moczu ustępuje parcie na mocz.

Połączenie tych metod nie nadaje się do zastosowania przy *pyelo-nephritis,* ponieważ chora nerka nie jest w stanie zagęścić moczu do tego stopnia co zdrowa i cała procedura chybia celu.

Allard[9]) podaje chorym na czczo 1 gram urotropiny z małą ilością płynu, w 2 godziny potem pozwala zjeść śniadanie, a dopiero po śniadaniu pozwala pić większe ilości płynów. W ten sposób doprowadza on stężony roztwór urotropiny do miedniczek nerkowych, a przez późniejsze pobieranie płynów nerki zostają przepłukane. Na noc poleca znowu podać 1 gr. urotropiny w małej ilości płynu. Allard poleca swój sposób w początkach ostrych napadów, a następnie przejście do metody Meyer Betz-Haasa. Podobny wynik daje dożylne wstrzykiwanie roztworów urotropiny.

Zamiast urotropiny możemy użyć całego szeregu środków zastępczych, które prócz działania urotropiny mają własność zakwaszania moczu i przez to wyzyskuje się lepiej odkażającą siłę aldehydu mrówkowego. Z tych środków wymienię: *Acidolamin=acidol*+urotr., *Allotropina*=kw. fosfor. +urotr., *Amphotropina*=kw. kamforowy+urotr., *Borovertyna*=kw. borowy + urotr, *Cylotropina = natr. salicyl.* + *coffeina* + urotrop. *Cystopuryna = natr. acet.* + urotrop., *Helmithol*+kw. cytrynowy+urotrop., *Hetralin* = rezorcyna + urotrop., *Hexal*=kw. sulfosalicyl.+urotrop., i *Neohexal.* Najlepsze w skutkach jest połączenie urotropiny z kwasem salicylowym w postaci salicylanu sodu, aspiryny i t. p., albowiem oprócz własności zakwaszających posiada kwas salicylowy własności odkażające mocz.

Stosowanie leków dożylnie zapoczątkował Gross, wstrzykując neosalwarsan. Neosalwarsan okazał się jednak mało skutecznym przy zapaleniach miedniczek nerk., za wyjątkiem zapaleń miedniczek nerkowych powstałych na tle rzeżączki. Dość dobre wyniki daje wstrzykiwanie dożylne urotropiny w stężeniach 20% do 40% przy jednoczesnem zakwaszaniu moczu. Wielu autorów chwali działanie wstrzykiwań dożylnych przetworów koloidalnego srebra w połączeniu z barwikami.

Na pierwszy plan wysuwają się tu argoflawina i argochrom.

Krakowska klinika prof. Orłowskiego[10]) poleca specjalnie dożylne wstrzykiwania argoflawiny jako środka silnie odkażającego. Natomiast Latkowski, Romer i Kościuszko[10]) twierdzą, że argoflawina działa słabo przy *colipyelitis,* a jest skuteczną tylko w razie wywołania zapalenia miedniczek nerkowych przez inne bakterje. Oświadczają się oni natomiast za stosowaniem szczepionek. Zanim jednak przystąpię do omówienia leczenia szczepionkami muszę jeszcze wrócić do drugiego przetworu srebrowego, do argochromu.

Argochrom poleca gorąco Duzar[11]). Podaje on, że miał nadzwyczaj dobre wyniki przy najcięższych przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci, przebiegających wśród ciężkich objawów posocznicy. Wstrzykiwał, zależnie od wieku dziecka, $^1/_2$ do $1^1/_2$ cm sz. argochromu do *sinus longitudinalis,* odpuściwszy poprzednio 10—15 cm sz. krwi. Równocześnie stosował wlewania podskórne roczczynu Ringera w ilości 300 cm sz. z dodatkiem tonogenu, oraz zarządzał wstrzymanie podawania pokarmów. Towarzyszenie ciężkich objawów septycznych zapaleniu miedniczek nerk. u dzieci i oseskó tłumaczy Duzar skłonnością niektórych dzieci do posocznic, a jako momenty wyzwalające uważa przeziębienie i zaburzenia trawienne.

Heynemann[12]) poleca trypaflawinę. Po dwudniowem zakwaszaniu moczu przez podawanie 10 kropel *acid. muriat. dil.* trzy razy dziennie i ograniczenie płynów do 600 gr. dziennie, wstrzykuje on na 3 i 4 dzień po 10 cm sz. 2% roztworu trypaflawiny dożylnie, a na 5 dzień podaje duże ilości herbaty w celu przepłukania miedniczek. W razie potrzeby powtarza ten cały proceder na 6 dzień.

Na tem wyczerpałby się arsenał środków używanych na drodze poprzez nerki we walce z ropnem zapaleniem miedniczek nerkowych. Z kolei zajmę się metodami dążącemi do zniszczenia zarazków drogami pośredniemi, przez podniesienie odporności tkanek.

Do tych metod należą leczenie szczepionkami i proteinoterapja.

Jeśli chcemy mówić o leczeniu szczepionkami, to za takie możemy jedynie uważać leczenie autoszczepionkami bo używanie swoistych szczepionek nie różni się wiele od zastosowania nieswoistych ciał białkowych i dlatego musi być omawiane pod wspólną nazwą proteinoterapji.

Adam podał bardzo prosty sposób, którym każdy praktyk może sam przygotować autoszczepionkę swego chorego. Mianowicie 10 cm sz. moczu jałowo pobranego, ustawia się w jałowej próbówce na 24—48 godzin w pokoju o równomiernej ciepłocie. Mocz ten po 24 godzinach zmętnieje z powodu rozmnożenia się drobnoustrojów. Do zmętniałego

[8]) G. Daniel. D. m. W. 1922 N. 49.

[9]) Allard, jak wyżej.

[10]) Posiedzenie naukowe Krak. Tow. Lek. z 29. X. 1924 r.

[11]) Duzar. Therap. der sept. Pyelitis im Säuglingsalter. M. Kl. 1924 N. 33.

[12]) Heynemann. Behandl. der Pyel. gravidarum. Ther. d. Gegenw. 1925 N. 1.

moczu dodaje się 5 kropli chloroformu i 0,5 grama *acid. carbol. liq.* wstrząsa dokładnie całą zawartość i odstawia na 24 godzin. Po wytrąceniu osadu płyn jest gotowy do zastrzyknięcia. Wstrzykuje się pierwszy raz 0,1 cm sz. i stopniuje o 0,1 cm sz. aż do otrzymania silnego odczynu miejscowego.

Autowakcynacja ma wielu zwolenników, ale nie brak jej też przeciwników. Nie jest ona metodą idealną jednak jest godną próby w przypadkach uporczywych, a co najmniej zasługuje na użycie jej w połączeniu z innemi metodami.

Bardziej zadowalające wyniki daje proteinoterapja. Najbardziej dostępnym preparatem jest mleko, które wcale nie ustępuje drogim, sztucznym preparatom. Wstrzyknięcie mleka domięśniowo niejednokrotnie sprowadza zwrot ku lepszemu w przewlekłych i upartych zapaleniach miedniczek. Allard poleca *Aolan*. Framm[13]) poleca *Coli-* i *Staphylo Yatren*. Rozpoczyna zastrzykiwania jednym cm sz. Nr. III. i powtarza zastrzykiwania co drugi dzień, podwyższając stopniowo do 5 cm sz. Unika przy tem silniejszych odczynów ogólnych. W razie braku wyników używa Nr. IV., rozpoczynając zaraz od 3 cm sz. Covie, amerykanin, poleca surowicę końską i miał już po trzech wstrzyknięciach otrzymać mocz bezropny. Do tegoż samego celu możemy użyć krwi chorego lub zwierzęcej, jak to już w roku 1667 uczynił po raz pierwszy Denis. Wszystkie te ciała działają według Schmidta w ten sposób, że sprowadzają w miejscu schorzałem przegrupowanie przepływu soków, a jak Weichardt tłumaczy aktywują one protoplazmę tak tkanki schorzałej, jakoteż całego ustroju, który wydobywa maksimum swej energji dla pokonania chorobotwórczych czynników.

Zdarza się jednak, iż mimo wszelkich starań i użycia wyżej opisanych sposobów leczenia drobnoustroje nie znikają z moczu.

Nie pozostaje wtedy nic innego jak leczenie miejscowe. Szkoła Schottmüllera poleca odpuścić mocz jak najszerszym zgłębnikiem i wstrzyknąć do pęcherza 2% roztwór azotanu srebra. Wstrzyknięty płyn zatrzymać w pęcherzu możliwie przez 5 minut, odpuścić przez cewnik i przepłukać kilkakrotnie fizjologicznym roztworem soli, aż do otrzymania klarownego płynu. Ewentualne dolegliwości łagodzi się narkotykami. Płukanie należy powtórzyć po 4 do 5 dniach. Po kilku płukaniach można doprowadzić do wyleczenia. Schottmüller podaje, że uzyskał wyleczenie w 82%. Po płukaniu roztworem lapisu powiększa się ilość leukocytów i ukazują się krwinki w moczu. Jednak to zaostrzenie ustępuje szybko i mocz staje się klarownym. Przy *pyelitis gravidarum* użycie 2% lapisu i silne drażnienie pęcherza moczowego nasuwa poważne obawy poronienia i dlatego lepiej jest użyć łagodniejszych środków. Metoda ta jest szczególnie odpowiednią przy zapaleniach miedniczek powstałych na tle schorzeń pęcherza moczowego.

Czasem i ta metoda jest niewystarczającą, a wtedy zmuszeni jesteśmy przystąpić za radą Holwega do płukania miedniczek nerkowych. Już samo cewnikowanie moczowodów wystarcza niekiedy do wyleczenia zapalenia. Przywraca ono bowiem drożność moczowodu i opróżnia dokładnie miedniczkę nerkową. Do płukania miedniczki nerkowej nadaje się roztwór 1‰ *argenti nitr.*, a jeszcze lepszym jest roztwór kollargolu lub argoflawiny.

Przy leczeniu uporczywych zapaleń miedniczek nerkowych należy pamiętać o fakcie, znanym zresztą w bakterjologji, a wykazanym przez Sterna. Mianowicie, że drobnoustroje pozostające we walce z chorym organizmem zyskują na zjadliwości i oporności względem zaczynów obronnych ciała, a tem samem i względem stale używanego środka leczniczego.

Z tego wynika, że nie należy się trzymać niewolniczo raz obranego środka leczniczego, lecz często zmieniać przetwory, aby tem intenzywniej działać na zarazki.

Której metody przedewszystkiem użyć, trudno powiedzieć. Nasz zawód jest za wiele sztuką, a za mało rzemiosłem i lekarz musi intuicyjnie odczuć, co w danym przypadku będzie najlepszem. Jedno tylko śmiało polecić mogę. Zacząć od środków i sposobów łagodniejszych, albowiem często już na tych sposobach można poprzestać.

Wyniki leczenia należy koniecznie kontrolować drobnowidowo. Nie wolno się łudzić przejrzystym wyglądem moczu, ale też niepotrzebne jest wdawanie się w mozolniejsze badania bakterjologiczne. Wystarczy oglądnąć pod drobnowidem odwirowany osad jałowo pobranego moczu i stwierdzić, że ciałek ropnych i drobnoustrojów brak.

Skoro już raz stwierdziliśmy bezbakteryjny mocz, a śluz z moczu, jako ostatni objaw nieżytowy jeszcze nie ustąpił, wtedy odzyskuje swoje prawa leczenie wodami mineralnemi. Odpowiedniej wody dostarczy Szczawnica, Rymanów i Krynica, a ze zagranicznych Wildungen.

---

13) Framm, M. m. W. 1924 N. 26.

Oceny i sprawozdania.

Podręcznik chorób zakaźnych, wydawany pod redakcją St. Sterling-Okuniewskiego. Zeszyt III., nakład Książnicy-Atlasu, Lwów-Warszawa 1924. Cena 12 złotych.

Zeszyt objętości 258 stron, zawiera w tekście 49 objaśniających go rysunków i 4-ry barwne tablice. Strona zewnętrzna książki przedstawia się tak samo korzystnie, jak poprzedniego zeszytu, z którego zdawałem sprawę w ubiegłym roku. Na treść zeszytu składają się:

Osiński: Gorączka powrotna.
Gieszczykiewicz: Żółtaczka zakaźna.
Sterling-Okuniewski: Gorączka po ukąszeniu przez szczury.
Korzon: Zimnica.
Zieliński: Grypa, Influenca.
Sterling-Okuniewski: Dur plamisty.
» Gorączka okopowa.

Nie omawiam każdej monografji z osobna, bo pisząc niniejsze sprawozdanie musiałbym się powtarzać. Stwierdzam tylko, że każdy z artykułów napisany jest bardzo dobrze, a razem wzięte stanowią podręcznik wielkiej wartości zarówno dla lekarza jak studenta. Znajdzie w nim czytelnik wiadomości z zakresu epidemjologji, etjologji kliniki i terapji wymienionych jednostek chorobowych, — wiadomości oparte na doświadczeniach ostatnich lat. Wiadomo zaś, ile zdobyczy w tym kierunku przyniosły lata wojny! Muszę jednak zwrócić uwagę, że na str. 130 autor napisał »sposobem Ziehla« zamiast barwikiem Ziehla, a na str. 176 razi wyraz: »przeszprycowywanie«. Ale usterki te, zalet książki nie umniejszają.

Pod adresem P. T. Redakcji śmiem dodać, że bardzo jest pożądaną rzeczą, by następne zeszyty omawianego podręcznika ukazywały się w krótszych odstępach czasu niż dotychczas. Czeka na nie zarówno student jak i lekarz!!

Kostrzewski.

Koby (z Bazylei). **Mikroskopja oka żyjącego (Microscopie de l'oeil vivant).** Ósemka, stron 240, rycin 43. Masson et Cie. 1924. Cena 25 Fr.

Francuskie piśmiennictwo okulistyczne, okresu powojennego, okazuje dużą żywotność w dziale wydawania podręczników. Nowym tego dowodem Mikroskopja oka żyjącego Dr. Koby, która świeżo wyszła z druku, nakładem znanej chlubnie w Polsce firmy Massona. Autor w pracy swej kładzie duży nacisk na metody badania i zapoznaje czytelnika, w każdym rozdziale dzieła, przedewszystkiem z obrazem stanu fizjologicznego danej części oka, jakoteż ze zmianami wrodzonymi i starczymi a na końcu dopiero opisuje zmiany urazowe i zmiany patologiczne, tak, jak one się nam przedstawiają pod drobnowidem obuocznym w świetle lampy szczelinowej Gullstranda. Mikroskopja oka żyjącego, to młoda jeszcze gałąź nauki, wiele dotąd obiecująca, ale wymagająca wielkiej wprawy, nietylko w samej technice badania, ale i w interpretacji widzianych obrazów. Podręcznik Dr. Koby napisany zwięźle a jasno, niewątpliwie przyczyni się do ułatwienia pracy przy mikroskopji oka, tak, że zapewne spełni się, wypowiedziane w przedmowie, życzenie autora, aby początkujący badacz, po przeczytaniu jego książki, z jednej strony łatwiej widział zmiany istniejące, a z drugiej nie widział zmian patologicznych tam, gdzie ich nie ma.

A. Bednarski.

Przegląd piśmiennictwa.

Zeitschrift f. Augenh.

T. V. Z. 1/2 luty 1925.

H e i n e. **Zaćmy w związku z tetanją i miotonją.** Autor przytacza 15 przypadków zaćmy. 4 w związku z tetanją u kobiet, 1 u mężczyzn. W jednym z tych przypadków wystąpiła tetanja i zaćma w 20 lat po wycięciu wola, w drugim przypadku w kilka miesięcy po operacji wola.

Dalsze 10 przypadków zaćmy pozostawały w związku z miotonją. Z tych 3 dotyczyło kobiet. W jednym przypadku stwierdzono miotonję i zaćmę u matki i syna.

U 2 braci była miotonja o typie Thomsa, w innych przypadkach zanikowa.

W lampie szczelinowej stwierdzono w przypadku, dotyczącym matki i syna, u matki zmętnienie soczewki tuż pod przednią torebką z warstwą ziarnistą, u syna zaćmę torebkową tylną. Zaćmy przy tetanji są typu torebkowego z 1 lub 3 warstwami zmętnienia, albo też jądro jest zmleczałe, a warstwy korowe czyste. Na 130.000 chorych ocznych spostrzegano 2.236 zaćm, na 8.000 chorych jedna zaćma z miotonją lub tetanją.

F l i r i. **W sprawie pierwotnej zmiany (Primäraffekt) sympatycznego schorzenia.** Autor przechodzi wszystkie teorje, tłumaczące powstanie zapalenia współczulnego oka. Nie jest udowodnione, czy zapalenie powstaje na drodze zewnętrznej, czy na drodze wewnętrznej. Próby, w celu wykazania zakażenia na drodze zewnętrznej, zawiodły. Przeszczepianie, hodowle, wywoływanie sztuczne zapalenia u zwierząt, nie dały charakterystycznego obrazu zapalenia współczulnego u ludzi. Ostatnie doświadczenia Guillera z toksyną gruźliczą i v. Shilego z zarazkiem »*herpes*« wykazują zapalenie drugiego oka, przy działaniu tych zarazków na jedno oko. O ile zapalenie to pozostaje w związku z sympatycznem, będą musiały wykazać dalsze doświadczenia.

Redslob przytacza 8 przypadków zapalenia współczulnego, badanych drobnowidowo, i podaje pierwotne zmiany *(primäraffekt)* w 6 przypadkach w okolicy zranienia, skąd można śledzić posuwanie się swoistego zapalenia jagodówki ku tyłowi.

Autor tymczasem badał drobnowidowo przypadek, gdzie przyszło do zupełnego zagojenia się pękniętej twardówki, wypadniętej tęczówki i torebki soczewkowej. Ani w okolicy zranienia, ani w przednim odcinku, ani też wewnątrz gałki nie było śladów zapalenia, prócz grubej blizny w miejscu zranienia, a natomiast w samym tyle jagodówki dał się zauważyć początek zapalenia współczulnego w postaci guzków w okolicy naczyń rzęskowych tylnych.

W kilka tygodni powstało zapalenie współczulne na drugiem oku, pomimo, że oko wyjęto w samych początkach, kiedy miało dobre poczucie światła i dobrą lokalizację. Autor wyklucza zakażenie zewnętrzne ropne. Na szeregu wyjętych gałek, w początku zapalenia, nie spostrzegał zmian posuwających się z miejsca zranienia, jak to przytacza Redslob, a występowały one rozsianie w tyle gałki, nie pozostając *in continuo* z miejscem zranienia.

E d e s k u t y. **O pierwotnej martwicy tęczówki.** Na oku lewem wystąpiło u 61-letniego chorego zapalenie bez żadnej przyczyny. Oko było rzęskowo nastrzykane, rogówka zmętniała, tęczówka przekrwiona, źrenica wąska, wysięk do przedniej komory, utrata wzroku. Nakłucie pozostało bez skutku. Wobec silnych bolów w 9 dni po operacji wyjęto oko, które wykazało rozległą martwicę tęczówki i rogówki po stronie wewnętrznej.

Chociaż był brak objawów klinicznych, przemawiających za *herpes ophtalmicus*, autor przypuszcza jednak z obrazu drobnowidowego, że taką martwicę mogło dać prawdopodobnie schorzenie na tem tle.

Schorzenie tęczówki i ciałka rzęskowego, wywołane przez *herpes ophtalmicus* może powstać na obu oczach i naśladować zapalenie współczulne.

K r e i k e r. **O sposobach użycia lampy szczelinowej do badań niedrobnowidowych.** Badania te obejmują:

1. Prześwietlenie źrenicy.
2. Reakcję źrenicy przy hemianopsji.
3. Badanie obrazu naczyń Purkini'ego.
4. Obraz źrenicy endoptyczny.

Przy prześwietleniu źrenicy tak, że kierujemy do niej snop światła, możemy bez mikroskopu, wskutek światła odbitego, oglądać: *ora serrata*, żyły wirowe, arterje rzęskowe długie; w przypadkach patologicznych możemy spostrzegać nowotwory, które wystąpią jako cienie, na tle odbitego światła.

Przy hemianopsji badamy w świetle dziennem. Wyłącza się opornicę, ażeby światło było różowe. Chory patrzy przez okno. Snop światła puszcza się pod kątem 50°—60° na stronę zdrową i otrzymuje się reakcję. Chory siada na przeciwną stronę. Rzuca się światło na stronę siatkówki zajętej i niema się reakcji.

Obrazki naczyń Purkini'ego bada się w razie zaciemnienia ciałka szklistego. Snop światła rzuca się na twardówkę w odległości 5—6 mm od brzegu rogówki. Gdy plamka żółta zdrowa, chory widzi różowy refleks, gdy chora, nie widzi nic. Krwotoki, zrosty dają charakterystyczne cienie na warstwie pręcików i czopków, które chory podaje, jako plamy, postronki i t. p.

Obraz enoptyczny źrenicy powstaje tak, że punkt świetlny pada na ogniskową przednią oka. Promienie z punktu świecącego, po załamaniu w oku, dają na dnie oka ognisko oświetlone wielkości źrenicy. Ramię lampy stawiamy w odległości 30 cm i przybliżamy, aż punkt świetlny dojdzie wielkości, źrenicy.

H e s s b e r g. **Dalszy przypadek hemianopsji nosowej.** Charakterystyczne cechy były: epilepsja, guz w okolicy przysadki mózgowej i obustronne tarcze zastoinowe. Poprawa nastąpiła po skroniowej trepanacji, wyleczenie z ustąpieniem padaczki po naświetlaniach Roentgenem. Nosowa hemianopsja obustronna wskazuje na ucisk *chiasma* i na uszkodzenie pęczków nerwowych nieskrzyżowanych.

F. Naróg (Lwów).

Zentralblatt f. Gynäkologie.

Nr. 3. 1925.

F r o m m d t. **O niebezpieczeństwach i pomyłkach rozpoznawczych przy pertubacji.** Powołując się na niekorzystne przypadki Engelmanna, Mandelstamma i Thalera sądzi autor z wielu innymi, że przeciwwskazaniem do pertubacji są przypadki zakaźnej wydzieliny macicy tudzież świeżych spraw zapalnych w miednicy małej. W każdym przypadku pertubacji powinno się przedtem badać wydzielinę macicy.

Jako bardzo poważne następstwo pertubacji uważa F. dostawanie się powietrza do naczyń macicy. Śmiertelny przypadek po przedmuchiwaniu jajowodów, jaki obserwował F. w klinice ginekologicznej w Lipsku, rzuca jaskrawe światło na to niebezpieczeństwo i jakkolwiek nie wykonano w tym przypadku sekcji, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przyczyną śmierci był zator powietrzny.

Wartość przedmuchiwania jajowodów obniża stwierdzone spostrzeżenie, że w niektórych razach nie udało się przedmuchać jajowodów, jakkolwiek podniesiono ciśnienie do 250 mm, a podczas laparotomji stwierdzono potem zupełną drożność jajowodów.

Doświadczenie kliniki w Lipsku uzyskane na podstawie 29 laparotomij wykonanych po przedmuchiwaniu jajowodów, dowodzi, że tylko w 58,6% przypadków wynik badania drożności jajowodów stwierdzonej podczas laparotomji zgadzał się z wynikiem uzyskanym zapomocą przedmuchiwania jajowodów przed operacją.

Z tych powodów klinika lipska nie odmawia wprawdzie ostrożnemu przedmuchiwaniu jajowodów wartości w pewnych przypadkach (n. p. przed zabiegami operacyjnemi w celu usunięcia niepłodności), nie zapodaje jednak ewentualnych niebezpieczeństw tego postępowania i przestrzega przeciwwskazań n. p. przy krwotokach lub po sondowaniu.

E. V o g t. **Doświadczenia kliniczne z przedmuchiwaniem jajowodów.** Klinika w Tübingen zaleca przedmuchiwanie jajowodów, nie zapoznaje jednak niebezpieczeństw (zakażenia, zatoru powietrznego, odmy podskórnej, podrażnienia otrzewnej i t. d.).

Do laparotomji przystępuje dopiero w parę miesięcy po przedmuchiwaniu ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia.

Z. B a n k i. **Pewny i wczesny objaw ciąży pozamacicznej.** B. opisuje wczesny objaw ciąży zewnątrzmacicznej, pochodzący stąd, że krew spływająca do zatoki Douglas'a wywołuje tamże podrażnienie otrzewnej, w następstwie którego występuje ból przy uniesieniu ku górze macicy zapomocą dwóch palców wprowadzonych do tylnego sklepienia pochwy. B. sądzi, że sam ten objaw niema wtedy znaczenia gdy zresztą nic za ciążą zewnątrzmaciczną nie przemawia, bo znajdujemy go naturalnie przedewszyskiem przy sprawach zapalnych przy- lub okołomacicznych.

Brakować zaś może tego objawu przy ciąży zewnątrzmacicznej, jeżeli już przedtem były zrosty w zatoce Douglasa.

I. M e y e r. **Przypadek ciąży brzusznej pierwotnej.** Autor opisuje przypadek ciąży brzusznej pierwotnej. Przy laparotomji znaleziono wielką ilość krwi płynnej i skrzepłej w jamie brzusznej.

Jaje płodowe przyczepione do tylnej ściany szyi macicy wypełnia bezmała całą zatokę Douglasa. W torebce jaja płodowego pęknięcie długości około 1,5 cm, przez otwór którego wydostał się płód wiszący na pępowinie. W trąbkach i jajnikach brak wszelkich zmian. Ciałka żółtego wykazać nie można. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Jaje płodowe nie pozostawało zatem w żadnym związku z trąbkami lub jajnikami, żyło i rozwijało się na przedniej ścianie jamy Douglasa, dlatego uważa je autor jako pierwotną ciążę brzuszną, gdyż odpowiada wszystkim warunkom ustalonym przez Veita.

Nr. 4. 1925.

C a r l M e y e r. **Miednica rozszczepiona przy braku zniekształceń powłok brzusznych i pęcherza.** 20-letnia ciężarna w 9 miesiącu podaje, że w pierwszym roku życia została przejechana, w 17 roku życia przebyła poronienie.

Badanie wykazuje zupełny brak krocza, obydwie ściany pochwowe wypadnięte, zwieracz odbytu pęknięty. W miejscu spojenia łonowego rozszczepienie miednicy 3—4 palce szerokie, między obydwoma końcami kości łonowych można wyczuć napięte więzadło grubości ołówka.

Wymiary miednicy prawidłowe. Chód ciężarnej zupełnie pewny. Poród odbył się siłami natury w przeciągu 8 godzin w położeniu czaszkowem, płód ważył 3.860 gr. W dwa lata później przebyła znowu chora poród siłami natury w $5^1/_2$ godzinach w położeniu czaszkowem. Płód ważył 2.930 gr.

Zdjęcie roentgenowskie wykazuje asymetrję miednicy rozszczepionej w spojeniu łonowem.

Breus i Kolisko podawali w wątpliwość istnienie miednicy rozszczepionej w spojeniu łonowem bez współudziału powłok brzusznych i pęcherza moczowego, gdyż do r. 1900 był znany dopiero jeden przypadek rozszczepienia miednicy niezupełnie dokładnie przez Walterą opisany, u mężczyzny. W r. 1903 opisał swój przypadek Müret, w r. 1913 Franque, a w r. 1922 Labhardt. Zatem przypadek Meyera jest czwartym z rzędu. W trzech przypadkach należało odnieść powstanie rozszczepienia miednicy do przejechania we wieku dziecięcym — w przypadku Franque'go wywołała rozszczepienie miednicy prawdopodobnie operacja kleszczowa przy poprzednim porodzie.

A. S. (Lwów).

Archiv für Kinderheilkunde.

20 marzec 1925.

L e v y i S e l t e r. **O leczeniu kiły wrodzonej bizmutem (»Spirobismol«).**

I. Część kliniczna.

Autorowie dzielą się doświadczeniami opartemi na wynikach leczenia około 20 przypadków kiły wrodzonej preparatem bizmutowym pod nazwą Spirobismol. Jest to winian sodowo-potasowy bizmutu obok połączenia jodo-chinino-bizmutowego, a więc zawiera 3 składniki bizmut, jod i chininę.

Sposób leczenia składał się z jednego głównego leczenia i z 2 leczeń t. zw. zapobiegawczych (»Schutzkuren«) a więc odpowiadał naogół systemowi podanemu przez E. Müllera jedynie w miejsce rtęci wstrzykiwano bizmut. Dawki bizmutu wynosiły przeciętnie u dzieci do 2 lat: na całe leczenie obejmujące 15 do 20 zastrzyków — 30 mg metalicznego bizmutu na 1 kg wagi, przyczem rozpoczynano od dawek pojedynczych b. nizkich (około 3 mg Bi) stopniowo do coraz wyższych. Dla dzieci starszych najwyższa dawka bizmutu wynosiła: 0.6 g Bi na kurację, 0·03 g Bi na pojedyńczą dawkę. Obok bizmutu podawano salvarsan wedle dawkowania Müllera.

W dawkach powyższych preparat spirobismol nie wywoływał jakichkolwiek miejscowych nacieków ani też jakichkolwiek zaburzeń ogólnych, przyczem wykazywały niemowlęta dobry przyrost na wadze i wzmożone łaknienie. Objawy skórne znikały szybko, przeważnie po 8 do 10 dniach leczenia, objawy kostne *(periostitis luetica*, porażenie Parrot'a) dopiero po 4 tygodniach leczenia.

Odczyny serologiczne Wassermana i Sachs-Georgi'ego ustępowały przeważnie już po pierwszem połączonem leczeniu salvarsanowo-bizmutowem trwającem 3 miesiące.

Co do uszkodzeń nerek po podawanin bizmutu, to były one — wedle doświadczeń autorów — jedynie natury przemijającej, i ustępowały bez śladu i mimo dalszych zastrzyków bizmutu; jest to — ich zdaniem — miejscowy odczyn Herzheimera występujący w nerkach.

Tworzenie się t. zw. depot bizmutu w mięśniach stwierdzono roentgenologicznie, wykazując cienie jeszcze 8 tygodni po zastrzyku.

Działanie na obraz krwi wyraża się w podwyższeniu zawartości hemoglobiny i wzmocnieniu ilościowo komórek wielojądrzastych.

II. Część doświadczalna.

Na mocy badań eksperymentalnych, dokonanych na królikach, jakoteż badania roentgenologicznego i pośmiertnego dokonanego na dziecku, doszli autorowie do następujących wyników:

Wprowadzony do organizmu zwierzęcego bismut w wysokich dawkach nagromadza się we wszystkich narządach wewnętrznych, przedewszystkiem zaś w śledzionie, nerkach, mózgu i trzustce, najmniej w wątrobie. Bizmut, wprowadzony w dawkach leczniczych do ustroju dziecięcego, nagromadzał się w narządach wewnętrznych ilościowo wedle następującego porządku: wątroba, nerki, śledziona, serce, płuca — kobieta karmiąca, której wstrzyknięto 2 gr spirobismolu (= 70 mg Bi), wydzielała mlekiem około 1 mg bizmutu dziennie.

Wydzielanie bizmutu kałem i moczem osiągało dnia 1-go po zastrzyku, jakoteż dnia 3-go i 4-go maksimum, podczas gdy w międzyczasie wydzielanie bizmutu obniża się znacznie.

W miarę dalszych zastrzyków gromadzi się coraz większa ilość bizmutu w ustroju.

Moczopędne działanie bizmutu nie zostało ściśle stwierdzonem. Wykazano obecność bizmutu w łożysku i w płodzie.

G u t f e l d Fr. i M e y e r Gertrud. **Badania płynu mózgordzeniowego u dzieci kiłowych i ich znaczenie dla rozpoznania, rokowania i leczenia.** Badanie płynu mózgo-rdzeniowego, wykonane u 155 dzieci kiłowych w wieku od kilku miesięcy do 16 lat nie mogły być ze względów technicznych przeprowadzone systematycznie przed, podczas i po ukończeniu leczenia. Zestawienie wyników badania obejmuje 15 przypadków, u których wykazano dodatni odcz. Wassermana w płynie i u których też badanie płynu podczas i po leczeniu mogło być kilkakrotnie powtórzone.

Wyniki te wykazały: na ogólną ilość dzieci kiłowych stwierdzono dod. odcz. Wa w płynie w 10%; na ilość dzieci kiłowych, u których leczenia jeszcze nie rozpoczęto — w 20%.

Odczyn Wassermana w płynie i w surowicy był — za wyjątkiem 1-go przypadku — zawsze zgodny. Dzieci starsze wykazywały zmiany w płynie w wyższym odsetku, aniżeli oseski, jednakże ze względu na niesystematyczne przeprowadzanie powyższych badań, wyników tych nie można uważać za ściśle.

Hescheles (Lwów).

Surg. Gyn. Obst.
XI/3. 1925.

Schoennaker. »Czerwony żołądek«. Co należy uczynić jeśli po otwarciu jamy brzusznej, stwierdzimy tylko »czerwony żołądek«? Otóż najpierw należy oglądnąć woreczek żółciowy; jeśli ten nie jest prawidłowy — usunąć.

(Z 37-miu przypadków obserwowanych, w 4-ch znalazł autor zmiany w pęcherzyku żółciowym). Jeżeli zmiany nie znajdziemy należy jamę brzuszną z powrotem zamknąć, względnie wykonać wycięcie żołądka, które ma te zalety, że w 50% przynosi wyleczenie — przytem jest zabiegiem łatwiejszym niż przy wrzodzie i raku żołądka, kiedy są zrosty.

Objawy podmiotowe przy „czerwonym żołądku" — jak we wrzodzie żołądka; przytem badając treść żołądka znachodzono kwasotę w 50% wzmożoną — w drugich 50% prawidłową. Obraz roentgenologiczny zwykle prawidłowy. Mikroskopowo: śluzówka, podśluzówka i mięśniówka zawsze są prawidłowe — mięśniówka przekrwiona.

Objawów zapalenia brak. Zdaniem autora nie istnieje związek między »czerwonym żołądkiem« a wrzodem żołądka; prawdopodobnie chodzi tu o zmiany nerwowego pochodzenia.

Davis i Cushnig. **Powrotne wlewanie krwi w zabiegach śródczaszkowych.** Czy możliwem jest wprowadzać do ustroju chorego jego własną krew utraconą przy zabiegu? Jeśli tak, to byłoby to bardziej proste i niezawodne niż transfuzja krwi pooperacyjna z osobnika drugiego. Po wykonaniu szeregu doświadczeń autor zachęcony dobrym wynikiem, przystąpił do badań klinicznych, mianowicie zbierał zapomocą aparatu ssącego krew podczas zabiegów czaszkowych bardziej krwawych, a następnie wprowadzał ją do ustroju z powrotem — podczas lub po zabiegu. Obserwowanych przypadków 23. Wyniki zadowalające; ilość ciałek czerwonych wzrastała od 500 000 do 3,500.000 w mm sz., przytem w każdym przypadku spostrzegano odpowiednie podwyższenie ciśnienia.

Bissel. **Brodawczaki nerki i moczowodu.** Po dokładnem omówieniu przypadku brodawczaka pierwotnego nerki i wtórnego moczowodu, dochodzi B. do wniosków:

1) wszczep powstaje w kierunku ku dołowi lub w kierunku prądu moczu;

2) moczowód chorej strony jest bardziej skłonny do wtórnego zajęcia niż pęcherz;

3) wszczep powstaje wzdłuż moczowodu, ale prędzej powstaje w miejscu, gdzie prąd moczu jest zwolniony n. p. przy ujściu pęcherzowem moczowodu;

4) nie jesteśmy w stanie określić, kiedy w brodawczaku nerki usunięcie jej wystarczy i czy moczowód jest niezajęty, jeśli jego ujście pęcherzowe wydaje się być wolne;

5) jeśli moczowód jest zajęty należy go w całości usunąć;

6) jeżeli nie jest on zupełnie usunięty wraz z nerką należy później, kiedy pozwolą warunki chorego, resztę usunąć;

7) najlepszą metodą do usunięcia tegoż jest opisana przez autora metoda transperitonealna i transvesicalna.

Nuzum. **Doświadczalne wywołanie pierwotnego raka przez powtarzane wszczepianie mikrokokka wyosobnionego z raka sutka.** Autor wyosobnił z raka sutka na płynie z wodobrzusza z dekstrozą bakterje należące do grupy łańcuszkowca; te wstrzyknięte przez przewód mleczny do sutka psa wywołały w 2 przypadkach na 5 psów doświadczalnych pierwotnego raka; z tych jeden pies zginął wśród objawów ogólnej *carcinosis*, a u drugiego guz po pewnym czasie znikł. Przytem przez powtarzane wszczepianie tych drobnoustrojów do skóry mężczyzny *(casus perd.)* otrzymywał autor typowego raka płasko-komórkowego.

Coley. **Pochodzenie raka.** Zastanawiając się nad właściwościami raka, dochodzi autor do wniosku, że tylko teorja pasożytnicza raka ma rację bytu, i tej należy obecnie poświęcić ścisłe badania.

Reid. **Worek otrzewnowy zawierający jelito cienkie.** Wszystkie części jelit leżały w prawidłowem miejscu; od dolnego jednak brzegu poprzecznicy ku dołowi opadał płat, będący przednią ścianą worka, zawierającego jelito cienkie; jelito grube w całości znajdowało się poza tym workiem, który był zupełnie zamknięty, prócz małego otworu, tuż przy prawym końcu poprzecznicy. Kiszka zstępująca była zrośnięta z przednią powierzchnią przedniej ściany worka.

Płat opadał ku dołowi, kończąc się na odbytnicy — od tyłu zaś można było stwierdzić, że płat przechodzi wprost w otrzewną ścienną tylną.

Vosburg i Perkins. **Chirurgiczne leczenie wydzielaczy tyfusowych.** W przypadkach, w których długi czasie po tyfusie badanie stolca na prątki tyfusowe jest dodatnie należy usunąć woreczek i wyrostek robaczkowy, które często okazują zmiany zapalne. Po zabiegu celem kontroli wykonuje się ponowne badanie stolca; zwykle wypada ono ujemnie. (Autorowie są zwolennikami podziału wydzielaczy na 3 typy: 1) woreczka żółciowego — 2) wątrobowy — 3) jelitowy t. j. wyrostka robaczkowego).

Janik (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 11.: J. Olbrycht: Kilka uwag na marginesie artykułu A. Ciechońskiego p. t. „W sprawie t. zw. śmierci grasiczej oraz stanu grasiczo-chłonnego". W. Krzemiński: Przyczynek w sprawie schorzeń, t. zw. natury czynnościowej. S. Mączewski: Włókniako-nerwiak prawej wargi sromowej.

Nr. 12.: Browicz: W sprawie walki z gruźlicą. A. Krókiewicz; W sprawie leczenia gruźlicy. M. Petrynowski: W sprawie leczenia gruźlicy słabemi rozczynami soli, chlorku i wapnia. E. L. Walbum: Leczenie solami metalowemi gruźlicy i innych chorób zakaźnych.

Nr. 13—14.: N. Ciechanowski: XII-ty Zjazd Lekarzy i Przyrodników w Warszawie. Browicz: W sprawie wrzodu żołądka. J. Jagielski: Kilka uwag o radjodjagnostyce żołądka. Z. Dziembowski: Nowoczesne poglądy na schorzenia układu wątrobowo-śledzionowego, zwłaszcza na kwestję ich leczenia.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 5.: H. Higier: Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. — C. Levaditi: Zagadnienie etjologji nagminnego zapalenia mózgowia. — W. Matecki: Analiza psychologiczna w dwóch przypadkach schizofrenji. — D. Kohan: Uwagi w sprawie czynnościowego badania nerek i chromocystoskopji. — W. Róbin: Kilka uwag w sprawie patogenezy i leczenia owrzodzeń żołądka. — I. Wittenberg: Nowoczesne metody wykrywania jaj robaków pasorzytniczych w kale.

Nr. 6. H. Higier: Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. — A. Landau, T. Marjanko i M. Fejgin: 9-ty przypadek wyleczenia zapomocą bizmutu ciężkiego zatrucia sublimatem po 7-mio dniowym bezmoczu. — R. Leriche: O przecinaniu gałązek łączących w zespole bólowym kończyn. — M. Goldman: Przypadek kiły żołądka. — P. Goldstein! Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy. — P. Baumritter: O zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym w stanach zapalnych opon — S. Tenenbaum: Przyczynek do nauki o konstytucji. — J. Wittenberg: Nowoczesne metody wykrywania jaj robaków pasorzytniczych w kale.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1925. Zeszyt 4 (Kwiecień. Cena 2 mk. zł.

Treść: 1) Prof. Joseph: Choroby skórne i weneryczne: *a)* Leczenie kiły zimnicą i bizmutem; znaczenie nakłucia lędźwiowego w rozpoznaniu; leczenie kiły; leczenie kiły wrodzonej. *b)* Wiewiór. *c)* Schorzenia przed rakowe; gruźlica skóry. — 2) Prof. Schlayer: O badaniu sprawności nerek. — 3) Tscherning: Przegląd prac o chorobach nerek. — 4) Doc. Paschkis: Przegląd prac urologicznych.

Zeszyt 5. Maj 1925. Treść: 1) Wiedemann: „O związku punktów bolesnych powłok ciała z chorobami narządów wewnętrznych. — 2) Prof. Stransky: Postępy leczenia zimnicą porażenia postępującego. — 3) Wollny: Przegląd prac psychjatrycznych i neurologicznych.

Pięćdziesięciolecie pracy naukowej profesora Browicza.

Na tegorocznem uroczystem posiedzeniu Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie w dniu 13 czerwca ogłoszona została uchwała, że najwyższą i najzaszczytniejszą nagrodę, jaką Akademja rozporządza, nagrodę im. Jerzmanowskiego, otrzymuje w r. b. profesor Tadeusz Browicz za całą swoją działalność naukową. Tem największem odznaczeniem, jakie otrzymać może uczony polski, uwieńczyła Akademja lata jubileuszowe profesora Browicza, przypadające na rok bieżący i przeszły. Pierwszą bowiem swoją pracę naukową ogłosił profesor Browicz w r. 1874, w pierwszym tomie »Sprawozdań« Akademji, a działalność dydaktyczną rozpoczął w r. 1875.

Swoje złote gody z nauką obchodził profesor Browicz w 77 roku życia. Urodzony 15 października 1847 we Lwowie, szkoły średnie ukończył w Czerniowcach, studja lekarskie w Krakowie, zakończone tamże doktoratem w r. 1872. Przez kilka lat był asystentem w Zakładzie anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, którym kierował wówczas profesor Biesiadecki. Po habilitacji w r. 1875, gdy profesor Biesiadecki został powołany na stanowisko protomedyka Galicji, objął profesor Browicz po nim w r. 1876 katedrę i kierownictwo Zakładu. Profesorem zwyczajnym został w r. 1880, a w r. 1919 przyjął ofiarowaną sobie przez Uniwersytet Jagielloński katedrę honorową, nie porzucając Krakowa mimo usilnych zaproszeń do innych Wszechnic polskich. Trzykrotnie (w r. 1886, 1893 i 1903) piastował urząd dziekana Wydziału lekarskiego, w r. 1894 — urząd rektora Uniwersytetu.

Prace naukowe profesora Browicza, których liczba w roku bieżącym przekroczyła 125, możnaby podzielić na dwie grupy. W pierwszem dwudziestopięcioleciu Jego działalności przeważa gromadzenie nowych faktów, wykrywanie nieznanych przedtem zjawisk, analiza spostrzeżeń, które pierwszy poczynił lub których prawdziwość potwierdził, a niedoceniane przedtem znaczenie pierwszy należycie wyświetlił. W drugiem dwudziestopięcioleciu przeważają prace syntetyczne, zajmujące się na podstawie wieloletniego własnego doświadczenia i głębokich rozważań szerszemi zagadnieniami z zakresu patologji. Cechą prac pierwszej grupy jest spostrzegawczość, chwytająca szczegóły, które dziś wydają się proste i oczywiste, które jednak przedtem uszły uwagi całych szeregów badaczy; myśl śmiała, nie cofająca się przed trudnym problemem; wytrwałość, coraz dalszemi badaniami pogłębiająca obrany przedmiot. Cechą prac drugiej grupy jest opieranie ich na szerokiej podstawie, wzgląd na wielorakość czynników, które w sprawach patologicznych należy brać w rachubę, krytycyzm, dążący do ustalenia dokładnie określonych, ścisłych pojęć.

Dzięki tym właściwościom, wyniki badań i poglądy profesora Browicza wielokrotnie wyprzedzały badaczy, którym potem niesłusznie przypisywano pierwszeństwo. Działo się tak dlatego, że nauka polska przed powstaniem Państwa polskiego skazana była na terenie światowym na drogę trudną i ciernistą, bo była nieraz umyślnie pomijana milczeniem, a pewno i dlatego, że często inni zabierają owoce pracy tych, co nie dążą do rozgłosu, tylko do wykrycia prawdy. A jednak profesor Browicz jeszcze na sześć lat przed Eberthem podał pierwszą wiadomość o dostrzegalnym mikroskopowo »pasorzycie roślinnym« w durze brzusznym; wcześniej od Kelscha, przed odkryciem jeszcze pasorzyta zimniczego, wtedy, kiedy jeszcze powszechnie za źródło melaninu zimniczego uważano wybroczyny śródtankowe, wskazywał na zmianę ciałek czerwonych w krwi krążącej, jako źródło tego barwika (1874). Wtedy też pierwszy podał opis zmian szpiku kostnego w zimnicy, przez lat kilkanaście jedyny w literaturze. Zarazem wyjaśnił wtedy zaniewidzenie, zdarzające się w zimnicy, zatorem melaninowym naczyń siatkówki na podstawie swych badań mikroskopowych. Opisem tworów olbrzymich w kilakach (1877) obalił wyobrażenie o swoistości tych tworów w jednej tylko sprawie chorobowej i torował drogę poglądowi, coraz szersze znajdującemu dziś zastosowanie, że mimo różnej jakości czynnika chorobotwórczego może tkanka ulegać takim samym zmianom morfologicznym. Poglądy swoje na sprawy zapalne, których pierwszą podstawę stanowiło doświadczalnie wywołane zapalenie nerek (1878), rozwijał profesor Browicz w swych wykładach w takim kierunku, w jakim dopiero później szły zapatrywania innych badaczy. Profesor Browicz wyjaśnił też pierwszy (1887) przyrodę t. zw. wrzodu okrągłego części pochwowej i pochwy (Clarka), pierwszy (1882) udowodnił, że rzekome środkomórkowe pasorzyty raka są wtrętami lub objawami zwyrodnienia, pojawiającemi się w komórkach także w różnych innych, z rakiem nic wspólnego nie mających sprawach chorobowych, pierwszy (1890) ocenił istotny charakter zmian anatomicznych, wywoływanych przez tuberkulinę i wysnuł stąd zastrzeżenia co do sposobu jej stosowania, które okazały się trafne i słuszne, pierwszy (1890) obalił mylne zdanie o ruchach różnokształtnych krwinek czerwonych w pewnych postaciach niedokrwistości, pierwszy (1898) wskazał na sprawy chorobowe jelita grubego, jako jedno ze źródeł skrobiawicy, wykrył (1901) nowe szczegóły w morfologji tego procesu, pierwszy też opisał i tłumaczył (1897) zjawiska krystalizacyjne w komórkach wątrobowych.

W r. 1900 ujął profesor Browicz myśl przewodnią wielu swych prac w zdaniu następującem: »Sama natura delikatniejszą ręką, aniżeli zwykle używane przez nas metody, odsłania szczegóły niedostrzegalne, a jednak w rzeczywistości istniejące. To też obok zwykle używanych sposobów badania tkanek i komórek należy się zwrócić do badań stosownie dobranego materjału patologicznego, przez co wyjaśni się niejedna zagadka w budowie i czynności tkanek i komórek, opierająca się dotąd niedoskonałym, — że tak powiemy — grubym i wielu warunkami ograniczonym środkom i sposobom naszego badania« (Biuletyn Akademji Umiejętności z listopada). Ta myśl przewodnia wzięła zapewne początek w studjach nad dyssocjacją i fragmentacją mięśnia sercowego (1889), na które to zmiany przedtem nikt, prócz Renauta, prawie uwagi nie zwracał; dopiero badania profesora Browicza stały się punktem wyjścia żywego zajęcia się tą sprawą innych badaczy. Po opracowaniu zaś przez profesora Browicza sprawy dyssocjacji zrazików wątrobowych (1897), nie poruszanej przez nikogo od czasów Hanota, została wytknięta droga do wyodrębnienia osobnego, przedtem nie uwzględnianego, obecnie zaś nawet w podręcznikach nie pomijanego działu, który nazwano patologją (wzajemnego) stosunku komórek w tkance. Podobnie jednym z zasadniczych punktów wyjścia dzisiejszej rozległej już i gorliwie budowanej nauki o układzie siateczkowo-śródbłonkowym było stwierdzenie (1898) przez profesora Browicza żerności komórek ściennych w krwionośnych włosowatych naczyniach wątroby, oraz stwierdzenie i wytłumaczenie różnic w morfologji tych komórek, różnic, zależnych od ich stanu czynnego i nieczynnego. Te podstawowe fakta i ich tłumaczenie podali inni badacze częścią tylko równocześnie (w tymsamym roku i miesiącu — Kupffer), częścią zaś znacznie później (dopiero po dwóch latach Heile) — od profesora Browicza.

Myśl o wyzyskaniu naturalnych zjawisk patologicznych do pogłębienia i rozszerzenia wiadomości, uzyskanych sztucznemi metodami lub do zdobycia takich, jakich sztuczne metody dać nie mogą, była punktem wyjścia mnogich prac profesora Browicza, dotyczących komórki wątrobowej, jej czynności fizjologicznych i ich stosunku do zjawisk patologicznych, jak również dotyczących przewodów żółciowych międzykomórkowych i budowy zrazików wątrobowych. Wskutek tych badań rozpoczął się dopiero ruch, dążący do rewizji zapatrywań, uchodzących przedtem za pewnik, a dotyczących zaburzeń wydzielania w wątrobie. Jak płodne były wyniki tego ruchu, dowodzi porównanie dzisiejszych poglądów na patogenezę żółtaczki z poglądami, powszechnie jeszcze panującemi przed laty trzydziestu.

Wśród zagadnień ogólnych dwa nie schodzą od dziesiątków lat z porządku dziennego dyskusji naukowej: zagadnienie zapalenia i zagadnienie nowotworów, oba, może najtrudniejsze w patologji. Obu temi zagadnieniami zajmował się też profesor Browicz prawie przez cały czas swej działalności naukowej, zapaleniem — począwszy od swych pierwszych badań eksperymentalnych w r. 1870 aż do ostatecznego sformułowania swych poglądów w r. 1921—1923. Ogólny pogląd na nowotwory ogłosił w r. 1881, potem opracowywał różne ich grupy (śródbłoniaki, mięśniaki, raki), klasyfikację i mianownictwo (1922, 1923), szczególnie zaś zagadnienia etjologiczne (teorja pasorzytnicza 1892 1901, wpływy konstytucjonalne, zagadnienie zawiązków 1910, 1920, 1923, wartość i znaczenie badań eksperymentalnych 1893, 1910, 1923, częstość występowania 1913). Przyczyny i warunki powstawania spraw chorobowych rozpatrywał w innych jeszcze swych publikacjach, zwłaszcza co do zapalenia wyrostka robaczkowego (1912, 1921) i wrzodu okrągłego żołądka (1921). Większy zbiór studjów z różnych dziedzin wydał w r. 1921 pod tytułem »Szkice anatomo-patologiczne«. W tych studjach i w szeregu prac z lat ostatnich są ujęte w pewną całość wnioski, wysnute z mnóstwa w ciągu lat zbieranych, drukiem nieogłoszonych spostrzeżeń i badań, oraz poglądy, kształtujące się przez długi okres działalności dydaktycznej profesora Browicza.

Ta działalność dydaktyczna oddziaływała bardzo szeroko, bo aż do utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie wszyscy lekarze małopolscy byli bezpośrednimi uczniami profesora Browicza; po otwarciu tego Wydziału objęli w nim katedry w znacznej części Jego byli uczniowie i przez nich szerzył się dalej wpływ Jego poglądów. Przytem liczny był zastęp korzystających z Jego pracowni, która stała zawsze gościnnie otworem dla pragnących pracować naukowo i miała szczególną siłę przyciągającą. W zakładzie profesora Browicza pracowali późniejsi profesorowie Wszechnic polskich: Obaliński, Mars, Gluziński, Wachholz, Kryński. Sieradzki, Brndzewski i in. Asystentami w tej pracowni byli późniejsi profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego: Ponikło, Juljan Nowak (b. prezydent Rady Ministrów), Janiszewski (b. minister zdrowia publicznego), Gliński, Ciechanowski, a z pracujących później poza granicami kraju bakterjolog Karliński i prosektor Wodyński w Sarajewie. Tej pracowni zawdzięczają również wiele wybitni klinicyści, czynni potem w szpitalach stołecznych i prowincjonalnych.

Zadania swoje dydaktyczne spełniał profesor Browicz z poświęceniem, bez względu na zdrowie prowadząc sam jeden aż do r. 1897 wszystkie wykłady i ćwiczenia praktyczne: do paromiesięcznej przerwy (w r. 1908) zmusiła go dopiero ciężka choroba obłożna. Opracował i stosował sposób nauczania, który opisał potem w r. 1908, a który wydał doskonałe wyniki. Nauczanie to odbywało się przez przeszło dwadzieścia lat w warunkach niezmiernie uciążliwych, w (nie istniejącym już dziś) budynku ciasnym, zimnym i źle oświetlonym. Nieustanne zabiegi i starania profesora Browicza o odpowiedniejsze po-

mieszczenie zakładu uwieńczył wreszcie skutek; zbudowany został nowy gmach »Collegium medicum«, wprawdzie znacznie obcięty przez rząd austrjacki, który zawsze był dla Galicji skąpy i wtłoczył w końcu do gmachu jeszcze cztery inne zakłady, ale na owe czasy stanowiący ogromną zdobycz dla Wydziału lekarskiego krakowskiego, bo przedtem tylko jeden zakład (anatomji opisowej) posiadał budynek umyślnie na ten cel stawiany. Z czasem uzyskał też profesor Browicz lepsze uposażenie swego zakładu, o które zabiegał ze względu na dobro uczącej się młodzieży. Młodzież miała w nim gorącego opiekuna także poza zakresem nauczycielskim; był bowiem wieloletnim kuratorem »Towarzystwa Bibljoteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.«, dopomagając tej instytucji jak najżywiej radą i czynem.

Serdeczna troska o młodzież była także źródłem starań profesora Browicza o udoskonalenie nauczania medycyny: około r. 1910 podjął myśl reformy całego studjum lekarskiego i dał początek staraniom Wydziału lekarskiego krakowskiego w tym kierunku, a w roku 1918 ogłosił drukiem uwagi swoje o organizacji studjów lekarskich. Pragnął też stworzyć dla młodzieży jaknajlepsze warunki przygotowania się do nauk uniwersyteckich; uczestniczył w pracach nad stworzeniem wzorowej szkoły średniej, był współzałożycielem pierwszego żeńskiego gimnazjum w Krakowie, w końcu poruszył konieczność reformy całego szkolnictwa średniego, wskutek czego Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego opracował memorjał do ówczesnej naczelnej władzy szkolnej małopolskiej, a memorjał ten był początkiem ważnego ruchu w tym zakresie.

Dbając o rozwój ruchu naukowego wśród lekarzy, uczestniczył profesor Browicz gorliwie w pracach Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Komisji redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«, której członkiem był przez wiele lat. Oceniając zaś wagę ścisłego mianownictwa dla postępu nauki, przyjął w roku 1896 przewodnictwo »Komisji terminologicznej« tego Towarzystwa i poświęcając tej sprawie siedem lat żmudnej pracy, doprowadził do wydania w r. 1905 nowego »Słownika lekarskiego«; po jego wydaniu w dalszym ciągu gromadził i ogłaszał materjały do uzupełnienia słownika.

Prócz sprawy szkolnictwa średniego, pracował profesor Browicz na polu społecznem jako współzałożyciel krakowskiego Towarzystwa higjenicznego, stworzonego przez Henryka Jordana, jako współpracownik organu tego Towarzystwa, jako przewodniczący podkomisji wodociągowej krakowskiej, gdzie powagą swoją i wpływem zdołał wydobyć odwlekającą się budowę wodociągów z zabagnienia, jako wreszcie wieloletni członek Galicyjskiej Rady zdrowia we Lwowie, gdzie poruszył wiele doniosłych spraw sanitarnych i higjeniczno-społecznych.

Na wszystkich polach swej działalności miał profesor Browicz na celu wyłącznie dobro ogółu, wypowiadając otwarcie sąd niezależny. Ta czystość intencyj i niezależność zdania jednały Mu głęboki szacunek i posłuch, a niepospolite owoce Jego pracy były przyczyną odznaczeń, choć ich zawsze raczej unikał. Polska Akademja Umiejętności wybrała go w r. 1894, a czeska w r. 1901 swoim członkiem, przy założeniu Akademji nauk lekarskich w Warszawie został zaliczony do pierwszych jej członków, Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu i Towarzystwa lekarskie w Krakowie, Lublinie, Łodzi, Warszawie, Wilnie i Pradze czeskiej ofiarowały mu godność członka honorowego. W latach jubileuszowych otrzymał doktorat honorowy Uniwersytetu warszawskiego, order »Odrodzonej Polski«. »Nowiny lekarskie« poświęciły Mu osobny zeszyt, »Polska Gazeta lekarska« cały rocznik 1924 swego wydawnictwa, wydawnictwo »Prac anatomo-patologicznych« świeżo wydany tom; Towarzystwo lekarskie krakowskie złożyło mu hołd posiedzeniem anatomo-patologicznem w stworzonym Jego staraniami zakładzie, Uniwersytety krakowski, lwowski, poznański, uczciły Go uroczystemi adresami.

»W działanie dla ogółu, w służbę Ojczyźnie, wkładałeś i wkładasz duszę i siły«, — oto słowa, które do profesora Browicza skierował najbliższy świadek Jego pracy i zasług, Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego, a które tłumaczą, dlaczego sędziwego uczonego otoczyła niepowszednia cześć, dlaczego wraz z Uniwersytetem Jagiellońskim wyrazy »uznania i hołdu, oraz dzięczynienia, Jego pracy, zasłudze, hartowi i odwadze woli czystości zamiarów, składa — z głębi serc« — ogół.

S. C.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

34. Posiedzenie naukowe w dniu 10 stycznia 1924.

1. Kol. Papeé przedstawia przypadek reinfekcji kiłowej.

2. Kol. Leszczyński przedstawia przypadki a) rybiej łuski (*ichthyosis*); b) chorą z licznemi kilakami; c) z wiądem rdzenia leczoną bizmutem.

3. Kol. Falkiewicz wygłasze odczyt: »O badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego w kile bez objawów ze strony systemu nerwowego.

35. Posiedzenie naukowe w dniu 24 stycznia 1924.

1. Kol. Andruszewski przedstawia a) przypadek przewlekłego liszajowatego łupieżu (*Pityriasis lichenoides chronica*); b) przypadek ciężkiej »Angina Plaut-Vincent«; c) wczesnych kilaków.

2. Kol. Mierzecki wygłasza referat poglądowy: „Praktyka i teorja tzw. odczynu Biernackiego".

3. Kol. Kotiers przedstawia a) przypadek rozległej odmiany kępków żółtych (*Xantoma tuberosum*); b) przypadek pęcherzycy złuszczającej (*Pemphigus foliaceus*).

4. Kol. Salpeter przedstawia przypadek łuszczycy brodawkowatej (*Psoriasis verrucosa*).

36. Posiedzenie naukowe w dniu 20 marca 1924.

1. Kol. Kauczyński wygłasza pracę: »Airol w terapji kiły«.

37. Posiedzenie naukowe w dniu 8 maja 1924.

1. Kol. Leszczyński przedstawia chorą a) z liszajem pokrzywkowym (*Lichen urticatus*); b) dziecko z olbrzymiemi wykwitami kiłowemi; c) chorą kiłową z osutką z grupy eksudatywnej.

38. Posiedzenie naukowe w dniu 22 maja 1924.

1. Kol. Goldschlag przedstawia chorą z Angiokeratoma Mibellii.

2. Kol. Andruszewski a) przypadek Epidermomycosis discoides, b) kiły w której zakażenie wyszło z migdałków.

3. Kol. Salpeter a) chorego z twardziną skóry (*sclerodermia*) leczonego wlewaniami dożylnemi glukozy; b) przypadek Pemphigus pruriginosus z dodatnią próbą jodową Jadassohna.

4. Kol. Lechowska przedstawia przypadek a) liszaja płaskiego moczowego; b) Folliculitis exulcerans.

39. Posiedzenie naukowe w dniu 4 czerwca 1924.

1. Kol. Leszczyński przedstawia przypadek a) Keratosis follicularis Morro-Brooke.

2. Kol. Kauczyński a) Erythema exsudativum vesiculosum; b) twardziny skóry.

3. Kol. Andruszewski a) rozległej twardziny skóry b) pęcherzycy bujającej; c) pęcherzycy zwykłej.

4) Kol. Nadel a) kiły podobnej do ospy; b) chorego z rozległymi kilakami na twarzy; c) chorego z 6 objawami pierwotnemi.

40. Posiedzenie naukowe w dniu 26 czerwca 1924.

1. Kol. Leszczyński przedstawia a) chorą z owrzodzeniami dyfterytycznemi na częściach płciowych; b) z obustronnym półpaśćem w 3 lata po zakażeniu kiłowem.

2. Kol. Kauczyński przedstawia a) 2 przypadki liszaja płaskiego czerwonego; b) chorą z pęcherzycą leczoną urotropiną (dożylnie) i chininą.

3) Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) monorecydywy ze scleradenitis; b) liszaja płaskiego czerwonego po miejscowem leczeniu terpentyną; c) Framboesia syphilitica; d) przypadki kiły leczone stovarsolem.

43. Posiedzenie naukowe w dniu 6 listopada 1924.

1. Kol. Leszczyński wspólnie z kol. Eplerem przedstawiają a) przypadek Aspergillozy; b) przedstawia przypadek Lichen ruber, wyleczony naświetlaniem Nerw. sympathicus; b) chorą z rozległym naevus flammens, nierównomiernym rozwojem; d) kończyn dolnych i zębami Hutchinzonowemi.

2. Kol. Andruszewski a) chłopca z rozległą Dermatitis medicamentosa acuta; b) przypadek rozległej Lues gummosa; c) chłopca ze świerzbiączką (*Prurigo*), leczonego autohemoterapją.

3. Kol. Mierzecki przypadek Keratoma palmare hereditarium.

4. Kol. Kauczyński przedstawia przypadek raka na podłożu kilaka.

5. Kol. Kostka: powierzchowne kilaki skóry.

6. Kol. Kotiers: Papulae erosae partim diphtheriticae inter digitos pedis.

7. Kol. Nadel przedstawia chorego z liszajowatemi guzkami.

8. Kol. Andruszewski pokazuje chorego a) z gruczolakiem łojowym; b) pęcherzycą bujającą; c) z trądzikiem zlewającym się o niezwykłej rozległości.

41. Posiedzenie naukowe w dniu 16 października 1924.

1. Kol. Pr. Groër wygłasza odczyt: „O kile dziecięcej, jej istocie i o walce z nią".

42. Posiedzenie naukowe z dnia 23 października 1924.

1. Kol. Andruszewski przedstawia a) chorego z promienicą wargi dolnej; b) chorą z Erythema diutinum elevatum; c) chorego z osutką kiłową plamisto-guzkową, której rozmieszczenie przemawia za zakażeniem pozapłciowem; d) przypadek słoniowaciny skóry prącia.

2. Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) Lichen ruber in eczematico:

44. Posiedzenie naukowe w dniu 13 listopada 1924.

1. Kol. Biliński przedstawia chorego a) **Erythema exsudativum multiforme; b) Dermatitis acneiformis; c) Pityriasis lichenoides chronica.**

2. Kol. Mehrer wygłasza odczyt »O przeroście stercza«.

45. Posiedzenie naukowe w dniu 4 grudnia 1924.

1. Kol. Lechowska przedstawia przypadek liszaja płaskiego, leczonego naświetleniem rdzenia pacierzowego, poczem wystąpiły na kończynach pęcherze.

2. Kol. Sawicka przedstawia chorego z łuszczycą (*Psoriasis vulg.*) i kiłą drugorzędną.

3. Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) **Dermatitis herpetiformis Duhring; b) lupus erythematodes faciei; c) papulae framboesiformes.**

4. Kol. Kwiatkowski przedstawia przypadek: **Lupus vulgaris erythematoides Leloir.**

46. Posiedzenie naukowe w dniu 18 grudnia 1924.

1. Kol. Andruszewski przedstawia a) chłopca z **granulosis rubra nasi; b)** dwa przypadki **erythema exsudativum multiforme; c)** przypadek **acrodermatitis Hallopeau.**

2. Kol. Kwiatkowski przedstawia chorą z **lupus papillaris pedis cum** *lymphhangoitide tuberculosa et adenitide suppurativa.*

3. Kol. Mierzecki przedstawia przypadek a) **Sclerosis labii inferioris; b) ziarniniaka grzybiastego** (*Mycosis fungoides*).

Dr. Salpeter, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 10 marca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Smiechowski oraz Przewodniczący Sądu N. I. L. na pierwszej połowie posiedzenia.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu posiedzenia poprzedniego Przewodniczący Dr. Bączkiewicz poinformował obecnych o zamiarze założenia pisma o charakterze informacyjnym i naukowym przez grono osób, znajdujących się w kontakcie z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia. Pan radca Hilarowicz zwrócił się do Przewodniczącego z prośbą o umieszczenie w mającym powstać organie sprawozdania z posiedzenia Izby Naczelnej z dnia 25. I. 1925 r. Postanowiono sprawozdanie z wymienionego posiedzenia p. Hilarowiczowi przesłać.

W sprawie założenia Koła lekarzy Sejmu i Senatu Przewodniczący zwracał się do Senatora prof. Godlewskiego, który oświadczył, że próby w tym kierunku były już robione, lecz nie doprowadziły do pożądanego wyniku. Postanowiono w sprawie tej wystosować listy do wszystkich posłów i senatorów lekarzy.

W sprawie projektu nowelizacji art. 38 Ustawy o Izbach lekarskich oraz w sprawie projektu wniesienia do Ustawy o Izbach Lekarskich artykułu o przysiędze dla Sędziów Izb lekarskich uproszono doktorów Kozerskiego o przesłanie odpisu z projektu regulaminów Sądu N. I. L. artykułu o przysiędze oraz Smiechowskiego o zredagowanie projektu nowelizacji art. 38 Ustawy.

Otrzymano od Dr. Szerypo pismo z prośbą o zwolnienie ze stanowiska członka Zarządu N. I. L. Motywy przytoczone przez Dr. Szerypo uznano za wystarczające do zwolnienia go z wymienionego stanowiska. Na opróżnione po nim miejsce postanowiono powołać następnego z listy zastępców Dr. Ludwika Guranowskiego.

Od Izby Łódzkiej otrzymano sprawozdanie za rok 1924 w 3 egzemplarzach; dwa egzemplarze tego sprawozdania postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Nadto otrzymano od Izby Łódzkiej sprawozdanie Sądu i sprawozdanie kasowe, które załączono do aktów.

Od Izby Łódzkiej otrzymano zawiadomienie, że na zastępców członków Sądu N. I. L. powołano Dr. Wattena i Dr. Krakowskiego. Postanowiono zawiadomić o tym wyborze Sąd N. I. L.

Otrzymano od głównego Zarządu Związku Lekarzy P. P. 2 odpisy rozporządzeń Wojewody Łódzkiego w związku ze stanem bezkontraktowym lekarzy Województwa Łódzkiego z Kasami chorych. W rozporządzeniach tych Wojewoda Łódzki wydaje rozkaz lekarzom komunalnym pełnienia obowiązków w Kasach Chorych.

Postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o obronę lekarzy otrzymujących rozporządzenia, nie mające związku z ich stanem służbowym, a zatem gwałcące ich wolność osobistą wbrew Konstytucji Rzeczypospolitej.

Otrzymano od Izby Lubelskiej sprawozdanie za rok 1925 w 8 egzemplarzach. Postanowiono 2 egzemplarze tego sprawozdania przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Otrzymano od Izby Krakowskiej sprawozdanie za rok 1924, sprawozdanie kasowe i spis lekarzy i protokół posiedzenia Rady Izby. Sprawozdanie i spis lekarzy postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Otrzymano od Izby Poznańsko-Pomorskiej pismo w sprawie praktyki lekarzy specjalistów, w którem to piśmie Izba Poznańsko-Pomorska na podstawie opinji swego delegata utrzymuje, że Izba Naczelna w dniu 25. I. 1925 r. jednogłośnie orzekła, że godzi się w zupełności na zapatrywanie Izby Poznańsko-Pomorskiej co do treści art. 17 e Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. Artykuł ten Izba Poznańsko-Pomorska tłómaczy w ten sposób, że ograniczeniom w wykonywaniu praktyki lekarskiej nie podlega lekarz specjalista, powołany na konsylja lub do wykonywania specjalnych zabiegów lekarskich, a wykonywanie praktyki w stałych określonych terminach w kilku miejscowościach przez lekarza specjalistę sprzeciwia się etyce lekarskiej.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Poznańsko-Pomorskiej, że na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 25. I. 1925 r. przyjęto jednogłośnie wniosek prof. Ciechanowskiego, że »sentyment Izby Naczelnej jest za poglądem Izby Poznańsko-Pomorskiej w wymienionej sprawie, ale artykuły Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej są obowiązujące«. Odnośny artykuł brzmi jak następuje:

»Ograniczeniom przy stałem wykonywaniu praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach w kilku miejscowościach podlegać nie mogą:

e) lekarze specjaliści przy wykonywaniu swej specjalności«.

Artykuł ten Izba Lek. Poznańsko-Pomorska wyjaśnia w ten sposób, że ograniczeniom nie podlega tylko lekarz specjalista, powoływany na konsylja lub do wykonywania specjalnych zabiegów. Zarząd N. I. L. jest pod tym względem odmiennego zdania, gdyż konsylja i doraźne zabiegi zdaniem Zarządu N. I. L. nie są równoznaczne ze stałem wykonywaniem praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach.

Otrzymano od Izby Lwowskiej pismo w sprawie lekarzy zdrojowych, praktykujących w Krynicy, a przynależnych do Izby Lwowskiej. Izba Lwowska uchwaliła, ażeby lekarze ci połowę składek opłacali Izbie Lwowskiej, a połowę Izbie Krakowskiej. Izba Lwowska prosi o potwierdzenie tej uchwały.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Lwowskiej, że potwierdzenie przez Izbę Naczelną wymienionej uchwały byłoby niezgodne z art. 18 Ustawy. Z artykułu tego wynika, że wyznaczenie wysokości opłat należy do kompetencji tej Izby, w której lekarz praktykuje i Izba Naczelna na podstawie art. 18 niema prawa narzucać danej Izbie innych postanowień i przepisów.

W końcu wobec ostatecznego postanowienia Dr. Kozerskiego co do ustąpienia z Izby Naczelnej i Zarządu, Zarząd N. I. L. postanowił przesłać Dr. Kozerskiemu podziękowanie za jego działalność, pożyteczną dla Izby Naczelnej.

Wykłady uzupełniające dla lekarzy.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego organizuje wykłady dopełniające dla lekarzy pomiędzy 27 września i 15 października roku bieżącego. Wykłady zgłosili:

Doc. Bronowski: Podstawy naukowe balneoterapji i klimatoterapji.

Prof. Dzierzgowski: Zaopatrzenie w wodę i asenizacja miast.

Prof. Erbich: Stosowanie bronchoskopji w chorobach płuc.

Prof. Gluziński: Temat zastrzeżony.

Prof. Grzywo-Dąbrowski: 1) Poronienia a kodeks karny. 2) Przestępstwa przeciwko moralności publicznej.

Prof. Konopacki: 1) Początkowe stadja rozwoju zarodka ludzkiego i tworzenie się błon płodowych. 2) Demonstracje. 2. Kultura tkanek (dr. J. Zwiebaum).

Prof. Kryński: Nowsze zabiegi operacyjne na narządach układu krwionośnego.

Prof. Krzyształowicz: Rozpoznawanie i leczenie kiły.

Prof. Leśniowski: 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego. 2) Gruźlica narządu moczowo-płciowego.

Prof. Loth: 1) Wpływ wojny światowej na postęp w poglądach anatomicznych. 2) Nauka konstytucjonalizmu a morfologja.

Prof. J. Mazurkiewicz: Wczesny okres chorób psychicznych.

Prof. Michałowicz: Najnowsze zdobycze dietetyki niemowlęcia.

Prof. Modrakowski: Nowoczesny stan nauki o chorobach nerek.

Prof. Nitsch: O szczepionkach.

Prof. Noiszewski: Jaglica. Jaskra.

Prof. Orzechowski: 1) Zapalenie nagminne mózgu i pozostałości po niem. 2) Zdobycze neurologji ostatnich lat w zakresie djagnostyki i terapji. 3) Technika badania: semjotyka neurologiczna (z dr. Morawiecką). 4) Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Nakłucie podpotyliczne (z dr. Tyczką).

Prof. Pażkiewicz: Obecny stan nauki o nowotworach.

Prof. Radliński: 1) Współczesne podstawy chirurgji jamy opłucnej. 2) Rozpoznanie i leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka i dwunastnicy. 3) Z chirurgji dróg żółciowych.

Prof. Venulet: Patogeneza cukrzycy.

Zapisy na wykłady trwają do 20. IX. r. b. Bliższych wiadomości udzielają i zapisy na wykłady przyjmują do 15. IX. Prof. A. Leśniowski: Warszawa, Widok 10, po 15. IX. prof. Orzechowski, Warszawa plac Napoleona 6.

† Dr. ZBIGNIEW PADEREWSKI.

Dnia 26 maja r. b, zmarł w Warszawie w 61 roku życia Zbigniew Paderewski, lekarz mało znany w piśmiennictwie lekarskiem, ale wysoko ceniony za swoją działalność zawodową i społeczną. Był to cichy, skromny pracownik, któremu żywot cały upłynął na pracy bez wytchnienia dla dobra Ojczyzny i bliźnich. A praca to była rozumna, celowa, wytrwała a przez to owocna, bez cienia osobistej ambicji i osobistej korzyści. Słusznie Go zaliczono do twórców dzisiejszej wolnej Polski, bo bez tych cichych pracowników, bez tych prawie »nieznanych żołnierzy«, których się »odkrywa« i dekoruje dopiero po śmierci, nie byłoby Polski.

Od wczesnej młodości — w szkole i w uniwersytecie — zaprawiał się do pracy nad szerzeniem oświaty, nad budzeniem ducha narodowego w swojem otoczeniu. Do końca życia wierny był tym ideałom młodości a działalność Jego w tym kierunku coraz szersze zataczała kręgi.

Paderewski skromnie rozpoczął swą »karjerę« życiową. Po chlubnem ukończeniu studjów lekarskich w Warszawie w r. 1890 i pogłębieniu tychże pod kierunkiem prof Baranowskiego w szpitalu Dziec. Jezus, osiadł w Rawie Mazowieckiej, jako lekarz wolno praktykujący a następnie lekarz szpitala Św. Ducha. W krótkim czasie zjednał sobie zaufanie chorych a nawet rozgłos w całej okolicy, bo był lekarzem niezwykłej miary: nie tylko leczył chorych ale nad nimi roztaczał troskliwą opiekę, a gdzie potrzeba, oświecał i prostował ich dusze. Stąd płynęło bezgraniczne zaufanie, jakiem darzyli Paderewskiego Jego pacjenci nieraz przez całe życie. Gdy Rawę opuścił, trafiali do Niego wszędzie, nie tylko po poradę lekarską ale w różnych dla siebie ważnych sprawach życiowych. W r. 1899 powołano Go na stanowisko lekarza naczelnego szpitala Towarzystwa hutniczo-górniczego Saturn w Czeladzi. Tu Paderewski miał szersze pole do swej działalności pod każdym względem. Zorganizował wzorowy szpital i wzorową pomoc lekarską dla robotników. Dotyczas wspomina się tu z czcią imię Paderewskiego. Ta Jego niezwykła popularność, choć był wrogiem demagogji i walk klasowych, sprawiła, iż olbrzymią większością głosów wybrano Go na posła do krótkotrwałej t. zw. Dumy państwowej i skierowała Go na drogę działalności politycznej.

Od r. 1907 zamieszkał w Warszawie i zaczął służyć naszemu miastu. Przez lat 4 był dyrektorem Instytutu Higjeny Dziecięcej im. Lonvala, od r. 1911 — 12 asystentem szpitala na ul. Złotej — asystentem nie zatwierdzonym przez Władzę z powodu »nieprawomyślności«. W okresie wojny piastował urząd kierownika wydziału zdrowia komitetu obywatelskiego, w r. 1916—17 był członkiem Rady naczelnej wydziału oświaty i przewodniczącym sekcji Opieki nad młodzieżą szkół średnich tegoż wydziału. W szkołach wykładał higjenę z niezwykłym talentem i pożytkiem dla młodzieży, którą kochał zawsze. W r. 1917 był ławnikiem pierwszego Magistratu m. Warszawy. Jednocześnie Paderewski brał czynny udział w życiu politycznem w stronnictwie demokratyczno-narodowem i przyczynił się niemało do tego, że społeczeństwo w zaborze rosyjskim zajęło właściwe stanowisko w stosunku do okupantów niemieckich. W r. 1918 był referentem do spraw lekarskich wydziału szpitalnictwa, następnie zastępcą naczelnika Wydziału a wreszcie inspektorem szpitali i zakładów opiekuńczych m. Warszawy. Patrzyliśmy na to, jak od pół roku, walcząc już prawie ze śmiercią nie opuszczał żadnego posiedzenia, nie zaniedbywał żadnej ważnej sprawy. Żywo interesował się niedawno założoną szkołą pielęgniarek Czerwonego Krzyża i kursami pielęgniarstwa dla Sióstr Miłosierdzia. Na parę godzin przed śmiercią cieszył się wiadomością o pomyślnym wyniku egzaminu na tych kursach. Na wszystkich stanowiskach, jakie zajmował, wykazywał cenne przymioty swego charakteru: zdrowy rozum, pracowitość posuniętą do fanatyzmu, bezstronność, subtelny takt życiowy, umiejętność obcowania z ludźmi, co Mu jednało powszechny szacunek i miłość ludzką.

Dobroczynny wpływ Paderewskiego w otoczenie sięgał bardzo głęboko i bardzo szeroko, bo była to czysta, prawa dusza, serce gołębie a orli polot myśli gdy chodziło o sprawy narodowe. A że Paderewski był lekarzem, więc stan nasz lekarski, w głębokim pogrążony żalu po tak bolesnej stracie, dumnym się jednak czuje, że posiadał w swem gronie takiego człowieka.

Niech lekką będzie Mu ziemia, którą tak ukochał i zlewał swym potem, niech nam rodzi takich, jak On, synów!

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

Osobiste.

Dr. Jan Bączkiewicz, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej odznaczony został krzyżem komandorskim orderu »Odrodzenia Polski«. Także odznaczenie otrzymał dr. Józef Polak, zasłużony higjenista i działacz społeczny.

Na Redaktora Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej został powołany kol. Władysław Janowski. Kol. J. prosi o nadsyłanie pod jego adresem (Warszawa — Jerozolimska 15) artykułów oryginalnych oraz streszczeń poglądowych z bieżących kwestyj.

Kraków.

Dziekanem Wydziału lekarskiego U. J. na rok 1925|26 obrano prof. dr. L. Marchlewskiego.

Dr. L. Dengel pierwszy asystent kliniki chirurgicznej U. J. powołanym został na prymarjusza oddziału chirurgicznego szpitala św. Józefa w Łodzi.

Doc. Dr. Janiszewski naczelny lekarz miasta Krakowa po wysłużeniu przepisowych ilości lat służby przechodzi na własne żądanie w stan spoczynku.

Warszawa.

Na rok akad. 1925/26 wybrano na Dziekana Wydziału Lekarskiego Dr. Adama Czyżewicza, profesora zwycz. położnictwa i ginekologji, na Delegata Wydziału do Senatu Akadem. Dr. Romana Nitscha, prof. zwycz. mikrobiologji i serologji. Prorektorem został Dr. Franciszek Krzyształowicz, prof zwycz. chorób skórnych i wenerycznych; Prodziekanem Wydz. Lek. Dr. Franciszek Czubalski, prof. zwyczajny fizjologji.

Na delegatów Docentów do Rady Wydziału Lekar. wybrano na r. akad. 1925/26 Dr. Wacława Łapińskiego i Dr. Rafała Radziwiłłowicza.

Ministerstwo W. R. i Ośw. Publ. zatwierdziło uchwałę Rady Wydz. Lek., nadającą tytuł docenta w zakresie chirurgji szczegółowej Dr. Alfredowi Meissnerowi.

Wydział Lekarski nadał tytuł docenta Dr. Marcie Erlichównie, (w zakresie pedjatrji), Dr. B. Szerszyńskiemu i Dr. A. Wojciechowskiemu (w zakresie chirurgji) oraz Inż St. Wisłouchowi (w zakresie botaniki lekarskiej).

Dnia 10 lipca odbyła się promocja na stopień Dr. Wszech Nauk Lekarskich następujących kolegów: Dobrowolskiego Wacława, lekarza naczeln. w szpitalu Pol. Cz. Krz., Dobrowolskiego Zdzisława, ordynatora oddziału otolaryngologicznego w Warsz. Szpit. dla dzieci, pułk. Gorczyckiego Władysława, zastępcy Szefa Depart. Sanit. M. S. W., pułk. Hubickiego Stefana, Kierow. Wojsk. Szkoły Sanitarnej, Luxenburga Józefa, ordynatora w szpitalu na Czystem, Szwajcera Jakóba, naczelnego lekarza w szpit. na Czystem i Zweigbauma Marka Maksymiljana, bibljotekarza Warszaw. Tow. Lek.

Wydział Lekarski powołał na katedrę w I. klinice chorób wewn. opróżnioną przez śmierć prof. Dr. K. Rzętkowskiego, zwyczajnego profesora tegoż przedmiotu w Uniwersytecie Jagiellońskim Dr. Witolda Orłowskiego.

Państwowy Instytut Farmaceutyczny wespół z Warszawskiem Towarzystwem Naukowem powziął zamiar przeprowadzenia badań nad radjoaktywnością poszczególnych polskich zdrojowisk mineralnych.

Przeprowadzenie badań powierzono kierownikowi pracowni radjologicznej przy Warsz. Tow. Nauk. drowi Ludwikowi Wertensteinowi.

Stacja higjeny zapobiegawczej. Rada miejska warszawska wyraziła zgodę na propozycję gen. dyr. służby zdrowia w sprawie utworzenia specjalnego okręgu sanitarnego miejskiego w Mokotowie p. n. »Stacji higjeny zapobiegawczej« pod warunkiem, że stacja ta pozostawać będzie pod kierunkiem miejskiego okręgowego lekarza sanitarnego, delegowanego przez magistrat w porozumieniu z państwową szkołą higjeny i że utworzona będzie komisja, złożona z naczelnika wydziału zdrowia magistratu, przedstawiciela gen. dyr. służby zdrowia, państwowej szkoły higjeny i fundacji Rockfellera.

Komisja uprawniona będzie do organizowania na terenie stacji pomocniczych instytucyj sanitarnych, min. zaś spraw wewnętrznych (gen. dyr. służby zdrowia) zwracać będzie gminie m. st. Warszawy z sum, uzyskanych od poszczególnych instycyj, wszelkie wydatki, jakie zarząd miasta poczyni ewentualnie z własnych funduszów w związku z przeprowadzeniem organizacji stacji higjeny zapobiegawczej, lub instytucyj pomocniczych.

Rada miejska upoważniła na tej podstawie magistrat do przedsiębrania wszelkich kroków, niezbędnych do urządzenia stacji w Mokotowie na podstawie wymienionych warunków.

Nowe poradnie dla niemowląt i matek. W budżecie wydziału zdrowia publicznego przewidziany jest do dyspozycji magistratu warszawskiego kredyt w sumie zł. 30.000 na walkę ze śmiertelnością dzieci. Magistrat zdecydował wyznaczyć tę sumę na uruchomienie dwóch poradni dla niemowląt i matek ciężarnych na wzór dwóch istniejących.

Nowe poradnie mieścić się będą przy ul. Oboźnej nr. 10 i Budowlanej nr. 14 (na Bródnie). Działalność ich polegać będzie na udzielaniu porad, rozdawnictwie lekarstw, mleka, broszur z dziedziny higjeny i t. p. Ponadto w poradniach tych zamierza wydział zdrowia publicznego zorganizować, po porozumieniu się z sekcją higjeny szkolnej, pomoc ambulatoryjną dla dziatwy szkolnej.

Podziękowania za leczenie w prasie codziennej. Pomimo wyraźnego zakazu ukazują się od czasu do czasu, w dziale reklam dzienników miejscowych, podziękowania »za niezwykle troskliwą opiekę i t. d.« Podziękowania te, umieszczane zazwyczaj w prasie najpoczytniejszej, winny spotkać się, ze względów łatwo zrozumiałych, z surowem potępieniem ze strony zdrowej opinji lekarskiej.

Zjazd Towarzystwa Eugenicznego. Na odbytym w Warszawie w lipcu Zjeździe delegatów Tow. Eugenicznego wygłoszono szereg odczytów: dr. L. Wernic »O eugenice i jej stosunku do medycyny i innych nauk«, minister Simon »O propagandzie eugeniki«, dr. Hlond »O walce z nierządem na Śląsku«, dr. Karwowski »O przepisach leczniczych dla lekarzy«, dr. Bieńkowski »Wykłady o wyborze zawodu«, ks. dr. Łęgowski »O udziale duchowieństwa w akcji eugenicznej«, dr. Jakimowicz »O funduszach i metodach zdobywania ich dla oddziałów«, mjr. Lipski »O propagandzie naukowej przez filmy«. Sprawozdanie z czynności oddziału warszawskiego odczytała sekretarka Towarzystwa dr. Marja Szczodrowska.

Do Zarządu Warszawskiego Wydziału Związku lekarzy rządowych weszli jako prezes dr. Wierzbowski, jako zastępca dr. Eberhardt, pozatem trzech członków: dr. Borawski, dr. Orzechowski, dr. Celarek.

Z kraju.

Państwowy Zakład Zdrojowy w Ciechocinku zorganizował we wszystkich aptekach i składach aptecznych sprzedaż produktów leczniczych: szlamu, ługu i gazowanej solanki.

Instytut Bakterjologiczny w Służewcu. W kwietniu r. b. powstał w Służewcu pod Warszawą Instytut bakterjologiczny pod kierunkiem dra Stanisława Serkowskiego, b. profesora Uniwersytetu Warszawskiego. Instytut składa się z laboratorjum, sali operacyjnej oraz stajen (w nich kilkadziesiąt koni), boksów letnich i okólnika dla koni. Instytut wytwarza surowice i szczepionki weterynaryjne, pod stałą kontrolą urzędowego rzeczoznawcy.

Nowe sanatorjum w Zakopanem. Związek polskiego nauczycielstwa szkół powszechnych buduje w Zakopanem na Gubałówce sanatorjum, obliczone na 200 chorych. Otwarcie nastąpi w listopadzie r. b.

Ze świata.

Stała delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. W skład stałej delegacji Zjazdów lek. i przyr. polskich wchodzą: z Krakowa — prof. Ciechanowski, Janiszewski i Siedlecki; ze Lwowa — prof. Franke i Romer; z Poznania — prof. Gantkowski i Karwowski; z Warszawy — prof. Kryński, Loth i Br. Sawicki; z Wilna — prof. Dziewulski i Januszkiewicz. Następny XIII Zjazd ma się odbyć w Wilnie w roku 1929.

Lekarze polscy, którzy chcieliby wziąć udział w dorocznym Zjeździe chirurgów francuskich, mogą zapisywać się u sekretarza Tow. Chir. polskich dra Lewensterna, Warszawa, Wspólna 62.

Opłaty kuracyjne dla lekarzy i ich rodzin w Gdyni. Szerokie koła lekarskie, popierające rozwój Gdyni, jako uzdrowiska nadmorskiego, niemile zostały dotknięte uchwałą gminy m. Gdyni, postanawiającą pobierać od lekarzy i członków ich rodzin opłatę zdrojową w wysokości, oznaczonej dla wszystkich kuracjuszów. Zarządzenie to, niespotykane przez lekarzy polskich w żadnem innem uzdrowisku ani w kraju, ani nawet zagranicą, jest chyba wynikiem nieporozumienia, które dla dobra i rozwoju Gdyni oby jaknajprędzej zostało usunięte.

Członkowie Międzynarodowych Zjazdów Chirurgicznych proszeni są o przesyłanie należnych od nich a zaległych składek na ręce dra Lorthioir w Brukseli (Bruxelles), inaczej grozi im wykreślenie z listy członków.

Zmarli.

Ś. p. dr. Wacław Wojciechowski, zmarł w Warszawie, dnia 22 lipca r. b., w wieku lat 36.

Od redakcji.

Numer niniejszy wychodzi jako numer podwójny (34 i 35) za czas od 17—30 VIII. 1925.

Nr. 36 i 37. 13. września 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Marjan FRANKE, Stanisław HORNUNG. Lwów.

O zachowanie się płynów obrzękowych w próbach koloidowych

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Marjan Franke.

W dociekaniach nad genezą obrzęków skórnych [1]) musieliśmy się zatrzymać między innemi nad badaniem płynu obrzękowego u ludzi, wychodząc z zapatrywania, że ze składu może będziemy mogli sądzić o genezie jego i o zachowaniu się czynników zwłaszcza miejscowych, ważnych dla powstania obrzęków. Badania chemiczne, dotyczące stanu ciał białkowych i stosunku globulin i albumin w obrzęku przedstawi w osobnej pracy Dr. Goertz, asystent zakładu, my zaś w niniejszej pracy zajmiemy się tylko zachowaniem się obrzęku pod względem prób koloidowych, które w tym kierunku nie zostały dotychczas zużytkowane.

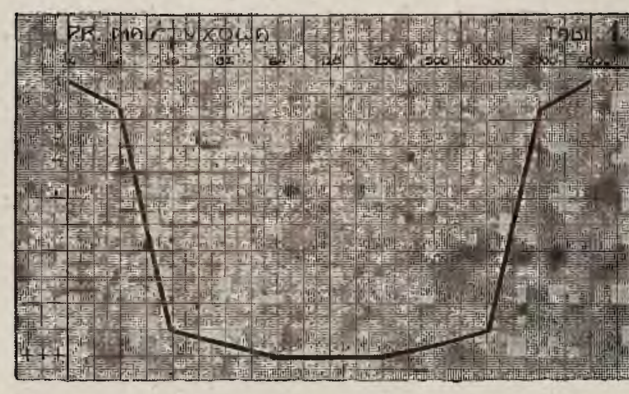
Płyn obrzękowy u ludzi otrzymywaliśmy zawsze za pomocą nakłuć skórnych rureczkami Southey'a. Przy wykonywaniu prób koloidowych posługiwaliśmy się zawsze rozczynem złota koloidowego i mastyksu, postępując ściśle w myśl zasad, przyjętych przy badaniu płynu mózgo - rdzeniowego.

Badania nasze dotyczyły przedewszystkiem obrzęków zastoinowych i nerkowych, które przedstawiały nam typy różniące się od siebie wybitnie pod względem zachowania się krzywych i dlatego omówimy je osobno. Trzecią zaś grupę tworzą przypadki, w których obrzęk towarzyszył amyloidozie narządów, między innemi i nerek, i te wobec odmiennego zachowania się krzywych koloidowych, złączyliśmy w osobną grupę, chociaż w nich sprawa nerkowa musiała grać także genetycznie ważną rolę. Płynów obrzękowych innego pochodzenia, więc towarzyszących np. chorobie głodowej lub cherze nie mieliśmy sposobności badać, a płynów obrzękowych pochodzenia zapalnego w tej pracy nie uwzględniamy zupełnie, bo one stanowią typ genetycznie zupełnie różny od poprzednich i wymagają osobnego opracowania.

Zatrzymajmy się wprzód nad obrzękiem zastoinowym. W naszych przypadkach obrzęk towarzyszył osłabieniu mięśnia sercowego w przebiegu wad sercowych, przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, lub rozedmy płuc. O ile istniały równocześnie w tych przypadkach zmiany w nerkach, to odnieść je było można tylko do zastoju nerkowego i jego następstw.

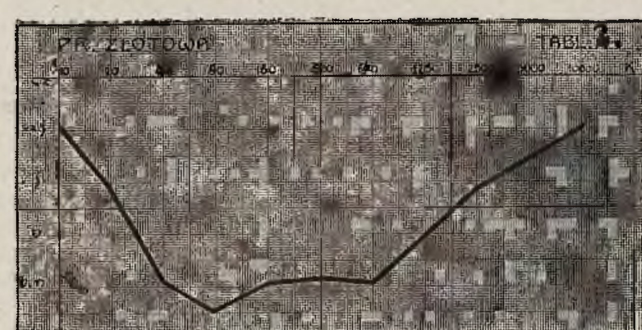
Dla ogólnej charakterystyki płynu obrzękowego zastoinowego podamy w krótkości cyfry wyjęte z pracy Dr. Goertza, dotyczące jego składu chemicznego. W badaniach tych stwierdzono, że stężenie jonów wodorowych, pH płynów obrzękowych zastoinowych wynosiło prawie zawsze 8,6, wyjątkowo 8,8. Chlorki wahały się w granicach od 0,646% do 0,799% (raz 0,819%), przeciętnie zaś procent chlorków odpowiadał cyfrze 0,72—0,74%. Cyfra refraktometryczna wynosiła przeważnie około 22, a wahania jej sięgały od (wyjątkowo 20,5) 21,4 do 22,5 (wyjątkowo raz 23,2). Poziom białka wynosił (0,169%) 0,201—0,327% (0,448—0,498%).

Próby koloidowe. Najjaśniejsze wyniki dawała nam próba z rozczynem mastyksu i tę uwzględnimy przedewszystkiem. Ustawialiśmy tu szereg z wstępującem rozcieńczeniem (zapomocą 0,8% rozczynu soli kuchennej) płynu w stosunku 1:4, 1:8, 1:16 itd. aż do 1:4000, odczytując wynik po 24 godzinach. Próba z płynem zastoinowym wykazywała zawsze obraz bardzo typowy, który ilustruje najlepiej jeden z przypadków niżej podanych (tabl. I).



Objaśnienie do tablicy I.: cyfry arabskie oznaczają rozcieńczenie z 0,8% rozczynem soli kuchennej, a rzymskie stan przejrzystości płynu, więc: I — zmętnienie zupełnie jednostajne, II, III, IV oznacza wyjaśnianie się płynu coraz bardziej postępujące, +—, +, ++, +++, skłaczkowanie coraz bardziej wybitne, aż do wytworzenia zupełnego strątu z całkowitem wyjaśnieniem się płynu.

Krzywa powyższa wykazuje że w pierwszych dwu probówkach nie występuje zupełnie strąt, w następnych zaś zjawia się zupełne wypadnięcie mastyksu (płyn staje się w całości przeźroczysty), a dopiero w ostatnich dwu probówkach znowu zawartość pozostaje mętna. Ten typ krzywej powtarza się i w innych przypadkach płynu zastoinowego z tą tylko różnicą, że wypadnięcie mastyksu zjawia się czasem dopiero w trzeciej, rzadko nawet w drugiej, a znika nieco prędzej, więc w trzeciej lub czwartej probówce od końca. Charakterystycznem zaś dla krzywej mastyksowej z płynem (obrzękowym) zastoinowym jest to, że wypadanie występuje zawsze dopiero w drugiej lub przeważnie w trzeciej probówce, doprowadza do zupełnego wyjaśnienia płynu, a przy rozcieńczeniach wyższych (1:2000, 1:4000), rzadziej przedtem, ustępuje miejsca zupełnemu brakowi wypadania mastyksu.



Objaśnienie do tabl. II.: cyfry arabskie oznaczają rozcieńczenie z 0,4% rozczynem soli kuchennej, a litery zabarwienie płynu, więc: cz. — czerwone, cz. f. — czerwono-fioletowe, f. — fioletowe, n. — niebieskie, n. b. — niebiesko-białe, b. — białe.

Próba złotowa z płynem obrzękowym pochodzenia zastoinowego dawała krzywe, które mniej więcej pokrywały się z krzywą mastyksową; przebieg krzywej tu nie był jednak zawsze tak typowy dla wszystkich naszych przypadków jak

---

[1]) M. Franke. Patogeneza i znaczenie najważniejszych objawów choroby Brighta. P. Archiwum Medycyny wewnętrznej. 1925.

Tenże. O wchłanianiu z tkanki podskórnej w doświadczalnej nefritis. (Referat odczytany na Zjeździe lek. i przyrod. w Warszawie 1925).

Tenże. Znaczenie uszkodzenia tkanek dla genezy obrzęku. r. 1925.

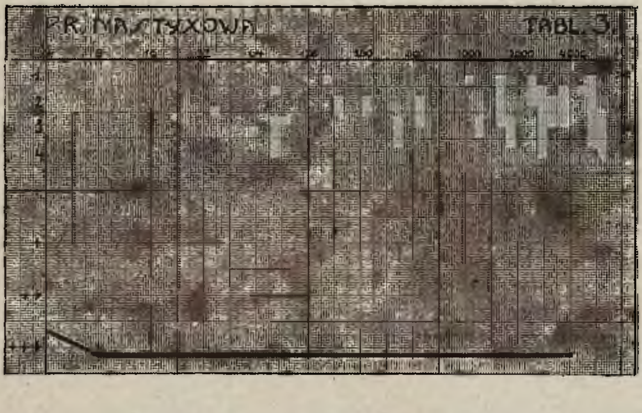
w próbie z rozczynem mastyksu. Dla ilustracji przytaczamy znowu przebieg krzywej złotowej z jednego przypadku naszego (tabl. II.).

Wprawdzie i w cytowanej krzywej złotowej widzimy znowu to przy mastyksie typowe ostre spadanie krzywej, potem utrzymywanie się jej na niskim poziomie i znowu dość ostre wznoszenie się jej, ale w innych przypadkach ani spadek ani wznoszenie się krzywej nie jest tak typowe i krzywa rozciąga się więcej wzdłuż. Jako charakterystyczne dla krzywej złotowej (tak jak i mastyksowej) przy płynie obrzęku zastoinowego musimy uważać to, że w początkowych i końcowych rozcieńczeniach widzimy zabarwienie zbliżone do normy, a w środkowych następuje zupełne albo prawie zupełne odbarwienie rozczynu. Widzimy więc i tu ten charakterystyczny wygląd krzywej jak i przy mastyksie.

Inny zupełnie typ przedstawiały krzywe koloidowe z płynem obrzęku nerkowego który pochodził z przypadków zapalenia nerek, towarzyszącego *endocarditis lenta.*

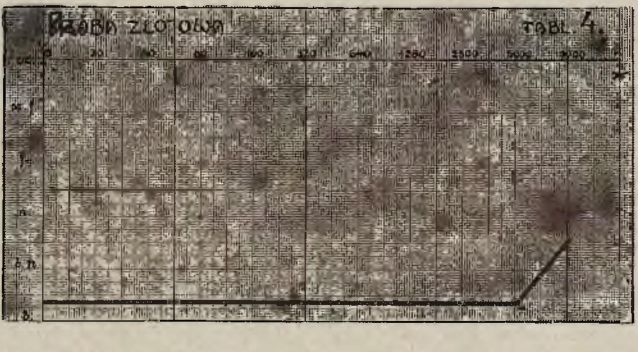
Dla charakterystyki ogólnej tych płynów obrzękowych przytoczę znowu cyfry z pracy Dr. Goertza, który wykazał, że pH tych płynów wynosiło 8,4—8,6, poziom chlorków sięgał 0,748—0,787%, a cyfra refraktometryczna była 23,4—24,5, przy ilości białka, wynoszącej 0,532—0,581%.

Próba z mastyksem w obu tych przypadkach wypadła zupełnie identycznie i wyglądała następująco (tabl. III.):



W obu więc przypadkach widzimy we wszystkich probówkach zupełne skłaczkowanie i opadnięcie mastyksu z całkowitem wyjaśnieniem się płynów i to prawie zupełnie równomiernie od rozcieńczenia najsłabszego aż do najsilniejszego.

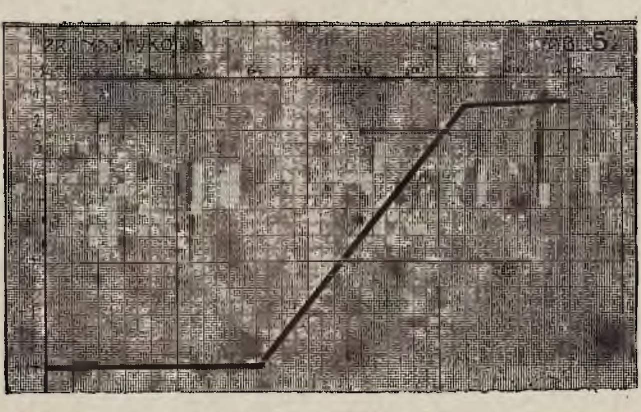
Próba złotowa znowu i w tych przypadkach dała obraz krzywej równolegle przebiegający z krzywą mastyksową (tabl. IV.).



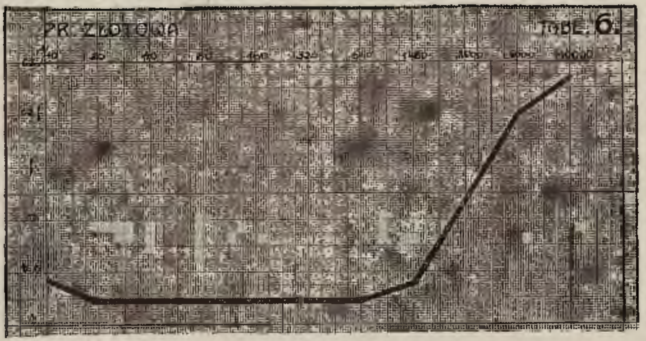
We wszystkich probówkach widzimy tu zupełne odbarwienie rozczynu złota i to tak w rozcieńczeniach niskich jak i wysokich.

Częściowo odmienny typ krzywej stwierdziliśmy w obrzęku z przypadku ostrego zapalenia nerek na tle nam nieznanem u osobnika z dawno przebytem zakażeniem kiłowem. Obrzęk w tym przypadku wykazywał pH 8,6, poziom chlorków 0,752%, a białka tylko 0,131%.

Krzywa mastyksowa wykazywała tu wybitny spadek już w pierwszych probówkach, podobnie jak w przypadkach ostatnich, znaczniejszy jeszcze w dalszych, a podniesienie ostre krzywej od siódmej probówki do końca, co krzywą tę wyróżniało od krzywych przypadków poprzednich (tabl. V.).



Próba złotowa w tym przypadku okazuje przebieg podobny do mastyksowej, wykazując również silny spadek w pierwszych probówkach, a od ósmej wzrost ku górze (t. VI).



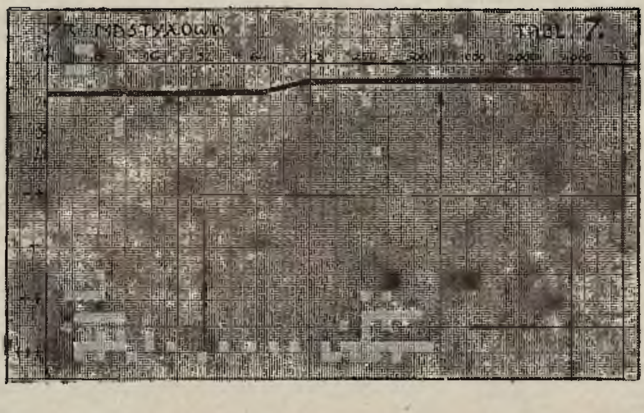
W przypadku ostatnim widzimy więc w początkach zachowanie się podobne krzywej jak i w innych z obrzękiem nerkowym, tylko tu w drugiej połowie następuje wzrost krzywej odmiennie niż w typowych innych krzywych nerkowych.

Podobnie zachowywały się krzywe jeszcze w innym przypadku, w którym, obok gruźlicy płuc i zastoju sercowego, sekcja wykazała daleko posunięte zwyrodnienie tłuszczowe przybłonków kanalików nerkowych *(nephrosis?).*

W osobną grupę, jak wspomnieliśmy, musimy ująć przypadki, w których sekcja wykazywała wybitną amyloidozę nerek i obrzęki ogólne w przebiegu amyloidozy tak nerek jak i innych narządów, w pierwszym rzędzie wątroby i śledziony. Z tej grupy badaliśmy obrzęki w trzech przypadkach badanych później sekcyjnie i to w dwu w amyloidozie, towarzyszącej przewlekłej gruźlicy, a w jednym zapaleniu szpiku kostnego *(osteomyelitis).*

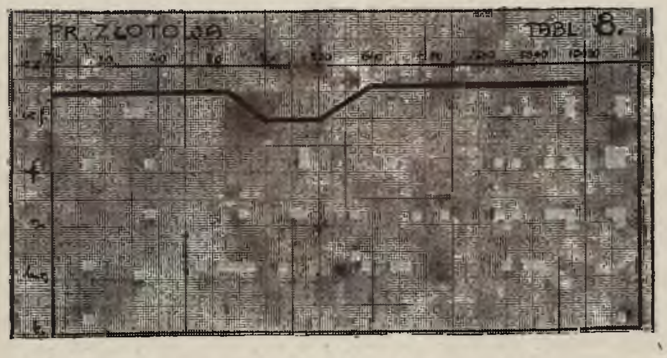
Płyn obrzękowy w tych przypadkach z amyloidozą, jak wynika z badań Dr. Goertza, wykazywał pH = 8,6 do 8,8, poziom chlorków był 0,752%—0,799%—0,808%, wskaźnik refraktometryczny wynosił 19,6—19,8 a poziom białka 0,051%—0,0516%—0,0596%.

Próba mastyksowa z jednego przypadku, przytoczona dla przykładu, dała obraz krzywej następujący (t. VII.):



W dwu innych zaś przypadkach z samego początku krzywej widzimy nieznaczne zmniejszenie zmętnienia zawiesiny mastyksu, gdy w dalszym ciągu nie ma ani śladu skłaczkowania mastyksu, tak jak i w krzywej cytowanej, wyżej.

Krzywa złotowa obrzęku amyloidotycznego zbliża się w zupełności do krzywej mastyksowej (tabl. VIII.).



W tym jak i w innych przypadkach wystąpiła tylko bardzo nieznaczna zmiana barwy roztworu złota w 4, 5, (6) probówce, a zresztą płyn nie okazywał żadnego odchylenia od zabarwienia początkowego. Obie krzywe, tak mastyksowa jak i złotowa są w swoim przebiegu zupełnie monotonne.

Zbierając razem wyniki naszych badań, widzimy, że próby koloidowe, wykonane z płynem obrzękowym, dają charakterystyczny tor krzywych i to zależnie od podstawowej sprawy chorobowej, w przebiegu której zjawiły się obrzęki. Na podstawie naszych dotychczasowych badań mogliśmy ustalić dotąd trzy typy krzywych, z których każdy odpowiada pewnym grupom schorzenia. Jeden typ krzywej odpowiada obrzękom zastoinowym, drugi nerkowym, a trzeci obrzękom, występującym w przebiegu amyloidozy narządów. Czy obrzęki na innem tle powstałe i obrzęki w rozmaitych postaciach schorzenia nerek, które badaliśmy dotąd dość mało, dadzą się podporządkować pod typy przez nas już spostrzegane, tego dziś nie możemy powiedzieć. W każdym razie, jak z badań dotychczasowych wynika, na podstawie toru krzywej koloidowej w przypadku obrzęku pochodzenia niejasnego moglibyśmy sądzić o istocie sprawy (schorzenie serca, lub nerek, amyloidoza narządów), dającej podstawę do powstania obrzęku. W tem leży znaczenie praktyczne zastosowania prób koloidowych do badania płynu obrzękowego i z tych względów powinny one znaleźć szersze zastosowanie kliniczne i to zwłaszcza próba mastyksowa, która daje wyniki najjaśniejsze i jest łatwą do wykonania.

Chcąc w paru słowach dotknąć sprawy przyczyn różnego przebiegu krzywych koloidowych w obrzękach rozmaitego pochodzenia możemy z pewnością twierdzić, że postać krzywej koloidowej zależy przedewszystkiem, a może tylko od poziomu procentowego białka w obrzęku i prawdopodobnie od ustosunkowania w nim globulin do albumin. Przez Dra Goertza stwierdzone cyfry procentowe białka w obrzękach, a cytowane przez nas powyżej, przemawiają wprost za zależnością stopnia skłaczkowania mastyksu lub odbarwienia złota koloidowego od procentu białka w danym obrzęku. Brak dotychczas pewnych wyników, dotyczących poziomu globulin i albumin w powyższych obrzękach, nie pozwala nam z całą pewnością ściśle uzależnić przebiegu krzywej od wahań stosunku albumin do globulin, lecz tę sprawę będzie można rozstrzygnąć na podstawie dalszych badań przeprowadzonych w tym kierunku.

O ile badanie zachowania się płynu obrzękowego w próbach koloidowych, stanowiące przytem ciekawy przyczynek teoretyczny, da się zużyć do wyjaśnienia genezy obrzęków, tego na tem miejscu poruszać nie chcemy. Próby te jednak wspólnie z innemi badaniami nad tą sprawą znajdą uwzględnienie w pracy jednego z nas (M. Franke), w której szerzej będzie omawiana sprawa pochodzenia obrzęków wogóle i znaczenia czynników obwodowych dla ich powstania.

K. BOCHEŃSKI, Lwów.
E. MEISELS.

Roentgen i rad przy raku macicy.

(Wyniki lecznicze).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.

Leczenie roentg. nowotworów złośliwych stało w ostatnich latach, szczególnie w Niemczech pod hasłem dawki rakowej. Problem leczenia był sprowadzony do zagadnienia czysto techniczno-fizycznego. Należało tak naświetlać, by wszystkie komórki danego nowotworu otrzymały pewną dawkę rakową. Pomyślny wynik miał zależeć przedewszystkiem od tego, czy rzeczywiście udało się wszystkim komórkom tę dawkę zaaplikować.

Pojęcie dawki rakowej stworzyli Krönig i Friedrich. Wielkość jej oznaczyli jednostkami elektrostatycznemi. Seitz i Wintz, którzy pojęcie dawki rakowej od nich przyjęli, oznaczyli biologicznie jej wielkość. Dawka rakowa wynosi wedle nich 110% dawki rumieniowej, t. j. dawki wywołującej pewne dość ściśle wedle tych autorów określone uszkodzenie skóry. Autorowie ci przyjmują, że niema większych różnic w wrażliwości komórek rakowych na promienie roentg. i że ta jedna przez nich ustalona dawka wystarcza do zniszczenia komórek nowotworowych, o ile ją rzeczywiście wszystkie komórki w jednem posiedzeniu otrzymały. Bez względu więc na właściwości histologiczne i biologiczne danego nowotworu, narządu z którego wychodzi i wreszcie cały kliniczny obraz, leczenie zależne jest wyłącznie tylko od tego, czy rzeczywiście tę dawkę zastosowano.

Ze spostrzeżeń nad naświetlaną skórą przekonali się oni, że jednorazowe zaaplikowanie dawki rumieniowej, wywołuje znacznie silniejsze uszkodzenie niż naświetlania dawką rozdzieloną. Wpływ dawki tej samej wysokości zmniejsza się znacznie, jeśli się ją stosuje ułamkami. Skóra znosi bez większej reakcji nawet podwójną dawkę rumieniową, o ile zaaplikuje się ją *»in dosi refracta«*. Doświadczenia te nad naświetlaniami skóry przenieśli ci autorowie do terapji nowotworów. Właściwie zupełnie bez ścisłego dowodu przyjęli oni, że ta nieco wyższa dawka rumieniowa zaaplikowana na komórki nowotworowe potrafi je zniszczyć i że rozdzielenie jej osłabia znacznie ten jej wpływ niszczący. Autorowie ci przyjmowali więc, że komórki nowotworowe zachowują się pod wpływem naświetlań roentg. tak samo jak komórki skóry.

Wniosek ten był zupełnie niesłuszny. W praktyce okazało się, że dawka rakowa nie istnieje i że komórki nowotworowe oddziaływują zupełnie inaczej niż komórki skóry. Jeśli zreasumuje się dotychczasowe spostrzeżenia z naświetlań nowotworów, to okaże się, że dawka rakowa jest dla przeważnej ilości nowotworów nie odpowiednia. Jest ona równocześnie za duża i za mała. Za duża, gdyż uszkadza skórę wcale silnie, wywołując bądźto natychmiast występujące, bądźto tak zwane późne ale prawie zawsze wcale poważne uszkodzenia. (Siedamgrodzki zauważył trwałe uszkodzenie naczyń włosowatych skóry nawet po dawkach mniejszych od dawki rumieniowej, zaaplikowanych jednoczasowo). Następnie ogólne zaburzenia występujące po naświetleniach, zwane żartobliwie w piśmiennictwie niemieckiem *»Röntgenkater«*, a słuszniej i trafniej przez Francuzów *»mal de rayons«*, są jak dzisiaj wiemy, wynikiem poważnych zatruć, wywołanych przez szybki rozpad komórek prawidłowych i nowotworowych wskutek tej silnej dawki. Zaburzenia te wywołują nieraz bardzo ciężkie objawy chorobowe, które całe dalsze leczenie roentg. mogą zniweczyć, a nawet wystąpienie charłactwa przyśpieszyć. »Kakothanasią« nazwał to Holzknecht. Z drugiej zaś strony, okazuje się, że w przeważnej ilości przypadków jednorazowe zaaplikowanie tej dawki nie wystarcza dla zniszczenia nowotworu. Stanowczo lepsze wyniki roentgenologów francuskich przy najrozmaitszych nowotworach mają swoje źródło przedewszystkiem w stosowaniu dawki w sumie znacznie większej, aniżeli dawka rakowa, ale rozdzielonej na kilka posiedzeń.

Z chirurgicznego stanowiska leczenia nowotworu promieniami roentg tak jak sobie pierwotnie Seitz i Wientz wyobrażali, należy przejść do niejako internistycznego spo-

sobu. Nie jednorazowem naświetleniem, jakby wycięciem nożem, należy leczyć nowotwory, lecz powoli, jakby łyżeczkami należy naświetlania aplikować, przy ustawicznej bacznej kontroli stanu ogólnego i miejscowego. Zachodzi bowiem zasadnicza różnica w zachowaniu się względem promieni roentg. komórek nowotworowych, a prawidłowych. Rozdzielone naświetlania uszkadzają tkanki prawidłowe w znacznie słabszym stopniu niż jednorazowo zastosowana nawet mniejsza dawka. Tkanki prawidłowe mogą w znacznym stopniu wpływ naświetleń, o ile nie były zbyt silne i zbyt często stosowane, kompensować. Jak wyżej wspomnieliśmy, już rozdzielenie dawki rumieniowej na dwie części i zaaplikowanie ich z przerwą 24-ro gozinną, wywołuje wyraźnie słabszy odczyn wczesny i późny. Przy rozdzieleniu dawek na 24 godzin można skórze zaaplikować podwójną dawkę rumieniową bez obawy uszkodzenia jej. Również i ogólne zaburzenia po naświetlaniach występują w znacznie słabszem nasileniu przy stosowaniu rozdzielonych dawek.

Wręcz odmiennie zachowują się komórki nowotworowe. Tutaj właśnie rozdzielone dawki mają wpływ znacznie silniejszy.

Doświadczenia Regaude'a i Lacassagne'a, Moore'a, Albeti'ego i Politzera wykazały, że wpływ słabych naświetlań stosowanych przez dłuższy czas na tkanki, których komórki wykazują żywe dzielenie się, jest znacznie silniejszy niż jednorazowe naświetlenie dawką większą od sumy tych małych dawek. Wrażliwość komórek na naświetlania nie jest zawsze jednakowa. W stanie dzielenia się szczególnie w pewnej fazie (płyty równikowej) wykazują one największą wrażliwość. Natomiast w stanie spoczynku wrażliwość ich jest minimalna. Ponieważ nie wszystkie komórki są równocześnie w stadjum dzielenia się, przeto większy skutek naświetlań rozdzielonemi dawkami polega na tem, że większa ilość komórek może być trafiona w stanie największej wrażliwości.

Czy rzeczywiście tylko ten moment jest decydujący dla wyniku, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte. Przy naświetleniach radowych można prędzej to tłumaczenie przyjąć niż przy naświetleniach roentg. Przy ostatnich bowiem nawet rozdzielonych naświetlaniach stosunek czasu naświetlań do długości przerw jest bardzo duży. Raczej w mniejszem uszkodzeniu tkanek w otoczeniu ogniska nowotworowego i w mniejszem nasileniu ogólnych zaburzeń należałoby szukać wytłumaczenia dla dodatniejszego wpływu rozdzielonych dawek. Rozdzielenie naświetlań osłabia, a może nawet i zupełnie usuwa mimowolny, szkodliwy wpływ naświetlań na własne siły organizmu w walce z nowotworem.

W praktyce kilkakrotnie mogliśmy się przekonać o większej skuteczności w ten sposób stosowanych naświetlań. Mamy w spostrzeżeniu kilka przypadków najrozmaitszych raków, w których jednorazowe naświetlenie dawką rakową nie odniosło żadnego skutku, a natomiast naświetlania dawkami rozdzielonemi dały pełny wynik. Tak np. w przypadku przerzutu raka kiszki grubej do sztucznego odbytu, nie reagującego zupełnie na dawkę rakową, uzyskaliśmy rozłożonemi naświetlaniami zupełne cofnięcie się nowotworu, tak że można było przystąpić do zamknięcia sztucznego odbytu. Mała wrażliwość raków kiszek czyni ten przypadek jeszcze więcej godnym wzmianki. Podobnie bardzo korzystny wynik uzyskaliśmy w przypadku nawrotu raka sutka, wielkości pięści, który po takich naświetlaniach znikł zupełnie.

Tę technikę naświetlań zastosowaliśmy również przy rakach macicy. Naświetlany z 4 pól na podbrzuszu i pośladkach w ten sposób, że każde pole otrzymuje w przeciągu 12 dni dawkę 18—20 H. Już dzisiaj, po półrocznem stosowaniu tej metody możemy stwierdzić, że cofanie się ognisk nowotworowych występuje znacznie szybciej niż przy naszej dawniejszej metodzie wedle S e i t z a i W i n t z a. Uszkodzenia zaś skóry są znacznie mniejsze, zaznaczają się ledwo dostrzegalnem zbrunatnieniem, występującem w kilka tygodni po naświetleniu.

Naświetlania roentg. kombinujemy od 6-ciu miesięcy z naświetlaniami radowemi. W 2—3 tygodnie przed lub po naświetleniach roentg. otrzymują nasze chore dawkę 3.000 mgh. za pomocą przetworu radowego umieszczonego w pochwie. Dawkę tę aplikujemy chorym w ciągu jednego tygodnia.

Materjał nasz obejmuje 104 przypadki raka macicy, które podzieliliśmy wedle ogólnie przyjętych zasad na cztery grupy.

I. grupa obejmuje przypadki, nadające się do operacji, a które naświetlano jedynie dlatego, że chore te na zabieg operacyjny się nie zgodziły.

II. grupę stanowią przypadki t. zw. graniczne. Są to przypadki, które okazywały pewne zmiany w przymaciczach, technicznie atoli przypadki te nadawały się do operacji przynajmniej t. zw. próbnej, a nie jest wykluczone, że w wielu z nich zabieg radykalny mógł być wykonany. I te chore nie były operowane jedynie dlatego, ze nie zgodziły się stanowczo na operację.

III. grupa mieści przypadki, w których z powodu rozległych nacieków w przymaciczach i zupełnej nieruchomości macicy o operacji wogóle mowy być nie mogło. Ogólny stan tych chorych przeważnie był bardzo marny, nierzadko cystoskopja wykazywała zmiany nowotworowe w pęcherzu moczowym, tak że przypadki te w ścisłem tego słowa znaczeniu oznaczyć należy jako nie nadające się do operacji *(Casus inoperabilis)*. Wreszcie

IV. grupa obejmuje przypadki wprost desperackie i w zupełności zaniedbane. Zmiany miejscowe w tych przypadkach były daleko posunięte, często bardzo nowotwór przechodził na narządy sąsiednie: jak pęcherz moczowy, pochwa i t. d. We wszystkich prawie przypadkach stwierdzić można było przerzuty i to nieraz bardzo rozległe, a ogólny stan tych chorych przedstawiał obraz daleko posuniętego charłactwa. Wiele z tych chorób gorączkowało i były tak wycieńczone, że nie mogły podnieść się z łóżka.

Wyniki, jakie uzyskaliśmy przedstawiają się następująco:

I. grupa (przypadki nadające się do operacji):
Ilość przypadków — 8.
Doraźny wynik dobry: 7 (z tych 2 przyp. *Carc. corp. ut.)*.
Bez wyniku: 1.
Nawrót: 2 (w obu po roku).
Wyleczenie [1]): 5.

Przypadek, w którym naświetlanie nie dało żadnego wyniku, dotyczył osoby młodej, bo 28-letniej, u której sprawa nowotworowa mimo naświetlenia rozszerzała się i to uderzająco szybko. Naświetlanie radem nie powstrzymało dalszego rozwoju nowotworu, wnet powstała przetoka pęcherzowa i odbytnicowa, i osoba ta zmarła po roku. Nadmienić należy, że u osoby tej pierwotne zmiany nowotworowe były bardzo ograniczone, tak że przedmiotowe badanie wypadło zupełnie ujemnie i dopiero wyskrobanie ze szyji macicy drobnych kawałeczków umożliwiło rozpoznanie raka przy pomocy badania mikroskopowego.

II. grupa (przypadki graniczne):
Ilość przypadków: 12.
Doraźny wynik dobry: 11.
Bez wyniku: 1.
Nawrót: 2 (w jednym przyp. po roku, w drugim po 8 miesiącach).
Wyleczenie: 7.
Nie odpowiedziały: 2.

Z tej grupy przypadków zmarły 4 i to 2 z powodu raka, jedna u której wynik doraźny był dobry, — z powodu zapalenia płuc, a jedna niewiadomo kiedy i z jakiego powodu.

III. grupa (przypadki nie nadające się do operacji):
Ilość przypadków: 27.
Doraźny wynik dobry: 25.
Bez wyniku: 2.

Z tych, u których wynik doraźny był dobry, stwierdzono stan dobry po $3\frac{1}{2}$ latach u 6-ciu.

Pogorszenie a więc nawrót cierpienia stwierdzono u 4.

---

[1]) Czas obserwacyj naszych przypadków wynosi zaledwie lat 4. Wobec tego nie może być mowy o wyleczeniu w ścisłem tego słowa znaczeniu w myśl przyjętych ogólnie zasad, według których o wyleczeniu można mówić dopiero wówczas, jeśli bez nawrotu upłynie 5, a jak niektórzy chcą 7 lat. To też wyleczenie to w przypadkach naszych pojmujemy jako dowód, że do tej pory nie przyszło do nawrotu, a więc jako czasowe i kliniczne, o ile dotyczy przypadków nie nadających się do operacji i zaniedbanych.

14 chorych nie odpowiedziało na kwestjonarjusz, tak że o losach ich niczego powiedzieñ nie można.

IV. grupa (przypadki zaniedbane):

Ilość przypadków: 57.

Doraźny wynik dobry: 49.

Bez wyniku; 8.

Wyleczenie w znaczeniu wyżej określonem — 3.

Nawrót u tych chorych, u których pierwotnie stwierdzono bezpośrednio po naświetlaniu wynik zadowalający, miał miejsce u 5.

Z tej grupy zmarło 17 chorych i to:

1 — po $2^1/_2$ latach,

4 — po 2 latach,

1 — po $1^1/_2$ roku,

5 — do pół roku,

6 — niewiadomo kiedy.

Los innych chorych niewiadomy z powodu braku odpowiedzi.

W grupie III. i IV. zanotowaliśmy 11 przyp. takich, które w kilka miesięcy po naświetlaniu przedstawiały się bardzo korzystnie, tak że można było uważać je za zupełnie wyleczone. Z powodu zbyt krótkiej kontroli nie są one jednak wliczone do przypadków wyleczonych.

Wyniki poszczególnych grup przedstawiają się w odsetkach następująco:

A. **Wyleczenie** (w znaczenin wyżej podanem):

I. grupa — 62·6 %,
II. » — 58·33%,
III. » — 25·92%,
IV. » — 5·26%.

B. **Doraźny wynik dobry**:

I. grupa — 87·5 %,
II. » — 91·66%,
III. » — 88·88%,
IV. » — 85·96%.

Brak doraźnego wyniku stwierdziliśmy w przypadkach:

grupy I. — w 12·5 %,
» II. — w 8·33%,
» III. — w 7·04%,
» IV. — w 14·03%.

Licząc razem przypadki grupy I. i II., to na 20 przypadków obu tych grup, uzyskaliśmy wyleczenie w 12 przyp., co czyni 60 %. U 2 chorych wynik był ujemy, co wynosi 10%, wreszcie u 4 chorych mimo dobrego pierwotnego wyniku przyszło do nawrotu, co równa się 20%.

Te obie grupy przypadków nie przedstawiają dla nas większego zainteresowania. Zasadniczo bowiem przypadki te operujemy. To tłumaczy tak małą ich liczbę, nie pozwalającą również na wysnuwanie daleko idących wniosków.

Bardziej interesujące są wyniki, jakie uzyskaliśmy w przypadkach grupy III. i IV. Są to, jak wiadomo, przypadki, wobec których byliśmy dotychczas niemal, że bezradni bo nie mieliśmy na nie żadnego środka leczniczego. Biorąc razem przypadki obu tych grup, to na 84 przypadków uzyskaliśmy wyleczenie, stwierdzone w czasie od 1 do $3^1/_2$ lat, w 9-ciu przyp., co wynosi 10·71%. Wyleczenie to pojmujemy naturalnie jako kliniczne, a nie anatomiczne, i jak dotąd czasowe. U wszystkich tych chorych krwawienie i odchody ustały zupełnie, chore te przybierały na wadze, czuły się dobrze i zdolne były do pracy. Przedmiotowo ostatnie badanie stwierdziło u nich w miejscu pierwotnego ogniska rakowego mnij lub więcej rozległe pozaciągane blizny i bliznowate zaciągnięte przymacicza.

U 74-ch chorych obu tych grup t. j. 88·09% przyp. nastąpiła tak znaczna poprawa po naświetlaniu, że doraźny wynik uważać należało za zupełnie zadowalający. Wyniki te, uważać należy za bardzo dobre, gdyż nie da się zaprzeczyć, że nie możnaby ich absolutnie uzyskać żadnym innym sposobem w przypadkach tak daleko posuniętego raka macicy. Stwierdzenie tego faktu upewniło nas w dotychczasowem przekonaniu, że p r z y p a d k i r a k a m a c i c y n i e n a d a j ą c e s i ę d o o p e r a c j i w i n n e b y ć s t a n o w c z o n a ś w i e t l a n e.

Co się tyczy przypadków n a d a j ą c y c h s i ę d o o p e r a c j i to i nadal stoimy na stanowisku, że przypadki t e w i n n e b y ć o p e r o w a n e. Wprawdzie w przypadkach tych licząc grupę I. i II. razem bezpośredni dobry wynik był w 18-tu przyp. (= 90%), atoli w 4-ch przypadkach (=20%) z tych przypadków przyszło do nawrotu. Wprawdzie odsetek wyleczenia obu tych grup wynosi 60% (12 na 20), jednak nie wolno zapominać, że czas spostrzeżenia tych chorych wynosi zaledwie 1 do $3^1/_2$ lat, a więc jest za krótki, by wynik wolno było uważać za trwały. Wreszcie i to należy podnieść, że wyniki operacyjne, zwłaszcza w przypadkach grupy I. z pewnością nie byłyby gorsze, a kto wie, czy nie lepsze.

Rzecz naturalna, że odsetki dotyczące chorych wyleczonych i tych, u których później przyszło do nawrotu, jakoteż zmarłych, nie mogą być ścisłe. Na 104 chorych, do których wysłano kwestjonarjusz z prośbą o odpowiedź, nie odpowiedziało 42 tj. 40·38%. Nie ulega wątpliwości, że u wielu z tych chorych przyszło później do nawrotu i że wiele z nich później zmarło. To też odsetek tych przypadków w rzeczywistości przedstawiałby się znacznie gorzej, gdyby los tych chorych był nam wiadomy. Uderzającem jest n. p., że w grupie III. nie zanotowaliśmy ani jednego przypadku śmierci. Jest to czysty zbieg okoliczności powstały wskutek tego, że właśnie te chore, względnie ich rodziny nie odpowiedziały na nasz kwestjonarjusz. Nie ulega wątpliwości, że wiele z tych chorych zmarło po pewnym czasie.

Daleko ważniejsze atoli mają znaczenie wyniki dotyczące uzyskania doraźnego dobrego wyniku i wyleczenia. I tutaj znowu wyniki te, dotyczące przypadków grupy I. i II. są mniej zajmujące. Jak wyżej wspomnieliśmy przypadki te zasadniczo operujemy i na razie nie mamy powodu zmieniać naszego stanowiska w tym kierunku. Wprawdzie wyleczenie w 60% przypadków zdawałoby się przemawiać na korzyść naświetlania, lecz wobec krótkiego czasu spostrzeżenia, nie uważamy za stosowne wynikiem tych się zachwycać, zwłaszcza wobec tak małej liczby przypadków.

Natomiast godne są uwagi, nad którymi nie można przejść do porządku dziennego, wyniki w przypadkach grupy III. i IV. Doraźny dobry wynik uzyskaliśmy w przeszło 88% przyp. Jeśli się zważy, jakiego rodzaju są to przyp., to przyznać się musi, że wyniki te uważać należy za bardzo dobre. O dalszych losach wielu z tych chorych nic nam nie wiadomo, gdyż 38 z pośród nich nie odpowiedziało na nasz kwestjonarjusz. Atoli okoliczność, że 9 z pośród chorych tych obu grup, t. j. prawie 11% do $3^1/_2$ lat żyje i zdolne są do pracy i czują się nieźle — przemawia bardzo silnie za wielką wartością naświetlenia podobnych przypadków — wobec których dotąd byliśmy, jak już wspomniano, prawie bezradni.

Co się tyczy sposobu naświetlania, to stosowaliśmy metodę S e i t z a i W i n t z a, zmodyfikowaną w sposób na wstępie podany.

Z pośród powyżej przedstawionych przypadków w 21 zastosowaliśmy oprócz Roentgena naświetlanie radem. Stosowaliśmy 50 mg. radu, który zakładaliśmy do pochwy na 60 godzin w odstępach kilkudniowych po każdych 24 godzinach. Miało to miejsce dopiero w ostatnich 6 miesiącach. Zbyt krótki czas nie pozwala na wyciąganie jakichkolwiek wniosków. Atoli już dzisiaj możemy stwierdzić, że w przypadkach naświetlanych równocześnie Roentgenem i radem o ile wynik doraźny był dobry, — to działo się to daleko szybciej, aniżeli w przypadkach naświetlanych tylko promieniami Roentgena. Uderzającem było, jak w przypadkach tych nie tylko krwawienie, ale zwłaszcza brudne, cuchnące odchody znikały szybko, tak, że na sali, gdzie te chore leżały, prawie zupełnie odchodów tych czuć nie było, podczas gdy dawniej, kiedy naświetlaliśmy tylko promieniami Roentgena, dłuższy pobyt na tej sali stawał się nieznośny z powodu silnego odoru cuchnących odchodów.

U 2 chorych tej kategorji stwierdziliśmy w jakiś czas po radzie martwicę pochwy, która dotąd się utrzymuje. Niewiadomo, czy nie przyjdzie do powstania przetoki.

W przypadkach raka trzonu zakładaliśmy pierwotnie rad do szyji macicy. W jednym przyp. u osoby 68 letniej naświetlanym Roentgenem przed 15 mies., po 8 mies. wystąpiły znowu odchody czerwone. Po radzie rychło to ustało

i osoba ta dotąd ma się bardzo dobrze. W drugim przypadku w 24 godz. po założeniu radu do szyji macicy wystąpiły silne bóle w dolnej części brzucha, podwyższenie ciepłoty, dreszcze i wybitne objawy otrzewnowe. Osoba ta zmarła na zapalenie otrzewnej. Po tem smutnem doświadczeniu w przypadkach raka trzonu nie zakładamy już radu do szyji macicy, lecz tylko do pochwy.

Tak samo w przypadkach raka szyji zakładamy nabój radjowy tylko do pochwy w ten sposób, by przylegał ściśle do ogniska nowotworowego, a naokoło niego zakładamy do pochwy gazę, która ustala cały nabój i nie pozwala na przesunięcie się tegoż.

Oprócz powyższych 104 przyp. raka macicy stosowaliśmy naświetlanie w jednym przyp. raka cewki moczowej, w 2 przyp. raka sromu, 2 przyp. raka pochwy i w 3 przyp. nawrotu po operacji. Przypadki nawrotu naświetlane były Roentgenem i radem. W 2-ch z nich wynik doraźny jest bardzo dobry, w jednym nie było żadnego wyniku. W przypadku raka cewki naświetlanie promieniami Roentgena nie dało żadnego wyniku. Tak samo nie mogliśmy stwierdzić żadnej poprawy w obu przypadkach raka sromu, z których jeden naświetlany był Roentgenem, a drugi Roentgenem i radem. Wreszcie przy raku pochwy okazał się Roentgen w obu przypadkach zupełnie bezskuteczny i dopiero po radzie mogliśmy stwierdzić w jednym przypadku bardzo wyraźną poprawę.

Dr. Maksymiljan SEIDLER, asystent kliniki. Lwów.

Przyczyny i leczenie krwawień macicznych

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Doc. Dr. K. Bocheński.

Różnorodność przyczyn krwawień macicznych stawia nas często przed faktem niepewnego wyniku leczniczego — mimo wyczerpania naszych środków farmaceutycznych i mimo zastosowania skrobanki, z powodu zbyt schematycznego i szablonowego ich stosowania. Bez głębokiej analizy i indywidualnego traktowania każdego przypadku, musi być nasze leczenie problematyczne. Uciekanie się zbyt częste do skrobanki nie jest słuszne. Może być ona wytłumaczoną wówczas gdy leczenie farmaceutyczne i fizykalne zawiodło, gdy jesteśmy pewni lub domyślamy się przyczyny krwawienia w *endometrium* (błonie śluzowej) lub gdy skrobanka jest nam potrzebną da celów rozpoznawczych. Tylko na podstawie ścisłych, dokładnych wywiadów i dokładnego poznania tak ogólnego, jak i miejscowego stanu przedmiotowego, możemy wykryć tło i genezę nieprawidłowych krwawień macicznych i co zatem idzie, zastosować skuteczne leczenie.

Zanim przystąpię do właściwego tematu, pozwolę sobie przypomnieć podział i terminologję krwawień macicznych, za podstawę których przyjmujemy typowe, cykliczne krwawienie miesiączkowe.

Monorrhagią nazywamy cykliczne krwawienie zachowujące swój okresowy typ, nieraz niejasny lecz dający wykazać się — przekraczający jednak normę tak co do nasilenia, jak i czasu trwania krwawienia. Okresowością występowania, siłą i czasem trwania krwawienia różni się więc od typowej miesiączki czyli t. zw. *Eumenorrhoe* Seitz,a. Zależnie od powyższych cech rozróżniamy: *Oligo* — (mały) względnie według Seitz'a *Opso-menorrhoe* (*opso* = zapóźno) i w przeciwieństwie *Poly* (*polys* = duży) według Seitz'a *Proiomenorrhoe* (zawczesny) Wreszcie *Hypo-* i *Hypermenorrhoe* względnie *Menorrhagia.*

Metrorrhagia cechuje się natomiast atypowemi krwawieniami — wykazującemi ostrą granicę od cyklicznego krwawienia miesiączkowego — zależnego od owulacji. Rozpoznanie i leczenie tych ostatnich krwawień zwykle nie napotyka na wielkie trudności, gdyż przyczyny ich znajdziemy prawie zawsze w przedmiotowem stanie narządu rodnego. Przyczyny te bowiem są natury miejscowej a źródłem ich zmiany anatomiczne narządu rodnego. Zaburzenia ciąży i połogu, zmiany zapalne, przydatków, mięśnia macicznego i błony śluzowej (*lues*, skleroza) owrzodzenia ujścia zewnętrznego, a dobrotliwe i złośliwe nowotwory narządu rodnego — to są najważniejsze i najczęstsze przyczyny *Metrorrhagji*. Obraz atypowych krwawień daje nam także t. zw. *Metropathia haemorrhagica* uważana przez niektórych autorów za jednostkę chorobową. Źródła jednak tego schorzenia nie należy dopatrywać się według badań Pankowa i R. Schrödera i innych, ani w zmianach anatomicznych macicy (mięśnia macicznego czy to naczyń) ani w zmianach anatom. jajników *(Degeneratio cystica)* jak to sądzono dawniej, lecz w zmianach czysto czynnościowych. Do tej sprawy powrócimy jeszcze później.

Wracając do leczenia krwawień atypowych — *metrorrhagia* — podkreślić muszę, że wobec przyczyn, polegających na zmianach anatomicznych narządu rodnego — leczenie to może być skuteczne i radykalne, tem więcej, że wykrycie przyczyn na podstawie ścisłego badania, nie napotyka zwykle na większe trudności.

Menorrhagia, jak już wspomniałem wyżej, nazywamy cykliczne krwawienia, przekraczając tak co do czasu występowania, jak i ilości normę zwykłej miesiączki. Pojęcia przyczynowe tych krwawień uległy w ostatnich 25-ciu latach znacznym zmianom. Z poznaniem cyklicznych zmian w błonie śluzowej macicy, zależnych czy to od dojrzewającego pęcherzyka, czy to komórki jajowej, lub ciałka żółtego — czy od wszystkich razem, a to dzięki Hitschmannowi, Adlerowi, R. Meyerowi i R. Schröderowi — upadły poprzednie zapatrywania, dopatrujące się przyczyny tych krwawień w zmianach zapalnych błony śluzowej macicy. Dzięki badaniom powyższych autorów — obrazy histologiczne błony śluzowej macicy określane jako *»endomentritis glandularis — hyperplastica«* lub *»hypertrophica«* — uważamy obecnie za różne okresy prawidłowego, fizjologicznego cyklu menstruacyjnego. Zmiany zapalne, polegające prawie zawsze na zakażeniu bakteryjnem i charakteryzujące się silnem nacieczeniem leukocytarnem (w stanach ostrych) lub limfocytarnem i komórkami plazmatycznemi (w stanach chronicznych) tkanki śródmiąższowej *(interstitium)* w rzeczywistości znajdujemy bardzo rzadko.

Gdy i w mięśniu macicznym (*metritis* — Scanzoni'ego) ani w naczyniach macicznych nie znaleziono zmian, mogących usprawiedliwić nieprawidłowe krwawienie miesiączkowe (Pankow, Beutner) — zwrócono wówczas uwagę na jajnik. Po doświadczeniach Schickele'go, Aschnera, Fellnera, Hermana, J. Freunda i innych zdawało się, że znaleziono przyczynę tych t. zw. »jajnikowych krwawień« *(Ovarielle Blutungen)* w zaburzeniu wydzielniczej funkcji jajnika, względnie ciałka żółtego. Zależnie od ilości wytwarzanych (substancji) ciał rozszerzających naczynia krwionośne i hamujących krzepliwość krwi — występują słabsze lub silniejsze krwawienia miesiączkowe.

Wykazane przez Schickele'go własności substancyj jajnikowych nie są swoiste. Możemy tylko we formie przypuszczenia wypowiedzieć zdanie, że silne krwawienia miesiączkowe są wyrazem nadmiernej czynności jajników. Droga do zrozumienia nieprawidłowych krwawień miesiączkowych jest bardzo powikłaną; dokładna analiza, dokładne wywiady odnośnie do typu miesiączkowego, dokładny ogólny i miejscowy stan przedmiotowy — mogą nam dany przypadek wyjaśnić. Nieprawidłowości miesiączkowe są dla nas wskaźnikiem zaburzeń wielu systemów narządów tylko i kliniczne spostrzeżenia, z posługiwaniem się medycyną wewnętrzną, mogą nam w rozpoznaniu i leczeniu przyjść z pomocą.

Że zaburzenia w okresowości zmian w ciałku żółtem (1. okres przekrwienia, 2. unaczynienia, 3. dojrzałości, 4. zmian wstecznych) i związanych z niemi zmian cyklicznych błony śluzowej macicy (1. proliferacji, 2. sekrecji, 3. deskwamacji, 4. regeneracji) są czynnikiem najważniejszym, wywołującym nieprawidłowe krwawienia miesiączkowe, jest rzeczą łatwo zrozumiałą. Przyczyny jednak zaburzeń tego cyklicznego procesu pozostają dla nas często zagadką. Dla zrozumienia nieprawidłowych krwawień — jest zasadniczą rzeczą zrozumienie typowego krwawienia miesiączkowego. Otóż krwawienie to nie jest następstwem nadmiernego przekrwienia wskutek rozszerzenia naczyń i krwawieniem *»per diapedesim«*, z zachowaniem tkanki, ale polega na złuszczeniu się warstwy

czynnościowej błony śluzowej macicy i pęknięciu naczyń, na granicy pozostającej bez zmian warstwy podstawowej. W ten sposób powstaje powierzchnia krwawiąca w macicy — krew wydobywa się z otwartych naczyń krwionośnych, dopóki nie nastąpi skurcz mięśnia macicznego i zaciśnięcie naczyń krwionośnych. Nadmienić muszę, że anatomiczne warunki (przebieg naczyń krwionośnych i ułożenie włókienek mięsnych macicy) są korzystne dla szybkiego wstrzymania krwawienia miesiączkowego — dopóki nie nastąpi regeneracja błony śluzowej. Nasilenie krwawienia miesiączkowego i czas jego trwania, będą zależały od przekrwienia narządu rodnego i sprawności mięśnia macicznego.

Przekrwienie może być czynne (np. w następstwie procesu owulacyjnego, nadużyć płciowych i procesów zapalnych narządu rodnego i otoczenia); przekrwienie bierne występuje w związku z zaburzeniami narządu krążenia (choroby serca, zwapnienie tętnic, choroby płuc i nerek), ze zmianami położenia macicy *(retroflexio, descensus, enteroptosis)* w następstwie guzów w miednicy (włókniaki, torbiele jajnikowe i. t. d.) utrudniających odpływ krwi w miednicy. Zaburzenia psychiczne mogą również wywołać zmiany w systemie krążenia (przekrwienie w obszarze *n. splanchnicus)*, a tem samem wpływać na miesiączkę w znaczeniu dodatniem lub ujemnem. Można je również tłumaczyć procesami wewnątrzwydzielniczemi. Rola śród-mózgowia które jest siedzibą wrażeń psychicznych a z drugiej strony wraz z przysadką odżywczo-wygetatywnym ośrodkiem dla narządu rodnego, a w szczególności jajnika, pozwala przyjąć, że psychiczne podniety mogą wywołać zaburzenia miesiączkowe. Co się tyczy hemofilji — to niesłusznie bywa ona uważana za przyczynę ciężkich krwawień miesiączkowych, gdyż na ogół nie spotykamy jej u kobiet (Bauer, Wehefritz). Nie należy wreszcie pominąć milczeniem stosunku trombocytów do menoragji. Bezwzględnie spadek ilości trombocytów może doprowadzić do krwotoków miesiączkowych, z powodu zmniejszenia krzepliwości krwi lub przeciwnie zbyt silne krwawienie miesiączkowe może wywołać »*diathesis haemorrhagica*» z znacznym spadkiem ilości trombocytów *(menorrhagia thrombopenica* — Halbana). Przypadek podobny dotyczący pierwiaski 19-sto letniej, o typie astenicznym miałem sposobność spostrzegać w klinice położniczej lwowskiej, który po 3-ch dniach leczenia na klinice wewnętrznej skończył się śmiercią. Przypadek Halbana został wyleczony przez wycięcie śledziony.

Prócz przekrwienia, ilość krwi i czas trwania miesiączki zależą od sprawności mięśnia macicznego — a może być ona upośledzoną, w następstwie porodu, nieprawidłowego połogu, z powodu zrostów otrzewnowych po przebytych stanach zapalnych, z powodu »metrycznych« zmian ale tylko u osób, które rodziły *(metritis chronica)* wreszcie z powodu włókniaków i to przeważnie wśródściennych.

Pierwotny słaby »*tonus*« mięśnia macicznego spotykamy n osób astenicznych i z niedorozwojem macicy z powodu pierwotnej niedomogi jajników lub wtórnego osłabienia tychże. Od przyczyn powyższych zależy intenzywność i czas trwania nieprawidłowych krwawień, związanych jednak z cyklem miesiączkowym. Okresowość jednak występowania krwawienia miesiączkowego zależy od okresu i czasu dojrzewania komórki jajowej i czynności ciałka żółtego, a więc od jajnika. Istnieje ścisła zależność błony śluzowej macicy od jajnika, a zmiany w bł. śluz. są niejako niewolniczo związane z podnietami pochodzącemi od jajnika i służą jako rozpoznawczy wskaźnik prawidłowej czy też nieprawidłowej czynności jajników. Samodzielne bujania bł. śluzowej zdarzają się jedynie przy nowotworach z tejże wychodzących i jako odczyny obronne przy zapaleniach.

Krwawienia nieregularne miesiączkowe należy tłumaczyć więc zaburzeniem w okresowości i czasie dojrzewania komórki jajowej, w długości życia tej komórki i istnienia ciałka żółtego w okresie dojrzałości a w następstwie tego zaburzeniami w okresowości zmian cyklicznych bł. śluzowej. (Czas dojrzewania komórki jajowej się skraca, albo życie tejże, albo te są normalne, jak przy 4-ro tygodniowym typie miesiączkowym, a tylko okres wydzielniczy bł. śluzowej skraca się do połowy z 14-tu do 7-dmiu dni).

Wymienione zaburzenia zdarzają się przy pierwotnej niedomodze jajników — która jest objawem ogólnego infantylizmu *(Pubertätsblutungen)*, czego następstwem jest również niedorozwój macicy i niesprawność mięśnia macicznego lub przy wyczerpaniu jajników w okresie klimakterjum (klimakteryczne krwawienia). Wtórne osłabienie jajników powodują schorzenia ogólne (blednica, niedokrwistość, gruźlica, choroby zakaźne, stany wyczerpania fizycznego i psychicznego, przewlekłe zatrucia, ostre i podostre zapalenia jajników i t. d. Nieprawidłowości w całym systemie gruczołów dokrewnych będących we wzajemnej korelacji — znajdują swój wyraz również w nieprawidłowej czynności jajników.

Po określeniu dwóch rodzajów krwawień tj. cyklicznych i niecyklicznych, należałoby jeszcze wspomnieć o grupie krwawień nietypowych, w których daje się jednak rozróżnić jeszcze cykl miesiączkowy — co możemy stwierdzić badaniem drobnowidowem bł. śluzowej, uzyskanej zapomocą skrobanki. Tu należą krwawienia przed i po miesiączkowe i w czasie owulacji. Przyczynę ich znajdziemy zwykle w zmianach anatomicznych *(polip, sa, ca, myoma, erosio* i t. d.) lub nieprawidłowem położeniu narządu rodnego (tyłozgięcie, *descensus)* w przekrwieniu miednicy i zwiotczeniu mięśnia macicznego. W regeneracji bł. śluzowej mogą zaburzenia tejże w krwawieniach po miesiączkowych odgrywać ważną rolę (Pankow).

Krwawienia w czasie owulacji wywołane są prawdopodobnie podrażnieniem naczynioruchowem przez pęknięcie pęcherzyka, a pochodzą niekoniecznie z błony śluzowej ciała macicy, lecz szyjki, owrzodzeń ujścia zewnętrznego i pochwy. Nie przychodzi jednak do złuszczenia się bł. śluzowej jak przy miesiączce, — lecz są to krwawienia »*per diapedesim*«.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje t. zw. »*metropathia haemorrhagica*«, nazwa wprowadzona przez Aschoff'a i Pankowa, — a identyczne schorzenia z obrazem określanego dawniej jako *endometritis fungosa* (Olshausen, Brenecke i i inni). Według Pankowa schorzenie to nie polega na zmianach zapalnych w *myo-* i *endometrium* (Scanzoni, Fritsch), ani na zmianach anatomicznych jajników *(degeneratio cystica* Kaji, Veit, Theilhaber, Aschner), lecz na zmianach czynnościowych tychże, względnie na zaburzeniu równowagi w całym systemie gruczołów dokrewnych. R. Schröder upatruje przyczynę tej jednostki chorobowej w nieprawidłowej czynności jajników, polegającej na zatrzymaniu w stanie dojrzałym pęcherzyka *(Follikelpersistenz)* i w związku z tem nadmiernego bujania bł. śluzowej. Do pęknięcia dojrzałego pęcherzyka nie przychodzi, a co zatem idzie, do wytworzenia się ciałka żółtego — wywierającego wpływ hamujący na miesiączkę. Pęcherzyki dojrzałe mogą ulegać zanikowi bez pęknięcia i bez przejścia w ciałko żółte (R. Meyer), po kolei dojrzewają coraz to nowe pęcherzyki, również nie pękając a krwawienie się utrzymuje bez przerwy. *Metropathia haemorrhagica* musimy więc zaliczyć do atypowych krwawień — jakkolwiek w zależności od czynności jajników. Częstość występowania tegoż schorzenia spotykamy w 82—84% u kobiet między 40 a 50 rokiem życia. Ze względu na wiek występowania dzielimy je na: »*Metropathia haemorrhagica iuvenilis et climacterica*«, obraz zaś histologiczny bł. śluzowej wyrażony jest w rozpoznaniu: »*hyperplasia glandularis cystica*«.

Przystępując do omawiania leczenia nieregularnych krwawień miesiączkowych, na podstawie wyżej przytoczonych szczegółów, powinniśmy kierować się w każdym poszczególnym przypadku następującemi zasadami:

1. Dokładną analizę patogenetyczną, w celu wyszukania określonych przyczyn, względnie czynnościowych zaburzeń,

2. na podstawie powyższych danych zastosować przyczynowe leczenie.

W przypadkach, w których stwierdzenie przyczyny jest niemożliwe pozostaje nam tylko leczenie objawowe, którem możemy skutecznie zadziałać co do nasilenia i czasu trwania krwawienia, lecz daleko trudniej jest wpłynąć korzystnie na okresowość krwawień, w kierunku prawidłowym.

Jeżeli chodzi o zmniejszenie nasilenia krwawienia i czasu jego trwania, to dbać musimy o zmniejszenie przekrwienia czynnego i biernego w miednicy — posługując się środkami farmaceutycznemi i leczeniem fizykalnem. Sprawność mięśnia macicznego możemy wzmocnić preparatami nań działającemi. Wyciągiem jajnikowym (*Glandol, Corpus luteum, opton, sistomensin* itd.) posiadającym własności hamujące krwawienie (Fellner, Izovesko, Herman, Freund), nie można przypisywać swoistego działania (K ö h l e r, E s c h, Z o n d e k), gdyż i wyciągi innych narządów jak wątroby, nerki, śledziony wykazują te same własności. Wspomnieć należy jeszcze o próbnem stosowaniu surowicy (10—40 ccm. B u s s e), w czem B e r m a n (wywołanie wstrząsu anafilaktycznego) widzi działanie lecznicze. E s c h poleca przetwory białkowe (*aolan*) wprowadzane do ustroju drogą pozajelitową. Najskuteczniej działają przetwory przysadki mózgowej (*Pituglandol, Hypophisin* itd.) wywołują one bowiem skurcz mięśnia macicznego, zwężają naczynia krwionośne macicy i jajników i ograniczają wewnętrzne ich wydzielanie. *Tampospuman, suprarenina, stypticyna, ferripyrina, phenacon, acidum tartaricum* i *natrium bicarbonicum*, posiadają działanie zwężające naczynia krwionośne lub wzmagające krzepliwość krwi.

Leczenie nieprawidłowej okresowości krwawień, będącej następstwem niesprawności (niedomogi) jajnikowej — będzie polegało na wzmożeniu czynności jajników, względnie na usunięciu zaburzeń równowagi w systemie gruczołów. Wchodzą tutaj w rachubę:

1. naprawa warunków życiowych, ogólnego stanu,
2. zabiegi wywołujące miejscowe przekrwienie np. gorące natryski pochwowe, diatermja itd.,
3. proteinoterapja w znaczeniu nieswoistego bodźca,
4. wreszcie zabiegi wśródmaciczne:

a) wstrzykiwania przyżegających płynów (karbolalkoholu, formaliny, jodyny); mają one jednak być uważane jedynie za bodźce lokalne, wpływające na kurczliwość mięśnia macicznego, gdyż nieistniejącej już warstwy czynnościowej, która uległa złuszczeniu — nie potrzeba dopiero niszczyć,

b) skrobanka, która nie może być uważaną za zabieg leczniczy w znaczeniu usunięcia pierwotnej przyczyny chorobowej, gdyż ta w myśl przyjętych zasad nie znajduje się w *endometrium*; działa ona raczej jako uraz na macicę i jajniki, wywołując przekrwienie.

Naświetlanie jajników promieniami Roentgena małemi dawkami (36% H. E. D.) w znaczeniu pobudzającem, z powodu niedostatecznej czynności tychże, — co zdaniem G e l l e r a z kliniki Fränkla, który badał jajniki drobnowidowo po naświetlaniu, nie jest słusznem. Nigdy bowiem nie stwierdził nowych pęcherzyków dojrzewających po naświetlaniu — a działania należy się raczej dopatrywać w zniszczeniu pęcherzyków, utrzymujących się za długo w okresie dojrzałości (*Follikelpersistenz*). Analogji w proteinoterapji i naświetlaniu temi małemi dawkami dopatruje się M. F r ä n k l, K a z n e l s o n i L o r a n t.

Naświetlanie śledziony w celu zmniejszenia krwotoków miąższowych, znalazło również zastosowanie w ginekologji (Vogt, Eufinger, Wolmershäuser, Zweifel, Sippel, Hornung). Zwiększa ono krzepliwość krwi przez rozpad trombocytów i działa pobudzająco (*Reiztherapie*), a na okresowość krwawień wpływa jednak niewiele. Gdy powyższe środki zawiodą, musimy uciec się do radykalnych zabiegów j. n. p. zmniejszenie bł. śluzowej macicy przez wycięcie klinowe w ciele macicy lub nadpochwowe odcięcie, połowicza kastracja jajników zapomocą prom. Roentgena (P a p é, M a n s f e l d); nie wydaje się to jednak słusznem, o ile stoimy na stanowisku R. S c h r ö d e r a, że przyczyny nieprawidłowych krwawień miesiączkowych leżą nie we wzmożonej czynności, lecz w niedomodze jajnikowej. Jako ostateczność pozostaje nam zupełna kastracja roentgenologiczna, którą powinniśmy jednak stosować w wieku późniejszym (po 40 r.), a zwłaszcza w okresie klimakterjum.

Podobnemi środkami jak wyżej wspomniałem, posługujemy się również w leczeniu metropatji krwotocznej, zależnie jednak od tego, czy mamy do czynienia z odmianą *iuvenilis*, czy *climacterica*. Zniszczenie pęcherzyka, pozostającego ponad normę długo w okresie dojrzałości, udaje się niekiedy zapomocą skrobanki, przez co zmieniają się stosunki odżywcze w jajniku, lub w narkozie przez ucisk, niszczymy dojrzałe pęcherzyki.

Należałoby jeszcze zwrócić szczególniejszą uwagę, że badanie układu nerw. wegetatywnego w poszczególnym przypadku monoragji może znacznie ułatwić leczenie, albowiem *tonus* i pobudliwość mięśnia macicznego pozostają bezwątpienia pod wpływem tegoż układu. Wagotonja jest też niekiedy przyczyną obfitych krwawień miesiączkowych, a leczenie suggestywne daje w takich przypadkach bardzo dobry wynik. (Udzielenie bodźców psychicznych podrażniających układ współczulny — czego następstwem są silne skurcze macicy).

Jak z powyższego wynika różnorodność sposobów i środków leczniczych stosowanych przy nieregularnych krwawieniach miesiączkowych, świadczy tylko o ich niepewnem działaniu. Z doświadczeń S t i c k l a i Z o n d e k a wynika, że wyciągi narządów wzgl. gruczołów dokrewnych posiadają własności hamujące krwawienie, jednak o swoistem działaniu mowy być nie może. Najlepsze wyniki osiągnęli powyżsi autorowie wstrzykiwaniem wyciągu przysadki i jądra. Wyciągowi jądra zdaniem ich nie można przypisać ogólnego działania wewnątrzwydzielniczego w ustroju kobiecym, lecz tylko działanie przypisane proteinoterapji. (Aktywowanie protoplazmy— podniesienie ogólnej sprawności ustroju).

Skuteczne działania wapnia na krzepliwość krwi i pobudliwość wegetatywnego syst. nerw. — nasunęło myśl S t i c k e l o w i i Z o n d e k o w i wprowadzenia do lecznictwa kombinacji tych trzech środków równocześnie — dożylnie. Przetwór zawierający wymienione składniki nosi nazwę »*Calcophysiny*«. W przypadkach nieprawidłowych krwawień, nie może zastąpić on całego lecznictwa w ogólności, jeżeli jednak chodzi o uzyskanie wyniku doraźnego — to przetwór ten trafił nam do przekonania — ze względu na swoje składniki. To też dla przekonania się o jego skuteczności podjęliśmy z nim doświadczenia na klinice ginekol. lwowskiej w październiku 1924 r. a więc jeszcze przed ukazaniem się prac L o r e n z a i L e o n a. Materjał nasz obejmuje 47 przypadków, z tego jeden odpada, gdyż po pierwszem wstrzyknięciu chora więcej się nie zgłosiła. Stosowaliśmy wstrzykiwania tak w przypadkach m e n o- jak i m e t r o r a g j i.

Pierwszą grupę krwawień t. z. związaną z cyklem miesiączkowym podzieliliśmy na krwawienia:

1. dziewczęce (*juvenile*) t. z. w okresie pokwitania.
2. na tle zmian zapalnych przydatków macicy,
3. klimakteryczne.

Ze względu na uboczne objawy towarzyszące wstrzyknięciu, a polegające na działaniu na układ współczulny (zaburzenia równowagi syst. naczyń) pod postacią gorąca, trwogi, bicia serca, przyśpieszenia tętna — należy robić je zawsze powoli i w pozycji leżącej. Wstrzykiwać je należy również ściśle i dokładnie do żyły, gdyż kilka kropli przetworu wstrzykniętych w tkankę podskórną wywołuje bolesne nacieki tejże, a nawet i martwicę. W kilku przypadkach z powodu chwilowego braku kalkofizyny, wstrzykiwaliśmy 5 ccm. 10% roztw. chlorku wapnia wraz z 1 ccm. »*Hypophysid*« Klawego. W przypadkach tych było jednak działanie daleko słabsze, aniżeli po kalkofizynie.

Pierwsza grupa obejmowała 4 ry przypadki, przyczem zaznaczyć muszę, że stan narządu rodnego nie wykazywał żadnych zmian, — i w tych przypadkach osiągnęliśmy najlepsze wyniki. W dwu przypadkach już jedno wstrzyknięcie wystarczyło, by bardzo obfite krwawienie miesiączkowe zupełnie ustało, a utrzymywał się tylko ślad plam różowych przez dwa dni. W dwu pozostałych skutek osiągnęliśmy po 3-ch wstrzyknięciach — codziennie po sobie następujących (pierwszego dnia 3 ccm, drugiego i trzeciego po 5 ccm.). Druga grupa, dotycząca krwawień nieregularnych miesiączkowych na tle przewlekłych i podostrych zapaleń przydatków macicy, obejmuje 20 przypadków dotyczących osób między 25—40 rokiem życia. W tem stwierdzono prócz wyraźnych zmian przydatków, 2 razy guzy przydatków zapalne w wy-

sięku, 1 raz gruźlicze zapalenie chroniczne otrzewnej z zajęciem swoistem narządu rodnego u dziewicy 22-letniej, 4 razy tyłozgięcie macicy w zrostach — z wyraźnemi śladami przebytego zapalenia przymacicza tylnego. Z wyjątkiem 4-ch powyższych przypadków tyłozgięcia macicy i 2-ch przypadków guzów przydatków, wyniki naogół były bardzo dobre. W dwu przypadkach tyłozgięcia macicy po zastosowaniu 2-giej serji t. z. 8-mego wstrzyknięcia, krwawienie ustało zupełnie, biorąc jednak rzecz ściśle krytycznie, nie można tego wyniku odnieść wyłącznie do działania kalkofizyny. Mogło bowiem ono ustać już wtedy samoistnie.

Nasilenie i czas trwania krwawienia znacznie malały w porównaniu do poprzednich okresów miesiączkowych, z 8 miu a nawet i 14-tu dni trwania, miesiączka skracała się do 4-ch dni — ilość krwi zaś, według zapodań chorych była bez porównania mniejsza. Zwykle wystarczały 3 wstrzyknięcia dziennie po sobie następujące w ilości 3 ccm. — do zupełnego ustania krwawienia. Jeżeli zaś nie było wyniku, zwiększaliśmy dawki do 5 ccm., którą dwukrotnie powtarzaliśmy. Tem wyraźniej można było zaobserwować dodatni skutek tego środka w przypadkach leczonych poprzednio przetworami sporyszowemi (*secacornin, gynergen*) itd.). Prócz wymienionych objawów ubocznych polegających na uczuciu gorąca, i biciu serca itd. które także dały się zredukować do minimum przy powolnem wlewaniu w pozycji leżącej, ujemnych następstw nie zauważono. Oprócz nieznacznego podwyższenia ciepłoty w jednym przypadku do 37·6⁰ zaostrzenia się sprawy zapalnej w przydatkach macicy nigdy nie zauważyliśmy.

Samoistną niejako grupę stanowią 3 przypadki — nie wykazujące żadnych zmian anatomicznych w narządzie rodnym, prócz lekkiego niedorozwoju. Dotyczą one dwóch pierwiastek (24 i 26 letnich), które z powodu silnego urazu fizycznego dostały silnego krwotoku przy zbliżającym się perjodzie. Po przyjęciu na klinikę i jedynem wstrzyknięciu kalkofizyny, krwawienie zupełnie ustało. W 3-cim przypadku u wieloródki (lat 28) po porodzie odbytym 28. II. 1924 r. i skończonym połogu, wystąpiły obfite miesiączki co 4 tyg. 7 dni trwające. Od grudnia 1924 r. krwawienia powtarzające się co 2 tyg. , zgłasza się 19. II. 1925 r. z tem, że od 8. II. do tej pory krwawi. Gdy przetwory sporyszowe okazały się bezskuteczne, wstrzyknięto 24. II. i 25. II. po 3 ccm. kalkofizyny — poczem krwawienie zupełnie ustało. Następny perjod nastąpił 12. VII. trwał 4 dni, dość silny. Te wyniki mogą być dowodem klasycznym, skuteczności tego środka.

Przypadki powyższe spostrzegaliśmy ściśle, przynajmniej przez 2 okresy miesiączkowe i przekonaliśmy się, że perjody przebiegały prawidłowo tak co do czasu, jak i nasilenia. W ostatniej grupie krwawień tz. klimakterycznych, spostrzegliśmy 9 przypadków — osób między 40—58 rokiem życia. W połowie przypadków krwawienie już po pierwszem wstrzyknięciu zmalało zupełnie a po 3-ch ustało zupełnie. W 4-ch pozostało leczenie kalkofizyną bez efektu. Wytłumaczenie znajdziemy łatwo, o ile sobie uprzytomnimy, że wszystkie środki farmaceutyczne — nie wyłączając wyciągu narządów — powstrzymujące krwawienia maciczne (nawet pochodzenia jajnikowego) nie działają bezpośrednio na jajnik, lecz pobudzają mięsień maciczny do lepszej sprawności i kurczenia się i zwężenia naczyń, a co zatem idzie do zmniejszenia wzgl. ustania krwawienia. Jakkolwiek mięsień maciczny przy krwawieniach klimakterycznych nie wykazał zmian anatomicznych, to przecież przyjąć należy za przyczynę osłabienie czynnościowe i sklerotyczne zmiany naczyniowe. Od stopnia więc tych zmian zależeć będzie, czy osiągniemy dodatnie lecznicze wyniki po zastosowaniu tegoż przetworu. Zwiększenie krzepliwości krwi zapomocą wlewania wapnia czy to samego (Hornung) czy w przetworze powyższym samo przez się okazuje się niewystarczającem w przypadkach daleko posuniętych zmian czynnościowych mięśnia macicznego. Środka zaś chemicznego ani organo-terapeutycznego mogącego zadziałać na jajnik na ten »*spiritus movens*« krwawień miesiączkowych dotychczas nie posiadamy. W takich przypadkach pozostaje jeszcze zastosowanie promieni Roentgena — w celu zniszczenia czynności jajnika jako ostatnie remedjum.

W następujących przypadkach wynik był zupełnie ujemny: 1. resztki jaja płodowego po poronieniu (1), 2. ciąża trąbkowa (1), 3. *menorrhagia thrombopenica* (1), 4. 2 przypadki *metropathia haemorrhagica climacterica et iuvenilis*, w których to ostatnich musieliśmy się uciec do prom. Roentgena. W dwu tych przypadkach badanie wyskrobin wykazało »*Hyperplasia glandularis cystica*«.

Metroragja również okazała się bardzo oporną na leczenie kalkofizyną. Wprawdzie niewielka ilość przypadków nie pozwala nam na należytą oceną, w każdym razie mając w pamięci, że przyczynę powyższych atypowych krwawień znajdziemy zawsze w zmianach anatomicznych, zrozumiemy łatwo, że bez radykalnego usunięcia tychże, nie możemy żadnemi środkami farmaceutycznemi powstrzymać krwawienia. Tu mamy do zanotowania 5 przypadków z następującem rozpoznaniem: *Retroflexio uteri myomatosi* (1), *metrorrhagia post partum et retroflexio libera* (1), *endometritis haemorrhagica post abortum* (1) i *endometritis interstitialis.* W przypadkach dotyczących zmian zapalnych jakkolwiek może po wstrzykiwaniach zmalało krwawienie, musiano jednak uciec się do skrobanki, która nasze rozpoznanie potwierdziła, a dla samej sprawy chorobowej stała się leczeniem. W przypadku krwawienia poporodowego po odprowadzeniu macicy i założeniu krążka sprawa się uspokoiła.

Jak z powyższego wynika, w kalkofizynie znaleźliśmy znakomity środek leczniczy w tz. krwawieniach jajnikowych i na tle zapaleń przydatków macicy, a także i niektórych krwawieniach klimakterycznych, które także do tych pierwszych zaliczyć można. Wynik ujemny leczniczy każe nam domyślać się zmiany anatomicznej w narządzie rodnym, nie dającej się wykazać badaniem przedmiotowem — jak to przypadki *endometritis intestitialis* wykazały. Wyniki nasze zgadzają się mniej więcej z wynikami osiągniętemi przez Bock'a, Lorenza i Leon'a. Jakkolwiek w piśmiennictwie zbyt mało jest jeszcze ogłoszonych przypadków krwawień macicznych, leczonych kalkofizyną — aby móc na podstawie tychże wysnuć daleko idące wnioski co do wartości tego środka, to przecież wydaje się on nam wypróbowania godnym w przypadkach upartych krwawień macicznych — zanim zdecydujemy się na radykalne (operacyjne lub roentgenologiczne) zabiegi. Skuteczności tego środka dopatrywać się należy w skombinowanym jego składzie — podanym przez Stickla i Zondeka. A mianowicie w wyciągu z przysadki mózgowej, podnoszącym najskuteczniej sprawność m. macicznego wyciągu jądra jako przetworu białkowego działającego w znaczeniu proteinoterapji, wreszcie w chlorku wapnia w 10% jego roztworze. Ten ostatni wpływa nie tylko na zwiększenie krzepliwości krwi przez rozpad trombocytów i uwolnienie trombokinazy, ale i obniża pobudliwość wegetatywnego systemu nerw. zaopatrującego macicę, wzgl. wpływa na utrzymanie równowagi ukł. nerw. sympatycznego i parasympatycznego. (Podniesienie *tonus* ukł. sympatycznego, celem wyrównania podwyższonego *tonus* ukł. parasympatycznego *vagus*). Chlorek wapnia wywiera również dodatni wpływ na samą komórkę jako taką.

Wyniki dalsze — polegające na leczeniu krwawień macicznych naświetlaniem śledziony, jak również i lokalnych zmian w *endometrium* sposobem Mengego — jako dalszy etap zakreślonego przeze mnie tematu przyczynowego leczenia krwawień macicznych, ogłoszę później.

Piśmiennictwo.

1) Kalledey. Verhandl. d. Deutsch. Gessel. f. gyn. 1914 Bd. II. S. 88. — 2) Pankow. a) Monatsschr. f. geb. u. gyn. 1911 Bd. 33. S. 33. S. 339. b) Ztschr. f. geb. u. gyn. Bd. 65. H. 2. — 3) R. Meyer. Arch. f. gyn. 113 Bd. 1920. — 4) L. Adler. a) W. Klin. Woch. 1921 Nr. 31. b) W. m. W. Nr. 47. 1921. — 5) Ahreiner. Arch. f. gyn. 1908. 85. — 6) H. Albrecht. Monats. f. C. u. gyn. 1911. 34. — 7) V. Bardeleben. Th. d. Gegen. 1907. 8) Brenneche. Olshausens Arch. f. gyn. 1882. XX. — 9) Eufinger. Mon. f. geb. u. gyn. tom 58. — 10) J. Fischer. Mon. f. geb. n. gyn. 1907 tom 25. — 11) Heubel. M. med. W. 1911 Nr. 7. — 12) Heynemann. Z. f. Gyn. 1910 Nr. 10. — 13) Hirsch. M. f. geb. u. gyn. Bd. 37. — 14) Vander Hütten. M. Med. W. 1921. 27. — 15) Kaji, M. f. g. u. gyn. 1910 tom 32. 16) Kaznelson u. Lorant. M. Med. W. 1921 Nr. 5. — 17) Klein. M. f. geb. 1912. tom 35. — 18) Lindig. Zent. f. gyn. 1922. Nr. 33. — 19) Mackenrodt. Berl. Kl. Woch. 1912. — 20)

Mansfeld. Diskussion z. Halbseitenkastration. 17 gyn. kongr. Innsbruck 1922 u. Zentr. 1924 Nr. 6. — 21) Opitz. M. med. W. 1910 Nr. 1. — 22) Schickele. M. f. geb. u. gyn. tom 39. — 23) Tenże i Keller. a) Arch. f. gyn. 1911 Bd. 95. b) Arch. f. gyn. 1911 Bd. 95. — 24) Schröder. Klin. W. 1922. 25. — 25) A. Seitz. a) Arch. f. gyn. 1923 Bd. 116. b) Z. f. geb. u. gyn. 1921 Bd. 33. c) Zentr. f. gyn. 1922 Nr. 2. — 26) Sołowij. Mon. f. geb. 1907 Bd. 35. — 27) Thaler. M. med. W. 1922 Nr. 44. — 28) Theilhaber. a) M. med. W 1909. b) Arch. f. gyn. Bd. 94. c) Mon. f. geb. u. gyn. Bd. XXXI. — 29) R. Schröder. Die Pathol. d. Menstruat. (Halban u. Seitz — Lieferung 9 Bd. III. — 30) Zondek. a) Zeit f. geb. u. gyn. Bd. 82. S. 559. b) M. f. geb. u. gyn. 1921 Bd. 55. — 31) Stickel u. Zondek. Z. f. geb. u. gyn. 1923 Bd. 85. S. 83. — 32) Oppenheimer. Frankfurt Z. f. Pathol. Bd. 26. H. 2. — 33) Keih. America med. Bd. 16. Nr. 8. 1921. — 34) Fouveau de Courmelles. American journelle of electrother. Bd. 39. Nr. 8. 1921. — 35) Rouville et Sappey. État actuel. de la question gynek. 20. Nr. 8. 1921. 36) Zubrzycki. Pol. Czas. Lek. Nr. 11. 1921. — 37) Wiczyński. Pol. Gaz. lek. Nr. 44. i 45. 1923. — 38) Hornung. Z. f. gyn. 1923 Nr. 32. — 39) Welmershäuser u. Eufinger. M. med. W. Nr. 29. 1922. — 40) Bock. Z. 1923. Nr. 38. — 41) Lorenz. Z. 1924 Nr. 49. — 42) Pankow. M. f. geb. u. gyn. Bd. 67. H. 1 i 2. — 43) Leon. Zentr. 1925 Nr. 20. — 44) Dressel u. Jacobowitz. Kl. W. 15. 1922. — 45) Hornung u. Mikulicz-Radecki. Z. f. gyn. 1925 Nr. 9. — 46) Fuss. Z. f. gyn. 1925 Nr. 8. — 47) Zubrzycki. Pol. Gaz. lek. Nr. 14. 1925. — 48) Geller. Z. f. gyn. 1925 Nr. 19.

Dr. A. KOBRYNER. Warszawa.

Spostrzeżenia fizjologiczne podczas zgłębnikowania dwunastnicy*)

Z oddziału chorób wewnętrznych »Szpitala na Czystem« w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. Stanisław Klejn.

Zgłębnikowanie dwunastnicy ma na celu wykrycie zmian patologicznych w zawartości dwunastnicy, a tem samem w układzie narządów, przyczyniających się do wytworzenia treści dwunastniczej.

Jest rzeczą niezmiernie ważną mieć pewność, że treść badana pochodzi właśnie z dwunastnicy, a także, do którego z narządów należy odnieść otrzymaną treść oraz zmiany patologiczne stwierdzone w tej treści.

Dotychczasowe metody, na podstawie których oznaczano chwilowe położenie dolnego końca zgłębnika, oparte są na różnicach własności fizyczno-chemicznych (odczyn, barwa, jakość zaczynów) prawidłowej zawartości żołądka i dwunastnicy.

Ponieważ zgłębnikowaniu dwunastnicy przeważnie poddajemy chorych, u których spodziewamy się i poszukujemy odchyleń od stosunków prawidłowych, przeto jest rzeczą nielogiczną posługiwać się w tym wypadku metodą opartą na prawidłowych właściwościach treści żołądkowej i dwunastniczej. To też bardzo często przy pewnej kombinacji odchyleń od normy, gdzie wszystkie wyżej wymienione cechy różniczkowe fizyczno-chemiczne są zupełnie zmienione, metodyka ta nie jest w stanie dać pojęcia, gdzie każdorazowo znajduje się dolny koniec zgłębnika. Jako przykład można przytoczyć raka trzustki z zamknięciem przewodu Wirsunga i wspólnego żółciowego i z jednocześnie istniejącą *achylia gastrica*.

Co się zaś tyczy próby z wprowadzaniem mleka do żołądka w celu odróżnienia, gdzie się znajduje zgłębnik, to i ona jest niepewną, gdyż przy podawaniu płynów część ich może nie zatrzymując się w żołądku, odrazu przejść do dwunastnicy. Taki przypadek obserwowałem, gdzie przy zupełnie bezbarwnej zawartości dwunastnicowej, w której wykryłem później trypsynę, natychmiast po wypiciu zabarwionego płynu otrzymałem go przez zgłębnik; pomijam już niepożądane zanieczyszczenie mlekiem badanej treści.

Jedyną miarodajną metodą określenia umiejscowienia zgłębnika są promienie Roentgena, lecz nie zawsze są one dostępne i nie dadzą się w każdej chwili zastosować u łóżka chorego.

Należało więc znaleźć metodę, która byłaby niezależną od niestałych cech przedmiotu badania i którą zawsze można byłoby się posługiwać. Taką metodę oparłem na anatomo-fizjologicznych właściwościach drogi, przez którą zgłębnik wędruje do dwunastnicy.

Obserwując wydzielanie się treści przez zgłębnik, spostrzegłem, że odbywa się ono z przerwami. Wziąłem chorego przed ekran roentg. i próbowałem w okresie przerywania wypływu ze zgłębnika wciągnąć treść strzykawką. To mi się jednak nie udało: W zgłębniku powstało ujemne ciśnienie i puszczony tłok strzykawki opadł z powrotem. Było rzeczą jasną, że albo dolny otwór zgłębnika jest zamknięty albo światło jego zaciśnięte. Przyczyna tego mogła być dwojaka: albo śluzówka przylegała do otworów oliwki i wtłaczała się w nie przy pociąganiu tłoka, albo też samo światło zgłębnika było zaciśnięte. W pierwszym razie przy wtłaczaniu powietrza możnaby utorować drogę bez przemocy przez odsunięcie śluzówki. W drugim przypadku możnaby wtłoczyć powietrze tylko z wielką przemocą. I rzeczywiście, gdy w okresie przerwy wycieku próbowałem wtłoczyć do zgłębnika powietrze, udało mi się to dopiero pod znacznem ciśnieniem. Jednocześnie widziałem na ekranie jak plamy powietrza przechodzą w dół do pętli jelit cienkich. Było więc rzeczą jasną, że ta przerwa w wycieku ze zgłębnika zależy od zaciśnięcia go przez jakiś mięsień-zwieracz. Ponieważ powietrze przechodziło do jelit cienkich, więc pierwszą moją myślą było, że to odźwiernik zaciska światło zgłębnika. Potem jednak przyszło mi na myśl, że taki sam ucisk na zgłębnik mogłyby wywierać inne zwieracze, leżące powyżej odźwiernika (zwieracze gardzieli, mięśniówka przełyku i wpust).

Rozumowałem więc w ten sposób, że gdyby mi się udało przez skonstruowanie odpowiedniego zgłębnika wykluczyć wszystkie zwieracze od gardzieli aż do wpustu włącznie, to pozostanie jedynie wpływ zwieracza odźwiernika, którego skurcze odzwierciadlają się przerwami wycieku.

A więc, jeżeli zapomocą takiego zgłębnika otrzymam przerwy w wycieku treści, mogę twierdzić napewno, że dolny jego koniec przeszedł przez odźwiernik do dwunastnicy, o ile równocześnie stwierdzę opór przy wtłaczaniu powietrza.

Zgłębnik skonstruowałem w sposób następujący: rurkę gumową od końca zębowego na przestrzeni 45—50 cm niejako opancerzyłem, wtłaczając do jej światła na całej tej przestrzeni rureczki szklane długości $^1/_4$ — $^1/_2$ cm każda. W ten sposób zachowałem giętkość zgłębnika, nadając mu jednocześnie odporność na wywierane od zewnątrz ciśnienie.

Posługując się takim zgłębnikiem, zbadałem kilkadziesiąt przypadków przyczem, z chwilą wystąpienia pierwszej przerwy wycieku z jednoczesnym oporem na wtłaczanie powietrza, przyjmowałem za pewnik, że oliwka zgłębnika przeszła do dwunastnicy. I rzeczywiście, porcja treści zebrana przy ponowieniu się wypływu, zawsze zawierała trypsynę bez względu na inne jej własności fizyczno-chemiczne. Prócz tego w 6 przypadkach skontrolowałem położenie zgłębnika zapomocą promieni Roentgena. Otóż we wszystkich przypadkach z chwilą wystąpienia pierwszej przerwy wycieku z oporem na wtłaczanie powietrza, znajdowałem oliwkę zgłębnika niewątpliwie w dwunastnicy po prawej stronie kręgosłupa. (Dr. Mesz i jego współpracownicy).

Mając tę niewątpliwą i niezależną od badania przedmiotu metodę, mogłem od pierwszej chwili wejścia zgłębnika do dwunastnicy obserwować, co się tam dzieje, a jednocześnie mogłem spostrzegać ruchy odźwiernika. Tu muszę zaznaczyć, że przypuszczałem, iż na przerywanie wycieku mogłaby mieć wpływ część odźwiernikowa żołądka, w której niekiedy panuje ciśnienie sięgające 140—150 mm Hg. Lecz stwierdziłem doświadczalnie, że nawet ciśnienie 300 mm Hg. wywarte na miękką część zgłębnika, było bez żadnego wpływu na wyciek.

Co się tyczy spostrzeżeń poczynionych przy zgłębnikowaniu dwunastnicy zapomocą tego zgłębnika, to są one następujące:

Spostrzeżenie I. Wyrzucanie żółci do dwunastnicy odbywa się okresowo tak, iż w pewnych chwilach treść dwunastnicy jest bezbarwna, potem stopniowo zabarwia się coraz intensywniej, aż osiągnie barwę typowej złocistej żółci, aby następnie znów stopniowo blednąć, aż do zupełnego odbarwienia. Te zmiany nasycenia zabarwienia oczywiście zależą od stopnia rozcieńczenia żółci sokami dwunastnicy. Okres

*) Wygłoszono na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich.

bezbarwnej treści może trwać do kilku godzin. W jednych przypadkach okresy bezbarwne są długie, okresy żółciowe — krótkie; w innych — naodwrót. Są też przypadki, w których okresy bezbarwne i żółciowe trwają krótko i dosyć często kolejno się zmieniają. Wreszcie należy zaznaczyć, że w pewnych okresach dwunastnica może treści zupełnie nie zawierać.

Spostrzeżenie II. Odczyn treści dwunastniczej może w ciągu kilku godzin być kwaśnym niezależnie od obecności lub braku żółci w treści dwunastnicy. Najwidoczniej, zależy ten odczyn od stosunku pomiędzy stopniem kwasowości wyrzucanej z żołądka treści, a stopniem zasadowości wszystkich soków w dwunastnicy. Można by mi zarzucić, że otrzymywałem naprzemian treść żółciową i bezbarwną dlatego, że oliwka przesuwała się raz poniżej, drugi raz powyżej brodawki Vatera. Tem samem możnaby pozornie tłumaczyć zmienność odczynów otrzymanej treści. Ale uwzględnić musimy, że miewałem przypadki, w których obserwowałem wpierw okres treści żółciowej kwaśnej, a potem — treść bezbarwną bez wolnego HCl; albo też naodwrót: wpierw okres treści bez wolnego HCl, bezbarwnej, a później kwaśnej — żółciowej, lub też przy niezmiennem zabarwieniu treści zmieniał się jej odczyn. Gdyby zmiana zabarwienia zależała od położenia oliwki poniżej lub powyżej brodawki Vatera, powinien byłbym otrzymać przy treści bezbarwnej przeważnie odczyn kwaśny, ponieważ powyżej brodawki Vatera niema żółci, która najbardziej przyczynia się do zasadowego odczynu dwunastnicy, a przy treści żółciowej — przeważnie zasadowy, czego nie stwierdzałem. Po zatem nie mamy podstawy przyjmować, że oliwka stale przesuwa się w jedną lub drugą stronę, gdyż istnienie ciągłych ruchów anty-perystaltycznych w dwunastnicy uniemożliwiałoby celowe przesuwanie pokarmu do jelit cienkich.

Spostrzeżenie III. Prawie we wszystkich przypadkach już od pierwszej chwili przedostania się zgłębnika do dwunastnicy zawartość jej miała swoisty charakterystyczny wygląd, który już makroskopowo pozwalał stwierdzić, że pochodzi właśnie z dwunastnicy. A mianowicie, niezależnie od zabarwienia płynu można było stwierdzić, że przy spływaniu wzdłuż ścianki naczynia, przedstawia się treść dwunastnicza jako ciecz mniej lub więcej gęsta, w której zawieszone są drobne przejrzyste kuleczki śluzu, wielkości od główki szpilki do ziarnka soczewicy. Tylko w tych przypadkach, kiedy przy wprowadzaniu zgłębnika wypijał chory dużo wody, ten charakter treści dwunastniczej uwydatniał się dopiero w dalszych porcjach.

Spostrzeżenie IV.: Obserwując sposobem wyżej wspomnianym skurcze odźwiernika, mogłem stwierdzić, że odźwiernik stale wykonywa ruchy. Ruchy te są dwojakie: 1^0 skurcze krótkotrwałe (od kilku sekund do minuty), często powtarzające się (co kilka minut) i 2^0 skurcze długotrwałe (5 - 30 minut) rzadziej występujące. Skurcze te odbywają się zarówno wtedy, kiedy dwunastnica zawiera soki, jak i wówczas. kiedy dwunastnica jest pustą.

Spostrzeżenie V.: Co do zależności pomiędzy ruchami odźwiernika a oddziaływaniem treści dwunastniczej, obserwacje moje nie zgadzają się z dotychczasowem twierdzeniem fizjologji. Otóż fizjologja uczy nas, że odźwiernik automatycznie otwiera się wtedy dopiero, kiedy kwasota w żołądku sięga pewnego stopnia, a z drugiej strony — kiedy zawartość dwunastnicy ma odczyn zasadowy; zamyka się zaś, gdy kwasota zawartości dwunastnicy sięga pewnego stopnia.

Otóż w przypadku *achylia gastrica completa* z zasadowem oddziaływaniem treści żołądkowej na lakmus, w myśl zasad fizjologji, odźwiernik nie powinien by zupełnie się otwierać z braku jakiejkolwiek kwasoty w żołądku; z drugiej strony nie może przecież być mowy o jakimkolwiek stopniu kwasowości w dwunastnicy, więc odźwiernik powinienby stale być otwarty, co w zestawieniu z poprzedniem jest niedorzecznością. Nie mniej jednak obserwowałem w tym przypadku okresowe skurcze odźwiernika, trwające po kilka sekund i często powtarzające się, jak również i takie, które trwały 4 – 8 minut. W innym przypadku z nadmierną kwasotą i *gastrosuccorhea* (na czczo 78 wolnego HCl, po śniadaniu próbnem 110 wolnego HCl) w myśl zasad fizjologji należało się spodziewać długotrwałych skurczów odźwiernika. Tymczasem przeciwnie, z bardzo krótkiemi i rzadkiemi przerwami, dosłownie lała się strumieniem ze zgłębnika kwaśna zawartość dwunastnicy. Tylko po jedynym dłuższym kilkuminutowym skurczu udało mi się przemocą wydobyć strzykawką małą ilość alkalicznej zawartości, widocznie w tej krótkiej chwili rozwarcia odźwiernika, kiedy treść z żołądka nie zdążyła jeszcze dotrzeć do oliwki. Prócz tego sam fakt wydzielania się kwaśnej treści dwunastniczej w ciągu kilku minut bez przerwy, świadczy dostatecznie o tem, że pomimo kwaśnego odczynu w dwunastnicy odźwiernik jest otwarty. Muszę tu zaznaczyć, że w wielu przypadkach kwasota otrzymywanej prze zemnie zawartości dwunastniczej wynosiła nie mniej niż 0,1% HCl, gdyż zniebieszczenie papierka Kongo od soku dwunastniczego występowało odrazu i było zawsze intensywne.

Z powyższych spostrzeżeń muszę dojść do wniosku, że ruchy odźwiernika zasadniczo nie zależą ani od stopnia kwasowości treści żołądkowej, ani od oddziaływania alkalicznego treści dwunastnicowej. Zarządzają temi ruchami, najprawdopodobniej, autonomiczne sploty Auerbacha i Meissnera, na które mogą oddziaływać impulsy z wyższych ośrodków wegetatywnych układu mózgo-rdzeniowego. Nie przeczy temu występowanie zespołów: *pylorospasmus plus hyperaciditas*, lub *asthenia pylori plus hypaciditas*, gdyż można je tłumaczyć jako dwa współrzędne, być może przez tę samą przyczynę wywołane, lecz bezpośrednio niezależne od siebie zjawiska.

Tutaj muszę zaznaczyć, że zdawałem sobie sprawę, iż obserwacje ruchów odźwiernika były dokonane w warunkach, niezupełnie odpowiadających fizjologicznym, gdyż obecność zgłębnika w odźwierniku może wywierać na niego wpływ drażniący. Wydaje mi się jednak nieprawdopodobnem, aby takie stałe i jednakowe podrażnienie mogło wywołać tak charakterystyczne i rytmiczne ruchy odźwiernika dwojakiego typu. Raczej należałoby oczekiwać długotrwałych tężcowych skurczów odźwiernika z krótkiemi przerwami wskutek wyczerpania mięśnia zwieracza.

Na zasadzie przytoczonych spostrzeżeń przychodzę do następujących wniosków, mających zarówno znaczenie praktyczne jakoteż, rokujących pewne możliwości pogłębienia i rozszerzenia naszych wiadomości o fizjologji i patologji dróg żółciowych dwunastnicy i odźwiernika:

Wniosek I. W każdym przypadku zgłębnikowania dwunastnicy należy otrzymać i oddzielnie zbadać porcję treści bezbarwnej i zabarwionej. To daje nam możność odróżnienia zmian patologicznych w drogach żółciowych od takichże zmian w dwunastnicy.

Na przykład obecność ropy lub białka może być uwarunkowana zmianami zapalnemi zarówno dróg żółciowych jak i samej dwunastnicy. O ile nie będziemy badali treści dwunastnicowej metodą cząstkową, z łatwością możemy procesy patologiczne, toczące się w dwunastnicy, mylnie przenieść na drogi żółciowe. Jeżeli zwrócimy uwagę, że w drogach żółciowych, np. w pęcherzyku mogą być niekiedy niezabarwione leukocyty (co stwierdziliśmy w żółci, wziętej z pęcherzyka żółciowego na sekcji anatomo-patologicznej), to zrozumiemy, że takie cząstkowe badanie jest jedyną pewną drogą umiejscowienia procesu patologicznego. Inny przykład: stwierdziliśmy w bezbarwnej porcji soku dwunastnicowego obecność ropy z domieszką zabarwionych leukocytów, również w treści żółciowej stwierdziliśmy obecność niezabarwionych leukocytów i ropy zabarwionej w ilości mniejszej (ewent. równej). W tym wypadku nie mamy jeszcze zasad umiejscawiać zmian patologicznych w drogach żółciowych, opierając się na obecności zabarwionych leukocytów w żółci; a to dlatego że leukocyty niezabarwione, jak to stwierdziłem doświadczalnie, po 30-minutowem zetknięciu z żółcią w termostacie mogą przybrać jej zabarwienie. W powyższym przypadku zabarwione leukocyty mogłyby pochodzić z miejsc zapalnych w dwunastnicy, których perystaltyka jest bardzo słaba albo nawet żadna; w okresie żółciowym do miejsc tych mogła się dostać żółć

i zabarwić niektóre mniej odporne leukocyty, a te mogły odpłynąć do dalszych odcinków dwunastnicy w jednym z następnych okresów bezbarwnych lub zabarwionych.

Co się tyczy stwierdzenia białka w treści dwunastnicowej, to tylko w tym wypadku możemy powiedzieć, że pochodzi ono z żółci, gdy w bezbarwnej porcji białka nie stwierdzimy.

Wniosek II. Jeżeli t. zw. druga porcja żółci, wywołana przez wstrzyknięcie peptonu lub $MgSO_4$, ma pochodzić z pęcherzyka, to należy starać się wywołać ją w okresie bezbarwnej porcji; w ten sposób da się odróżnić zmiany w niej od zmian w tak zwanej żółci wątrobowej.

Wniosek III. Uwzględniając tę okoliczność, że okres bezbarwny może trwać do kilku godzin (obserwowałem 3 godziny), należy z wielką oględnością orzekać o niedrożności wspólnego przewodu żółciowego.

Wniosek IV. Okresowość wyrzucania żółci zależy od czynności zwieracza Oddi'ego. Można więc przypuszczać, że w stanach zapalnych dróg żółciowych, a przynajmniej większych, schorzenie odzwierciadla się na czynności ruchowej tego zwieracza w sensie zmian rytmu. Wobec tego badanie rytmu wydzielania żółci w warunkach normalnych i patologicznych może dać wskazówki co do spraw, toczących się w drogach żółciowych.

Wniosek V. Podobnież rytm ruchów odźwiernika, uwydatniający się na wycieku treści ze zgłębnika, może być studjowany w warunkach normalnych i patologicznych. Porównanie uzyskanych danych być może pozwoli nam wysnuwać pewne wnioski o schorzeniu tego zwieracza.

Piśmiennictwo.

1) Bołdyriew: Okresowa działalność przewodu pokarmowego. Dyss. 1910. (ros.). — 2) Babkin: Wydzielina zewnętrzna przewodu pokarmowego. 1915 (ros.). — 3) Cybulski: Fizjologja człowieka. 1916. — 4) Danilewski: Fizjologja człowieka. 1915. (ros.). — 5) Deloch E.: Archiv. f. Verdauungskrankheiten. 1922. B. XXX. H. 1. — 6) Einhorn Max: Die Duodenalsonde und ihre Anwendnngsmöglichkeit. Leipzig. 1924. 7) Tenże: Archiv. f. Verdauungskrankheiten. 1922. B. XXIX. H. 5|6. - 8) Tenże: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1923. B. XXXI. H. 1|2. — 9) S. Frank i M. Szour: Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1924. Nr. 7. — 10) H. M. Gross: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1914. B. XX. H. 3. — 11) K. W. Grasmann: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1917. B. XXII. H. 6. — 12) M. Chiray et. J. Lebon: Le tubage duodenal. 1924. Masson. — 13) Jarnos und Vandorfy: Archiv f. Verdauungskranheiten. 1921 B. XXVIII H. 5|6. — 14) Jones: Archives of internal medicine 1924. T. 34. Nr. 1. — 15) London G.: Wykłady o fizjologji i patologji przewodu pokarmowego. 1917. (ros.) — 16) Landois-Roseman: Lehrbuch der Phisiologie des Menschen. 1921. — 17) Lepehne G.: Die Leberfunktionsprüfung. Halle 1923. — 18) A. Landau i A. Rząśnicki: Gazeta Lekarska Nr. 21. 1919. — 19) Ocado S.: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1923 B. XXXI. H. 5|6. — 20) Pribram: Klinische Wochenschrift. Nr. 34. 1923. — 21) Stepp u. Düttman: Klinische Wochenschrift. Nr. 34. 1923. — 22) Seidl: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1920. B. XXVI. H. 1-2. — 23) Kleemann Margarete: Medicinische Klinik. Nr. 40. 1923.

Dr. Józef BRATTER. Lwów.

W sprawie profilaktyki odry i płonicy.

Pawilony zakaźne.
Prymarjusz: Dr. W. Arnold.

(Doniesienie tymczasowe).

Niejeden środek leczniczy czy zapobiegawczy, mający pierwotnie pretensje do swoistości, został przez doświadczenie pozbawiony godności »specyfiku«. Zdeklasowanie zaczyna się zwyczajnie pojawieniem się innego środka, mającego również działać swoiście przeciw tej samej sprawie chorobowej, a z czasem ilość ich wzrasta — w równej mierze ze sceptycyzmem co do ich swoistości.

Najstarszym i do niedawna jedynym środkiem niby-swoistym, działającym zapobiegawczo przeciw płonicy, była szczepionka Gabryczewskiego o wartości gwarantowanej przez literaturę głównie rosyjską. Na mniejszej ilości przypadków pozytywnych opiera swe roszczenia drugie z kolei (chronologicznie) »specyfikum«, t. j. S. R, S. (Scharlach-rekonvalescentenserum) Degkwitza. W ostatnich wreszcie dniach ukazał się w Ameryce trzeci niezawodny środek swoiście zapobiegawczy, mianowicie przeciwpłonicza szczepionka Dickowska.

Prawdopodobnie znaczenie dodatnie mają wszystkie trzy wymienione preparaty, takie same — jak środek czwarty mianowicie: mleko czy jakiekolwiek białko zastosowane pozajelitowo.

Zdarzyło się nam, że na oddział płoniczy dostał się przypadek odry, po godzinie omyłkę spostrzeżono i usunięto. W dwa mniej więcej tygodnie ozdrowieńcy płoniczy (w liczbie pięciu), którzy nie przebyli byli odry, dostali ją. Warto przytem zaznaczyć, że rozwój osutki odrowej — czy to z powodu zmienionych przez niedawną osutkę szkarlatynową właściwości biologicznych skóry, czy też z innych przyczyn — był zupełnie atypowy, a we wszystkich pięciu przypadkach jednakowy.

I zdarzyło się znów, że dziecko na innym oddziale szkarlatynowym w niewytłumaczony sposób w trzy tygodnie po opisanym wyżej epizodzie dostało też odrę; wobec niebezpieczeństwa nowego zakażenia, w jakiej się sześcioro dzieci na tej sali znalazło, powinno się było zastosować jakieś środki zapobiegawcze. Nie rozporządzając jednak surowicą Degkwitza, nie mając też sposobności uzyskania potrzebnej ilości krwi od przynależnych rodziców, a co najważniejsze nie wierząc w absolutną swois'ość podanego przez Degkwitza środka zapobiegawczego — zrobiliśmy skromne doświadczenie na sześciu przypadkach: wstrzyknęliśmy zagrożonym małym chorym (we wieku od 19 miesięcy do 10 lat) dwa razy w odstępach pięciodniowych po 1—2 ccm mleka.

Skutek był zadowalający; żadne z dzieci zagrożonych odry nie dostało, mimo, że źródła zakażenia z oddziału nie usunięto.

Materjał doświadczalny jest skromny; popiera jednak dość prawdopodobnie przypuszczenie, że M. R. S. (Masern-Rekonvalescenten-Serum) Degkwitza działa tylko jako białko pozajelitowo stosowane, mobilizując wszelkie odczyny obronne ustroju w postaci gorączki (ciepłota prawidłowa, najbardziej sprzyja rozwojowi drobnoustrojów), leukocytozy, przyśpieszenia przemiany materji. i t. d.

Fakt powyższy nasunął nam myśl wypróbowania wartości zastrzyku białka (mleka) też w przypadkach zagrożonych płonicą. I jakby na życzenie zdarzyła się sposobność.

W Szpitaliku św. Zofji (odz. chirurg.) wystąpiły na dwu salach po jednym przypadku szkarlatyny. Dzięki uprzejmości prymarjusza Rodzińskiego miałem sposobność wstrzyknąć w 14 przypadkach mleko po $1^1/_2$—2 ccm, pomijając umyślnie dzieci, którym wśród leczenia chirurgicznego wstrzykiwano propidon. Minął okres wylęgania płonicy, a żadne z dzieci, które w krytycznym czasie zastrzyk (mleka czy też propidonu) dostało, nie uległo zakażeniu.

Znów materjał jest za skąpy, by z niego obowiązujące wnioski wyciągać. Jeśliby jednak dalsze doświadczenia w tym kierunku wykazywały nadal dodatnie wyniki, to fakty powyższe, stwierdzając równocześnie wartość zapobiegawczą szczepionek i surowicy przeciwpłoniczej (jako preparatów białkowych, stosowanych pozajelitowo) oświetliłyby ich mechanizm działania jako proces nieswoisty, polegający li tylko na wzmożeniu odporności ogólnej organizmu.

Starałem się w mym artykule p. t. »Uwagi o nowoczesnem leczeniu ostrych chorób zakaźnych« (Polska Gazeta lek. Nr. 21) podkreślić, że białko pozajelitowo podane niema uzasadnienia w leczeniu chorób zakaźnych. Ale jak widzimy, nie jest ono środkiem wobec infekcji straconym; ma bowiem prawdopodobnie wartość zapobiegawczą przeciw zakażeniu.

Strona praktyczna powyższego faktu, rozszerzającego równocześnie wskazania do pozajelitowego stosowania białka, jest sama przez się zrozumiała Oszczędza koszta drogich często preparatów i poszukiwania za niemi; ułatwia zabiegi zapobiegawcze nietylko zakładom zagrożonym czasowo jakąś ostrą chorobą zakaźną, ale też lekarzom w praktyce prywatnej.

Z praktyki.

K. GAWROŃSKI i Doc. J. SZYMANOWICZ, Kraków.
asystenci kliniki.

Kleszcze Kiellanda przy nieprawidłowem ułożeniu główki (uszkowe przednie i twarzowe).

Z kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Rosner.

Jakkolwiek rozwiązywanie rodzącej kleszczami przekroczyło już okres trzech stuleci, a ostatni wiek wprowadził do tego ważnego arsenału narzędzi położniczych daleko idące poprawki i udoskonalenia, że wspomnę tylko o kleszczach osiowych Tarnier'a, to jednak i najnowszym modelom (a jest ich wszystkich około 200) zawsze można coś zarzucić i najbardziej celowo skrytykować.

Nic więc dziwnego, że operatorowie wysilają się ciągle, aby brakom tym zaradzić przez wprowadzanie nieznacznych poprawek na starych modelach, czy też przez budowanie kleszczy zupełnie nowego typu.

Najdalej posuniętą i najgłębiej przemyślaną zmianę wprowadził przed ośmiu laty Kielland, podając swój typ kleszczy. Jakkolwiek pomysł Kiellanda nie był zupełnie nowym, bo pierwsze kleszcze Chamberlaina i Palfyna, a jeszcze bardziej Łazarewicza-Fiedorowa podane w roku 1877—1888 polegały na tej samej idei, to jednak model Kiellanda, wypróbowany przez samego autora na trzystukilkudziesięciu przypadkach zdobył sobie dostęp do wszystkich klinik niemieckich i naszych, a ostatnio i francuskich. Wprawdzie nie wszędzie przyjęto go z równym zapałem, a niektórzy operatorowie niemieccy odmówili mu poparcia, to niemniej jednak u przeważnej ilości położników utrzymał się i wywołał rozległe dyskusje za i przeciw sobie.

I w piśmiennictwie polskiem wystąpienie Kiellanda odbiło się głośnem echem. Żywa dyskusja na zjeździe ginekologiczno-położniczym w Warszawie, oparta wprawdzie na małem doświadczeniu przyznała kleszczom Kiellanda zalety, którem i w pewnych przypadkach nie mogą się poszczycić kleszcze innego typu. Niebezpieczeństwo pewne, związane z użyciem każdego instrumentu, niewypróbowanego należycie na fantomie i w klinikach na materjale żywym, wymagało pewnego zastrzeżenia co do oddania tych kleszczy do rąk lekarza praktyka, nie specjalisty.

Po próbach w klinice przychodzimy do przekonania, że technikę zakładania kleszczy Kiellanda może sobie każdy praktyk przyswoić nie trudniej, niż operowanie kleszczami Naegelego lub Breussa. Pewna delikatność i ostrożność przy zakładaniu zwłaszcza łyżki przedniej sposobem I. Kiellanda jest z powodu zupełnie odmiennej techniki szczególnie wskazane.

Kierując się artykułami i wskazówkami Kiellanda wprowadziliśmy w klinice krak. jego kleszcze używając ich w przeważnej ilości przyp. w myśl jego prawideł i zasad. Początkowo tylko oryginalny sposób zakładania łyżki przedniej pod spojenie łonowe ze zwrotem o 180° wywołał u nas pewną nieufność tak, że przez jakiś czas zakładaliśmy ją od boku, przesuwając następnie pod spojenie łonowe. Mieliśmy tesame skrupuły, których każdy z operatorów doznawał biorąc ten instrument do ręki. Przeczuł je i sam autor, bo o nich kilkakrotnie wspomina tak w swojej pracy, jak i w dyskusji nad podanym przez siebie modelem. Możliwość wystąpienia obrażeń części miękkich, a zwłaszcza możliwość rozdarcia dolnego odcinka macicy podczas obracania łyżki przedniej wydawała się bardzo prawdopodobną. Dalsze jednak próby pokazały, że nawet przy nadmiernem rozciągnięciu odcinka dolnego nie dochodzi do uszkodzenia, a tem mniej do rozdarcia macicy. W ostatnich czasach stosowaliśmy ten sposób zakładania kilkakrotnie i nigdy nie spotkaliśmy się z jakiemkolwiek uszkodzeniem dolnego odcinka.

Nie chcemy na tem miejscu wdawać się ani w opis kleszczy ani przedstawiać wyników ich zastosowania na główkę normalnie czy nienormalnie ustaloną, bo o tem i w obcem i w naszem piśmiennictwie dosyć pisano (Zubrzycki, Duczymińska i i.) i jak wspomnieliśmy, jedni autorowie byli tą innowacją zachwyceni, drudzy ganili ją. Wspomnieć tylko chcemy, że kleszczami Kiellanda udało nam się niejednokrotnie z wielką łatwością wytoczyć główkę w tych przypadkach, gdzie kleszcze klasyczne zawiodły. Spotkaliśmy się wprawdzie z przypadkami, w których i kleszczami Kiellanda nie zdołaliśmy główki wytoczyć, bo nie można ich było wogóle założyć. Niepowodzenie to odnosiło się jedynie do miednic płaskich, gdzie wzgórek kości krzyżowej silnie wysterczający nie pozwalał na założenie łyżki tylnej.

Opierając się na doświadczeniu klinicznem chcemy w kilku słowach podnieść wybitną wyższość kleszczy Kiellanda w niektórych przypadkach główki wysoko stojącej a ich wprost bezkonkurencyjne zalety przy ułożeniu twarzowem przed dokonaniem zwrotu, a więc z twarzą stojącą w wymiarze poprzecznym i przy ułożeniu uszkowem. Te dwie nieprawidłowości wykluczają prawie zupełnie możność skutecznego zastosowania kleszczy klasycznych, a przeto w razie wskazania do ukończenia porodu, zmuszają operatora najczęściej do wymóżdżenia. Dzisiaj nowy model kleszczy Kiellanda pozwala nam i w tej ciężkiej sytuacji ratować matkę bez zabijania dziecka.

Jest to bezwątpienia wielką narzędzia tego zaletą. Niestety, są i ciemne plamy w tym jasnym obrazie. Stanowią je okaleczenia płodu, które powstać mogą pod wpływem kleszczy Kiellanda nawet *lege artis* zastosowanych. Jedno z takich okaleczeń, które poniżej przedstawiamy, odnosimy do ruchomości łyżek, która dla przeważnej ilości przypadków jest tego instrumentu zaletą. Dzięki tej przesuwalności łyżek względem siebie udało się wprawdzie w jednym z naszych przypadków znieść asynklityzm przedni, jednak wśród tego przyszło do złamania szczęki dolnej płodu.

Podajemy w streszczeniu dwie historje choroby, rozwiązanych kleszczami Kiellanda.

A) Rodząca M. H. lat 41. VIII para. Cztery porody pierwsze siłami przyrody, trzy następne ukończone przez wymóżdzenie, ostatni przed 12 laty. Badanie po przyjęciu do kliniki stwierdza: rodząca średniego wzrostu, serce i płuca bez zmian, ciśnienie 85—230 (Reckling). W moczu białko (Essbach 0.2%₀) w osadzie nieliczne ciałka białe i nabłonki dolnych dróg mowych. Miednica płaska, krzywicza 28, 29, 31½, 18¾. Badanie wewnętrzne stwierdza: ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte, główka w silnym asynklityźmie przednim, wparta we wchód miednicy, szew strzałkowy zwrócony całkiem ku tyłowi, ku *promontorium*, ciemię duże wyczuwalne po stronie lewej, leży niżej niż ciemię małe (*deflexio*), pod spojeniem łonowem wyczuwalne uszko. Pierścień skurczowy trzy palce niżej pępka. Postanowiono rodzącą rozwiązać kleszczami Kiellanda. Łyżkę przednią wprowadzono sposobem II. (wprowadzając do boku i przesuwając ją następnie pod spojenie). Łyżkę tylną wprowadzono wprost po kości krzyżowej pod osłoną ręki. Wprowadzenie łyżki tylnej napotykało na znaczne trudności z powodu faktu, że wzgórek kości krzyżowej silnie sterczał ku przodowi. Po pociąganiach próbnych starano się wyrównać asynklityzm przez pociąganie łyżki tylnej po rękojeści łyżki przedniej, trzymanej nieruchomo. Stwierdziwszy, że szew strzałkowy oddalił się należycie od wzgórka kości krzyżowej, zaczęto pociągać główkę obydwiema łyżkami kleszczy, a we właściwej chwili dokonano niemi zwrotu ciemieniem małem pod spojenie łonowe, poczem zdjęto kleszcze Kiellanda a założono kleszcze Naegelego, którem i z łatwością wytoczono główkę. Zaraz po urodzeniu zauważono, że w jamie ustnej dziecka gromadzi się krew. Dziecko wagi 4300 g. Badanie twarzy i jamy ustnej stwierdziło, że lewy kąt szczęki dolnej jest złamany, przyczem wyczuwa się trzeszczenia licznych odłamków, z których kilka przebiło błonę śluzową jamy ustnej. Krwotok zatamowano przez ucisk z zewnątrz i z wewnątrz.

Można śmiało twierdzić, że żadne inne kleszcze nie byłyby w danym przypadku zdolne do wyrównania tak daleco posuniętego asynklityzmu przedniego (uszkowe) i poród z konieczności musianoby ukończyć przez wymóżdżenie. (Cięcie cesarskie nie wchodziło tu w grę, z powodu wyraźnego sprzeciwu rodzącej). Nie umniejsza zalety kleszczy niewątpliwie ciężkie obrażenie dziecka, jakiem było złamanie kąta żuchwy, aczkolwiek okazało się, że nie było ono przeszkodą do ssania i w krótkim czasie zagoiło się zupełnie. Zastanawiając się nad przyczyną złamania szczęki trzeba dojść do wniosku, że spowodowane zostało ruchomością jednej łyżki wobec drugiej i to nie ruchomością w kierunku równoległym do osi podłużnej, która stanowi jedną z charakterystycznych cech kleszczy

Kiellanda, lecz ruchomością wobec osi pomyślanej prostopadle do poprzedniej i prostopadle do osi wygięcia główkowego łyżek. Silne uchwycenie rękojeści zbliżyło zbytnio koniec łyżek do siebie, przyczem łyżka górna wgniatając się swym szczytem w kąt szczęki, złamała go. Podobnemu przypadkowi możnaby na przyszłość zaradzić, wsuwając pomiędzy rękojeści (jak wiadomo szeroko rozstawione) gruby pokład np. kompresów. Podnieść należy z naciskiem, że złamaniu uległ lewy kąt żuchwy, że więc przesuwanie łyżki tylnej celem wyrównania asynklityzmu nie ponosi tu winy, gdyż, jak powiedziano właśnie łyżka przednia złamała szczękę.

B) Rodząca F. M. lat 29 pierwiastka. Badanie fizykalne nie stwierdza zmian w narządach wewnętrznych, ciepłota 38, tętno 110. Badanie ginekologiczne stwierdza położenie podłużne, główkowe, ułożenie twarzowe II. Miednica prawidłowa, obszerna, ujście zewnętrze zupełnie rozwarte, główka przyparta do wchodu, bródka po stronie lewej, linja poprowadzona od bródki do szwu strzałkowego w wymiarze poprzecznym. Pierścień skurczowy trzy palce poniżej pępka. Rozwiązanie *per vias naturales* podobnego przypadku musi nasuwać poważne obawy, uchwycenie główki w ułożeniu twarzowem czyto klaszczami Breussa czy Naegelego musi, o ile jest wogóle możliwe, doprowadzić do ciężkiego obrażenia a nawet śmierci dziecka. Jeden ze szczytów kleszczy Tarniera czy Naegelego musiałby wszakże ugniatać szyję, względnie klatkę piersiową dziecka i napewno spowodowałby bardzo głębokie i ciężkie zranienia jej. Rodzącą rozwiązaliśmy kleszczami Kiellanda i tu trzeba przyznać, że w podobnych przypadkach są one instrumentem bezkonkurencyjnem. Chwyciły główkę w wymiarze poprzecznym nie raniąc jej, z łatwością pozwoliły wciągnąć czaszkę w głąb miednicy i dokonać zwrotu bródki pod spojenie łonowe. Po dokonanym zwrocie zdjęto je, założono zwykłe kleszcze i urodzono dziecko żywe wagi 3700 gr.

W obu przypadkach zdejmowano kleszcze Kielland'a po dokonaniu niemi głównego ich zadania, a resztę zabiegu kończono kleszczami Naegelego. Robiono to celowo, wychodzimy bowiem z założenia, że kleszcze Kiellanda jako instrument długi a prosty przedstawiają podczas wytaczania główki duże ramię dźwigni, co może doprowadzić do ciężkich obrażeń części miękkich matki.

Dr. BRUCK. Katowice.

Kiła u osesków.

Z miejskiego szpitala dla dzieci.

Piśmiennictwo o kile u osesków i we wczesnym wieku dziecięcym traktowano wyczerpująco w pracach E. Müllera[1]). Jednakże jest to pole tak obszerne, rozmaite i różnorodne pod względem etjologji, kliniki, rokowania i tak indywidualne pod względem leczenia, iż ogłaszanie przypadków znamiennych i leczenia tychże jest pożądane.

Materjał mój zawiera 357 przypadków z praktyki prywatnej i klinicznej od r. 1909 i pochodzi ze środowiska obwodu przemysłowego Górnego Śląską, gdzie jest sposobność do ciekawych spostrzeżeń z powodu osobliwej mieszaniny ludności, zachodzącej aż od granicy nowej Rosji i z powodu gęstego zaludnienia i stosunków granicznych.

Przed sprawozdaniem z moich doświadczeń pod względem statystyki i leczenia, pozwalam sobie zwrócić uwagę na niektóre z najciekawszych przypadków

Małgorzata N. J., Nr. 61. r. 1919, 6 tygodni, matka w r. 1913 w 15 r. życia poraz pierwszy płciowo spółkowała, potem zdrowe dziecię. Ojciec podczas wojny rzekomo gdzieindziej zakażony. Krótko po zakażeniu kiłowem zawarł on związek małżeński z matką owego dziecka, oboje nie leczyli się. Osiem miesięcy później niedonoszone zmarłe dziecko, krótko potem zauważyli rodzice równocześnie u siebie wykwity na skórze. Wrzodów rzekomo nigdy nie mieli. Po 10 miesiącach urodziło się trzecie dziecko.

Wywiad: Dziecko donoszone, przy porodzie silne o ciężarze około 2700 gr. oczywiście bez żadnych dolegliwości cielesnych, skóra różowa. Po trzech tygodniach wykwit pęcherzy na stopach i na dłoniach, przy 4 tygodniach wykwit na twarzy. W przeciągu następnych 14 dni zauważono na nosie czarną plamę, krótko potem zapadnięcie nosa z powodu zaniku wrzodziejącego kości nosowej. Całkowity rozpad nastąpił w przeciągu 14 dni (powyższe zeznania poświadcza położna).

Stan przy przyjęciu 11. 8. 1919: dziecko 6-tygodniowe o wadze 2410 gr., o silnej budowie kośćca, kończyny dolne na ucisk na goleniе bolesne i po obu stronach nieco obrzękłe, o skórze różowej, o stopach i dłoniach średnio przekrwionych, nieco świecących, jednakże o kolorze niezmienionym i bez innych jakichś zmian chorobowych. Na skórze prawego uda znajduje się miejsce obszerne, nie zbyt głębokie, z naskórka obnażone, wielkości złotówki. Skóra właściwa wykazuje rozpad wrzodziejący, lekko słoninowato obłożony. W preparacie tuszowym znajdują się liczne krętki blade Podobne miejsce znajduje się cośkolwiek wyżej na udzie lewem, po tylnej stronie. Gruczoły w pachwinach obustronnie paciorkowato powiększone; podobnie w dołkach podkolanowych. Mniejszy obrzęk gruczołów karkowych i podszczękowych. Oczy bez szczególnych zmian. Twarz pozatem zupełnie zniekształcona. Części skórnych i chrząstkowych nosa zupełnie brak, przezto twarz o kształcie trupiej czaszki, wewnątrz widać resztki choan i tylną przestrzeń nosowo-gardłową zupełnie ogołoconą. Na wargach spotyka się głębokie promieniowate ragady. Narządy gardłowe, szczególnie twarde i miękkie podniebienie, bez szczególnych zmian chorobowych. Klatka piersiowa silna, płuca i serce b. z. Wątroba przekraczająca łuk żebrowy, o brzegu twardym. Pępek b. z. Śledziona wyraźnie w głębi macalna. Stolec: jak przy karmieniu piersią, dwa razy dziennie. Mocz bez białka i cukru, ciepłota 36.7°, tętno 120, oddech 28. Leczenie: kal. jod. 2.0'200, trzy razy dziennie po łyżce od kawy. Kuracja wcierkowa na przemian z neosalwarsanem 0.04,5 2 razy w tygodniu, powolnie dochodząc do 0,075 neosalw. Przyjmowanie pokarmu uskuteczniało się albo bezpośrednio przez przykładanie do piersi matki, częściowo zaś przez podawanie zupy z maślanki. Stolec i ogólny stan do 15. 9. dobry. Zgon 16. 9. 1924. Nie pozwolono na sekcję.

Obraz chorobowy zasługuje pod różnemi względami na uwagę. Można przyjąć, że jajko i nasienie już od samego początku były zakażone. Mamy tutaj do czynienia z obustronnie zakażonem małżeństwem, które nie leczone już przed urodzeniem powyższego dziecka okazywało klinicznie kiłę drugiego okresu. Dziecko rok wcześniej urodzone zostało z powodu tej ciężkiej infekcji martwe na świat wydane, co można sobie wytłumaczyć w/g Fabryego[2]) rozsianiem prątków bladych w łożysku: podczas gdy powyższe żywe dziecko zupełnie było donoszone. Więc mimo tak ogromnego rozsiania prątków w łożysku między 6 i 9 miesiącem nie przyszło do obumarcia płodu lub do poronienia. (Wagner[3]). Musimy raczej przyjąć, że dziecko od początku jajka aż do śmierci t. j. 11 tygodni po urodzeniu, razem więc w przeciągu 12-tu miesięcy przechodziło wszystkie trzy okresy kiły i że okres między drugim a trzecim okresem trwał tylko 3 tygodnie. Ów szybki rozpad kilakowy kości nosowych i owe wrzodziejące kilaki, które się niewątpliwie znajdowały na udach powstały więc w przeciągu kilku dni.

Przeciętnie przy kile u dorosłych potrzeba 4, 5 i nawet o wiele więcej lat, ażeby wykwity t. zw. trzeciego okresu się rozwinęły, można więc w naszym przypadku z pewnością przyjąć, że zarodek już przy karjokinezie zakażony (więc już z góry kiła drugorzędna) przy dalszem dzieleniu komórkowem mógł się rozwijać tylko pod stałym wpływem jadów. Ponieważ tworzący się płód z góry przesiąknięty był kiłą, można mojem zdaniem przyjąć, że przeciąg drugiego okresu u dorosłych został w takim stopniu skrócony co do czasu, że już krótko po urodzeuiu mogły się utworzyć kilaki. Na nasze polecenie poddali się rodzice leczeniu zaraz po przyjęciu ich dziecka. Przedsięwzięto w krótkich odstępach trzy leczenia. W r. 1922 matka znów powiła dziecko, gdy rzekomo próba Wassermanna była ujemna. Kazałem sobie na początku r. 1924 to dziecko pokazać, odczyn Wassermanna wypadł u niego ujemnie. Dziecko nie okazywało pod względem klinicznym żadnych cech kiłowych, także u obu rodziców odczyn Wassermanna wypadł teraz ujemnie. Na zapytanie, kiedy kiłowemu wolno zawierać małżeństwo, odpowiada się, że przeciętnie od 4 do 6 lat po wyleczeniu się. (Finger[4]). Widzimy więc, w tym przypadku bardzo wyraźnie jak nieobliczalna jest kiła, bo mimo bardzo ciężkiego zakażenia po 3 latach dziecko rodzi się zupełnie zdrowe i pozostało dotychczas przy zdrowiu. Porównaj także Salomona[5]) i Hochsingera[6]).

---

[1]) Erich Müller, Ges f. Kinderheilk. Leipzig 1922.

[2]) Fabry. Med. Klinik 1923 Nr. 2.
[3]) Wagner. Prag. med. Kl. 1923 Nr. 1.
[4]) Finger. Syphilis u. Ehe. Wien. Marhold.
[5]) Salomon. Münch. med. Wochenschr. 1923 Nr. 25.
[6]) Hochsinger. Wien. med. Wochenschr. Nr. 8 i 9.

Ze stanowiska klinicznego i leczniczego wydają mi się zajmujące dalsze 2 przypadki, które niniejszem pozwalam sobie przytoczyć.

Dziecko J., ur. 23. 7. 1923, Nr. 78, do szpitala przyjęte 3. 8. 1923, więc 11 dni liczące. Dziecko pochodzi od blisko 40-to letniej niezamężnej matki, która przed rokiem uległa zakażeniu kiłowemu. Dokładny czas zakażenia matki nie znany, dotychczas nie była leczona.

Stan w chwili przyjęciu do szpitala: Dziecko o ciężarze 3000 gr. donoszone, prawidłowy poród, na dłoniach i podeszwach *pemphigus lueticus, lues maculo-papulosa* na tułowiu i kończynach, sapka wskutek suchego nieżytu nosa, łojotok (*seborrhoe*) powiek, wyczuwalne gruczoły karkowe, łokciowe i pachwinowe, śledziona i wątroba powiększona.

Po 4-dniowym pobycie rozpoczęto leczenie swoiste: Wstrzyknięcie 0,1—0,2 cm. sz. następującego rozczynu: Sublim. 0.2, Natr. chlor. 0.2, Aq. steril. ad 10.0 na przemian z neosalwarsanem 0.04—0.075. Wobec neosalwarsanu istniała na początku lekka idjosynkrazja, która się objawiała wymiotami, lecz później ustąpiła. Od 6 do 9 wstrzyknięcia stosowano neosalwarsan do *sinus longitudinalis*, bez żadnych ubocznych następstw. Doskonale udawał się ten zabieg: przy dokładnym nadzorze i dobrem ustaleniu główki dziecka leżała igła dobrze w zatoce. Po 5 zastosowaniu wystąpiły w tym samym dniu 2 razy wymioty połączone z kurczami (drgawkami) klonicznemi obu kończyn dolnych, które na następny dzień przybrały w rozmiarach. Dwa dni później nastąpiły kurcze obu ramion. W dniach następnych prawie wciąż kloniczne drgawki lub nawet stan tonicznych drgawek. Powyższy stan trwał 8 dni, złagodzono go przez wielkie dawki chloralu w postaci lewatyw. Stan ogólny dziecka był bardzo lichy. Akcję serca podtrzymywano dużemi wstrzykiwaniami podskórnemi kofeiny 3 razy dziennie. Przyjmowanie pokarmów odbywało się w okresach wolnych od napadów, jednakże znośnie, poza tem za pomocą zgłębnika: czynność jelit i pęcherza była zadowalająca. Po 8-miu dniach ustąpiły drgawki i pomału także wszystkie porażenia. Okazało się jednak, że lewa ręka i prawa noga były bardzo osłabione. Kurację wznowiono po 14-dniowej przerwie, lecz już nie wstrzykiwano do zatoki, tylko do żyły. Po 12 wstrzyknięciu okazało owe dziecko taką wrażliwość wobec neosalwarsanu, jak biegunka, osłabienie akcji serca, gorączka, — że przerwano leczenie. Później zachorowało dziecko na chorobę okolicznościową (grypa), która jednakże miała przebieg bardzo lekki mimo ciężkości owego schorzenia u innych dzieci. Mimo dodawania mleka kobiecego dziecko bardzo mało przybierało na wadze. Po 6 tygodniach mniej więcej pojawiła się czyraczność (ropowica) jako pierwszy objaw świeżego nawrotu kiłowego. Próba Wassermanna wypadła dodatnio, gdy 3 tygodnie wcześniej była ujemną. Z nowem leczeniem zapomocą wstrzykiwań czekaliśmy, ażeby dalsze objawy spostrzegać i faktycznie pokazały się 14 dni później około odbytnicy typowe kłykciny sączące. Rozpoczęto 2 leczenie za pomocą wstrzykiwań (2 razy tygodn). Już po 2 strzykawce sublimatu (0.2) znikły owe kł. sącz. Teraz dziecko się istotnie poprawiło, a leczenie (po części do żyły ręki) znosiło bez trudności (2 razy tygodniowo sublimat, potem raz tygodniowo neosalwarsan). Objawy porażenne na nodze i ręce, które już przy końcu pierwszego leczenia ustąpiły, zostawiły i teraz w prawej nodze pewne osłabienia po sobie. Ponieważ po 6 wstrzyknięciu neosalwarsanu znowu pojawiły się lekka gorączka i wymioty, przerwano leczenie na 4 tygodnie, potem prowadzono je dalej. Teraz stosowaliśmy bismogenol na przemian z neosalwarsanem (12 strzykawek). Począwszy od zakończenia leczenia do dzisiaj (5 miesięcy) stan dziecka jest bez zarzutu. Ciężar jego wynosi przy zamknięciu tego sprawozdania 8½ kg. Dziecko stoi na nóżkach, siedzi swobodnie, nie okazuje żadnych objawów krzywicy, (Hb) hemoglobina wynosi podług Sahli'ego 90%, odczyn Wa ujemny, umysł rozwija się bardzo korzystnie w stosunku do ciała.

Ch. Bl. 1924 Nr. J. 11, ur. 27. 12. 1923. W 4 tygodniu życia z powodu zaniedbanego nieżytu kiszek przyjęta do kliniki. Skłonność do zakażeń parenteralnych. Osłabienie akcji serca. Po 6-cio miesięcznym pobycie przy niedostatecznym rozwoju nagle sapka, świecące podeszwy, odczyn Wassermanna +++ dodatni. Rozpoczęcie leczenia. Przedsięwzięto wstrzykiwania do zatoki, neosalwarsanu 0,045 dwa razy tygodniowo, dochodząc do 0.075. Dziecko znosiło wstrzykiwania bez żadnych następstw. Dopiero po 5 zastrzyku nastąpiły nagle kloniczne drgawki obu nóg, później także obu rąk. 3 dni kolejno kilkurazowe wymioty. Ogólne osłabienie z udziałem serca. Kamfora, kofeina. Musiano przez 8 dni zastosować chloral. Podczas acne były kurcze czasami ciągłe i toniczne.

Naraz nastąpiło po 10-ciu dniach polepszenie. Wstrzykiwania przedsięwzięto odtąd do żył ręki, co dziecko dobrze znosiło. Czyraczność i grypa, które się później wywiązały bardzo zniszczyły dziecko. 4 miesiące później nawrót kiły. Bismogenol i neosalwarsan stosowano naprzemian (dwa razy tygodniowo), znoszone bardzo dobrze przez dziecko. Po 12 strzykawce znajdowało się dziecko w wyśmienitym stanie rozwojowym i było wolne od kiły. Chory rozwijał się (7 miesięcy temu) w dalszym ciągu bardzo korzystnie tak pod względem cielesnym jak i umysłowym. Siedzi i stoi o własnych siłach, i waży 7½ kg (12 miesięcy).

Oba przypadki mają za sobą to wspólne, że silny odczyn wystąpił po zastrzykach do zatoki. Obu dzieciom służyły z początku owe wstrzykiwania zatokowe doskonale. Oboje okazywały potem nagle owe ciężkie, anatomicznie dobrze zrozumiałe objawy, albowiem przy zastrzykiwaniu dostało się prawdopodobnie do ośrodka dla ruchów kończyn dolnych cośkolwiek płynu, który się powoli na dół obniżył, aż do ośrodka dla ruchów kończyn górnych. W taki sposób można sobie wytłumaczyć początkowe kurcze naprzód w kończynach dolnych a dopiero później w kończynach górnych. Po ustąpieniu zwiększonego ciśnienia, prawdopodobnie po resorbcji nastąpiła pomału *restitutio ad integrum*. Drgawki i objawy porażenne znikły. Mimo to nie odważyliśmy się po takich doświadczeniach już więcej stosować zastrzyków do zatoki, bo mimo pewnego przebywania igły w zatoce, wprowadzonej przez technicznie doświadczoną rękę, mogą najdrobniejsze poruszenia główki dziecięcej nawet przy najlepszem unieruchomieniu spowodować takie groźne i bardzo niepokojące okoliczności uboczne. Z drugiej zaś strony nie zapobiega absolutnie owe energiczne leczenie — jak oba przypadki pouczają — wystąpieniu nawrotów.

Odczyn Wassermanna u osesków nie jest zawsze miarodajny, ponieważ wypada czasami w przypadkach klinicznie niewątpliwych, ujemnie. Dlatego powinien zawsze obraz kliniczny decydować o początku leczenia. W wielu przypadkach mogliśmy dopiero przez wstrzyknięcie prowokacyjne neosalwarsanu spowodować dodatni odczyn Wassermanna.

Co do techniki pobierania krwi u osesków, to najwygodniejsze jest według mego zapatrywania pobieranie jej z zatoki. Przy 77 nakłuciach zatoki *lege artis* według Tobler a [7]) wykonanych, nie spostrzegłem żadnych objawów chorobowych lub jakich innych nieprzyjemnych zaburzeń. Z drugiej strony wydobycie krwi ze żyły ramieniowej lub głowowej jest czasami technicznie trudne do wykonania, tak samo jak wstrzyknięcie dożylne neosalwarsanu. Nie zawsze udaje się ono u osesków, przeważnie w praktyce prywatnej. Też u dzieci starszych we wieku 2—6 lat nie daje się zawsze wstrzyknięcie dożylne według mego zapatrywania wykonać, a przeważnie u dzieci niespokojnych. Najłatwiejsze wydobycie krwi w takich przypadkach jest za pomocą bańiek. Powtórne sprowadzenie takich dzieci do lekarza jest często niemożliwe i twierdzenie niektórych autorów, że wstrzykiwania dożylne u osesków i dzieci rzekomo »zawsze są łatwe« do wykonania dla wolno praktykujących, jednak nie sprawdzają się. Nie ulega wątpliwości, że naprzód trzeba dążyć do dożylnego wstrzyknięcia neosalwarsanu, lecz ten zabieg, jak wyżej wspomniałem, nie jest łatwy do wykonania w prywatnej praktyce u małych dzieci, ponieważ trzeba się zawsze liczyć z usposobieniem rodziców dziecka, których nie można więcej skłonić do zjawienia się u lekarza, jeżeli zabieg ten się nie udał przy pierwszym razie. Z drugiej zaś strony wstrzyknięcie dożylne w klinice przy pewnej zręczności jest zwykle do wykonania mimo, że żyły głowy mojem zdaniem nie zawsze nadają się do tego, ponieważ są za cienkie i usuwają się. Zastosowanie środka wprost do zatoki nie radziłbym w praktyce prywatnej ponieważ, zabieg ten nie zapobiega nawrotom. Głęboki zastrzyk neosalwarsanu na powięź uda, osiąga w połączeniu z rtęcią lub bismogenolem zazwyczaj dobre skutki i jest dla praktyki najłatwiejszy. Mimo to chciałbym przy wielkiej ilości przypadków korzystnie przeprowadzonych wspomnieć o jednym, który wskazuje, że i przy prawidłowej technice nekrozy czasem są nie do uniknięcia.

Dziecko Fr. M. 1920 J. Nr. 40 liczące 7 tygodni z osutką plamisto-guzkową. Rodzice rzekomo przed urodzeniem dziecka leczyli się. Wassermann —, ciężar dziecka 4.000 gr. Zastosowanie leczenia za pomocą zastrzyków. Dawki jak wyżej lecz na powięź uda (neosalwarsan). Po wstrzyknięciu *lege artis* wykonanem w górny zewnętrzny kwadrant, pojawiła się u dziecka głęboka nekroza. Po roku silny przykurcz wskutek blizny i upośledzony chód. Teraz — po 3 latach — zaburzenia w chodzeniu usunięto, lecz pozostała głęboka blizna.

[7]) Tobler. Monatschr. f. Kinderheilk. 13. 1915.

Takich wypadków ogólnie znanych, lecz w piśmiennictwie mało opisanych nie można uniknąć. Ważne jest przedewszystkiem, aby wstrzykiwać w górny zewnętrzny kwadrant, unikając n. kulszowego i jego rozgałęzień, aby przy wystąpieniu nekrozy, ta okolica jak najmożliwiej była uchroniona.

Co do naszego leczenia w ogólności, pozwolę sobie wspomnieć co następuje: u dzieci kiłowych, leczonych przed wojną w naszem schronisku dla osesków zastosowano przez Heubnera gorąco polecone leczenie według Immerwohla, które także Salge w swojem dziele i swoim podręczniku terapeutycznym podnosi, i to: sublimat 0 2, Natr. chlor. 0.2 Aq. dest. ad 10.0 S; 0.2 cm. sz. raz tygodniowo, na powięź pośladkową. Powyższą metodę dla dzieci najmniej szkodliwą i stosunkowo mało prowadzącą do nawrotów zastosowałem w czasie przedsalwarsanowym tak w praktyce prywatnej, jak i w szpitalu i uważam ją za wybitnie korzystną, ponieważ można ją stosować parenteralnie i najdokładniej dawkować. Niestety mogłem tylko 32 dzieci do 10 r. życia badać po leczeniu, z tych żadne nie miało klinicznego nawrotu. 10 razy został odcz. Wassermanna wykonany z wynikiem ujemnym. Przy kąpielach sublimatowych, kalomelu w zastosowaniu wewnętrznem, dalej przy protojodurecie widziałem liczne wyniki niepewne. Żołądek często oddziaływa i to brakiem łaknienia. Ostatecznie leczenie zapomocą wcierek stosowane przez laika według mego doświadczenia nie może się porównać z leczeniem zapomocą wstrzyknięć stosowanem przez lekarza. Dobre doświadczenia, jakie zdobyliśmy wstrzyknięciami sublimatu u osesków skłoniły nas do zużytkowania owej metody w kombinacji z neosalwarsanem od czasu pojawienia się tego środka leczniczego. Jako przykład naszego leczenia, które w ostatnich latach uważaliśmy za lepsze od leczenia wcierkami w połączeniu z salwarsanem, możemy zanotować 36 całkowitych spostrzeżeń klinicznych z dotychczas tylko 4 nawrotami.

Zastosowaliśmy najprzód 1—2 zastrzyków sublimatu (porównaj wyżej) później naprzemian neosalw. z sublimatem. Neosalw. w dawkach od 0.045 do 0.075, dopiero od 8 zastrzyku 0.15. Przy takiem stopniowem stosowaniu nie spostrzegliśmy prawie nigdy żadnych objawów szkodliwych wywołanych przez ten środek. Od 4 tygodnia wstrzykiwaliśmy 2 razy w tygodniu, t. zn. raz sublimat, raz neosalwarsan. Takie leczenie obejmuje 18 zastrzyków. Po upływie dalszych 4 tygodni robiono odczyn Wassermanna. W razie wyniku ujemnego następowała przerwa, a po 6 tygodniach wykonywano wstrzyknięcie prowokacyjne i odczyn Wassermanna. Przy nawrocie następowało ponowne leczenie, składające się z 12—18 zastrzyków. Wyniki nasze mimo ciężkich przypadków w ogólności były dobre, zwłaszcza, że nasz materjał przy prawie najgorszych pod względem higjeny stosunkach składa się z dzieci niedonoszonych, słabych, lub przed urodzeniem pod względem zdrowia uszkodzonych, mało odpornych, od rodziców także z innemi schorzeniami jak n. p. *phtisis*. Podczas, gdy dawniej często kwestjonowaliśmy wartość leczenia stosowaniem dawek neosalwarsanu za szybko stopniowanych, co w 5 przyp. dawało przy objawach wymiotów i wysokiej ciepłoty mylnie obraz ciężkiej grypy, możemy przy zastosowaniu powyżej wymienionej metody uniknąć takich nieprzewidzianych zaburzeń.

U szeregu dzieci widzieliśmy już przy końcu korzystnie przebiegającego leczenia za pomocą neosalwarsanu dość szybkie przybieranie na wadze i wyśmienity wygląd, inne zaś dzieci przyszły do siebie krótko po ukończeniu wstrzykiwań i okazały wybitny wzrost, co dawniej w epoce przedsalwarsanowej nigdy się nie zauważyło: także funkcje statyczne polepszały się znacznie i szybko. Jest to prawdopodobnie działanie arsenu, podobne do tego, jakie zauważamy w okresie zdrowienia przy innych chorobach lub po dekompozycji u osesków i dzieci po wstrzykiwaniach solarsonu; bardzo korzystnem jest leczenie za pomocą ciał białkowych celem uczynniania protoplazmy; posługiwaliśmy się w tych przypadkach przy dokładnej kontroli progu pobudliwości chętnie małemi ilościami kaseosanu lub mleka sterylizowanego kobiecego lub krowiego względnie surowicy według Czerny'ego i Eliasberga [8]).

Ważne zdaje się być na początku leczenia, przyzwyczajanie powolne ustroju do neosalwarsanu, przez wstrzykiwania rtęci lub bismogenolu. Bismogenol stosowany ostrożnie, wśródmięśniowo 0.1—0.5, znosi ustrój bardzo dobrze. Stosowałem go w 10 przypadkach w kombinacji z neosalwarsanem i nie zauważyłem nigdy żadnych zaburzeń lub dolegliwości. Nacieków bardzo uporczywych, spostrzeganych przez innych lekarzy nie spostrzegaliśmy nigdy przy stosowaniu małych dawek. Nie występowała także żadna bolesność tak podczas jak i po wstrzyknięciu. Bismogenol wydaje się więc być środkiem bardzo stosownym do kombinowanego leczenia kiły neosalwarsanem. Przy stosowaniu salwarsanu srebrowego, użytego tylko w 2 przypadkach, nie widzieliśmy żadnych korzyści, ale i także żadnych zaburzeń. Dopiero po zastosowaniu 2—3 wstrzyknięć bismogenolu wolno ostrożnie i przy dokładnem klinicznem spostrzeganiu rozpocząć leczenie neosalwarsanem. Mimo to nie można czasami uniknąć zaburzeń spowodowanych przez neosalw. Tak można zauważyć u niektórych dzieci zwyżkę ciepłoty i wymioty w dniu zastrzyku. Te objawy jednakże ustępują bez dalszych następstw. Przy ciężkich objawach podobnych do grypy należy natychmiast zaprzestać leczenia.

W naszym szpitalu umarło wskutek ciężkiej infekcji 20%. Często jest ropowica lub inna jakaś choroba zakaźna n. p. nagle występująca grypa względnie odra lub koklusz, okolicznością ciężko zagrażającą życiu, a nawet śmiertelną dla dzieci. Przy grypie stosowaliśmy w 12 przypadkach u dzieci kiłowych zapobiegawczo i nawet leczniczo *aplexil* z wyśmienitym skutkiem (wyrób firmy L. Spiessa, Warszawa) lub jakąś inną surowicę wielowartościową 0.1 – 0.5 stosownie do wieku i wielkości, w połączeniu z 0.1—0.2 kaseosanu, co wstrzykiwaliśmy co 2 dzień. Jeżeli się nie przekroczy progu pobudliwości, co według mego zdania jest najważniejszem przy każdej swoistej i nieswoistej proteinoterapji nie można przynajmniej zaszkodzić. Jesteśmy tego zdania, że zapobiegnięto przez to zakażeniu grypowemu w 6 przypadkach, bo na tej samej sali chorych zachorowały ciężko dzieci, którym nie wstrzyknięto; później ostrożnie zastosowana surowica wielowartościowa z kaseosanem nie miała już żadnego korzystnego wyniku (*exitus*). Przy wybuchu odry należy szczególnie według mego zapatrywania stosować na oddziale kiłowym zapobieganie i to jak najwcześniej postępując według Dekwitza. Zaburzenia w odżywianiu znoszą dzieci przeważnie dobrze, zwłaszcza przy zastosowaniu specjalnej dietetyki i to najlepiej przez podawanie mleka kobiecego. Z drugiej zaś strony wydają się być dzieci nieodpornemi wobec zakażeń wszelkiego rodzaju. Należy więc, jak wszędzie, tak szczególnie na oddziale kiłowym dla osesków i małych dzieci opanować każde zakażenie domowe i nie przyjmować żadnego dziecka na oddział kiłowy bez poprzedniej kwarantanny.

Z historji medycyny.

Dr. ZIEMBICKI. Lwów.

Z dziejów szpitalnictwa lwowskiego.

Widując do niedawna jeszcze na ulicach Lwowa na pół ślepego dziadka o kiju, odzianego zimą i latem w tabaczkowy płaszcz z peleryną, owiniętego po uszy staroświeckim buraczkowym szalem, — nie jeden z młodszych Kolegów nie wiedział z pewnością, że ma przed sobą senjora stanu lekarskiego, nietylko w mieście, ale w całem państwie naszem, że ma przed sobą postać, związaną przez długie dziesiątki lat z historją i rozwojem naszego szpitala, że ma przed sobą niezwykły typ człowieka, którego burzliwy temperament i niebezpieczna energja niosły przez życie niezawsze szczęśliwie — ale go niosły i przez liczne szkoły początkowe i średnie: jako ucznia; i przez księgi święte, kościoły i klasztory: jako adepta teologji; i przez tajemne kadry agitacji rewolucyjnej;

[8]) Czerny-Eliasberg. Wochenschrift f. Kinderheilunde 18. Nr. 1. 1920.

jako powstańca; i przez prosektorja, kliniki, szpitale wszystkich prawie stolic europejskich: jako lekarza.

A że, jak się rzekło, historja tej niepospolitej jednostki wiąże się z historją szpitala lwowskiego, ta zaś historja z owych zwłaszcza czasów mało jest znaną naszemu ogółowi lekarskiemu, przeto może nie od rzeczy będzie przypomnieć parę szczegółów, parę dat starych, parę nazwisk zapomnianych, parę obrazów minionych.

* * *

Zacznijmy od kilku historycznych dat szpitalnych.

Dosyć rozpowszechnionem wydaje się mniemanie, jakoby gmach szpitalny był pierwotnie klasztorem.

Nic podobnego.

Czcigodny infułacie, biskupie sufraganie in partibus infidelium, księże Samuelu Rochu Głowiński! pozwól, że w Twojem imieniu sprostuję błąd, tak często powtarzany.

Ten wielki budowniczy i fundator, którego energiczną, zdrową postać o pełnej, uśmiechniętej twarzy, przedstawia staroświecki portret, zdobiący ścianę sali dyrekcyjnej naszego szpitala, miał coś lepszego na celu, kładąc kamień węgielny pod te potężne mury, aniżeli stworzenie koszar klasztornych dla kilkunastu ascetycznych mnichów.

Budował on zakład wychowawczy dla młodzieży, mający jedynie pozostawać pod opieką i kierownictwem znakomitych OO. Pijarów, pod nazwą: »*Collegium nobilium*«. Złp. 60.000 poszło na budowlę. Fundację osobną przeznaczył Głowiński na utrzymanie zakładu. Kto wie, czy do dziś nie żyją jeszcze ówcześni świadkowie tej fundacji, chociaż minęło od tej pory przeszło półtora wieku. Kto wie, czy idąc na przechadzkę do Winnik, do Podbereżec, Łyczakowskim gościńcem na wschód od miasta, nie spotkasz przechodniu gdzieś wśród starodrzewu świerkowego i bukowego starowiny, pamiętającego rok 1762, w którym te lasy i dobra zostały przeznaczone na prowadzenie *Collegium*.

Ale lasy wraz z krajem i wraz z jego fundacjami przeszły przez burze i przewroty, przez łaskę i niełaskę tronów nowych i gabinetów cesarskich.

I chociaż Marja Teresa w r. 1776 zatwierdza fundację X. Samuela, nadając jedynie, stosownie do swego imienia, zmienioną nazwę zakładowi: »*Collegium Nobilium Theresianum*«, — to cesarz Józef II. poprostu sobie t. zw biletem odręcznym w r. 1783 przechodzi do porządku dziennego nad wolą fundatora, przeznaczenie zakładu przekreśla i gmach oddaje BRACIOM MIŁOSIERDZIA. Dlaczego? Dlatego, że rząd ówczesny dalekim był od zamiaru tolerowania we Lwowie wspaniałego zakładu wychowawczego dla polskiej szlacheckiej młodzieży. We Lwowie szukano równocześnie pomieszczenia na szpital wojskowy. Na ten cel mianowicie upodobano sobie dotychczasowy klasztor ze szpitalikiem Braci Miłosierdzia, czyli t. zw. Bonifratrów, przy dzisiejszej ul. Łyczakowskiej. Trzeba ich było stamtąd usunąć. Tak się też stało, siedzibę Bonifratrów zamieniono na szpital garnizonowy, będący dzisiejszym okręgowym szpitalem Wojsk Polskich we Lwowie.

A ponieważ łatwiej było cesarzowi, a względami politycznemi bardziej było wskazanem: skasować zakład wychowawczy, niż klasztor, zwłaszcza klasztor ze szpitalem, przeto ofiarą padł gmach fundacyjny, do którego przeniesiono Bonifratrów na miejsce *Collegium Głowińskiego*. Definitywne zamknięcie zakładu wychowawczego, a raczej już tylko mieszkalnego, czyli t. zw. konwiktu, zostało, w ślad za wspomnianą decyzją cesarza, zrealizowanem na podstawie dodatkowego postanowienia najwyższego z dn. 14 sierpnia 1784., w którem wyraźnie powołano się na »ważne polityczne i moralne powody«.

Dawne *Collegium Nobilium Theresianum*, zwane też Akademją Stanową, zostało połączone z zakładającym się właśnie uniwersytetem, w ten sposób, że na naukę przedmiotów specjalnych, nie udzielanych na żadnym wydziale, przeznaczono kilka sal uniwersyteckich. Z funduszów Głowińskiego utworzono stypendja, a nadto utrzymywano z nich nauczycieli języka francuskiego, włoskiego, rysunków, metra tańców, szermierki i jazdy konnej, (Finkel, Historja Uniwersytetu Lwowskiego, str. 137).

W dawnym budynku zakładowym, naszym dzisiejszym szpitalu, rozgościli się więc Bracia Miłosierni. Ale ich swoboda nie długo trwała. Postanowieniem kancelarji nadwornej z dnia 2 maja 1785 r., przeznaczając nasz budynek już wyraźnie na szpital Bonifratrów, zabrano na jego utrzymanie różne fundusze, a także i fundusze biednych braciszków, im zaś dano sposobność okazania się w dalszym ciągu miłosiernymi, bo wyznaczono im rolę obsługiwania chorych, jakoteż dostarczania tym chorym bielizny i wiktu.

Niebawem jednak, bo w tymże roku Pańskim 1785., skasowano zupełnie Zgromadzenie Braci Miłosierdzia. Podzieliło ono wówczas los wielu innych Zgromadzeń.

Zakład przeszedł w zarząd świecki.

Jeszcze trochę czasu upłynęło na zupełną likwidację poprzedniego stanu rzeczy, między innemi na usunięcie z gmachu rozmaitych kalek, których przeniesiono do budynku św. Łazarza (w górnej części ul. Kopernika, zwanej niegdyś Szeroką), wreszcie na potrzebne urządzenia, tak, że dopiero w r. 1789., a może 1790., został nasz szpital ostatecznie otwartym, a to pod kierownictwem ówczesnego, trzeciego z rzędu w Galicji, protomedyka, którym był niejaki Pressen. Nawiasowo wspomnę, że pierwszym protomedykiem Galicji był zasłużony polak, dr. Krupiński, drugim zaś, po śmierci Krupińskiego, cudzoziemiec Mac-Hugh. Szumowski, prof. historji medycyny, obecnie w Krakowie, poświęcił Krupińskiemu znakomite dzieło, które uwadze interesujących się dziejami naszej medycyny polecam. (»*Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka,* 1772—1783.« Lwów 1907., nakładem Tow. dla popierania nauki polskiej).

Oto data powstania naszej instytucji, odległa od nas o lat 134.

Wracając do Ks. Głowińskiego, nadmienić wypada, że powszechnie znane stypendja jego imienia dla kształcącej się młodzieży były od chwili wprowadzenia autonomji Galicji rozdawane przez b. Wydział Krajowy, a obecnie przyznaje je Tymczasowy Wydział Samorządowy we Lwowie.

Czy jednak duch fundatora, dziś, po restytucji Państwą Polskiego, nie upomni się też i o restytucję zakładu, który my zajmujemy wbrew jego woli i wbrew przeznaczeniu? Duch się z pewnością nie upomni, z żyjących zaś nikt tej kwestji dotąd nie porusza.

* * *

Szpital składał się z początku z trzech oddziałów, czyli zakładów: chorych — położnic — i obłąkanych.

Później przyłączono do niego t. zw. Zakład Kliniczny.

Najpierw zakład chorych, potem zakład położnic i obłąkanych przeniesiono na fundusze lokalne, względnie krajowe. Tylko Zakład Kliniczny pozostał państwowym i otrzymywał dotację z t. zw. funduszu edukacyjnego.

Zakład kliniczny powstał w r. 1785 t. j w następstwie kreowania we Lwowie Uniwersytetu, w którym przewidziany był i wydział medyczny. Inauguracja Uniwersytetu Józefińskiego odbyła się, jak wiadomo, w r. 1784 dnia 16 listop. Poprzednio, t. j. od chwili mianowania Krupińskiego protomedykiem, istniało we Lwowie t. zw. Kolegium medyczne, stworzone mocą obecności we Lwowie pięciu urzędników sanitarnych z protomedykiem na czele. Obok czynności sanitarno-administracyjnych załatwiało ono wszelkie przedmioty ochrony zdrowia, było władzą przełożoną wszystkich lekarzy, chirurgów, aptekarzy, akuszerek, cyrulików, dentystów, okulistów, operatorów kamieni. Do kolegjum należało nauczanie medycyny (*Medizinal-Lehre)* i ład w medycynie (*Medizinal-Ordnung*).

»Pilnowanie ładu w medycynie — pisze Szumowski w swem dziele o Krupińskim (str. 143) — polegało na wydawaniu opinji w razie nieporozumień lub wykroczeń, które się zdarzają w nauce lekarskiej, chirurgji, położnictwie i aptekarstwie, bądź gdy chodzi o błąd w sztuce, bądź gdy chodzi o zbyt wysoką zapłatę (*excessus sostri)*«.

Ten surogat wydziału medycznego, z chwilą, gdy powstał wydział rzeczywisty, został rozwiązany. Ale dzieje owego pierwszego we Lwowie wydziału lekarskiego były smutne. Opisuje je w sposób szczegółowy Finkel (Hist. Uniw.

str. 102). Zdyskredytowany dzięki złemu doborowi ludzi, fakultet ten sam sobie zgotował zgubę i przetrwał ledwo 4 lata. Już w r. 1788 zredukowano go do rozmiarów szczątkowych. W kilkanaście zaś lat później, bo w r. 1805., został cały uniwersytet Józefiński przeniesiony do Krakowa. Lukę powstałą zapełnia częściowo t. zw. Liceum Lwowskie, z pominięciem jednak działu lekarskiego. Wkrótce po kongresie wiedeńskim, a mianowicie w r. 1817., zostaje jednak reaktywowany Uniwersytet we Lwowie. Kraków uznany był bowiem za wolne miasto, a i Warszawa zdawała się stwarzać konkurencję, jako atrakcja dla młodzieży akademickiej wobec zapowiedzi Aleksandra I. Uniwersytet lwowski ufundowano wszakże bez wydziału lekarskiego. Dopiero w r. 1833 powstaje t. zw. Instytut Medyko-Chirurgiczny, który przetrwał aż do r. 1874. Przy tymto instytucie pracuje cały szereg osobistości, znanych nam jeszcze z niedawnej doby, a pozostających w bliższym lub dalszym, stosunku z naszym szpitalem. Ostatnim z nich był ś. p. prof. Adam Czyżewicz *(sen.)*, który po zwinięciu Instytutu medykochirurgicznego spensjonowany, przydzielony został z pozostawieniem tej samej t. j. VII rangi służbowej do pozostałej po Instytucie szkoły położnych, jako kierownik, będąc zarazem od dawna prymarjuszem szpitalnego oddziału chorób kobiecych.

Naczelny zarząd szpitala pozostawał do r. 1866 w ręku władz rządowych. W tym roku przeszedł w ręce Wydziału krajowego.

Objęcie szpitala lwowskiego przez kraj w r. 1866 wprowadza nas w epokę, w której na widownię lekarską wchodzi ś. p. Sawicki.

* * *

Edward Sawicki ujrzał świat w Pieniakach, w powiecie Brodzkim, w r. 1833. Nauki pobierał w Brodach, Brzeżanach i Tarnopolu. W latach 1853—1857, jako wychowanek seminarjum duchownego, uczęszczał na Wydział Teologiczny Uniwersytetu Lwowskiego, poczem zapisał się na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej i tam doktoryzował się w r. 1862., w r. 1863 zaś otrzymał dyplom. W obu tych pierwszych latach po doktoracie pełnił obowiązki asystenta przy katedrze fizyki.



Ale rok 1863 nie był rokiem przeznaczonym na cichą pracę naukową.

Sawicki został członkiem t. zw. Ławy Krakowskiej, organizacji powstańczej i zrazu brał w niej bardzo czynny udział. Do ostatnich dni swego długiego życia zachował żywo w pamięci najdrobniejsze szczegóły z tego okresu. Chętnie opowiadał, jak to n. p. dzięki znajomości wielu języków był wyznaczony do pertraktowania z zagranicznymi wysłannikami. Do Ławy Krakowskiej zgłosił się nasamprzód wysłannik Wiktora Emanuela. Przyjmowali go: Sawicki, Viehauser i Lipczyński. Poseł proponował, by Polacy w obozach swych okrzyknęli królem polskim jednego z astryjackich arcyksiążąt, żeby natomiast zrezygnowali raz na zawsze z ziemi poznańskiej na rzecz Prus. Objaśnił go Sawicki, że pełnomocnictwa Ławy nie sięgają tak daleko, aby się mieszać do sprawy obsadzenia tronu, co zaś do odstąpienia dobrowolnego najstarszej dzielnicy polskiej wogóle mowy o tem być nie może.

Innym razem przybył do nich Władysław (Lajos) Csaki ze Spiżu w imieniu Węgrów. Obiecywał pieniądze, broń i ludzi. Nadzieje na pieniądze i broń przyjęto z entuzjazmem. Ludzi jednak, których Węgrzy przygotowywali z zamiarami wrogimi przeciw Austrji nie przyjęto bez zastrzeżeń. Gdy zaś Sawicki przedstawił tragiczne i niemal beznadziejne położenie strategiczne, skończyło się na niczem. Powstańcy byli z trzech stron otoczeni. Nota Napoleona III. przeszła szczęśliwie przez Londyn, ale utknęła w Berlinie, który zajął stanowisko dwuznaczne. Austrją, czekająca tylko na to, zmieniła również postawę neutralną i zaczęła aresztować. Wołek, Dr. Łukaszewski i w. in. salwowało się ucieczką na Wołoszczyznę. Zabrakło broni i amunicji. Obiecana przez Węgrów i transportowana w beczkach ze smalcem została wskutek denuncjacji szpiegów przez Austrję przejęta. Śliczne na pozór karabiny, otrzymane z Belgji, miały tylko ten mały mankament, że zamki na kapsle nie posiadały otworów. Z chwilą wreszcie, gdy Agaton Giller powierzył władzę Elżanowkiemu, Sawicki, uważając to za krok fatalny wycofał się zupełnie z organizacji.

W r. 1864 widzimy go jako lekarza praktykującego w Tarnopolu.

W r. 1868 w Trembowli. gdzie został lekarzem powiatowym.

W r. 1870 uzyskuje we Wiedniu dyplom doktora chirurgji.

W r. 1872 jedzie w świat i zwiedza kliniki niemieckie. Jest to jego pierwsza podróż naukowa.

W r. 1873 dzięki nieszczęśliwym operacjom finansowym traci cały majątek żony, nadwerężony już i tak przez podróż.

Szukając wyjścia, stara się o posadę lekarza kolejowego przy koleji czerniowieckiej. Wtedy to koledzy jego: Rożański, prymarjusz oddziału kiłowo-skórnego męskiego, Opolski, wówczas prymarjusz oddziału obłąkanych kobiet i Wołek, sekundarjusz oddziału ocznego, zachęcili go do przedsięwzięcia starań o posadę w szpitalu naszym. Starania te, poparte przez tak życzliwą opinję kolegów, powiodły się i Sawicki został w sierpniu 1873 mianowany ordynatorem, czyli prymarjuszem oddziału obłąkanych mężczyzn.

Oddział ten mieścił się tam, gdzie dziś znajduje się część żeńska oddziału W. III. Miał on wtedy 132 łóżek, do obsługi 18 posługaczy, prócz tego nadzorcę, zwanego prefektem, (którym był niejaki Jaroszyński, a którego zadaniem było czuwanie nad ładem i porządkiem, nad ścisłem wypełnianiem poleceń lekarskich i nad dobrem obchodzeniem się z chorymi).

W tem miejscu wypada słów kilka powiedzieć o najdawniejszej historji służby psychjatrycznej w naszym szpitalu.

Tu odstępuję głos Sawickiemu, cytując część jego sprawozdania, drukowanego w zbiorowem Sprawozdaniu Lekarskiem Szpitala powszechnego krajowego we Lwowie za rok 1873. (Tom, wydany z polecenia Wydziału Krajowego przez Dyrekcję Szpitala w r. 1875, drukowanej u Kornela Pillera i należący dziś do rzadkości bibljograficznych).

Rozdział, zredagowany przez Sawickiego, zaczyna się tam na str. 270 i zajmuje stronic 14.

Interesuje nas w tej chwili tylko wstęp tego rozdziału, następujący:

»1. Do końca zeszłego wieku żadne państwo oprócz Anglji nie miało przytuliska dla obłąkanych.

Gdzie rząd rozciągał opiekę swoją nad nimi, tam więzienie zbrodniarzy, lub najgorzej urządzone szpitale, były schowkiem, gdzie dręczono obłąkanych wszelkimi sposobami, na jakie dzikość, zabobon i ciemnota zdobyć się mogły.

Gdzie zaś nie było więzień i szpitali, tam ludzie, wilki, głód, mróz, upał, skracały życie szałowych i zadumowych. Do nieszkodliwych przyzwyczaili się ludzie i dozwalali ginąć im powoli.

Nie dziw więc, że im niższy stopień kultury w jakim narodzie tem mniej spotykamy obłąkanych. Śród dzikich i koczujących plemion są oni z powyższych przyczyn rzadkością.

Lecz nawet ów jedyny zakład angielski założony przez Edwarda IV. w r. 1547, miał na celu uwolnienie ludzi od obłąkanych, lecz tych nie uwalniał bynajmniej od złośliwej głupoty ludzkiej.

Nikt zresztą nie myślał wówczas o leczeniu obłąkanych. Dopiero Wiliam Perfect w Anglji, a Philippe Pinel we Francji i na kontynencie, założyli z końcem zeszłego stulecia pierwsze trwałe podwaliny w nauce i wykonawstwie do poprawienia niedoli obłąkanych.

Pinela naprowadził na to smutny wypadek, jaki zdarzył się jego przyjacielowi, który popadłszy w obłąkanie, tułał się po lasach, gdzie go wilki pożarły.

W angielskim narodzie wyszła myśl ludzkiego obchodzenia się z obłąkanymi od kwakrów. William Tuk kwaker, założył bowiem taki zakład koło New-York i na jego czele stanął sam w r. 1796.

2. W Polsce dola obłąkanych nie była lepsza; ginęli oni bez śladu śród samej ludności. W tym czasie, kiedy byłaby Polska poszła za przykładem Pinela i Perfecta, utraciła jako państwo swój byt.

Kiedy kraj nasz przeszedł pod panowanie monarchji austryjackiej, nie było nawet we Lwowie przytuliska dla obłąkanych.

Istniał od r. 1640 szpital Bonifratrów, dzisiejszy garnizonowy przy ul. Łyczakowskiej, założony przez Jana Sobieskiego ówczas chorążego koronnego; lecz do tego szpitala obłąkanych nie przyjmowano.

W całej monarchji austrjackiej nie było wówczas ani jednego zakładu dla tych chorych.

Dopiero cesarz Józef II. rozkazał wybudować w roku 1774 pierwszy taki zakład we Wiedniu.

W czterdzieście lat później wybudował rząd jeszcze jeden zakład w Pradze i Hall w Tyrolu.

Z czasu asolutnych rządów, nie masz innych zakładów w Austrji.

Natomiast obok powszechnych szpitali urządzono oddziały dla obłąkanych najgorzej urządzone, przeludnione, nie postępujące za przykładem wzorowych zakładów zachodnich, często nie mające nawet szczegółowo wykształconych lekarzy i pierwszych warunków zdrowia.

Do takich oddziałów należał z wielu względów oddział obłąkanych powszechnego szpitala we Lwowie.

Założenie jego przypada razem z otwarciem szpitala w dzisiejszym gmachu, po zniesieniu istniejącego tu pierwotnie zakładu wychowawczo-naukowego Pijarów i po zniesieniu szpitala Bonifratrów.

Stało to się z rozkazu cesarza Józefa z końcem zeszłego stulecia.

3. Stałe przyjmowanie obłąkanych po szpitala lwowskiego poczyna się od r. 1792 jak wykazuje statystyczna tablica I. ułożona według dzienników.

Do r. 1817 nie było jednak odosobnionych sal dla obłąkanych, lecz ilość przyjętych w tym czasie od 1792—1817 chorych na umyśle była w szpitalu wcale nieznaczna.

Nie było bowiem przymusu do oddawania obłąkanych z gminy do szpitala.

Lecz skoro starostowie otrzymali odpowiednie rozkazy takiego przymusu, skoro urządzono w r. 1817 osobny oddział w szpitalu; wkrótce nie tylko że liczba obłąkanych zwiększała się corocznie, lecz nastąpiło przeludnienie oddziału.

W r. 1827 otrzymał oddział osobnego lekarza, jednego na cały oddział, składający się z kobiet i mężczyzn. W r. 1843 przydzielono na oddział obłąkanych dwóch lekarzy, głównego i pomocnika. Zresztą do r. 1870 nic się nie stało, coby zasługiwało na wspomnienie.

Dla wewnętrznego urządzenia, dla rozszerzenia zakładu, dla polepszenia jego służby dozorczej, warunków higjenicznych i psychjatrycznych nic zgoła nie zrobiono.

Oddział spełniał trojakie zadanie, bo przechowywał, pielęgnował i leczył sobie powierzonych chorych w sposób, który już należy do milczącej historji.

Oddawna istniejący wydział profesorów szkoły chirurgicznej, nie zwrócił pod względem naukowym swojej uwagi na ten oddział.

Rząd zaś, który niewątpliwie znał stan oddziału i szpitala, nie mógł nic zrobić dla polepszenia jego.

Około 1858 myślano w ówczesnem ministerstwie o budowie nowych zakładów dla Węgier, Siedmiogrodu, Morawji i podobno dla Galicji; lecz jak wiemy nic z tego nie przyszło do skutku. Już to z czasu absolutnych rządów nietylko nie rozwijały się oddziały i zakłady dla obłąkanych w Austrji, lecz sama nauka psychjatrji była na wszystkich niemal wszechnicach zaniedbana.

W nowszych dopiero czasach powstały we Wiedniu kliniki psychjatryczne. Inne wszechnice dotąd nie mają takowych.

Nawet prawodawstwo austrjackie nie zdobyło się dotąd na szczegółowe prawa względem obłąkanych. Co się zaś tyczy obliczeń statystycznych, potrzebnych do ocenienia stosunku chorób umysłowych do ludności; takowe są wprawdzie, ale nie przydatne ni do celów naukowych, ni wykonawczych.

Psychjatrja pomiędzy lekarzami naszego kraju, należy do przedmiotów bardzo mało znanych, jak świadczą historje chorób, które przychodzą na oddział.

Przeszłość nic tedy nie uczyniła ani dla psychjatrji jako nauki, ani dla zakładów, jako instytucji publicznych.

Potrzeba było zmiany wewnętrznej politycznej, ażeby te sprawy popchnąć naprzód.

To też rzeczywiście wielki postęp zrobiły w tym względzie wszystkie sejmy i wydziały sejmowe w całej Austrji.

Niemniej nasz Wysoki Wydział Krajowy, przedłożył Wysokiemu Sejmowi potrzebę nowego zakładu dla obłąkanych i uzyskał na to uchwałę funduszów.

Nadto istniejący oddział obłąkanych od r. 1870, zyskał w kilku kierunkach znaczne ulepszenia. Wys. Wydział krajowy zarządził (1870) rozdział całego oddziału na dwa osobne, męski i kobiecy; każdemu z nich nadał lekarza głównego i pomocnika; baczył przy obsadzeniu tych posad na psychjatryczne wykształcenie lekarzy; nawet w tym celu wysłał był dwóch młodszych na koszt kraju zagranicę, lub przyjął do służby lekarzy, którzy własnemi kosztami nabyli zagranicą wykształcenia szczegółowego.

Niemniej w r. 1873 oddział męski uzyskał ulepszenie, które tylko ostatecznie od przyzwolenia Wydziału krajowego zawisło. Wskutek tych ulepszeń wewnętrznych, które poniżej wyszczególnimy, oddział męski stanął z końcem 1873 na równi z dobremi zakładami we wielu względach«.

Wymienione sprawozdanie Sawickiego zawiera także dwie tablice ruchu chorych na oddziale obłąkanych mężczyzn i kobiet od r. 1792 do r. 1873.

Dowiadujemy się dalej, że od r. 1828 t. j. od chwili, kiedy służba psychjatryczna w szpitalu lwowskim otrzymała osobnego ordynatora, pełnili ją kolejno następujący lekarze: Ressig, Zacher, Madejski, Zachert, Mossor, Turek, Trommelschleger, Berthleff, Chądzyński.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę na trzech z pomiędzy wymienionych:

1) Ressig Ignacy Jan, wybitny lekarz, który później był też dyrektorem naszego szpitala, a od r. 1866 protomedykiem. Napisał bardzo ciekawą rozprawę desertacyjną pt. t.: »*Brevis expositio aquarum mineralium Galiciae*« (Wiedeń 1827) Jest to praca ważna dla historji naszego zdrojownictwa.

2) Berthleff Karol Teodor, był później również dyrektorem naszego szpitala. Twarz jego o siwych długich bokobrodach znaną jest z portretu, umieszczonego w sali dyrekcyjnej lwowskiego szpitala.

3) Chądzyński Jan, wychowany w Paryżu i z tamtejszym dyplomem, przeniósł się następnie do Galicji i był lekarzem zdrojowym w Lubieniu, o którym napisał monografję balneologiczną, potem zaś był ostatnim prymarjuszem wspólnego oddziału obłąkanych mężczyzn i kobiet, poczem po podziale oddziału, t. j. w r. 1870 prymarjuszem męskiej połowy oddziału dla obłąkanych i to do r. 1873., w sierpniu zaś 1873 został prymarjuszem oddziału kiłowo-skórnego dla kobiet, a po nim objął oddział obłąkanych mężczyzn Sawicki.

Jak już przedtem nawiasowo wspomniałem, prymarjuszem takiegoż oddziału dla kobiet był równocześnie Opolski.

Sawicki, mając za sobą wówczas już specjalne studja zagraniczne w ogólnej medycynie, nie był zadowolony ze swego losu i marzył o prymarjacie chorób wewnętrznych.

Był wówczas, aż po r. 1875 jedyny w szpitalu naszym oddział wewnętrzny. Obejmował łóżek 120, służył na pomieszczenie tak mężczyzn jak kobiet, prymajuszem jego był Dr. Oskar Widmann, Nazwę miał W. II., (»wewnętrzny drugi«), z tej racji, że t. zw. oddział I. był oddziałem klinicznym, posiadał 45 łóżek i mieścił się poza obrębem budynku szpitalnego w t. zw. »Filji Hoffmańskiej«, a kierownikiem jego był dr. Józef Finger, profesor kliniki medycznej i prymarjusz.

Widmann był chlubą szpitala naszego, był to znakomity diagnosta i lekarz myśliciel. Jego dziełko p. t.: »*Choroby serca i tętnic*« było na owe czasy pracą znakomitą. (Kraków 1897., nakł. Stow. do Wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie).

Co do wspomnianej »Filji Hoffmańskiej« mie-

ściła się ona w budynku, którego reszta stanowi dziś róg ul. Łyczakowskiej i nowej Gliniańskiej i nosi numer orjentacyjny : Łyczakowska 22.

Otóż gdy powstała myśl podzielenia oddziału Widmanna na osobne dwa oddziały wewnętrzne t. j. dla mężczyzn i kobiet, wtedy Sawicki zapragnął dostać powstający w ten sposób nowy oddział. Udał się w tym zamiarze do swej bezpośredniej władzy przełożonej, którą był wówczas dyrektor szpitala naszego, Dr. Bolesław Głowacki. Głowacki, po porozumieniu się z departamentem sanitarnym Wydziału Krajowego oświadczył mu na to, że Wydział krajowy nosi się z zamiarem mianowania Sawickiego dyrektorem założyć się mającego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Marszałkiem kraju był wówczas Leon ks. Sapieha, a szefem departamentu sanitarnego p. Serwatowski. Olśnionemu niespodziewaną nadzieją tak pięknej karjery lekarskiej postawiono jednak warunek odbycia specjalnej podróży zagranicę dla zwiedzenia i zbadania zakładów dla umysłowo chorych tak pod względem leczniczym jak i administracyjnym.

Sawicki nie wiele myśląc przedsiębierze więc tę nową podróż i zwiedza wszystkie ważniejsze szpitale dla obłąkanych w Anglji, Szkocji, Francji, Belgji, Holandji i Niemczech. Nadto odbywa specjalne studja u Remaka, Westfala, Charcota, jakoteż u Meinerta, gdzie w specjalnem *privatissimum* studjuje anatomję i histologję mózgu.

Wyniki swej podróży przedstawił po powrocie w obszernem sprawozdaniu omówionem w Towarzystwie Lekarskiem i ogłoszonem drukiem p. t. : »O publicznej opiece nad obłąkanymi i zakładach psychjatrycznych. (Lwów, 1875., nakład własny).

Nie przeczuwał jednak, że podróż będzie bezowocną, że nadwyręży go ostatecznie do reszty materjalnie i pogrąży w kłopoty finansowe, z których już nigdy w życiu nie miał wybrnąć. Upragnionej bowiem i obiecanej posady nie dostał.

Kiedy powrócił do Lwowa nie było już Sapiehy.

Na stanowisku marszałka kraju zastał hr. Alfreda Potockiego.

A kiedy nic złego nie przeczuwając, pełen otuchy i nowych wiadomości, zabrał się do urządzania zakładu kulparkowskiego, kiedy do tego zakładu przeniesiono cały jego męski oddział obłąkanych ze szpitala lwowskiego, kiedy wprowadza jako rzecz nową roboty rolne i ogrodowe dla zatrudnienia tych chorych, — pewnego dnia Pan Marszałek, zwiedzając nowy zakład, nie szczędzi pochwał pierwszemu u nas organizatorowi służby psychjatrycznej po to, aby niebawem dać mu do zrozumienia, żeby na stanowisko dyrektora nie liczył.

»Bo Schwarzenbergi bardzo protegują Marescha« — to powiedzenie Potockiego wbiło mu się w uszy i w pamięć na zawsze.

Potocki, zwłaszcza Alfred Potocki, mógł dużo i gdyby był chciał, nie potrzebował się oglądać na nic, nawet na życzenie Schwarzenbergów. Jednak — jasna rzecz — nie chciał, bo tak ze względów towarzyskich jak politycznych, niestety potrzebniejsi mu byli tamci możni wiedeńscy panowie, niż osoba Sawickiego.

Przyszedł więc z Wiednia Maresch, człowiek nieudolny, którego wprawdzie po dwóch latach usunięto, ale Sawicki stracił grunt pod nogami.

Tymczasem i oddział wewnętrzny Widmanna był już podzielony na dwie części, t. j. na męski i żeński, z których Widmann zatrzymał jedną część, gdy drugą dostał Opolski, dotychczasowy prymarjusz żeńskiego oddziału obłąkanych, ten zaś oddział w ślad za męskim został przeniesiony na Kulparków i Sawicki znalazł się przed próżnią.

Łatwo zrozumieć to położenie, gdy się zwłaszcza uwzględni, że człowiek ten na podróż swoją wydał 23.000 złotych reńskich, sumę na owe czasy olbrzymią, a wobec obrotu sprawy bezpowrotną.

Wtedy to stworzono dla niego oddział nowy wewnętrzny który wobec zwinięcia klinicznego oddziału Fingera (1874) i wobec nazwania oddziału Widmanna pierwszym (męskim), Opolskiego drugim (żeńskim), otrzymał nazwę W. III., utrzymującą się do dnia dzisiejszego. Oddział ten połączony był ze stacją psychjatryczno-obserwacyjną dla kobiet, a dla urozmaicenia dodano oddział ginekologiczny, co utrzymywało się przez całych lat 18.

Kiedy po usunięciu Marescha zwrócono się do Sawickiego ponownie z zapytaniem czy teraz nie objąłby kierownictwa w Kulparkowie, odmówił, gdyż parę lat nieudolnej gospodarki stworzyło w Kulparkowie zupełny bezład. Urządzenie zakładu poszło fałszywą drogą, nie po linji pierwotnych planów Sawickiego. Cały jego trud został zmarnowany. Nadto nieodpowiednich ludzi porobiono tam urzędnikami i lekarzami, z których n. p. jeden cierpiał sam na ciężkie zmiany nerwowe wskutek zatrucia alkoholem, a inny, jak się okazało, był dotknięty paranoją.

Dyrektorem w tych ciężkich warunkach został Neusser.

W uznaniu natomiast kwalifikacji Sawickiego powierzył mu Wydział Krajowy już jako prymarjuszowi opiekę nad obłąkanymi w całym kraju, a więc tak we Lwowie jak i w Krakowie. Istniały jeszcze dwa prowincjonalne oddziały psychjatryczno-obserwacyjne, a mianowicie dla kobiet w Przemyślu, a dla mężczyzn w Żółkwi, te jednak zostały na wniosek Neussera, poparty przez ówczesnego szefa departamentu sanitarnego Hoszarda, zwinięte.

Inną satysfakcją, nie przynoszącą jednak dochodów, była nadto prywatna docentura z psychjatrji, którą Sawicki otrzymał w r. 1875, dzięki ówczesnemu protomedykowi, wspomnianemu wyżej Ressigowi. Była to pierwsza u nas docentura w tym dziale nauki. Wykładów, połączonych z pokazami chorych szpitalnych, słuchali ówcześni lekarze i chirurdzy.

Odtąd już nieprzerwanie pozostaje Sawicki na stanowisku prymarjusza oddziału W. III., który po oddzieleniu ginekologji, a po objęciu tak mężczyzn jak kobiet, już wyraźnie tylko nerwowo lub umysłowo chorych, przybrał mniej więcej dzisiejszy charakter tego oddziału. Na stanowisku tem pracował Sawicki do r. 1908 t. j. lat 35.

Zżył się więc mocno z naszym szpitalem, a szpital z nim, jedną z najtypowszych swych postaci, niewątpliwie ostatnim medykiem starej daty o swoistym wyglądzie, swoistych manierach, swoistych dziwactwach.

Jowialny i dowcipny w stosunkach z młodszymi, do których przemawiał z reguły po imieniu, stawał się szorstki kłótliwy i apodyktyczny w zetknięciu z rówieśnikami i starszymi od siebie, może dlatego, że przypominali mu oni wiele ciężkich osobistych zawodów i rozczarowań, jako świadkowie jego lat młodych, pełnych porywu i nadzieii, nigdy nie ziszczonych. Ten i ów wyrażał się niechętnie o nietowarzyskiem usposobieniu pana Edwarda. Wglądnąwszy w jego życie należy jednak zapytać, czy szczególniejsze niepowodzenia nie złożyły się na wypaczenie tej wybitnej indywidualności.

Koniec życia Sawickiego był smutny. Wojna zrobiła z niego nędzarza. Śmiesznie niska emerytura w czasie zwłaszcza katastrofy walutowej nie starczyła na najkonieczniejsze potrzeby życia, które nie chciało uledz, tak, jak nie ulegał jasny do ostatnich chwil i bystry umysł. Zaczął żyć z wysprzedaży tego, co dało się sprzedać. Poszły najpierw zbędne sprzęty domowe. Potem garderoba, w końcu wspaniała bibljoteka uniwersalna, którą za bezcen rozkupili antykwarze. Ostatek uratował następca Sawickiego, Orzechowski.

Obustronna zaćma uczyniła go kaleką. Wtedy to z obawy o oczy stracił zaufanie do jedynego towarzysza, jaki mu jeszcze pozostał, t. j. do alkoholu.

Pod koniec życia miał przecież to zadowolenie, że znalazł współczucie i pomocną rękę w licznem gronie kolegów. Losem jego zainteresowało się Towarzystwo Lekarskie Lwowskie, a przedewszystkiem grono prymarjuszy naszego szpitala. Pomoc ta, choć może nie zbyt hojna, bądź co bądź pozwoliła starcowi przetrwać chwile najkrytyczniejsze, kiedy już nic nie zostało na sprzedaż, a regulacja emerytury nie nadchodziła. Ale kto żyje lat 91 może się wielu rzeczy doczekać. Doczekał się więc Sawicki i tej regulacji. I oto w 91 roku życia znalazł się w sytuacji, jakiej nie zaznał

niemal przez całe życie, bo jak się wyrażał: mógł już, teraz »pogodzić koniec z końcem«.

Nie znaczyło to, żeby sobie mógł sprawić nowy płaszcz, albo nowe buty, albo żeby mógł sobie odmówić codziennego spaceru o lasce, z pomocą przygodnych przechodniów, do zabudowań OO. Bernardynów, gdzie wśród starych znajomych spożywał codzień objad.

Wreszcie przyszedł kres i temu.

Z kamienicy, gdzie mieszkał, zdjęto pewnego dnia tabliczkę metalową, której napis, na przekór starości, na przekór kalectwu, na przekór nędzy, brzmiał, jak za młodych lat:

Dr. Edward Sawicki
prymarjusz szpitala krajowego we Lwowie
ordynuje w chorobach nerwowych i umysłowych
od godz. 3 - 5.

Sawicki umarł w parę dni przed dniem swego patrona, t. j. przed dniem 13. października 1924., w którym zarazem, jako dniu urodzin, zakończyć miał 91 lat życia.

Cześć Jego pamięci!

Piśmiennictwo.

1) **Sprawozdanie lekarskie Szpitala Powszechnego krajowego we Lwowie za rok 1873.** Z polecenia Wydziału krajowego wyd. przez Dyrekcję Szpitala. Lwów 1872. Druk Kornela Pillera. 8-a, str. 374. — 2) Sawicki Edward: **O publicznej opiece nad obłąkanymi i zakładach psychjatrycznych.** Lwów 1875. — 3) **Słownik Lekarzów Polskich**, ułożony przez dra Stanisława Kośmińskiego. Warszawa 1884. — 4) Finkel-Starzyński: **Historja Uniwersytetu Lwowskiego.** Lwów 1894. — 5) Szumowski: **Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka, 1772—1783.** Lwów 1907. — 6) Zapiski własne, poczynione za życia ś. p. Sawickiego, podług Jego ustnych informacyj.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Zygmunt Wąsowicz. **Krynica i jej środki lecznicze.** Kraków. Spółka wydawnicza Prawda 1925. 324 stron druku, 51 ilustracyj, 10 tablic.

Pierwsza wyczerpująca monografja zdrojowiskowa. Chcąc określić wrażenie bezpośrednie, trzebaby użyć trzech superlatywów: najlepsza, najobszerniejsza, najwykwintniejsza. Nic dziwnego, że doczekała się tego dzieła Krynica, która w bieżącym sezonie stała się pierwszem z polskich zdrojowisk.

Szata zewnętrzna, bogato ilustrowana, zaopatrzona w szereg tablic i rozbiorów jej wód, wydana na dobrym papierze, uderza przedewszystkiem znakomitą przejrzystością swej treści.

Pierwsze rozdziały poświęcił autor historji rozwoju i administracji Krynicy, szeregowi lekarzy, jacy przez 120 lat działali w zdrojowisku, a część tę zakończył opisem miejscowości i przewodnikiem informacyjnym.

Drugą integralnie z sobą związaną częścią dzieła są rozdziały dotyczące środków leczniczych, urządzeń zdrowotnych, geologji Krynicy, oraz jej źródeł mineralnych.

Trzecia część dzieła obejmuje zapatrywania autorów na działanie fizjologiczne wód krynickich, na wskazania lecznicze i sposób używania tychże wód, oraz kąpieli mineralnych i borowinowych. Nadto dłużej zajmuje się autor leczeniem przewlekłych chorób serca i omawia zarzucone leczenie przy pomocy ścieżek terenowych.

Dzieło kończy 90 numerów piśmiennictwa starannie dobranego od zarania literatury krynickiej.

Bardzo mile już uderza na wstępie dedykacja autora. Dzieło zostaje poświęcone zmarłym kolegom Stirbitzowi, Zuławskiemu, Zieleniewskiemu, Skórczewskiemu i Merunowiczowi. Te pięć nazwisk to 120 lat ofiarnej służby lekarskiej dla chorych. Ten koleżeński ton, cechujący autora, wieje z każdej karty jego dzieła.

Historja Krynicy od 1793 r. znalazła w autorze objektywnego sprawozdawcę, urządzenia zdrojowiskowe i środki lecznicze dobrego znawcę, a pokrewne działy nauki sumiennego badacza.

Jedynie nomenklatura chemiczna, którą autor przeniósł ze starych rozbiorów do swej książki nieco razi, szczególnie w nazwie kwasu węglanego, zamiast węglowego. Dalej nieszczęśliwem jest zdanie, jakoby kwas »węglany« był silną i gwałtowną trucizną. Kwas węglowy a względnie bezwodnik węglowy jest dla ustroju obojętnym gazem.

Do str. 260 dodać muszę, że siarczan sodowy i magnezowy nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego.

W końcu nie dość jasno rozdzielił autor zapatrywania naukowe lekarskie lat dawnych od zdobyczy i pojęć nowoczesnych. Stąd też odnosi się wrażenie pewnego rodzaju pomięszania spostrzeżeń.

Dziwnym wydaje się fakt, że nie tylko do wydawnictwa nie przyczynił się zarząd zdrojowy, ale nawet po ukazaniu się tegoż, nie zainteresował się dziełem, doskonale się nadającem do reklamy zdrojowiska wśród 6.000 polskich lekarzy.

W końcu przytoczę szereg błędów składu zecerskiego, jakie podczas czytania zdołałem zauważyć.

Strona 18 wiersz 2 od dołu ma być 1809—1814, 21 w 8 d. przez dzierżawców, 27 w 3 g. przyszłości, 43 w 2 g. protomedyk, 44 w 7 d. głębokich, 45 w 11 d. pozostałą, 52 w 24 g. środki, 57 w 3 d. mineralnej, 91 w 20 g. elektroterapeuta, w 9 d. patologji, 94 w 20 d. Ściborowski, 154 w 20 d. Klaczko, 173 w 10 d. wynagrodzenie, 179 w 23 g. Werch, 180 w 14 d. silnego, 181 w 9 g. powietrza, w 16 g. otaczające, 191 w 4 d. Szkwarły, 198 w 9 d. minutę, str. 213 w 12 d. Niezdysocjowanych, 216 w 2 g. przeciętnie, 218 w 8 g. słodkiej, 221 w 1 g. żelazistą, 222 w 6 d. właściciela, 231 w 5 g. wapnia, 232 w 4 d. wapnia, 234 w 23 g. rozbiorów, 253 w 6 g. dyfundujące, 254 str. w 10 d. przypadłości, 255 w 7 d. żelazistej, 256 w 13 d. ustroju, 257 w 8 g. zwierzętach, 265 w 3 d. przydatków, 273 w 12 d. Kissingen, 281 w 6 d. ma być wsierdziu, 285 w 23 g. śródmiąższowe, 289 w 5 d. resorbcję.

Nadto brak przecinków od strony 253 w zdaniach warunkowych 22 razy.

F. Kmietowicz, junior.

Przegląd piśmiennictwa.

American Journal of Ophthalmology.

Vol. VII. 1924. Nr. 3.

Urban Merrill i Henry Wagener. **Przypadek niezwykłych spiralnych pętlic naczyń siatkówkowych.** Autorowie podają opis przypadku, w którym na dnie oka prawego spostrzegali pętlicę naczynia siatkówkowego żylnego zwróconą do ciałka szklistego.

Przytaczają z piśmiennictwa kilka podobnych przypadków i podają zapatrywania autorów na pochodzenia tychże. Najprawdopodobniej uważać je należy za anomalję wrodzoną naczyń siatkówkowych, a nie utożsamiać ich z szczątkowemi naczyniami hyaloidalnemi. Stosunkowo bardzo mało podobnych przypadków opisano w literaturze.

Hans Przibram. **Czy można przywrócić wzrok u zwierząt, które pozbawiono oczu.** Autor przedstawia w krótkim zarysie sprawę przeszczepiania gałek ocznych u zwierząt niższych gatunków.

U bardzo młodych, zaledwie wylęgłych salamander pod wpływem światła mogą rozwinąć się zaczątkowe narządy wzroku, brak światła bowiem w ciągu całych tysięcy lat generacji tych stworzeń był powodem zaniku rozwojowego narządów wzrokowych, a za tem światło tylko może wrócić zdolność tworzenia sprawnych i odpowiednich narządów wzrokowych. Naturalnie nie można się spodziewać, by światło mogło odbudować oczy przypadkiem utracone u zwierząt o sprawnych, rozwiniętych organach wzrokowych. Wiemy dobrze, że silne światło może zniszczyć wzrok i niema ono wpływu na regenerację ócz u tych stworzeń, które w okresie pozapłodowym posiadają zdolność rozwojową. Stwierdził to Uhlenhuth, który przeszczepiał oczy u tej samej salamandry, że po pewnym okresie degeneracji następowała regeneracja bez względu na to czy w świetle czy w ciemności wykonywano to doświadczenie. W tych doświadczeniach nie uzyskano jednak powrotu wzroku, albowiem nie nastąpiło połączenie oka

z tkanką i z drogami mózgowemi, jakkolwiek nerw wzrokowy wszedł w połączenie z *ganglion-spinale*.

U młodych salamander (*maculosa*) wyjętych wprost z macicy lub wcześnie urodzonych, oczy mogą się regenerować po ich zniszczeniu. U kręgowców niższych gatunków (zimno-krwistych) odzyskanie utraconego wzroku przez regenerację może również nastąpić, ale to ogranicza się tylko do pewnych rodzajów stworzeń, które rozporządzają na ogół dużą zdolnością regeneracyjną. Uogólniać tego żadną miarą nie można. Wiemy, że u ciepłokrwistych zwierząt w pozapłodowym okresie tkanka nie potrafi odtworzyć utraconych części. Wobec tego nie jesteśmy w stanie ani u ryb starych ani też u ciepłokrwistych zwierząt odtworzyć (zregenerować) ócz, ale możemy na drodze, którą nam wskazuje przyroda usiłować przeszczepiać gałkę oczną w całości w oczodół pusty. Zabieg prosty bez żadnej sztucznej pomocy jak szwów itp. gałkę oczną umieszcza się w oczodole, naczynia krwionośne, tkanka łączna, mięśnie, a później także i nerw wzrokowy przyrastają stosunkowo szybko, wystarczy tylko zamknąć powieki u zwierząt ssących na 24—48 godz. najlepiej przy pomocy spinacza, a u ryb i amfibij tego nawet nie potrzeba Tą metodą (*autophoric method)* Koppanyi uzyskał wyniki w odzyskaniu wzroku u oślepionych ryb (Carassius, Alburnus, Amphibia, Triton, Amblystoma, Bombinator etc.). Ryby i amfibje, którym wszczepiono oczy rzucały się na zdobycz i oddziaływały na barwę. Doświadczenia przez przeszczepianie ócz u szczurów i u królików również wykazały dodatnie wyniki. Oczy przeszczepione zewnętrznie nie różniły się wiele od zwykłych prawidłowych, a w zachowaniu tych zwierząt trudno było dostrzec jakąkolwiek różnicę w porównaniu do zwierząt nie operowanych. Badania biologiczne wykonane przez Jellinka dały obraz zupełnej sprawności pod względem optycznym; odruchy rogówkowe i tęczówkowe, dno oka, obrazy anatomiczne makro- i mikroskopowe przypominały zupełnie stan prawidłowy. Okazy tych doświadczeń wskazywały na dobrą regenerację siatkówki i włókien nerwowych, które odrastały i posuwały się dośrodkowo wzdłuż *thalamus opticus*. U szczura zabitego w 9 miesięcy po dokonanej operacji wygląd siatkówki i nerwu wzrokowego był prawie normalny. jakkolwiek były jeszcze widoczne blizny pooperacyjne. — Brak środków nie pozwolił na doświadczenia na innych zwierzętach, a przedewszystkiem na małpach, które to doświadczenia mogą być dopiero miarodajne dla celów lekarskich. Okuliści ze swego stanowiska uważają za niemożliwe przeszczepianie podobne ócz dla odzyskania wzroku, biolodzy jednak, żywią wielkie nadzieje w tym kierunku, albowiem na drodze tej *(autophoric method)* uzyskano już pewne wyniki, jak zastąpienie zaćmionej soczewki u żab i u ryb soczewką świeżą i czystą (Weisner).

Delamere Harbrigde. **Zanik nerwu wzrokowego jako następstwo epistaxis.** Opis przypadku zaniku częściowego nerwu wzrokowego, który wystąpił bezpośrednio po kilku drobnych krwotokach z nosa. Badanie jam nosowych oprócz zwiększonej wrażliwości błony śluzowej nie wykazało żadnych zmian. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Badanie krwi i moczu z wynikiem ujemnym. Autor omawiając ten przypadek, zaznacza, że silne krwotoki częstokroć nie powodują żadnych zaburzeń funkcjonalnych, a tem mniej organicznych w narządzie wzrokowym, gdy tymczasem drobne częste krwotoki mogą doprowadzić do zmian i zaburzeń poważnych. Stopień tych zaburzeń może być zarówno nieznaczny jak i też nawet bardzo wielki (ślepota). Ulegają zazwyczaj obydwa oczy. Wygląd dna oka może wykazywać lekkie przyćmienie siatkówki, obrzęk siatkówki, zwężenie naczyń, zapalenie nerwu wzrokowego albo wyraźny obraz zaniku nerwu wzrokowego. Zaburzenia wzrokowe mogą wystąpić równie wskutek zmian w nerwie wzrokowym poza gałką lub drogach mózgowych wywołanych krwotokami. Spostrzeżenia podobne w których wskutek drobnych krwotoków z nosa występuje zanik nerwu wzrokowego poza wykluczeniem wszelkich możliwych innych przyczyn każą przypuszczać zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Leczenie w poszczególnych przypadkach w tym kierunku prowadzone uzyskało pewien korzystny wynik.

Meyer Wiener. **Operacja kerato-konus.** Autor przy zabiegu operacyjnym *keratokonus* zakłada 2 złote płytki z otworkami na szwy przed wycięciem eliptycznego kawałka rogówki, przez które przeprowadza szwy. Po wycięciu rogówki zaciąga szwy, które przyciągają na siebie obie płytki i w ten sposób zamykają ranę szczelnie nie pozwalając się wypuklić ani tęczówce ani tembardziej soczewce. Na 6-sty— 7-my dzień usuwa się szwy i płytki. Autor uważa ten sposób operowania za zupełnie bezpieczny i przytacza dwa przypadki.

V. 7. 1924. Nr. 4.

Maurice Cättle. **Przyczepy ciałka szklistego do tylnej powierzchni rogówki po operacjach.** Opis 4 przypadków, w których po operacjach nastąpiły przyczepy ciałka szklistego do tylnej powierzchni rogówki. Przypadki podobne nie są rzadkością, tylko nie zwraca się na nie należytej uwagi. Przy badaniu można stwierdzić następujące szczegóły:

1) przyczepy te pochodzą wprost z ciałka szklistego ciągną się poprzez źrenicę lub koloboma ku rogówce, najczęściej ku bliźnie pooperacyjnej,

2) nie wykazują jednolitej budowy, czasem bardzo cienkie nitki zaledwie dostrzegalne, czasem grube pasma nie elastyczne, twarde,

3) przebieg i wielkość ich powoduje nierówność źrenicy,

4) przyczepy te nie oddzielają się samoistnie i mogą trwać całe lata,

5) w większości przypadków tylko przy użyciu lampy szczelinowej można je dostrzec.

Powstanie tych przyczepów odnieść należy do jakości (składu) ciałka szklistego jak również do samej techniki zabiegów operacyjnych, po których się pojawiają. Spoistość ciałka szklistego może być bardzo płynną lub bardziej jędrną. Schorzenia ogólne mogą wpływać na zmianę w chemiźmie ciałka szklistego a przez to i na spoistość (n. p. kiła). W tym więc przypadku, gdzie ciałko szkliste posiada spoistość bardziej jędrną zachodzi możliwość powstania przyczepów. Drugim czynnikiem, który wpływa na ich powstawanie jest sama technika wykonywania zabiegów a przedewszystkiem dyscyzji zaćmy wtórnej. Autor radzi zatem po przecięciu zaćmy wtórnej nożyk dyscyzyjny cofnąć do przedniej komory w ułożeniu poziomem a później dopiero go szybko wyciągać z rany rogówkowej. Opisane powyżej przyczepy ciałka szklistego mogą się stać powodem późnego zakażenia gałki ocznej, wypadnięcia ciałka szklistego lub jaskry następowej.

Karelus (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 13 maja 1925 r.

Przewodniczy kol. K. Opoczyński, sekretarz kol. E. Czarnecki, później kol. M. Trzeciak.

Obecnych 58 osób, w tej liczbie 36 członków Towarzystwa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 29 kwietnia br.

2. Kol. Moszyński pokazuje dwóch chorych z **wybitnemi naczyniakami.** U jednego z chorych, wobec umiejscowienia na podudziach i silnie zaznaczonego rozwoju, naczyniaki, bez ścisłego badania, mogłyby być uważane za żylaki.

Dyskusja: Kol. K. Opoczyński zapytuje czy tak daleko posunięte w swym rozwoju naczyniaki mogą byś operowane? Kol. M. Obiezierski zapytuje jaka jest etjologja pokazywanych naczyniaków? Kol. M. Moszyński odpowiada, że naczyniaki te, istnieją od urodzenia i zapewne będą operowane.

3. Kol. Z. Wasilewska. Pokaz i omówienie przypadku **żółtaczki hemolitycznej**.

4. Kol. Januszkiewicz przedstawia przypadek **pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej** z II. Kliniki Chor. Wewn. U. S. B.

Dyskusja: Kol. M. Eiger. W subtelnie opracowanym przypadku nie wszystko wydaje się mówcy dostatecznie jasne: a) szybki bieg dziewczyny wiejskiej nie stanowi urazu, którym można objaśnić powstanie zakrzepu w żyle śledzionowej, b) należałoby, oprócz stwierdzenia urobilinurji, zbadać wydolność wątroby (Hb. i tp.) c) czy zbadaną została należycie sfera narządów płciowych, ponieważ zaburzenia w tej sferze mogłyby również mieć znaczenie; wzmiankuje o krwawieniach zastępczych. Kol. L. Czarkowski. Wobec tego, że o krwotokach,

mówi tylko chora i nikt z lekarzy tego nie spostrzegał, czy informacje ze strony chorej są dostatecznie miarodajne? Kol. S. Achmatowicz zwraca uwagę na pewien szczegół anatomiczny: żyła nieparzysta przebiega po stronie prawej w stosunku do środkowej linji ciała, a szmer u chorej pokazanej przez kol. Januszkiewicza jest po stronie lewej na wysokości 12-go żebra, co nie odpowiada stosunkom anatomicznym. Po stronie zaś lewej od kręgosłupa przebiega żyła nieparzysta krótka (*v. hemiazygos*). Żyły przełykowe wpadają, a wpustowe (*cardiacae*) zespalają się z żyłą nieparzystą i nieparzystą krótką. Kol. K. Opoczyński zauważa, że na sekcjach dość często spotyka się zakrzep żył śledzionowych. Omawia następnie rozmaite przyczyny ich powstawania. Kol. J. Szmurło, nie może się zgodzić z poglądem kol. Czarkowskiego. Wywiady potwierdzone przez badanie kliniczne nabierają znaczenia prawdy niezbitej. Zmniejszenie liczby erytrocytów do 2 miljonów w 1 mm sześciennym w zupełności potwierdza prawdę opowiadania chorej o obfitych krwotokach. Krwawienia zastępcze u kobiet zwykle bywają stosunkowo niewielkie i nie mogą wywoływać tak wysokiej niedokrwistości. W przypadku pokazanym uderza wybitne powiększenie śledziony, dającej się doskonale i z łatwością wymacać, oraz bardzo mocny i wyraźny szmer buczący, słyszalny bardzo wyraźnie w pobliżu kręgosłupa. Szmer ten w promieniu 5—6 centymetrów słyszalny jest również tylko w znacznie słabszem natężeniu. Prawdopodobnie powstał on w rozszerzonych zastępczo żyłach wpustowych i przełykowych i stanowi bardzo wyraźny objaw, który należałoby podać do wiadomości ogólnej w celu zbadania, czy nie występuje w innych podobnych przypadkach. Kol. M. Trzeciak, zapytuje czy badano na W. R. płyn mózgowo-rdzeniowy; jego wartość diagnostyczna jest znaczna. W odpowiedzi kol. Januszkiewicz kategorycznie stwierdza, że tablica, ilustrująca tu półschematycznie stosunki anatomiczne w zakresie obocznego obiegu żylnego, jest oparta na pewnych źródłach anatomicznych i żadnego błędu nie zawiera: żyły przełykowe na przestrzeni dolnej trzeciej części przełyku mają, według anatomji Poirier i Charpy, zespolenia żyły nieparzystej (względnie z żyłą wieńcową żołądka), zaś o tem, żeby one wpadały na tym dolnym odcinku do żyły nieparzystej krótkiej, podręcznik ten nie wspomina. Zresztą sprawa rozmaitych możliwości w zakresie zespoleń żył przełykowych z żyłami nieparzystemi niema tu znaczenia dla wytłumaczenia pochodzenia szmeru buczącego na wysokości przyczepu 11—12 żeber w lewo od kręgosłupa, gdyż szmer ten, jak to wyraźnie było zaznaczone podczas pokazu chorej, powstaje najpewniej w tych rozszerzonych splotach żylnych, w których wytworzył się obieg oboczny pomiędzy wnęką śledziony a żyłami przełykowemi (wzgl. żyłą wieńcową żołądka) poprzez więzadła przeponowo-śledzionowe i żołądkowo-śledzionowe. Co do stanu wątroby w danym przypadku, to w moczu była spostrzegana zwiększona ilość urobiliny, a prócz tego próby z obciążaniem wątroby wskazały pewien stopień jej niewydolności. Przypuszczenie co do możliwości wprowadzenia w błąd lekarzy przez chorą zmyślonemi danymi o krwotokach upada wobec ścisłości wywiadu i wobec małego prawdopodobieństwa, żeby niezamożna chora przybyła z daleka do kliniki bez wyraźnego powodu w jej własnem zrozumieniu. (Streszczenie własne).

5. Kol. K. Michejda. Pokaz a) chorego **z plastyką kostną na czaszce w okolicy skroniowej lewej** z powodu ubytku zrostów i padaczki Jackson'a; b) chorego po operacji **ropnego zapalenia osierdzia**, w którem było przebicie worka i wypuklenie się guza ponad płaszczyznę klatki z lewej strony; zrobiono nacięcie, badanie palcem potwierdziło rozpoznanie.

Dyskusja: Kol. A. Januszkiewicz przypuszcza, że proces ropny w przypadku drugim rozpoczął się z zewnątrz i poszedł wgłąb; granice serca były prawie normalne i tony zaledwie trochę przygłuszone, czego się nie stwierdza wówczas kiedy proces rozwija się od wewnątrz. Kol. J. Szmurło zgadza się z wywodami poprzedniego mówcy. Kol. Opoczyński zapytuje czy wykonywano badanie bakterjologiczne ropy? Kol. K. Michejda powiada, że w ropie stwierdzono gronkowca; o rozwoju procesu w przypadku pokazanym M. nie mówi, ponieważ widział chorego po raz pierwszy już z objawami zapalenia osierdzia; podkreśla natomiast wykonanie nietypowego zabiegu operacyjnego.

6. Kol. Kuncewicz I. Klinika Ch. Wewn. U. S. B. wygłasza referat — **wartość kliniczną badania krwi metodą Arneth-Schilling'a** (rzecz przeznaczona do druku). Dyskusję z powodu spóźnionej pory odłożono.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

k Dnia 12-go lipca rozpoczął się w Warszawie I-szy w niepodległej Polsce Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Po zagajeniu Zjazdu przez prof. dra Kryńskiego, obrano przewodniczącym Zjazdu prof. dra Ciechanowskiego a do prezydjum honorowego powołano cały szereg uczonych i lekarzy. Pierwsze plenarne posiedzenie odbyło się w gmachu Politechniki przy współudziale przedstawicieli M. W. R. i O. P. Gen. Dyr. Służby Zdrowia, M. S. Wojsk., oraz Rady Miejskiej Warsz. i t. d. Przemówienia powitalne wygłosili prof. Hoyer z Akad. Um., prof. Januszkiewicz im. wszystkich Uniwersytetów polskich, dr. Baron im. lekarzy francuskich i in. Prof. Głuziński złożył sprawozdanie z ostatniego Zjazdu, który odbył się w r. 1911-tym; posiedzenie zakończył odczyt prof. M. Siedleckiego p. t.: »Morze jako przedmiot badań«. Popołudniu toczyły się obrady lekarzy, którzy omawiali sprawy Izb Lek. i Kas chorych. W drugim, trzecim i czwartym dniu Zjazdu wygłoszono około tysiąca referatów w sekcjach: chemji, matematyki, geofizyki i astronomji, mineralogji, paleontologji i geologji, geografji, zoologji, botaniki, przyrodniczo-dydaktycznej, przyrodniczo-rolniczej, psychologji, nauk antropologicznych, anatomji, embrjologji i histologji, fizjologji, patologji doświadczalnej, chemji fizjologicznej i farmakologji, anatomji patologicznej, medycyny wewnętrznej i balneologji, chirurgji, oto-, ryno- laryngologji, pedjatrji, stomatologji, chorób nerwowych i umysłowych, okulistyki, ginekologji i położnictwa, chorób skórnych i wenerycznych, medycyny sądowej, historji filozofji medycyny, higjeny i mikrobiologji, nauk farmaceutycznych, weterynarji, higjeny szkolnej i wychowania fizycznego, medycyny wojskowej, prasy lekarskiej, raka, medycyny społecznej i szpitalnictwa.

W dniu 16-go lipca odbyło się II-gie plenarne posiedzenie oraz zamknięcie obrad Zjazdu. Odczytano następujące wnioski z kolei uchwalone przez Zjazd:

1. Zjazd wyraża życzenie, aby następny Zjazd mógł się odbyć we Wilnie i porucza tę sprawę do załatwienia delegacji stałej.

2. Skład delegacji stałej (podano w poprzednim numerze).

Z wniosków ważniejszych, o znaczeniu ogólno-państwowem przyjęto następujące:

1. Zjazd uznaje konieczność rezerwatów i ochrony przyrody (Tatry, Białowieża, Góry Świętokrzyskie, jezioro Świteź a w pewnym zakresie i kopalnie węgla) oraz

2. Zjazd uchwala konieczność walki z gruźlicą u ludzi i zwierząt, z alkoholizmem i chorobami wenerycznemi, przeprowadzenia statystyki ruchu ludności i przyczyn śmierci, oraz przyspieszenie spisu ludności, uchwalenia ustawy o powszechnem wychowaniu fizycznem, zaprowadzenia lotnictwa sanitarnego dla potrzeb ludności cywilnej i wojska, zespolenie spraw zdrowia publicznego i opieki społecznej w jednym urzędzie.

Pozatem Zjazd uznał potrzeby:

ustalenia słownictwa naukowego,

założenie biura propagandy nauki polskiej,

wprowadzenia magisterjów z mineralogji i geologji,

rozszerzenia nauk geografji w szkołach średnich,

założenia polskiego Instytutu morskiego,

zaprowadzenia dorocznych kursów dokształcających dla lekarzy we wszystkich uniwersytetach,

utworzenia katedr higjeny społecznej i wychowania fizycznego,

zwrócenia się do całej prasy codziennej z uwagą, że podawanie wiadomości senzacyjno-niemoralnych tworzy ze stanowiska lek. podkład dla zarazy moralno-psychicznej w kierunku naśladownictwa.

Zamykając Zjazd przemówił prof. Ciechanowski, dziękując Komitetowi za świetną organizację Zjazdu, a prof. Kryński jako prezes Komitetu organizacyjnego złożył podziękowanie gościom za przybycie, kończąc przemówienie słowami: »do widzenia za cztery lata we Wilnie«.

x Jednocześnie z rozpoczęciem obrad XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich została otwarta Wystawa przyrodniczo-lekarska, urządzona staraniem Komitetu wystawowego z prof. Koskowskim na czele. Obficie obesłana przez sfery zainteresowane, wystawa zajęła obszerne sale nowowzniesionego wspaniałego gmachu kreślarni Politechniki Warszawskiej. Dział elektromedyczny i radjologiczny, reprezentowany wyłącznie niemal przez firmy obcokrajowe, obejmował długi szereg przyrządów najnowszej konstrukcji, z zakresu diagnostyki i lecznictwa. Obok mieścił się dział narzędzi chirurgicznych, urządzeń szpitalnych i sterylizacyjnych. Na plan pierwszy występują tu eksponaty firmy Konrad, Jarnuszkiewicz i Ska (stoły operacyjne, nosze, łóżka) oraz wyroby fabryki warszawskiej Witt i Syn (sterylizatory). Na parterze również mieści się wspaniała kolekcja nowotworów, zebrana staraniem Sekcji raka, oraz bardzo ciekawe preparaty raka, otrzymanego na drodze doświadczalnej, nadesłane z Kopenhagi. W dalszej części parteru Tow. Obrony przeciwgazowej uświadamiało zwiedzających, drogą licznych zdjęć fotograficznych, o strasznych skutkach tej nowoczesnej broni oraz o sposobach walki z nią. Obok widzimy precyzyjne protezy, wykonane w pracowni drów Lotha i Reklewskiego; dalej rozpostarły się zdrojowiska i uzdrowiska krajowe. Dział ten, umiejętnie zebrany, wykazuje dowodnie, jak wielkie w zdrojowiskach naszych posiadamy skarby, nie zawsze, niestety, celowo wyzyskane i częstokroć nawet niedoceniane, nietylko przez laików, lecz i przez lekarzy. Pierwsze piętro kreślarni zajmuje przemysł chemiczno-farmaceut. Z firm krajowych spotykamy tu wyroby i przetwory Gessnera, Klawego, Spiessa, Tow. Akc. »Motor«; firmy te walczą zwycięsko z importem specyfików zagranicznych.

Obok widzimy szczepionki i surowice lecznicze, wystawione przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie, dra Bujwida w Krakowie, oraz przez firmę »Serowac«. Opatrunki sterylizowane dra Borzymowskiego w Warszawie znalazły ró-

wnież pomieszczenie w salach pierwszego piętra. Pozostała część tego piętra wypełniona jest niepodzielnie wykresami, obrazującemi działalność Kasy Chorych w roku 1924. Przed myślącym obserwatorem, przy zwiedzaniu tej części Wystawy, staje widmo nieuchronnej proletaryzacji stanu lekarskiego.

Drugie piętro kreślarni zajęte jest w połowie przez dział przyrodniczo-dydaktyczny. W dziale tym przedstawione zostały wyczerpująco obecne metody nauczania przyrody w szkołach polskich. Ruchliwe Towarzystwo Ochrony Przyrody wystawiło tu cały szereg zwierząt i roślin, podlegających ochronie, wreszcie mapy i zdjęcia fotograficzne t. zw. »rezerwatów« w całym kraju. Drugą połowę tego piętra objęły sekcje weterynaryjna i stomatologiczna. Na uwagę zasługuje tu zwłaszcza oddział dentystyki zachowawczej oraz dział chirurgiczno-stomatologiczny.

Całość wystawy, zakrojonej na dużą skalę i utrzymanej na wysokim poziomie, robi wrażenie nadzwyczaj dodatnie. Śmiemy sądzić, że cel, zamierzony przez inicjatorów wystawy, został bez wątpienia w zupełności osiągnięty.

Nagrody przyznane wystawcom:

I. Dyplom uznania.

Siemens, Philips (dział radjo-elektromedycyny).

Witt & Syn, K. Jarnuszkiewicz, dr. Reklewski i prof. Loth (narzędzia chirurgiczne).

Krynica, Ciechocinek (zdrojowiska).

Gessner, Pabjanickie Tow. Chem., Beyersdorf, Bujwid, Knoll, Behringer, Motor, Parke Dawis, Schering, Klawe, Lumière, Nativelle, Zimmer, Kalle, Agfa, Bayer, Meister Lucius, Kasella, Spiess, Poulenc, Tow. Akc. Karpiński, Zakład Państw. Higjeny, Tow. Ochrony Przeciwgazowej (Dz. Chem.-Farmaceut.).

Kasa Mianowskiego, Książnica-Atlas (Wydawnictwa).

P. Stefan Miller, prof. K. Czerwiński, Polsk. Tow. Krajoznawcze, Państw. Komisja Ochrony Przyrody (Dz. Przyrodn.-Dydaktyczny).

Medal złoty.

Reininger, Müller, Woźniak, prof. Beck (mechanik Trólka), »Model«, Elektrolux.

Jodłowski (narzędzia chirurgiczne).

Druskieniki, Morszyn, Nałęczów, Inowrocław (zdrojowiska).

Bukowski, Borzymowski, Stankiewicz, Sigalina, Strzelecki, Baranowski, Serowac, Lek, Sanator, Borowski, Scientia, Renard, Karpiński i Leppert, Famelle, Hemoglobine Demchiens produkty farmaceutyczne).

Kleistówna, Wuttke, Rewieński, Weissówna, Karczewski, Kączkowski, Lisowski, Dryja, Simm (Dz. Przyrod.-Dydakt.).

Tow. Przeciwrakowe, Kropla mleka, Sekcja Higjeny Szkolnej, Liga Przeciwgruźlicza, dr. Szymański, Czesław Skłodowski, Tow. Weterynaryjne, Zawadzki i Eifer, dr. Rychłowski, dr. Fedecki (weterynarja).

Światłowski, prof. Wilga (stomatologja).

Medal srebrny.

Makowski, Amber, Wysowa, Rostkowski, Lubelski, Karczewski, Marja Terma, Wilchowski, Serologja węgierska, Tow. Zdrowia, Arct, Koło Medyków, Waniczkówna, Follak, Piryński, Gęborek, Wyrzykowska, Szepietowski, Pawłowski, Majkowska, Gertner, Brandel.

Listy pochwalne.

Sigalin, Francikowski, Bischof, Dentos, Balcerkiewicz.

Podziękowania.

Piszczany, Zw. Zdrojowisk, Mag. Hero, Anatomicum, Rzeźnie miejskie, Studjum weterynaryjne, Min. Spraw Wojskowych, Prasa Weterynaryjna, prof. Panek, Państw. Instytut Dentystyczny, Instytut Dentystyczny Jana Kazimierza we Lwowie (prof. Cieszyński), Związek Lekarzy Dentystów w Państw.-Polsk., Wojsk. Zakł. Roentgenologiczny, Curie-terapja, Kasa Chorych, dr. Fibiger z Kopenhagi.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Lwowska.

Naczelna Izba lekarska zawiadamia pismem z 10 sierpnia 1925 L. 244, że Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby zdrowia) ogłosiła w Nr. 140. „Monitora Polskiego“ z r. b. spis środków leczniczych dozwolonych do obrotu.

Izba lekarska we Lwowie.

Naczelnik: *Papée.*

L. 146/25.

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

Dr. Włodzimierz Serkowski lekarz zamieszkały w Kolbuszowej winny jest, że udzielał kilkakrotnie swej firmy lekarskiej nieuprawnionym technikom dentystycznym we Lwowie, w Gródku Jagiellońskim, Samborze, Łańcucie, Starym Samborze, Jaworowie i Dębicy i równocześnie prowadził zakłady dentystyczne w Dębicy, Pilznie i Kolbuszowej, nie uzyskawszy na to pozwolenia Izby lekarskiej a nie zaniechał tego pomimo wezwania Izby krakowskiej.

Czynem tym dopuścił się Dr. Włodzimierz Serkowski ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej a szczególnie z § 18 lit. 1 i 7 kodeksu deontologji lekarskiej. Za to zasądza się go po myśli § 30 lit. C. ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 przy uwzględnieniu łagodzących okoliczności na karę trzeciego stopnia t. j. naganę, zaostrzoną ogłoszeniem wyroku w Polskiej Gazecie Lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska i na grzywnę w wysokości 250 zł.

Lwów, dnia 30 lipca 1925. Sąd Izby lekarskiej:

Sekretarz generalny: Dr. *Zion,* m. p. Za Przewodniczącego Sądu: Dr. *Mikołajski,* m. p.

Od redakcji.

Numer niniejszy wychodzi jako numer podwójny (36 i 37) za czas od 1—13 IX 1925.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Uroczystość jubileuszowa dra Szwajcera. W dniu 29 czerwca r. b. odbyła się uroczystość jubileuszowa 45 cio letniej pracy szpitalnej Naczelnego lekarza szpitala na Czystem Dra Jakóba Szwajcera. Posiedzenie uroczyste zagaił Ordynator Szpitala kol. Luberner, następnie wygłosili przemówienia kolejno: w imieniu Komitetu organiz. kol. Luxemburg, zast. Generalnego Dyrektora Służby zdrowia kol. Adamski, p. prezydent miasta Inż. Jabłoński, prof. Sawicki, dr. Bączkiewicz, dr. Natanson w imieniu ordynatorów szpitala, dr. Rubin, dr. Meyeran w imieniu gminy żydowskiej, oraz przedstawiciel administracji pan kurator szpitala inż. Wusblat, przedstawiciel urzędników szpitalnych p. int. Fliederbaum, dyrektorka szkoły pielęgniarskiej Ms. Am. Greenwald (po angielsku), której piękne przemówienie przetłómaczone na język polski wywołało wielkie wrażenie na słuchaczy. Na uroczystości obecni byli przedstawiciele miasta, magistratu, rady miejskiej, wydziału szpitalnictwa, koledzy szkolni z innych szpitali, ordynatorzy, asystenci oraz b. liczne grono służby pielęgniarskiej i felczerskiej szpitala. W imieniu Lekarzy Naczelnych wypowiedział piękną mowę Naczelny Lekarz Szpitala Dziec. Jezus dr. Puławski, podkreślając wielkie zasługi Jubilata dla szpitalnictwa i wybitne zalety dra Szwajcera koleżeńskie, towarzyskie i organizacyjne. W imieniu Redakcji Czasopisma Lekarskiego przemawiał dr. Srebrny. Podczas uroczystości dr. Bączkiewicz wręczył Jubilatowi dyplom na Członka Honorowego Warsz. Tow. Higjenicznego. Ordynatorzy szpitala jedną salę Instytutu Patologicznego, którego wzniesienie wkrótce będzie dokonane, ufundowali własnym sumptem, gdzie tablica marmurowa zostanie wmurowana na wieczną pamiątkę długoletniej pracy owocnej swego Lek. Naczelnego. Na zakończenie przemówił wielce wzruszony Jubilat dziękując z całego serca za tak wielkie objawy sympatji otrzymane od wszystkich obecnych.

Z kraju.

Z polsko amerykańskiego Komitetu pomocy dzieciom. Mr. P. S. Baldwin dyrektor amerykańskiego Wydziału Ratunkowego (Komitet Hoovera dla niesienia pomocy dzieciom) zwiedził instytucje Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom w Warszawie, Stację Opieki nad matką i Dzieckiem na Podwalu, Przychodnię dla dzieci gruźliczych oraz Zakład Leczniczo-Wychowawczy dla dzieci jagliczych.

Według sprawozdania, opracowanego przez wicedyrektora polsko-amerykańskiego Komitetu pomocy dzieciom, dr. Gromskiego, Komitet ten w r. z. roztaczał pieczę nad 88 stacjami opieki nad dziećmi i matkami, rozsianemi po całem państwie.

Przez stacje te przeszło 34.677 niemowląt, którym udzielono 103.843 porad, przyszłym matkom udzielono 3.928 porad, mleka dla dzieci wydano 382.215 litrów.

Na zapomogi dla stacji, polsko-amerykański Komitet pomocy dzieciom wydał 378.060 zł., zasiłek rządowy z budżetu minist. pracy i opieki społecznej wyniósł 53.500 złotych.

Stwierdzono niejednokrotnie fakt wysokiej szkodliwości sztucznego karmienia niemowląt ilustruje statystyka śmiertelności niemowląt, zarejestrowanych na stacjach opieki polsko-amerykańskiego Komitetu pomocy dzieciom w ciągu 1924 r. niemowląt karmionych piersią zmarło 5.6%, z pośród zaś karmionych sztucznie — 14.9%, czyli prawie 3 razy tyle.

Na 100 zmarłych niemowląt z górą $^1/_3$, t. j. 38.7% zmarło z chorób żołądkowych, wywołanych przez odżywianie sztuczne.

Higjena szkolna w Polsce. Kierownik wydziału higjeny szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P. dr. Stanisław Kopczyński ogłosił drukiem rzecz p. t. »Opieka higjeniczno-lekarska nad szkołami i stan zdrowia młodzieży w szkołach Rzeczypospolitej. Jest to nader pouczające sprawozdanie ze stanu dorobku naszego na polu higjeny szkolnej i wychowania fizycznego, obejmujące okres pierwszego pięciolecia niepodległej Polski, od 1918 roku do 1923 włącznie.

Nr. 38. 20. września 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

H. SAWICKA i K. WIŚLAŃSKI, Lwów.
asyst. klin.

Zmiany we krwi chorych na raka macicy pod wpływem naświetlań energją promieniotwórczą.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu im. J. Kazimierza we Lwowie.

Entuzjazm, z jakim przed dwudziestu laty przyjęto wiadomość o leczeniu energją promieniotwórczą schorzeń ginekologicznych, pobudził cały szereg badaczy do szukania pewnych wytycznych, któreby pozwoliły na ocenę nowego środka leczniczego. Rozważając skutki, jakie leczenie energją promieniotwórczą wywiera na poszczególne narządy nie można było pominąć i narządów krwiotwórczych, gdyż obok miejscowego działania tu właśnie należało — się spodziewać — zmian największych, co mogło dać podstawę do wyciągania wniosków tak co do leczenia, jak i rokowania.

Pierwszy Heineke, badając działanie promieni Roentgena na narządy krwiotwórcze, zwrócił uwagę na niszczące działanie tychże na białe ciałka krwi.

Helber i Linser poddawali działaniu promieni Roentgena zwierzęta (szczury, króliki i psy) i zauważyli, że po pewnym czasie występowało u nich wyraźne zmniejszenie się liczby ciałek białych. Czy to zmniejszenie było wynikiem koncentracji ciałek białych w pewnym tylko narządzie i stąd powstawał brak ich w ogólnym krwiobiegu, czy też promienie Roentgena niszczyły te ciałka bądźto w pewnych narządach, jak śledziona, gruczoły chłonne i szpik kostny, bądź też w krwiobiegu — oto cel, który przyświecał doświadczeniom tych autorów.

Gdy jednak weźmiemy pod uwagę, że w doświadczeniach tych zmniejszała się przedewszystkiem ilość limfocytów, a następnie dopiero znikały formy wielojądrzaste, że zniszczeniu ulegały wpierw jądra komórek, wreszcie fakt, że ciałka białe znikały po wycięciu śledziony, musimy dojść do przekonania, że promienie Roentgena niszczą ciałka białe w krwiobiegu. Przemawiałaby zatem również i ta okoliczność, że promienie te ulegają przeważnie wchłanianiu już w głębokości kilku centymetrów.

Co do czerwonych ciałek krwi, to ulegają one zniszczeniu dopiero po dłuższem naświetlaniu, działanie więc promieni jest tu znacznie słabsze; podobnie zachowują się płytki Bizzozera i hemoglobina.

Prace innych autorów (Philipp, Krause), potwierdziły przypuszczenie, że zmiany i uszkodzenia krwi zwierząt naświetlanych mogą występować także i u ludzi, zaczem przemawiałyby takie objawy jak: bóle głowy, bezsenność, wymioty, palpitacje serca i zaburzenia w trawieniu, występujące nietylko u ludzi naświetlanych w celach leczniczych, ale nawet po prześwietleniach rozpoznawczych. Objawy te — zdaniem autorów francuskich — występują dość często, a towarzyszą im nieraz zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i nerwu sympatycznego, u kobiet zaś zaburzenia w miesiączkowaniu.

Albers-Schönberg wykazał doświadczalnie, że działanie niszczące promieni Roentgena jest tak silne, że u świnek morskich i królików powoduje ono zupełne zniszczenie spermatozoów, co Philipp i autorowie amerykańscy wykazali też i u ludzi.

Badania Grawitza, v. Noordena, Meyera i innych wykazały, że o ile ciałka białe ulegają zmniejszeniu dość szybko i już po małych dawkach, to czerwone ciałka krwi są o wiele odporniejsze na działanie promieni, gdyż skutki działania niszczącego występują w nich dopiero po dużych, prawie śmiertelnych dawkach i towarzyszą im objawy zwyrodnienia jak anizocytoza i pojawianie się jąder.

Co się tyczy działania radjum, to badania Trebera i innych wykazują, że naświetlania mogą powodować zwiększenie się liczby ciałek białych doraźne. Zwiększenie to atoli jest tylko chwilowe, gdyż wnet potem przychodzi do szybkiego zmniejszania się liczby tych ciałek, a dotyczy to w pierwszym rzędzie limfocytów i eozynochłonnych. Znikanie ciałek białych według Trebera jest tem gwałtowniejsze, im większej użyliśmy dawki do naświetlań.

Ze względu na doniosłość, jaką odgrywają promienie Roentgena i radjum w leczeniu raka macicy należy wspomnieć o badaniach Bormanna w klinice berlińskiej. Zakładał on 100 mg. radjum do pochwy chorej na raka części pochwowej lub pochwy na przeciąg 24 godzin, a równocześnie poddawał te chore działaniu promieni Roentgena przez przeciąg kilku godzin. Wynikiem tego intenzywnego leczenia były częste przypadki silnej niedokrwistości, a badania krwi tych chorych wykazywały zmniejszenie się zawartości hemoglobiny, liczby ciałek białych i czerwonych, co bezsprzecznie było wynikiem niszczącego działania energji promieniotwórczej na cały ustrój.

Badania nasze nad zmianami we krwi pod wpływem naświetlania energją promieniotwórczą przeprowadziliśmy na materjale lwowskiej kliniki położniczo-ginekologicznej w przypadkach raka macicy.

Obejmują one ogółem 118 przypadków i dzielą się na dwie grupy:

A) Przypadki leczone wyłącznie promieniami Roentgena (92 chore);

B) Przypadki leczone energją promieniotwórczą Roentgana i radjum (26 chorych).

Grupę pierwszą czyli chore leczone wyłącznie promieniami Roentgena podzieliliśmy na cztery oddzielne grupy*), zaliczając do **grupy pierwszej**:

przypadki, które klinicznie nadawały się w zupełności do operacji (8 przyp.);

do **grupy drugiej**:

przypadki t. zw. graniczne, w których klinicznie można było stwierdzić pewne zmiany w przymacicach, jednakowoż technicznie przypadki te nadawały się przynajmniej do operacji próbnej (10 przyp.);

do **grupy trzeciej**:

zaliczyliśmy chore, mające rozległe nacieki w przymaciczach i nieruchomą zupełnie macicę tak, że o operacji nie mogło być mowy (22 przyp.);

do **grupy czwartej**:

zaliczyliśmy przypadki zaniedbane. Były to chore, u których sprawa miejscowa była bardzo posuniętą, a stan ogólny przedstawiał obraz zupełnego wycieńczenia (52 przyp.).

Zmiany we krwi, jakie pod wpływem naświetlania mogliśmy stwierdzić u tych chorych, były następujące:

W przypadkach grupy **pierwszej** liczba czerwonych ciałek zwykle nie ulegała znaczniejszym zmianom. Zaledwie w jednym przypadku stwierdziliśmy niedokrwistość miernego stopnia. Co do ciałek białych to można było wykazać stałe zwiększanie się ich liczby prawie o 100%. Miało to miejsce zwykle zaraz po pierwszem naświetlaniu, a leukocytoza ta utrzymywała się przez cały czas leczenia, a nawet przez pewien czas po naświetlaniu. Zawartość hemoglobiny jako-

*) Zatrzymanie tego podziału uważaliśmy tem bardziej za wskazane, że badania nasze odnoszą się do materjału tego samego, który opracował Bocheński pod względem leczniczym a który on podzielił na owe 4 grupy Nieznaczne różnice, co do liczby przypadków poszczególnych grup, pochodzą stąd, że badania nasze odnoszą się również do przypadków naświetlanych po operacji, a których to przypadków Bocheński w pracy swej nie uwzględnia.

Przykłady. Gr. I. Przyp. 3.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
22 I	80	1·01	3,950.000	6.160	60	9	2	29	—	
30 I	78	1·—	3,900.000	6.220	62	8	3	26	—	
20 II	80	1·11	3,600.000	6.040	63	11	2	28	—	
2 III	80	1·03	3,870.000	11.760	60	10	3	27	1/3	1) Roentg.
4 III	75	0·96	3,890.000	11.650	63	10	3	24	—	3) »
7 III	80	1·—	3,980.000	10.340	64	9	4	23	—	6) »

też wskaźnik krwi nie wykazywały żadnych poważniejszych zmian, również i formy przejściowe. Limfocyty w większości przypadków zmniejszały się nieznacznie i to zależnie od poprawy miejscowej. Im bardziej sprawa miejscowa wykazywała polepszenie, tem spadek liczby limfocytów bywał szybszy i większy.

Gr. II. Przyp. 17.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
18 I	85	1·04	4,060.000	7.800	72	8	1	19	—	
26 I	80	1·—	3,990.000	13.660	70	6·5	1·5	20	I	
28 I	80	1·—	4,000.000	13.000	71	6	2	21	III	
31 I	75	0·9	4,100.000	14.280	71	7	4	18	VI	
4 II	80	1·—	3,980.000	15.000	69	8	3	20	X	
28 III	80	1·—	3,960.000	6.740	70	7	1	22	—	Nie krwawi stan dobry

W drugiej grupie przypadków stwierdzić można było na ogół podobne zmiany, jak i u chorych grupy **pierwszej.** Odnosi się to głównie do tych chorych, tej grupy, których stan miejscowy ulegał znacznej poprawie. Liczba ciałek białych wykazywała zwiększenie się ich o 100% do 150%. W kilku przypadkach liczba ta pod koniec leczenia powiększyła się nawet dwukrotnie. Nadto można było wykazać zwiększenie się liczby ciałek eozynochłonnych, chociaż nieznaczne, i to, zaraz po pierwszem naświetlaniu. Eozynofilja ta utrzymywała się przez kilkanaście dni i opadała do normy, przeciętnie w czasie do 2 tygodni.

W przypadkach grupy **trzeciej** obrazy krwi wykazywały nieregularny spadek liczby ciałek czerwonych. Spadek ten nigdy nie był zbyt wielki, w kilku przypadkach równoległy do spadku ciałek białych i limfocytów. Zwykle dość wysokie liczby form przejściowych jednojądrzastych powiększały się nieznacznie zaraz po naświetlaniach. W kilku przy-

Gr. III. Przyp. 52.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
14 V	80	0·9	4,440.000	9.260	76	8	5	11	—	
16 V	75	0·96	3,900.000	7.700	74	10	8	8	I	Słaba anizocytoza
22 V	75	0·9	4,080.000		77	9	6	8	IV	
28 VI	75	0·94	3,970.000		77	11	6	6	—	
6 VIII	65	0·95	3,400.000		73	11	9	7	V	Polychromazja
30 IX	65	0·97	3,350.000		75	10	7	8	—	

padkach widzieliśmy anizocytozę małego stopnia, która utrzymywała się zaledwie przez kilka dni, występująca zaś polychromazja utrzymywała się w czasie całego leczenia.

Gr. IV. Przyp. 79.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen	Uwagi
13 X	70	0·83	4,200.000	5.000	80	6	2	12	I	
17 X	70	0·88	3,960.000	6.400	81	6·5	1·5	10 + 1	IV	Pojkilocytoza Polychromazia
21 X	65	0·85	3,800.000	6.000	83	7	1	9		Anizocyt.
25 X	65	1·12	2,900.000	5.900	83	9	1	7		
20 XI	60	1·—	3,000.000	5.640	79	12·5	0·5	7		
14 XII 1923	60	1·11	2,680.000	5.200	81	11·5	0·5	7		† exitus 27. IV. 1924

W grupie **czwartej** obrazy krwi wykazywały powolny, lecz stały przyrost jednojądrzastych form przejściowych. Równocześnie zmniejszała się liczba ciałek białych i limfocytów. Również odsetek hemoglobiny zmniejszał się w miarę pogarszania się stanu ogólnego, przyczem równocześnie zmniejszała się wybitnie także liczba ciałek czerwonych. Nadto stale stwierdzano anizocytozę, pojkilocytozę i polychromazję.

Obrazy krwi przypadków leczonych naświetlaniami energji promieniotwórczej Roentgena i radjum w najogólniejszych zarysach nie różnią się od obrazów, jakie wykazywały przypadki naświetlane tylko prom. Roentgena, a które podaliśmy powyżej.

26 chorych tej grupy podzieliliśmy również na:
a) przypadki nadające się do operacji (18 przyp.) i
b) przypadki zaniedbane (8 przyp.).

W grupie **a)** badania krwi nie wykazywały wybitniejszych zmian w ciałkach czerwonych. Występująca po naświetlaniach radjum leukocytoza zmieniała się szybko w leukopenję, która nigdy jednak nie przekraczała zbyt niskich

wartości. Procent hemoglobiny, jakoteż wskaźnik również nie ulegały zmianom.

Gr. a) Przyp. 4.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen+Rad	Uwagi
25 III	70	0·93	3,750.000	10.680	73	10	6	13	—	
2 IV	70	0·88	3,960.000	12.500	73	9	6	12	I	Naświetl. Roentg.
15 IV	70	0·92	3,800.000	9.700	70	11	8	8	X	»
17 IV	75	0·97	3,830.000	15.500	78	11	7	7	I	Radjum 24 g
5 V	70	0·92	3,780.000	4.960	77	8	9	9	II	» 24 g } 50 mg
9 V	70	0·92	3,770.000	5 000	78	9	7	7	III	» 12 g } 50 mg

Natomiast stale widzieliśmy powiększanie się liczby ciałek wielojądrzastych z równoczesnem zmniejszeniem się liczby limfocytów. Nie widzieliśmy również w tej grupie pojkilocytozy ani polychromazji, poza nieznaczną tylko anizocytozą i to z początkiem leczenia.

Gr. b) Przyp. 21.

Dzień	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen, Rad	Uwagi
17 II	65	0·91	3,550.000	6.800	79	8	3	10		Polychromiazja pojkilocyt. anizocyt.
20 II	60	0·93	3,210.000	7.000	80	9	3	8	I	Roent.
8 III	60	0·81	3,670.000	4.660	82	8	2	8	XII	»
16 III	65	1·07	3,010.000	7.800	78	10	4	8	I	Radjum 24 g
20 III	60	0·83	3,600.000	5.550	80	10	3	7	II	24 g } 50 mg
28 III	60	0·87	3,440.000	6.060	79	8	3	10	III	12 g } 50 mg

Przypadki grupy **b)** charakteryzowały się niedokrwistością, która podczas leczenia stale się zwiększała. Podobnie jak w grupie czwartej wspomnianej poprzednio, widzimy u chorych spadek ciałek białych i limfocytów z równoczesnem zmniejszaniem się ilości hemoglobiny. Różnią się one może (od grupy czwartej) jedynie więcej nieregularnem powiększaniem się ciałek jednojądrzastych przejściowych. Często również występowała w tej grupie anizocytoza, pojkilocytoza i polichromazja, będąca wynikiem stale działających i niszczących czynników, jakimi może być z jednej strony bezwątpienia sama sprawa nowotworowa, a z drugiej prawdopodobnie i energja promieniotwórcza.

Co do przypadków, które blisko 4 lat po skończeniu leczenia, czy to energją promieniotwórczą Roentgena, czy też i radjum, nie wykazują nawrotu, czyli, że mogą być uważane za wyleczone, jakkolwiek nie upłynęło dotąd jeszcze 5 lat wymaganych przez W i n t e r a, to możnaby sądzić, że obrazy krwi tych chorych powinne być podobne do obrazów krwi ludzi zdrowych. Tego jednak w przypadkach naszych nie stwierdziliśmy. Tablica ostatnia poucza nas, że pomimo zupełnego cofnięcia się objawów miejscowych i pomimo stałego przyrostu wagi ciała, jakoteż poprawy stanu podmiotowego obrazy krwi nie odpowiadają tym, które widzimy u kobiet nie cierpiących na raka macicy. Przemawiałoby to albo za tem, że raz powstałe zmiany w ustroju a wywołane cierpieniem niszczącem cały ustrój nie cofają się już nigdy w zupełności, alboteż że są one wynikiem trwałego działania energji promieniotwórczej. M e n g e żąda przedłużenia czasu (do 7 lat) po skończonem leczeniu, aby chorą można uznać za wyleczoną, — może więc i czteroletni okres naszych spostrzeżeń jest jeszcze zbyt krótki, aby stosunki we krwi mogły powrócić do stanu prawidłowego. Wydaje się nam to atoli nieprawdopodobne.

Gr. b) Przyp. 5, 17, 33, 36, 60, 61.

L. p.	% Hb.	Indeks	Ciałka czerwone	Ciałka białe	Wielojądrzaste	Przejściowe	Eozynochłonne	Limfocyty	Roentgen, Rad	Uwagi
5	80	0·92	4,310.000	5.780	62	10	6	22	—	
17	65	0·74	4,350.000	7.400	75	10	3	12	—	
33	75	1·02	3,670.000	12.500	71	13	5	11	—	
36	70	0·8	4,330.000	9.740	67	9	10	14	—	
60	75	0·96	3,900.000	10.000	72	10	8	10	—	
61	80	0·97	4,100.000	9.650	70	10	10	10	—	

W każdym razie badanie krwi jest ważnym środkiem pomocniczym w ocenianiu stanu chorej w chwili rozpoczęcia leczenia, a także i później w ciągu naświetlania, gdyż poucza nas o ewentualnej poprawie lub też braku tejże.

Piśmiennictwo:

1) A l b e r s - S c h ö n b e r g. Münch. med. Woch. 1903 Nr. 43. — 2) B o c h e ń s k i. Pol. Gaz. Lek. 1924 Nr 33. — 3) B o r m a n n. Archiv. f. Gyn. 111. — 4) F e l l n e r - N e u m a n n. Zentralbl. f. Gyn. 1906. — 5) H e i n e k e. Münch. med. Woch. 1904 Nr. 48, 51, 1909 18. 6) H e l b e r - L i n s e r. Münch. med. Woch. 1905. Nr. 15. — 7) T r e b e r. Strahlentherapie 1915 Nr. III.

Stanisław HIGIER (jun.). Warszawa.

Przyczynek do patogenezy ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień Pasteura.

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.
Kierownik: Prof. K. O r z e c h o w s k i.

Zagadnienie spraw zapalnych w rdzeniu podczas szczepień przeciw wściekliźnie, względnie po ich ukończeniu, należy do bardzo zawikłanych problematów patogenezy i kliniki. Mamy tu do czynienia niejako z równaniem o samych niewiadomemi.

Z jednej strony bowiem chodzi o obraz chorobowy ostrego zapalenia rdzenia (*myelitis acuta*), sprawy zupełnie nie przejrzystej i pod względem klasyfikacji patogenetycznej wyjątkowo upośledzonej; z drugiej znów strony operować jesteśmy zmuszeni momentami etjologicznemi hipotetycznemi, określając skalę szkodliwości zarazka, którego właściwie nie znamy i rozstrząsając mechanizm biologiczny leczenia, które uza-

sadnienie swe znajduje w analogjach, doświadczeniach i statystyce klinicznej, ale bynajmniej nie we współczesnej konsekwentnej teorji. Genjusz Pasteur'a, lawirując wśród znaków zapytania, ukuł niezwalczoną prawie broń dla lekarza-terapeuty, ale jednocześnie stworzył, czy może tylko ukazał nowe, nieprzewidziane trudności dla poznania całokształtu zagadnienia wścieklizny. Do tych trudności należy w pierwszym rzędzie zagadnienie spraw chorobowych, występujących podczas szczepień, spraw tyczących się głównie układu nerwowego ośrodkowego. Nic więc dziwnego, że przypadki z tej dziedziny, o ile tylko istnieje możność dokładniejszej ich obserwacji, skrupulatnie bywają opisywane i analizowane, stając się probierzem dla istniejących teoryj.

Dwa takie przypadki bardzo do siebie podobne i, jak sądzę, dość pouczające, obserwowane na klinice neurologicznej U. W. pragnę właśnie podać do wiadomości.

Przypadek I.:

J. K., oficer policji, lat 27, przybył na klinikę dn. 7. II. b. roku. Chory w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodził; zakażeniu kiłowemu nie uległ. Nie pali, pije tylko okolicznościowo.

Dnia 17. I. chory, bawiąc się z oswojonym wilkiem został przez niego nieznacznie ukąszony w prawą dłoń (draśnięcie na 3-cim palcu widoczne przez kilka dni). Wilk tegoż dnia okazywał znaczny niepokój, napady drgawkowe i t. p. i w ciągu 3-ch dni zdechł przy objawach wścieklizny. Badanie autopsyjne, wykonane w zakładzie Pasteurowskim w Warszawie stwierdziło pewną wściekliznę z obecnością ciałek Negri'ego. Wobec tego chory rozpoczął szczepienia t. zw. zmodyfikowaną metodą Pasteura (szczepionką niekarbolizowaną). Szczepień tych otrzymał od 22. I. do 5. II. ogółem 16 (pozostały do ukończenia leczenia 4 szczepienia). W trakcie tego, dn. 1. II. chory wybrał się na bal, gdzie dość dużo pił, całą noc tańczył i t. d. Nazajutrz dnia 2. II. chory czuł się nieswojo: silnie osłabiony, miał bóle w krzyżu, uczucie ziębnięcia. Samopoczucie pogarszało się z godziny na godzinę. Wystąpiła trudność w oddawaniu moczu i kału; wreszcie chory, cieszący się dotychczas nagół doskonałą potencją, nie mógł wykonać aktu płciowego wskutek niedostatecznej erekcji. Po 2-ch dniach zjawiły się bóle tępe, głębokie w plecach pomiędzy łopatkami a kością krzyżową, symetrycznie udzielające się na boki, ale nie przechodzące na przednią powierzchnię tułowia. Obok tego bóle w łydkach, dotkliwsze i trwalsze w lewej. Chodzenie zaczęło sprawiać choremu trudności: nogi jakgdyby »zawijały się« i zginały nadmiernie w kolanach. Zupełne zatrzymanie moczu i kału (aż do przybycia na klinikę chory nie oddawał moczu od pięćdziesięciu kilku godzin, a wypróżnień nie miał przez 3 doby). Ciepłota, mierzona w tym czasie regularnie raz tylko doszła do 38·5°. Bolów głowy ani wymiotów nie było. Nie krztusił się i nie kaszlał. Podniecenia ruchowego ani też znaczniejszego przygnębienia nie było. Sypiał źle, jak podaje z powodu bolów.

W tym stanie chory skierowany został na klinikę.

Przedmiotowo stwierdziliśmy tu co następuje:

Chory, wzrostu wysokiego, o typie nieco astenicznym, blady. Podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta. Badanie wewnętrznych narządów oprócz nieznacznej sprawy nieżytowej w lewym szczycie i nieco powiększonej śledziony, żadnych zmian chorobowych nie wykazało.

Czaszka prawidłowo wysklepiona, na opukiwanie niebolesna. W zakresie nn. czaszkowych zmian żadnych nie stwierdza się. Ślad sztywności karku; przy zginaniu karku do przodu bolesność na wysokości 6—8 kręgów piersiowych. Przy wymacywaniu wyrostów ościstych stwierdza się wybitną tkliwość 7 i 8 D. Obj. Kerniga nieobecny. Objaw szczytowy nieobecny.

W zakresie kk. górnych zmian żadnych niema.

Odruchy brzuszne lewostronne — wszystkie słabe; prawy górny b. słaby, środkowego i dolnego brak. Niedowładu mm. brzusznych nie stwierdza się, jednakże w pozycji stojącej (»na baczność!«) chorego zauważyć można przesunięcie pępka na lewo. Co się tyczy kk. dolnych, istnieje obustronnie lekki niedowład zgięcia i rozgięcia w biodrze, oraz ślad niedowładu w stawie kolanowym. Poza tem badanie siły mięśni kk. dolnych zmian nie wykazuje. Nieznaczne wzmożenie napięcia w stawie kolanowym, głównie przy rozginaniu. Odruchy kolanowe obustronne b. żywe, — pr. > l. Odruchy Achillesa żywe, równe czasami kloniczne. Obustronny odruch Babińskiego, Oppenheima po stronie lewej. W zakresie czucia — przeczulica na bodźce dotykowe w obrębie odcinków D8—D12, przeczulica na ból i zimno tylko na przedniej powierzchni tułowia D9—L1; niżej zaś, t. j. na skórze kk. dolnych rozlane osłabienie wszystkich rodzajów czucia powierzchniowego, wybitniejsze po stronie prawej. Czucie wibracyjne oraz ułożenia bez zmian. Brak objawów Lasegue'a i Fajersztajna. Obj. Romberga nieobecny. Odruchy obronne kk. dolnych homolateralne dają się wywołać z grzbietu stóp, ud i najdolniejszej części brzucha. Odruch rzyci słaby. Odruch żołędno-opuszkowy (*Genitalreflex*) obecny. Pęcherz nadmiernie wypuklony wysoko ponad spojeniem łonowem. Przy ucisku nań odczuwa chory wzmożenie parcia na mocz.

Przy nakłuciu lędźwiowem, dokonanem nazajutrz po przybyciu chorego do kliniki wypuszczono około 15 ccm płynu wodojasnego pod dość znacznem ciśnieniem, z prawidłową ilością białka; odczyn Nonne-Appelta ujemny: pleocytoza = 31 limfocytów. Odczyn Wassermana zarówno w płynie, jak krwi ujemny.

Stan chorego podczas pierwszego tygodnia pobytu w klinice zmienia się nieznacznie. Po podanej pierwszego dnia podskórnie pilokarpinie chory oddał mocz z pewną trudnością, ale stałym, wartkim strumieniem. Z powodu ponownego zatrzymania moczu nazajutrz zastrzyk pilokarpiny, po którym oddanie moczu było jeszcze łatwiejsze. Od tego czasu oddaje mocz samoistnie, początkowo z trudnością 1—2 razy dziennie, potem prawidłowo koło 4 razy na dobę. W zakresie oddawania kału po kilku bezskutecznych lawatywach udało się uzyskać wypróżnienie dopiero po zażyciu oleju rycynowego — pierwsze od 5-u dni. Poczem jednak znów wystąpiło zatrzymanie kału.

Bole w okolicy krzyżowej i w lewej łydce zmniejszają się z dnia na dzień; występują natomiast parestezje na prawym udzie.

Dn. 14. II. stwierdzono w porównaniu z poprzedniem następujące różnice:

Całkowity brak odruchów brzusznych obustronnie; odruchy obronne z kk. dolnych dają się wywołać tylko z grzbietowej powierzchni stóp; lekkie objawy oponowe utrzymują się, stają się może nawet wyraźniejsze; charakter zmian czucia na kk. dolnych zmienił się o tyle, że na kończynie prawej powstały miejsca zupełnego znieczulenia na ból i zimno o rozprzestrzenieniu korzonkowych (S_2), na lewej kończynie natomiast upośledzenie czucia zmniejszyło się.

Przeprowadzone w międzyczasie badanie krwi wykazało: Hb = 66. Ciałek czerwonych = 4.100.000; białych = 9000, z czego procentowo wielojądrzastych = 49%, limfocytów dużych = 12%, limfocytów małych = 37,5%, eozynochłonnych = 0.5%, przejściowych = 1%.

Po trzech tygodniach chory wypisuje się z bardzo znaczną poprawą.

Cały ten obraz kliniczny, zarówno pod względem zespołu objawowego, jak i sposobu powstania, zaliczyć wypada do ostrych, względnie podostrych zapaleń rdzenia z ograniczonem i niezbyt nasilonem zajęciem opon (*meningomyelitis acuta*). Z początku sprawa robi wrażenie dokładnie ograniczonej. Możemy ją umiejscowić na wysokości niższych odcinków piersiowych (D9 - D12) i może najgórniejszej części rdzenia lędźwiowego (znaczniejszy izolowany niedowład m. *psoas*). jednem słowem w miejscu dosyć typowem dla spraw zapalnych. Dziwnem nieco wydaje się natężenie i trwałość zmian w zakresie oddawania kału, moczu oraz płciowości przy stosunkowo słabym stopniu niedowładu kończyn, mogłoby to naprowadzić na przypuszczenie istnienia drugiego ogniska zapalnego w rdzeniu krzyżowym. Jednakże charakter zmian, skurcz zwieraczy, odczuwanie parcia, mikcja strumieniem, obecność bądź co bądź odruchu rzyci i żołędziowo-opuszkowego, przeczy takiemu usadowieniu, dając się wyjaśnić sprawami ograniczającemi się do rdzenia lędźwiowego. Dalszy przebieg choroby, a przedewszystkiem lekkie zatarcie pierwotnie dominującego typu paraparezy nie stoi w sprzeczności z uprzedniem rozpoznaniem i daje się wyjaśnić istotą spraw zapalnych według nowszych zapatrywań, które widzą w nich sprawy mniej lub bardziej wędrujące (*myelitis migrans* B i n g a).

Przechodząc do etjologji przypadku zaznaczyć trzeba, że wogóle w łagodnych postaciach ostrych zapaleń rdzenia często żadnej przyczyny zachorzenia nie można się doszukać. W naszym przypadku, przeciwnie, mamy zbieg czynników chorobotwórczych, które od pierwszej chwili w wywiadach rzucały się w oczy. Zakażenie wścieklizną, leczenie szczepionką i wreszcie zmęczenie fizyczne i alkoholizm w przeddzień wystąpienia choroby — oto one. Ostatni z tych momentów — przebalowana noc i jednorazowe nadużycie alkoholu — nie mogą być uznane same przez się za przyczynę dostateczną do wywołania tego rodzaju zapalenia rdzenia, które nazywamy zapaleniem rdzenia po przemęczeniu (*Ueberanstrengungsmyelitis* niemieckich autorów), natomiast muszą być zaliczone do czynników usposabiających, pomocniczych. W istocie rzeczy przyjąć trzeba, że stoimy tu wobec z a p a l e n i a r d z e n i a w t r a k c i e s z c z e p i e ń p r z e c i w w ś c i e k l i ź n i e, nie rozstrzygając chwilowo, w jakim stosunku sprawa ta znajduje się do zakażenia, a w jakim do leczenia szczepionkowego.

Przypadek II.:

Obserwowany latem 1924 r. tyczy się G. L. mężczyzny lat 52, ekspedytora.

Wywiady rodzinne i osobiste z okresu przed wybuchem obecnej choroby bez znaczenia. Systematyczne używanie alkoholu w niewielkiej ilości.

Dn. 18. V. został pokąsany w łydkę przez psa wściekłego (co stwierdzono anatomo-patologicznie w Instytucie Pasteurowskim w Warszawie). Wobec tego chory poddał się szczepieniu. Po 12 szczepieniach dn. I. IV. uczuł bole w krzyżu i obu pachwinach oraz szybkie męczenie się przy chodzeniu. Już nazajutrz nogi osłabły mu w takim stopniu, że nie mógł bez pomocy chodzić; czuł poza tem ból w obydwu podeszwach ,większy w lewej i uczucie, że stąpa nie na własnych stopach Wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu i kału. Bolów głowy ani mdłości nie było. Ciepłota stale podgorączkowa.

Po przybyciu do kliniki stan chorego przedstawił się objektywnie jak następuje:

Budowy prawidłowej, wzrostu średniego, odżywienia dobrego. Źrenice równe, na światło i przystosowanie oddziaływują żywo. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, jednakże przy skrajnem spojrzeniu w prawo drobny oczopląs. Poza tem w zakresie nn. czaszkowych zmian nie stwierdza się; podobnie w obrębie kk. górnych.

Ściana brzuszna napina się dobrze; chory siada bez pomocy rąk. Odruchy brzuszne obecne.

W zakresie kk. dolnych niedowład prostowników stawów biodrowych znaczniejszy po stronie lewej, ślad niedowładu przywodzicieli i odwodzicieli ud obustronnie. Niedowład wyprostowania w kolanach, po stronie lewej > niż prawej, mniej zaznaczony niedowład zgięcia. Wreszcie obustronny mierny niedowład mięśni z zakresu n. strzałkowego. Odczynu zwyrodnienia nigdzie nie stwierdzono Odruchy kolanowe b. słabe, Achillesa żywe, równe. Odruchów podeszwowych brak; brak również Babińskiego i innych odruchów kurczowych. Bolesność uciskowa nn. udowego i strzałkowego lewego. Lasségue obustronny, wybitniejszy po stronie lewej.

Objawów sztywności karku i Kerniga nie stwierdza się.

Przeczulica dotykowa, począwszy od L. 1 w dół, obejmująca całą powierzchnię skóry kk. dolnych: przeczulica cieplna, głównie na zimno w tym samym zakresie: przeczulica na ból, rozpoczynająca się od środka ud (L. 3) i nasilająca się w kierunku odsiebnym (najsilniejsza na stopach).

Przy nakłuciu lędźwiowem otrzymano pod dość znacznem ciśnieniem płyn wodojasny. Pleocytoza (limfocytoza) = 53 c. b. w 1 mm³. Nonne-Appelt ++ Białko obecne w ilości 0,12 ‰.

W ciągu pierwszego tygodnia pobytu w klinice stan chorego zmienia się nieznacznie. Mocz, oddawany początkowo tylko po zastrzykach pilokarpiny, zaczyna być oddawany przez chorego samoistnie. Oddawanie kału, jakkolwiek utrudnione, również przestaje rychło wymagać interwencji. Występuje niedowład prostowników palców stóp; po stronie lewej > niż prawej. Odruchy brzuszne po stronie lewej znikły zupełnie, znikł również prawy dolny. Odruchy kolanowe i Achillesa b. słabe. Zjawiły się zaburzenia czucia ułożenia w zakresie stopy palców k. d. lewej.

Po 2-ch tygodniach objawy cofają się, najwyraźniej w zakresie siły mięśni. Chód niemal prawidłowy. Pleocytoza mniejsza.

Po 3-ch tygodniach pobytu w klinice wypisuje się prawie zdrów.

W całym tym obrazie, jakkolwiek objawy zajęcia rdzenia również wybijają się na plan pierwszy (typ niedowładów i zaburzeń czucia, objawy pęcherzowo-odbytnicze, zaburzenia cz. ułożenia), mamy jednak poważne poszlaki, że sprawa przeszła na części bardziej obwodowe (objaw L a s s e g u e'a, osłabienie odruchów głębokich, bolesność nerwów), bądź tylko wewnątrz-oponowo (*myeloradiculitis*), bądź może nawet na nerwy obwodowe (*myeloneuritis*). Pleocytoza i bole w krzyżu przemawiają wreszcie za podrażnieniem opon. Co się tyczy umiejscowienia sprawy w rdzeniu, to z początku mamy jakgdyby zajęcie górnych odcinków lędźwiowych, potem występują objawy, tyczące się zarówno powyżej, jak i poniżej leżących odcinków rdzenia. Jednem słowem proces zapalny albo wędruje, albo też jest od początku kilkoogniskowy z tem, że w różnych ogniskach przebiega z niejednakowem natężeniem. Z czynników etjologicznych mamy tu do czynienia jedynie i tylko z ukąszeniem psa wściekłego i leczeniem szczepionką.

* * *

Dwa te przypadki ostrych, względnie podostrych zachorzeń rdzenia w przebiegu leczenia szczepionkowego przeciwko wściekliźnie nie należą do nadzwyczajnych rzadkości.

Sumaryczna statystyka Instytutów Pasteurowskich notuje do 250 przypadków ostrych zachorzeń układu nerwowego t. j. według K r a u s a 1 : 2000 szczepionych. Ponieważ jednak część tylko przypadków tych podlegała dokładniejszej obserwacji, piśmiennictwo neurologiczne, tematu tego tyczące się, jest istotnie dość ubogie zwłaszcza w zakresie prac o poważniejszym, nie ściśle kazuistycznym pokroju.

Starając się ująć syntetycznie dotychczasowe wiadomości o tych sprawach dochodzimy do następujących uogólnień:

1. Zachorzenia ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu szczepień występują zwykle w postaci procesów zapalnych, wzgl. zwyrodnieniowo-zapalnych ostrych i podostrych.

2. Sprawa rozpoczyna się zwykle jako proces umiejscowiony (w rdzeniu), jednak w swym dalszym rozwoju wykazuje często cechy procesu rozszerzającego się (zwykle w kierunku wstępującym), wędrującego lub kilkoogniskowego.

3. W ogromnej większości przypadków nie stwierdza się zaburzeń psychicznych i psycho-ruchowych.

4. Przebieg naogół jest łagodny, a rokowanie pomyślne wyrównanie zaburzeń następuje w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy; przypadki śmiertelne należą do wielkich rzadkości, przyczem część ich tłumaczy się przygodnemi powikłaniami (odleżyna, zapalenie płuc etc.).

5. Niemal patognomoniczne są zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, zjawiające się zwykle już w pierwszych dniach choroby.

6. Cierpienie rozpoczyna się zwykle pomiędzy 6, 7-em a przedostatniemi szczepieniami; wybuch cierpienia po ukończeniu szczepień należy do rzadkości (B o r g e r, K o c h), a podczas kilku pierwszych szczepień nie był spostrzegany zupełnie.

7. Istnieje kilka odrębnie przebiegających i umiejscowiających się postaci n. p.: porażenie wstępujące typu Landry, porażenia ograniczone obwodowe, wśród których wcale często jest porażenie nn. twarzowych, zapalenie rdzenia i nerwów obwodowych równoczesne i wreszcie *polyneuritis i poliomyelitis ant.* jako postacie wyjątkowe. Najczęstszą jednak postacią jest zapalenie rdzenia ograniczone z lekkiem, miejscowem podrażnieniem opon.

Do tej postaci należą nasze dwa przypadki i nią się właśnie szczegółowiej zajmiemy.

Istnieją trzy zasadnicze teorje, starające się wyjaśnić powstawanie ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień Pasteurowskich.

Jedna z nich widzi w zachorzeniu tem postać poronną, nietypową wścieklizny istotnej, (K o c h, H i g i e r sen.), druga — zatrucie organizmu (wzgl. zakażenie) przez zawarty w szczepionce »*virus fixe*« — jad swoisty (B a b e s, A l i v a s a t o s), trzecia wreszcie — działanie szkodliwe odczynu organizmu samego na wprowadzaną w szczepionkach obcą tkankę nerwową (M ü l l e r, P r i b r a m). Każda z tych teoryj posiada naturalnie szereg argumentów za i przeciw, które w związku z podanemi powyżej przypadkami rozpatrzymy.

Pierwsza teorja – poronnych postaci wścieklizny — opiera się przedewszystkiem na przypadkach zapaleń rdzenia ciężkich, o typie głównie porażenia wstępującego i odnajduje w nich właśnie ogniwo łączące pomiędzy śmiertelną *Lyssa humana* a łagodnemi postaciami zapaleń rdzenia. Zwolennicy jej wskazują również na analogję z innemi chorobami zakaźnemi n. p. ospą, w których szczepienia osłabiają nasilenie przebiegu sprawy, czyniąc ją dla organizmu mniej niebezpieczną. Wreszcie koncepcja ta powołuje się na stwierdzony klinicznie fakt, że żadna z osób, które przebyły ostre zapalenie rdzenia w trakcie szczepień nie ulegała potem, jak dotąd, wściekliźnie, nawet, gdy ilość szczepień zdawała się być niedostateczną do zabezpieczenia. Ten ostatni argument wydaje się nierzeczowym i to z dwojakiego punktu widzenia. Przedewszystkiem, gdyby nawet istotnie stwierdzona była bezwzględna odporność tej kategorji osobników na wściekliznę, świadczyłoby to bądź o łatwiejszem uodparnianiu się tych wrażliwszych ustrojów (już przy mniejszej ilości szczepień), bądź też o nabywaniu odporności w przebiegu zapaleń rdzenia poszczepionkowych, a bynajmniej nie koniecznie o przebytem cierpieniu w jego postaci poronnej. Powtórę z punktu widzenia statystyki mamy tu do czynienia z czemś wyjątkowem, co nie pozwala jeszcze na wysnuwanie wniosków uogólniających: jeżeli bowiem ilość zachorzeń na wściekliznę u pokąsanych a nie szczepionych wynosić ma 15%, jeżeli przyjąć dalej, że u szczepionych niedostatecznie liczba ta spaść winna tylko dziesięciokrotnie

(do 1,5%), jeżeli porównać to z odsetkiem zachorzeń rdzenia w przebiegu szczepień, równających się 0,05% szczepionych, to odsetek możliwości wybuchu wścieklizny u osób, które przebyły zapalenie rdzenia szczepionkowe przedstawia się jako 0,00075%, czyli mógł się w dotychczasowej, stosunkowo młodej, praktyce szczepień nie zdarzyć, mimo, iż w zasadzie jest możliwy.

Przeciwko tej teorji przemawiają wogóle i w szczególności w stosunku do naszych przypadków następujące przesłanki :

1. Zbyt krótki okres inkubacyjny. Wylęganie wścieklizny ludzkiej trwa zwykle od 5-ciu tygodni do 3-ch miesięcy. Inkubacja krótsza niż dni 20 należy do rzadkości[1]), a krótsza niż dwa tygodnie zaledwie trzy razy była notowana. Tymczasem lwia część zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień zjawia się przed 3-ma tygodniami od chwili możliwego zakażenia, a istnieją w piśmiennictwie przypadki, gdzie choroba rozpoczynała się już w tydzień po zakażeniu (Orłowski, Gonzalez). Nie jest to naturalnie regułą; w każdym razie nie zawadzi przypomnieć że w pierwszym z opisanych naszych przypadków pierwsze objawy chorobowe wystąpiły 13 dni po zakażeniu, w drugim w dni 12.

2. Brak miejscowego odczynu zapalnego skóry. We wszystkich niemal przypadkach wścieklizny ludzkiej odczyn taki się zjawia, zwykle jeszcze przed wystąpieniem objawów ogólnych ze strony układu nerwowego. W ogromnej natomiast większości zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień, włącznie z omawianemi 2-ma przypadkami, odczynu zapalnego skóry w miejscu ukąszenia nie było ani przed, ani podczas wybuchu choroby rdzenia.

3. Brak odczynu zapalnego ze strony najbliżej miejsca zachorzenia leżących gałązek nerwowych obwodowych. Odczyn ten występuje w przebiegu wścieklizny ludzkiej prawie zawsze; dało to przecież nawet pochop do przypuszczeń że jad zarazka wścieklizny przenosi się z miejsca zakażenia do rdzenia, podobnie jak jad tężca drogą nerwów obwodowych. W większości zapaleń rdzenia podczas szczepień, jak również i w naszych przypadkach, a w szczególności w pierwszym, miejscowego zapalenia nerwów brak było z pewnością.

4. Umiejscawianie się sprawy rdzeniowej na wysokości zgoła innej, niż odcinek odpowiadający ukąszeniu. Ten argument tworzy jedną całość z poprzednim. Jaskrawą jego ilustracją może być nasz pierwszy przypadek, gdzie ukąszeniu uległa prawa kończyna górna, a proces zapalny umiejscowił się zaraz z początku w dolnych odcinkach piersiowych i górnych lędźwiowych.

5. Brak wszelkich typowych objawów cielesnych i psychicznych wścieklizny ludzkiej ; prawie że nie spotykamy w piśmiennictwie zapaleń rdzenia podczas szczepień ani przeczulicy zmysłowej ani kurczów mięśniowych, ani niepokoju ruchowego, ani wodowstrętu (wyjątek stanowi jednak przypadek Chnylewskiego i prawdopodobnie jeden Borgera), ani ciągotki. W naszych przypadkach mamy, przeciwnie, zamiast podniecenia — depresję, łatwo tłumaczącą się sytuacją chorobową. Nie mniej uderzającem jest, że zamiast ciągotki spotykamy brak wzwodu.

6. Brak odpowiednich zmian anatomo-patologicznych w większości przypadków sekcyjnie badanych zwłok ludzi i zwierząt, których śmierć nastąpiła w przebiegu poszczepionkowych zapaleń rdzenia. Ponieważ niema dotychczas zgody wśród histopatologów, jakie zmiany uważać należy za bezwzględnie swoiste dla wścieklizny, sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. W większości autopsyj brak jest wszelkich analogij z obrazem wścieklizny (Kowezalow, Mironescu). w niektórych występują twory nacieczeniowe, jakoby podobne czy identyczne z t. zw. *nodules rabiques* v. Gehuchtena (Koch); ani razu natomiast nie stwierdzono dotychczas obecności »ciałek Negri'ego«.

7. Niemożność prawie wywołania wścieklizny[2]) u zwierząt szczepionych podoponowo tkanką nerwową ludzi i zwierząt, zmarłych w przebiegu zapalenia rdzenia poszczepionkowego. Natomiast przy szczepieniu substacją nerwową zmarłych na wściekliznę prawdziwą udaje się przynajmniej w połowie przypadków wywołać wściekliznę pracownianą, a nawet serją przeszczepień dojść do działania zbliżonego do »*virus fixe*«. Argument ten, przyznać trzeba, nie opiera się na podstawie niewzruszonej : uznając bowiem istnienie postaci poronnych wścieklizny, przyjąć musimy również i możliwość osłabiania zarazka, aż do nieszkodliwości przeszczepiań włącznie.

8. Istnienie ostrych zapaleń ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu szczepień u osób, mylnie zakwalifikowanych jako pokąsane przez wściekłe zwierzęta, a także w przebiegu szczepień profilaktycznych (Borger, Papamarku, Simon, Tonni).

Zestawiając powyższe przesłanki, możemy wyciągnać wniosek, że, jakkolwiek istnienie nietypowych postaci wścieklizny ostatecznie wykluczyć się nie daje, to jednak ogromna większość przypadków zapaleń rdzenia podczas szczepień niema z pewnością nic z wścieklizną wspólnego i że nasze dwa przypadki z punktu widzenia teorji wścieklizny poronnej wyjaśnić się nie dadzą.

Druga z kolei koncepcja, że zachorzenia ośrodkowego układu nerwowego podczas szczepień są pochodzenia toksycznego, wskutek działania szczepionego »*virus fixe*«, posiada o wiele więcej podstaw niż pierwsza. Uzależniając sprawę chorobową od szczepień, teorja ta obejmuje tem samem, przypadki, powstałe w przebiegu szczepień zapobiegawczych i leczniczych, stosowanych u osobników niezakażonych. Przeciwko niej przemawiają jednak :

1. Brak odczynów zapalnych miejscowych, tym razem oczekiwanych w miejscu szczepień, a nie, jak poprzednio, w miejscu ukąszenia. Tak n. p. w pierwszym z naszych przypadków żadnych zmian zapalnych — na skórze brzucha z pewnością nie było.

2. Względna niezależność zachorzenia od ilości uprzednich szczepień. Gdyby istotnie »*virus fixe*« miał powodować sprawę zapalną w rdzeniu, najwięcej spodziewać należałoby się tych spraw po ostatniem szczepieniu t. j. po wprowadzeniu stosunkowo największej ilości »*virus fixe*«« do ustroju mniej podczas ostatnich szczepień i t. d. Tymczasem, jak powyżej zaznaczono, *myelity* powstają najczęściej w drugiej połowie szczepień, a bynajmniej nie po ukończeniu leczenia szczepionkowego.

3. Nieszkodliwość świeżego »*virus fixe*«, wprowadzonego w bardzo dużych ilościach, ale jednorazowo pod skórę małpom (Proescher).

Mimo te wszystkie fakty, wiele przypadków zapalenia rdzenia obrazem swym i przebiegiem nie stoi w sprzeczności z tą teorją. Czy i w jakim stopniu ma ona słuszność, wykazać będą w stanie dalsze, dokładniejsze badania nad przeszczepianiem »*virus fixe*« i jego »odjadowieniem« (Bujwid).

Trzecia i stosunkowo najpóźniej powstała teorja o wytwarzaniu się w ustroju szczepionym cytolizyn, atakujących tkankę nerwową, przedewszystkiem ośrodków, opiera się głównie na przypadkach zapalenia rdzenia w przebiegu szczepień zapobiegawczych i zbytecznie stosowanych. W szeregu doświadczeń pracownianych okazało się, że po szczepieniu zwierząt obcą tkanką nerwową, nawet zdrową, powstają zapalenia ośrodkowego układu nerwowego o podobnej postaci i przebiegu, jak zapalenia podczas szczepień Pasteurowskich (Joannovics, Schweinburg). Jednocześnie stwierdzono że surowica zwierząt w ten sposób traktowanych posiada względem tkanki nerwowej wprowadzanej własności cytolityczne, dające się wykazać *in vitro*. Zjawisko to ma być jednym z przykładów wytwarzania się we krwi t. zw. zaczynów obronnych (Abderhaldena), rozkładających wprowadzaną substancję. Jak zwykle przytem zaczyn taki może wykazywać powinowactwo nie tylko względem wprowadzanego antygenu n. p. tkanki nerwowej króliczej — ale i w stosunku do pokrewnych, w tym wypadku — substancji nerwowej szczepionego osobnika. Nic więc dziwnego, że nie spotykamy się tutaj z miejscowym odczynem zapalnym (w miejscu szczepienia) ; odczyn tu jest ogólny i atakuje tkankę nerwową ośrodkową na drodze humoralnej, prawdo-

[1]) Szczególnie przy obwodowej lokalizacji miejsca zakażenia (ukąszenia) n. p. na palcach, kończynach dolnych i t. p.

[2]) Kilkakrotnie udało się tylko wywołać obraz zachorzenia ośrodkowego również nieswoistego, raz jeden obraz *Lyssae consumptivae* (Paltauf).

podobnie w »*locus minoris resistentiae*«. Zrozumiałą również staje się okoliczność, że sprawa zapalna zjawia się nie w zależności od ilości szczepień, względnie od wprowadzonego »*virus fixe*«, ale od chwili »wstrząsu« humoralnego, mogącego tak samo dobrze powstać w początkach, w środku, jak i w końcu leczenia szczepionkowego.

Za koncepcją tą przemawia jeszcze fakt, że szczepienia metodą Högyesa, przy której wprowadzamy przynajmniej równą ilość jadu (Nitsch), ale znacznie mniej obcej tkanki nerwowej (prawie 14 razy mniej niż przy »silniejszej«, a 6 razy mniej, niż przy »słabszej« metodzie Pasteura) nie dają prawie zupełnie zachorzeń rdzeniowych.

Przeciwko tej teorji mogą być wysunięte następujące zarzuty:

1. Względna rzadkość zachorzenia. Wytwarzanie się cytolizyn wydaje się właściwością powszechną, mało zależną od odporności osobniczej. Zachodzi tedy pytanie, dlaczego procesy zapalne w rdzeniu zdarzają się w tak znikomej ilości przypadków i dlaczego u pewnych tylko i tych właśnie osobników? Dokładniejsze zbadanie szczepionego materjału (Karłowski) przeczy atoli temu argumentowi. Według statystyki Wiedeńskiego Instytutu Pasteurowskiego (Schweinburg) okazuje się, że na 2000 szczepionych połowa tylko nie wykazuje żadnych zaburzeń w przebiegu szczepień; natomiast u 200 stwierdzić można było nawet jednocześnie parestezje, utrudnienie chodzenia, trudności w oddawaniu moczu i t. d.; u 40 zaś, poważniejsze, niewątpliwie organiczne objawy, dające się wykazać przedmiotowo. Jednem słowem zaatakowanie układu nerwowego podczas szczepień nie jest bynajmniej tak rzadkie, jak to do niedawna przypuszczano; rzadkie są jedynie przypadki o znaczniejszem nasileniu i dłuższem trwaniu, przypadki, gdy chory zmuszony jest zwracać się o poradę lekarską ($^1/_2$ ‰).

2. Wielka rzadkość zachorzenia po szczepieniach zapobiegawczych u ludzi. Fakt ten jest tem bardziej uderzający, że po szczepieniach leczniczych zbytecznych, t. j. u osobników z pewnością, jak się *ex-post* okazało, nie zakażonych, myelity zdarzają się już częściej! Jest to jednak dowód, przemawiający raczej za koncepcją patogenezy cytolitycznej, niż przeciwko niej. Przy szczepieniach zapobiegawczych wprowadza się bowiem zwykle mniej substancji nerwowej, aniżeli przy leczniczych.

3. Trzecim argumentem przeciwko teorji cytolizyn mają być doświadczenia pracowniane, w których surowicę zwierząt myelitycznych, a więc surowicę z zaczynem neurolitycznym, wstrzykiwano podoponowo innym zwierzętom bez żadnego efektu (Alivasatos). Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że, przedewszystkiem wprowadzamy tu cytolizynę cudzą, że wprowadzamy ją jednorazowo i to zupełnie inną drogą (nie krążenia krwi), niż w ustroju szczepionych — różnica w działaniu cytolitycznem stanie się zrozumiała. Wreszcie winniśmy zwrócić uwagę na czynniki usposabiające, osłabiające tkankę nerwową w całości lub częściowo i w ten sposób przygotowujące ją do zaatakowania przez cytolizyny. W połowie niemal opisanych dotychczas przypadków zapalenia rdzenia podczas szczepień momenty takie dadzą się odnaleść. Mogą to być zakażenia uboczne: n. p. nieżyty pneumokokkowe (Orłowski), rzeżączka (Sterling), alkoholizm (w przypadku polyneuritis, wspomnianym przez Orzechowskiego w dyskusji w Tow. Lek. Warsz.).

W naszym pierwszym przypadku mamy zmęczenie całonocnym tańcem i alkoholizm jako takie właśnie czynniki uboczne. Znaczenie czynnika usposabiającego względem neurolizyn stwierdzone zostało również i doświadczalnie: zastrzykując dootrzewnowo zawiesinę tkanki mózgowej szczurom, opukiwanym przedtem po czaszce; wywołano u nich obraz ostrego zachorzenia układu nerwowego (mnogie ogniska rozmiękczynowe i zwyrodnienie rdzenia zstępujące). Zwierzęta kontrolne, pomimo równych ilości wstrzykniętej zawiesiny pozostały zdrowe (Jannovics).

Ujmując syntetycznie wszystkie za — i przeciw przytoczonych trzech koncepcyj powstawania ostrych zapaleń rdzenia podczas szczepień, przyznać należy, że teorja cytolizyn najbardziej wydaje się uzasadniona zarówno pod względem doświadczalnym, jak i klinicznym. W każdym razie w stosunku do naszych 2-ch przypadków daje się ona zastosować z całkowitem prawdopodobieństwem. Czy wszystkie ze znanych postaci zachorzeń ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego podczas szczepień posiadają tę samą patogenezę, czy również, co zatem idzie, wszyskie opisane dotychczas przypadki dałyby się wyjaśnić li tylko odczynem cytolicznym, pozostaje jednak kwestją otwartą.

Zaklasyfikowanie etjologiczne posiada tu znaczenie nietylko czysto teoretyczne: oprzeć się na niem winno zarówno rokowanie, jak i leczenie, jak wreszcie i zapobieganie. Na ten temat właśnie toczy się ostatnio dyskusja, mająca na celu ujednostajnienie systemów szczepienia we wszystkich instytutach Pasteurowskich i wybrania z systemów tych takiego, który daje najmniejszy odsetek ostrych zapaleń rdzenia n. p. metody Högyesa (Kraus).

Należy mieć nadzieję, że akcja ta doprowadzi do pożądanych wyników i że przypadki ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień przejdą do historji.

Na zakończenie niech mi będzie wolno podziękować na tem miejscu p. dr. Z. Karłowskiemu, kierownikowi Instytutu Pasteurowskiego w Warszawie za cenne wskazówki i informacje z zakresu techniki i statystyki szczepień.

Piśmiennictwo:

1) Babes: C. rend. d. l. Soc. d. Biol. LXVI. — 2) Babes: Ueber Wuttoxine. — 3) Babes: Traité de la rage 1912. 4) Babes i Mironescu: La paralysie ascendente mortelle (cit.) — 5) Borger: Geneeskundig Tijdschrift 1911 (cit.) — 6) V. Gehuchten i Nelis: Les lesions rabiques. — 7) Goldberg i Oczesalski: Wien. Klin. Woch. 1913 — 48 (cit.) — 8) Higier H.: Med. i kron. lek. 1912 — 40. — 9) Högyes: Lyssa Nothnagels Spez. Pathol. u. Therap. — 10) Hudovernig: Neurol. Cutibl. 1912-34 (cit.). — 11) Joannovics: W. Klin. Woch. 1920. — 12) Jochman: Dtsch. Ztschr. f. Nerv. XLVII. 13) Jochwedes: Warsz. Czas. Lek. 1924-11. — 14) Koch J.: Ztschr. f. Hygien. 1909. — 15) Koch: Ztschr. f. Hyg, 1911. — 16) Lewandowsky Handbuch — rozdz. Lyssa — 17) Nitsch: Szczepionki i surowice. 1923. — 18) Nitsch: Bemerkung. üb. d. Pasteursche Methode. — 19) Novi i Poppi: Bull. d. scienze med. di Bologna (cit.). — 20) Oppenheim: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten (rodz. Lyssa). — 21) Palmirski i Karłowski: Wodowstręt u ludzi 1911. — 22) Papamarku: Ztschr. f. Hygiene 1918. — 23) Paltauf: Wien. Klin. Woch 1909 (cit) 24) Pfeilschmiedt: Z. Kenntnis d. Erkrank. d. Nervensystems b. Wutschutzimpfungen. Neurol. Zentr. — 25) Remlinger: Ann. Instit. Pasteur 19. — 26) Rochaix i Durand: Arch. d. med. experim. XXVII. — 27) Rochaix i Durand: C. rend. d. l. Soc. d. l. Biol. 79 (cit.). — 28) Simon: Ueber Lähmungen im Verlauf d. Tollwutschutzimpf. 1913. — 29) Sterling: Ztsch. f. d. ges. 1913. — 30) Krauss: Wien. Klin. Woch. 1923-27. — 31) Schweinburg: Bericht üb. d. tät. Seuchebekämpfung 1924-5/6. — 32) Pfeiffer: Klin. Beitr. 1917. IV. — 33) Bujwid: Zmiana obecnie stosowanej metody leczniczo-ochronnej p. wodowstrętowi.

Z praktyki.

Dr. Henryk HIGIER. Warszawa.

Z przebiegu podzwrotnikowej czyli złośliwej zimnicy mózgowej (*Meningoencephalitis malariae haemorrhagica* *).

Zimnica jest, jak wiadomo, jedną z tych chorób zakaźnych, która posiada swoiste powinowactwo do układu nerwowego, względnie najczęściej dotyka ona nerwów obwodowych, cosię klinicznie przejawia bądź w postaci nerwobolów napadowych — przeważnie w obrębie nerwów nadoczodołowych, potylicznych i kulszowego — lub w postaci cięższego i stalszego zapalenia nerwów pojedynczych (*Mononeuritis*) i mnogich (*Polyneuritis*).

Rzadziej tory rdzeniowe stają się ofiarą jadu zimniczego w formie przemijających i okresowych niedowładów kończyn lub stałych porażeń spastycznych i wiotkich, naśladujących klinicznie i anatomo-patologicznie stwardnienie wieloogniskowe, rozsiane zapalenie rdzenia i myelopatje pęcz-

*) Według odczytu w Warsz. Tow. Neurol. z dnia 22 listopada 1924.

kowe, t. zw. skombinowane zachorzenie zakładowe pęczków tylnych i bocznych.

Najbardziej zdarzają się powikłania nerwowe ze strony mózgu. Występują one przeważnie w ciężkich formach zimnicy, złośliwej i podzwrotnikowej, która bakterjologicznie daje się poznać przez półksiężycowe pasorzyty we krwi. Dokładne studja nad tą odmianą zawdzięczamy dopiero ostatniemu dziesięcioleciu, bogatemu w doświadczenie z wschodnich i południowych frontów wojny wszechświatowej, aczkolwiek pojedyncze spostrzeżenia nie obce są i dawnemu piśmiennictwu neurologiczno-psychjatrycznemu (Griesinger 1872, Bardellini 1898, Cardamitis 1901, Luzatto 1904, Pausias 1901, Janssza 1903.

W malarji mózgowej spotykamy również dwa powyższe typy choroby. Objawy patologiczne — zarówno ogólnomózgowe jak zespoły ogniskowe — zjawiają się i znikają z poszczególnym napadem malarji np. hemiplegja, afazja, ataksja Boisseau, Laforguzo, Bodenwaldt, Griesinger) lub też rozwijają się na glebie ciężkiej przewlekłej zimnicy, pozostają stałemi i niezależnemi od typu i częstości paroksyzmu (porażenie poprzeczne, padaczka, psychozy).

Według E. Strausa[1]) znajdujemy następujące ustosunkowanie objawów nerwowych i umysłowych do poszczególnych napadów gorączkowych. Objawy chorobowe mogą się zjawiać:

a) jednocześnie z napadem,

b) bezpośrednio po gorączce,

c) zamiast napadu. Oraz mogą też:

d) wraz z napadem znikać,

e) przetrwać go czas pewien,

f) jako stały objaw ubytkowy pozostać. One mogą również :

g) występować z pierwszym ciężkim napadem gorączki, jak to się widzi nierzadko w śpiączce zimniczej,

h) ujawniać się po kilkakrotnych napadach gorączki,

i) zamanifestować swoją obecność z nawrotem zimnicy lub obostrzeniem,

k) towarzyszyć jednemu lub kilku powrotnym napadom. Wreszcie mogą:

l) rozwijać się podczas śpiączki głębokiej lub przy zupełnie zachowanej świadomości.

Co rozpoznanie utrudniać może, to okoliczność, że właśnie zimnica mózgowa występować zwykła w przypadkach, które nie uderzają ani typowym przebiegiem ani zbyt wysoką gorączką ani się odznaczają charakterystycznem obrzmieniem śledziony.

W tego rodzaju wątpliwych przypadkach może i musi nb. przy zupełnie przekonywujących wywiadach — jedynie wielokrotne badania krwi na plazmodje i mononukleozę decydować o rozpoznaniu.

Symptomatologja malarji mózgu jest wielce urozmaicona. Względnie rzadkie są z jednej strony t. zw. *Cornea cerebri algidum*, błyskawicznie w ciągu kilku godzin prowadzące do śmierci, z drugiej wybitnie przewlekła przebiegająca psychoza malaryjna. Do reguły należą te przypadki, gdzie obok objawów ogólnych, jak śpiączka i halucynacje, są obecne objawy ogniskowe i rozlane, ruchowe i czuciowe, stany podniecenne i porażenne o lokalizacji oponowej i korowej, móżdżkowej i opuszkowej.

Przypadek, który opisać zamierzam, posiada pewne, rzadko notowane właściwości, stanowiąc w naszym klimacie poniekąd unikat pod względem klinicznym i bakterjologicznym.

W listopadzie wezwany zostałem konsultacyjnie do 27-letniego kupca, który przed 12-tu godzinami w nocy prawie nagle z głębokiego snu się obudził z silnym bolem głowy, zawrotem i nudnościami i w ciągu kilkunastominutowego niepokoju ruchowego, połączonego z bredzeniem, stracił przytomność.

Anamnestycznie dało się stwierdzić, że zawsze zdrowy i z rodziny zdrowej pochodzący osobnik jest od 1½ roku żonaty, że ma zdrowego pół rocznego chłopczyka, że w ostatnich miesiącach miał tu i ówdzie dreszczyki, gorączkę i poty, co mu atoli rzadko przeszkadzało — przez czas krótki — w pełnieniu obowiązków służbowych. Gorączka rzadko dosięgała 38°. Ordynujący lekarze podejrzywali tu przewlekłą grypę, to ukrytą gruźlicę wierzchołkową, to zimnicę nietypową, to zapalenia wsierdzia.

Kilkakrotnie powtarzane badanie krwi, plwociny i moczu nie odkryły nic pozytywnego, zwłaszcza, co dotyczy zapalenia nerek, gruźlicy, kiły, zimnicy, również leczenie metodami swoistemi — rtęcią, salicylem, chininą i sinkiem metylowym — nie zostało nwieńczone pożądanym skutkiem.

Ostatnie kilkanaście dni przed obecną chorobą czuł się chory względnie dobrze, spędził ostatni wieczór w gronie kolegów przy grze w karty, podczas której spożywał dość skromną wieczerzę.

Nigdy w wojsku nie służył, miasto rodzinne Warszawę opuszczał wyjątkowo na kilka godzin, nie nadużywał trunków i tytoniu, nie cierpiał nigdy na migrenę i drgawki.

Jak mnie informowało otoczenie, uderzała w pierwszych godzinach ostrej choroby skłonność do wymiotów, w późniejszych ciągłe drgawki padaczkowate.

Badanie kliniczne stwierdziło co następuje. Mężczyzna dobrze odżywiony. Tętno 104, miarowe, napięte. Ciepłota 37.8. Oddech ledwie przyśpieszony. Nie daje się rozbudzić z śpiączki głębokiej.

Serce i płuca prawidłowe. Brzuch nie wzdęty. Śledziona i wątroba wyczuwalne.

Lekka sztywność karku. Przy silnem nachyleniu głowy rozszerzają się przemijająco źrenice, równe i leniwie na światło oddziaływujące.

Napady padaczkowe skurczów tonicznych we wszystkich kończynach, zwłaszcza dolnych. Odruchy ścięgnowe patologicznie niewzmożone. Obustronny stopopląs, Bagiński, Rossolimo i Mendel-Bechterew. Porażeń niema. Oczopląs nieobecny. Dno oka prawidłowe.

Mocz stężony, ciemny, mętny. Ciężar gatunkowy 1026, ¼‰ białka, bez cukru, dużo indoksylu i kwasu moczowego, brak elementów morfologicznych.

Nakłucie lędźwiowe wykryło płyn krwawy, wyciekający pod ciśnieniem nieco wzmożonem. 2‰ białka. Nonne-Apelt ++. Przy odstawaniu półgodzinnem na dnie probówki czerwony krwawy osad, nad którym płyn przeźroczysty, mocno czerwono zabarwiony (*xanthochromia*). Barwiony preparat wykazuje 15% limfocytów, 1% monocytów i 84% neutrofilów, przyczem w 1 sz. mm. znajduje się około 600 białych ciałek. Bakterjologicznie nie stwierdziło się ani meningo- i pneumokoków ani też prątków gruźliczych Kocha.

Rozpoznanie pozostało dość niejasne zarówno w 1-ym jak 2-gim dniu choroby, gdy ciepłota podskoczyła nieco, przekraczając 39°, a drgawki toniczne prawie bez przerwy się powtarzały i śpiączka stawała się coraz głębszą.

Dla kiły, gruźlicy i zapalenia wsierdzia, które podejrzywano w ostatnich miesiącach, znalazło się coraz mniej danych.

Mocznica u młodego człowieka, który nigdy nic nerkowego nie przechodził i nie przejawiał, była mało prawdopodobną, ¼‰ białkomoczu mogła iść na karb nagłej gorączki i ostrego udaru.

O pospolitym *status epilepticus* nie było poważnie mowy u chorego dotąd nie dotkniętego padaczką; zwłaszcza świadczyły przeciw temu lekka sztywność karku, stale toniczny charakter napadów, zachowanie źrenic niezbyt szerokie, obustronny stopopląs.

Dla botulizmu lub innego ostrego otrucia pokarmowego brakło zupełnie danych wywiadowczych, tembardziej, że nikt ze spożywających w rodzinie ostatnią kolację nie zachorował.

Wobec swoistego płynu mózgowordzeniowego uważałem za najbardziej prawdopodobne rozpoznanie, dodam, że rozpoznanie to wypowiedziałem jeszcze przed dokonaniem nakłucia lędźwiowego — t. zw. samoistnego krwotoku podpajęczynówkowego, tej dosyć niezwykłej postaci *Leptomeningitis haemorrhagica*, którą w Warszawie spotykaliśmy w ostatnich latach względnie nierzadko, zwłaszcza w wieku męskim i młodzieńczym (Flatau, Goldflam), w przeciwieństwie do częstej *Pachymeningitis haemorrhagica v. Haematoma durae* starców, alkoholików i paralityków.

Osad krwawy bez tworzenia zgęstka, ksantochromiczne zabarwienie płynu, jałowy charakter tegoż, nieznaczny *opisthotonus*, odczyn midjatyczny źrenic — wszystko to zdawało się zatem przemawiać. Dodać wprawdzie należy, że diagnoza samoistnego, pierwotnego krwotoku podpajęczynówkowego stanowiła w istocie i stanowić będzie zawsze diagnozę *per exclusionem*, póki się lepszej nie posiada a czynnika etjologicznego bliżej nie zna.

Gdy się stan ogólny i 3-go dnia nie poprawił, utrata przytomności stała się coraz głębszą, mimo, iż drgawki i przykurczenia ustawały, a odruchy ścięgnowe i skórne powoli słabły i znikały, postanowiłem, licząc się z wzmagającem się ciśnieniem wewnątrz-czaszkowem dokonać powtórnego obfitego nakłucia, aby się jednocześnie przekonać o zabarwieniu płynu, o hemolitycznych własnościach i ewentualnej zawartości plazmodji, tembardziej, że się przyłączyło rozległe prawostronne zapalenie płuc charakteru krupowego, które ani jako opadowe, ani też jako zachłystowe lub odoskrzelowe nie imponowało.

[1]) F. Wohlwill i E. Straus. Nichteitrige Entzündungen d. Zentralnervensystems. Podręcznik Kraus-Brugscha.

Płyn okazał się mocno krwawym, mętnym, o ciśnieniu wysokiem, odczyn Wassermanna w płynie +++, a po odwirowaniu go i barwieniu według Giemsy udało się metodą grubej kropli w wysuszonym preparacie pod imersją stwierdzić (kol. Anigstein[2]) obecność *Plasmodium falciparum tropicum* w stadjum pierścieniowem: młody pierścień w czerwonym ciałku krwi, cienka warstwa protoplazmy, dwa obok siebie ułożone ciałka chromatynowe.

Odczyn Wassermanna w krwotocznym płynie chorego, nie podejrzewanego o kiłę i obecność plazmodjów wystarczały zupełnie do rozpoznania *Meningoencephalitis haemorrhagica malarica* obok ostrej pneumonji prawdopodobnie tegoż pochodzenia.

Obfity krwiopust, wprowadzenie 1 gr. chininy, stała kamforyzacja nie mogły, niestety, powstrzymać zejścia śmiertelnego, które nastąpiło 4-go dnia choroby przed odwiezieniem ciężko chorego do szpitala miejskiego, w niecałe 15 godzin po zaaplikowaniu leczenia swoistego.

W przypadku tym u nas prawie nigdy nie spotykanej zimnicy mózgu uderzyć musi co następuje:

1) Początek udarowy z obrazem ciężkiego wylewu krwawego do mózgu lub opon miękkich.

2) Płyn mózgowo-rdzeniowy krwawy, który znakomicie naśladował t. zw. samorzutny krwotok podpajęczynówkowy, *leptomeningitis haemorrhagica*, słuszniej według mnie na miano *haematoma arachnoideae* — w analogji do *haematoma durae* — zasługujący.

3) Płyn z zawartością plazmodjów i z odczynem hemolitycznym Wassermanna — co często idzie w parze, — podczas, gdy krew obwodowa ani jednego i ani drugiego nie wykazała.

4) Ostry obraz kliniczny, w którym pierwsze dni przeważały toniczne skurcze napadowe o charakterze padaczkowym z niezwykłą żywością normalnych i patologicznych odruchów z ścięgien i skóry, ostanie dni akinezja, arefleksja i zapalenie płuc włóknikowe prawdopodobnie pochodzenia malaryczno-embolicznego.

5) Nieobecność w wielomiesięcznym okresie ukrytej choroby typowych napadów zimnicy i widocznego powiększenia śledziony.

6) Obecność w płynie złośliwej czyli t. zw. podzwrotnikowej odmiany plazmodjów u osobnika, który nigdy nie opuszczał swojego kraju rodzinnego, co dowodzi, że podzwrotnikowa malarja złośliwa (Koch) zdarzać się może w krajach, zupełnie od równika odległych, tu i ówdzie sporadycznie, jak u mnie, w sezonie jesiennym.

Jak mamy sobie przedstawiać obraz anatomopatologiczny takich przypadków. W każdym razie nie mamy tutaj do czynienia, jakby się z przebiegu pierwszych 2-ch dni zdawać mogło, z pierwotnym krwotokiem wewnątrzoponowym wieku młodzieńczego. Jeżeli krwawienie takie istotnie miało miejsce, to było ono natury wtórnej, symptomatycznej, *leptomeningitis infectiosa*, jako współtowarzysząca rozsianemu zapaleniu krwotocznemu istoty mózgowej dawniej *purpura cerebri* zwanemu.

Jeśli już Laveran przed laty w swojej klasycznej monografji o zimnicy stwierdził istnienie czystej *meningite lymphocytaire*, to późniejsi autorzy opisywali zimnicze zapalenie mózgu z typowemi krwotoczkami pierścieniowemi, zakrzepami włoskowatemi, uszkodzeniem rozsianem błony wewnętrznej naczyń i bujaniem gleju okołonaczyniowem, prowadzącem do formalnych węzełków. Te ostatnie podczas wielkich epidemij wojennych zimnicy z lat 1916—1920 Dürek[3]) nie bez słuszności opisał jako »*granulomata malarica*«, stawiając je obok i na jednym stopniu z *tuberculoma, syphiloma i leproma*, znanemi jeszcze z nauki Virchowa ziarniniakami gruźliczych, kiłowych i trędowatych. Według Wohlwilla[1]) trudno zaprzeczyć wrażeniu, że twory te znajdują się w bliskiem pokrewieństwie z pierścieniowemi krwotoczkami. Liczne dane histopatologiczne zdają się zatem ostatniem przemawiać: postać węzełków typowo kulista, umiejscowienie w substancji rdzennej mózgu, centrum nekrotyczne, otaczające zakrzepłe naczynie i rozpad w ziarniniaku zimniczek myelinowych przy zachowanych jako tako, acz zredukowanych ilościowo cylindrach osiowych.

Pomijam w tem miejscu kwestję, czy przez bujający okołonaczyniowo glej, naczynia włoskowate stopniowej ulegają blokadzie, czy też odwrotnie — co jest prawdopodobniejszem — zaczopowane naczyńko włoskowate wywołuje zaburzenie odżywcze w postaci ogniska rozmiękczenia, na co glej wtórnie reaguje wytwarzaniem węzełka ochronnego.

Co się tyczy sposobu rozszerzania się utajonej zimnicy w obrębie mózgu, to można jedynie wypowiadać przypuszczenia. Ciekawem powstaje w każdym razie stwierdzone w przypadkach autoptycznych ostro powstające zaczopowanie naczyń włosowatych mózgowych przez plazmodje. Według Freifelda[1]) znajdują się one tam głównie w postaci gamet i rozet sporulacyjnych. Ostatniej odmiany nie spotyka się nigdy w krążącej szybko krwi, a rozwija się ona prawdopodobnie w zatokach żylnych mózgu, gdzie wskutek znacznego zwolnienia krwiobiegu najpomyślniej się układają stosunki i warunki mechaniczne dla ich rozwoju. Właśnie wskutek rozpadu tej formy sporulacyjnej i zjawiania się w osoczu krwi ciał obcych, jak barwika i endotoksyn zimniczych, powstają prawdopodobnie owe liczne skorupy drobnowidowe, owe zbiorowiska pigmentu, nadające łupkowo szare zabarwienie całej powierzchni kory, nigdzie poza zimnicą złośliwą z jej *encephalitis subcorticalis* nie spotykane.

Kompensacja zastępcza ze strony nietkniętych obrębów mózgowia przejawia się u malaryków o wiele słabiej i nieudolniej niż w zwykłych, pospolitych sprawach zakrzepowych kory i substancji podkorowej starców, gdyż zastój żylny jest tam rozlany, ogniska chorobowe bardzo liczne a siła żywotna zakażonych erytrocytów, niezdolnych do oksydacji, wielce upośledzona.

W przypadkach, nie kończących się śmiercią, śpiączka ustępuje stopniowo miejsca senności i apatji lub podnieceniu z zamroczeniem i omamami, zaś u chorych z tendencją do przewlekłego przebiegu ustala się nie tylko klinicznie obraz podostrego stwardnienia wieloogniskowego, ale i anatomo patologicznie, gdyż liczne ziarniniaki malaryczne w fazie ostatecznej swego rozwoju przyjmują charakter typowych ognisk zwapniałych (*sclerosis disseminata subacuta)*, rozsianych na granicy między białą a szarą substancją.

Jasna rzecz, że zależnie od siedliska głównego ogniska obraz kliniczny się zmienia: przeważają przy lokalizacji korowej rozsianego zapalenia drgawki, przy zajęciu tylnej jamy czaszkowej objawy opuszkowe i móżdżkowe, a w postaci oponowej uderzają limfocytoza i albuminoza z ksantochromją płynu obok sztywności karku i objawu mirjatycznego źrenic.

Czy często się spotyka, jak w naszym przypadku, plazmodje w płynie, trudno powiedzieć bez odnośnych badań, których na razie brak zupełnie w piśmiennictwie lekarskiem.

Chinina obok obfitego krwioupustu, w odpowiedniej chwili i odpowiedniej formie zastosowana działa nieraz zbawiennie i w najrozpaczliwszych przypadkach z błyskawicznie powstałem rozsianiem drobnych młodych form plazmodjów w mózgu. U naszego chorego wskutek zbyt późnego postawienia nader trudnego, prawie niemożliwego rozpoznania różniczkowego, terapja racjonalna przyszła niestety za późno.

W zakończeniu słówko o podzwrotnikowej postaci zimnicy w Polsce i w Europie wogóle. Mam wrażenie, że jest to pierwszy w Polsce notowany przypadek. Do połowy wojny nie znała jej Europa wcale, dopiero gdy żołnierze zaczęli wracać z frontów na urlopy, spotykało się je, wprawdzie nader rzadko, w części Europy, i na północ od Alp i Karpat położonej. Pierwszy raz stwierdzono ją u żołnierza niemieckiego, który wrócił do domu — dziwna rzecz — z frontu polskiego, położonego w każdym razie nie wyżej 55° szerokości geograficznej, następnie w analogicznych warunkach u żołnierza angielskiego i u Górnoślązaka. Następne przypadki dotyczyły przeważnie wojskowych, kiłą zarażonych, u których salwarsan, w celach leczniczych zasto-

[2]) p. Warsz. Czasop. Lek. 1. 1925.

[3]) Dürek. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene 1917 i Münch. medic. Wochenschr. 1921.

[1]) Freifeld. Zentralbl. f. d. gesam. Neur. u. Psych. T. 33.

sowany, okazał się prowokatorem utajonej, nieraz bardzo tragicznie zakończonej tropiki.

W naszym kraju, a głównie w Niemczech, grasuje przeważnie wśród bydła stajennego, *Anopheles maculipennis*, który to komar przy kąsaniu malaryka zaraża swoje gruczoły ślinne przez sporozoity wszelkiemi rodzajami zimnicy, nie wyłączając trzeciaczkowej i czwartaczkowej. Optymalna ciepłota dla rozwoju tropikalnej plazmodji jest 25—30°: Przy 20° rozwija ona w ciągu miesiąca, przy 25° w niespełna pół miesiąca. Pasorzyt przezimowuje nieraz w komarze. Nie należy atoli przypuszczać, że wszystkie komary ulegają zarazie. Nawet w Macedonji, gdzie podczas wojny ciężka grasowała zimnica, niżej 2% komarów okazała się zarażoną, jak widać z zestawienia Gordina z hamburskiego Instytutu podzwrotnikowego.

W każdym razie nie słuszna nazwa zimnicy »tropikalnej«, którą zawdzięczamy Koch'owi winna być zamienioną przez zimnicę »egzotyczną«. Żałować należy, iż zainaugurowała swoje obywatelstwo w naszym kraju zbyt groźnie, występując w postaci najcięższej, w postaci złośliwej i śmiertelnej malarji mózgowej.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.

O wynikach stosowania starej tuberkuliny sposobem pirketyzacji*).

Z ambulatorjum ftizjologicznego Lwowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.
Kierownik: Dr. L. Węgrzynowski.

Szereg sprzecznych zdań w literaturze, o wartości leczniczej doskórnego stosowania tuberkuliny, skłonił nas do przeprowadzenia ścisłych badań nad tą metodą leczniczą.

Metoda pirketyzacji została pierwotnie podana przez Müncha i Pöppelmana (1907) zaś potem przechodziła szereg modyfikacyj, z których najgłówniejszą jest metoda Ponndorfa.

Metody poszczególne różnią się między sobą techniką wykonania. I tak Münch stosował świderek Pirqueta, zaś Pöppelman wykonywał podługowate cięcia nożykiem, w które wcierał 1—2 kropli starej tuberkuliny. Ilość nacięć wzrastała przy każdem szczepieniu o jedno więcej, zaś szczepienie powtarzał co 4—6 dni, zależnie od odczynu szczepiennego. Wallerstein stosował w podobny sposób rozcieńczoną tuberkulinę, poczynając od $^1/_4$%. Stężenie zwiększał stopniowo aż do tuberkuliny nierozcieńczonej. Klotz kombinował metodę Pöppelmana z wstrzykiwaniami »Alttuberkulin« i uzyskiwał dobre wyniki przy gruźlicy kostnej i gruczołowej. Sahli i Dübi wykonywali cięcia skórne specjalnym instrumentem, podobnym do igły Franka, który zawierał kilkanaście ostrzy, w tym celu by cięcia skórne były jednolitej głębokości. Köppe stosował szczepienie w pobliżu gruczołów gruźliczych uzyskując szybkie poprawy. Z polskich autorów w r. 1912 zajmowano się tą metodą w Klinice Gluzińskiego we Lwowie, zaś ostatnio poruszyli tę kwestję Sobieszczański i Michalski z II. Kliniki wewn. w Warszawie. Autorowie ci przeprowadzając badania nad odczynem Pirqueta zauważyli, że w pewnych przypadkach gruźlicy kostnej i gruczołowej oraz w przypadkach gruźlicy płucnej, uzyskali znaczną poprawę, stosując powyższy sposób i podjęli na nowo myśl stosowania tej metody jako metody leczniczej.

W czasie dyskusji na ostatnim Zjeździe Internistów w Wilnie nad tym referatem Węgrzynowski zwrócił uwagę, że na podstawie jego doświadczenia leczenia »Alttuberkuliną« przypadków gruźlicy płuc, należy bardzo pesymistycznie zapatrywać się na wyniki leczenia tym środkiem. Wobec jednak dodatnich wyników Sobieszczańskiego i Michalskiego uważa za konieczne zajęcie się ponownie tą metodą.

Wspomnieć należy pokrótce o pokrewnej metodzie Ponndorfa, który wykonywa 15—25 niekrwawiących cięć 3—5 cm długich, w które wciera tuberkulinę, zaś szczepienie powtarza co 2—3 tygodnie. Później zastąpił Ponndorf tuberkulinę mieszaną szczepionką. Metoda ta wedle autora miała uwolnić ludzkość od gruźlicy. Ponnndorf podaje wyniki lecznicze z bardzo dobrym wynikiem u 2,500 chorych. Podobnie zapatruje się na tę sprawę cały szereg autorów jak Schreiber, Rüdiger, Lichtweiss, Hofmeister, Kroschinski, Hornung, Hajek, Ohlen i in.

Czytając zaś protokół konferencji w Weimarze na temat wartości leczniczej metody Pondorfa widzimy, że sposobem tym uleczono najrozmaitsze choroby nie tylko na tle gruźliczem ale i inne jak różę, padaczkę, chorobę Basedowa, łuszczycę, świerzbiączkę, pęcherzycę, liszaj płaski czerwony, dnę, miażdżycę, rwę kulszową, crises gastriques i wiele innych. Później zaczęto zacieśniać wskazania powyższej metody wybierając specjalne przypadki, gruźlicy, jak gruźlicę kostną i gruczołową, oraz formę włóknistej gruźlicy płuc (Ickert, Liebemeister, Burghardt i inni).

Ostatnio autorowie francuscy (Cheinisse), holenderscy (Decker) oraz niemieccy (Oswald, Schönfeld, Drigalski, Ulrici, Nobel i Rosenblüth), odmawiają zupełnie wartości leczniczej powyższej metodzie, a nawet niektórzy podnoszą jej szkodliwość, zaś Roepke wyraził się o niej: »skórna metoda daje pozory leczenia i pozwala zaniedbać inne skuteczniejsze metody«. Klemperer uważa za niedowiedziony i mało prawdopodobny fakt skutecznego działania tuberkuliny, stosowanej metodą skórną. Ponadto notują w ostatnim czasie szereg komplikacyj przy tem leczeniu jak serowate zapalenie płuc (Müller), gruźlica prosówkowa, podwyżki ciepłoty i krwioplucia (Lienhardt), silne bóle (Curshman) i t. d.

Podobne też dzieje przechodzi metoda pirketyzacji, od wyników świetnych widzianych przez jej autorów, aż do zupełnego zarzucenia tego sposobu i wykazania szkód, jakie chorym poczynić może.

Przechodzimy obecnie do opisu wyników naszych badań.

Metoda stosowana w naszej Przychodni polegała na wykonywaniu niekrwawiących nacięć skórnych, począwszy od długości 1 cm., w które wcieraliśmy tuberkulinę. Przy następnem szczepieniu, zwiększaliśmy cięcie o 1 cm., tak, że w niektórych przypadkach długość ich dochodziła do 30 cm. Następne szczepienia powtarzaliśmy z chwilą zupełnego zniknięcia odczynu z poprzedniego szczepienia, a powtarzaliśmy je aż do uzyskania anergji. Przeciętnie powtarzaliśmy je co 2—6 dni. O ile odczyn był zbyt silny, nie zwiększaliśmy długości nacięć, względnie nawet zmniejszaliśmy je Szerokość pola reakcji mierzyliśmy miarką milimetrową.

Ponadto wykonywaliśmy u chorych dokładne pomiary ciepłoty, badanie krwi, plwociny, moczu, szybkości opadania krwinek; oraz w wywiadach staraliśmy się zobrazować stosunki domowe chorego.

Chorzy nasi wszyscy żyli w warunkach domowych, przez co odpadł moment grający wielką rolę w badaniach klinicznych, a mianowicie fakt, że w klinice chory dostaje się w doskonałe warunki higjeniczne, jest odpowiednio odżywiany i t. d., co niewątpliwie, wpływając dodatnio na sprawę chorobową, pozornie podnosi wartość stosowanej metody leczniczej. Rzecz jasna, że u naszych chorych nie stosowaliśmy podczas doświadczeń żadnego innego leczenia.

Z całego szeregu leczonych tą metodą chorych, podajemy wyniki leczenia jedynie u 41 bardzo zaufanych chorych, którzy 1 rok do $1^1/_2$ roku pozostają w bezustannej naszej obserwacji.

Warunkiem stosowania pirketyzacji był stan bezgorączkowy, wzgl. u kilku chorych stan podgorączkowy, dobry stan ogólny oraz sprawa chorobowa nie postępująca naprzód, wzgl. postępująca przewlekle.

Z gruźlicy płucnej leczyliśmy 31 chorych i to 14 chorych z *phtisis pulmonum incipiens stationaris*, 13 *z phtisis pulm. declarata stationaris* wzgl. *chronica progrediens*, 4 *phtisis obsoluta;* ponadto 6 przypadków gruźlicy gruczołowej, oraz 4 przypadki gruźlicy stawów, kości i okostnej.

---

*) Referat wygłoszony na I. Zjeździe Przeciwgruźliczym w Krakowie w dniu 16 maja 1925 r.

Jako odczyn na szczepienie mogliśmy zauważyć: odczyn miejscowy, odczyn ogólny, oraz odczyn w ognisku chorobowem.

Odczyn lokalny przedtawia się rozmaicie. W 5—15 minut występował bąbel, który szybko znikał, a w miejscu jego poczynało rozwijać się zaczerwienienie, którego maksimum występowało po 36—48 godz. Zaczerwienienie to było rozmaicie szerokie, od 2—40 milimetrów, zaś utrzymywało się 2—6 dni. Stosunki takie znachodziliśmy w 75% przypadków. U pozostałych 10 chorych wystąpiły bolesne nacieki, sięgające głębiej w skórę i tkankę podskórna. Wielkość ich była rozmaita, zaś trwanie ich było dłuższe od wyżej opisanego zaczerwienienia. U 2-ch chorych nosił odczyn stale piętno krwotoczne, zaś u 2 innych chorych występowały stale pęcherze ropne. W 1-ym przypadku wystąpił rodzaj nacieku, przypominający ropowicę, który znikł samoistnie po kilku dniach.

W 20% przypadków, mimo ostrożnego stosowania tuberkuliny, zauważyliśmy zapalenie naczyń chłonnych i odpowiadających im gruczołów limfatycznych.

Przypatrując się wielkości odczynu miejscowego, należy podnieść ciekawy fakt, że odczyn ten nie jest za pierwszym razem największy, lecz że wzrasta stopniowo, a maksimum jego przypada między 5—11-tem szczepieniem, poczem odczyn maleje. Właśnie na ten okres najwyższego nasilenia przypada reakcja w formie zapalenia naczyń i gruczołów chłonnych lub też odczyn przybiera charakter krwotoczny. Bardzo wielkie odczyny zauważyliśmy u chorych na gruźlicę kości i stawów, oraz dobrotliwe postacie gruźlicy płuc.

Niektórzy chorzy skarżyli się na bóle w miejscu szczepienia, na ociężałość kończyn oraz dotkliwe swędzenie skóry.

Odczyn ogólny widywaliśmy rzadziej, gdyż naszem staraniem było nie wywoływać wybitniejszej ogólnej reakcji.

Kilka razy zauważyliśmy podwyżki ciepłoty 37,5—38°; u jednej chorej pogorszyła się skaza krwotoczna. Kilku chorych uskarżało się na bóle głowy i ogólne osłabienie.

Przechodząc do odczynu w miejscu ogniska chorobowego, należy podnieść następujące dane.

W 3-ch przypadkach podczas leczenia pojawiło się krwioplucie i to u 2 chorych którzy mieli je bardzo dawno i 1 poraz pierwszy. U 6-ściu chorych zwiększyła się ilość rzężeń w płucach; u 1-ej chorej wystąpiło suche zapalenie opłucnej, zaś u 8-miu chorych pogorszył się kaszel. Jedna chora po szczepieniu dostawała upartych krwotoków z nosa,

Przychodzimy obecnie do wyniku leczniczego pirketyzacji.

W przypadku gruźlicy płuc stwierdziliśmy polepszenie u 8% chorych, w 57% stan nie uległ żadnej zmianie, zaś w 35% widocznem było pogorszenie: jak krwioplucie, pogorszenie objawów fizykalnych i u jednej chorej skazy krwotocznej.

Z gruźlicy gruczołowej jeden chory stracił podwyższenie ciepłoty.

W przypadkach gruźlicy kostnej uzyskaliśmy wybitne poprawy, a mianowicie zagojenie się przetok, zwiększenie się zdolności poruszania kończynami, oraz zmniejszenie się zmian gruźliczych okostnej.

Pirketyzacja pozostała bez wpływu na wagę chorych, na obraz krwi i plwociny.

Reasumując wynik badań należy stwierdzić następujące dane:

1. Leczenie pirketyzacją nie jest metodą pewną, ze względu na trudność dawkowania tuberkuliny i rozmaitą indywidualność chorego.

2. Leczenie to daje w dużym odsetku przypadków, nawet przy bardzo ostrożnem stosowaniu nieprzewidziane powikłania i pogorszenia; wobec czego nie można zaliczyć go do metod nieszkodliwych dla chorych.

3. Pirketyzacja nie nadaje się do leczenia gruźlicy płuc; możnaby jedynie próbować jej w gruźlicy kostnej, oraz w końcu w gruźlicy gruczołowej.

4. Przy pirketyzacji odczyn nie wzmaga się w przypadkach ciężkich lub też go zupełnie brakuje, zaś wzmaga się w przypadkach o dobrem rokowaniu i jest być może jedynie wykładnikiem sił obronnych ustroju, a nie momentem wywołującym poprawę. (Fakt zgodny z obserwacjami Tuza, Sobieszczańskiego i Michalskiego).

Piśmiennictwo.

1) Münch: Beitr. z. Klinik d. Tub. T. 17. z. 2. — 2) Pöppelman: Berlin. klin. Wochschr. 1910. 42. — 3) Koeppe: Zeitschr. f. Kinderheilk. 1913. T. 7. Z. 1 i 2. — 4) Dübi: Beitr. z. Klinik d. Tub. T. 39. Z. 2. — 5) Ponndorf: Münch. med. Wochschr. 1914. Nr. 14 i 15. — 6) Sobieszczański-Michalski: Polskie Archiw. Med. Wewn. 1922. Z.1. — 7) Lienhardt: Dyssert. Lipsk 1918. — 8) Kroschiński: Münch. Med. Wochschr. 1921. Nr. 7. — 9) Lichtweiss: Beitr. z. Klin. d. Tub 1921. T. 47. — 10) Roepke: Ztschr. f. Bahn u. Kassenärzte 1921. 10. — 11) Ickert: Dtsch. med. Wochschr. 1922. Nr. 39 — 12) Klemperer: j. w. 1921. Nr. 1. — 13) Bandelier-Roepke: Lhrb. der spec. Diagn. u. Ther. der Tuberkulose. 1922. — 14) Hofmeister: Münch. med. Wochschr. 1922. Nr. 28. — 15) Hornung: Beitr. z. Klin. d, Tub. 1924 T. 59. Z. 1 i 2. — 16) Ulrici: Ther. d. Gegenw. 1924. Z. 10 — 17) Hayek: Grenzen für die Verwertbarkeit der spez. Ib. behandlung in der allg. Praxis. 1924. Monachjum. Otto Gmelin. — 18) Protokół Zjazdu w Weimarze dnia 27. XI. 1921. »Aussprache über Ponndorf. Kutanimpfung. Zeitschrift für Tuberculose. 1921. — 19) Dekker: Nederl. Tydschr. v. Gencesk. R. 68. Nr. 15. — 20) Nobel-Rosenblüth: Zeitschrift für Kindersheilkunde. T. 38. Z. 4.

J. EISENFARB. Warszawa.

Przypadek żółtaczki hemolitycznej, leczony z dobrym skutkiem naświetlaniem śledziony promieniami Roentgena i cytrazą *).

Z oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus.

Wszyscy prawie autorowie wyrażają się z uznaniem o wynikach leczniczych splenektomji w żółtaczce hemolitycznej (Michelli, Banti, Eppinger i Ranzi, Hirschfeld, Naegeli, Semerau-Siemianowski i inni) i zalecają ten zabieg w każdej prawie postaci tej choroby.

Po wycięciu śledziony występuje znaczna poprawa samopoczucia, słabną objawy niedokrwistości, a żółtaczka przeważnie ustępuje. Natomiast napadowe obostrzenia czasem po pewnej przerwie powracają (Naegeli, Semerau i inni), odporność krwinek, choć nieco się zwiększa, ale do normy nie dochodzi, a mikrocytoza nie znika (Naegeli).

Z powyższego wynika, że wycięcie śledziony daje znaczną poprawę, wyleczenia zupełnego nie sprowadza. Wobec tego oraz wobec faktu, że zabieg ten, prawie niewinny podług jednych, daje podług innych (Gilbert, Chabrol i Bénaud) 1% śmiertelności, próbowano go zastąpić przez naświetlania śledziony promieniami Roentgena. Zdania co do otrzymanych tą drogą wyników są podzielone. Francuzi z Widalem i Brulé na czele, jakoteż Moynihan (C. c.) otrzymywali wyniki zadowalające; Eppinger zaś twierdzi, że po naświetlaniach śledziony żadnego dodatniego wyniku nie widział, co może zależało od ciężkości tych przypadków, a może od zbyt słabego naświetlania. Zdanie to Eppingera uczyniło jednak sporną skuteczność tych naświetlań. Dlatego odnośne przypadki z wynikiem dodatnim naświetlań śledziony wciąż podlegają ogłoszeniu.

Do nich właśnie pragnę dorzucić i nasze spostrzeżenie, które wydaje się nam bardzo ciekawem.

Chora M. lat 23, służąca, panna, virgo, zgłosiła się dnia 14. X. 1924 r do szpitala ze skargami, iż od miesiąca cierpi na stałe bole w okolicy prawego boku i prawej strony brzucha. Bole te nasilają się napadowo i wtedy przechodzą na lewy bok, w okolicę śledziony. Przy większem nasileniu ból szerzy się po całym brzuchu i promieniuje do krzyża. Bole te są bardzo denerwujące; chora odczuwa przy nich silny niepokój, a nadto miewała przytem czasem nudności i bole głowy, które od 2-ch tygodni się nasiliły i do których dołączyły się zawroty głowy. Do dnia 12. X. chora chodziła i pracowała; od 2-ch dni objawy tak się nasiliły, iż chora musiała się położyć. Wymiotowała raz treścią podbarwioną żółcią. Od 4-ch dni straciła łaknienie. Wypróżnienia i oddawanie moczu normalne. Ciepłoty nie mierzyła. Żółtaczki nie zauważyła.

---

*) Przypadek przedstawiony na posiedzeniu klinicznem w szpitalu Dzieciątka Jezus dnia 16. XI. 1924 r.

W grudniu 1923 r. cierpiała na bole w okolicy żołądka i ogólne osłabienie. Bole te na początku zjawiały się naraz po jedzeniu, a później były stałe. Leczono ją na nerwicę żołądka i błednicę. Brała żelazo i po pewnym czasie czuła się lepiej. W maju r. z. znów wystąpiły bole żołądkowe i zawroty głowy. W czerwcu wyjechała na wieś i do września czuła się nieźle. Podobne dolegliwości żołądkowe zjawiały się czasem już przed tem mniej więcej od 4-ch lat.

Poza jakiemś schorzeniem zapalnem gardła w wieku lat 12, podobno na nic nigdy nie chorowała; żółtaczki nigdy nie zauważyła. Z całą stanowczością twierdzi, że nikt w rodzinie bliższej ani dalszej na żółtaczkę, ani na kamicę żółciową nie chorował. Pierwsza miesiączka w 17-ym roku życia, co 4 tygodnie, 4—5 dni trwająca, dość obfita. Od 2-ch miesięcy miesiączki bardzo skąpe.

Stan obecny:

Wzrostu wysokiego, budowa kośćca prawidłowa, mocna. Żadnych zboczeń ustrojowych nie stwierdzono. Odżywienie dobre. Powłoki skórne zabarwione wyraźnie blado-cytrynowo-żółto. Białkówki zabarwione na żółto. Błony śluzowe blade. Język nieobłożony, blady. Gruczoły chłonne niemacalne. Gruczoł tarczowy niepowiększony. Waga 64,7 kg. Ciepłota 36,4°—37,0°. Oddechów 20 na minutę. Płuca: Klatka piersiowa normalnie wysklepiona. Dołki nad- i podobojczykowe wypełnione. Wypukowo z tyłu: lekkie stłumienie prawego szczytu do grzebienia łopatki, poza tem ton wypukowy normalny. Dolna granica płuc na X-ym żebrze ruchoma. Wydech nad stłumieniem wydłużony. Pozatem na całej przestrzeni oddech pęcherzykowy. Głos i drżenie nad stłumieniem nieco wzmożone.

Z przodu: lekkie stłumienie prawego szczytu; nad nim wydłużenie wydechu. Zapomocą promieni Roentgena żadnych uchwytnych zmian w płucach nie stwierdzono. Serce i naczynia: Granice serca normalne, tony głośne. U wierzchołka szmer telesystoliczny, słyszalny również i w III-ej przestrzeni międzyżebrowej lewej i nad tętnicą płucną. Tętno 90, miarowe, średniej szybkości, dobrze wypełnione i napięte. Ciśnienie Mx 105, Mn 45, PP — 60, THP = 4,5 mm = 0,09", TDP = 35 mm = 0,7" CAP = 7,2 (norma 6), CCP = 5,2 (norma 3). Bolometrja wykazała: wychylenie maksymalne — $\frac{3}{4}$ — podziałki przy optimum ciśnienia = 90 mm Hg. Objętość tętna na minutę = 0,35 cm³; praca tętna na minutę = 43,74 grcm.

Przewód pokarmowy: Uzębienie dobre. Brzuch dobrze wysklepiony, powłoki jędrne. Dolna granica żołądka na wysokości pępka. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, gładka, nieco bolesna na ucisk, dość twarda. Nieznaczna bolesność w okolicy pęcherzyka żółciowego. Punkty Chauffard'a niebolesne. Bolesność prawego punktu przypępkowego. Śledziona występuje na $2^1/_2$ palca z pod lewego łuku żebrowego wypukowo — na wysokości VIII-go żebra na linji pachowej, niebolesna na ucisk.

Badanie treści żołądkowej: Naczczo wydobyto 10 cm³ mętnawej treści, zawierającej dość dużo śluzu, wolnego kwasu solnego 12, kwasoty ogólnej 24. Pod drobnowidem: śluz i ciałka Jaworskiego w dość znacznej ilości. W 45 minut po próbnem śniadaniu wydobyto 150 cm³ dobrze strawionej miazgi o nieznacznej zawartości śluzu; wolnego kwasu solnego — 56, kwasota ogólna — 71. Achro i Erytrodekstryny + podpuszczka +. Krew — próba benzydynowa ujemna. Pod drobnowidem: skrobja, gdzieniegdzie leukocyty i *detritus*.

Zgłębnikowanie dwunastnicy: po uprzedniem przepłukaniu żołądka założono zgłębnik dwunastniczy. Po godzinie zjawiła się żółć przeźroczysta o zawartości bilirubiny 440 mgr (hiperbilirubinocholja). Odczyn na urobilinogen w treści dwunastniczej ujemny. Pod drobnowidem: od 6—8 leukocytów w p. w. Odruch Melzer-Lyon'a dodatni: wypływa bardzo ciemna żółć pęcherzykowa. W osadzie od 3—5 leukocytów w p. w. i kryształki bilirubinianu wapnia w dość dużej ilości.

Kał: zmiennie zabarwiony, często dość ciemny, nigdy nie odbarwiony.

Krew — próba benzydynowa ujemna. Pod drobnowidem resztki roślinne. Skrobji ani jaj pasorzytów (szukano wielokrotnie) nie znaleziono.

Nerki nie wymacują się. Uderzenie w okolicę lędźwiową niebolesne. Mocz koloru brunatno-czerwonego. Ilość dobowa 1500 cm³, kwaśny, c. g. = 1024. Białka, cukru, acetonu, kwasu dwuoctowego i bilirubiny nie stwierdza się.

Odczyn Hay'a i dwuazowy ujemny. Urobilina i urobilinogen znacznie zwiększone. Chlorków 10‰. Kwas moczowy — 610 mlgr ‰, 915 mlgr na dobę. Pod drobnowidem: nieliczne nabłonki wielokątne, 2—3 leukocytów w p. w. Dużo bezpostaciowych moczanów i kryształki kwasu moczowego. Przez cały czas pobytu chorej w szpitalu urobilina i urobilinogen otrzymywały się w moczu w większej lub mniejszej ilości.

Układ nerwowy: prócz wzmożonych odruchów ścięgnowych, zmian patologicznych nie wykryto. Badanie układu wegetatywnego metodą Danielopolu dało: normotonję, mianowicie: napięcie nerwu współczulnego — 120 (norma: 116—128), napięcie nerwu błędnego — 48 (norma: 48—58).

Badanie krwi: hemoglobiny 55 (według Sahliego). Erytrocytów — 3,550.000. Wskaźnik barwnikowy = 0,76. Lekka anizocytoza, poikilocytoza i polichromatofilja. Mikrocytoza. Barwienie przyżyciowe dało obfitą liczbę ciałek czerwonych ziarnistych. Leukocytów 6.600. Morfologicznie:

B	E	My	Met.	P.	S.	L.	Mo
1	4	0	0	1	59	28	6

Wskaźnik refraktometryczny na początku był — 1,348 = 6,9% białka. Po miesięcznym pobycie refraktometrja wykazała 1,3495 = 8% białka. Fibrynogen w surowicy = 0,12% (norma). Albuminy = 1,6. Globuliny = 5,0. Lepkość krwi = 3, lepkość surowicy = 1,6 (ap. Hessa). Stężenie jonów wodorowych w surowicy: pH = 7,4 (norma). Sedymentacja krwinek czerwonych = 15 mm na godzinę. Krzepliwość krwi 26' (według Achard'a i Binet'a). Ducke (czas krwawienia) = 2,5'. Autolizyny izolizyny i autoaglutininy wypadły ujemnie.

Odczyn Wassermanna wypadł za pierwszym razem słabo dodatnio, a w 3 dni później ujemnie. Można byłoby przyjąć pierwszy słabo dodatni odczyn Wassermanna za wyraz obecności heterolizyn.

Cholesteryny w surowicy 1000 mlgr (hipocholesterynemja). Cukru we krwi — 1300 mlgr. Mocznika — 260 mlgr, kwasu moczowego 36 mlgr. Bilirubiny w surowicy 60 mlgr. Strąt kremowy, odczyn bezpośredni dwufazowy.

Przebieg i leczenie.

Po 10-dniowym pobycie w szpitalu żółtaczka znacznie się zmniejszyła, białkówki pozostały jeszcze mocno podbarwione. Bladość chorej bardzo się uwidoczniła. Bole w okolicy wątroby i śledziony nieco się zmniejszyły, ale osłabienie, zawroty głowy i niepokój nie ustępowały. Bilirubina w surowicy spadła do 24 mlgr. Odczyn bezpośredni był opóźniony. Odporność krwinek zachowywała się mniej więcej jak poprzednio $H_1 = 60$, $H_2 = 48$, $H_3 = 40$.

Morfologiczne badanie krwi wykazało: Hb — 55. Erytrocytów 3,590.000. Wskaźnik barwnikowy = 0,76. Leukocytów — 6.200, morfologicznie:

B	E	My	Met.	P.	S.	L.	Mo
1	1	0	1	2	47	42	6

Zaczęto następnie stosować żelazo z arszenikiem doustnie Po 4-ch tygodniach takiego leczenia chora czuła się nieco lepiej. Bole w okolicy wątroby i śledziony występowały rzadziej. Bole głowy i zawroty się zmniejszyły. Ilość hemoglobiny podniosła się do 78, erytrocytów do 4,110.000. Wskaźnik barwnikowy do 0,9.

W celach doświadczalnych naświetlono śledzionę drażniącemi dawkami promieni Roentgena. Chora otrzymała po 2 naświetlania na okolicę śledziony z przodu i z boku, trwające każde po 10 minut, przez sączek aluminiowy grubości 2 mm. Dawka $1^1/_2$ H.

Po tych naświetlaniach wystąpiły znów częste i silne bole w okolicy wątroby i śledziony. W 3 dni po ostatnim naświetlaniu chora dostała dość silnej żółtaczki, którą nawet sama zauważyła. Śledziona, dochodząca przedtem wypukowo do VIII-go żebra, powiększyła się, sięgając do VII-go żebra. Bilirubina w surowicy zwiększyła się więcej, niż dwukrotnie w porównaniu z ostatniem badaniem. Mianowicie z 24 mlgr podskoczyła do 52 mlgr. Odczyn bezpośredni pozostał opóźniony. Odporność krwinek pozostała prawie bez zmian: $H_1 = 56$, $H_2 = 40$, $H_3 = 38$. Ilość hemoglobiny spadła do 65.

Po upływie 3-ch tygodni chorą poddano ponownym naświetlaniom promieniami Roentgena; tym razem odrazu dawkami mocnemi, leczniczemi. Chorą naświetlano przez 4 dni a po odpoczynku tygodniowym jeszcze przez 2 dni z przodu, z boku i z tyłu przez sączek Cu grubości 0,5 mm. Dawka $\frac{3}{4}$ H. E. D.

Przez pierwszych kilka dni po naświetlaniach chora czuła się bardzo osłabioną, miała silne bole i zawroty głowy i bole w okolicy śledziony i wątroby. Powoli objawy te ustąpiły i w jakie 3 tygodnie po naświetlaniach chora czuła się silniejszą, niż przez cały czas choroby; napady stały się bardzo lekkiemi i zjawiały się rzadziej, bole głowy trwały. Krew, badana w kilka dni po naświetlaniach promieniami Roentgena wykazała: Hb — 73, erytrocytów 5,900.000, a więc poliglobulję, wskaźnik barwnikowy = 0,67, lekka anizocytoza, polichromazja i mikrocytoza. Odporność utrzymywała się w tych samych granicach: $H_1 = 56$, $H_2 = 40$, $H_3 = 38$. Ilość bilirubiny w surowicy spadła do 12 mlgr.

Zaczęto wtedy stosować »cytrazę«. Jest to przetwór, składający się, według formułki Normet'a z 52 gr cytrynianu sodu, 20 gr cytrynianu magnezu, 3 gr szczawianu potasowo-żelazowego i 1 gr cytrynianu manganu na litr wody. Wychodząc z doświadczeń Géngou, że cytrynian sodu przeszkadza działaniu hemolitycznemu trucizny kobry i surowicy minoga, a także z doświadczeń Bordet'a, że cytrynian sodu przeszkadza fiksacji

alexyny, jakoteż z doświadczeń własnych, że podawanie cytrynianu sodu zwiększa ilość czerwonych ciałek krwi, Normet uważa, że cytryniany powinny być najwłaściwszym lekiem we wszelkiego rodzaju niedokrwistościach, szczególnie przebiegających ze wzmożoną hemolizą. Otrzymał on jakoby w kilku przypadkach niedokrwistości złośliwej wyniki bardzo dodatnie. Przetwór Normet'a stosuje się dożylnie i podskórnie od 10 do 12 cm³.

Pierwszy zastrzyk dożylny tego przetworu w ilości 6,5cm³ wywołał u naszej chorej bardzo silny wstrząs z ciepłotą do 40°, biciem serca i drżeniem na całem ciele. Zarzucono więc drogę dożylną i przystąpiono do zastrzyków podskórnych co drugi dzień po 10 cm³.

Chora otrzymała 10 zastrzyków. Samopoczucie chorej nadzwyczajnie się poprawiło. Bole głowy ustąpiły, a bole w boku prawie że ustąpiły zupełnie. Badanie krwi wykazało: Hb — 80, erytrocytów 5,670.000; lekka anizocytoza i mikrocytoza utrzymują się. Przyżyciowa ziarnistość pozostaje jeszcze zwiększona. Leukocytów 5.300, morfologicznie:

B	E	My	Met.	P.	S.	L.	M	Türka
0	2	0	0	1	63	26	6	2

Odporność nieco się zwiększyła $H_1 = 52$, $H_2 = 42$, $H_3 = 34$. Bilirubina w surowicy wynosi wszystkiego 10 mlgr. Urobilina w moczu w minimalnej ilości. Chora wypisała się, jeżeli nie zupełnie zdrowa, to przynajmniej z wielką poprawą.

Opisany przypadek nie przedstawiał, po dokładnem zbadaniu, żadnych trudności rozpoznawczych. Obraz krwi, zmniejszona odporność krwinek, zwiększona przyżyciowa ziarnistość czerwonych ciałek krwi, hiperbilirubinemja bez natychmiastowej próby bezpośredniej, żółtaczka bez objawów cholemicznych i bez odbarwionych stolców, nadmierna ilość bilirubiny w żółci (hiperbilirubinocholja), ustalona przy pomocy zgłębnikowania dwunastnicy, z wykazaniem braku w żółci wszelkich danych za zapaleniem dróg żółciowych, zwiększenia znaczne urobiliny i urobilinogenu, a nieobecność bilirubiny i soli żółciowych w moczu, powiększenie znaczne śledziony wykluczały wszelkiego rodzaju schorzenia wątroby.

Jako początek ujawniania się choroby możnaby uważać te dolegliwości w okolicy żołądka, które zjawiły się przed 4-oma laty i na które chora na razie uwagi nie zwróciła. Choroba postępowała naprzód i od roku znacznie się nasiliła. Chorą leczono na bledniсę. Żelazo i odpoczynek na wsi znacznie chorej pomogły. To potwierdza nasze mniemanie, gdyż, jak zobaczymy niżej, samo tylko podawanie żelaza bardzo dobrze pomaga w części przypadków żółtaczki hemolitycznej.

Więcej trudności mieliśmy z zaliczeniem naszego przypadku do jednej z przyjętych dziś postaci tego cierpienia.

Większość autorów, jak Eppinger, Widal, Brulé i inni, przyjmują istnienie dwóch postaci żółtaczki hemolitycznej: wrodzonej i nabytej. Ostatnio opisują (Chauffard i Troisier l. c.) jeszcze jedną postać, t. zw. *»ictere hémolysinique«*. Inni znów autorowie, jak Meulengracht, Lewin, szczególnie Gänsslen, nie uznają postaci nabytej.

Ten ostatni, opierając się na przeszło 140 przypadkach wprowadza pojęcie konstytucji hemolitycznej i uważa, że postać wrodzona może pozostawać przez czas dłuższy ukrytą i wybuchać, a raczej ujawniać się dopiero wskutek czynników dodatkowych, jak angina i t. p., którym dotychczas przypisywano dość ogólne znaczenie w wywoływaniu postaci nabytej tego cierpienia. Nie wchodząc w rozstrzyganie tej kwestji spornej, zaznaczę tylko, że przypadek nasz do postaci żółtaczki hemolitycznej »nabytej« zaliczony być nie może, a to z dwóch względów. Po pierwsze, wszystkie opisane dotychczas przypadki żółtaczki hemolitycznej »nabytej« cechowały się ciężkiemi zmianami we krwi i ciężkim stanem ogólnym (Widal i Abrami, Brulé, Eppinger, Faure-Beaulieu i Monguin i t. d.) czego w naszym przypadku nie było.

Powtóre, nie można było w naszym przypadku doszukać się żadnego z momentów wywoławczych, jak zakażenie, zatrucie, ciąża i t. p.

Do postaci dziedzicznej i rodzinnej przypadku naszego na zasadzie wywiadów, również zaliczyć nie można.

Pozostaje więc w tym razie, według Naegeliego, Gäusslena i Meulengrachta przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z nowopowstałą »mutacją«. Mutacja taka powstaje nagle z przyczyn wewnętrznych i okazuje się dziedziczną jako cecha dominująca. Według Meulengrachta, 50% potomstwa takich chorych dziedziczy omawianą tu skazę.

Z podziałem żółtaczki hemolitycznej na poszczególne postaci kliniczne wiąże się sprawa sposobu jej powstawania, czyli t. zw. patogenezy.

Od chwili przedstawienia przez Minkowskiego (1900) pierwszego przypadku żółtaczki hemolitycznej, kwestja była wielokrotnie omawiana, również i w piśmiennictwie polskiem (Starkiewicz, Herc i Sterling, Oczesalski, ostatnio Semerau i inni). Wszystkie wypowiedziane w tej sprawie teoretyczne poglądy dadzą się sprowadzić do dwóch głównych. Podług pierwszego mamy w żółtaczce hemolitycznej do czynienia z pierwotnie nadmierną czynnością śledziony *(hyperspelenia primitiva)*, która polega na tem, że narząd ten niszczy za dużo krwinek czerwonych. Przedstawiciele tej teorji opierają się głównie na pomyślnych wynikach wycięcia śledziony (Eppinger). Podług drugiego poglądu, mamy tu do czynienia z wytwarzaniem przez szpik kostny mniej wartościowych ciałek czerwonych. Dodatni wpływ wycięcia śledziony da się podług tej teorji, w zupełności wytłumaczyć w ten sposób, że śledziona, która niszczy fizjologicznie tylko stare i bardziej łamliwe krwinki, niszczy ich w żółtaczce hemolitycznej więcej, gdyż spotyka u takich osób zwiększoną liczbę bardziej łamliwych czerwonych ciałek. Wycięcie śledziony i w tych przypadkach sprowadza poprawę objawów klinicznych.

Podług Semerau'a, należy jeszcze przyjąć, że jakościowo gorsze wytwarzanie się krwinek czerwonych w szpiku kostnym zależy w pewnej mierze od zaburzenia w gospodarce cholesteryny.

Żaden z tych trzech poglądów i ich odmian nie wyświetla wszechstronnie sposobu powstawania żółtaczki hemolitycznej. Należy raczej przypuszczać, że w żółtaczce hemolitycznej mamy do czynienia nie z jedną z wymienionych przyczyn, lecz z ich szeregiem, skojarzonym ze sobą w różnym stopniu i stosunku wzajemnym. Przemawiają za tem poniekąd doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach i ludziach.

Otrzymywano, n. p. typowe okostnienia zapomocą wstrzykiwań dożylnych toluilen-dwuaminy i innych trucizn lub zwykłej wody przekroplonej w ilości od 20—30 cm³. Wskutek nadmiernego rozpadu krwinek, wywołanego w ten sposób, występowała żółtaczka, bóle w okolicy wątroby i śledziony i t. d.

Doświadczenia te miały być dowodem, że żółtaczka hemolityczna powstaje wskutek obecności we krwi związków, niszczących krwinki, bądź też działających pierwotnie na szpik kostny, wywołując tam wytwarzanie mniej odpornych krwinek. Ale takie substancje w postaci lizyn spotykano tylko w niektórych postaciach, które francuzi wyodrębnili pod nazwą *»icterus hémolysiniques«*. Naświetlania śledziony drażniącemi dawkami promieni Roentgena również (jak w naszym przypadku) dają obostrzenia żółtaczki hemolitycznej. Beckmann, który pierwszy przeprowadził te doświadczenia, otrzymał po takiem naświetlaniu śledziony zmniejszenie odporności krwinek i upatrywał w tem potwierdzenie wyłącznie śledzionowej teorji żółtaczki hemolitycznej. W naszym przypadku otrzymaliśmy po naświetlaniu wprawdzie wszystkie objawy obostrzenia, jak zwiększoną żółtaczkę i hiperbilirubinemję, zwiększoną urobilinurję, bole w okolicy wątroby i śledziony, ale odporność krwinek się zmniejszyła. Skłonni więc jesteśmy raczej do przypuszczenia, że mamy przy drażniących naświetlaniach śledziony do czynienia ze zwykłem przekrwieniem śledziony, a wskutek większego przepływu krwi, zawierającej mniej wartościowe krwinki, i ze zwiększonym ich rozpadem.

Aczkolwiek jednak dociekania teoretyczne, ani doświadczalne nie wyjaśniły dotychczas dostatecznie patogenezy wszystkich przypadków, dały one jednak klinice wskazówki do racjonalnego leczenia tego schorzenia. Powinno ono pójść w 3-ch kierunkach: zmniejszenie niedokrwistości, zwiększeniu odporności krwinek i zmniejszenie ich rozpadu. W wiele przypadkach poprawa niedokrwistości zapomocą spokoju,

dobrego powietrza i przetworów żelaza pozwala, jak podaje Brulé, choremu przetrwać okresy obostrzenia i wrócić do normalnego życia. Podawanie szpiku kostnego i arszeniku wszyscy autorowie bez wyjątku uważają za bezskuteczne.

Co się tyczy zwiększenia odporności krwinek, to najwięcej zasługuje na uwagę proponowane przez Semerau'a podawanie doustne 10% zawiesiny cholesteryny w oliwie w dużej ilości, masła, móżdżku, tranu i t. d.

Zalecano w tym samym celu zastrzyki małych dawek toluilen-dwuaminy (Herc i Erlichówna) i roztworów koloidalnych srebra (A. W. Fischer l. c.). Naszej chorej zaleciliśmy też tłuszcze i jaja w dużej ilości. Ale ta droga, prowadząca do samego tylko zmniejszenia niedokrwistości i zwiększenia odporności krwinek nie bywa dostateczna. Wypada tedy postarać się i o zmniejszenie rozpadu czerwonych ciałek.

W tym celu działaliśmy w naszym przypadku na śledzionę silnemi (p. wyżej) dawkami promieni X, otrzymując w ten sposób wynik, analogiczny do spostrzeżonego po wycięciu śledziony, jak poliglobulja, zniknięcie żółtaczki i hiperbilirubinemji, zmniejszenie się urobilinurji i zmniejszenie się śledziony.

Jedynie skargi podmiotowe nie ustępowały tak szybko, jak to może miało miejsce w opisanych przypadkach wycięcia śledziony. Przystąpiliśmy więc do zastrzyków wyżej opisanej cytrazy. Chora po tych zastrzykach w szybkim czasie tak się poprawiła, że uważała siebie za zupełnie zdolną do pracy. W przypadku, opisanym przez Faure-Beaulieu i Mouguin'a, poprawa wystąpiła po samych tylko naświetlaniach śledziony promieniami Roentgena bez zastosowania żelaza, chociaż stan ogólny chorego, jakoteż stan krwi były o wiele cięższe, niż w naszym przypadku.

Widzimy stąd, że promienie Roentgena w żółtaczce hemolitycznej są środkiem nie do pogardzenia, że w przypadkach, gdzie naświetlanie promieniami X samo nie daje wyników natychmiastowych, jednoczesne zastosowanie żelaza w połączeniu z cytrynianami, zwiększającemi odporność czerwonych ciałek, może zadecydować o wyniku leczenia.

Streszczając się, dochodzimy do wniosku, że, z powodu wielkiej różnolitości w przebiegu żółtaczki hemolitycznej, nie wszystkie przypadki należy leczyć jednakowo.

Splenektomja nie jest jej jedynem leczeniem. W przypadkach lekkich i średnio-ciężkich należy zacząć od odpowiedniego leczenia żelazem, ewentualnie cytrazą i przetworami lub pokarmami, zawierającemi dużo cholesteryny. W razie nieotrzymania wyraźnego i trwałego wyniku, należy stosować naświetlania śledziony znacznemi dawkami promieni Roentgena.

A dopiero, gdy takie postępowanie zawodzi, jak to się zdarza w przypadkach najcięższych, należy przystąpić do wycięcia śledziony.

Piśmiennictwo:

1) Brulé. Les ictères hémolitiques w Pathologie Médicale T. XII. Foie et Pancréas Maloine et Fils 1920. — 2) Idem. Recherches sur les ictèrus. Masson 1922. — 3) Oscar Gross. Medizinische Klinik Nr. 19. 1920. — 4) Gänsslen. Deutsch. Archiv für klin. Med. Nr. 140. — 5) Idem et ibidem. Nr. 146. — 6) Eppinger. Die Hepato-Lienalen Erkrankungen. 1920. — 7) Idem. Allgemeine und Spezielle Pathologie des Icterus w Krauss-Brugsch Spezielle Pathologie und Ther. der Inner. Krank. T. VI, II polow. — 8) Jolly. Traité d'Hématologie T. II. Maloine 1923. — 9) Lewin C. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 9. 1920. — 10) Faure-Beaulieu et Mouquin. Bullet. Soc. Med. Hôpit. Paris. Nr. 21. 1924. — 11) Losio. Presse Med. Nr. 31. 1920 (referat). — 12) Herc. O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych. Kraków 1910. Druk Uniw. Jagiell. 13) Idem i Mamrot Archives de Méd. exper. et d'anat. path. T. XXIV. Nr. 5. Paris. 1912. — 14) Herz i Sterling. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej. Warszawa 1912. Druk Kobralewskiego. (Odczyty kliniczne). — 15) Meulengracht. Deutsche Archiv für klin. Med. T. 136. 1921. — 16) Marjanko. Polska Gaz. Lekarska Nr. 39. 1924. — 17) Normet. Presse Méd. Nr. 3. 1925. — 18) Naegeli. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1923. — 19) Semerau. Polska Gaz. Lekarska Nr. 34 i 35. 1922. — 20) Gordon Ward. Presse Méd. Nr. 31. 1920 (referat). — 21) Idem et ibidem. Nr. 33. 1920 (referat).

Dr. Alfred KRAUSS. Lwów.

Dwa przypadki śródbłoniaka (endothelioma) wśród mięśni uda.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Schramm.

Części miękkie uda pomijając tkankę skórną są siedliskiem dość częstem guzów nowotworowych pierwotnych. Pod względem anatomo-patologicznym nowotwory te należą przeważnie do grupy tkanki łącznej. Spotykamy więc tam, począwszy od dobrotliwych tłuszczaków, włókniaków skąpo komórkowych o przewadze tkanki łącznej, aż do najzłośliwszych mięsaków. Te ostatnie zwykle mylnie zwane mięsakami powięzi szerokiej wychodzą najczęściej z mięśni, względnie przestrzeni łączno tkankowej okolicy mięśni przywodzących, a przy dalszym swym wzroście ukazują się w okolicy powięzi szerokiej uda i z tego powodu mylnie jako mięsaki tej ostatniej bywają rozpoznawane. Spotykamy tam naczyniaki, śródbłoniaki, chrzęstniaki, nerwiaki i t. p. Wszystkie te jednak nowotwory wychodzą bądź z tkanki podskórnej, bądź z większych przestrzeni łączno-tkankowych, rzadko bardzo znajdujemy je w mięśniu. Z powodu, że obydwa guzy które mam zamiar opisać znalezione zostały w mięśniach zajmę się sprawami nowotworowemi tylko tych ostatnich. Tkanka mięsna jest w schorzenia nowotworowe bardzo uboga. Mięśnie uda nie stanowią pod tym względem wyjątku. Patologja ich jest we wszystkich sprawach chorobowych nowotworowych, najzupełniej równa mięśniom innych okolic. Zaznaczę tylko ogólnie i krótko, że z nowotworów grupy tkanki łącznej spotykamy w mięśniu włókniaki, wyjątkowo jednak rzadko, tak, że niektórzy autorowie przeczą wogóle występowaniu ich w mięśniu i odnoszą te sprawy do nagromadzeń tkanki łącznej pozapalnej. Nerwiaki również występują wyjątkowo. Chrzęstniaki, mięsako-chrzęstniaki *(Chondrosarcoma)* kostniaki są to wszystko wyjątkowe sprawy w mięśniu. Mięśniak prążkowany *(Rhabdomyoma)* zdaje się wogóle w tkance mięsnej nie występuje. Tłuszczak zdarza się już częściej. Zestawienia dawniejszego piśmiennictwa obejmują około dwanaście przypadków przeważnie jednak umiejscowionych w języku, który gęsto przerastały tkanką łączną z obfitością tłuszczu, z silnie rozwiniętym systemem limfatycznym, zajmuje miejsce poniekąd uprzywilejowane pod względem patologji nowotworowej śród mięśni.

Częstszem o wiele schorzeniem mięśnia jest mięsak, (często można na komórkach zauważyć poprzeczne prążkowanie wskazujące na pochodzenie ich z tkanki mięsnej) Dentu i Delbet zestawili w r. 1907 opisane w literaturze 70 przypadków mięsaków. Częstość ich występowania wśród mięśni odpowiada według nich, częstości przypadków naczyniaka. Nowsza statystyka Giuseppe Piperata obejmująca 46 mięsaków kończyn dolnych wykazuje umiejscowionych w mięśniach, przypadków 5, wypada więc na każde 15 nowotworów mięsakowatych nogi 1 umiejscowiony w mięśniach. Pod względem anatomicznym i klinicznym nie przedstawiały one nic szczególnego.

Dość częstym, względnie nowotworem mięśni jest naczyniak, którym szczególnie chirurdzy bardzo się zajmowali, Virchow pierwszy zwrócił uwagę na rzadkie umiejscowienie tych spraw w mięśniu, sam zaobserwował tylko jeden przypadek; guzek wielkości orzecha laskowego wśród mięśni kłęba palca wielkiego, a z dawniejszych przypadków zestawił 9 podobnych. Od tego czasu skrzętnie zbierano i opisywano te nowotwory, tak, że Sutnera potem Kolaszek w obszernej pracy zestawili 95 przypadków. Ostatnie zestawienie Colego obejmuje już 164 przypadków. Według Kolaszka z 95 przypadków, 19 wypadało na mięśnie uda. Wiek chorych, młody. Kobiety przeważały w stosunku 2 : 3. Anatomicznie przedstawiały te nowotwory utkanie naczyniowe z większą lub mniejszą ilością tkanki łącznej. Choć klinicznie niektóre z nich ulegały nawrotom uparcie i zachowywały się niekoniecznie dobrotliwie ogarniając coraz większe przestrzenie, to jednak anatomicznie utkania atypowego nie stwierdzono nigdzie i zwyrodnienie złośliwe tych guzów według

zdania Kolaszka i Sutnera zdaje się nie występuje. Że tak nie zawsze bywa wskazuje poniżej przytoczony przypadek Ulricha, oraz Linsera gdzie naczyniak taki uległszy zwyrodnieniu złośliwemu wywołał w jednym przypadku w bardzo krótkim czasie zejście śmiertelne.

Zaznaczyć jednak należy, że wszystkie te opisane naczyniaki w ścisłem słowa znaczeniu jednak, nowotworami nie są, a raczej tylko podobnymi do nich. Brak im bowiem istotnej cechy nowotworowej wytwarzania nowych naczyń. Pod drobnowidem nie stwierdzamy bowiem bujania nowotworowego nigdzie. Uważać je należy tylko za okręgi naczyniowe, które uległy wadzie rozwojowej za *hamartia*, względnie *hamartomata*, które pod względem klinicznym mogą nam imponować, jako sprawy nowotworowe.

Naczyniaki limfatyczne są bardzo rzadkie. Z trzech przypadków zestawionych przez Ritschla (jeden z nich opisany przez Lückego) jeden zdaje się nie wychodzi zupełnie z mięśni, tylko z torebek ścięgnistych dłoni, z dalszych dwu umiejscowionych w mięśniach uda jeden przedstawia się, jako naczyniak mieszany (*Lymphangioma mixtum*). Z drugiej jednak strony możliwem jest bardzo, że wiele naczyniaków limfatycznych mylnie do krwionośnych zostało zaliczonych, gdyż z zawartości krwi w większych przestrzeniach naczyniowych, zbyt pochopnie wyciągano wnioski, choć zawartość krwawa, jako mogąca się dostać wtórnie nie rozstrzyga zupełnie o pochodzeniu.

Podczas, gdy naczyniaki polegają na nowotworowem wytwarzaniu naczyń, to w przypadku, gdy w bujaniu nowotworowem bierze udział tylko tkanka angjoplastyczna (*endothelium* względnie *perithelium)* mamy do czynienia z naczyniakiem mięsakowatym *(angioma sarcomatodes, sarcoma angio-plasticum* z *endo* lub *perithelioma*.

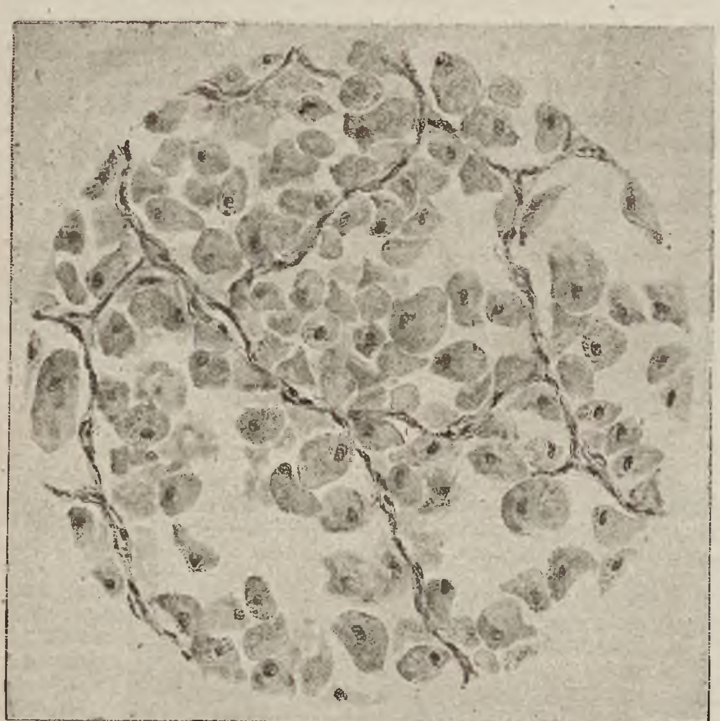
Śródbłoniak, jako wyraz bujania nowotworowego śródbłonków naczyń wyłonił się z ogólnego pojęcia mięsaka. Lambl zwrócił pierwszy uwagę na podobieństwo komórek nowotworowych jakiegoś mięsaka z opony twardej, ze śródbłonkiem (1860) a Recklinghausen wykazał w r. 1862 punkt wyjścia bujania nowotworowego w przez siebie opisanym nowotworze jamy oczodołowej, wyściółkę przestrzeni chłonnych Nazwę *endothelioma* podał Golgi Camilo w r. 1869 opisując piaszczak *(Psammoma)* opony twardej. Od tego czasu śródbłoniakiem zajmowano się bardzo żywo. Przy końcu zeszłego stulecia uznano możność bujania nowotworowego śródbłonków, ale stwierdzano je prawie we wszystskich mięsakach, tak, że n. p. Kütner przy 97 nowotworach mięsakowatych gruczołu podszczękowego znalazł aż 61 śródbłoniaków. Podobnie zapatruje się i Burghardt. Wiele śródbłoniaków tkanki podskórnej okazało się później rakami kromprecherowskiemi. Fick jeszcze w r. 1909 uważa wszystkie *endotheliomata* skóry za pochodne naskórka.

Obecnie jednak, kiedy odrębność histo-patologiczna śródbłoniaka została już ogólnie uznaną, częstość jego występowania znacznie zmalała. Jednak nie należy on do rzadkości.

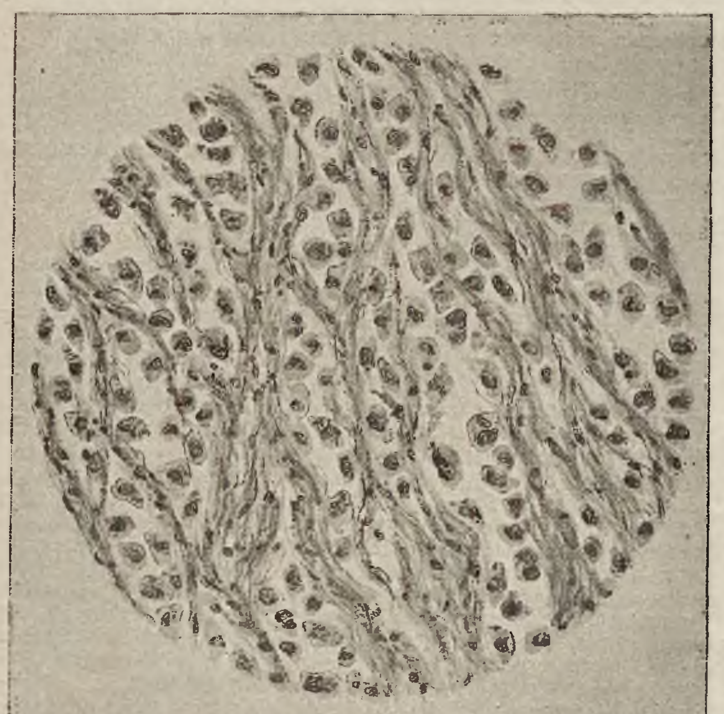
Według Borsta dzielimy *endotheliomata* na *limphangioendotheliomata* i *haemangioendotheliomata*. Te ostatnie są o wiele rzadsze. Jako charakterystyczną cechę śródbłoniaków podaje Borst ścisłe złączenie komórek nowotworowych z tkanką podścieliskową. W śródbłoniakach na niskiej stopie rozwojowej budowa siatkowata u dojrzalszych form cylindryczna, tubularna. Skłonność do zmian wstecznych, do zwyrodnienia hialinowego i do zwyrodnienia śluzowego, skłonność do układania się komórek cebulasto dookoła naczyń, poczem zwapnienie. Zachowaniem się śródłoniaków pod względem klinicznym zajmowali się szczególnie chirurdzy bardzo żywo. Wobec jednak zbyt częstego rozpoznawania tych spraw ze strony patologów dawniejsze statystyki mało są dla nas obecnie wartościowe. Hinsberg podaje w swej statystyce, gdzie odliczywszy raki wargi dolnej z pozostającej reszty 46 owrzodzeń nowotworowych na głowie, rozpoznanych klinicznie jako raki, badanie histologiczne wykazało 13 razy *endothelioma*. Nic dziwnego, że nie znajduje on cech, któreby go odróżniły od raka. Burkhardt, który zajmował się śródbłoniakiem nie znajduje różnic wobec mięsaka. Scriba tylko i Tanaka podają, jako cechy charakterystyczne dla śródbłoniaków, pozwalające je klinicznie odróżnić: miękkie chełbocące gruczoły, uporczywość, nawrotów, przerzuty *per continuitatem* (guz macierzysty wysyła wypustki, które rosną a natrafiwszy na odpowiednie podłoże rozrastają się tworząc nowe ogniska). Z nowszego piśmiennictwa wiemy, że śródbłoniak występuje czasem dobrotliwie, czasem też złośliwie, i choć miejscowo działa często destrukcyjnie, oraz często ulega nawrotom, to jednak niema skłonności do uogólniania się i wywoływania charłactwa. Śródbłoniaki pochodzące z naczyń chłonnych dają częściej przerzuty niż pochodne naczyń krwionośnych. Klasycznemi miejscami występowania śródbłoniaków są: tkanka podskórna, gardło, podniebienie, nos, opony mózgowe, wreszcie narządy wewnętrzne, jak nerka, śledziona, jajnik i t. d. Spotykamy je też w gruczole sutkowym, oraz niekiedy w języku. Wyjątkowem siedliskiem śródbłoniaka może być tkanka mięsna. Nadzwyczaj rzadka lokalizacja śródbłoniaka w mięśniu, usprawiedliwia ogłoszenie moich przypadków a znalezione w dostępnem mi piśmiennictwie dwa podobne przypadki, przytaczam w skróceniu wraz z mojemi:

Pierwszy przypadek: chora K. B. Lp. kl. 11/25 lat 24, wolna, krawczyni, dziedzicznie nie obciążona, chorób dziecińśtwa nie pamięta, zawsze była zdrowa, chorobę obecną datuje od 3 lat, zauważyła guz w połowie uda po stronie mięśni wyprostnych, nie bolesny, stale powiększający się, twierdzi stanowczo, że nigdy w to miejsce nie uderzyła się, chodzenie i stanie bardzo utrudnione, występują wtedy bóle. Stan obecny: wzrost, budowa odżywienie dobre, skóra elastyczna, tkanka tłuszczowa dobrze utrzymana, głowa bez zmian, granice płuc prawidłowe, prawidłowo-ruchome, wypuk wszędzie jawny, drżenie po obydwu stronach równie silnie wyczuwalne, szmery pęcherzykowe, nad prawym szczytem wydech słyszalny. Serce w granicach prawidłowych, po 2 tony czyste, jama brzuszna bez zmian. W połowie uda po stronie mięśnia prostego, guz wielkości głowy dziecka, skóra blada, żyły skórne rozszerzone. Guz twardy niebolesny, ruchomość lekka przy mięśniu zwiotczałym na boki, żadna ku górze i dołowi, ruchomość znika, przy mięśniu napiętym, tak samo zacierają się przedtem wyraźnie kontury. Chełbotania nie stwierdza się nigdzie. Gruczoły pachwinowe niemacalne, odruchy żywe. W znieczuleniu miejscowem przez obstrzykanie, wykonano zabieg operacyjny (prof. Dr. Schramm). Cięcie skórne podłużne poprzez największą wypukłość guza, po rozsunięciu wiązek mięśnia prostego zaczęto uwalniać guz silnie naczyniami połączony z otoczeniem. Uwalnianie bardzo mozolne z powodu obfitego krwawienia. Po usunięciu guza założono na wiązki mięsne kilka szwów kiszkowych poczem zeszyto skórę, pozostawiając dwa sączki. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, chora po 10 dniach opuszcza klinikę. Guz makroskopowo 19×17×16 cm. Torebka wszędzie dobrze rozwinięta. Zewsząd wnikają naczynia krwionośne. Na przekroju zupełnie jednolity bardzo silnie ukrwiony. Przegrodami tkanki łącznej podzielony na zrazy, a te na zraziki. W przegrodach biegną większe naczynia. Pod drobnowidem guz ten przedstawia się następująco: Przedewszystkiem widać rusztowanie utworzone z włókien delikatnych tkanki łącznej w ilości dość skąpej,rusztowanie to ma kształt wyraźnej siatki. Wśród tej tkanki łącznej biegną liczne naczynia krwionośne o charakterze naczyń włosowatych, porozszerzane, wyścielone wyraźnym, zupełnie prawidłowym śródbłonkiem. W naczyniach widać dobrze utrzymane krwinki. Naczynia te wraz z tkanką łączną jak już wspomniałem, tworzą regularną sieć. Oczka tej sieci szczególniej w partjach obwodowych, tuż pod torebką guza, wyścielone są jednowarstwowym śródbłonkiem, który tworzy w ten sposób przewody i przestrzenie. Komórki wyścielające owe przewody mają kształt nieco wydłużony, ilość protoplazmy skąpa, jądra tych komórek barwią się dość ciemno. Komórki te siedzą silnie na swej podstawie z tkanki łącznej utworzonej, okalają światło przewodu wąskiego, wewnątrz zupełnie pustego. Komórki te robią wrażenie nieco napęczniałych komórek śródbłonków naczyń. Tak jednak przedstawia się budowa tego guza tylko w częściach obwodowych. W miejscach położonych bardziej ku środkowi spotykamy te komórki ulegające całemu szeregowi zmian. Przedewszystkiem komórki powiększają się, zatracają swój pierwotny kształt i stają się więcej okrągłe o kształtach i wielkości nierównej. Jądra ich pęcherzykowate okrągłe jasne. Komórki te przylegają luźnie do ściany naczynia odrywają się tu i ówdzie i leżą wtedy w świetle o wiele szerszem niż w obwodowych partjach. Protoplazma komórek obfita, barwi się silnie, gdzieniegdzie słabiej, eozyną na czerwono. Jądra jasne leżą bądź w środku komórki bądź na obwodzie. Są jeszcze miejsca gdzie komórki te jeszcze bardziej się zmieniły. Stały się one wielkie, kształtu zupełnie nieregularnego i różnego. Jądra barwią się rozmaicie, jedne silnie inne bardzo blado, gdzieniegdzie widać liczne komórki bezjądrzaste a w miejscu jądra widzimy wodniczki. Pierwoszcz barwi się bądź blado-różowo z wybitną ziarnistością, albo też silniej, a wtedy wiecej jednostajnie. W wielu komórkach widzimy wodniczki, które spychają przy-

płaszczone jądra ku obwodowi. W opisanych partjach komórki są przeważnie złuszczone, wypełniają ściśle przewody leżąc obok siebie w szerokiem świetle naczynia, nieliczne tylko trzymają się ściany. Obraz ten robi wrażenie tkanki jednolitej gniazd komórkowych otoczonych tkanką łączną z naczyniami. Miejsca te gdzieniegdzie podobne są przy pobieżnem oglądaniu do poprzecznie



Ryc. 1.



Ryc. 2.

przeciętych pęczków zwyrodniałych mięśni. Komórki te wyglądają jednak zupełnie dobrotliwie i obok zmian wstecznych (hialinizacja wakualizacja) nie wykazują nigdzie cech złośliwych. Na podstawie obrazu histopatologicznego szczególnie obwodowych części guza mamy do czynienia z śródbłoniakiem o cechach dobrotliwych, którego komórki uległy daleko idącym zmianom wstecznym.

Drugi przypadek: F. F. Lp. Kl. 208/24. lat 42, zamężna, żona robotnika, dziedzicznie nie obciążona, chorób dziecińśtwa nie pamięta. Dalsze wywiady bez znaczenia. Przed dwudziestu laty operowana z powodu przepukliny udowej, wtedy wyjęto też guz mały z mięśnia prostego. Po trzech latach nawrót guza, operacja 2-ga. Po dalszych kilku latach dalsze nawroty, operacja 3-cia, 4-ta, 5-ta, 6-ta, ostatnia przed rokiem. Obecnie bardzo silna bolesność całej nogi, niemożność chodzenia, ogólne osłabienie. Stan obecny: Chora wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, odżywienia bardzo lichego, podściółka tłuszczowa zanikła. Cera ziemisto blada, błony śluzowe widzialne blade, z odcieniem sinawym. Głowa bez zmian, klatka piersiowa dobrze wysklepiona, kąt łuków prosty. Po stronie lewej granice płuc prawidłowe, prawidłowo-ruchome, wypuk jawny, szmery pęcherzykowe. Po stronie prawej do trzeciego żebra wypuk jawny, z tyłu do grzebienia łopatki, dalej zupełnie stłumiony. Drżenie po stronie prawej zniesione, szmery pęcherzykowe w szczycie zaostrzone, nad partjami stłumionemi zniesione. Nakłucie wykazuje treść krwawą. Pod drobnowidem krwinki. Serce: granice prawidłowe, 2 tony głuche, podmuch nad koniuszkiem. Jama brzuszna bez zmian. Kończyna dolna prawa atroficzna w całości. Podudzie silnie obrzękłe. Nad kolanem kilka blizn twardych bolesnych nieprzesuwalnych. Po stronie zewnętrznej stwierdza się w głębi stwardnienie tkliwe przy ucisku nieruchome, zupełnie ze skórą zrośnięte. Granic nie wyczuwa się. W jednym miejscu chełbotanie. Nakłócie próbne wykazuje krwinki oraz rozpadłe masy elementów morfotycznych. (Pod drobnowidem). Gruczoły chłonne pachwinowe niemacalne. Prześwietlenie roentgenowskie płuc wykazało: szczyty oba równo ustawione. Pole płucne po stronie prawej do trzeciego żebra dalej ku dołowi silniej zaćmione i zagęszczone. Po stronie lewej jasne. Gruczoły wnękowe zwapniałe obustronnie. Rozpoznanie: mięsak uda w nawrocie z przerzutem w płucu prawem. Wobec bardzo silnej bolesności w nodze przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Wykonano w znieczuleniu Rodzińskiego amputację w górnej $^1/_3$ uda (Dr. Janik). Przebieg pooperacyjny prawidłowy, chora otrzymała przed odejściem 2 naświetlania promieniami Roentgena klatki piersiowej. Badanie odjętej nogi wykazuje: naciek nowotworowy wielkości dwu pięści, obejmuje mięśnie wyprostne zrośnięte z kością i przechodzi bez wyraźnej granicy w tkankę zdrową. Wzdłuż naczyń naciek szerzy się kilka cm. dalej. Badanie drobnowidowe linji cięcia nacieku nowotworowego nie wykazuje. Skrawek guza przedstawia się pod drobnowidem następująco: Do pewnego stopnia budowa jego przedstawia się podobnie jak budowa guza poprzedniego, tylko tkanka łączna podścieliskowa bardzo silnie rozwinięta wykazuje charakter zbity, naczyń krw. w niej stwierdza się tylko bardzo skąpą ilość. Gdzieniegdzie widać wybroczyny krwawe, liczne krwinki, wśród tkanki miejscami bardzo liczne kryształki hemosyderyny w komórkach. Dookoła naczyń widać tu i ówdzie rozrzucone okrągłe komórki miejscami dość liczne. Wśród tej tkanki łącznej stwierdzamy liczne bardzo szczelinki najrozmaitszej wielkości i kształtu, wyścielone komórkami. Nie we wszystkich jednak miejscach komórki te zachowują się i wyglądają tak samo. W jednych miejscach komórki są dość płaskie o wyraźnem jądrze, trzymają się silniej ściany naczynia i robią podobnie jak w pierwszym guzie wrażenie komórek śródbłonkowych nieco tylko obrzękłych. W przeważnej jednak ilości miejsc, komórki te mają kształty najrozmaitsze. Na ogół okrągłe, wielkość ich jest różna. Komórki te układają się w kilka warstw, łuszczą się bardzo obficie, wypełniają wtedy szczelnie przewody robiąc wrażenie jednolitych gniazd komórkowych, otoczonych tkanką łączną. Spotykamy też dość liczne figury karjokinetyczne. Na podstawie, tak jak w pierwszym przypadku, tych miejsc, gdzie śródbłonek jest dobrze utrzymany, przechodząc później bezpośrednio w komórki nowotworowe więcej zmienione, możemy rozpoznać bujanie nowotworowe z zakresu śródbłonków na ogół podobne do poprzedniego z powodu jednak polimorfji ze wszystkiemi cechami bujania złośliwego.

Przechodząc z kolei rzeczy do przypadków znalezionych w dostępnem mi piśmiennictwie przytoczę wpierw w skróceniu przypadek Linsera.

Schorzenie dotyczy kobiety l. 44. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Jakiegokolwiek urazu zaprzecza, od dwóch lat skarży się na bole przy staniu w okolicy podkolanowej. Stwierdzono guz twardy, który w znieczuleniu ogólnem łatwo dał się usunąć. Guz wielkości 16×9×8 leżał wśród mięśnia brzuchatego. Guz otoczony torebką wykazuje zupełne zwapnienie, tak, że przeciąć udało się tylko piłką. Na rozkroju jednolite, drobnowidowo można rozróżnić dwie części, które wzajemnie w siebie bez ostrej granicy przechodzą. Obwodowa, gdzie przeważają przestrzenie naczyniowe i centralna, gdzie występuje utkanie więcej zbite. W części obwodowej spotykamy wśród rusztowania nieregularnego naczyń krwionośnych utkanie typowe dla naczyniaka. Wśród tego miejscami grupki komórek nowotworowych morfologicznie odpowiadające bujającym śródbłonkom. W centrum komórki te stają się więcej wrzecionowate i układają się w twory współśrodkowe dookoła naczyń, przypominając perły rakowe.

Przypadek Ulricha, pierwszy, przedstawia się nam w streszczeniu następująco: żołnierz 24-letni dziedzicznie nie obciążony chorobę swą datuje od czterech miesięcy. Pierwsze objawy krwioplucie. Odesłany do szpitala z podejrzeniem na gruźlicę. Czternaście dni przed śmiercią wystąpił po przeziębieniu ostry nieżyt oskrzeli, wkrótce potem objawy wysięku jamy opłucnowej. Chełbocące wypuklenie z tyłu w okolicy 10 i 11 żebra (sądzono, że ma się do czynienia z **empyema necessitatis**) punkcja wykazała czystą krew.

Wśród objawów ostrej niedokrwistości z powodu skrwawienia się do jamy opłucnowej zejście śmiertelne. Sekcja wykazała oprócz zmian bez znaczenia: Między mięśniem najszerszym grzbietu, oraz zębatym tylnym dolnym naczyniowy **hamartom** wśród tego **hamartomu** rozwija się ognisko nowotworowe złożone z bujającej tkanki naczyniowej w szczególności śródbłonków oraz nieco tkanki łącznej. Śródbłonki miejscami usamodzielnione przybierają utkania mięsakowate miejscami tworzą włosowate naczynia, a w szczelinach więcej zróżnicowanych naczyń włosowatych znajdują się krwinki. Wiele obrazów dzielenia się komórek, polimorfja, oraz szczątki zniszczonej tkanki wskazują na złośliwe bujanie.

Typ komórek odpowiada komórkom śródbłonka. W płucach mnogie drobne ogniska przerzutowe o budowie tej samej. Śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia większej przestrzeni naczyniowej i skrwawienia się do jamy opłucnowej.

Drugi przypadek Ulricha: 64-letni rolnik, 15. VI. wstąpił do szpitala, w trzy dni później zmarł. Historja choroby w całości. Silny mężczyzna, na plecach guz twardy nieruchomy, nietętniący, na potylicy dwa wrzody wałowate, takie same nad lewem kącikiem ust, dwa małe pod szczęką dolną. Wstrzykiwanie salwarsanu. Wymioty, duszność i zejście śmiertelne. Sekcja obok innych mało znaczących zmian wykazuje: zapalenie nerek, zapalenie jelit, zapalenie woreczka żółciowego ropne (mocznica?). Wielokrotne guzy krwawe w prawym mięśniu czworobocznym w obydwu mięśniach czterogłowych uda, oraz w pachwinie, kilka przerzutów w płucach. Drobnowidowo komórki nowotworowe śródbłonkowe rosną w najdrobniejszych przestrzeniach (Saftspalten) wypełniają je tworząc wyraźne przestrzenie naczyniowe, miejscami tworzą naczynia włosowate, miejscami więcej mięsakowate utkanie. Tu i ówdzie większe przestrzenie naczyniowe. Tkankę podścieliskową uzyskują z tkanki autochtonnej czyniąc ją twardą, sklerotyczną ze skłonnością do hializinacji. Dość często spotyka się wylewy krwawe. Wszędzie polimorfja i wygląd złośliwy. Rozpoznanie: **angioendothelioma** bez możności stwierdzenia pochodzenia z naczyń chłonnych czy krwionośnych.

Rozpatrując powyższe przypadki, widzimy, że w dwu przypadkach mianowicie Ulricha w 1-ym oraz przypadku Linsera, punktem wyjścia bujania nowotworowego był dotychczas ogólnie za dobrotliwy twór uważany *hamarton* naczyniowy. Naczyniaki takie uważamy obecnie za sprawę wrodzoną. Dziecko rodzi się bądź już z wykształconym takim naczyniakiem, bądź istnieje on w zawiązku. Co jednak skłania takie zaburzenie rozwojowe do szybszego powiększania się i do zamanifestowania się klinicznie nie wiemy. Reclus i Magintot przypisywali urazowi w tej sprawie wielką wagę. Sutner, Kolaszek, uraz odrzucają zupełnie, a szybki wzrost według nich wywołują czynniki nam na razie nieznane. Dziedziczności przy występowaniu naczyniaków nie zauważono z wyjątkiem przypadku Fulkrigera, gdzie mężczyzna 24-letni z naczyniakiem w mięśniach stopy podaje, że matka jego w tem samem miejscu miała takie same schorzenie. Pozatem dziedziczności nie stwierdzono. Nie stojąc bynajmniej na stanowiskach dziedziczenia tych spraw chorobowych zaznaczyć chcę, że przy zwyczajnem nie zbyt dokładnem badaniu w tym kierunku wywiady zawieść często muszą, po pierwsze: *hamartom* mały nie rosnący może być tak umiejscowiony, że osobnik przez całe życie może go nie zauważyć (n. p. pierwszy przypadek Ulricha gdzie klinicznie zamanifestował się guz dopiero w 4-tym miesiącu po wystąpieniu pierwszych objawów klinicznych a te, krwioplucia były już wyrazem daleko posuniętych spraw przerzutowych w płucach. Gdyby zwyrodnienie złośliwe nie nastąpiło osobnik ów nigdyby nie wiedział, że posiada jakiś nowotwór w mięśniach pleców i wywiady wypadłyby zupełnie ujemnie) po drugie, przy obciążeniu wstecznem heterozygotycznem może dane schorzenie przez szereg pokoleń dziedziczyć się bez ujawnienia się na zewnątrz dopiero przy małżeństwie z takim samym osobnikiem cecha regresywna ujawnia się u dzieci. Jaki był punkt wyjścia nowotworów, w reszcie przypadków, czy naczynia krwionośne czy chłonne, powiedzieć się nie da. Co takie komórki śródbłonka naczyń względnie hamartomu do bujania atypowego pobudza nie wiemy, i zapatrywania nasze są te same, jakie mamy w odniesieniu do innych spraw nowotworowych. W przeciwieństwie do raka, przy mięsakach jednorazowy silny uraz fizyczny stoi bezsprzecznie w związku przyczynowym z następowym wzrostem nowotworowym, związek ten zachodzi w około 4 - 8% wszystkich mięsaków jak to wykazały statystyki Lengnika, Löwensteina, Eunikego. Co się tyczy urazu przy śródbłoniaku to znalazłem jeden tylko przypadek Nathera gdzie na stopie po silnym urazie wystąpił złośliwy śródbłoniak w miejscu urazu.

W przytoczonych wyżej przypadkach moja pierwsza chora zaprzecza urazu zupełnie, druga nie przypomina sobie czy uraz zachodził, tak samo zaprzecza chora Linsera. Inni autorowie nie wspominają o tem wyraźnie.

Nowotwory te w mięśniu przedstawiały się bądź jako dobrotliwie rosnące guzy pod każdym względem odpowiadające przebiegowi klinicznemu włókniaka, ulegające ewentualnie zwapnieniu albo jako typowy mięsak powstały po latach w miejscu włókniaka kilkakrotnie ulegającego nawrotom, z przerzutami drogą krwionośną do płuc. Wreszcie jako gwałtownie powiększający się naczyniak z przerzutami w płucach szybko kończący się śmiercią ze skrwawienia. Drugi wreszcie przypadek Ulricha: mnogie rozpadające się nacieki przedstawiające się klinicznie podobnie jak kilaki. Podnieść wreszcie należy, że w żadnym przypadku nie było nacieków gruczołów limfatycznych a przerzuty odbywały się wyłącznie drogą krwionośną.

Rozpoznanie przytoczonych spraw polegających na nowotworowem bujaniu śródbłonków czy to jako wyraz zwyrodnienia złośliwego naczyniaka, czy to samoistnie natrafia z racji swego różnorodnego zachowania się klinicznego na znaczne trudności. W żadnym przypadku przytoczonym przed badaniem histopatologicznem rozpoznania *endothelioma* nie postawiono. Bieg badania klinicznego powinien być mniej więcej następujący: stwierdzenie siedziby guza w mięśniu. Pomoże nam w tem pewna ruchomość guza przy zwiotczałym mięśniu w kierunku prostopadłym do osi długiej mięśnia. Słaba albo żadna ruchomość w kierunku przyczepów mięśnia. Zniknięcie a przynajmniej znaczne upośledzenie ruchomości przy mięśniu napiętym oraz zatarcie się konturów przedtem wyraźniejszych. Wywiady wykazują upośledzenie czynności danego mięśnia. Obmacywaniem stwierdzić można spoistość przy powierzchownem umiejscowieniu. Gąbczasta konsystencja i guz objętość którego można przez ucisk zmniejszyć, pozwoli nam rozpoznać naczyniaka, a przy szybszym wzroście możemy przypuszczać ewentualnie zwyrodnienie złośliwe. Gdy obmacywaniem stwierdzimy guz twardy, dobrze ograniczony to niema jeszcze ścisłych danych do rozróżnienia tych rzadkich dobrotliwych guzów pomiędzy sobą i wreszcie do odróżnienia go od ograniczonego względnie częstego naczyniaka włóknistego. W przypadkach gdy sprawa nowotworowa rośnie bez ścisłych granic, mięsakowato, uporczywość nawrotów wolne stosunkowo uleganie zwyrodnieniu złośliwemu, przebieg schorzenia długi będzie przemawiał raczej za bujaniem nowotworowem śródbłonków niż tkanki łącznej. Że przy śródbłoniaku możemy mieć wieloogniskowe bujanie wskazuje drugi przypadek Ulricha. Guzy te były podobne do schorzenia kiłowego stąd leczenie salwarsanem. Rozstrzygnąć sprawę mogło tylko badanie histologiczne skrawka próbnego.

O rokowaniu przy śródbłoniaku w mięśniu, wobec małej ilości zebranych przypadków trudno mówić, widać jednak, że są tu reprezentowane przypadki bezprzykładne w swej złośliwości oraz przypadki zachowujące się zupełnie dobrotliwie. Sądząc, że śródbłoniak mięśnia nie stanowi wyjątku należy tak jak wobec innych śródbłoniaków zachowywać się nieufnie i odpowiednio do tego zastosować leczenie. Ogół autorów zajmuje wobec śródbłoniaka z wyjątkiem dobrotliwych łatwo dających się wyłuszczyć guzów stanowisko takie same jak wobec mięsaka.

Piśmiennictwo.

1) Aschoff: Anatomische Pathologie. — 2) Burghardt Endotheliome und Sarcome. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 36/1. — 3) Braun: Arch. f. Kl, Chir. 43. — 4) Coli: In Diss Kiel 1913. — 5) Dentu, Delbet: Traité de Chirurgie 1907 — 6) Furlgröger: Über Angioma, Cavern. Inaugur. Diss. Kiel 1903. — 7) Fick: Deutsche. Zeitschr. für Dermat. 1909. — 8) Garre, Kütner, Lexer: 9) Hinsberg: End. der Gesichtshaut. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. 24/275. — 10) Jerchel, Bruns: Beiträge 85. — 11) Kryger: Festschr. de Univ. Erlangen 1901 eine seltene Geschwulstform in der Zunge. — 12) Kaufmann 13) Kolaschek: Deutsch Zeitschr. der Chirurgie 9 und 13. — 14) Küttner: Ziegler's Beiträge 1898 — 15) Kolaszek: Beiträge f. Kl. Chir. 56. — 16) Linser: Über

verkalkte Endotheliome und Epitheliome. Bruns Beiträge 26/595.— 17) Lengnick: Dtsch. Ztschr. f. Chir. 52. — 18) Löwenstein: Bruns Beiträge 48. — 19) Eunice: Deutsch. Zeitschr. für Chir. 1919. — 20) Nather: Virchov's Archiv. 31. — 21) Perthes: Brun's Beiträge 12/585. — 22) Putti: Arch. für klin. Chirurgie 79. — 23) Piparata Guiseppe: Deutsche Zeitschr für Chirurgie 1909. — 24) Reclus i Magintot: sur deux cas ang. primit. de muscl. stri. revue de Chir. 26 XXXIII/709. — 25) Ritter: Deutsche Zeitscht. für Chirurgie 50. — 26) Ritschl: d. Z. f. Ch. 15. — 27) Sutner: D. Z. f. Ch. 76. — 28) Słownik lekarski polski. — 29) Tanaka: Dtsch. Zeitsch. t. Chir. 51/?09. — 30) Volkmann: Über end. Geschw. D Kl. Ch. 41. — 31) Ulrich: 2 Fälle über malign. prim. Muskelangion Virchov's Archiv. 230,622.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Nr. 10. 1925.

Doléris. **Kiła eksperymentalna.** Autor podaje wyniki badań badaczy argentyńskich Jauregui i Lancelotti nad kiłą eksperymentalną u lamy, jak również ich pierwsze wyniki stosowania seroterapji.

Dotychczasowe próby przeniesienia kiły na zwierzęta, aczkolwiek z rezultatami pozytywnemi (małpy wyższe, króliki), nie doprowadziły do odkrycia sposobu lub substancji, przygodnej do terapji.

Wybór lamy, jako zwierzęcia doświadczalnego, był podyktowany przekonaniem, rozpowszechnionem w pewnych krajach Ameryki Południowej, że zwierzę to bardzo łatwo zaraża się kiłą i było w epoce b. dawnej czynnikiem, rozpowszechniającym tę chorobę.

Źródła historyczne wskazują na rozpowszechnienie się kiły w tych krajach już w XII. wieku, a w XVI. wieku Gomara (1552 r.) pisze: »mieszkańcy są wszyscy kilakowi *(bubosos)*, zarażeni kiłą *(buba)*, spotykanym u lama«.

Bestjalstwo czynione przez pastuchów z samicami, spowodowało Inków do wydania prawa, że człowiek, któremu udowodniono stosunek z lamą, był duszony, potem spalony razem ze swemi szatami.

Kiła u lamy rozwija się prawie tak samo, jak u człowieka, oddzielne okresy jedynie szybciej po sobie następują. Wrzód twardy powstaje w punkcie zaszczepienia około 15-go dnia po zakażeniu. Okres drugi, objawiający się podobnież jak u człowieka *(roseola, papula, macula,* erosje skóry, gruczoły) zaczyna się około 40—50 ego dnia choroby i trwa 4 do 6 miesięcy.

Okres trzeci, przeważnie ukryty, objawia się głównie przez *papulae* łuszczące, trudne do spostrzeżenia z powodu pokrycia skóry wełną. Na sekcji w trzecim okresie znajdujemy kilaki wątroby, nerek, płuc, przerost lewego serca, zmiany w aorcie i w naczyniach, zmiany w kościach, w systemie nerwowym. Nigdy nie znaleziono zmian w jądrach ani w jajnikach.

W 25—30 miesięcy po zniknięciu objawów wtórnych bez żadnych objawów poprzedzających (niekiedy jedynie zły stan ogólny, osłabnięcie i postępujące wciąż chudnięcie) występują nagle ciężkie objawy nerwowe. Następują porażenia członków, kurcze, prawdziwe kryzy tężcowe. W kilka dni potem następuje śmierć. Średni okres całego przebiegu schorzenia trwa około trzech lat.

Jauregui i Lancelotti otrzymali na surowicy ludzkiej na pożywce beztlenowej kultury krętka bladego, które okazały się jadowite dla człowieka. Kultury te, osłabione przez ogrzewanie ponad 41°, były użyte do uodpornienia zwierząt.

Lama zdrowa była szczepiona za pomocą $^1/_2$ cm sz. zawartości rurki (krętki+jady) z osłabioną kulturą. Brak odczynu lokalnego. Podobne szczepienia były powtarzane 10 do 15 razy, przechodząc za każdym razem do kultury mniej osłabionej, kończąc szczepienie zarazkami o jadowitości najwyższej.

Po sprawdzeniu uodporniania, surowica tych zwierząt była zdatna do leczenia przeciwkiłowego.

Surowica ta okazała się zdolna wyleczyć kiłę lamy w pierwszym okresie i w czasie pierwszych kilku tygodni drugiego okresu. U lam, u których stosowano surowicę w II. okresie, wysypka rozwija się wcześniej i jest bardzo słabo rozwinięta, gdy przeciwnie u lam nieleczonych okres ten przebiega b. ostro z obfitą wysypką.

Wstrzykiwania surowicy stosują autorzy 15 do 40 po 2 cm sz. Samice zakażone, ronią zwykle w 6 lub 7-ym miesiącu (ciąża u lamy trwa zwykle 11 miesięcy), rzadziej donoszą do końca, lecz wtedy rodzą się nieżywe z oznakami kiły dziedzicznej. Samice leczone w pierwszych tygodniach ciąży (do 2 miesięcy) zdrowieją, poronienia nie ustępują, a potomstwo rodzi się zdrowe, co dowodzi, że seroterapja zadziałała na matkę i na płód.

Seroterapja dała u lamy całkowite wyleczenie (po 5—7 latach obserwacji).

Seroterapja kiły była przedsięwzięta w Buenos Aires, gdzie stosowano ją z górą u 40 chorych w pierwszym okresie. Po stwierdzeniu odczynu Wassermanna dodatniego zastrzykiwano u nich co drugi dzień po 2 cm sz. surowicy podskórnie, póki odczyn nie stał się ujemny. Rezultaty były wspaniałe, lecz nie u wszystkich chorych do tej pory dało się sprawdzać odczyn Wa, gdyż chorzy ozdrowieni nie zgłaszają się. Jedynie u 6 chorych od trzech lat jest sprawdzany, stale ujemny, jak również nie występują u nich żadne objawy. W jednym przypadku bardzo ciężkie wszelkie objawy ustąpiły zupełnie po 3—6 zastrzykach (6—12 dni) od początku leczenia. Trzeba zaznaczyć, że w Ameryce Południowej przypadki kiły przebiegają bardzo ciężko.

U dwu chorych w drugim okresie wysypka znikła po ósmym względnie dziesiątym dniu leczenia, odczyn zaś Wassermanna stał się ujemnym po 30-ym względnie 40 ym zastrzyku.

J. Saidman. **Lampa z promieniami ultrafioletowemi mogąca być wprowadzona do jam ciała.** Autor zbudował lampę o przekroju 7—8 milimetrów, która wysyła promienie ultrafioletowe. Niezbędny prąd elektryczny jest dostarczony przez mały transformator. Aparat ten pozwala naświetlać promiemieniami pozafiołkowemi zbliska różne jamy ciała, jak jama ustna, pochwa, prostnica. Lampą tą naświetlają z powodzeniem :

1) w ginekologji: owrzodzenia szyjki macicznej;

2) w stomatologji: w *pyorrhea alveolaris* daje rezultaty nadzwyczaj szybkie;

3) naświetlania fissur ano-rektalnych;

4) w laryngologji: w Ameryce używają podobnych lamp do leczenia gruźlicy krtani i do niszczenia zarazków błoniczych u roznosicieli;

5) również w niektórych schorzeniach ocznych oddaje świetne usługi.

Nr. 11. 1925.

L. Bernard, R. Debré, M. Lelong. **Wyniki profilaksji przeciwgruźliczej u małych dzieci przez seperacje od ich gruźliczych rodziców.** Autorzy podają rezultaty seperacji noworodków od ich gruźliczych rodziców, zastosowanej przed 5 laty. Z 265 dzieci, oddzielonych bezpośrednio po urodzeniu, żadne nie zmarło na gruźlicę; jedno tylko miało odczyn skórny dodatni. Śmiertelność — nieco większa w pierwszym miesiącu — spadła po 3-im miesiącu do 6%.

Z 175 dzieci, oddzielonych od gruźliczych rodziców dopiero po pewnym okresie czasu, zmarło na gruźlicę 7,6%.

66 dzieci pozostawiono u ich gruźliczych rodziców, śmiertelność wśród nich wyniosła 82%.

Liczby powyższe wyraźnie wskazują na wartość separacji noworodków od ich gruźliczych rodziców.

Nr. 12. 1925.

Levaditi, Nicolau, Schoen. **Sposób resorbcji połączeń bizmutu.** Autorzy przeprowadzili badania nad resorbcją połączeń bizmutowych zapomocą specjalnej przez nich podanej metody histochemicznej; a pozwalającej znaleść bizmut w ilościach 20 miligramów (20 μ).

Na podstawie owych badań dochodzę do wniosków następujących:

1. Resorbcja połączenia bizmutu podanego domięśniowo zależna jest od jego rozpuszczalności. Podczas gdy przetwory nierozpuszczalne pozostają przez czas dłuższy w miejscu zastrzyknięcia i resorbują się tylko bardzo powoli i stopniowo, połączenia rozpuszczalne są asymilowane szybko. Eliminacja nagła i masowa połączeń rozpuszczalnych może wywołać zmiany nerkowe, zupełnie nieobecne przy zastosowaniu połączeń nierozpuszczalnych w dawkach znacznie wyższych.

2. Połączenia nierozpuszczalne bizmutu są resorbowane bardzo powoli po przedwstępnem rozpuszczeniu w zetknięciu z tkanką. Proces lokalny proteolizy leukocytowej ułatwia to rozpuszczanie. Połączenia bizmutowe w ten sposób przygotowane łączą się z białkiem, tworząc, połączenie proteobizmutowe. W tej postaci bizmut krąży w organiźmie i jest wydalany przez nerki.

3. Miejscowo tworzy się w mięśniu degeneracja i zwapnienie, które to objawy odczynowe są bardziej zaznaczone przy stosowaniu połączeń nierozpuszczalnych, niż rozpuszczalnych lub proteobizmutowych.

Między temi ostatniemi bismaksyl sprawia najmniejsze lokalne zaburzenia.

4. Obecność składu nierozpuszczalnych soli bizmutowych w mięśniach, jest źródłem eliminacji bizmutu przez szereg miesięcy, nieuszkadzającej nerek, a wystarczającej do spirochetolizy.

Chabanier, Lebert i Lobo-Onell. **Insulina w leczeniu 160 przypadków cukrzycy.** Autorzy stosowali insulinę w 160 przypadkach, z tego w 12 przypadkach śpiączki, 90 ciężkich cukrzyc, 35 — lżejszych, 20 — u których stosowano zabieg operacyjny i w 3 przypadkach kwasicy bez cukromoczu.

Insulinę stosowali autorzy regularnie, długi czas po zniknięciu glikozurji w dużych dawkach (80—160 jednostek klin. dziennie). Nadto — w czem różnią się od sposobu przyjętego przez większość autorów — proponuję dawać podczas leczenia insulinowego możliwie największą ilość węglowodanów, korzystając z tego, że insulina przemienia chorego cukrzycowego w osobnika normalnego lub zbliżonego do normalnego. Sposób ten zmniejsza zresztą znacznie prawdopodobieństwo wystąpienia objawów hipoglikemji.

Na 50.000 zastrzyków spostrzegli jedynie trzy razy zaburzenia, mogące pochodzić od insuliny, a które ustąpiły szybko po jednym zastrzyku cukru.

Podawanie możliwie największej ilości węglowodanów przyczynia się też do znacznej podwyżki wagi (nie wskutek retencji wody). W przeciwieństwie do większości autorów, uważających insulinę za uzupełnienie ograniczenia węglowodanów, Chabenier proponuje insulinę uważać jako podstawę leczenia cukrzycy, ograniczenie zaś węglowodanów, jako wtórne, usuwane w miarę poprawy stanu ogólnego osobnika.

K. Tyszka (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 7.: M. Flaum: Zjazdy Lekarzy i Przyrodników. – M. Higier: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. H. Brokman: Pojęcie konstytucji i usposobienia w chorobach zakaźnych ostrych. — E. Herman: O krwotokach podpajęczynkowych. — M. Gantz: O samouleczalności gruźlicy z punktu widzenia kliniczno-biologicznego. — L. Wertenstein: O pierwiastkach promieniotwórczych. — M. Curie: O otrzymywaniu pierwiastków radjoaktywnych. — M. Flokszstrumpf: Współczesne pojęcie o radzie, jego właściwościach biologicznych i leczniczych. – O. Bujwid: Niszczący wpływ wody na bakterje. — Z Kołodziejska i K. Funk: Porównanie działania farmakologicznego rozmaitych preparatów insulinowych. — H. Landau: O podziale choroby Brighta. – E. Witkowski: W sprawie operowania raka prostnicy. — J. Mackiewicz: O potrzebie i metodach badania czynnościowego w zakresie zachorzeń gruczołów dokrewnych. M. Landsberg: O badaniu czynnościowem nerek z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. — M. Landsberg: Z nowszych badań nad fizjologją i patologją wątroby. — L. Endelman: Współczesne poglądy na istotę i drogi powstawania krótkowzroczności. – B. Karbowski: Z problematów aktualnych otologji. — H. Sparrowa: Nowa metoda leczenia szczepionkami według Besredki.

Lekarz wojskowy Nr. 4. r. 1925: G. Szulc: Zagadnienie żywienia armji w świetle nauki o witaminach. — L. Rosenblum: O wpływie żółci na szczepy pneumokokowe. — E. Pęski: Służba sanitarna w wojskowem więzieniu karnem. — W. Missiuro: Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego i sportu.

Nr. 6.: G. Szulc: Wydatek energji żołnierza polskiego a jego potrzeby pokarmowe. — P. Lenarczyk: Hodowla roślin lekarskich. — W. Missiuro: Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego.

Prace Zakładów Anatomji Patologicznej Uniwersytetów Polskich T. I. zesz. 3 i 4: Pięćdziesięciolecie pracy Profesora Browicza. — S. Ciechanowski i J. Morozowa: W sprawie nowotworów posmołowych u królika. — I. Ogólny przebieg zmian posmołowych u królika. — M. Wilhelmi: II. Przebieg zmian nabłonka w nowotworach posmołowych u królika. — E. Szczeklik: III. Zachowanie się podścieliska w nowotworach posmołowych u król.ka. — W. Melanowski: Badania kliniczne i anatomo-patologiczne nad zmianami w oczach w zapaleniu nerek. — H. Schusterówna: O zachowaniu się figur karjokinetycznych w tkance przedrakowej i w raku oraz o ich znaczeniu dla powstawania tkanki nowotworowej. — T. Bartoszek: Doświadczalny rak smołowy u białych myszy. – Z. Dopijowa: Igła krawiecka w prawej komorze serca. – J. Warchocki: Pierwotny mnogi nowotwór szpiku kostnego z licznemi przerzutami. — T Ostrowski: W sprawie przeszczepiania chrząstek nasadowych u ludzi. — W. Nowicki: Przyczynki do anatomji patologicznej pierwotnych nowotworów serca i ich rozpoznania za życia. — K. Gerner: Tarczyca a gruźlica płuc. — W. Janusz: Samotna trichomikoza środkowego układu nerwowego. — W. Grabowski: W sprawie pierwotnych nabłonkowych nowotworów złośliwych mózgu na podstawie przypadku spostrzeganego.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny T. II. Zesz. II.: A. Wrzosek: Założenie królewskiej szkoły lekarskiej w Grodnie. — L. Wachholz: O szpitalach innowierców w Krakowie. — J. Pawiński: Zarys historyczno-krytyczny postępu medycyny w zakresie terapji chorób serca i naczyń w ubiegłym XIX. stuleciu. — Fr. Giedroyć: Lekarze cudzoziemcy w Polsce w r. 1831. — Z. Klukowski: Organizacja pomocy lekarskiej dla włościan w Ordynacji Nieświeskiej książąt Radziwiłłów w pierwszej połowie XIX. wieku. — H. Nusbaum: Rozwój pojęcia o zjawisku życia od schyłku w. XVII. do początków w. XIX. — Wł. Szumowski: O związku przyczynowym w medycynie. — A. Wrzosek: Powstanie Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Poznańskim. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego. — Listy Izydora Kopernickiego do J. Talko-Hryncewicza. — W. Janusz: Uzupełniająca notatka do bibljografji słownictwa lekarskiego.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej Tom II. Z. 2. A. Stefanowski: Prof. Kazimierz Rzętkowski. K. Rzętkowski: W sprawie zawartości chlorków w skórze ludzi zdrowych i chorych. — E. Reicher: O działaniu adrenaliny na suchą substancję i skład morfologiczny krwi. — F. Białokur: W sprawie szczepień przeciwgruźliczych. — W. Filiński i W. Proszowski: O zachowaniu się wskaźnika katalazy w niedokrwistości złośliwej. — B. Schulberg: Stosunek dziesiątego żebra wolnego do gruźlicy z punktu widzenia statystyki klinicznej. — S. Cytronberg: Zawartość azotu pozabiałkowego w treści dwunastniczej w przewlekłych przypadkach schorzeń nerkowych połączonych z azocicą. — A. Wieczorek: Spostrzeżenia nad techniką badania krwi przy określaniu odsetek leukocytów w związku z ich właściwościami.

T. II. Z. 3. E. Reicher: O działaniu adrenaliny na prace serca. — J. Węgierko: O znaczeniu klinicznem określania stopnia chwiejności koloidowej osocza. — M. Wierzuchowski: Dożylne stosowanie peptonu w dychawicy oskrzelowej. — S. Cytronberg: Zawartość azotu pozabiałkowego w treści dwunastnicy w przewlekłych schorzeniach nerkowych, połączonych z azocicą. - A. Wieczorek: Spostrzeżenia nad techniką badania krwi przy określaniu odsetek leukocytów w związku z ich właściwościami.

T. II. Z. IV. Ś. p. Józef Pawiński. — Statut Tow. Internistów Polskich. — V-ty Zjazd Internistów Polskich. — M. Franke: Patogeneza i znaczenie najważniejszych objawów klinicznych choroby Brighta. — A. Landau: O chorobie Brighta. W. Janowski: Kamica żółciowa ze stanowiska medycyny wewnętrznej.

Medycyna doświadczalna i społeczna. T. IV. Z. 1—2. S Bagiński: Badania doświadczalne nad ciałami tłuszczowatemi w nadnerczach ssaków. — E Herman i W. Halberówna: Badania nad obecnością izoaglutynin i opadaniem krwinek

w płynie mózgowo-rdzeniowym. — J. Kaulbersz: O wpływie niektórych alkaloidów na wydzielanie soku trzustkowego po wprowadzeniu sekretyny do krwi, jako przyczynek do poznania mechanizmu działania sekretyny. — Sierakowski i Zajdlówna: O bakterjach powodujących próchnicę zębów. — E. Sieliwanowa: O zachowaniu się zarazka duru osutkowego w organizmie ptaków. — L. Anigstein: Studja zbiorowe Komisji Ligi Narodów nad malarją w Europie południowej i wschodniej. — Z. Karłowski: Szczepionka przeciwko wściekliźnie. — K. Dąbrowski, L. Hirszfeld, S. Rudzki, Z. Szymanowski: Sprawozdanie Komisji wysłanej przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia do Kopenhagi dla zapoznania się ze stanem obecnym badań nad działaniem sanokryzyny.

Polski Przegląd Chirurgiczny T. IV. Z. 2.: R. Rodziński: Kilka uwag z chirurgji doświadczalnej trzustki. — T. Bułkiewicz: Uśpienie hedonalowe dożylne. — J. Walc: Rzadkie powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.

Ginekologja polska, tom IV. zesz. 1—3. r. 1925. Treść. Prace orygin.: Z. Monsiorski, M. Porajski, D. Wyszogród: W sprawie zakażeń połogowych. — L. Lorentowicz; W sprawie patogenezy torbieli pochwowych. — H. Beck: Znieczulenie krzyżowolędźwiowe. Streszczenia zbiorowe: Tończyk: O diatermji. — M. Zwejgbaum: Notatki językowe terminologiczne.

Zesz. 4—6. r. 1925.: A. Czyżewicz: W sprawie opanowania krwotoku z powodu całkowitego wynicowania macicy w połogu. — B. Grzankowski: W sprawie postępowania w poronieniach na podstawie 1233 przypadków. — H. Beck: Przypadek maceracji skóry żywego płodu. — Bajoński: Promienie Roentgena a rany pooperacyjne. — H. Gromadzki: Ciąża jajnikowa. — K. Wiślański: Znaczenie odczynu Botelho w położnictwie i chorobach kobiecych. — K. Gawrońs ki: Carcinoma tubae secundarium. — T. Hellerówna i E. Better: Zagadnienie niepłodności w świetle nowej metody rozpoznawczej (przedmuchiwanie trąbek). — L. Jaźwiński: Słoniowacizna warg małych. — A. Natanson: O tak zwanych mięsakach pierwotnych pochwy u dzieci. — M Zwejgbaum: Notatki językowe i terminologiczne. — T. Zawodziński: Z morfologji i biologji dwoinki rzeżączkowej na zasadzie nowszej literatury.

Pedjatrja Polska T. V. Zesz. 1. i 2. E. Flatau: O znaczeniu rozpoznawczem objawu erekcyjnego w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych. — Cz. Jastrzębski i T. Kopeć: Przypadek rzadkiej wrodzonej wady serca. — St. Kramsztyk: W sprawie leczenia krztuśca. — A. Szwajkart: O skórze marmurkowej (cutis marmorata venenata) i jej znaczeniu rozpoznawczem. — R. Stankiewicz: Dietyka czerwonki u dzieci. R. Barański i M. Bussel: Kilka uwag o chorobie Tay-Sachsa. — W. Mikułowski: W sprawie żółtaczki zakaźnej. H. Brokman: Leczenia tężyczki w okresie czynnym. — L. Hescheles: O klinice, losach i leczeniu dzieci, obarczonych kiłą wrodzoną. — H. Frenklowa: Przyczynek do rozpoznania i leczenia ostrego wgłobienia jelit u niemowląt. — Kazuistyka: M. Erlichówna, R. Stankiewicz: Dwa przypadki ostrej białaczki limfatycznej. — Gromski i Melanowski: Przypadek zapalenia urazowego opon mózgowych z obustronną tarczą zastoinową zakończony wyleczeniem. Streszczenia zbiorowe: J. Salberżanka: O zapobieganiu odrze. — S. Łyskawiński: O leczeniu zapalenia płuc wstrzykiwaniami chininy. — H. Brokman i H. Hirszfeldowa: Współczesne badania nad płonicą. — Fr. Cieszyński: Patogenetyczne znaczenie czerwi pospolitych.

Nowiny Psychjatryczne. Rok II. kwart. 2. 1925.: Siemionkin: O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego. Paolo Amaldi: Alkoholizm a choroby psychiczne we Włoszech. V. M. Buscaino: Badania nad patogenezą zespołu ekstrapiramidowego amencji i otępienia wczesnego. — G. Bonasera: Gruźlica a choroby psychiczne.

Polska dentystyka R. III. Nr. 3—4. A. Cieszyński: Nowe sposoby zdjęć roentgenowskich stereoskopowych szczęk i zębów. — J. Jarząb: Czy torbiel korzeniowa może pochodzić od zęba ze zdrową miazgą? — Wł. Czarnecki: Korona metalowa na zęby przednie z trzech części zbudowana. — H. Allerhand: O współczesnem leczeniu korzeni.— Cieszyński: Stomatologja we Francji.

Przegląd dentystyczny. R. V., Nr. 5. S. Sierakowski i R. Zajdlówna: O bakterjach powodujących próchnicę zębów. — A. Gruszczyński: Powikłania przy sporządzaniu obturatorów podniebiennych.

Nr. 6.: K. Turczyński: Słów parę o stopach złota wogóle, a o stopach z palladem w szczególności. — A. Gruszczyński: Parę przypadków ropni języka.

Wychowanie fizyczne: R. VI. Z. 2. S. Szuman: Badania nad rozwojem chodu u dziecka. — A. Tarnawski: O chodzeniu boso i pielęgnowaniu nóg.

Zdrowie. Rok XL. Nr. 3. 1925. Dr. W. Chodźko: Walka o opium. — Nauczanie higjeny w szkołach. Dr. St. Rudzki: Wrażenia z Danji.

Nr. 4: J. Węgierko: Witaminy.

Nr 5.: W. Gądzikiewicz: Tlen rozpuszczony w wodzie i jego znaczenie dla oceny stopnia zanieczyszczenia wód.— W. Chodźko: Walka o opium.

Lekarz polski: R. I. Nr. 1. C. Kujawski: Stanowisko lekarza urzędowego wobec świadectw lekarskich. — S. Czerwiński: Artykuł 528 k. k. w związku z instrukcją dla lekarzy, urzędów i punktów sanitarno-obyczajowych.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. R. XVI. Nr. 1 L. Korczyński: Postulaty polskiego zdrojownictwa. — T. Cybulski: Dzieci polskie nad włoskie morze? — W. Skórczewski: O znaczeniu leczniczem wody ze zdroju Zubera. — Z. Wąsowicz: Z sezonu 1924 r. w naszych zdrojowiskach.

Przemysł chemiczny. Nr. 4. kwiecień 1925. Treść: Cz. Grabowski i J. Bornstein: Zjawiska w kolumnie rektyfikacyjnej w oświetleniu graficznem. — Tad. Kuczyński: Koagulacja przez wstrząsy i drgania.

Nr. 5. J. Bielecki: Urząd narodowy badań naukowych, przemysłowych i wynalazków we Francji. — Cz. Grabowski i J. Bornstein: Zjawiska w kolumnie rektyfikacyjnej w oświetleniu graficznem (c. d.). — S. Zaleski: Żelazokrzem.

Ruch filozoficzny, tom LX. Nr. 1 i 2, kwiecień 1925.: Głosy w sprawie słowiańskiego Zjazdu filozoficznego.

Opieka nad dzieckiem. Nr. 2, marzec-kwiecień 1925.: Dr. K. Pawlikowski: Ochrona dziecka od gruźlicy, jako podstawowe zadanie w zwalczaniu gruźlicy. — A. Szererowa: Porada zawodowa dla młodocianych. — Dr. J. Balicka: Głód powietrza u dziatwy szkolnej. — Dr. B. Mikłaszewski: Alkoholizm wśród dzieci szkół powszechnych w Łodzi. — Dr. Zylberblast-Zandowa: Dziecko nerwowe. — Dr. A. Klęsk: Jak obchodzą się w domu z dzieckiem upośledzonem.

Nr. 3. maj-czerwiec 1925. A. Mogilnicki: Szkoły specjalne dla dzieci szczególnie uzdolnionych. — W. Miklaszewski: Występne. — K. Pawlikowski: Ogólne wytyczne organizacji opieki nad dziećmi-kalekami. — J. Korczak: Podwórko internatu.

Przyroda i Technika. R. IV. Z. 5. W. Gorzechowski: O przemianach pierwiastków promieniotwórczych. — E. Wilczkiewicz: Fotogrametrja. — R. Kuntze: O zjawisku perjodycznej rójki chrabąszczy.

Z. 6.: A. Zierhoffer: Skorupa ziemi i izostazja. — W. Szaynok: Hydrotorf. — W. Wrażaj: Rozwój hutnictwa żelaza.

Dr. Maksymiljan MOSLER. Lwów.

Przychodnie Przeciwgruźlicze dla funkcjonarjuszów państwowych.

(Referat, odczytany na posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą we Lwowie dnia 27 maja 1925).

Na zasadzie art. 10 ustawy z dnia 9 października 1923 r.; o uposażeniu funkcjonarjuszów państwowych (Dz. U. Nr. 116, poz. 924), art. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1923 r., o uposażeniu sędziów i prokuratorów (Dz. U. Nr. 134 poz. 1107) oraz art. 43 ustawy z dnia 11. grudnia 1923 r., o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonarjuszów państwowych (Dz. U. z roku 1924 Nr. 6, poz. 46) funkcjonarjusze państwowi, pozostający w czynnej służbie, i członkowie ich rodzin i funkcjonarjusze państwowi, przeniesieni w stan spoczynku po 1. października 1923 r., mają prawo do państwowej pomocy lekarskiej.

Chorzy przeto funkcjonarjusze państwowi i członkowie ich rodzin, jakoteż uprawnieni emeryci wogóle, a tem samem i także chorzy na gruźlicę, mają prawo do leczenia się na koszt Skarbu Państwa. Należy odpowiedzieć na pytanie, czy chorzy na gruźlicę mają zapewnioną dostateczną opiekę lekarską, opartą o państwową pomoc lekarską, w szczególności w mieście Lwowie, gdzie jest najwięcej przypadków zachorowania na gruźlicę.

Aby na to odpowiedzieć, należy w krótkości zaznajomić się, jak jest zorganizowana państwowa pomoc lekarska w mieście Lwowie.

Jest czynną poradnia lekarska codziennie od godziny 10—15. Zasadniczo chorzy zgłaszają się po poradę lekarską do tej poradni, gdzie zajętych jest 4 lekarzy internistów. Ciężko chorych odwiedzają ci lekarze w domu chorych. Nadto jest ustanowionych 3 lekarzy specjalistów, a mianowicie: ginekolog, wenerolog i dentysta. Zabiegi operacyjne wykonuje się w szpitalach. W tych ramach udziela się pomoc lekarską także chorym na gruźlicę.

Pod względem lecznictwa chorzy na gruźlicę są traktowani równorzędnie, jak chorzy na każdą inną chorobę, mimo, że Rada Ministrów, organizując państwową pomoc lekarską reskryptem z dnia 2 lipca 1924 r., Dz. Ust. Nr. 73, uczyniła wyjątek dla chorych na gruźlicę, a tem samem uznała potrzebę wyjątkowych zarządzeń na rzecz chorych dotkniętych gruźlicą.

Wspomniany reskrypt Rady Ministrów zezwala na udzielanie zapomóg na leczenie klimatyczne w Uzdrowisku. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) w reskrypcie z dnia 23 października 1923 r. Nr.. Z. O. 6919 wyjaśnia, w których Uzdrowiskach musi się odbyć leczenie klimatyczne, jeżeli chory uzyskuje zapomogę kuracyjną, i wyjaśnia również, że ta zapomoga kuracyjna może być udzielona jedynie w przypadkach przewlekłych cierpień dróg oddechowych na tle swoistem.

Są to ograniczenia w udzielaniu zapomóg kuracyjnych, atoli nie mniej jest uczyniony w pomocy lekarskiej wyjątek dla chorych na gruźlicę dróg oddechowych. Analogicznie postępując winna także państwowa pomoc lekarska zająć się oddzielnie chorymi na gruźlicę, to znaczy, że należy tych chorych otoczyć specjalną opieką i poddawać badaniu i leczeniu przez wyszkolone do tego siły.

Nie będę się rozwodził nad ogromem spustoszenia, jakie wyrządza gruźlica wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków ich rodzin — atoli muszę zaznaczyć, że państwowa pomoc lekarska, urządzona i prowadzona w dotychczasowy sposób, nie może sprostać zadaniu i potrzebie otoczenia szczególniejszą opieką chorego na gruźlicę i jego rodzinę przez cały długi czas trwania choroby.

Obecnie chory na gruźlicę zostaje zbadany przez lekarza, uzyskuje od niego poradę lekarską i wskazówki, w jaki sposób ma postępować, otrzymuje receptę na lekarstwa, poczem wychodzi z ewidencji lekarskiej, o ile nie zgłosi się ponownie po poradę lekarską. Chory czuje, że zostaje pozostawiony sobie samemu, i ze niema nad sobą stałej a tak mu potrzebnej opieki lekarskiej. Wiadomem jest, że gruźlica wśród rzeszy urzędniczej jest chorobą bardzo silnie rozpowszechnioną. I tak np. w roku 1924 na 13.307 chorych w mieście Lwowie sprawdzono 1.708 zachorowań na cierpienie dróg oddechowych, a zatem więcej niż siódma część wszystkich chorych zapadła na cierpienia dróg oddechowych. Na 13.307 zgłoszonych chorych w roku 1924 w mieście Lwowie — stwierdzono 797 chorych na gruźlicę, a zatem każdy 16-ty chory, zgłoszony był jako chory na gruźlicę. Z 1.708 wypadków zachorowań dróg oddechowych było 797 przypadków chorych na gruźlicę t. j. prawie połowa takich chorych wypada na gruźlicę. Na dowód, że gruźlica jest chorobą bardzo rozpowszechnioną wśród funkcjonarjuszów państwowych, pozwolę sobie podać do wiadomości jeszcze następujące daty. W Wojewódzkim Wydziale Zdrowia badano w roku 1924 — 343 funkcjonarjuszów państwowych, którzy zgłosili się, jako chorzy i niezdolni do pełnienia służby, lub prosili o urlop dla poratowania zdrowia. W tych 343 przypadkach sprawdzono 43 chorych na gruźlicę, to znaczy, że każdy 7-my zgłoszony chory funkcjonarjusz państwowy był chory na gruźlicę. Już te liczby wykazują ogrom klęski, jaką wyrządza gruźlica wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin i udowadniają potrzebę szczególniejszych zarządzeń dla pomocy tym chorym i dla walki z tą chorobą. Nadto wiadomem jest, że gruźlica w początkach swych jest bardzo trudna do rozpoznania i przebiegać może pod postacią różnych chorób. Wczesne rozpoznanie gruźlicy jest jednem z najważniejszych zadań przy prowadzeniu walki z gruźlicą. Temu bardzo ważnemu zadaniu w obecny sposób prowadzona pomoc lekarska sprostać nie może. Nie zezwala na to sposób zajęcia lekarzy w poradni i brak środków, jakie są do tego potrzebne.

Reasumując powyższe, stwierdza się, że gruźlica jest bardzo rozpowszechniona wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin, że w dotychczasowy sposób prowadzona państwowa pomoc lekarska nierozporządza środkami, na podstawie których możnaby rozpoznawać wczesne okresy gruźlicy, a nadto nie może otoczyć chorego potrzebną opieką przez cały czas trwania choroby — wobec tego uznaje się potrzebę wydania specjalnych zarządzeń co do leczenia tych chorych i co do walki z tą chorobą. Między innemi należy jaknajszybciej przystąpić do stworzenia osobnej przychodni przeciwgruźliczej dla funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin, na razie w mieście Lwowie. Przychodnia byłaby pomieszczoną w lokalu, jaki obecnie zajmuje poradnia i byłaby czynną w godzinach, w których lokal nie jest zajęty przez poradnię. Na czele przychodni musiałby być ustanowiony lekarz-specjalista dla chorób gruźliczych. Obok lekarza musiałaby przychodnia mieć co najmniej dwie wyszkolone wywiadowczynie, któreby postępowały w myśl wskazówek, udzielonych przez lekarza, i otaczały stałą opieką chorego i jego rodzinę. Wywiadowczynie byłyby stałym łącznikiem między chorymi a lekarzem. Przychodnia musiałaby być zaopatrzoną w mikroskop. Wojewódzki Wydział Zdrowia mógłby na rzecz przychodni odstąpić jeden z mikroskopów, jakie ma w przechowaniu.

Następnie budżet pomocy lekarskiej musiałby pokrywać wydatki potrzebne na otwarcie i prowadzenie tej przychodni, gdyż cały szereg spodziewanych i koniecznych wydatków nie znajduje pokrycia w obecnym budżecie państwowej pomocy lekarskiej.

Kończę następującemi wnioskami:

Wojewódzka Komisja do walki z gruźlicą uchwala:

1) Stwierdza się, że gruźlica jest bardzo rozpowszechniona wśród funkcjonarjuszów państwowych i członków rodzin w mieście Lwowie.

2) Organizacja państwowej pomocy lekarskiej winna otoczyć specjalną opieką lekarską chorych na gruźlicę.

3) Organizacja powinna współdziałać w walce z gruźlicą.

4) Organizacja ta powinna na razie stworzyć w mieście Lwowie przychodnię przeciwgruźliczą dla funkcjonarjuszów państwowych i członków ich rodzin — wogóle dla chorych uprawnionych do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej.

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

II. posiedzenie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, odbyte we Lwowie w sali konferencyjnej Wojew. w dniu 27. maja 1925.

1. Przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.
2. Walka z gruźlicą w armji. Ref. Gen. Dr. Zieliński.
3. Przychodnia przeciwgruźlicza dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin. Ref. Dr. Mosler.
4. Plan dalszej akcji w walce z gruźlicą. Ref. Dr. Mikołajski.

1) Dr. Mikołajski odczytuje protokół poprzedniego posiedzenia, który bez zmian przyjęto.

Przewodniczący podaje do wiadomości, że P. Wojewoda, uwzględniając uchwały Komisji z 20. maja b. r., powołał do Komisji p. Dra Marcina Selzera, jako Delegata Tow. szerzenia higieny wśród żydów, a do jej Komitetu wykonawczego p. Ochmana, Delegata Okręgowego Związku Kas chorych.

2) Gen. Dr. Zieliński odczytuje referat o walce z gruźlicą w armji. (Referat będzie drukowany w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

Przewodniczący dziękuje referentowi za zajmujący wykład, który zapoznał słuchaczy z nieznanemi dotąd dla nich szczegółami wojskowej organizacji walki z gruźlicą i wykazał, że organizacja ta, rozwinięta doskonale, obejmuje wszystkich wojskowych, chorych na gruźlicę i może być wzorem dla organizacji walki z gruźlicą wśród ludności cywilnej i powinna z nią współdziałać w ścisłem porozumieniu.

W dyskusji Prof. Dr. Rencki podnosi, że wojskowa walka z gruźlicą słusznie kładzie główny nacisk na zapobieganie gruźlicy.

Mówca nie przywiązuje większego znaczenia do krótkich parotygodniowych kursów przeciwgruźliczych dla lekarzy, gdyż należyte wyszkolenie specjalistów na tem polu wymaga długiego doświadczenia klinicznego i nabycia wprawy w ocenianiu każdego przypadku gruźlicy tak pod względem rozpoznawczym, jak rokowniczym i leczniczym. Takie gruntowne wyszkolenie powinna dawać Klinika chorób wewnętrznych i w tym celu jest niezbędnem utworzenie w niej osobnego oddziału dla gruźlicy, któryby umożliwiał pomieszczenie znaczniejszej liczby chorych na gruźlicę w różnych postaciach i w różnych okresach choroby przy zastosowaniu całego aparatu środków rozpoznawczych i leczniczych. O taki oddział kliniczny powinna się opierać Przychodnia wzorowa, któraby objęła społeczne i zapobiegawcze zwalczanie gruźlicy i była szkołą dla instytucji tego rodzaju.

Ponadto, idąc za wzorem wojskowości, należy otwierać osobne szpitale dla leczenia gruźlicy zamkniętej i gruźlicy otwartej u ludności cywilnej, a w istniejących szpitalach przeznaczać do tego celu osobne oddziały. Mowca wnosi tej treści rezolucję.

Dr. Selzer zapytuje referenta, co się dzieje z chorymi na gruźlicę, wychodzącymi z wojska, i czy o nich wojskowość donosi władzy cywilnej dla roztoczenia nad nimi opieki.

Dr. Węgrzynowski zauważa, że, według jego spostrzeżeń, w czasie służby wojskowej najwięcej chorych na gruźlicę spotyka się u żołnierzy, przybywających z okolic górskich. Podczas wojny światowej były nawiedzone gruźlicą szczególnie pułki bośniackie, dalej pułki rosyjskie z Kaukazu, a w Małopolsce żołnierze, pochodzący z okolic podkarpackich.

Dr. Kociuba dodaje do uwag Dra Węgrzynowskiego, że także wśród młodzieży szkolnej możnaby stwierdzić większą zapadalność na gruźlicę w szkołach w powiatach górskich, a zwłaszcza w Kołomyji, jednak co do Kołomyji wielką liczbę chorych na gruźlicę należy przypisać głównie bardzo zaniedbanym w tym mieście stosunkom sanitarnym, gdyż takiego zapylenia miasta i nieporządku, jak w Kołomyji, mówca nie widział w żadnem innem mieście.

Dr. Mikołajski nadmienia, że krzywizna zachorowań i skonów z gruźlicy w wojsku, przedstawiona przez referenta, jest analogiczną do nasilenia gruźlicy wśród ludności cywilnej. Po bardzo znacznym wzroście liczby zachorowań i skonów z gruźlicy w czasie wojny światowej Warszawa wykazuje spadek natychmiast po ustaniu wojny, poczynając od r. 1918, we Lwowie, gdzie wojna ciążyła na ludności jeszcze w latach 1918, 1919 i 19120, spadek ten ujawnia się dopiero w r. 1921, a obecnie Lwów ma śmiertelności z gruźlicy 35 na 10.000 mieszkańców, to jest o połowę mniejszą, niż przed wojną.

Szczegółowa statystyka wojskowa, operująca dużym materjałem, starannie zbadanym, mogłaby wyświetlić wiele zagadnień co do epidemjologji gruźlicy, a w szczególności stwierdzić, jaką rolę odgrywa w gruźlicy zakażenie koszarowe, jak przedstawia się nasilenie gruźlicy w różnych garnizonach pod wpływem lokalnych stosunków, jakie jest nasilenie gruźlicy w poszczególnych rodzajach broni i czy zauważa się różnicę zapadalności i śmiertelności z gruźlicy, zależną od rasy, a mianowicie, czy stosunkowo mniej jest chorych i zmarłych na gruźlicę wśród żołnierzy pochodzenia semickiego.

Gen. Dr. Zieliński odpowiada na postawione pytania, wyjaśnia między innemi, że o każdym chorym na gruźlicę, opuszczającym wojsko, donosi się lekarzom powiatowym, którzy też otrzymują zgłoszenie o wszystkich przypadkach zachorowań na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia i o skonach z gruźlicy.

Statystyka wojskowa w Polsce nie rozwinęła się jeszcze do tego stopnia, aby można z niej wysnuwać szczegółowe wnioski, jednak mówca jest zdania, że w ciągu najbliższych lat udoskonali się ona znacznie i da cenne wskazówki co do stanu fizycznego ludności.

Mówca podkreśla, że walka z gruźlicą w wojsku musi iść równolegle z walką z gruźlicą wśród ludności cywilnej.

Przewodniczący poddaje pod głosowanie rezolucje Prof. Renckiego, które jednogłośnie uchwalono.

3) Dr. Mosler referuje sprawę przychodni przeciwgruźliczej dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin. (Referat drukowany w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji zabierają głos: Dr. Węgrzynowski, Prof. Dr. Rencki, Dr. Kuhn, Dr. Lipski, Doc. Dr. Grek, Dr. Mikołajski, poczem jednogłośnie uchwalono rezolucję, domagającą się utworzenia we Lwowie przy ogólnej Przychodni dla funkcjonarjuszów państwowych i ich rodzin osobnego oddziału dla chorych na gruźlicę, który ma pozostawać pod kierownictwem specjalisty, posiadać wywiadowczynię i potrzebne urządzenia.

Nadto uchwalono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z przedstawieniem, że kredyty na zasiłki dla chorych na gruźlicę funkcjonarjuszy państwowych i członków ich rodzin na leczenie klimatyczne powinny być kilkakrotnie podwyższone, gdyż przy obecnym stanie tych kredytów korzystać z tych zasiłków mogą tylko bardzo nieliczne jednostki, a należyte zwalczanie gruźlicy, grasującej bardzo w sferach urzędniczych, jest niemożliwem.

4) Przewodniczący wyjaśnia, że aż do otrzymania z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia ostatecznej decyzji co do systemu organizacji walki z gruźlicą (dotychczasowa organizacja półurzędowa albo prywatne Towarzystwo Przeciwgruźlicze) nie uważa za wskazane omawianie planów dalszej akcji przeciwgruźliczej, gdyż Komisja nie może wkraczać w zakres działania przyszłego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, jeśli nie otrzyma do tego upoważnienia.

Oględność pod tym względem nakazuje także reskrypt G. D. S. Z. z dnia 12. maja 1925 Nr. Z. H. 2826/25, otrzymany tu w dn. 23. maja b. r., w którym wyraźnie zaznaczono, że przy zorganizowaniu Towarzystwa Terytorjalnego będzie zbędne powoływanie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, jednak członkowie tej Komisji mogą z powodzeniem zostać członkami Towarzystwa.

Przewodniczący stwierdza, że ten reskrypt wydano jeszcze przed I. Zjazdem Przeciwgruźliczym i przed sformułowaniem przez Komisję opinji o projekcie statutu normalnego Towarzystw Przeciwgruźliczych, nie jest więc wykluczonem, że Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia weźmie pod rozwagę zarówno przebieg dyskusji na Zjeździe, jak i motywy, naprowadzone przez Komisję i zmodyfikuje swe stanowisko w sprawie reorganizacji walki z gruźlicą w Województwie Lwowskiem.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: Dr. Mosler w. r.

Za przewodniczącego: Dr. Mikołajski w. r.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. - Zjazdy.

Polskie Tow. Anatomiczne w Warszawie.

Przewodniczący M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie protokołu z posiedzenia poprzedniego (16. III. 1925 r.
2. Na zastępcę chorego sekretarza wybrano Z. Zakolską.
3. Sprawozdanie ze Zjazdu Francusko-Polskiego prof. Lotha.

Prof. Edward Loth, jako delegat Tow. Anatomicznego na Zjazd francusko-polski w Paryżu, komunikuje, że brał udział w pracach Zjazdu, oraz w wycieczce do Lyonu i na Rivierę francuską. W Paryżu konferował z sekretarzem Assotiation des Anatomistes dr. Augier'em w sprawie ewentualnego gremjalnego przystąpienia Tow. Anatomicznego do Assotiation des Anatomistes, w której to sprawie napotkał całkowite zrozumienie. Z prac anatomicznych Zjazdu francusko-polskiego należy podkreślić referaty histologiczne, wygłoszone przez prof. W. Szymonowicza ze Lwowa i referat morfologiczny prof. E. Lotha z Warszawy. Pozatem prof. E. Loth miał wykład dla studentów: „La signification des variations morfologiques et leurs importance dans la médecine", który się cieszył powodzeniem. W czasie wycieczki zwiedził poza tem zakłady anatomji i histologji w Lyonie.

4. Sprawozdanie ze Zjazdu w Turynie dr. J. Zewjbauma. W referacie sprawozdawca omawia doskonałą organizację XX. Zjazdu Assotiation des Anatomistes, który odbył się w Turynie w dn. 6—8 kwietnia i na który stawiły się wszystkie narodowości Europy, oraz Ameryka i Japonja. Sprawozdawca w referacie swoim kładzie nacisk na wybitnie doświadczalny charakter obecnych badań anatomicznych i referuje ciekawe referaty wygłoszone na zjeździe. Sprawozdawca, jako delegat Tow. Anatomicznego, miał polecenie nawiązania bliższego kontaktu z Assotiation des Anatomistes, w tym celu prowadził rozmowy z przewodniczącym tego Towarzystwa prof. Nicolas'em, oraz sekretarzem dr. Augier'em. Propozycje te były przyjęte bardzo życzliwie przez Prezydjum Zjazdu oraz poruszona była sprawa urządzenia Zjazdu Assotiation des Anatomistes w Warszawie. Sprawozdawca omawia sprawę urządzenia tego Zjazdu w Warszawie, jako rzecz wysoce pożądaną.

W dyskusji oprócz sprawozdawców brał udział przewodniczący.

Uchwalono: 1) Aby większa liczba członków P. Tow. Anatomicznego Warsz. zapisała się na członków Assotiation des Anatomistes. 2) Na Zjeździe przyrodników i lekarzy rozszerzyć lokalne Tow. Anatomiczne Warsz. w ogólno-polskie. 3) Przyśpieszyć opracowanie Statutu. 4) Poczynić kroki, aby zjazd w 1928 r. „Assotiation des Anatomistes" odbył się w Warszawie, zamiast w Pradze.

5. Komunikaty:

a) S. Trojanowski wygłosił komunikat na temat: **Zmienność korzonków nerwu przeponowego u człowieka.** Autor w celu ustalenia typowego pochodzenia nerwu przeponowego i jego odmian zbadał szczegółowo 100 nerwów przeponowych i ustalił 6. odmian, za najczęstszy i normalny uznał typ C_4 i C_5, czyli pochodzenie łączne od splotów szyjnego i barkowego, które u Polaków występuje w 59%. Pozatem otrzymał 2 typy, I. — nerwy o wyłącznem pochodzeniu ze splotu szyjnego, II. — z udziałem C_5 t. j. łącznie ze splotem barkowym. Przewaga występuje po stronie typów dwusplotowych. Dla wyjaśnienia znaczenia poszczególnych odmian pochodzenia nerwu przeponowego porównał zachowanie się tego nerwu u małpozwierzy i małp. Na zasadzie danych u Bolck'a i swoich obserwacyj przyszedł do wniosków następujących: Wejście korzonka od C_6 w skład nerwu przeponowego jest cechą prymitywną, natomiast posuwanie się początku nerwu wzwyż i pozyskanie korzonków od C_3 i C_2 jest cechą progresywną, spotykaną tylko u człowieka. Przyczem C_2 jest nietylko cechą progresywną ale i antropomorfną.

b) J. Ejsmond: **Przypadek samoistnego zrastania się larw rozgwiazdy Asterias glacialis, w związku z procesem zcałkowania się zrostka.**

Autor zakomunikował wyniki swych spostrzeżeń nad zrastaniem się zarodków i następującem potem zcałkowywaniem się zrostów — procesem, który można rozpatrywać jako odwrócenie wegetatywnego rozrodu przez podział lub pączkowanie.

Spostrzeżenia te, dokonane w 1912 r. na stacji biologicznej w Roskoff nad zarodkami rozgwiazdy **Asterias glacialis,** dają się streścić w następujący sposób: Zapłodnione jaja tych szkarłupni, o ile trzymać je w naczyniu z wodą morską w zbrylonych skupieniach, rozwijają się na ogół nienormalnie — wyjątek stanowią jedynie jaja w powierzchownych warstwach skupień. Między innemi występuje anomalja dezagregacji blastomerów podczas brózdkowania, przez co młode morule rozpadają się na mniejsze lub większe grupy blastomerów, a niekiedy oddzielają się od całości nawet pojedyncze blastomery. Jeżeli zabezpieczyć takie rozpadające się morule od ostatecznej zguby przez rozproszenie ich w wodzie, wówczas odłączone i odłączające się od organicznego zespołu grupy blastomerów rozwijają się samodzielnie i dają początek różnokalibrowym małym blastosferom, a na nich w stosownym momencie występuje proces gastrulacji. Tym sposobem z jaja, zamiast pojedyńczej postaci zarodka powstaje cały zespół mniej lub więcej licznych i samodzielnych zarodków. Wnet potem zaczynają się one zrastać ze sobą. Wskutek tego wytwarza się niekiedy dość skomplikowany zrostek z wieloma kieszeniami gastralnemi, które do czasu służą za wskaźniki odrębności odpowiednich części zrostka. Dalszy los, będących w mowie wielozaczątkowanych zrostów jest ten, że przybierają one kształt sferyczny. Jednocześnie zaś z ogólnej liczby kieszeni gastralnych rozwija się tylko jedna. a inne zanikają. Poczem wykształca się zcałkowana typowa postać larwy. Prócz powyższego zdarzyło się, iż dwa egzemplarze wielozaczątkowych lobarnych zrostów, które znajdowały się w stanie postępującego zcałkowywania, umieszczone przypadkowo w jednym naczyniu, zrosły się samorzutnie po upływie kilkunastu godzin. Przyczem początkowo były one połączone końcami zwróconych ku sobie brodaweczek. Co zaś się tyczy kieszeni gastralnych, to u jednego z osobników, pozostała z liczby trzech kieszeni, tylko jedna, u drugiego zaś dwie. W następstwie proces zrastania się wraz

z redukcją kieszeni gastralnych posunął się tak dalece, że otrzymał się obraz pojedynczego lekko przewężonego osobnika z pokaźnie rozwiniętym pojedynczym zawiązkiem kanału pokarmowego. Ostateczny rezultat po upływie 48 godz. od chwili, gdy po raz pierwszy dostrzeżono zrośnięcie się, wyraził się w zupełnem zcałkowaniu się zrostka w typową o kształcie gruszkowatym larwę z pojedynczym zawiązkiem kanału pokarmowego, który zdradzał tylko pewne nieprawidłowości w ukształtowaniu. Pozatem w ciele larwy można było zauważyć komórki mezenchymy.

Osobliwością otrzymanej w ten sposób postaci było, że: 1) przeżyła ona dwa następujące po sobie okresy zrastania się i zcałkowywania, 2) ogół związanych z tem zjawiskiem procesów miał charakter spontaniczny, 3) otrzymana w rezultacie postać larwy w porównaniu z larwą tegoż stadjum, rozwijającą się normalnie, okazała się spóźnioną w czasie przynajmniej o półtorej doby.

Co się tyczy strony przyczynowej, to, zdaniem autora, zrastanie się indywiduów, w związku z następującą potem integracją zrostka, można rozpatrywać jako rodzaj aneksji jednego osobnika przez drugi, wywołanej potrzebą zwiększenia materjalnego stanu posiadania.

W **dyskusji** zabierali głos: M. Konopacki, Z. Zakolska i P. Słonimski.

Posiedzenie w dniu 22. czerwca 1925 r.

Przewodniczący M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.
2. Prof. Loth zaproponował, aby zarząd opracował sprawozdanie z dwuletniej działalności Tow. Anatomicznego, w celu zjednania wśród uczestników zjazdu nowych członków Tow. Anatomicznego.
3. Rozpatrywanie Statutu: a) Prezes przedstawił opracowany przez komisję regulaminową projekt Statutu Tow. Anatomicznego. Po dokonaniu niektórych poprawek Statut został przyjęty. b) Postanowiono wydrukować Statut i rozdać między członków sekcji anatomicznej do przejrzenia przed dyskusją ogólną.

Sekretarz: Z. Zakolska.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba Lekarska.

XLIV. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 7. kwietnia 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zawiadomieniem, że regulamin Sądu N. I. L. przesłany został do Prezydjum Rady Ministrów. Pismo to (L. 120/25) postanowiono przesłać Sądowi N. I. L. do wiadomości.

Sprawa pieczęci Izb Lekarskich już została ostatecznie załatwiona i zatwierdzona przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Wykonanie tej sprawy wziął na siebie Przewodniczący N. I. L.

Od Naczelnika Izby Krakowskiej otrzymano pismo w sprawie wstrzymania przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia rozpraw Sądowych przeciwko 2-m lekarzom wojskowym i jednemu urzędowemu za niestosowanie się do zarządzeń Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Izba Lekarska Krakowska uważa postępowanie w tej sprawie urzędu nadzorczego za nieusprawiedliwione, i zapytuje Izbę Naczelną o zdanie w tej sprawie. Izba Krakowska zamierza wnieść w tej sprawie skargę do Trybunału Administracyjnego.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Krakowskiej, że w wymienionej sprawie projektowana jest konferencja Przedstawicieli Izby Naczelnej z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia i z udziałem przedstawicieli Izby Krakowskiej. Zarząd N. I. L. ma nadzieję doprowadzić tę sprawę do pomyślnego wyniku, co bynajmniej nie oznacza, ażeby Zarząd N. I. L. miał krępować Izbę Krakowską w jej poczynaniach.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zapytaniem, który z dwóch sposobów zawiadamiania Izb Lekarskich o zmianach adresów i składu osobistego lekarzy, przedstawionych przez wojewódzkie urzędy zdrowia — warszawski i lubelski, — Izba Naczelna uznaje za odpowiedniejszy.

Postanowiono zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, że Naczelna Izba Lekarska jest za zawiadamianiem miesięcznem o zmianach personalnych, przedstawionem przez warszawski wojewódzki Urząd Zdrowia.

Od Towarzystwa Lekarzy Polskich na Śląsku otrzymano odpis rezolucji tego Towarzystwa w sprawie rozciągnięcia ustawy o Izbach Lekarskich i ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej na Województwo Śląskie.

Postanowiono wysłać odpowiedź, że w sprawie tej Przewodniczący dwukrotnie konferował z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia i że projekt rozciągnięcia wymienionych ustaw na Województwo Śląskie został wniesiony do Izb Ustawodawczych.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z motywami w sprawie wstrzymania rozpraw sądowych w Sądzie Izby Krakowskiej. Odpis tego pisma postanowiono przesłać Izbie Krakowskiej.

Wskutek wyjazdu Przewodniczącego i Sekretarza N. I. L. na Zjazd do Paryża podczas ich nieobecności obowiązki Przewodniczącego podjął się pełnić dr. Śmiechowski, a Sekretarza dr. Guranowski.

XLV. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 27. kwietnia 1925 r.

Obecni: Bogucki, Guranowski, Śmiechowski.

Otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia sprawozdanie z działalności Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia za rok 1923.

Stosownie do życzenia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wysłano po jednym egzemplarzu do poszczególnych Izb Lekarskich.

Otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pismo, w którem przypomina się Izbom o obowiązku ścisłego stosowania się do przepisów obowiązujących Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Postanowiono odpisy tego pisma przesłać wszystkim Izbom.

XLVI. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 18. maja 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Po odczytaniu i przyjęciu 2-ch ostatnich protokołów Przewodniczący dr. Bączkiewicz zdał sprawozdanie z 2-go Kongresu Francusko-Polskiego w Paryżu. Dr. Bączkiewicz reprezentował na Kongresie miedzy innymi także i Naczelną Izbę Lekarską i na posiedzeniu Akademji Lekarskiej w Paryżu miał odczyt „o organizacji stanu lekarskiego w Polsce".

Od Izby Lubelskiej otrzymano komunikat Nr. 1, mający charakter informacyjny co do stanu i zadań Izb lekarskich w Polsce. Komunikat ten przyjęto do wiadomości.

Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. przesłał odpis umowy cennikowej między lekarzami, a Łódzką Kasą chorych z dnia 4. marca 1924 r. Pismo to przyjęto do wiadomości.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie uchwały Izby Lwowskiej co do cennika poborów lekarskich, ogłoszonego przez Urząd Wojewódzki we Lwowie. Generalna Dyrekcja prosi o zwrócenie uwagi Izbie Lwowskiej na to, że uchwała ta jest sprzeczna z art. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. Postanowiono odpis tego pisma przesłać Izbie Lwowskiej.

Od dr. Kowarskiego ze Słonima otrzymano pismo z zapytaniem, czy Izba Naczelna, ewent. z jej polecenia jedna z Izb sąsiednich, nie mogłaby się podjąć rozstrzygnięcia konfliktu między nim, a jednym z jego kolegów na tle etyki lekarskiej.

Postanowiono odpowiedzieć dr. Kowarskiemu, że działalność Izby Naczelnej nie rozciąga się na terytorjum Słonima, oraz że w wymienionej sprawie dr. Kowarski zwrócić się może do mającej powstać niebawem Izby Wileńskiej.

Dr. Śmiechowski zakomunikował obecnym, że wskutek pisma Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia brał udział, jako przedstawiciel Izby Naczelnej, w konferencji w Generalnej Dyrekcji w dniu 30. kwietnia r. b. w sprawie nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych.

Obecny na posiedzeniu dr. Sęczyc, który ma być referentem z ramienia Generalnej Dyrekcji, oświadczył, że występować będzie przeciwko wolnemu wyborowi lekarza w Kasach Chorych, oraz, że przemawiać będzie za ustaleniem górnej granicy dochodów dla członków Kas na 420 złotych miesięcznie. W posiedzeniu tem brał udział przedstawiciel Izby Warszawsko-Białostockiej dr. Sochacki i urzędnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych dr. Kowalczewski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z prośbą o dostarczenie adresów specjalistów do leczenia chorób zawodowych i wypadków nieszczęśliwych przy pracy w przemyśle.

Ułożono listę wymienioną na podstawie zebranych wiadomości i postanowiono listę tę przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Otrzymano od Prezydjum Sądu N. I. L. wyjaśnienia na zapytanie Izby Warszawsko-Białostockiej co do wysokości wkładów pieniężnych przy podaniach odwoławczych do Sądu N. I. L. i co do wysokości obliczenia kosztów podróży świadków i rzeczoznawców przed rozpatrzeniem sprawy w Izbie Naczelnej. Odpis tej odpowiedzi postanowiono przesłać Izbie Warszawsko-Białostockiej.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano projekt nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich odnośnie do Sądu N. I. L. Projekt ten załączono do referatu nowelizacji wymienionej Ustawy.

W sprawie zorganizowania biura pośrednictwa pracy wyłoniono komisję pod przewodnictwem dr. Guranowskiego z udziałem: dr. Garlickiej, dr. Mutermilcha i dr. Szczodrowskiej.

Uwagi co do regulaminu Sądu Izby Lwowskiej, przedstawione przez dr. Śmiechowskiego, przyjęto i postanowiono przesłać Izbie Lwowskiej z powiadomieniem, że po przyjęciu wymienionych uwag regulamin Sądu Izby Lwowskiej zostaje zatwierdzony.

Na wniosek Przewodniczącego postanowiono wystosować do Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia pismo w sprawie projektów Ustaw: aptekarskiej, dentystycznej i szpitalnej oraz projektu nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych.

Postanowiono również na wniosek Przewodniczącego wystosować do Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia pismo w sprawie organizowania uczelni dla pielęgniarzy i pielęgniarek.

Postanowiono wystosować do wszystkich Izb Okólnik Nr. 4. z prośbą o przedstawienie projektów nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich.

XLVII. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 9. czerwca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Guranowski.

Otrzymano pierwszy numer powstałego świeżo czasopisma „Lekarz Polski" o charakterze informacyjnym i naukowym. Postanowiono organ ten zaprenumerować dla Naczelnej Izby Lekarskiej i upoważniono Skarbnika do wniesienia opłaty za prenumeratę w sumie 5 złotych.

Otrzymano od Izby Lubelskiej pismo z prośbą o zatwierdzenie zmiany paragrafów 31 i 44 regulaminu Izby Lubelskiej. Co do § 31 to chodzi o to, ażeby liczbę członków Zarządu tej Izby powiększyć do 9, z których 5—7 byliby obowiązkowo mieszkańcami m. Lublina; w § 44 chodzi o powiększenie składu Sądu Izby Lubelskiej do 24 członków i odpowiedniej liczby zastępców zamiast dotychczasowego składu w liczbie 20. Motywami do zmiany wymienionych paragrafów Ustawy jest z jednej strony powiększenie zakresu obowiązków członków Zarządu (Zarząd Izby jest zarazem Zarządem Kasy Pomocy Koleżeńskiej), a z drugiej strony potrzeba utworzenia jeszcze jednego kompletu sędziów.

Postanowiono prośbę Izby Lubelskiej uwzględnić, proponowane zmiany zatwierdzić i zawiadomić o tem Izbę Lubelską i Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie sprawozdania Izby Krakowskiej odnośnie do taryfowania honorarjów, którego to taryfowania Izba nie uważa za rzecz pożyteczną. Generalna Dyrekcja prosi o zwrócenie Izbom uwagi na to, że art. 21 Ustawy o Izbach obowiązuje i musi być przez Izby szanowany. Odpis tego pisma postanowiono przesłać Izbom lekarskim.

Od Prezesa Sądu N. I. L. otrzymano pismo w sprawie nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich z dołączeniem dwóch nowych artykułów do Ustawy. Dyskusję w tej sprawie postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

XLIII. protokół posiedzenia Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 23. marca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący — Bączkiewicz, Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie pociągnięcia do Sądu Izby Krakowskiej 2-ch lekarzy wojskowych i jednego lekarza urzędowego za niestosowanie się do zarządzeń Związku Lekarzy Państwa Polskiego w sprawie udzielania pomocy lekarskiej urzędnikom państwowym. Generalna Dyrekcja zaprotestowała przeciwko pociągnięciu do odpowiedzialności sądowej wymienionych lekarzy i zażądała od Izby Krakowskiej odroczenia w tej sprawie rozpraw sądowych.

Na skutek tego pisma Przewodniczący wystosował do Izby Krakowskiej pismo z prośbą o nadesłanie dokumentów w tej sprawie. Do czasu otrzymania tych dokumentów postanowiono wstrzymać się z decyzją ostateczną.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z prośbą o doniesienie, czy uchwała Izby Naczelnej z dnia 25. stycznia 1925 r. w sprawie „pojęcia praktyki lekarskiej" zmienia poprzednią uchwałę z dnia 27. stycznia 1924 r.

Postanowiono odpowiedzieć, że tak jest istotnie, i, że na ostatniem posiedzeniu Izby Naczelnej zapadła uchwała co do pojęcia praktyki lekarskiej, zmieniająca uchwałę z dnia 27. stycznia 1924 r.

Od Sądu N. I. L. otrzymano pismo w sprawie dr. Witkowskiego. Na podstawie tego pisma oraz po dokładnem rozpatrzeniu całej sprawy Zarząd N. I. L. postanowił wystosować pismo do lekarza naczelnego — Kasy Chorych w Warszawie dr. Grodeckiego, że odpowiedź na pytania skierowane do Zarządu N. I. L. znajdzie dr. Grodecki w motywach wyroku Izby Warszawsko-Białostockiej w sprawie dr. Witkowskiego.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z prośbą o przesłanie Sądowi urzędowych odpisów postanowień N. I. L., dotyczących Sądu N. I. L., jakie zapadły w dniu 25. stycznia 1925 r. Postanowiono wymienione odpisy przesłać Sądowi N. I. L.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano pismo, zawierające przepisy etyczne, jako przyczynek do kodeksu lekarskiego (L. 107/25). Pismo to skierowano do Sądu N. I. L.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano uwagi co do projektu nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich. Uwagi te przyjęto do wiadomości celem zużytkowania przy układaniu projektu nowelizacji.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano odpis pisma do wszystkich wojewodów, ażeby urzędy wojewódzkie otrzymane przez siebie zawiadomienia o zmianie adresów poszczególnych lekarzy komunikowały właściwym izbom. Odpis ten przyjęto do wiadomości.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano uwagi w sprawie wyroku Sądu Izby Krakowskiej (sprawa dr. Brokmana z Buska). Uwagi te dotyczą wyrażeń, użytych w wyroku, — „Trybunał Dyscyplinarny" i „Trybunał", które to wyrażenia nie są przewidziane w Ustawie o Izbach Lekarskich. Postanowiono odpis tego pisma przesłać Izbie Krakowskiej.

Rozpatrzono sprawę zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Uniwersytetem w Poznaniu i postanowiono w sprawie tej wystosować pismo do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Ministerstwa Wyznań i Oświecenia z prośbą o zwrócenie uwagi Uniwersytetowi w Poznaniu na istniejące i obowiązujące przepisy w Ustawie o Izbach Lekarskich.

Rozpatrywano sprawę zorganizowania biura Pośrednictwa Pracy i uproszono dr. Guranowskiego do zapoczątkowania tej sprawy.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.
Obwód Łucki.

Niniejszem zawiadamiamy Ogół Kolegów, że pomimo ostrzeżenia umieszczonego w pismach lekarskich o nieobejmowaniu posad w Powiatowej Kasie Chorych w Łucku bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Obwodu Łuckiego, znalazły się pojedyncze jednostki, które posady w Powiatowej Kasie Chorych objęły.

Na wezwanie Związku, skierowane do nich, by zrzekli się tych posad, jako pozostających pod bojkotem, odpowiedzieli odmownie.

Wobec tego piętnujemy postępowanie niekoleżeńskie tych lekarzy i podajemy ich nazwiska do wiadomości Ogółu Kolegów.

Nazwiska tych lekarzy są:
Dr. Antoni H r y n i e w i e c k i,
Dr. Oskar S e g a ł,
Dr. Hersz S z a t c,
Dr. Mikołaj G i e r s z u n.

Dr. W. Lipiński, sekretarz. *Dr. Miłaszewski*, przew.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Celem zwalczania zachorowań na kurzą ślepotę w wojsku wydane zostało polecenie unikania ćwiczeń w terenach o zbyt olśniewającem oświetleniu (n.p. równiny piaszczyste lub śnieżne w słońcu). W tych formacjach, w których stwierdzono przypadki kurzej ślepoty, mają otrzymywać szeregowi porcję świeżego masła, chorzy zaś rację tranu rybiego.

x Warszawski Oddział Polskiego Związku zdrojowisk uzdrowisk i kąpielisk morskich (Marszałkowska 130) wydał odezwę, nawołującą do popierania zdrojowisk i uzdrowisk krajowych w imię dążności do gospodarczego wzmocnienia i podniesienia naszego kraju. Odezwa stwierdza, iż z wyjątkiem wód arszenikowych oraz naturalnie ogrzanych szczaw alkaliczno-słono-glauberskich posiadamy w Polsce wszystkie inne rodzaje wód leczniczych, djetetycznych i stołowych. Poczynania Warszawskiego oddziału Polskiego Związku zdrojowisk mogą liczyć na poparcie ogółu uświadomionych narodowo lekarzy polskich

Poznań.

Pożyteczna akcja. Wysoki poziom uświadomienia społecznego w Wielkopolsce wywołuje tam prace w dziedzinach, w innych prowincjach Polski bardzo zaniedbanych lub zgoła nieistniejących. Do nich należy badanie stanu zdrowotnego dziatwy szkolnej po wsiach i miasteczkach. W Wielkopolsce podjęto to badanie w szeregu powiatów i wyniki są nader interesujące.

Dla przykładu przytoczymy stan, stwierdzony w pow. szamotulskim. Z ogólnej liczby 7.610 dzieci szkolnych, przedstawiono do badania lekarskiego 7.009 dzieci, z których uznano za zdrowe dzieci 5.865. Z pozostałych: 47 było zawszonych (jaki musi ich być odsetek w powiatach Polski wschodniej, jeżeli w najkulturalniejszej części Rzeczypospolitej nie udało się jeszcze całkowicie wyplenić zawszenia!), 237 cierpiało na choroby skórne, 407 na choroby oczne, 36 na zołzy, 39 na choroby płuc i kanałów oddechowych, 47 na choroby zębów, 8 na ciężką anemję i aż 249 na cierpienie serca i ogólne osłabienie. Dzieci ułomnych stwierdzono 22, głuchoniemych 2, umysłowo upośledzonych 24. Byłoby ze wszechmiar pożądane, by podobną akcję zorganizowano na całym obszarze Rzeczypospolitej i podjęto, jak się to dzieje w Wielkopolsce, systematyczną pracę leczniczą na jej podstawie.

Następny Zjazd ginekologów polskich odbędzie się w Poznaniu nie w roku 1926, jak pierwotnie zamierzano, lecz w roku 1927 przed Wielkanocą. Bliższe szczegóły podane zostaną później. *Prof. Kowalski*, prezes Polsk. Tow. ginek. *Dr. Suwalski*, sekretarz Polsk. Tow. ginek.

Z kraju.

Walka z jaglicą. Wobec szerzenia się jaglicy na Polesiu, wojewoda poleski p. Młodzianowski zwrócił się do Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom z propozycją zorganizowania specjalnego zakładu dla leczenia dzieci jagliczych tego Województwa. Nawiązano już pertraktacje w celu zrealizowania tego projektu i rozpoczęto od dokładnego zbadania dzieci w zakładach zamkniętych. W tym celu Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom deleguje na Polesie p. dr. Rusiecką, kierowniczkę Zakładu jagliczego w Warszawie.

Ze świata.

I. Kongres Czesko-słowackiego Towarzystwa Ortopedycznego. W dniach 27 go i 28-go września 1925 roku odbędzie się I. Kongres »Czesko-słowackiego Towarzystwa Ortopedycznego« w Bratisławie (Pressburg). Komitet organizacyjny zaprasza Kolegów polskich do wzięcia udziału w Kongresie.

Międzynarodowe kursa dla lekarzy odbędą się w Berlinie w październiku b. r. wiadomości bliższych udziela Geschäftsstelle Kaiser-Friedrich-Haus für das Ärztliche Fortbildungswesen. Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2-4.

Zmarli.

Dr. Teodor Heryng, profesor honorowy Uniw. warszawskiego, zasłużony laryngolog.

L: Pr. 20092/1925 r.

KONKURS.

Urząd Wojewódzki we Lwowie rozpisuje konkurs na jedną posadę prowizorycznego lekarza powiatowego w VIII st. sł oraz jedną posadę praktykanta sanitarnego w X st sł.

Podania o nadanie powyższych posad, należycie udokumentowane, a w szczególności zaopatrzone w:

1. metrykę urodzenia
2. dowód obywatelstwa polskiego,
3. dyplom doktora wszech nauk lekarskich,
4. dowód uregulowania stosunku do służby wojskowej,
5. opis przebiegu życia (życiorys),

wnosić należy do 31. października 1925 r. do urzędu Wojewódzkiego we Lwowie.

Kompetenci, pozostający obecnie w służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Podania osób, które przekroczyły 40 ty rok życia nie będą uwzględnione.

Wojewoda:
Dr. Garapich.

Przy Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego z dniem 1-go stycznia 1926 r. będzie wakowało stanowisko asystenta. Pobory według VIII st. służbowego i pokój kawalerski.

Zgłoszenia, wraz z curriculum vitae, należy przesyłać na ręce kierownika Zakładu Warszawa, Oczki 3.

Nr. 39. 27. września 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. Tadeusz TEMPKA, asystent kliniki. Kraków.

Badania kliniczne nad wpływem wody z II. otworu wiertniczego w Krynicy (źródła »Zubera«) na przemianę azotową, oraz wydzielanie soku żołądkowego i treści dwunastnicowej.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dyrektor: Prof. dr. Witołd Orłowski.

WSTĘP.

Charakterystyka »Zubera«.

W r. 1920-tym oddał Zarząd Zdrojowy Krynicy poraz pierwszy do użytku publiczności wodę, otrzymaną jeszcze w r. 1914 zapomocą głębokich wierceń z drugiego otworu wiertniczego. Źródło to znane jest obecnie jako źródło »Zubera« od nazwiska profesora geologji ze Lwowa, według którego wskazówek zostało wywiercone.

Z badań nad »Zuberem« pojawiły się dotyczas dwie prace eksperymentalne na psach Kmietowicza jun. (1), zajmujące się wpływem tego zdroju na wydzielanie żołądkowe i trzustkowe. Ponadto razem z A. Dobrzańskim (2) badał on między innymi i wpływ »Zubera« na nabłonek migawkowy żaby i stwierdził, że woda ta nierozcieńczona, a więc hipertoniczna, działając 2—5 minut przy ciepłocie 15—20° C., obniża wydatność ruchu migawek, względnie nawet go poraża; natomiast izotoniczny rozczyn »Zubera« wpływa podniecająco na ruch migawek, a nawet migawkom porażonym przez nierozcieńczonego »Zubera« przywraca pierwotną sprawność.

Z badań zaś nad wpływem »Zubera« w zakresie patologji ludzkiej posiadamy jedynie ściśle empiryczną pracę dr. Skórczewskiego (18).

Wobec więc faktu, że stosowanie »Zubera« do celów leczniczych nie miało żadnego podłoża kliniczno-doświadczalnego, podjęła się krakowska klinika medyczna zadania, aby przynajmniej w części wypełnić tę lukę.

Woda »Zubera« przesłana klinice przez Zarząd Zdrojowy posiada wyraźną woń i posmak siarkowodoru, nierozcieńczona smakuje słono-gorzko, ciężar gatunkowy przy ciepłocie 18° C wynosi około 1018. Rozbiór chemiczny »Zubera«, dokonany jeszcze w r. 1916 przez prof. Marchlewskiego, przedstawia się następująco:

Woda początkowo klarowna niebawem mętnieje na powietrzu skutkiem wydzielania się wodotlenku żelazowego. 1000 gramów wody zawiera:

Jonów dodatnich:		Jonów ujemnych:	
Na	5·56760 g.	A	0·61473 g.
K	0·20915 «	J	0·00104 «
Li	0·01738 «	SO_4	0·06422 «
Ca	0·15690 «	HCO_3	16·64320 «
Mg	0·48437 «	$HSiO_4$	0·05383 «
Fe	0·02777 «		

Składniki »Zubera« wyrażone w solach (w 1 kg wody):

Dwuwęglan sodowy	18·77000 g.
« potasowy	0·53510 «
« litowy	0·16820 «
« wapniowy	0·63433 «
« magnezowy	2·91050 «
« żelazowy	0·08838 «
Chlorek sodowy	1.01443 g.
Jodek «	0·00123 «
Siarczan «	0·08505 «
Bezwodnik krzemowy	0·03352 «
Wolny CO_2	1.57820 «
Organiczne substancje	0·12102 «
$\Delta = -$ 1·035° C.	
Przewodnictwo elektryczne	0·013160
Radjoaktywność:	prawie -O-

Wydajność źródła wynosi do 4 litrów na minutę. Natomiast rozbiór powyższy nie podaje ciepłoty i ciężaru gatunkowego wody wytryskującej, współczynnika załamywania światła i fluorescencji. Oczywiście brak tych danych nie miał żadnego wpływu na wyniki naszych badań.

Co się tyczy umieszczenia »Zubera« w odpowiednim dziale wód mineralnych, to w pierwszym rzędzie jest tu miarodajna, stosunkowo ogromna ilość dwuwęglanu sodowego, nadająca »Zuberowi« cechy bardzo silnej wody alkalicznej. Nie możemy również pominąć przy ocenie »Zubera« zawartych w nim znacznych ilości alkaljów ziem i chlorku sodu, nadto dwuwęglanu litowego i żelazowego, tak, że ostatecznie przychodzimy do wniosku, iż w »Zuberze« posiadamy szczawę bardzo silnie alkaliczną, okazującą nadto cechy silnej wody żelazisto-litowej i słabej solanki. Dość znaczna ilość dwuwęglanu wapnia obok bardzo obfitej ilości dwuwęglanu magnezowego pozwala zaliczyć »Zubera« również i do wód alkaliczno-ziemnych. Wysoki punkt zamarzania świadczy, że »Zuber« jest wodą silnie hipertoniczną.

Dla lepszej charakterystyki »Zubera« zestawiam go z odpowiedniemi wodami polskiemi i zagranicznemi. Zaznaczyć tu jednak muszę, że, podczas gdy dane, tyczące źródeł zagranicznych, zwłaszcza niemieckich, czerpałem z nowego zbiorowego niemieckiego podręcznika balneologji z r. 1920 — Strassera, Kischa i Sommera (Handbuch der Klinischen Hydro-Balneo- und Klimatoterapie — Berlin-Wien 1920. — Urban und Schwarzenberg) — to, odnośnie do źródeł polskich, byłem zmuszony opierać się na podręczniku L. Korczyńskiego z r. 1900, w którym są przytaczane rozbiory chemiczne, pochodzące niekiedy jeszcze z r. 1870 — jak i na pracy Trochanowskiego z r. 1914 (3). Jedynie tylko źródła szczawnickie doczekały się nowszego rozbioru, wyrażonego w jonach, dokonanego przez prof. L. Marchlewskiego (4).

Zważywszy, że skład źródeł ulegać może wahaniom, zależnym od ilości opadów, temperatury powietrza, jak wogóle od wszelkich zmian, czy to w powierzchownych, czy głębokich warstwach skorupy ziemi, nie zadziwi nas, że podnoszą się głosy (5), żądające badania źródeł mineralnych nawet dwa razy do roku, mianowicie na wiosnę, t. j. po napełnieniu się zbiorników podziemnych, i w jesieni, t. j. po okresie upałów. Dopiero, gdy szereg takich badań ustali pewne średnie ilości dla danego źródła, zadowala się nowsza balneologja badaniem źródeł co 2—3 lat.

Widać z tego, jak fatalnie przedstawia się pod tym względem stan naszej balneologji. Klinika nasza zwróciła się wprawdzie do szeregu naszych zdrojowisk z prośbą o podanie ostatnich wyników rozbiorów chemicznych, lecz albo nie otrzymała odpowiedzi, albo też nadesłane wyniki pochodziły jeszcze z odległych lat.

Zestawienie to jednak czynię dlatego, że, jak to wynika z piśmiennictwa balneologicznego, rozbiory chemiczne danego źródła, wykonane nawet w odstępie dłuższego czasu, nie wykazują takich wahań, któreby zmieniały zasadnicze cechy źródła.

TABLICA I.

Składniki w gramach w 1000 g. wody	»Zuber«	Zdrój alkaliczno-słony	Szczawy alkaliczno-słone								Szczawy-alkaliczne				Szczawy-ziemne			
		Rymanów	Bóbrka	Szczawnica		Wysowa		Krościenko	Gleichenberg		Vichy	Bilin	Fachingen	Głębokie	Krynica	Żegiestów	Wildungen	Marjenbad
		»Julja«	—	»Józefina«	Magdalena	Zdrój słony	Zdrój »Rudolfa«	»Stefan«	»Konstantinquelle«		»Celestins«	—	—	—	Zdrój główny	—	»Helenenquelle«	»Rudolfsquelle«
Dwuwęglan sodu	18·7700	15·6450	11·0335	4·6670	7·1520	7·0360	2·8754	4·5972	3·99643		5·1030	4·6961	3·5786	1·4804	0·1859	0·0317	0·9543	0·3113
„ wapnia	0·6343	0·2206	0·2479	0·9370	0·7040	0·7830	0·6989	1·2169	0·57477		0·4620	0·5229	0.6252	0·8082	1·5661	1·7113	1·4280	1·0770
„ magnu	2·9105	0.4687	0·4790	0·6130	0·7940	0·2880	0·2442	0·5023	—		—	0·2663	0.5770	0·5142	0·2396	0·8494	1·5540	0·6932
Chlorek sodowy	1·0144	4.7472	3·2134	2·8410	4·9660	2·3500	0·9088	2·5136	1·75077		0·5340	0·3984	0·6310	0·0098	0·0181	—	1·0200	0·0199
CO_2 wolny	1·5782	?	6·8765	1·6000	1·4760	0·9980	1·6421	2·0720	2·0519		—	2·2358	1·7802	2·7094	0·6716	0·9649	2·5510	?

Następne dwa zestawienia służą dla porównania »Zubera z innemi wodami pod względem zawartości połączeń żelaza i litu:

a)

Miejscowość:	Źródło:	Ilość gramów dwuwęglanu żelazowego w 1 kg wody
Marjenbad	Ambrosiusquelle	0·1660
Homburg	Stahlquelle	0·0980
Krynica	**Zuber**	**0 0883**
Pyrmont	Hauptquelle	0·0770
Bad Elster	Marienquelle	0·0700
Kudowa	Eugenquelle	0·0569
Marjenbad	Rudolfsquelle	0·0519
Żegiestów	—	0·0511
Wysowa	Zdrój Rudolfa	0·0422
Nałęczów	Zdrój Celińskiego	0·0314
Krynica	Zdrój Główny	0 0222
Szczawnica	Zdrój Stefana	0·0080
»	Józefina	0·0080

b)

Miejscowość:	Źródło:	Ilość gramów połączeń litowych w 1 kg wody
Salzschlirf	Bonifaciusquelle	0·2180
Krynica	**Zuber**	**0 1682**
Elster	Königsquelle	0·1080
Baden-Baden	Ungemachquelle	0·0530
Szczawnica	Wanda	0·0300
Żegiestów	—	0 0266
Kissingen	Rakoczy	0·0200
Głębokie	—	0·0180
Salzbrunn	Obersalzbrunnen	0·0130
Krynica	Zdrój Główny	0·0020

Z przytoczonych powyżej danych wynika:

1. »Zuber« jest n a j s i l n i e j s z ą w o d ą a l k a l i c z n ą nie tylko z pośród polskich zdrojów, ale także i zagranicznych, zawiera bowiem prawie pięć razy więcej dwuwęglanu sodowego, niż sławne na cały świat źródła w Gleichenbergu i Fachingen, a około 4 razy więcej, niż nie mniej słynne wody we Vichy i w Bilinach.

2. Jest n a j s i l n i e j s z ą w o d ą ż e l a z i s t ą z p o ś r ó d w s z y s t k i c h z d r o j ó w p o l s k i c h, a więc i zdroju żegiestowskiego, uchodzącego dotychczas prawie za jedynego przedstawiciela polskich wód żelazistych. Z wód zaś żelazistych zagranicznych przewyższa zawartością żelaza nawet źródła Pyrmontu i Kudowy.

3. Jest n a j s i l n i e j s z ą w o d ą l i t o w ą p o l s k ą, a po źródle Bonifacego w Salzschlirf przewyższa zawartością połączeń litowych wszystkie niemieckie wody litowe (6).

4. P o d w z g l ę d e m i l o ś c i p o ł ą c z e ń w a p n i a z a j m u j e p o ś r e d n i e s t a n o w i s k o w ś r ó d w ó d a l k a l i c z n o - z i e m n y c h p o l s k i c h, zawierając około 2½ razy mniej połączeń wapnia, niż Zdrój Główny w Krynicy i Zdrój

żegiestowski. Od słynnego zaś wapiennego źródła Heleny we Wildungen zawiera »Zuber« tylko około 2 razy mniej dwuwęglanu wapnia, a od również znanego wapiennego źródła Rudolfa w Marjenbadzie jedynie $1^1/_2$ razy mniej soli wapiennych. Natomiast, co się tyczy połączeń magnowych, to przewyższa »Zuber« pod tym względem znacznie nietylko wody polskie ale i zagraniczne.

5. Jako solanka stoi na jednem z ostatnich miejsc wśród alkaliczno-słonych wód polskich, lecz przewyższa zawartością chlorku sodu źródła bilińskie Fachingen i Vichy.

6. Najgłówniejszą tedy cechą »Zubera« jest ogromna wprost ilość dwuwęglanu sodowego, nie mniej jednak ważnym jego składnikiem są połączenia żelazowe, litowe i wapniowe.

»Zuber« nierozcieńczony ma niezbyt przyjemny smak słonawo-gorzkawy; ponadto wywołuje on niekiedy z powodu silnego zagęszczenia, głównie dzięki wielkiej ilości dwuwęglanu sodowego, rozmaite objawy dyspeptyczne, jak n. p. odbijanie i gniecenie w dołku podsercowym, co mogłoby utrudniać dłuższe jego stosowanie. Z tych względów podałem we wszystkich doświadczeniach »Zubera« rozcieńczonego w równej ilości wodą przekroploną lub wodociągową. W ten sposób tracił »Zuber« nieprzyjemny smak, nie wywoływał objawów dyspeptycznych i pozostawał, mimo tak znacznego rozcieńczenia, jeszcze bardzo silną wodą alkaliczno litową i wcale silną wodą żelazistą.

CZĘŚĆ I.

Wpływ »Zubera« na przemianę istot azotowych.

Pierwsza grupa moich doświadczeń miała za cel zbadanie wpływu »Zubera« na przemianę azotową. Składa się ona z 3 doświadczeń. Ich metodyka była następująca: Materjał doświadczalny stanowiło dwu studentów medycyny i jeden filozofji, wszyscy zdrowi, w wieku od 22 do 27 lat. Każde doświadczenie obejmowało 3 okresy, mianowicie wstępny 3-dniowy, licząc od chwili nastania zupełnej równowagi azotowej, mający ustalić zachowanie się przemiany azotowej przed zastosowaniem »Zubera«; drugi 14-dniowy okres właściwego doświadczenia, mający wykazać wpływ »Zubera« na przemianę azotową i trzeci, końcowy, 3-dniowy, mający ujawnić zachowanie się przemiany azotowej bezpośrednio po zaprzestaniu stosowania »Zubera«. W ten sposób całe doświadczenie trwało 20 dni, nie licząc, oczywiście, dni zużytych na ustalenie równowagi azotowej. Rzecz prosta, badany osobnik znajdował się w ciągu wszystkich okresów w zupełnie takich samych warunkach odnośnie do trybu życia i przyjmowanych pokarmów i płynów z tą różnicą, oczywiście, że w pierwszym i trzecim okresie nie dostawał »Zubera«; jednakże ilość płynów doprowadzanych do ustroju była zawsze taka sama, gdyż w okresie I. i II. podawałem taką samą ilość wody wodociągowej, rozcieńczonej do połowy wodą przekroploną, jak w okresie II. odpowiednią ilość »Zubera«, również rozcieńczonego do połowy. W dwu doświadczeniach wprowadzałem te płyny do ustroju ogrzane do 40° C., w jednem zaś o ciepłocie pokojowej. Sposób podawania »Zubera«, względnie wody zwykłej był zawsze ten sam, mianowicie dany osobnik wypijał naczczo i o godz. 5 popoł. po 200 cm^3 tych mieszanin, t. zn. dobowa ilość nierozcieńczonego »Zubera« wynosiła 200 cm^3. Ilość i jakość pokarmów i płynów była każdego dnia w ciągu całego doświaczenia stale taka sama. Ilość dobowa kaloryj, przypadających na 1 kg wagi ciała wynosiła średnio 44, czyli djeta była wysoko kaloryczna, lecz nie tuczna, gdyż dopiero przy tej ilości kaloryj występowało u osobników, stanowiących mój materjał doświadczalny, uczucie zupełnego nasycenia, jak również i utrzymywanie się wagi ciała na tym samym poziomie. Skład pokarmów odpowiadał, w zupełności wymogom fizjologicznym ustroju; tworzyły je mięso, jaja, mleko, chleb, potrawy mączne, cukier, masło, jarzyny, woda, sól kuchenna i używki w postaci kawy i herbaty, a więc była to zwykła, mieszana djeta. Zapotrzebowanie kaloryczne było pokryte mniej więcej w 16% przez białko, 60% przez węglowodany, 20% przez tłuszcze. Ilość dobowa wprowadzonego do ustroju białka wynosiła, zależnie od wagi danego osobnika, 93—120 g. t. j. około 15—19 g. azotu. Wszystkie pokarmy badałem jak najdokładniej na zawartość azotu, przyczem oznaczenie azotu tych pokarmów, które dają się dłuższy czas utrzymać bez żadnej zmiany, — n. p. mąka, ryż, groszek zielony, mleko sproszkowane, kawa, herbata, — wykonywałem raz na początku doświadczenia. Mięso i masło, które były trzymane na lodzie, badałem na zawartość azotu co parę dni; natomias azot jaj musiałem oznaczać codziennie, oczywiście według znanych wzorów (7) przyczem wagę dobowej ilości jaj dobierałem stale taką samą, wskutek czego ilość ich azotu była zawsze jednakowo wielka, wykazując tylko nieznaczne wahania w dziesiętnych względnie setnych. Ilość azotu wydalanego z ustroju oznaczałem w moczu i stolcach. Mocz był zbierany jaknajdokładniej z 24 godzin, przyczem przez dodanie chloroformu zapobiegałem procesom rozkładowym. W dobowej ilości moczu oznaczałem codziennie ciężar gat., ilościowo kwasotę, względnie zasadowość, azot ogólny metodą Kjeldahla, mocznik ureometrem Kowarskyego (8), kwas moczowy sposobem Hopkinsa-Folina-Shaffera (9), wreszcie azot wszystkich istot wyciągowych. Również i stolce były w świeżym stanie jaknajdokładniej ilościowo zbierane do specjalnych szczelnych naczyń szklanych, przyczem stolce poszczególnych okresów oddzielałem zapomocą karminu, podanego doustnie z pierwszą potrawą na początku, względnie z ostatnią na końcu danego okresu. Każdy stolec był bezpośrednio po oddaniu ważony, jak również oznaczano jego objętość. Ponieważ było wprost fizyczną niemożliwością badanie poszczególnych stolców z osobna, przeto badałem naraz stolce całego okresu, względnie jego części. W tym celu musiałem przechowywać stolce w sposób, nie dopuszczający ani śladu rozkładu, co uskuteczniałem zapomocą metody Schlossmanna (10): do zupełnie świeżego stolca, którego objętość już oznaczyłem, dodawałem zgęszczonego kwasu karbolowego w ilości, odpowiadającej 5% objętości stolca, rozcierałem go dokładnie i po zalaniu naczynia najdokładniej parafiną, wstawiałem do lodowni. Zebrane następnie stolce z całego okresu lub jego części rozcierałem równą objętością wody przekroplonej, uwzględniając, oczywiście, dodaną poprzednio ilość kwasu karbolowego, rozcieńczałem na jak najdokładniejszą zawiesinę i brałem z niej po kilka prób, odpowiadających każda swą objętością 2 cm^3 świeżego kału i oznaczałem w nich tak azot całkowity, jak i azot bakteryjny przy użyciu metody Strassburgera w modyfikacji podanej przez Bergera i Tsuchiga (10). Z różnicy azotu całkowitego i bakteryjnego uzyskiwałem ilość azotu pochodzenia pokarmowego. Znając objętość stolców danego okresu i ilość jego dni, oznaczałem tak ogólne ilości azotu, jak i jego średnie dobowe ilości. Ponadto uwzględniałem straty skórno-płucne przy użyciu metody Sanctoriusa[1]).

Wyniki tych doświadczeń, podaję w natępującej tablicy[2]):

Działanie »Zubera« przedstawia się tedy następująco:

1. Waga ciała, obliczona jako średnia dobowa waga, okazuje we wszystkich 3 doświadczeniach w okresie stosowania »Zubera«, wyraźną skłonność do spadku, tak że jest ona ostatecznie o 0·2—1·3 kg., t. j. o 0·27—2·1% mniejsza, niż w okresie wstępnym. Również i po odstawieniu »Zubera« utrzymuje się ten spadek i to jeszcze wyraźniej,

---

[1]) a = waga ciała naczczo dnia poprzedniego.
b = waga pokarmów dnia poprzedniego.
c = waga moczu « «
d = waga stolca « «
a_1 = waga ciała naczczo dnia obecnego.
X (straty skórno-płucne dnia poprzedniego) =

$$= \{(a + b) - (c + d)\} - a_1.$$

[2]) Ze względu na olbrzymie koszta druku tablic, zmniejszyłem pierwotną ich ilość w całej pracy z 19 na 3, w ten sposób, że z 3 tablic tyczących przemiany azotowej podaję jedną wspólną, zawierającą jedynie wyniki średnie; z 3 tablic odnoszących się do doświadczeń grupy drugiej zestawiłem jedną, przedstawiającą tylko średnie wyniki 4 przypadków, wziętych jako wzór. Z 12 zaś tablic trzeciej grupy doświadczeń nie umieszczam ani jednej z powodu niemożności ich skrócenia.

TABLICA II.

Średnie dobowe ilości obliczone z całego okresu.

Tablica II.		Waga ciała w kg	Straty skórno-płucne w kg	Azot wprowadzony z pokarmami (w gr.)	Ilość kaloryj przypadająca na 1 kg wagi	Rozchód azotu w gramach — Kał: Waga (gr)	Objętość (cm³)	Azot całkowity	Azot bakteryjny	Azot pokarmowy	Mocz: Ilość (cm³)	Ciężar gatun.	Kwasota moczu wyrażona w cm³ n/10 NaOH	Mocznik (gr)	Kwas moczowy	Ilości azotu: całkowitego	mocznika	kwasu moczowego	wszystkich istot wyciągowych	Ilość azotu wydalonego z moczem i kałem (Azot pokarmowy).	Azot przyswojony: ilość dobowa	% przyswojonego azotu w okresie	Ilość azotu zatrzymanego przez ustrój	% przemiany azotu za okres	% stosunek azotu mocznika do całkowitego azotu moczu	% stosunek azotu wszystkich istot wyciągowych do azotu mocznika
Dośw. I.	okres I.	54·05	—	14·9979	44·8	107·88	104	1·35	0·7225	0·6070	780	1029	401	25·5530	0·4608	12·8157	11·9240	0·1536	0·9947	13·4232	14·4088	95·95	1·5930	88·9	92·15	8·35
	II.	53·51	—	15·0137	44·9	88·64	91	1·26	0·5813	0·6794	1070	1023	209	23·1349	0·4782	11·7541	10·7957	0·1591	0·9441	12·4192	14·3364	95·55	2·5967	82·0	91·95	8·66
	III.	53·0	—	15·0205	45·0	105·02	103	1·28	0·5461	0·7378	1071	1022	292	24·9757	0·4826	12·2601	11·6553	0·1609	0·6048	13·0993	14·2926	95·00	1·9311	86·4	94·8	5·26
Dośw. II.	okres I.	73·4	0·924	19·3189	43·5	142·68	140	1·99	0·6017	1·3975	1115	1023	449	30·6628	0·6432	16·0620	14·3093	0·2144	1·7527	17·4363	17·9467	92·6	1·9079	89·3	88·8	12·2
	II.	73·2	1·935	19·1834	43·6	85·42	87	1·12	0·4823	0·6390	1207	1022	333	29·9226	0·6284	15·0926	13·9694	0·2040	1·1232	15·7317	18·5444	96·5	3·4517	81·3	92·6	8·0
	III.	73·2	1·457	19·0744	43·6	164·6	164	1·81	1·0140	0·8014	1069	1027	458	32·6990	0·6630	16·2370	15·2592	0·2213	0·9784	17·0384	18·2730	95·7	2·0360	89·0	94·0	6·3
Dośw. III.	okres I.	61·0	1·80	17·3538	43·8	132·5	142	1·83	1·2276	0·6276	822	1025	467	26·3972	0·6659	13·4213	12·3252	0·2219	1·0994	14·0489	16·7262	96·3	3·3049	80·2	91·0	8·5
	II.	59·9	2·05	17·3144	44·2	187·6	195	2·06	1·1237	0·9362	803	1026	241	21·4565	0·6229	11·4945	10·0129	0·2124	1·4947	12·4700	16·5031	94·6	4·8443	70·4	86·5	14·9
	III.	58·6	2·22	17·2818	45·0	168·5	180	2·06	1·5415	0·5244	641	1033	332	22·7500	0·6455	11·3449	10·4000	0·2151	0·8849	11·8694	16·8475	96·9	5·5000	67·3	91·0	11·16

niż w okresie II., albowiem średnia dobowa waga jest w okresie III. o 1·05—2·35 kg t. j. o 1·9—3·8% mniejsza, niż w okresie pierwszym, względnie, jak w dośw. II., utrzymuje się na tym samym poziomie, co i w okresie stosowania »Zubera«.

2 Średnia dobowa ilość strat skórno-płucnych jest większa podczas stosowania »Zubera« o 0.256 do 1·011 kg t. j. o 14—108%, niż w okresie wstępnym; również i po odstawieniu »Zubera« ulega ona albo jeszcze dalszemu wzrostowi, albo też okazuje tylko nieznaczną skłonność do spadku, tak, że ostatecznie jest ona o 0·488—0·533 kg t. j. o 27 – 57% większa, niż w okresie pierwszym.

3. Średnia dobowa waga stolców okazuje w 1 i 2 doświadczeniu w czasie stosowania »Zubera« wyraźny spadek o 19·24—57 g. t. j. o 18—40% w stosunku do okresu I. Z chwilą odstawienia »Zubera« wzrasta ona w doświadczeniu I. prawie do poziomu okresu I., różnica bowiem wynosi tylko 2·86 g. t. j. 2·6%. W doświadczeniu zaś II. zwiększa się ona o 22 g. t. j. o 15% ponad wartość okresu wstępnego. Odmiennie natomiast zachowuje się średnia dobowa waga stolców w doświadczeniu III., albowiem podczas podawania »Zubera« wzrasta o 55 g. t. j. o 41% w stosunku do okresu I.; z chwilą zaś odstawienia »Zubera« zaczyna opadać, lecz jest jeszcze o 36 g. t. j. o 27% większa niż w okresie wstępnym.

4. Średnia dobowa ilość całkowitego azotu kału spada w dośw. I. i II. w czasie stosowania »Zubera« o 0·0892—0·8578 g. t. j. o 6·6—43% poniżej ilości okresu wstępnego; w okresie zaś III. podnosi się wprawdzie, lecz jest jeszcze w stosunku do odpowiednich ilości okresu I. o 0·0661—0·1838 g. t. j. o 4·9—9% mniejsza. W doświadczeniu III. przeciwnie zwiększa się średnia dobowa ilość całkowitego azotu kału w okresie II. o 0.2262 g. t. j. o 12% w stosunku do okresu wstępnego i pozostaje na tym poziomie i po odstawieniu »Zubera«.

5. Średnia dobowa ilość azotu bakteryj kału zmniejsza się we wszystkich doświadczeniach podczas podawania »Zubera« o 0·104—0·1612 g. t. j. o 8—21·7% w stosunku do okresu I.; po zaprzestaniu stosowania »Zubera« zmniejsza się ona w doświadczeniu I. jeszcze więcej, gdyż różnica w stosunku do okresu I. wynosi 0·1964 g. t. j. 26·7%. Natomiast w doświadczeniu 2 i 3 zwiększa się średnia dobowa ilość azotu bakteryj o 0·3138 – 0·4123 g. t. j. o 25—68% ponad odpowiednią wartość okresu wstępnego.

6. Średnia dobowa ilość azotu pokarmowego w stolcach okazuje w doświadczeniu I. w II. okresie zwiększenie o 0·0719 g. t. j. o 11·8%, w okresie zaś III. o 0·1303 g. t. j. o 21.2% w stosunku do okresu I. W doświadczeniu II. zmniejsza się podczas stosowania »Zubera« o 0·7583 g. t. j. o 54% w stosunku w porównaniu z okresem I.; po odstawieniu zaś »Zubera« różnica zaczyna się zmniejszać, lecz wynosi jeszcze 0·5961 g. t. j. 42% odnośnie do okresu I. W dośw. III. stwierdzamy w II. okresie zwiększenie się średniej dobowej ilości azotu pokarmowego o 0·3085 g. t. j. o 49% ponad ilość okresu I., po odstawieniu zaś »Zubera« stwierdzamy jej spadek o 0·1033 g. t. j. o 16% poniżej ilości okresu wstępnego.

7. Średnia dobowa ilość moczu zwiększa się w doświadczeniu I. i II. w ciągu stosowania »Zubera« o 92 do 690 cm³ t. j. o 8—88% w stosunku do okresu I-ego; z chwilą odstawienia »Zubera« spada wyraźnie, tak, że w doświaczeniu I. jest ona już tylko o 37% większa od ilości dobowej okresu I. W II. zaś doświadczeniu spada ilość dobowa moczu z chwilą odstawienia »Zubera« o 46 cm³ t. j. o 4% poniżej odpowiedniej ilości okresu I. W doświadczeniu III. stwierdzamy podczas podawania »Zubera« spadek średniej dobowej ilości moczu o 19 cm³ t. j. o 2.3% poniżej wartości okresu I.; ten spadek jest jeszcze wybitniejszy po zaprzestaniu podawania »Zubera«, różnica bowiem odnośnie do okresu I. wynosi 181 cm³ t. j. 22%. — Odpowiednio do wahań ilości moczu zachowywał się i jego ciężar gatunkowy t. j. spadał ze wzrostem ilości moczu i naodwrót.

8. Średnia dobowa kwasota moczu wyrażona w ilości cm³ n/10 NaOH, zmniejsza się we wszystkich do-

świadczeniach w czasie stosowania »Zubera« o 116—226 cm³ n/10 NaOH, t. j. o 25—48% w stosunku do okresu I.: z chwilą zaś odstawienia »Zubera« zaczyna kwasota wyraźnie się zwiększać, jakkolwiek w doświadczeniu 1 i 3 nie osiąga jeszcze wartości okresu I. Natomiast w doświadczeniu II-em zwiększa się nawet o 2% w stosunku do okresu I.

9. Średnia dobowa ilość całkowitego azotu moczu spada we wszystkich doświadczeniach w czasie picia »Zubera« o 0·9694—1·9268 g. t. j. o 6—14% w stosunku do odpowiednich ilości okresu wstępnego. Z chwilą odstawienia »Zubera« wykazuje ona w doświadczeniu 1 i 2 wybitne wzmożenie, tak że w doświadczeniu I. jest ona już tylko o 0·5556 g. t. j. o 4·3% mniejsza, niż w okresie I., w doświadczeniu II. zaś wykazuje nawet wzrost ponad odpowiednią ilość okresu o 0·175 g. t. j. o 1%. Natomiast w doświadczeniu III. stwierdzamy w okresie III. jeszcze większy spadek niż w okresie II., tak że różnica odnośnie do okresu I. wynosi 2·0764 g. t. j. 15%.

10. Średnia dobowa ilość mocznika moczu spada w okresie picia »Zubera« we wszystkich doświadczeniach o 0·7402 - 4·9407 g. t. j. o 2·4—18% w stosunku do okresu I. Z chwilą zaprzestania stosowania »Zubera« zauważa się we wszystkich doświadczeniach wybitną skłonność do wzrostu średniej dobowej ilości mocznika, tak że w doświadczeniu I. jest ona już tylko o 0·5804 g. t. j. o 2·2%, w doświadczeniu zaś III. już tylko o 3·6472 g. t. j. 13% (w okresie II. o 4·9407 g. t. j. 18%) mniejsza od odpowiednich ilości okresu I. W doświadczeniu II. natomiast ta skłonność do wzrostu jest jeszcze wybitniejsza, gdyż ilość dobowa mocznika zwiększa się o 2·0362 g. t. j. o 6·6% ponad dobową ilość mocznika okresu I. Zupełnie te same wahania odsetkowe, jak ilość mocznika, okazuje oczywiście we wszystkich doświadczeniach i średnia dobowa ilość azotu mocznika.

11. Średnia dobowa ilość kwasu moczowego zwiększa się w doświadczeniu I. podczas stosowania »Zubera« o 0·0174 g. t. j. o 3·7%, po odstawieniu zaś »Zubera« jeszcze więcej, bo o 0·0218 g. t. j. o 4·7% ponad odpowiednią ilość okresu I. W doświadczeniu 2 i 3 stwierdzamy w czasie picia »Zubera« wyraźny spadek średniej dobowej ilości kwasu moczowego o 0·0143 g. — 0·0430 g. t. j. o 2—6% poniżej odpowiednich ilości okresu I. Natomiast po odstawieniu »Zubera« zauważamy w obu tych doświadczeniach wyraźną skłonność do wzrostu ilości kwasu moczowego, tak, że w doświadczeniu 2 jest ona nawet o 0·0198 g. t. j. o 3% większa, niż w okresie I.; w doświadczeniu III-em zaś, jakkolwiek się zwiększa, to jest jednak jeszcze o 0·0199 g. t. j. o 3% (w okresie II. o 6%) mniejsza, niż w okresie I. Rzecz prosta, takie same wahania odsetkowe wykazuje i średnia dobowa ilość azotu kwasu moczowego.

(C. d. n.)

Dr. Zdzisław GORECKI, Warszawa.
Dr. Piotr DEMANT.

Wpływ niektórych zabiegów leczniczych fizycznych na odczyn skłaczania osocza krwi.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawsk.
Dyrektor: Prof. A. Gluziński.

Mechanizm działania niektórych bodźców fizycznych, stosowanych w lecznictwie, podobnie, jak i problem »zaziębienia«, nie znalazł do dnia dzisiejszego jasnego wytłumaczenia. Obie te sprawy są ze sobą poniekąd związane, gdyż tak w jednej, jak i w drugiej bodźce cieplne grają najważniejszą rolę. Jakże często się zdarza, że ten sam osobnik, stosując ten sam zabieg hydro-terapeutyczny, przypisuje mu raz działanie korzystne, innym zaś razem obwinia go o wywołanie schorzenia, określonego mianem »przeziębienia«. Aczkolwiek »przeziębienie«, pod postacią nieżytu dróg oddechowych, jest sprawą powikłaną też przez działanie drobnoustrojów, nie mniej czynnik cieplny wywarł tu pewien wpływ.

Nie brak też badań nad działaniem bodźców fizycznych na ustrój, poczynając od tych, które miały na celu przedewszystkiem wykazanie, że istotnie bodziec fizyczny jest przyczyną pewnych odczynów ze strony ustroju, aż do badań, które wydobywały na jaw pewne szczegóły tego działania. W referatowym artykule Blassberga (Polska Gazeta Lek. Nr. 15/16 1922) znajdujemy przedstawienie poglądów na tę sprawę, których tu bliżej omawiać nie będziemy.

Natomiast zwrócimy uwagę na wyniki badań nad wstrząsem anafilaktycznym, wstrząsem hemoklastycznym i koloidowym, oraz nad wpływem układu wegetatywnego, na ustrój, gdyż z tych to przesłanek wyłoniło się zagadnienie, któremu poświęciliśmy niniejszą pracę. Badania dotychczasowe wykazują niezbicie, że cały szereg podniet nieswoistych (do których należą też i interesujące nas zabiegi lecznicze) może wywołać ogólne odczyny ustroju, skierowane bądźto ku zdrowieniu, bądź też ku zachorzeniu. Odczyny te wyrażają się przedewszystkiem pewnemi zmianami we krwi i to zarówno w jej morfologji, jak i w zachowaniu się pod względem fizycznym i chemicznym.

Nam chodziło o bliższe wejrzenie w mechanizm działania tych zabiegów, które z dawien dawna znajdywały jak najszersze zastosowania w lecznictwie. Czy zabiegi te mogą wywołać jakieś głębsze, ogólne odczyny ze strony ustroju?

W szczególności zaś zainteresowaliśmy się w pracy niniejszej bodźcami słabemi, które bardzo często chorzy stosują sobie sami, względnie czynią to z porady otoczenia. Do bodźców tych należą: bańki, lawatywa i ciepło. Tego ostatniego używaliśmy dla wygody pod postacią kąpieli elektrycznych (lampek) przez 20 minut, a w niewielu przypadkach pod postacią ciepłej kąpieli.

Zanim przystąpimy do szczegółowego omówienia swych badań, wspomnieć musimy o doświadczeniach Sabatowskiego i Kmietowicza, Filińskiego oraz Sochańskiego, gdyż one dotyczą bezpośrednio naszego tematu.

Pierwsi stwierdzili doświadczalnie (na psach), że stosowanie zabiegów wodnych o różnej ciepłocie wywołuje zmiany we krwi zwierzęcia, polegające na różnicach w parciu krwi, na ilości ciałek białych, krzepnięciu krwi i zawartej w niej ilości cukru — że zmiany te są analogiczne do tych, które widzimy przy wstrząsie anafilaktycznym i wstrząsie hemoklastycznym — oraz, że wyrazistość tych zmian zależy od różnicy między ciepłotą ciała zwierzęcia, a ciepłotą wody, użytej do zabiegów. Doświadczenia polegały na przemywaniu żołądka i jelita grubego [1]). Prace Sochańskiego (Pol. Arch. Med. wewn. T. I. Z. 2 i 3) dotyczą badań nad kwasotą moczu u ludzi, po zastosowaniu próby Widala, naświetlaniu słońcem lub po bańkach, przyczem wykazał on pewną analogję w występowaniu odczynów na te podniety.

Przytaczając powyższe prace, pomijamy oczywiście liczne badania, w których stosowano podobne zabiegi, podkreślamy tylko, że zmiany, powstałe pod wpływem bodźców fizycznych nie mogą być uważane ani za miejscowe jedynie, t. j. ograniczone tylko do miejsca zadziałania (n. p. bańki), ani też nie podobna ich tłumaczyć jedynie lokalnym odruchem. Bezwątpienia i jedno i drugie ma miejsce, obok tego jednak, pod wpływem tych bodźców występują zmiany ogólne w ustroju, wyrażające się w przemianie materji (wahania w kwasocie moczu, w badaniach Sochańskiego) w ilości ciałek białych, cukru i krzepliwości krwi. Z wyników powyższych trudno jest jednak sądzić wprost o stanie koloidowym krwi. Ze względu zaś na to, że obecnie tak wiele i tak często mówi się właśnie o zachwianiu lub ustaleniu stanu koloidowego krwi — postanowiliśmy przeprowadzić nad tem właśnie swe badania.

Czem jest stałość koloidowa osocza lub surowicy krwi, o której zachwianiu wspominaliśmy wyżej? Jest nią stan ciał koloidowych (białko, lipoidy i t. d.) w roztworze, który zawiera cząsteczki powyższych ciał, co makroskopowo nadaje

---

[1]) Sabatowski i Kmietowicz. O termicznym i osmotycznym wpływie wody na przewód pokarmowy i ustrój zwierzęcy w ogólności. Polska Gaz. Lek. Nr. 23 i 24, 1923.
W dziele Sabatowskiego p. t. »Klimatoterapja ogólna i zdrojowiskowa« (1923) autor rozpatruje działanie rozmaitych bodźców fizycznych (między innemi i tych, które były i przez nas stosowane) ze stanowiska wyżej wyłożonego.

płynowi wygląd przejrzysty. Zachwianie tej stałości koloidowej wywołuje wypadanie powyższych ciał koloidowych z roztworu w postaci kłaczków (kłaczkowanie). Działając na przejrzystą surowicę lub osocze krwi *in vitro* bodźcami chemicznemi, cieplnemi lub elektrycznemi możemy zakłócić równowagę koloidową płynu i wywołać wypadanie kłaczków. W myśl powyższego, sposoby badania stałości koloidowej jakiegoś płynu (osocza lub surowicy), polegają na miareczkowaniu podniety, czyli oznaczaniu jej siły właśnie wystarczającej do zburzenia równowagi koloidowej płynu, co wyraża się skłaczeniem.

Sposobów powyższych posiadamy kilka (Daranyi, Sachs i Oetingen, Gerloczy i w. i.), wszystkie one jednak wymagają takiej ilości krwi (do paru cm^3), której pobieranie utrudniłoby bardzo badania »w serji«, niezbędne dla naszego założenia.

Pod tym względem jedyną odpowiednią dla nas metodą jest próba, podana (z kliniki prof. Gluzińskiego) przez W ę g i e r k ę. Polega ona na pobraniu 0,2 cm^3 krwi z palca do probówki od wirówki, w której znajduje się 0,4 cm^3 2% cytrynianu sodu. Po krótkiem wirowaniu rozdziela się rozcieńczone cytrynianem osocze do czterech małych probówek (służących do odczynu Gruber-Widala) do: I-szej probówki 0,20 cm^3, II-giej probówki 0,10 cm^2, III-ciej prob. 0,05 cm^3, IV-tej probówki 0,05 cm^3, poczem dodaje się fizjologicznego roztworu soli, a mianowicie do II-giej — 0,10 cm^2, do III-ciej — 0,10 cm^3, do IV-tej — 0,15 cm^3. Wszystkie probówki wstawia się do łaźni wodnej na 52° C, gdzie trzymamy je przez 3 minuty, a po upływie tego czasu podgrzewamy szybko do 54° C i w tej ciepłocie utrzymujemy probówki przez następne 3 minuty. Przez cały czas trzymania probówek w łaźni wodnej co minutę śledzimy, czy w którejś z probówek nie wystąpi skłaczanie. W takim przypadku notujemy numer probówki i czas wystąpienia odczynu (Węgierko. Pol. Gaz. Lek. Nr. 28, 1924).

Według badań W ę g i e r k i skłaczanie, występujące w I-szej probówce nie dowodzi jeszcze istnienia stanu chorobowego, gdyż zdarza się ono i u ludzi zdrowych. Biologicznie tłumaczyć możemy fakt ten tem, że u niektórych osobników bez wybitniejszych zmian chorobowych wystąpić może ogólny, przejściowy stan, który wpływa na względnie nieznaczne osłabienie stałości koloidowej krwi. Przypuszczenie powyższe opieramy na wynikach naszych badań, do których omówienia przystępujemy.

Z góry już sądziliśmy, że tak słabe bodźce fizyczne, jak te, które zastosowaliśmy w swych badaniach, a które *caeteris paribus* porównaćby można do podniet, na jakie każdy niemal osobnik jest narażony, nie będą w możności wywołać znaczniejszych różnic w skłaczaniu. Dla uchwycenia tych drobnych wahań, które, w razie zgodności mogłyby mieć znaczenie, zmieniliśmy metodykę W ę g i e r k i, nie naruszając zresztą w niczem jej zasad. A mianowicie krew, pobraną według polecenia autora, a raczej uzyskane w ten sposób osocze, rozdzielaliśmy do czterech małych probówek w sposób następujący: I-szej — 0,16 cm^3 osocza, II giej — 0,10 cm^3 osocza + 0,06 cm^3 fizjolog. roztworu, III-ciej — 0,08 cm^3 osocza + 0,08 cm^3 fizjolog. roztworu, IV-ej — 0,06 cm^3 osocza + 0,10 cm^3 fizjologicznego roztworu soli (rozcieńczeń powyższych dokonywano zapomocą pipetki od hemoglobinometru Sahliego). Probówki trzymaliśmy w łaźni wodnej na 52° C przez 3 minnty, poczem podgrzewaliśmy do 54° C (3 minuty) wreszcie podgrzewaliśmy do 56° C (3 minuty). Oglądając co minutę przebieg odczynu, uzyskaliśmy w ten sposób metodykę o subtelniejszej a zarazem szerszej skali, niezbędnej dla naszego celu.

Badania nasze przeprowadzaliśmy u chorych, pozostających w łóżku: około godziny 8—10 przed południem: zawsze naczczo. Po pobraniu krwi, chorego poddawano zabiegowi, poczem w pół godziny powtórnie pobierano krew. U niektórych chorych badania powtarzano w następnych dniach, stosując inny zabieg.

Materjał chorych, poddanych naszym badaniom, był początkowo dowolny i przypadkowy, niebawem jednak zmuszeni byliśmy do wybierania chorych, a to ze względu na to,

T A B L I C A I.

Wyraźne lub zaznaczone ustalenie stanu koloidowego osocza.

Nr. porządk.	Nr. chor.	Rozpoznanie	Zabieg	Skłacz. przed zabiegiem	Skłacz. po zabiegu
1	12	tbc. pulm. dextr.	lampki	2, 4, 5	3, 5
2	12	„	bańki	3, 4, 5	3
3	23	tbc. pulm. dextr. pleur. exs. d.	„	2, 3, 4	3, 7
4	24	„	lawatywa	2, 4, 4	3
5	26	bronchopneum. c. pleur. exs.	lampki	2, 2, 3, 4	3, 3
6	2	emph. pulm. bronch.	bańki	5, 8	0
7	2	„	lampki	3, 5	0
8	5	nephr. haemorrh. aortitis l.	lawatywa	5, 7	0
9	16	trichinosis	bańki	3, 5	0
10	6	tbc. pulm. dextr.	lawatywa	4, 5, 6, 6	5, 6, 7
11	7	ca. incip. ventr.	bańki	4, 8	4
12	9	neurasthenia	„	5	0
13	14	ca. oesoph.		3	0
14	25	ca. ventriculi	bańki	3	0
15	2	emph. pulm. bronch.	„	3	4
16	2	„	lawatywa	4	5
17	2	„	lampki	3	4
18	3	diabet. mell.	lawatywa	4, 5	5, 6
19	4	trichinosis	„	6	7
20	4	„	lampki	7	9
21	6	tbc. pulm. dextr.	bańki	3, 6	3, 7
22	6	„	lampki	3, 4	4, 6
23	7	ca. incip. ventr.	lawatywa	3	5
24	8	emph. pulm. bronch. diff.	„	3, 5, 6	4, 6, 7
25	8	„	bańki	4, 6, 7	4, 6, 9
26	9	neurasthenia	lawatywa	4	5
27	9	„	lampki	5	6
28	9	„	kąpiel	5	7
29	10	ulcus duod.	bańki	8	0
30	10	„	lawatywa	8	0
31	12	tbc. pulm. dextr.	bańki	2, 3	3, 4
32	12	„	„	2	3
33	15	tbc. pulm.	lawatywa	4	5
34	15	„	lampki	3	4
35	16	trichinosis	lawatywa	3	4
36	18	„	bańki	2, 3	2, 4
37	22	„	lampki	4	5
38	24	„	bańki	3	4

że zarówno ozdrowieńcy po lekkich chorobach, jak i chorzy, których krew przed doświadczeniem żadnego skłaczania (t. j. w żadnej probówce) nie wykazywała, nie reagowali zupełnie na podnietę. Doświadczeń takich zanotowaliśmy 14 (grupa I.). Tak więc tylko chorzy, których krew przynajmniej w pierwszej probówce wykazywała skłaczanie, mogli być przedmiotem naszych dociekań.

W szczegółach wyniki nasze przedstawiają się następująco (grupa II.):

Jeden chory (ciężka gruźlica płuc) nie wykazywał żadnej różnicy w skłaczaniu po zabiegach: lawatywa i bańki.

Trzech chorych wykazało w 6-ciu badaniach zachwianie się stałości koloidowej. A mianowicie chory z gruźlicą płuc, po kąpieli elektrycznej (3, 7—3, 5, 7) i (2, 4, 4—2, 3, 4), po lawatywie (3, 7—3, 6), po kąpieli wodnej (3—2, 3, 4, 4); chory na włośnicę po kąpieli wodnej (3 2); chory z dusznicą oskrzelcwą po kąpieli elektrycznej (2—3, 4, 5) [2]).

Pozostali chorzy w liczbie 11-stu, poddani badaniom (38) wykazali zaznaczone tylko lub wyraźniejsze ustalenie koloidowe osocza. Przypadki te zasługują na szersze omówienie (patrz tablica I.).

Co należy uważać za wyraźne ustalenie równowagi koloidowej osocza, a co jedynie za jego zaznaczenie? Tu powołać się musimy na wyniki prac Węgierki, który twierdzi, że wystąpienie odczynu skłaczania w drugiej probówce (w oryginalnej metodyce) uważać należy za objaw patologiczny. Niewątpliwie zatem wystąpienie odczynu skłaczania u naszych chorych w probówce trzeciej (odpowiadającej drugiej probówce metodyki oryginalnej) przed doświadczeniem i znikanie jego po doświadczeniu posiadać będzie cechy wyraźnego ustalenia.

Tego rodzaju wyniki otrzymaliśmy na naszym materjale w pięciu przypadkach. Widzimy tu jako bodziec: kąpiel elektryczną, bańki, lawatywy; pod tym więc względem jakość bodźca nie odegrała żadnej roli.

Następnie uważać musimy za wynik niewątpliwie dodatni zupełne zniknięcie odczynu skłaczania u chorych, u których przed zabiegiem skłaczanie występowało w dwu pierwszych probówkach. Podobnych przypadków mamy 4 Stosowaliśmy zabiegi: bańki, lawatywa i kąpiel elektryczna; a zatem i tu nie widzimy żadnej zależności między rodzajem bodźca, a wynikiem zabiegu.

W pięciu przypadkach znajdujemy jedynie zaznaczone ustalenie stanu koloidowego osocza, wyrażające się przesunięciem w stronę ustalenia o trzy minuty t. j. o różnicę, której nie spotyka się u chorych przy powtarzanych, co parę dni, badaniach przed zabiegiem, chyba wówczas, gdy stan ich ulega jakimś wyraźniejszym zmianom w kierunku pogorszenia.

W ten sposób grupa wyraźnego lub zaznaczonego ustalenia wynosi szesnaście przypadków.

W pozostałych 24-ch przypadkach znajdujemy tak małe zmiany, że same przez się nie posiadają one żadnego znaczenia; jeśli jednak zbierzemy je wszystkie obok siebie, uwzględniając najsłabsze nawet przesunięcia, podobnie, jak to uczyniliśmy w grupie o zachwianej równowadze koloidowej, wówczas i te 24 przypadki rzucą pewne i ciekawe światło.

Z zestawienia Tablica II. wynika, że gdybyśmy chcieli oprzeć się na statystyce naszych przypadków, ujętej w postaci odsetkowej, to wówczas 1/4 względnie 1/3 wszystkich przypadków wykazuje ustalenie: około 1/10 zachwianie, 1/25 pozostaje bez zmiany, a nieco więcej niż 1/3 (względnie połowa) przypadków wykazuje, aczkolwiek słabą, tendencję ku ustaleniu raczej, niż ku zachwianiu.

Tablica II.

Grupa		Ilość doświadczeń	w odsetkach	w odsetkach (po odliczeniu 14 przyp. grupy I.)
Grupa II.	bez zmiany	2	3,3%	4,3%
	zachwiania	6	10,1%	13,0%
	ustalenia	14	23,3%	30,5%
	minimalnie zaznaczone ustalenie	24	40,0%	52,2%
Grupa I.		14	23,3%	—
Razem		60	100,0%	100,0%

Sądzimy jednak, za Disraelim, że opieranie się na statystyce jest — nader zwodnicze i, rezygnując z liczbowego sposobu przekonywania czytelnika, przystępujemy do podania stanowiska, jakie zajmujemy wobec powyższych spostrzeżeń.

Sama możliwość wpływania na stałość koloidową osocza krwi (zarówno w jednym, jak i w drugim kierunku) zapomocą tak słabych podniet, jak te, które stosowaliśmy w swoich doświadczeniach — posiada pewne znaczenie. Znaczenie to jest niezaprzeczone w tych niewielu przypadkach (a wszak nie o ilość ich chodzi), w których zmiany stanu koloidowego krwi obracają się wyraźnie w granicach patolo gji, w których wyraźne zachwianie możemy zupełnie znieść, względnie jeszcze bardziej pogłębić. Znaczenie to jest tem większe, że według dotychczasowych badań wszystkich autorów, zajmujących się tą sprawą, zachwianie równowagi koloidowej osocza lub surowicy krwi jest wynikiem nie jednego jakiegoś czynnika (i Węgierko w następnych swych pracach, w podobny sposób ujmuje swój »czynnik zlepiający«), ale zachwianie to jest wyrazem zmian, sięgających jak najgłębiej w ustrój Wszystkie badania kliniczne nad stałością koloidową osocza u chorych wykazują, że zachwianie się jej spotykamy w niektórych, przeważnie ciężkich przypadkach, natomiast wiele schorzeń powyższego zachwiania nie wywołuje; osocze krwi zdrowych, nigdy skłaczania nie wykazuje, Przypadki nasze wyniki te w zupełności potwierdzają.

W rozpatrywaniu powyższych faktów uwzględnić musimy, że zarówno metodyka Węgierki, jak i inne używane w klinice, dają nam możność badania stanu stałości koloidowej w pewnem, ograniczonem jedynie rozpięciu. Metodyki te mają na celu badanie raczej stanów chorobowych i tych które graniczą ze stanem, zwanym prawidłowym; być zatem może, że surowica, względnie osocze krwi zdrowych, wykazuje we wzajemnym ich porównaniu, pewne różnice, może nawet o większej rozciągłości, którymi dotychczas ani fizjologja nie zajmowała się, ani klinika.

Jaki jest mechanizm działania słabych bodźców fizykalnych na ludzi, których osocze wykazuje skłaczanie przed doświadczeniem? Czy chodzi tu o działanie miejscowe? Czy o odruch? Czy może o cały kompleks zmian?

Pod tym względem jesteśmy przekonani, że chodzi tu o kompleks zmian, za czem przemawia sama natura zjawiska stanu koloidowego osocza krwi zarówno u zdrowych, jak i u chorych w okresie, gdy zasadnicze schorzenie nie ulega wahaniom. Chorzy na cierpienie przewlekłe, nie zmieniające swych objawów z dnia na dzień, wykazują też niezmienne niemal właściwości osocza, badanego kilkakrotnie, w pewnych odstępach czasu (oczywiście przed doświadczeniem) nawet wówczas, gdy chodzi o krew, znajdującą się w pewnym stopniu chwiejności koloidowej. Trudno jednak przypuścić, by warunki odruchowe i miejscowe przez cały ten czas pozostawały zawsze te same. Klinicznie jest nawet

---

[2]) Dla skrócenia wyniki podawać będziemy w liczbach, które oznaczają ilość minut (t. j. aż do 9). W razie, gdy skłaczanie wystąpiło też i w następnych probówkach znaczymy je, oddzielając przecinkiem; wyniki po zabiegu podane są po pauzie. N. p. skłaczanie przed zabiegiem w probówce I-szej po upływie 3 minut; w próbówce II-giej po 5-cin minutach, po zabiegu skłaczanie wystąpiło w próbówce I-szej po 2-ch minutach, w probówce II-giej po 3 ch minutach. Wynik ten oznaczymy: (3, 5—2, 3).

rzeczą wprost niemożliwą skontrolowanie tych stosunków z odpowiednią ścisłością. Musimy jednak podkreślić, że, aczkolwiek chodzi tu, wedle naszego mniemania, o kompleks zmian, to jednak miejscowe działanie (przekrwienie, wzmożona przemiana materji odcinka skóry, podrażnienie ścian jelita i t. d.) i odruch (naczyniowo-ruchowy w narządach odległych, drogą nerwów czuciowych i ruchowych) grają też pewną rolę. Sądzimy, że, za pośrednictwem miejscowego działania i odruchu (może raczej odruchów!) dochodzi do całego kompleksu zmian w szeregu narządów, zwłaszcza miąższowych (tu chcielibyśmy podnieść możliwość współdziałania płuc, których różnorodne czynności, w znacznej części jeszcze niezbadane, podnosi prof. Roger od roku 1921), co dzieje się albo drogą krwi, lub, co wydaje nam się bardziej prawdopodobnem, drogą układu wegetatywnego, przy współudziale gruczołów dokrewnych.

Powołujemy się tu nietylko na badania, o których już ogólnie wspominaliśmy, badania dotyczące wpływu układu wegetatywnego na przemianę materji i inne zjawiska ustrojowe, ale opieramy się tu na jeszcze nieogłoszonych a uprzejmie nam udzielonych wynikach dociekań Węgierki i Paliera oraz Eleonory Reicher, którzy, na klinice prof. Gluzińskiego dokonywali współcześnie z nami doświadczenia nad skłaczaniem osocza tą samą metodą, pod wpływem drażnienia układu wegetatywnego. Z badań tych wynika niezbicie, że drażnienie układu wegetatywnego środkami farmakologicznemi może wywołać zmiany w równowadze koloidowej osocza krwi ludzi chorych.

Przedwczesną jednak byłaby tu szczegółowa analiza mechanizmu działania słabych bodźców fizycznych na stałość koloidową osocza. Danielopolu, E. Reicher, Sochański, Dreser i inni słusznie podkreślają konieczność odróżniania stosunków anatomicznych układu wegetatywnego od jego właściwości fizjologicznych i w stanach patologicznych, których rozmiaru i szczegółów jeszcze nie znamy dostatecznie. Dlatego poprzestaniemy jedynie na podkreśleniu naszego przypuszczenia o roli układu wegetatywnego w naszych doświadczeniach.

Gdyby przypuszczenie nasze w przyszłości okazało się słuszne, mielibyśmy wyjaśnienie bardzo ciekawego zjawiska biologicznego, wchodzącego w zakres mechanizmu zdrowienia. Dziś praca nasza dostarcza tylko nowego dowodu, że nawet słabe podniety, zupełnie nieswoiste, mogą wywoływać odczyny ogólne ustroju. Jeśli zaś uwzględnimy, że odczyny przez nas spostrzegane przebiegają raczej w kierunku ustalenia równowagi koloidowej osocza krwi, bez względu na to, w jaki sposób dochodziłoby to do skutku, wówczas znajdziemy częściową, twierdzącą odpowiedź na pytanie, czy korzystne działanie, uzyskane po stosowaniu baniek, lawatyw, ciepła na skórę i t. p. ma uzasadnienie naukowe. Nadto otrzymujemy też wskazówkę, z naszych, nielicznych coprawda badań, że wspomniane zabiegi mogą wywołać w pewnych przypadkach, zwłaszcza cięższych, skutki niepożądane. Pogorszenie podmiotowego stanu naszych chorych po zabiegach, zwiększających chwiejność koloidową osocza, zdają się popierać to przekonanie.

Zbierając wyniki naszych dociekań, podkreślamy, że:

1. Zabiegi przez nas stosowane nie wywołują skłaczania osocza krwi u ludzi, którzy przed zabiegiem wykazywali stan zupełnego ustalenia (grupa I).

2. Zabiegi powyższe mogą wywołać zmiany w równowadze koloidowej osocza u tych osobników, u których przed zabiegiem wykazać można było pewne zaburzenie równowagi. A mianowicie uzyskano:

a) ustalenie koloidowe osocza u osobników lżej chorych,

b) jeszcze silniejsze zachwianie równowagi koloidowej u osobników cięższej chorych.

3. Nie zauważono różnic w działaniu poszczególnych bodźców fizycznych.

Doc. Dr. A. SABATOWSKI. Lwów.

O znaczeniu pomiarów światła słonecznego dla medycyny wogóle, a w szczególności w Polsce*).

Zagadnienia fizyki atmosfery spotkały się w ostatnich czasach ze żywem zainteresowaniem także poza kołami zawodowych geofizyków. Stało się to w następstwie coraz wyraźniejszego wyjaśniania się związku najrozmaitszych właściwości atmosfery z warunkami i objawami naszego życia, a — co zatem idzie — możliwości osiągania znacznych korzyści praktycznych z badań, jużto ściśle naukowych, jużto statystyczno-opisowych. Fizjologja i patologja, tak roślin jak i człowieka, a więc rolnictwo i lecznictwo, teorja i praktyka lotnictwa, eugenika i ekonomja, wszystkie te działy oczekują znacznych korzyści z postępu i rozpowszechnienia badań nad atmosferą i one też legitymują postulat szczodrobliwości państwa i społeczeństwa na cele tych badań.

Rozważając pokrótce to zagadnienie ze stanowiska lekarskiego, należy oczywiście pominąć zupełnie to wszystko, co oddawna już ogólnie jest znane, a podnieść tylko rzeczy nowe albo te, które dzięki nowym badaniom, geofizycznym lub lekarskim, nabrały zupełnie innego znaczenia. Oczywiście dużo jest tu jeszcze zagadnień o niecałkiem jasnych zarysach wskutek trudności zebrania dość licznego i wszechstronnego materjału, wskutek niedostatecznego jeszcze nieraz krytycyzmu w ocenie zjawisk lub wskutek jeszcze nieuregulowanej współpracy geofizyków z lekarzami.

Badania nasilenia promieniowania słonecznego i to tak we frakcji pozaczerwonej, jak widzialnej i pozafjołkowej udoskonaliły się dopiero w ostatnich latach i teraz też dopiero zaczynają się rozpowszechniać. Jest rzeczą pewną, że różnice procentowe w składzie tych promieni, które osiągają pewien punkt ziemi w pewnej porze roku, są dla różnych okolic różne i dla klimatu tych okolic charakterystyczne, tak, że obliczenia zrobione w kilku punktach n. p. obszaru Polski nie mogą dać wyobrażenia o »klimacie świetlnym« całego państwa oraz dać podstawy do badań klimatyczno-lekarskich. Widać też stąd, że zagadnienie, o którem chcę mówić, leży zdala od tego, co dziś stanowi przedmiot nauczania hygieny światła.

Musimy podnieść, że prawie od początku 19 wieku patologowie interesowali się żywo stosunkiem schorzeń ustroju do warunków geofizycznych bytowania człowieka. Gromadzono wówczas sporo materjałów spostrzegawczych i pisywano dzieła z zakresu »geograficznej patologji«. Epoka rozwoju bakterjologji zepchnęła jednak te prace w niepamięć wprzód ośmieszywszy je doszczętnie. Obecnie bakterjologja jako wiedza i światopogląd lekarski uzyskała wyraźne granice, a straciła młodzieńcze złudzenia, widzimy dziś, że poza domeną drobnoustrojów zostało bardzo dużo postaci chorobowych lub stanów, które trudno wyraźnie odgrodzić od norm »zdrowia«, a które są następstwem zachwianej równowagi ustroju, często bardzo przez warunki klimatyczne. Obecnie przeglądanie dzieł dawnych geofizycznych patologów pobudza do twórczej pracy, a nabyty w ubiegłym okresie zapas wiedzy pozwala łatwiej dziś niż przed stu laty wyodrębnić i ocenić doniosłość czynnika klimatycznego w patologji. Równocześnie rozkwitają od początku 20-go wieku badania nad leczniczem działaniem światła słonecznego i sztucznego (lampa Finsena, lampy rtęciowo-kwarcowe). Badania te, (które powodowały czasem mimowolnie doświadczenia nad uszkodzeniem przez promienie) — nadały pracom klimatologicznym i klimatoleczniczym kierunek decydujący, który obiecuje być bardzo owocnym dla medycyny, tak teoretycznej, jak i praktycznej, zwłaszcza w oparciu o naukę o układzie wegetatywnym ustroju.

Doskonałą pomoc dla tych badań stanowi obecne rozpowszechnianie się instytutów dla geofizyki i klimatologji lekarskiej we wszystkich szerokościach kuli ziemskiej jak i na wszelkich poziomach nad powierzchnią morza, a zwłaszcza

*) Rzecz wygłoszona na wspólnem posiedzeniu sekcyj geofizyki, fizjologji i wychowania fizycznego Zjazdu Przyrodników i Lekarzy w Warszawie dnia 13 lipca 1925 r.

w zbogaconej w czasie wojny w Ameryce. Jak dalej wykażę, potrzeba takich zakładów w Polsce jest pilną, a ich otwarcie rokuje dla medycyny znaczne korzyści naukowe i praktyczne. Dla przygotowania jednak tych korzyści potrzeba znacznego zbliżenia między geofizykami a lekarzami, chcącymi pracować w klimatologji lekarskiej lub w klimatoterapji. Geofizycy muszą się zapoznać z postulatami lekarskiemi, a lekarze z elementami geofizyki.

Jest rzeczą bardzo charakterystyczną i pouczającą, że najwięcej do rozwoju klimatologji lekarskiej przyczynili się Niemcy i Duńczycy, u których współpraca geofizyków z lekarzami od szeregu lat jest bardzo ścisła (Baur, Dorno, Hellpach, Kestner, Jesionek, Pincussen, Sonne, Strandgaard i inni). Niemcy pracują też wyraźnie z zamiarami praktycznemi, do których należy, między innemi, uzyskanie samowystarczalności obszarów niemieckich pod względem leczenia klimatycznego.

Jednakowoż nie tylko zagadnienia lecznicze mogą mieć cele praktyczne. Cenne wskazówki dla życia potocznego mogą mieć także badania nad klimatopatologją danego kraju lub grupy krajów lub nad klimatofizjologją. Przytoczę tu jako przykłady szereg łączących się ze sobą zjawisk o wspólnem podłożu »klimatu świetlnego« dla objaśnienia osobliwego charakteru tego rodzaju badań. Unikać przy tem będę rzeczy ogólnie znanych i docenianych należycie.

Dzisiejsza metodyka badań klimatolekarskich opiera się z jednej strony na dokładnem poznaniu klimatu własnego kraju i to nie w ogólnych zarysach, ale jaknajbardziej szczegółowo, a z drugiej na porównywaniu spostrzeżeń lekarskich z własnego kraju ze spostrzeżeniami z jaknajwiększej ilości krajów ościennych i dalszych, których klimat jest dokładnie poznany. Wobec potęgowania się w różnych obszarach kuli ziemskiej różnych czynników klimatycznych występują wyraziściej od nich zależne zmiany w ustroju ludzkim, a to kieruje uwagę i zaostrza bystrość w wykrywaniu we własnym kraju lub całej strefie geograficznej zależności pewnych zjawisk w życiu zdrowego i chorego człowieka od pewnego czynnika klimatycznego.

Kobieta szczepów polarnych nie miesiączkuje porą zimową. U zdrowej kobiety z naszej szerokości geograficznej zjawisko to nie wystąpi mimo nawet kilkuletniego zimowania w strefie polarnej, gdyż pod długowiecznym wpływem klimatu nabyte właściwości stanowią bardzo trwałą cechę rasową. Wszak dzieci murzynów, których przodkowie przed 200 laty zostali przesiedleni z pod równika do Ameryki Północnej, wykazują dziś jeszcze większy odsetek przypadków krzywicy po przebyciu dość słonecznej zresztą zimy pod 40° szerokości północnej, niż dzieci ras europejskich, które przesiedliły się w tę samą szerokość geograficzną. Wobec tego, że nie ciepło, a światło ma wpływ decydujący na krzywicę, widoczny jest tu wpływ krótszego dnia zimowego. Znikanie miesiączki porą zimową spostrzega się czasem w naszej strefie u kobiet chorych. Z drugiej strony niezbyt rzadkie są przypadki zanikania miesiączki porą letnią u kobiet, które nie wykazują zmian anatomicznych w narządach płciowych a jedynie cierpią na zaburzenia w korelacji gruczołów wkrewnych. Ten ostatni moment w zestawieniu ze spostrzeżeniami ze stref polarnych i ustalonym już poglądem na rolę światła w stosunku do zaburzeń wegetatywnych, wytycza dalszą drogę badań nad tem zjawiskiem.

C. Gini zestawił tablice statystyczne z różnych krajów europejskich odnośnie do ilości porodów wogóle a w szczególności bliźniaczych, w stosunku do pór roku. Z zestawienia tego wynika, że na naszej półkuli największa ilość porodów wogóle przypada na zimę a najmniejsza na lato. Zjawisko to podnoszono już dawniej. Ciekawsze jest spostrzeżenie, że ilość porodów bliźniaczych rośnie od lipca do stycznia. Uwzględniając to wszystko wraz z okolicznością, że porody bliźniacze, a zwłaszcza trojacze, są zwykle przedwczesne, otrzymujemy ogólne prawidło, że kobieta najłatwiej zachodzi w ciążę i najpłodniejszą jest na wiosnę. Ta jednak okoliczność, że maksimum porodów bliźniaczych w statystyce Giniego przypada na tak długi okres, jak pełnych 6 miesięcy, skłoniła mię do szczegółowego rozpatrzenia tablic statystycznych z jego pracy. I oto ukazało się z nich, że maksimum porodów bliźniaczych w Hiszpanji, w Neapolu, Florencji i Bolonji przypada na schyłek lata, w Amsterdamie na jesień, w północnych Niemczech zaś na zimę i przeciąga się w Berlinie nawet na przedwiośnie. Tylko więc zesumowanie mechaniczne tych statystyk dało wynik niewyraźny i zaciemniający istotny stan rzeczy. Oto im krótszy dzień zimowy, a chmurniejsza i chłodniejsza wiosna, tem później występuje okres wzmożonej płodności. Położnicy, Gini i Cristalli, wyczytali w tych statystykach jeno atawistyczne podobieństwo wzmożonej wiosną płodności kobiety do wiosennej rui zwierząt, zaś ścisła zależność tego terminu od szerokości geograficznej i świetlistości klimatu uszła zupełnie ich uwagi. »Wiosna« kobiety berlińskiej przypada przeciętnie na maj, hiszpańskiej na koniec stycznia i luty. Prawdopodobnie rewizja zupełna statystyk na podstawie klimatologicznej wykazałaby, że ten okres nasilenia wiosennego trwa bliżej równika dłużej, zaś bliżej bieguna króciej, że jednak nasilenie wiosennego maksimum jest na północy silniejsze. Tak przynajmniej wynikałoby z porównania tablic Berlina i Luxemburga z jednej strony, a Hiszpanji i miast włoskich z drugiej.

W każdym razie widzimy jak możnym jest wpływ światła słonecznego na życie wegetatywne człowieka. Dalsze przykłady objaśnią to najlepiej.

Wiemy, że tryb życia matki, jej sposób żywienia się i wogóle warunki bytu bardzo mało wpływają na rozwój i wagę płodu. Potwierdziły to także spostrzeżenia z czasu wielkiej wojny. Tem ciekawsze było więc doniesienie H. Abels'a z Wiednia, że tam największa ilość noworodków z wysoką wagą ciała rodzi się w okresie od czerwca do sierpnia, a największa ilość z małą wagą od grudnia do marca. Badania Abels'a podjęli na znacznie większym materjale w Hamburgu K. Hellmuth i Wnorowski. Bardzo sceptycznie wobec praktycznych spekulacji Abels'a nastrojeni ci autorzy przyznają przecież, że w Hamburgu można także zauważyć to zjawisko, a mianowicie przypada maksimum wysokiej wagi noworodków na czas od lipca do września a minimum w lutym. Wzniesienia te są w różnych latach różne i nieraz niewyraźne. Wreszcie H. Schlossmann z Elberfeld wyznaczył na również bardzo wielkim materjale tamtejszym maksimum wagi na okres od lipca do października, a minimum na marzec.

Prace te ogłoszone w latach 1922 i 1923 *) pozostały bez echa, jak się zdaje, głównie z powodu sceptycyzmu autorów hamburskich, którzy, mimo oczywistą staranność o jaknajlepsze przygotowanie materjału bardzo obfitego (26.515 donoszonych noworodków z okresu 10 lat), zaniedbali wciągnąć w swą rachubę stan pogody w każdym roku, świetlistość pór roku i t. d. Dalej podnieść trzeba ze stanowiska klimatologji niedopuszczalność wprost mechanicznego porównywania wyników z nadmorskiego Hamburga, nizinnego Elberfeldu i wybitnie podgórskiego i dość już śródlądowego Wiednia. Ponadto klijentki hamburskich zakładów położniczych pochodzą z różnych krajów i ras, jak zwykle w mieście portowem, co na wagę płodów nie jest bez wpływu, a w statystyce tej zostało pominięte. W każdym razie różnice we wadze między latem a zimą bezprzecznie istnieją i trzeba będzie tylko stwierdzić, czy wcześniejsze występowanie maksimum wagi we Wiedniu jest przypadkowe (wobec mniejszej statystyki), czy też jest wyrazem pewnego prawa. Prace z polskich zakładów położniczych byłyby bardzo pożądane dla rozjaśnienia tej sprawy. Przy układaniu tej statystyki wypadałoby uwzględnić ostrożności techniczne, proponowane przez Hellmutha, dalej klimat świetlny miejsca i czasokresu, skąd materjał był pobrany i wreszcie podział materjału wedle pochodzenia (wieś i miasto) i rasy (Słowianie, Żydzi). Przybyli bowiem z południa żydzi wykazują dziś jeszcze pewne osobliwości rasowowe-wegetatywne jak n. p. wcześniejszy rozwój płciowy tak chłopców jak i dziewcząt. Z drugiej zaś strony ludność wiejska znacznie silniej jest

*) Wszystkie trzy w Klin. Wochenschrift.

wystawiona na czynniki klimatyczne niż zadomowiona ludność miejska. Sądzę, że w ten sposób ułożona statystyka polska nabierze tej wyrazistości, której brak owym trzem niemieckim i że może wystąpi różnica między statystyką lokalną wileńską a lwowską i krakowską, jako, że Wilno leży prawie o 5 stopni dalej na północ.

Wpływ pór roku odbija się jeszcze wyraźnie na wzroście dzieci we wieku przedszkolnym. Wedle statystyki niemieckiej Frank'a, przeprowadzonej na 100 zdrowych dzieciach z ochronki, najsilniejszy wzrost ciała zaznacza się od kwietnia do czerwca, poczem spada przez lipiec i sierpień, a podnosi się znów nieco w jesieni. Wzrastanie ciała porą zimową odpowiada miesiącom najskwarniejszym, w czem dowód hamującego wpływu zarówno nadmiaru ciepła jak i niedoboru światła. Przeprowadzenie takiej statystyki w Polsce, w licznych miejscowościach, na dużym materjale, z uwzględnieniem klimatu świetlnego, byłoby bardzo pouczające i praktyczne bo w okresie największego wzrastania musi być ilość pożywienia odpowiednio zwiększoną, co w zakładach publicznych, muszących się liczyć z groszem i wydawać żywność na porcje, nie jest rzeczą obojętną. O jednolitym szablonie racjonalnego żywienia dzieci w Polsce trudno myśleć, gdyż rozciąga się ona na 7 stopni szerokości geograf. i ma zarówno powiaty nadmorskie, jak wysokogórskie i śródlądowe.

W północno-zachodnich krajach Europy robi się obecnie próby ze zmianą trybu zajęć u dzieci szkolnych porą zimową. Mianowicie słoneczne godziny poranka przeznacza się na przechadzki i ćwiczenia na wolnem powietrzu, a szkołę odbywa się popołudniu przy wzorowem sztucznem oświetleniu. Rzecz ta warta jest próby i u nas.

O ile człowieka dorosłego wycofamy na dłuższy czas z jego zajęć codziennych i poddamy wpływowi korzystnego. klimatu, to możemy i u niego stwierdzić wyraźny wpływ światła na wagę ciała. Doświadczenia na zdrowych są na większą skalę zbyt kosztowne, ale bardzo obfite zestawienia wieloletnich statystyk z lecznic przeciwgruźliczych na całej prawie kuli ziemskiej, dokonane przez Strandgaard'a, wykazało u lekko chorych w Anglji, Danji i Holandji najwyższy przyrost wagi we wrześniu. Norwegja, ze swym długim dniem letnim, wykazała szczyt przyrostu już w sierpniu, natomiast znacznie bliżej równika położona Pensylwanja osiąga swój szczyt dopiero w październiku, a Indje przedgangesowe aż w listopadzie. I w lecznicach zaznacza się hamujący wpływ upałów na przyrost wagi, nie tyle jednak, by wpływ długości dnia letniego nie występował na plan pierwszy. Na półkuli południowej panują analogiczne stosunki, oczywiście w odwrotnym porządku. Dodać tu winienem, że właśnie sanatorja indyjskie i południowo-amerykańskie nie są narażone na upały, jako położone najwyżej na świecie *).

Wpływ klimatu świetlnego na stany chorobowe, tak w sensie wywołującym lub pogarszającym, jak w sensie leczniczym, to dziś tak już obszerna domena wiedzy lekarskiej, że nie można się nawet kusić o przedstawienie jej w krótkim zarysie. Wspomnę więc tylko o jednem ważnem zjawisku na ziemiach polskich, zaś pragnących szerszych wiadomości odsyłam do dzieł Jesionka, Hellpacha, Rolliera lub do mojej »Klimatoterapji«.

W krajach przylegających do kanału La Manche oraz do Morza Północnego, a więc w Anglji, zachodniej Francji, Belgji, Holandji, zachodnich Niemczech i Danji panuje wiosną choroba zwana »katarem wiosennym« lub »siennym«, ponieważ pojawia się w porze kwitnienia traw i zbóż. Choroba ta na ziemiach polskich jest bardzo rzadką, zaś w Stanach Zjednoczonych płn. Ameryki panuje ona nie na wiosnę a w sierpniu. Stwierdzoną przyczyną tej choroby jest pył kwiatowy traw i zbóż w Europie, zaś w Ameryce przeważnie pył rośliny Ambrosia Artemisiaefolia, która kwitnie tam w sierpniu. Pył ten wywołuje u podatnych osobników nieżyt spojówek ocznych i śluzówek dróg oddechowych, trwający nieraz do 3 miesięcy. Rozważając uprzywilejowane co do tej choroby stanowisko ziem polskich, a także i sąsiadujących z nami, zwłaszcza od południa, oraz ogólne zasady klimatopatologji, doszedłem do wniosku, że kraje zachodniej Europy zawdzięczają tę chorobę bardzo łagodnej, a mglistej i mało słonecznej zimie. Ten niedobór światła przy krótkości dnia zimowego powoduje, że wiosną szybko przyrastające nasilenie promieniowania wywołuje nadwrażliwość śluzówek i w tych warunkach pył roślinny wywołuje zmiany chorobowe do których u nas w Polsce brak warunków. Nasza zima bowiem jest mroźniejsza, bardziej słoneczna, zaś z powodu chłodniejszej wiosny pora kwitnienia traw i zbóż przypada znacznie później niż na zachodzie, w okresie długiego już dnia oraz na schyłku wiosennego przesilenia promieniowania.

Słuszności mojej teorji dowodzi przykład zachodnich Niemiec, gdzie »katar wiosenny« wyraźnie się spotęgował i rozpowszechnił po szybkiem uprzymysłowieniu tego kraju, a więc po wydatnem pogorszeniu stosunków świetlnych przez gęste dymy, wiszące z mgłą nad krajem porą zimową i na przedwiośniu. Nauka w tem dla Polski, aby, łącznie z rozbudową wielkiego przemysłu w zachodnich połaciach kraju, odznaczających się i tak łagodniejszą i chmurniejszą zimą niż na wschodzie — przeprowadzać udoskonalenie spalania węgla i jaknajszerszą elektryfikację ośrodków przemysłowych, nie tylko w celach ekonomicznych, ale i eugenicznych.

Występowanie »kataru siennego« w Ameryce płn. porą letnią a nie wiosenną, tłumaczę sobie w ten sposób, że zima we wschodnich i środkowych Stanach jest mroźna i słoneczna i nie daje powodu do nadwrażliwości wiosennej, natomiast lato tam jest bardzo skwarne i ten właśnie upał powoduje u osób podatnych nadwrażliwość śluzówek dróg oddechowych. Podobna nadwrażliwość dróg pokarmowych w czasie kanikuły i znaczny przyrost chorób jelitowych późnem latem jest rzeczą ogólnie znaną. Upał więc zaznacza się w każdym kierunku jako czynnik ujemny. W doświadczeniach na zwierzęciu znany on już jest jako czynnik wstrząsowy (Ch. Richet mł.).

Podobne rozmieszczenie wykazuje w Europie dychawica oskrzelowa (asthma bronchiale), która polega również na nadwrażliwości dróg oddechowych. Wedle Storm'a trapi ona w nadbrzeżnych okolicach Holandji do 1% całej ludności, podczas gdy u nas należy do chorób rzadkich.

Spoglądając z ogólnego stanowiska na klimatofizjologję i klimatopatologję, z których tych kilka szczegółów wyjąłem, widzimy, że jak nić przewodnia przewija się przez nie stosunek światła słonecznego do wegetatywnego życia ustroju. Widać to zarówno z wpływu na płodność kobiety i rozwój płodu, na wzrost dziecka i wagę dojrzałego człowieka, jak i z wpływu na wrażliwość ustroju lub jego odporność, które są również funkcjami wegetatywnemi. Drogą też korzystnego działania na odporność ustroju tłumaczy się działanie lecznicze światła.

Jeśli wszystkie spostrzeżenia z zakresu klimatoterapji zechcemy ująć w jakiś ogólny związek, to musimy znów odwołać się do układu gruczołowo-nerwowego, regulującego życie wegetatywne ustroju. Zaburzenia w stanie odżywienia, a więc otyłość i chudość, zboczenia w przemianie materji jak cukrzyca i dna, w krążeniu krwi, a więc hipertonja i hipotonja, zaburzenia w układzie psycho-nerwowym, gruczołach płciowych i gruczołach o wyłącznie wewnętrznem wydzielaniu, słowem cały ten splot zboczeń wegetatywnych dostępny jest leczeniu klimatycznemu, oczywiście pod warunkiem, że ustrój chorego wogóle jest jeszcze zdolny do poprawy, gdyż na stany schyłkowe medycyna wogóle nie zna lekarstwa. Dla wielu schorzeń drobnoustrojowych jak np. gruźlica stanowi klimatoterapja metodę leczenia uodporniającą i właśnie świetne jej wyniki przy tej chorobie zwróciły uwagę naukowego świata na czynniki działające klimatu.

Doświadczalne prace nad działaniem promieniowania słonecznego i sztucznego spowodowały, że dziś światło uważamy za najważniejszy czynnik klimatu. Geofizycy niemieccy Dorno i Baur opracowali też w porozumieniu z lekarzami postulaty lekarskie dla badań nad promieniowaniem słonecznem. Streszczają się one przede-

*) W Himalajach: Simlah 2289 m., Kassanli 2111 m., Dagshai 1919 m.; w Andach: Huancayo 3530 m., Jauja 3180 m.

wszystkiem w unikaniu wszelkich uogólnień i »dat średnich« lub »przeciętnych« tak dla promieniowania świetlnego jak i dla cieplnego, gdyż dobowa krzywa nasilenia obu tych czynników w porze sezonu leczniczego interesuje najwięcej lekarza, dając mu możność przecież pewnego dawkowania. Dla charakterystyki klimatu w danym miesiącu zgodzono się ze względów praktycznych na cyfry pięciodniowe (na pentadę). Oczywiście, że wszystkie czynniki muszą być uwzględnione, a więc ruch powietrza z podaniem stosunku jego do pory dnia oraz wilgotność powietrza — jako współczynniki ochładzające dla organizmu. Lekarza interesują także pomiary promieniowania przy rozprószonem świetle. Co do innych czynników klimatycznych badania lekarskie są dopiero w początkach.

Współpraca geofizyków z lekarzami ma obok powyższych celów naukowo-leczniczych także wyraźne zadanie państwowo-ekonomiczne. Jest niem dążenie do jaknajdalej idącej samowystarczalności obszaru państwowego pod względem leczniczym, aby wyjazd kuracjuszów i wywożenie grosza polskiego ograniczyć do jaknajmniejszych rozmiarów. Wybrzeże morskie nasze jest szczupłe, obszarów wysokogórskich też nie tak dużo jak na tak wielkie państwo i przyszły przyrost ludności i zamożności. Tem pilniej więc należy poznać właściwości klimatyczne wszystkich tych okolic, które dawałyby warunki tworzenia nowych stacji klimatycznych i zdrojowisk. Źródeł np. solankowych i siarczanych mamy tak dużo, że możemy do eksploatacji wybierać tylko te, które są klimatycznie dobrze położone. Powinniśmy pod tym względem naśladować Niemców, którzy się teraz zabrali do przeszukiwania swojego obszaru celem zużytkowania korzystnych miejscowych »warjantów« klimatycznych dla rolnictwa i lecznictwa. Wymaga to utworzenia większej ilości pełnosprawnych stacyj obserwacyjnych. To poszukiwanie warjantów jest w klimatoterapji rzeczą jeszcze nową, ale Polska ma poważne powody aby się zabrać do tej pracy, rokującej poważne korzyści materjalne. Do takich pod względem zalet klimatu wyjątkowych miejsc należy np. obszar Szczawnicy i Kosowa, odkryte empirycznie; ze zjawisk fenologicznych sądząc, należy tam dziś jeszcze niewyzyskiwany jar Dniestru koło Zaleszczyk, obszar wsi Jabłonicy u stóp przełęczy tego imienia i zapewne dziesiątki innych okolic.

Należy pragnąć i dążyć celowo do tego aby zrozmienie dla ważności i pożyteczności tych badań jaknajprędzej przeniknęło do szerszych warstw narodu i objawiło się w odpowiedniem poparciu finansowem tych badań.

Prof. Jan Szmurło, Wilno.
kierownik kliniki otolaryngologicznej.

Nasze wody mineralne w leczeniu nosa, gardła i uszu *).

Z Kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Wody mineralne odgrywające tak wybitną rolę w leczeniu ogromnej liczby cierpień, zwłaszcza przewlekłych narządów wewnętrznych, wpływ dobroczynny wywierają również i w chorobach górnego odcinka dróg oddechowych i uszu.

Zastęp chorych, szukających porady u laryngologa, dla których kąpiele oraz picie i stosowanie wód mineralnych w innych postaciach może być bardzo pożyteczne, jest bardzo wielki. Należą tu przeważnie chorzy z cierpieniami przewlekłemi, a więc cierpiący na suche zanikowe nieżyty nosa, zwłaszcza na tak zwany nieżyt cuchnący, na przewlekłe ropienia z nosa, chorzy po operacjach małżowin oraz po otwarciu chorych zatok nosowych, dzieci cierpiące na przewlekłe nieżyty połączone z bardzo obfitą śluzowo-ropiastą wydzieliną z nosa, wreszcie chorzy z nieżytami zastoinowemi, spowodowanemi przez cierpienia innych narządów, w pierwszym rzędzie narządu krążenia.

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Wileńskiego T-wa Lekarskiego dnia 17. czerwca 1925 r.

Z cierpień gardła do leczenia wodami mineralnemi nadają się choroby przewlekłe migdałków (o ile nie nadają się do zabiegów operacyjnych), przewlekłe nieżyty gardła z obfitą śluzową i śluzowo-ropiastą wydzielną, po uprzedniem usunięciu przerosłych migdałków podniebiennych, gardłowego, a nawet niekiedy i językowego, przewlekłe nieżyty gardła suche, wszelkich postaci i pochodzenia, nerwice gardła i t. p.

Z cierpień krtani doskonały wpływ kąpieliska mineralne wywierają na przewlekłe nieżyty krtani, zarówno, na postaci przerostowe ze znacznemi zgrubieniami zwłaszcza tylnej ściany, jak i na postacie suche, na nieżyty krtani zastoinowe, wreszcie na rozmaite przejawy nerwowe ze strony krtani, a zwłaszcza na postać najczęstszą, t. zw. fonastenję w szerokiem znaczeniu tego wyrazu.

Z cierpień ucha, wody mineralne przyniosą prawdziwą korzyść w ropieniach przewlekłych u dzieci zołzowatych, w przewlekłych nieżytach ucha środkowego, powstałych na tle cierpienia nosa i gardła po uprzedniem usunięciu wyrośli adenoidalnych, w przewlekłych nieżytach trąbki Eustachjusza, którym zresztą towarzyszy zwykle następczy nieżyt ucha środkowego, wreszcie w t. zw. przewlekłych, suchych nieżytach ucha środkowego.

Ten krótki przegląd najważniejszych cierpień z dziedziny nosa, gardła i ucha, które nadają się do leczenia w zdrojowiskach i uzdrowiskach, dobitnie wskazuje, że zastęp tego rodzaju chorych jest bardzo liczny, i że właściwe skierowanie tego rodzaju chorych do odpowiednich miejscowości kuracyjnych może się bardzo pomyślnie odbić na ich zdrowiu z jednej strony i na pomyślnym rozwoju miejsc kuracyjnych z drugiej.

Jeżeli teraz postawimy sobie pytanie, do jakich miejscowości mamy kierować takich chorych, to na to pytanie udzielić właściwej odpowiedzi będzie nam dość trudno, w stosunku do naszych uzdrowisk, ponieważ ta strona lecznictwa zdrojowiskowego jest u nas zaledwie napoczęta. Pomimo to, a może nawet dlatego będę miał na uwadze tylko uzdrowiska polskie, chodzi mi bowiem o wykazanie tego, co posiadamy u siebie do leczenia wyżej wymienionych rodzajów chorych, ażeby moi rodacy mogli u siebie, we własnym kraju znaleźć pomoc w dręczących ich cierpieniach. Zresztą pod tym względem naśladować tylko będę lekarzy niemieckich i francuskich, którzy chorym swoim tylko własne, krajowe wody zalecają. Niestety, pozycja moja jest znacznie od tamtych trudniejsza. Niemcy bowiem swoje wody doskonale znają, nietylko pod względem własności fizycznych i składu chemicznego, ale również pod względem oddziaływania na ustrój cały i oddzielne narządy. To samo w zupełności daje się zastosować do Francuzów, którzy swe liczne zdroje mineralne doskonale zbadali i nie żałują środków, ażeby zdroje te stały pod każdym względem na wysokości, odpowiadającej wszystkim wymaganiom nauki. W obecnej n. p. chwili wobec stwierdzenia, że skład chemiczny wody zdrojowej ulega wahaniom, postawiono tam na porządku dziennym kwestję badania chemiczno-fizykalnego zdrojów w krótkich okresach czasu, co uchroniłoby zarówno lekarza, jak i chorego od przykrych niespodzianek i rozczarowań, spowodowanych zmianą własności chemicznych zdrojowiska. Tymczasem u nas istnieją nawet znane i renomowane zdrojowiska, których wody były raz badane przed laty nieraz 30-tu, i na takich danych zarządy tych zdrojowisk każą się nieraz opierać, kiedy mówimy o wartości danych wód na podstawie własności ich fizycznych i składu chemicznego!

Dalej we wszystkich cudzoziemskich zdrojowiskach, zarówno lekarze zdrojowi zakładowi, jak i lekarze praktycy starają się, oprócz pracy zarobkowej w zdrojowiskach, poświęcać cząstkę mniejszą lub większą, wolnego czasu pracy naukowej, gromadzą spostrzeżenia, przeprowadzają odpowiednie doświadczenia, z czego powstają prace naukowe, dające materjał do syntezy w zakresie wpływu leczniczego danego zdrojowiska. Prace te uzupełniają jeszcze odpowiednie badania, przeprowadzane w klinikach uniwersyteckich i zakładach farmakologicznych. Cała ta zbiorowa praca naukowa daje możność wytworzenia sobie należytego pojęcia o wartośc[i]

leczniczej zdrojowisk, co znowu pozwala ustalić wskazania i przeciwwskazania nietylko dla każdego zdrojowiska, ale nawet dla poszczególnych w nim zdrojów. U nas, niestety, dzieje się inaczej. Posiadamy ogromne bogactwo w postaci wielkiej liczby zdrojów mineralnych o ogromnej wydajności i bogactwie części mineralnych. Mamy solanki najsilniejsze w Europie, mamy szczawy proste, szczawy sodowe, szczawy wapniowe pierwszorzędnej siły i jakości, mamy doskonałe szczawy wapniowo-żelaziste, mamy źródła alkaliczne słone, alkaliczno-glauberskie, źródła gorzkie, źródła siarczane pod względem siły i zawartości siarkowodoru jedyne w Europie. Nie mamy tylko źródeł arsenowych i gorących i mamy jedno tylko źródło ciepłe zupełnie prawie niewyzyskane, a wskazujące, że gdybyśmy dobrze poszukali i głębsze wiercenia przedsięwzięli, to napewno i takie źródła znaleźlibyśmy u siebie. Mamy jednem słowem wszystko, czego potrzeba do rozwoju zdrojownictwa krajowego, do dostarczenia chorej ludności Polski, potrzebującej leczenia zdrojowego bez uciekania się do wód zagranicznych, a jednak .... z bogactw naszych nie korzystamy, bogactw naszych wyzyskać nie umiemy. Nasi chorzy jeżdżą do wód zagranicznych i wywożąc pieniądze zubożają kraj, wstrzymują rozwój zdrojownictwa krajowego. Nie mam zamiaru badania przyczyn tego braku zaufania do wód krajowych. Gra tu rolę, sądzę, przedewszystkiem wiara ogólno-ludzka w większą siłę leczniczą lekarstwa, pochodzącego skądciś zdaleka (*Nemo propheta in patria sua)*, dalej swoista polska cecha włóczenia się po obcych krajach, chociaż własnego wcale nie znamy. Niemcowi czy też Francuzowi nawet na myśl nie przyjdzie (zwłaszcza ubogiemu inteligentowi) jechać na odpoczynek letni gdzieindziej, jak do własnych zdrojowisk, we własne góry, nad własne morze. Polski inteligent z b. Galicji marzy o wybrzeżach Adrjatyku albo Atlantyku, chociaż własnej Gdyni, ani Helu nigdy nie widział. Polak z b. Kongresówki marzy o Karlsbadzie albo Marjenbadzie, o Vichy, Contrexéville'u, a wcale go nie nęci ani Szczawnica, ani Truskawiec, ani Morszyn, chociaż korzyść tych źródeł byłaby dla niego taka sama, a może i lepsza, aniżeli źródeł zagranicznych. Nie bez wpływu na zaniedbanie naszych wód przez publiczność polską jest stosunek jej do lekarzy-praktyków i tych ostatnich do naszych zdrojowisk. U nas nie przyjęła się tak powszechna na Zachodzie, zwłaszcza we Francji, instytucja lekarzy domowych, wskutek tego więzy, łączące lekarza z chorym są dość wątłe. Lekarzowi więc nie chodzi o chorego tak, jak to jest we Francji, bo wie, że pomimo jego wysiłków chory w wielu razach nie wróci do niego, a będzie szukał innego lekarza. Również stosunek lekarzy-praktyków do zdrojowisk naszych jest — delikatnie mówiąc — najwyżej obojętny. Lekarze-praktycy rzadko starają się zapoznać dokładnie z własnościami naszych zdrojowisk, oraz z praktykującymi tam lekarzami, dlatego, wysyłając do zdrojowisk swych chorych, bardzo rzadko zaopatrują ich w listy polecające do lekarzy zdrojowych z wyszczególnieniem opinji swej o chorych i z prośbą o informacje co do wyników leczenia; lekarze zdrojowiskowi odpłacają im pięknem za nadobne i w wyjątkowych tylko razach piszą listy informacyjne do lekarzy, skierowujących chorych do zdrojowisk. Na takiej zaś obojętności tracą lekarze, chorzy i zdrojowiska. Nie wytwarza się bowiem, jak to być powinno, stosunek przyjazny naukowo-zawodowy pomiędzy lekarzem-praktykiem i lekarzem zdrojowiskowym i do stosunku tego nie wciąga się chorego. Nie zawiązał się węzeł przyjaźni ze zdrojowiskiem, ani ze strony lekarza-praktyka, ani ze strony chorego. Niema więc wśród ogółu, albo jeżeli jest, to zaledwie niewielka liczba, przyjaciół danego zdrojowiska, którzy stanowią jego najlepszą reklamę.

L e k a r z e z d r o j o w i s k o w i mało poświęcają uwagi stronie naukowej swej pracy zawodowej w zdrojowisku, nie przeprowadzają należytych obserwacji, a przynajmniej nie ogłaszają ich drukiem. Następstwem tego jest, że pomimo istnienia u nas mnóstwa pierwszorzędnych zdrojowisk, piśmiennictwo nasze, dotyczące tej gałęzi lecznictwa jest ubogie. Dość powiedzieć, że w dziedzinie otolaryngologji, która, jak widzieliśmy dostarcza takiej masy wskazań do leczenia zdrojowiskowego, za przeszło 30-letni okres czasu w naszem piśmiennictwie zdrojowiskowem znajdujemy jedną pracę doświadczalną Dobrzańskiego i Kmietowicza, która ma związek z leczeniem zdrojowiskowem chorób górnego odcinka dróg oddechowych, pracę Herynga o własnej metodzie inhalacyjnej zapomocą przyrządów własnego pomysłu, wreszcie krótkie, ogólnikowe, obecnie nieco przestarzałe wzmianki w podręcznikach Sędziaka i Heymana. Spostrzeżeń zaś klinicznych z dziedziny otolaryngologji, opisujących i analizujących wpływ leczenia zdrojowiskowego na chorych tej kategorji w piśmiennictwie naszem wcale nie znalazłem. A przecież dziesiątki otolaryngologów, pośród których znajdziemy wybitnych specjalistów, spędzają rok rocznie 2—3 miesiące letnie w pierwszorzędnych naszych zdrojowiskach, jak Ciechocinek, Szczawnica, Rabka, Krynica bez żadnej korzyści naukowej dla balneologji rodzimej. Następstwem takiego indyferentyzmu naukowego naszych lekarzy kąpielowych jest obojętność zarządów zdrojowiskowych w kierunku zaprowadzenia ulepszeń, nowych urządzeń, nowych przyrządów i t.p.

Do tego bowiem zachęcić ich, a nawet poniekąd zmusić mogą tylko lekarze zdrojowiskowi, pracujący naukowo, a więc znający doskonale stan obecny wiedzy balneologicznej, najnowsze urządzenia balneologiczne, najnowsze pomysły w tym kierunku, pracami swoimi reklamujący zdrojowiska wśród ogółu lekarskiego.

Zabranie się więc lekarzy zdrojowiskowych do pracy naukowej, do czynienia spostrzeżeń nad swoimi chorymi i ogłaszanie ich drukiem uważam za pierwszy warunek rozwoju naszych zdrojowisk. Wtedy dopiero zdrojowiska nasze postarają się o częstsze analizy zdrojów, wtedy dopiero zaprowadzą wszędzie gdzie należy inhalatorja pojedyncze i zbiorowe, rozpylarnie, przemywalnie i tym podobne urządzenia dające możność stosowania wody źródlanej u chorych w cierpieniach wszelkich narządów, we wszelkich postaciach, przy ciepłocie wyższej i niższej. Zanim to nastąpi, dużo jeszcze, sądzę, wody upłynie. Ale tymczasem pracę rozpocząć należy i chorych wysyłać do kąpielisk swojskich, stawiając żądania zarówno lekarzom zdrojowiskowym, jak i zarządom.

Po tych uwagach ogólnych powrócę do pytania, do jakich u nas miejscowości kuracyjnych należy kierować chorych z cierpieniami nosa, gardła i uszu. Przedtem jednak wspomnieć muszę, że leczenie bywa tam podwójne: ogólne w postaci picia wód mineralnych, brania kąpieli, wdychania powietrza nasyconego ozonem i słoną wilgocią w pobliżu tężni lub na brzegu morza, i w leczeniu miejscowem w postaci przemywań, irygacji, wziewań rozbitej na najdrobniejsze kropelki zapomocą odpowiednich przyrządów wody zdrojowej, wziewań pary z wody zdrojowiskowej oraz gazów w niej zawartych, wreszcie wdmuchiwań owej pary wraz z gazami do nosa i gardła oraz do trąbki Eustachjusza t. zw. przez francuskich lekarzy zdrojowych »*humage*«. Wszystkie te zabiegi powinny się odbywać w specjalnych na ten cel przeznaczonych kabinach, dokąd woda do płukań powinna być doprowadzona ogrzana do odpowiedniej ciepłoty (optimum pomiędzy 30° C i 40° C) i gdzie powinny być odpowiednie, potrzebne do przemywań, irygacji, wziewań, przyrządy. Ponieważ przemywania zwłaszcza nosa, nieprawidłowo wykonywane, mogą spowodować zapalenie ucha środkowego, przeto powinny się odbywać pod kierownictwem lekarza-specjalisty, który poucza chorych, jak zabiegi wykonywać należy. Z wiadomości zebranych przezemnie okazuje się, że poza różnego typu i n h a l a t o r j a m i w kilku zdrojowiskach, jak Szczawnica, Ciechocinek, Inowrocław, Jastrząb, Iwonicz, Truskawiec, Delatyn, Lubień, żadnych innych urządzeń do leczenia chorych z cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych w zdrojowiskach naszych n i e p o s i a d a m y. Są to braki bardzo wielkie, które winny być w jak najkrótszym czasie usunięte, jeżeli chcemy, ażeby tego rodzaju chorzy nie wyjeżdżali do kąpielisk zagranicznych, zwłaszcza francuskich, gdzie ta dziedzina lecznictwa zdrojowego jest doskonale postawiona.

Przejdę teraz do cierpień nosa. Jak na początku zaznaczyłem, do leczenia zdrojowiskowego nadają się przewlekłe nieżyty połączone z obfitą, śluzową albo śluzowo-ropną wydzieliną, suche nieżyty zanikowe, zwłaszcza najcięższy, najprzykrzejszy z nich, nieżyt cuchnący, wreszcie nieżyty zastoinowe powstałe na tle innych cierpień. Nieżyty z obfitą wydzieliną u dzieci stanowią zwykle jeden z objawów t. zw.

skazy wysiękowej i występuje z innemi objawami, jak powiększenie gruczołów chłonnych. Cierpienie to doskonale ustępuje pod wpływem kąpieli i picia wód solankowych i solankowo-bromowych i jodowych. Oprócz picia i kąpieli doskonały wpływ na nieżyt z wydzieliną wywiera przemywanie nosa solanką izotoniczną, która nie drażni śluzówki a doskonale ją oczyszcza. Przemywania takie trzeba byłoby wykonywać 2 razy dziennie solanką, ogrzaną do ciepłoty powyżej 30° C. Takie solanki mamy w Ciechocinku, w Iwoniczu, w Rymanowie, wreszcie w Druskienikach. Do przemywań nosowych nadaje się w Ciechocinku woda ze zdroju Nr. 8 i 10, w Iwoniczu ze zdroju »Amelji«, w Rymanowie i w Druskienikach, gdzie zdroje są nawet hipotoniczne, można używać do przemywań nosowych wody ze zdrojów, dostarczających wodę do kąpieli. W Rymanowie zresztą najlepszą do tego celu byłaby woda ze zdroju »Tytusa«.

Do tego wszakże powinna być urządzona w każdym z tych zdrojowisk kabina, dokąd należałoby doprowadzić wodę ogrzaną do 30°—40° C, i tu przy kranach chorzy pod kierunkiem lekarzy powinni nos przemywać. Obecnie należałoby wodę zaczerpniętą ze zdroju w domu ogrzewać, a następnie nos przemywać zapomocą koneweczki Fränkela albo zwykłego irygatora, według dokładnych wskazówek lekarza.

U osób starszych oprócz solanek można z wielką korzyścią, jak to wykazały spostrzeżenia Francuzów, używać źródeł siarczanych. Obserwacje w zdrojowiskach francuskich wykazały, że picie wód siarczanych wpływa bardzo pomyślnie na przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych i oskrzeli, co farmakologowie objaśniają wydzielaniem się przez płuca części siarkowodoru, powstałego z rozszczepienia drobiny soli siarczanej, zawartej w wodzie.

Wpływ ten dotyczy i śluzówki nosa. Sprzyja temu jeszcze przemywanie śluzówki ogrzaną do ciepłoty ciała i wyżej, do 45° C wodą siarczaną izotoniczną ze zdroju. Dlatego Francuzi podobnych chorych kierują do źródeł siarczanych, jak Luchon, Cauterets, Challes, Uriage i szeregu innych ciepłych i zimnych zdrojowisk siarczanych, gdzie obok picia i kąpieli istnieje szereg urządzeń do inhalacji parowych, rozpylarnie wody zdrojowej zimne i ciepłe, kabiny do płukania gardła, do przemywań nosa i jamy nosowo-gardłowej. U nas sprawa zastosowania wód siarczanych do cierpień dróg oddechowych górnych znajduje się w zaniedbaniu. W jednym tylko L u b i e n i u pod Lwowem istnieje inhalatorjum dobrze urządzone, przeznaczone dla chorych na nieżyty dróg oddechowych górnych. Należałoby tam jeszcze na wzór zdrojowisk siarczanych francuskich urządzić kabiny do przemywań nosa i jamy nosowo-gardłowej, wziewalnie drobniutko rozpylonej wody zdrojowej, a mielibyśmy w Polsce choć jedno zdrojowisko na poziomie współczesnych wymagań leczniczych dla chorych z cierpieniami nosa, gardła i uszu. I obecnie już jednak możemy do L u b i e n i a kierować chorych z przewlekłemi nieżytami śluzowemi i śluzowo-ropnemi nosa i jamy nosowo-gardłowej.

W suchych nieżytach nosa, którym zwykle towarzyszy taki sam nieżyt gardła, wskazane są zdrojowiska solankowe i siarczane. W solankowych potrzebne są częste wziewania solankowe w inhalatorjum zakładowem, przebywanie w atmosferze wilgotnej, nasyconej wyziewami soli, i wreszcie częste (2 razy dziennie) obfite 2—3 litrowe przemywania roztworem słonym, ogrzanym, nosa i jamy nosowo-gardłowej. Dla chorych takich, w postaciach lekkich, wskazany byłby pobyt nad Bałtykiem, nad wielkim morzem (Hel, Wielka Wieś, Karwia), ciągły pobyt na brzegu morza, częste wycieczki łodzią wreszcie codzienne przemywanie nosa wodą morską, która tam jest nawet hipotoniczna. W cięższych postaciach pożytecznym byłby pobyt w Ciechocinku, Inowrocławiu, Jastrzębiu, korzystanie tam codziennie z wziewalni, w Ciechocinku codzienny kilkugodzinny pobyt w pobliżu tężni, wreszcie przemywanie nosa obfite, dwukrotne, solanką zlekka hipertoniczną (zdrój Nr. 7, 9) takie bowiem roztwory, zdaniem Kobraka, wywierają najlepszy wpływ w ozenie. U dzieci chorych na ozenę jednocześnie z objawami zołzów pożyteczną będzie R a b k a, naturalnie pod warunkiem stosowania, zarówno inhalacji — jak i przemywań wodą zdrojową. Wreszcie, zarówno dla dzieci, jak i dla dorosłych być może najpożyteczniejszemi byłyby zdroje siarczane L u b i e n i a i B u s k a. W tym ostatnim, obecnie zupełnie nie przystosowanym do potrzeb chorych z cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, Państwo niezwłocznie we własnym interesie powinno porobić odpowiednie inwestycje, jako w jednem z najsilniejszych zdrojowisk siarczano-słonych. Wtedy Busko może stać się dla naszych chorych z cierpieniami zanikowemi nosa i gardła i wogóle z cierpieniami górnego odcinka i uszu czem jest dla Francuzów U r i a g e.

W cierpieniach nosa, powstałych na tle zastoinowem, wskutek niedomogi serca doskonałym będzie Ciechocinek, Druskieniki, Krynica, Żegiestów, gdzie serca chory może leczyć kąpielami kwaso-węglowemi, a jednocześnie może nos przemywać izotoniczną wodą z odpowiednich zdrojów. Ciechocinek Nr. 10, Druskieniki Nr. 1, wreszcie w Krynicy wodą ze zdroju »Zubera« odpowiednio do stanu izotonji rozcieńczoną.

Na cierpienia gardła u dzieci połączone z przerostem migdałków, najlepszy wpływ wywierają wody słone. W zależności od tego, czy mamy do czynienia z dziećmi szczupłemi, czy też z dziećmi pełnemi, z dużym pokładem tłuszczu, wybieramy miejscowości, wywierające wpływ uspokajający, czy też podniecający na ustrój. Zresztą kierowanie się pod tym względem tylko pokładem tkanki tłuszczowej u dziecka uważam za nieuzasadnione. Dzieci chude, słabe, w wielu razach daleko lepiej znoszą i doskonale się czują w miejscowości o klimacie nieco ostrzejszym od dzieci tłustych. Potrzebna więc tu jest ścisła i n d y w i d u a l i z a c j a. U nas, gdzie klimat jest wogóle dość ostry, możemy urozmaicać wybór przez uwzględnianie różnych sezonów, biorąc pod uwagę, że sezon środkowy, obejmujący miesiąc lipiec i koniec czerwca, albo początek sierpnia, jest najcieplejszy i najbardziej nadaje się dla dzieci słabych, potrzebujących zaoszczędzania. Uwzględniwszy te warunki, możemy wogóle powiedzieć, że dla dzieci mocniejszych, mniej wrażliwych, nadaje się Rabka, Iwonicz, Jastrzębie, wybrzeże morskie w sezonie pierwszym i ostatnim. Dla dzieci delikatnych, potrzebujących oszczędzania nadaje się Ciechocinek, Inowrocław, Jastrzębie, Druskieniki, w środkowym t. j. w najcieplejszym sezonie morskie wybrzeże nad zatoką, a nie na pełnem morzu. Naturalnie, dzieci wszędzie powinny płukać gardło, używać przemywań nosa i jamy nosowo-gardłowej, wodą zdrojową lub morską, wreszcie korzystać z inhalatorjów.

W cierpieniach krtani, w zależności od tego, czy mamy do czynienia z obfitą wydzieliną, czy też ze stanami nadmiernej suchości, wskazania będą inne. Na obfitą wydzielinę, jak wykazały obserwacje balneologów francuskich, najlepiej działają wody siarczane z domieszką soli zasadowych. U nas pod tym względem na uwagę zasługuje Lubień ze swemi zdrojami siarczano-wapiennemi, z dobrze urządzonem inhalatorjum. Oprócz inhalacji, dla lepszego wpływu, należy również pić wodę lubieńską. U osób z niewielką wydzieliną, u których jednocześnie mamy objawy nieżytu tchawicy i oskrzeli, najlepszy wpływ wywrzeć może pobyt w Szczawnicy, picie wód szczawnickich i korzystanie z inhalatorjów. W lekkich przypadkach suchych nieżytów oraz w przypadkach osłabienia krtani oprócz kuracji szczawnickiej doskonały wpływ wywrzeć może pobyt na brzegu wielkiego morza gdzie powietrze nasycone parą wodną z niewielką domieszką soli, doskonale zwilża drogi oddechowe.

W cierpieniach uszu leczenie zdrojowiskowe znajduje wskazanie we wszystkich przypadkach, gdzie ustalić się daje ich związek i zależność od cierpień nosa i jamy nosowo-gardłowej, a więc w cierpieniach przewlekłych trąbki Eustachjusza i następczych przewlekłych nieżytów ucha środkowego, w tak zwanych nieżytach suchych ucha środkowego, o ile nie mamy tam do czynienia z tak zwaną otosklerozą. Również i ropne, przewlekłe zapalenia ucha środkowego nie są przeciwwskazaniem do leczenia zdrojowiskowego, a nawet chorzy na nie mogą w zdrojowiskach wielką korzyść odnosić, jeżeli powstały one i podtrzymywane są przez przewlekły nieżyt trąbki Eustachjusza i przewlekły nieżyt nosa i jamy

nosowo-gardłowej, jeżeli przytem chodzi tu o dzieci z objawami skazy wysiękowej, dzieci zołzowate,

W przypadkach nieżytów przewlekłych ucha środkowego ze zmianami w trąbce Eustachjusza najlepszy wpływ wywrą zdrojowiska siarczane, jak w przewlekłych śluzowych i śluzowo-ropnych nieżytach nosa i jamy nosowo-gardłowej. W podobnych stanach doskonały wpływ wywierają przemywania nosa i jamy nosowo-gardłowej.

W obecnej chwili posiadamy, jak już wyżej była mowa jedno tylko siarczane zdrojowisko Lubień, które dla tego rodzaju chorych nadawałoby się, do niego więc powinniśmy kierować naszych chorych, chociaż i tam brak wielu urządzeń niezbędnych.

Przypuszczam, że napływ chorych i odpowiednie wymagania stawiane zarządowi przez świadomych rzeczy lekarzy, skłoniłyby go we własnym interesie do poczynienia potrzebnych inwestycyj.

Chore dzieci z przewlekłemi ropieniami usznemi, dzieci zołzowate możemy z korzyścią posyłać do Ciechocinka, Rabki, Jastrzębia, Inowrocławia, Druskienik na kąpiele solankowe, przyczem poprawa stanu ogólnego dobrze wpłynie i na stan ucha, zwłaszcza, jeżeli jednocześnie będzie się dzieciom przepłukiwać nos i jamę nosowo-gardłową solanką izotoniczną.

Należy przytem pamiętać, że nie można wysyłać do kąpielisk chorych z podostrem ropieniem albo ze sprawą zapalną, niezupełnie wygasłą; pod wpływem bowiem ciepłych kąpieli może nastąpić obostrzenie, a nawet powikłanie ze strony wyrostka sutkowego, jak to miałem możność niejednokrotnie spostrzegać. Nie wolno również chorych z przewlekłemi nieżytami ucha środkowego wysyłać nad morze, zwłaszcza szkodliwy jest tam pobyt dla cierpiących na otosklerozę, pod wpływem bowiem pobytu nad morzem często występują szumy, których dotychczas nie było, a istniejące znacznie zwiększają się. Nie wolno również chorym na przewlekłe ropienia kąpać się, nie zabezpieczywszy ucha przed możliwością dostania się do niego zimnej wody, może to bowiem spowodować zawrót głowy, utratę równowagi i śmierć z utopienia podczas kąpania. Jest wielce prawdopodobne, że częste wypadki zatonięcia w porze letniej chłopców i młodzieży, nurkowanie bez zabezpieczenia ucha przed dostaniem się do niego zimnej wody, spowodowane zostają przez niezwracanie przez nich uwagi na istniejące ropienie, albo na pozostałe po ropieniu przedziurawienie błony bębenkowej. Praktyka oddawna stwierdziła, że dla chorych na przewlekły nieżyt ucha środkowego bardzo dobrym jest pobyt w górach. Oddziaływa tu widocznie wpływ zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego, dlatego takich chorych powinniśmy wysyłać do Z a k o p a n e g o. Słuch poprawia się bardzo nieznacznie, ale zato szumy zmniejszają się znakomicie, co doskonale wpływa na psychikę chorych.

Tych kilka uwag, myśli i danych, dotyczących leczenia chorych na nos, gardło i uszy w zdrojowiskach krajowych, sądzę dość jasno wykazały, że chorych z tej dziedziny mamy wielu, że zdrojowisk, w których moglibyśmy ich leczyć mamy liczbę zupełnie wystarczającą, że nie potrzebujemy pomocy zagranicy pod tym względem. Jednocześnie wszakże, zdaje mi się dość wyraźnie zaznaczyłem, że pod względem urządzeń w odpowiednich zdrojowiskach jesteśmy bardzo zaniedbani — i że w tym kierunku, nasze zdrojowiska, zarówno prywatne, jak i państwowe, mają bardzo wiele do zrobienia, jeżeli chcą tysiącu chorych tego rodzaju dać możność skutecznego leczenia się w kraju i powstrzymać ich od wyjazdu zagranicę. Sprawa jest łatwa, urządzenia same nie są kosztowne, więc potrzeba tylko dobrej woli i pewnych nakładów, które bezwątpienia w krótkim czasie się opłacą. Potrzeba dalej, ażeby tą sprawą zainteresowali się więcej niż dotychczas lekarze-praktycy z jednej strony i lekarze zdrojowiskowi, z drugiej, ażeby pierwsi takich chorych do właściwych zdrojowisk wysyłali, drudzy zaś, ażeby sprawą miejscowego i ogólnego leczenia ich bardziej, niż dotychczas do serca brali starannie ich obserwowali i spostrzeżeniami swoimi dzielili się z ogółem lekarskim. Na tem stokrotnie zyskają chorzy, zyska i wiedza lekarska, zyska wreszcie i nasze zdrojownictwo.

Prof. Dr. CIECHANOWSKI. Kraków.

W sprawie naszych zdrojowisk.

Zdrojowiska polskie były w roku bieżącym pełne, po części przepełnione. Główną tego przyczyną jest jednak niewątpliwie mus, nałożony na chorych zdrojowych przez ograniczenia paszportowe, oraz drożyzna, która w tym roku nastała w zdrojowiskach krajów ościennych. Niema wątpliwości, że gdy działanie tych przyczyn ustanie, może fala leczących się w zdrojowiskach odpłynąć znów zagranicę, o ile nasze zdrojowiska nie wyzyskają tegorocznego przymusowego przypływu gości na przeprowadzenie ulepszeń w swych urządzeniach i prowadzeniu (o czem pisałem w r. z. w Nr. 29. »Polskiej Gazety lekarskiej«) i nie pozyskają przez to zupełnego zaufania tak chorych, potrzebujących leczenia zdrojowego, jak i ogółu naszych lekarzy.

Prócz faktycznych ulepszeń potrzebne są jednak przedmiotowe i dokładne o tem wiadomości przedewszystkiem dla lekarzy, którzy w ogromnej większości nie mogą naocznie sprawdzić, czy i jakie przeprowadzono inwestycje i reformy w naszych miejscowościach leczniczych i które ze zdrojowisk pokrewnych sobie składem wód, położeniem i innemi warunkami naturalnemi, wysuwa się naprzód i zapewnia chorym lepszy pobyt i korzystniejsze dla leczenia środowisko. Przed paru dziesiątkami lat kilku lekarzy, którym rozwój polskiego zdrojownictwa leżał na sercu, podawało w prasie lekarskiej takie przedmiotowe porównawcze wiadomości o wszystkich naszych miejscowościach leczniczych (jak n. p w Małopolsce Dr. Michał Zieleniewski, w Kongresówce dr. Henryk Dobrzycki, później Dr. Józef Jaworski). Obecnie takich informacji braknie. Rozsyłane lekarzom prospekty poszczególnych zdrojowisk muszą z natury rzeczy opisywać tylko dodatnie strony zakładu zdrojowego. Przygodne korespondencje dyletantów w prasie codziennej nie mają dla lekarzy żadnej wartości; zresztą — zależnie od nastroju autora — są z reguły w opisie zalet i wad zdrojowiska przesadne albo w dodatnim, albo w ujemnym kierunku. Zdaje mi się rzeczą konieczną, aby lekarze mogli przed rozpoczęciem się sezonu zdrojowego otrzymywać b e z s t r o n n e a f a c h o w e informacje o postępach, poczynionych we wszystkich zdrojowiskach. Informacje te nie mogłyby oczywiście pochodzić z różnych źródeł, lecz musiałyby być ujęte pod wspólnym kątem widzenia, aby się nadawały do porównań. Nie powinny one też podawać rzeczy ogólnie znanych o naturalnych zasobach, dawno istniejących stałych urządzeniach i powszechnie znanych wskazaniach, ale tylko nowe fakta i dokładne szczegóły o dokonanych w ciągu ostatnich czasów badaniach naukowych, inwestycjach, o programie dalszych wkładów, o reorganizacji gospodarki (prowadzenia) i t. p. Taki przedmiotowo zebrany materjał, według którego lekarze mogliby się kierować, mogą podać tylko znawcy zdrojownictwa, zgrupowani w Polskiem Towarzystwie Balneologicznem. Zasługa dla naszego zdrojownictwa i pożytek dla ogółu lekarzy byłyby w tej akcji niewątpliwe.

Mniemam wszakże, że wiadomości te przyniosłyby większą korzyść, gdyby były podane w czasopiśmie ogólno-lekarskiem, niż gdyby drukowało je tylko osobne wydawnictwo zdrojowe.

W sprawie ulepszeń w naszych zdrojowiskach nasuwa się druga jeszcze uwaga. Istniejąca ustawa o zdrojowiskach ma wiele usterek, które utrudniają wprowadzenie tych ulepszeń. Wymaga więc zmiany i z tego zdawały sobie już przed kilku laty jasno sprawę zarówno władze (ówczesne Ministerstwo zdrowia), jak i interesowane koła lekarzy i właścicieli zdrojowych. Na ostatniej konferencji, zwołanej przez rząd w sprawie zdrojowisk, wybrano nawet komisję, która miała być wezwana do opracowania projektu noweli do ustawy, a do której weszli tak wytrawni znawcy, jak prof. dr. L. Korczyński, inż. Nadolski i inni. Komisja ta jednak nie została już potem powołana przez rząd do pracy. Zdaje mi się, że byłby już czas po temu. Paroletnie dotychczasowe doświadczenie dostarczyło dosyć podstaw do projektów refor-

my, a obawa, że opóźnienie nowelizacji ustawy nie dozwoli wyzyskać zdrojowiskom teraźniejszego pomyślnego okresu na ulepszenia, nakazywałaby przyśpieszyć zwołanie tej komisji i przedłożenie przez nią Sejmowi projektu zmian ustawy.

Sprawy lekarsko-społeczne.

Opieka zdrowotna w szkołach akademickich lwowskich.

Równocześnie z podwyższeniem opłat uniwersyteckich, rozporządzeniem z dnia 26 sierpnia 1924 Ministerstwo W. R. i O. P. chcąc nietylko poprawić byt materjalny młodzieży ale mając także na oku jej stan zdrowotny, zaprowadziło nowy zupełnie rodzaj opłaty w roku szkolnym 1924/25, a mianowicie 6 Zł. na »Kasę Chorych«.

Taksę tą ustaliło Ministerstwo bez porozumienia się z Senatami szkół akad., bez jakiegokolwiek rozporządzenia zawierającego bliższe szczegóły co do sposobu użycia tych kwot. Senaty szkół akademickich, nie znając zamierzeń Ministerstwa, uwzględniały też wnioski pojedynczych Towarzystw Samopomocowych, oddając im za pozwoleniem Ministerstwa część kwot wpłaconych na Kasę Chorych, na cele mające związek ze zdrowiem młodzieży, pozostawiając racjonalne spożytkowanie tych nowych opłat dalszym rozważaniom.

Senat akad. U. J. K. polecił rozpatrzenie sprawy Kasy Chorych swojej stałej Komisji Senackiej dla spraw pomocy młodzieży.

Komisja zaś ta postanowiła utworzyć osobną organizację dla przeprowadzenia tych spraw, pod nazwą »Opieki zdrowotnej« studentów U. J. K. Do Zarządu tej organizacji »Opieki zdrowotnej« weszła cała Komisja Senacka jako taka, z przewodniczącym Prof. H. H a l b a n e m, nadto przybrany jako osobny referent Doc. A. S a b a t o w s k i, wreszcie przedstawiciele Towarzystw Samopomocowych z równem prawem głosu jako członkowie Komisji Senackiej.

Wszyscy Dyrektorowie Klinik z największą chęcią zgodzili się na oddanie swoich zakładów na usługi chorych studentów, zwalniając równocześnie »Opiekę zdrowotną« od opłat ambulatoryjnych i polecając asystentom przyjmowanie studentów przed innymi chorymi, ażeby ci o ile możności najmniej czasu tracili. Z tą samą życzliwą pomocą pośpieszyła Dyrekcja Szpitala Państwowego i prymarjusze oddziałów, jakoteż Sekcja Stomatologiczna Towarzystwa lekarskiego we Lwowie.

»Opieka zdrowotna« uzyskała w ten sposób bezpłatne leczenie we wszystkich działach medycyny, a opłacała tylko trzech studentów med. dyżurnych, dwóch lekarzy odwiedzających chorych studentów w ich mieszkaniach i czterech lekarzy dentystów umówionych.

Z innych wydatków »Opieka« opłacała apteki, optyka, pobyt studentów, zapadających na choroby płucne w sanatorjum w Zakopanem lub Hołosku, opłatę za dożywianie dla szczególnie osłabionych, przyrządy ortopedyczne i t. p.

Z początkiem marca 1925, na życzenie Rektoratu Akademji Medycyny Weterynaryjnej, Komisja Senatu akad. U. J. K. przyłączyła studentów Akademji do »Opieki zdrowotnej«, a 1. V. 1925, po pertraktacjach przeprowadzonych z Rektoratem Politechniki, Senat akad. U. J. K. na wniosek Komisji Senackiej przyłączył i studentów Politechniki do »Opieki zdrowotnej«.

W ten sposób »Opieka zdrowotna« stud. U. J. K. zamieniła się na »Opiekę zdrowotną« studentów akad. szkół lwowskich, a do zarządu »Opieki zdrowotnej« przy Komisji Senatu akad. U. J. K. dla spraw młodzieży, wstąpili Delegaci Senatu akad., Politechniki i Grona Profesorów Akademji medycyny weterynaryjnej zarówno jak i zaproszeni przedstawiciele młodzieży tych dwóch szkół akad.

Rozszerzenie agend »Opieki zdrowotnej« wymagało natychmiastowych zmian w konstrukcji. Ambulatorja trzech Klinik a mianowicie Kliniki ocznej, dermatologicznej, a szczególnie chorób wewn. były już poprzednio przeciążone obowiązkiem przyjmowania studentów, tak, że dalszego obciążania znieść nie mogły. Wskutek tego w porozumieniu z Dyrektorami tych klinik asystenci starsi objęli ordynację dla studentów w godzinach wolnych od zajęć, za osobnem wynagrodzeniem.

W ten sposób w miesiącu maju 1925 »Opieka zdrowotna« miała już umówionych czterech lekarzy-stomatologów, czterech asystentów starszych, (dwóch dla chorób wewn. jednego dla ocznych i jednego dla dermatologji) ordynujących ambulatoryjnie, dwóch starszych asystentów pełniących dyżury dla wizyt domowych i trzech starszych medyków zajętych w lokalu dyżurnym, których obowiązkiem jest wydawanie kart polecających i objaśnienie kolegów, jakoteż prowadzenie zapisków i protokołów.

Komisja Senatu akad. przedkładając Senatowi akad. w dniu 19. XII. 1924 regulamin »Opieki« do zatwierdzenia, w zupełności była świadoma tego, że regulamin ten jeszcze nieraz będzie musiał ulec zmianom i że pierwszy rok istnienia »Opieki« będzie rokiem próbnym.

Notując skrzętnie wszystkie niedomogi »Opieki«, przygotowywała zatem materjał do zmiany regulaminu, który też, po uwzględnieniu przyłączenia studentów Politechniki i Akad. Med. Wet., zatwierdziły wszystkie trzy Senaty akad. we Lwowie. Regulamin ten w nowej redakcji obowiązujący na rok akad. 1925/26 złożono drukiem.

Równocześnie wskutek niespodziewanego powiększenia się zakresu działania, a tem samem wzmagających się wydatków, Senaty wszystkich szkół akad. lwowskich na wniosek Komisji zarządzającej »Opieką zdrowotną« zwróciły się do Ministerstwa W. R. i O. P. z wnioskami o zabezpieczenie podstaw finansowych dla »Opieki«, a to przez podwyższenie na rok 1925/26 opłat na „Opiekę zdrowotną" z 6 zł. na 9 zł. rocznie, a nadto przez zarządzenie obowiązku należenia każdego studenta do Kasy chorych i wpłacanie powyższej wkładki. Ministerstwo W. R. i O. P. podniosło istotnie opłaty na ten cel na rok 1925/26 w y ł ą c z n i e w szkołach akademickich l w o w s k i c h na 9 zł.; o przymusie wnoszenia tej opłaty reskrypt nie wspomina, sprawa ta jednak da się przeprowadzić we własnym zakresie działania Władz akademickich.

Senaty akademickie szkół lwowskich postanowiły jeszcze trzeci wniosek, który, dotychczas przez Ministerstwo formalnie nie załatwiony, niewątpliwie znajdzie później jego aprobatę a mianowicie, aby z opłat na pomoc w naturze zarezerwować jeszcze dalszych 3 zł. na cele Opieki Zdrowotnej. Stworzenie tej rezerwy ma na celu zrealizowania jeszcze jednego doniosłego planu rozwijącego „Opiekę Zdrowotną" a to wybudowanie w ł a s n e g o d o m u z d r o w i a dla lwowskiej młodzieży akademickiej w okolicy podgórskiej Małopolski wschodniej.

Dążeniem Komisji była poprawa stanu zdrowotnego jednostek zagrożonych chorobami płucnemi i w ten sposób zmniejszenie potrzeby wysyłania studentów do Domu Zdrowia w Zakopanem.

Po dłuższych poszukiwaniach prof. Halbana wybór padł na byłą leśniczówkę, w lasach państwowych, spaloną podczas wojny światowej, w bliskości stacji M i k u l i c z y n a więc w jednej z najpiękniejszych okolic kraju, położoną w Karpatach nad Prutem. Podanie Komisji Senackiej, poparte przez Senat akademicki i bardzo korzystnie zaopinjowane przez tutejszą Dyrekcję Lasów Państw. zostało przychylnie załatwione przez Ministerstwo Rolnictwa i Dóbr Państwowych z tem, że leśniczówka spalona, została oddana Uniwersytetowi J. K. na lat 20, a część materjału budowlanego na pniu, Ministerstwo zezwoliło oddać Uniwersytetowi J. K. bezpłatnie. Po 20 latach budowa ma być oddana Dyrekcji Lasów Państw. Wartość objektu w Mikuliczynie jest tem większa, że przeważna ilość fundamentów i część podmurowań pozostała i będzie mogła być użytą dla nowej budowy.

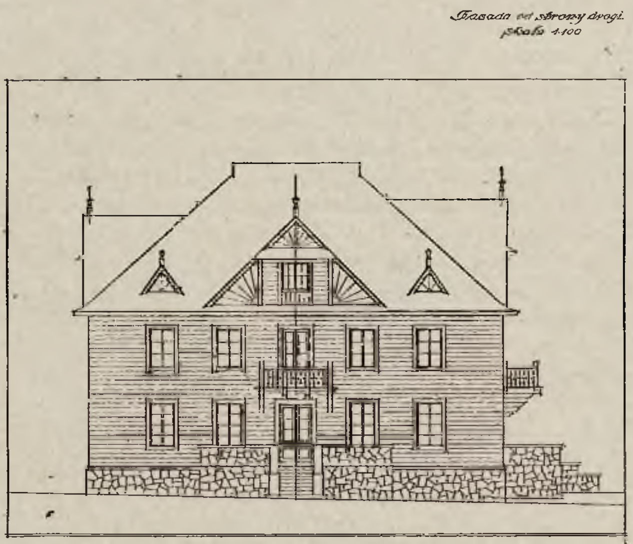
D o m Z d r o w i a w M i k u l i c z y n i e zajmie powierzchnię znacznie większą, aniżeli dawna leśniczówka i z tego powodu ilość drzewa przeznaczona przez Ministerstwo okazała się niewystarczającą. Komisja Senacka zwróciła się przeto z prośbą do Dyrekcji Lasów Państw. o odstąpienie jeszcze 350 metrów sześciennych drzewa na pniu po jaknajniższej cenie. Dyrekcja Lasów Państw. oświadczyła gotowość spełnienia tej prośby, pozostawiając Ministerstwu oznaczenie ceny,

ponadto ułatwiła eksploatację i dowóz wapna, piasku i szutru potrzebnego do budowy.

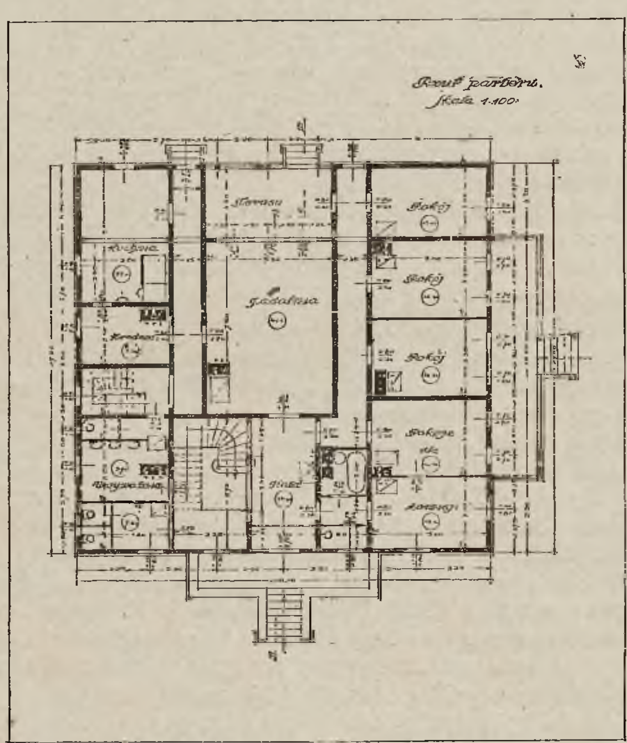
Dla sfinansowania tej budowy ma Komisja do dyspozycji osobną subwencję w wysokości 10.000 zł. przyznaną przez Ministerstwo W. R. i O. P. nadto pewną część z opłat na pomoc w naturze. Są też wszelkie dane, że z tych środków w niedługim czasie budowa będzie doprowadzona do końca.

Dom zdrowia w Mikuliczynie jest obliczony na dwudziestu pięciu do trzydziestu studentów, a w planie są przewidziane wszystkie urządzenia sanitarne, konieczne przy takim domu, a więc: instalacje wodne, światło elektryczne, a przy pokojach przeważnie ku południu zwróconych — obszerne balkony.

Budynek będzie wystawiony z grubych belek, oszalowany, wewnątrz wyprawiony, a zaopatrzony w piece kaflowe będzie mógł być użyty w każdej porze roku. Obszerne ubikacje gospodarcze ułatwią prowadzenie kuchni.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

Dodać jeszcze należy, że w bieżącym roku przyznano z funduszów „Opieki zdrowotnej“ jednorazowy zasiłek w kwocie 500 Zł. Kołu Studentek lwowskich szkół wyższych na kolonję wakacyjną urządzoną dla studentek w Łukawicy, w Karpatach Sanockich.

Przeglądając statystykę „Opieki Zdrowotnej“, należy uwzględnić ilość studentów szkół i wolnych słuchaczy akademickich we Lwowie, t. j. Uniwersytet J. K. 5.892, Politechnika 2.354, Akademji Medycyny Weterynaryjnej 270, a równocześnie okoliczności, że Akademja Medycyny Weterynaryjnej przystąpiła do „Opieki“ z dniem 15. III. 1925 natomiast Politechnika dopiero z dniem 1. V. 1925. Ponadto podnieść należy, że »Opieka Zdrowotna« rozpoczęła swą akcję 15. I. 1925 z wyjątkiem stomatologji, która została uruchomiona dopiero 15. II. 1925.

Statystyka za rok akademicki 1924/25 daje więc tylko częściowy obraz, ale wystarczający do zorjentowania się w stanie zdrowotnym młodzieży szkół akademickich i do wyciągnięcia wniosków co do sposobu prowadzenia i kosztów tej tak koniecznej akcji w dalszych latach.

Koszty leczenia jednego studenta (z lekami i stomatologją) wynosiły średnio na jednego korzystającego z opieki zdrowotnej 8·75 zł,; z tego chorzy stomatologiczni kosztowali średnio 11·54 zł., zaś inni 7·51 zł. Ogółem wyniosły wydatki „Opieki zdrowotnej“ kwotę 30.181 zł. za czas od stycznia do końca czerwca 1925 r. przy stopniowem tylko rozszerzaniu tej instytucji. Budżet na rok szkolny 1925/26 przewiduje dochody i wydatki w sumie około 100.000 zł

W czasie od 1 stycznia do 30 czerwca udzielono ogółem 3447 porad, w tem 1064 stomatologicznych (leczenie, plomby), 935 z zakresu medycyny wewn., 505 z okulistyki, 381 z dermato- i wenerologji, 245 z laryngologji, 147 z neurologji, 101 z chirurgji i 6 z ginekologji.

Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. E. Piasecki. Dzieje wychowania fizycznego. I tom. 248 ston. 76 rycin. Lwów-Warszawa-Kraków. 1925. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, (jako I. tom „Bibljoteki wychowania fizycznego i sportu“).

Dziś, gdy sprawa wychowania fizycznego i sportów zajęła tyle miejsca w myśli ogółu, nietylko wychowawców, ale i lekarzy, prawdziwie szczęśliwą myśl miał prof. Piasecki, ażeby na wstępie całego cyklu dać nam „dzieje“ wychowania fizycznego od najdawniejszych czasów. Mając tak szeroko przez niego ujęty i opracowany przegląd rozwoju wychowania fizycznego i sportów i znaczenie ich od wieków, będziemy mogli tem łatwiej przyjść do przekonania, w jakim kierunku nam lekarzom iść należy, ażeby nie dopuścić do wypaczenia zdrowej myśli, tkwiącej w sprawie wychowania fizycznego, a mogącej się łatwo przerodzić w dziwoląg, który zamiast pożytku, przynieść może wiele szkody dla ogółu. A pamiętajmy, że „Dzieje wychowania fizycznego“ to pierwsza książka tego rodzaju w naszem piśmiennictwie i to książka, napisana przez autora, który od lat jest największym propagatorem, a zarazem jedynym urzędowym przedstawicielem tej gałęzi wiedzy w Polsce.

Po krótkim wstępie, obejmującym rozwój wychowania fizycznego w świecie zwierzęcym, u człowieka pierwotnego i w wielkich cywilizacjach starożytnego wschodu, autor omawia bardzo szczegółowo stan wychowania fizycznego w starożytnej Grecji. Gdy okres największego rozwoju ćwiczeń fizycznych w Grecji stanowić będzie często niedościgniony przykład dla nas, to historja upadku tej sprawy w Grecji powinna dać nam wskazówki, jak dzisiaj zapobiec wypaczeniu racjonalnego wychowania fizycznego w nowoczesnych społeczeństwach. Po ustępie o rozwoju wychowania fizycznego w wiekach średnich i o znaczeniu Rzymu i kościoła chrześcijańskiego pod tym względem, Piasecki szeroko omawia dzieje wychowania fizycznego w Polsce, aż do końca XVIII. wieku. Podnosi on w tym ustępie zapatrywania i dążenia Komisji Edukacyjnej, a zwłaszcza G. Piramowicza, którego nazywa pierwszym higjenistą wychowawczym w Polsce. W rozdziałach następnych zajmuje się autor nowoczesnymi systemami i metodami wychowania fizycznego, które prowadzą nas do czasów najnowszych, i przedstawia postęp pod tym względem w początkach bieżącego roku. W dziale „polskim“ tego okresu czasu podkreśla silnie zna-

czenie kierunku, zapoczątkowanego przez Jordana, który nazywa „jordanowskim“ i przypisuje mu ważne znaczenie w wychowaniu fizycznem naszej młodzieży; podobnie podnosi ogromne zasługi sokolstwa polskiego, którego początki znajdziemy we Lwowie między jego pierwszymi propagatorami.

Nie od rzeczy będzie przytoczyć wnioski końcowe (str. 234), bo one są wyrazicielami idei autora. „Zagadnienie nowoczesnego wychowania fizycznego należy do zawiłych i trudnych.... Trzeba, aby dziatwa i młodzież miała gdzie i kiedy odbywać ćwiczenia cielesne, skąd wynika konieczność dostarczania jej boisk, pomieszczeń i urządzeń oraz odpowiedniego wymiaru czasu, które wychowanie fizyczne musi zdobyć w walce z przemożną dążnością do przeładowania intelektualnego. Z drugiej strony zabiegami temi powinni kierować ludzie kompetentni; metody postępowania należy ciągle doskonalić przy pomocy nietylko twórczej intuicji pedagogów-praktyków, lecz i ścisłych badań naukowych“. Z tych względów autor uważa jako kamień węgielny całej sprawy kształcenie wychowawców fizycznych, które dotychczas u nas jest jeszcze w początkach. „W ciężkiej pokojowej walce o byt zwyciężą społeczeństwa zdolne i pracowite, pod warunkiem jednak, że potrafią wzmagać wydatność pracy przez spotęgowanie swej odporności w wytrwałości drogą umiejętnego wychowania fizycznego“. W tych słowach autora odbija się tendencja obywatelska książki, która jej właściwie zawdzięcza swoje powstanie i ukazanie się na półkach księgarskich.

Dodajmy jeszcze, że szata zewnętrzna książki zadowolić może i wybrednego bibljofila. Styl i jasne przestawienie sprawy przez autora niech zachęci czytelnika do rozmyślania nad praktycznemi zadaniami, które nam nakreśla książka Piaseckiego. *M. Franke.*

Przegląd piśmiennictwa.

Przyrodolecznictwo (teorja i praktyka).

Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie.
T. XXIX. str. 160.

K. Keller. **Wpływ ciepła na zawartość wody we krwi.** Po półgodzinnej kąpieli w suchej łaźni elektrycznej (55° do 60° C) stwierdził K. u 65% badanych lekką hydremję (około 2%) u reszty badanych równie lekkie zagęszczenie krwi. Krew żylna staje się zupełnie jasno-czerwoną i pozostaje taką przez szereg godzin z powodu zmniejszonego oddawania tlenu do tkanek w następstwie przyśpieszonego krążenia oraz zagęszczenia ścian naczyniowych dla gazów w okresie przegrzania. Wyniki te w zestawieniu z pomiarami przemiany gazowej w czasie stosowania kąpieli o różnej ciepłocie każą zrewidować nasze poglądy na sposób działania bodźców cieplnych. Pozorne znaczne zagęszczenie krwi w łaźni suchej, jakie dawniej opisywano, polegało na błędach w metodyce badania i we wnioskowaniu.

Ibidem str. 152.

L. Isler. **Wpływ bodźców cieplnych na sprawność umysłową.** Sprawność badano zapomocą Kräpelinowskiej metody dodawania. Chłodna kąpiel pełna jakoteż kąpiele takież na ręce nie dawały zmian sprawności, zimne półkąpiele wzmagały czasem sprawność. Częściowe i ogólne łaźnie suche podnosiły sprawność nieraz bardzo wydatnie, natomiast po łaźni parowej występywało nieraz osłabienie sprawności umysłowej.

Zeitschr. f. d. ges exper. Med.
T. XLIII. str. 741.

L. Hirsch. **Roentgenowskie spostrzeżenia nad dwufazowością działania wód solankowych i gorżkich.** Spostrzeżoną poprzednio przy stosowaniu wody z Mondorf (solanka) dwufazowość działania na ruch jelitowy kontrolował H. na wodzie Homburgskiej »*Elisabethquelle*« (szczawa solankowa), Mergentheimskiej (solankowo-gorżka) i Marienbadzkiej »*Kreuzbrunnen*«. Kontrola roentgenowska wykazała rzeczywiście charakterystyczną dwufazowość działania wszystkich tych wód na perystaltykę jelit. Nasilenie faz było oczywiście u różnych osobników różne. (Dwufazowość ta tłumaczy w myśl moich wywodów, wyłożonych w Pol. Gaz. Lek. Nr. 16, str. 361 z r 1925 — rozmaite, a tak sprzeczne działanie tych wód na jelita. N. p. woda Karlsbadzka, Marienbadzka, Kissingeńska lub Vichy, które działają zwykle mniej lub więcej rozwalniająco, wywołują u niektórych kuracjuszy wprost zaparcie stolca; Kissingen n. p. hamuje biegunki przy nieżycie kiszki grubej. Jestto rzecz dawki i osobistego odczynu — przyp. refer.).

Klin. Woch.
1925. str. 1356.

F. Veiel. **Leczenie owrzodzeń roentgenowskich gorącemi okładami z siemienia lnianego.** Okłady z siemienia, gotowanego na mleku aż do zupełnej gęstości, owinięte w grubą warstwę gazy jałowej, kładziono na owrzodzenia, pokryte gazą umaczaną w 1‰ rozczynie kwasu borowego. Leczenie takie stosowano od rana do wieczora. Do 4 tygodni zdrowa ziarnina; zupełne wyleczenie we wszystkich 3 przypadkach nastąpiło po 2 do 4 miesiącach ze znakomitym efektem kosmetycznym.

Ibidem. 1925. str. 1118.

P. György. **Próby leczenia krzywicy mlekiem naświetlanem.** Promienie pozafjołkowe i tran rybi, to dwa najpotężniejsze leki krzywicy wedle prac doświadczalnych na białych szczurach. Działanie to nie polega jedynie na przyśpieszeniu przemiany materji, jak n. p. działanie kąpieli solankowej i mięsienia przy krzywicy. Chik Hume przypuszcza syntezę witaminy A w ustroju pod wpływem naświetlania promieniami pozafjołkowemi, zaś G. i Essinger dowiedli przyrostu zawartości lecytyny i cholesteryny we krwi pod wpływem tych naświetlań i przypuszczają, że czynnik przeciwkrzywiczy należy do niezmydlającej się frakcji tłuszczów (Zucker i Barnett, Poulson). Niezależnie od siebie, zauważyli A. F. Hess oraz Steenbock i Black, że naświetlanie pozafjołkowe pożywienia krzywicotwórczego znosi to szkodliwe działanie u białych szczurów tak karmionych. Hess dodawał do karmy Pappenheimowskiej (mieszanka Nr. 84) olej lniany, naświetlany kwarcówką. Olej lniany, bawełniany lub oliwa, naświetlane w ten sposób, czuć tranem i smakuje podobnie. To samo stwierdził G. odnośnie do mleka kobiecego i krowiego i to tak w stanie surowym, jak i po przegotowaniu. Czysta trioleina nie daje tej zmiany, co dowodzi, że promienie działają tylko na frakcję lipoidową mleka. G. stosował takie naświetlane mleko u krzywiczych osesków przy kontroli Roentgenem i wykluczając wszelkie inne leczenie. Dzieci piły bez wstrętu mleko naświetlane przez pół do 1 godziny. Z 18 osesków z krzywicą i tężyczką 16 wykazało wyleczenie lub ogromną poprawę (w miesiącach zimowych!) po dwu- do sześciotygodniowem takiem żywieniu. Mleko takie »jekoryzowane« stosuje G. obecnie szeroko w heidelberskiej klinice dziecięcej.

Ibidem. 1925. str. 1265.

E. Geiger. **Doświadczenia nad wpływem ciepłoty na poziom cukru we krwi.** Doświadczenia na królikach i psach. Obniżenie ciepłoty otaczającej z 30° C na 2° jest bez wpływu na cukier krwi o ile tylko ciepłota prawidłowa ciała jest utrzymana. A więc wzmożone spalanie przy ochładzaniu ciała jest bez wpływu, atoli z chwilą, gdy ciepłota ciała zacznie spadać niżej normy, cukier krwi poczyna w tym samym stosunku rosnąć. Tak samo powolne ogrzanie powietrza z 14° na 33° C jest bez wpływu, natomiast szybkie ogrzanie wywołuje hiperglikemję i to tak wtedy, gdy wystąpi przegrzanie ustroju, jak i bez przegrzania. Możliwym jest tu wpływ psychiczny albo i duszności. W ciągu gorączki wywołanej zastrzykiem mleka albo toksyny *bac. coli* występuje hiperglikemja w okresie wzrostu ciepłoty, a normo- lub hipoglikemja w okresie spadku. Spadek gorączki, sztucznie wywołany n. p. antipiryną lub chininą, przebiega nie z hipolecz z hiperglikemją, co dowodzi odmiennej natury tego zjawiska w porównaniu do przyrodzonego spadku gorączki. U zwierząt niegorączkujących wywołują dawki antipiryny, obniżające ciepłotę normalną, także stan hiperglikemji.

Posiedzenie z 9. marca 1925 r. Berlińskiego Tow. Neurologów i Psychjatrów.

K o s c h e l. **Badania nad sprawnością umysłową w rozrzedzonem powietrzu.** Badania na sobie samym i towarzyszach w czasie pobytu w komorze pneumatycznej o powietrzu rozrzedzonem odpowiednio do stosunków wysoko-górskich. Przy rozrzedzeniu, odpowiadającemu wzniesieniu do 5500 m pojawia się niechęć do pracy, przy 7000 m pogorszenie się uwagi i następowa amnezja oraz zaburzenia w chodzeniu. Oddychanie czystym tlenem usuwa te objawy na czas około 10 minut.

Strahlentherapie.
T. XVIII. str. 829.

F. M. G r o e d e l i H. L o s s e n. **Niebezpieczeństwa naświetlania Roentgenem przy gruźlicy kości i skóry.** Opis 7 przypadków takich uszkodzeń mimo wszelkich środków ostrożności. Uszkodzenia takie, naogół do zwykłych roentgenowskich podobne, odznaczają się małą bolesnością, silnem wydzielaniem rany, bardzo rozmaitym okresem wylęgania objawów i przechodzeniem poza pole naświetlania. G. i L. przyjmują wyjątkową wrażliwość na Roentgena, tkanek dotkniętych gruźlicą i doradzają używanie ciężkich zasłon (filtrów) i zmniejszenie ilości naświetlań.

Ibidem. T. XVIII. str. 593.

A p p e l r a t h. **Wzmożona wrażliwość skóry na promienie Roentgena u chorych na śpiączkę mózgową.** Zjawisko to odpowiada w zupełności wzmożonej wrażliwości skóry przy chorobie Basedowa. (Rzecz warta przebadania odnośnie do światła słonecznego, kwarcówki i Finsena — przyp. refer.).

Münch. med. Woch.
1924. str. 1493.

E. A n d e r s e n. **Leczenie raka solą kuchenną i potęgowanie działania promieni Roentgena zapomocą wzbogacania ustroju w sól kuchenną.** Papka ze soli oddaje dobre usługi przy usuwaniu powierzchownych raków. Chlorek sodu potęguje widocznie przemianę materji w komórkach, co przy tkance bujającej, jak rakowata, prowadzi aż do zniszczenia jej. Przy spożywaniu soli, gromadzi się ona w komórkach o najżywszej przemianie materji, przez co ich wrażliwość na promienie Roentgena wzrasta. A. poleca więc przy leczeniu naświetlaniem stosować żywienie obficie solone lub też łączyć je z proteinoterapją. (Stosowanie wód solankowych uważane jest jako uczulacz przy leczeniu kąpielami słonecznemi u dzieci — przyp. refer.).

Medizinische Klinik.
1925. str. 242.

A. L a q u e u r i H. W i e n e r. **Działanie ogólne naświetlań śluzówek promieniami pozafjołkowemi.** Ogólne działanie promieni na obraz krwi i przemianę materji można uzyskać nietylko przez naświetlanie całej powierzchni ciała, ale również przez naświetlanie śluzówek, choć ich powierzchnia jest nieporównanie mniejsza. Naświetlanie takiej samej powierzchni skóry (jak śluzówki) jest bez efektu ogólnego. Przyczyną tej różnicy jest przedewszystkiem okoliczność, że śluzówki nie są wogóle do światła przyzwyczajone, a więc stanowi ono dla nich bodziec znacznie silniejszy, przytem brak grubej warstwy rozmaicie zrogowaciałego naskórka i brak pigmentu sprzyja lepszemu wnikaniu promieni krótkofalistych.

Cpts. Rds. Soc. Biologie.
1924. T. XCI. str. 1255.

C. G a b r i e l. **Napady bezpasorzytnicze u chorych na zimnicę pod wpływem wody mineralnej z Encausse** Między drugim a czwartym dniem leczenia zdrojowego zapomocą picia wody mineralnej w E n c a u s s e doznają chorzy zimniczy napadu dreszczów, gorączki do 40° C, z następowym obfitym potem i po przespaniu się są zupełnie odświeżeni. Badano krew tych chorych tak przed napadem, jak w czasie gorączki i wśród potów i nigdy nie znaleziono w niej pełzaków zimniczych. Krew pobrana tuż przed napadem wykazywała zmniejszenie ilości leukocytów i mononukleozę. Towarzyszy temu obniżenie parcia krwi. Po napadzie zjawiska te znikają. Takie same zjawiska spotyka się w napadzie zimnicy i tłumaczy urazem w postaci najazdu merozoidów na krwinki czerwone, czego w tych przypadkach absolutnie nie było. Autor nie kusi się o wytłumaczenie tego zjawiska, tak samo, jak stwierdza tylko nagi fakt, że wody Encausse działają wybitnie leczniczo na zimnicę zupełnie tak, jak chinina. (E n c a u s s e, cieplica siarczano-wapniowa w departamencie H a u t e G a r o n n e, 360 m. n. p. m.; wody o ciepłocie 22° C zawierają w litrze 2 g siarczanu wapniowego, 0,542 g siarczanu magnezowego i 0,02 g siarczanu sodowego; używane są głównie do picia, jako rozwalniające i moczopędne. Kąpiele i natryski są na drugim planie. Schorzenia tam leczone: zaparcie żywota, kamienie żółciowe i nerkowe, zaburzenia w krążeniu żyły bramnej i zimnica — przyp. refer.).

Klin. Woch.
1925. str. 1670.

J. L o e w e n h e i m. **Stosowanie diatermji w otolaryngologji.** Wielkie przyrządy do diatermji były w laryngologji niepopularne z powodu ich kosztowności i niewygodnych elektrod, które trzeba było dostosowywać i przywiązywać do głowy. Dopiero zbudowanie małych przyrządów o napięciu do 1 Ampera z elektrodami osobliwemi, które chory sam może trzymać w ręku, udostępniło wygrzewanie. L. używa przyrządu »*Pyknotherm*« (firmy berlińskiej Kohl-Huth) wszędzie tam, gdzie dawniej zalecano ciepłe okłady i tak uzyskuje doskonałe wyniki przy podostrych i przewlekłych nieżytach krtani jakoteż przy nieżytach trąbek, przewlekłych zapaleniach ucha środkowego, jak nawet przy sprawie ostrej, która nie wymagała jeszcze paracentezy. Szczególnie dobrze ustępuje po diatermji szum w uszach przy sprawach przewlekłych. L. używa zwykle słabego natężenia prądu, do 0·26 Ampera; do zabiegów otologicznych przykłada jedną elektrodę do wyrostka sutkowego, drugą, gałkową wsuwa do przeciwległego ucha, zwykle wystarcza przytrzymywanie ich rękoma.

Presse médicale.
1925. Nr. 59.

V. A u b e r t o t. **Działanie filaktyczne wód mineralnych.** Działanie antianafilaktyczne nazwał Henrijean poprawnie „filaktycznem", chodzi więc tu o zjawisko opisane przez hydrologów francuskich, Billard'a, Laussedata, Mougeota oraz badaczy pracownianych: Arloing'a, Kopaczewskiego, Garcia Vinals i wielu innych, które referowano też na łamach Polskiej Gazety Lekarskiej (r. 1923: Nr. 23 str. 416; r. 1924: Nr. 23 str. 285, Nr. 24 str. 296, Nr. 49 str. 771; r. 1925: Nr. 16 str. 379 — przyp. ref.) Zjawisko polega na odczuleniu przez wody mineralne uczulonych sztucznie zwierząt lub chorych z nadwrażliwości ludzi, jak przy dychawicy oskrzelowej, katarze siennym, dermatozach, niektórych chorobach stawów, jelit i t. d. Pierwszy przyszedł na tę myśl B i l l a r d w r. 1912 rozważając sposób działania wód mineralnych na tego typu choroby i eksperymentując też zaraz wodą z Royat na morświnkach, uczulonych surowicą końską, którym potem przez 21 dni wstrzykiwał codzień 1 do 2 cm^3 wody mineralnej podskórnie. Druga dawka surowicy nie daje wogóle wstrząsu albo bardzo słaby wstrząs u takich zwierząt. Także mieszanie surowicy uczulającej z wodą mineralną paraliżuje proces uczulenia. Z wielu przebadanych wód mineralnych francuskich, belgijskich, hiszpańskich, włoskich i kilku niemieckich większość wykazała silniejszą lub słabszą właściwość filaktyczną. Najsłabiej działały siarczanki. Ujemne wyniki dały z wód francuskich: siarko-sodowe cieplice Cauterets i alkaliczno-sodowe, radjoczynne cieplice Mont-Dore — w stosowaniu ich u królików, co stoi w sprzeczności ze spostrzeżeniami leczniczemi u ludzi w tych zdrojowiskach. Możliwe, że stosowano tam u królików dawki zbyt małe, odpowiednie tylko dla morświnek. Zresztą króliki nadawały się dobrze do tych doświadczeń. Co do sposobu powstawania filaksji po wodach mineralnych istnieje szereg teorji, podobnie, jak i dla zjawiska anafilaksji; szczegóły nie nadają się do streszczenia. A. przytacza pracowicie zebraną bibljografję omawianego zagadnienia [53 numerów!], w której, oprócz K o p a c z e w s k i e g o, nie spotykamy Polaka, w kraju bo-

wiem — mimo rozlicznych wód mineralnych i dość licznych już pracowni naukowych — nikt się tą sprawą nie zajął. Tymczasem Niemcy próbują już stosowania podskórnego wód mineralnych. *Sabatowski* (Lwów).

Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngologie.
T. XLIX. Z. 4. 1925.

C e m a c h. **Leczenie endonasalne lampą kwarcową.** Autor podaje technikę, metodę i wyniki stosowania śródnosowego lampy kwarcowej w przypadkach nieżytu siennego i ozaeny. Promienie lampy Kromayera przewodzi pręt z kwarcu wprowadzony do jamy nosowej, luźne połączenie ze źródłem światła pozwala swobodnie poruszać prętem wewnątrz jamy nosowej. Przed naświetlaniem oczyszcza się nos dokładnie z ewentualnych strupów i śluzu, znieczula 20% roztworem kokainy. Okolicę nosa ochrania maść adsorbująca promienie. Głowę chorego ustala oparcie krzesła. Przy katarze siennym używa autor światła niebieskiego, unika podrażnienia zresztą dawkowanie indywidualizuje. Przy ozaenie odwrotnie zasadą jest doprowadzić do podrażnienia; im silniejszy odczyn, tem lepszy wynik. Na jednem posiedzeniu naświetla się w różnych położeniach, tak, by o ile możności działać na całą błonę śluzową. Przeciętnie wystarczy 10 posiedzeń w odstępach 3—6 dniowych.

Co do wyników, na 24 przypadków nieżytu siennego 23 dało wynik zadowalający, objawy znikły nietylko w mieście ale i na wsi. Przy równoczesnej dusznicy oskrzelowej ustępowały objawy jedynie ze strony nosa.

Co do ozaeny, na podstawie 18 przypadków doszedł autor do następujących rezultatów:

1) przykry zapach daje się skutecznie usunąć w bardzo ciężkich przypadkach,

2) na objawy zanikowe nie można wyraźnie wpłynąć,

3) tworzenie się strupów w lżejszych stanach ustępuje zupełnie, przy daleko posuniętym zaniku utrzymuje się, lecz w mniejszym znacznie nasileniu i co najważniejsze bez zapachu. *Krygowska* (Lwów).

Strahlentherapie.
T. XIX. Z. I.

A x e l R e y n. **Zastosowanie sztucznego światła, w szczególności łukowego przy Lupus vulg. i t. zw. »chirurgicznej gruźlicy«.** Autor podaje wyniki naświetlania zarówno lokalnego, jak i ogólnego. Za źródło światła używa światła łukowego. Przy *lupus vulg.* osiągał 60% wyleczenia; podobnie korzystne wyniki przy *tbc. cutis verrucosa* i *colliquativa*. Przypadki, zachowujące się uporczywie wobec naświetlania lokalnego poddawał autor naświetlaniu ogólnemu t. zw. »kąpielom światłem«. Przez k o m b i n a c j ę obu tych metod uzyskał znakomite wyniki (do 90%!) i to w znacznie krótszym przeciągu czasu.

Równie dobre wyniki kombinowanem leczeniem osiągał autor przy »chirurgicznej gruźlicy«. Schorzenia małych stawów reagowały korzystniej, niż dużych; szczególnis prędko leczyła się gruźlica części miękkich i *ostitis tbc.* Także gruźlicze lymphomata szybko ulegały ewolucji. Czas leczenia wynosił przeciętnie $^1/_2$—1 roku, im młodszy osobnik, tem mniej.

Następnie w ogólnych rozważaniach na temat leczenia promieniami chemicznemi, dochodzi autor do przekonania, że przedewszystkiem leczniczo działają tu promienie pozafjołkowe, lecz nie o zbyt krótkiej fali. Te ostatnie bowiem ulegają absorbcji w górnych warstwach nabłonka skóry. Z tego też powodu lepiej do leczenia nadaje się światło łukowe, zawierające w s z y s t k i e promienie widma, niźli lampa rtęciowa, zawierająca przeważnie promienie pozafjołkowe o krótkiej fali.

Zwłaszcza do leczenia ogólnego, do t. zw. »kąpieli światłem« uważa autor za wskazane używanie przedewszystkiem ś w i a t ł a ł u k o w e g o, o 55 Volt. Przy mniejszem lub większem napięciu zmniejsza się znacznie zawartość promieni chemicznych w świetle. Także grubość węgli musi być ściśle określona (31—26 mm przy 75 amp., 24—17 mm przy 50 amp. i t. d.). Lampy nie śmią być otoczone szkłem, które resorbuje większą część promieni chemicznych.

Co do sposobu stosowania, twierdzi autor w przeciwieństwie do zapatrywania Rollier'a, że najlepsze rezultaty osiągał, jeśli wywołał na początku leczenia w y b i t n y r u m i e ń. Pierwsza kąpiel trwała 30—40 minut, przy równoczesnej *tbc.* płuc o połowę krócej. Przy stosowaniu lampy rtęciowej — od 5' począwszy.

Działanie lampy Finsenowskiej na *lupus vulg.* polega na niszczeniu komórek patologicznych. Dlatego więc światło musi wnikać g ł ę b o k o, co jest możliwe przy anemizacji tkanki przez jej ucisk. We Francji podnoszą wprawdzie (Benoit) zbędność anemizacji; jednakże w tym przypadku osiągnie się conajwyżej polepszenie sprawy. Do zupełnego w y l e c z e n i a bezwzględnie konieczną jest a n e m i z a c j a t k a n k i.

Wreszcie donosi autor o zachęcających wynikach, jakie osiągnięto w Instytucie Finsenowskim przez zastosowanie kąpieli światłem łukowem w przypadkach *tbc. laryngis* i płuc. Przy tej ostatniej jednak należy być bardzo ostrożnym i leczenie natychmiast przerwać, skoro tylko wystąpi zaostrzenie sprawy (krwioplucie lub podniesienie ciepłoty). *Kwiatkowski* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Dr. Zygmunt W ą s o w i c z: **Krynica i jej środki lecznicze.** Kraków 1925. str. 324.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. Organ Polskiego Towarzystwa Balneologicznego dla popierania rozwoju polskich uzdrowisk. Redaktor Dr. Witold Skórczewski. Rok 16. Nr. 1 do 9. T r e ś ć: Od Wydawnictwa. — Prof. L. K o r c z y ń s k i: Postulaty polskiego zdrojownictwa. — Dr. T. C y b u l s k i: Dzieci polskie nad włoskie morze? — Dr. W. S k ó r c z e w s k i: O znaczeniu leczniczem wody ze zdroju »Zubera«. — Dr. Z. W ą s o w i c z: Z sezonu 1924 w naszych uzdrowiskach. Dwie konferencje w sprawie uzdrowisk. — Dr. J. Z a n i e t o w s k i: Rzut oka na działalność Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w ciągu dwudziestolecia. — Prof. L. K o r c z y ń s k i: Uwagi o organizacji polskiego zdrojownictwa. Idem: Wstęp do wykładów o fizjoterapji. — Dr. J. Z a n i e t o w s k i: Kilka uwag o polskiem zdrojownictwie. — Prof. L. K o r c z y ń s k i: O klimacie ze stanowiska lekarskiego. — Dr. Z. P e l c z a r: Kilka słów o leczeniu diatezy dnawej w Truskawcu. — Dr. S. A. L e w i c k i: Bibljografja polskiego zdrojownictwa. - Prof. L. K o r c z y ń s k i: Uzdrowiska polskie wobec wskazań lekarskich. Idem: W sprawie specjalizacji naszych uzdrowisk. Idem: Walka o pełne prawo obywatelstwa dla polskich uzdrowisk. Idem: Lekarskie znaczenie klimatu morskiego. — Prof. St. C i e c h a n o w s k i: W sprawie naszych zdrojowisk. — Prof. L. K o r c z y ń s k i: Wskazania lecznicze dla wód mineralnych szczawnickich.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie (12 16 lipca b. r.) przyniósł niewiele materjału z zakresu klimato- i hydrologji lekarskiej. W przeciwieństwie do Zachodu ten dział ma wciąż jeszcze u nas mało miłośników, co wymaga przeciwdziałania i pewnej propagandy wśród młodszych pracowników naukowych. Na wspólnem posiedzeniu sekcji geofizyki, fizjologji i wychowania fizycznego wygłoszono dwa odczyty: A. S a b a t o w s k i (Lwów): O znaczeniu pomiarów światła słonecznego dla patologji i terapji; E. S t e n z (Warszawa): O własnościach promieniowania słonecznego w górach polskich.

W sekcji geofizyki wygłosili: W. G o r c z y ń s k i (Warszawa): O badaniach nad rozkładem widmowym natężenia promieniowania słonecznego; S. B a r t n i c k a (Warszawa): Stosunki klimatyczne podtatrzańskie na podstawie spostrzeżeń w Zakopanem, Poroninie i Zazadniej; D. S z y m k i e w i c z (Lwów): Jak należy charakteryzować wilgotność klimatu.

W sekcji medycyny wewnętrznej wygłosili: A. S a b a t o w s k i i J. G ö r t z (Lwów): O wpływie dowozu wody na poziom cukru we krwi; Z. C z e ż o w s k a i J. S m o l i ń s k i (Lwów): O wpływie przegrzewania (diatermji) na przebieg cukrzycy; K. T e m p k a (Kraków): Wpływ »Zubera« na przemianę istot azotowych oraz wydzielanie soku żołądkowego i dwunastnicowego.

W sekcji stomatologicznej W. C y b u l s k i (Warszawa): Uwagi o zastosowaniu fizykalnej terapji jamy ustnej.

W sekcji okulistycznej: A. N a r ó g (Lwów): Wyniki lecznicze po stosowaniu promieni pozafjołkowych w chorobach oczu.

W sekcji dermatologicznej: L. W e r n i c (Warszawa): Leczenie światłem barwnem.

Przy zamknięciu Zjazdu: P. Gantkowski: O znaczeniu leczenia przyrodnego w medycynie.

Po odliczeniu prac przyrodników, pozostaje jako dorobek lekarzy 8 odczytów, co jak na obecne prądy w medycynie światowej, jest niewiele.

Zjazd klimatologiczny w Davos jako wstęp do prac w Instytucie dla Fizjologji wysokogórskiej i Ftizjologji tamże, odbył się w dniach 17 do 22 sierpnia b. r. staraniem Instytutu. W dziale ogólnym mówili Prof. Hellpach, Levi i Dietrich, dział klimatyczno-biologiczny obejmował wykłady następujących wybitnych osobistości: Abderhalden (Halle), Asher (Berno), S. Bang (Kopenhaga), Durig (Wiedeń), Haecker (Halle), Loewy (Davos) Morpurgo (Turyn). W sekcji klinicznej przemawiali: Feer (Zurich), Hill (Londyn), Sonne (Kopenhaga), Daniels (Groningen), Gauvain (Londyn), His i Kraus z Berlina, Staehelin (Bazyleja) i Stepp (Jena). Sprawozdanie z odczytów będzie ogłoszone drukiem.

Kongres Balneologów w Karlsbadzie i Marienbadzie.

Czterodniowy ten kongres zgromadził z początkiem kwietnia b. r. liczne grono tak teoretyków, jak i praktyków-balneologów niemieckich. Spis wykładów, tam wygłoszonych jest bardzo pouczający. I tak wygłosił prof. Wiechowski (Praga): Doświadczalna farmakologja źródeł mineralnych; Prof. Strasser (Wiedeń): Terapja mieszana (farmakologiczno-uzdrowiskowa); Prof. Stoklasa (Praga): Wpływ promieniotwórczości na przemianę materji w świecie zwierzęcym i roślinnym; Freund (Wiedeń): Wpływ kąpieli na gazy krwi; Prof Dalmady (Budapeszt): Obliczanie dogodności klimatu; Polis (Akwisgran): Klimat a pogoda; Prof. Kionka (Jena): Wartość t. zw. fizjologicznej oceny pogody; Prof. Jaksch (Praga): Nowoczesne leczenie cukrzycy; Wagner: (Karlsbad): Wpływ picia wód na wzmożone ciśnienie krwi; Roubitschek (Karlsbad): Nowe badania nad działaniem wody karlsbadzkiej: Schober (Wildbad): Uwagi nad działaniem kąpieli ciepliczych; Fritz (ibid.): Czy istnieje dowód działania swoistego kąpieli cieplicznych? Pässler (Drezno): Leczenie emanacją radową w Cieplicach Czeskich. Prof. Pribram: (Praga): Lecznicze uwagi nad chorobami serca i nerek; Selig (Franzensbad): Miażdżyca tętnic i osłabienie mięśnia sercowego; Turan (ibid.): Działanie kąpieli kwaso-węglowych; Schneyer (Gastein): Opadanie krwinek w czasie terapji fizykalnej; Barnawa (Moskwa): Badania nad ciśnieniem krwi i tętnem przy stosowaniu kaukaskich wód mineralnych; Bornstein (Berlin): Lekarz kąpielowy jako higienista społeczny; Winter (Marienbad): Doświadczenia z ujmowaniem wód mineralnych; Prof. Zörkendörfer (Praga—Marienbad): Objaśnienie marienbadzkich zasobów leczniczych; Aschner (Wiedeń); Nowoczesna patologja humoralna a balneologja; M. Löwy (Praga—Marienbad): Plethora, Meteorismus a Psyche; Kopf (Marienbad): Doświadczenia nad wpływem wód mineralnych na działanie preparatów organoterapeutycznych; Wurma (Marienbad): Znaczenie uzdrowisk dla wzmocnienia ustroju.

Ankieta Zdrojowiskowa.

Redakcja »P. G. L.« otrzymała od Polskiego Związku Turystycznego następujące pisma wydane w porozumieniu z Polskiem Tow. Balneologicznem, a dotyczące materjalnego podniesienia naszych uzdrowisk.

Powtarzające się ustawicznie głosy krytyki skargi w dziennikach na niedomagania naszych zdrojowisk i uzdrowisk spowodowały Polski Związek Turystyczny i Polskie Towarzystwo Balneologiczne do przeprowadzenia ankiety u wszystkich zainteresowanych czynników, celem uzyskania objektywnego obrazu stosunków i racjonalnego ujęcia tego narodowo i gospodarczo tak ważnego zagadnienia.

Oba te towarzystwa rozesłały obecnie do wszystkich zdrojowisk i uzdrowisk, letnisk, do hoteli, pensjonatów, przedsiębiorstw autobusowych i t. p. odpowiednio ujęte kwestjonarjusze. Odpowiedzi na nie mają dostarczyć materjałów, które posłużą do poznania stosunków, w jakich te przedsiębiorstwa pracują.

Równocześnie zwraca się Związek Turystyczny i Tow. Balneologiczne tą drogą do wszystkich P. T. Kuracjuszy, Turystów, Gości oraz lekarzy naszych zdrojowisk i uzdrowisk z usilną prośbą o podanie pod adresem »Polski Związek Turystyczny, Kraków, Szpitalna 36« wszystkich zauważonych braków, niedomagań, wogóle objawów, które przyczyniają się bądź do cichego, bądź do głośnego szerzania bojkotu naszych letnisk, zdrojowisk i uzdrowisk, nie prowadząc przytem żadnej akcji sanującej ten stan.

Aktualne pytania kwestjonarjuszy, dotyczące między innemi projektowanych inwestycyj i zapotrzebowania kapitału wraz z realnem uzasadnieniem, pozwoli zorjentować się w całokształcie sanacji i rozbudowy naszego zdrojownictwa i stworzy podstawę do wszczęcia celowej akcji inwestycyjnej. Natomiast zebranie tych obopólnie wyrażonych opinji i podanych faktów umożliwi podpisanym niżej organizacjom wypracowanie pozytywnych wniosków dla miarodajnych czynników i drogą publicystyczną odpowiednie informowanie społeczeństwa.

W myśl powyższego upraszamy P. T. Publiczność o najliczniejsze obesłanie ankiety. Interesentom, którzy kwestjonarjuszy pocztą nie otrzymali, przesyła je P. Z. T. na żądanie; mogą też być osobiście w lokalu Polskiego Związku Turystycznego w Krakowie podejmowane.

Polski Związek Turystyczny: Prezes: (podpis nieczytelny).
Polskie Towarzystwo Balneologiczne:
Prezes: *Prof. Dr. Korczyński.*

* * *

Polski Związek Turystyczny. Tel. 1385. — Kraków, lipiec 1925. Szpitalna 36.

P. T.

Polski Związek Turystyczny przystępuje obecnie do organizacji wzorowego biura informacyjnego dla ruchu turystycznego i zdrojowiskowego, które ma służyć tak krajowym jak i zagranicznym interesentom.

Pragnąc przeciwdziałać szkodliwej często i ujemnej opinji o naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach, o warunkach pobytu w hotelach i pensjonatach, o stosunkach komunikacyjnych, sanitarnych i t. p. zwraca się niniejszym Polski Związek Turystyczny i Polskie Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie, urządzające łącznie ankietę zdrojowiskową, do P. T. z usilną prośbą i wezwaniem w interesie rozwoju zdrojownictwa i turystyki polskiej o możliwie dokładne wypełnienie załączonego kwestjonarjusza i proszą również o dodanie uwag nie objętych nim, a które P. T. uzna za ważne dla sprawy zdrojownictwa i turystyki.

Materjał tą drogą uzyskany, będzie użyty nie tylko dla celów informacyjnych, ale będzie on również służył obu organizacjom, przy pomocy nowoutworzonego w Warszawie Polskiego Touring-Klubu, za podstawę do akcji u władz i do pracy publicystycznej, zmierzającej do zapewnienia opieki i pomocy zdrojownictwu i turystyce. Zwracamy przytem szczególną uwagę P. T. na punkt w kwestjonarjuszu, dotyczący programu inwestycyjnego, oraz zapotrzebowania kapitału. Zależy nam na informacji o wysokości potrzebnego kapitału i o formie zabezpieczenia go. Odnośne dane mają umożliwić wszczęcie planowej akcji kredytowej i inwestycyjnej dla naszego zdrojownictwa, dla uzdrowisk, letnisk i wszystkich urządzeń dla ruchu turystycznego.

Równocześnie, celem wszechstronnego oświetlenia tego materjału i dojścia do objektywnego osądzenia braków i utrudnień na jakie napotyka nasz ruch zdrojowy i turystyczny, zaapelujemy do społeczeństwa drogą najpoczytniejszych dzienników i czasopism z prośbą do publiczności o podanie pod adresem »Polski Związek Turystyczny, Kraków, Szpitalna 36«, wszystkich zauważonych niedomagań. Na podstawie całokształtu tego materjału będą mogły obie te organizacje, niezależnie od uzyskania danych informacyjnych, zorjentować się w swej działalności zastępowania interesów zdrojowisk i letnisk wobec władz i innych czynników miarodajnych.

Prosimy przeto w interesie ogółu i w interesie własnym o dokładne wypełnienie załączonego kwestjonarjusza w myśl powyższych uwag i o przesłanie go wraz z posiadanym przez P. T. materjałem reklamowym pod adresem »Polski Związek Turystyczny« Kraków, Szpitalna 36.

Z wysokiem poważaniem:
Polski Związek Turystyczny: Prezes: Podpis nieczytelny).
Polskie Towarzystwo Balneologiczne:
Prezes: *Prof. Dr. Korczyński.*

Powszechny obowiązek wychowania fizycznego.

Projekt ustawy, opracowany wspólnie przez ministrów Stanisława Grabskiego i Władysława Sikorskiego dąży do osiągnięcia dwóch celów zasadniczych. Pierwszym celem jest podniesienie rozwoju fizycznego i tężyzny moralnej ogółu obywateli w myśl zasady eugeniki narodowej, drugim zaś zapewnienie Państwu największej zdolności obronnej.

Główne zasady ustawy streszczają się w następujących punktach:

1. Obowiązek wychowania fizycznego we wszystkich szkołach państwowych i prywatnych, łącznie z wyższemi uczelniami.
2. Udostępnienie wychowania fizycznego dla młodzieży pozaszkolnej przez państwowe popieranie upoważniowych stowarzyszeń.
3. Obowiązek przysposobienia wojskowego dla młodzieży męskiej w szkołach państwowych i prywatnych łącznie z wyższemi uczelniami, począwszy od lat 16.
4. Przysposobienie kobiet w szkołach w zakresie sanitarnym, ratowniczym i opieki nad żołnierzem.

Dla młodzieży posiadającej skończone kursy przysposobienia wojskowego ustawa przewiduje ulgi, polegające na skróceniu czasu służby wojskowej i szybsze awansowanie w wojsku. Celem kształcenia instruktorów wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego dla wyższych szkół i stowarzyszeń, projekt ustawy przewiduje utworzenie Centralnego Instytutu wychowania fizycznego, którego etat ustanowić mają wspólnie ministerstwa oświaty i spraw wojskowych. Dla kierowania całą akcją przewiduje ustawa utworzenie Naczelnej Rady wychowania fizycznego, jako organu doradczego i opinjodawczego przy ministerstwie oświaty.

Z lwowskiej pracowni sportowo-lekarskiej.

Wspólnemi siłami i staraniami Zakładu Patologji Uniwersytetu lwowskiego, Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie i Sanitarjatu wojskowego D. O. K. VI. powstała pracownia, zakończy niedługo swój pierwszy rok istnienienia. Działalność była w ostatnich miesiącach bardzo intenzywną; obok stałych już badań sportowców lwowskich, (niewykazujących jednak wysokich cyfr), pozwoliło wspólne porozumienie władz wojsk., Uniwersytetu i Tow. Higjenicznego na przeprowadzenie masowych badań w obozach letnich O.K.VI. Pod kierownictwem mjra Dra Wład. Fuchs-Dybowskiego zorganizowano pracę, uruchomiono na czas obozów dwie pracownie, które zbadały dwukrotnie — na początku i końcu pobytu w obozach — około 400 chłopców w Delatynie i Worochcie, oraz przeszło 100 dziewcząt w Zaleszczykach. Praca młodszych asystentów pracowni, A. Borysiewicza i J. Jasiłkowskiego, była bardzo wielka, gdyż badania szły w 4 kierunkach: pomiarów antropometrycznych, badań aparatu krwionośnego i oddechowego oraz siły mięśniowej. Będące obecnie w opracowaniu wyniki są bardzo ciekawe; w każdym razie stanowią one doskonałe potwierdzenie słów jednego z uczestników, który pracę w obozach określił jako »kupowanie zdrowia na cały rok w mieście«. Masowo przeprowadzone pomiary dadzą nareszcie substrat do studjów nad przeciętnym rozwojem fizycznym chłopca polskiego, gdyż dotąd najlepszem źródłem w tej kwestji są jeszcze statystyki amerykańskiej młodzieży szkolnej wobec zupełnego braku naszych. Władzom D. O. K. VI., Komendzie obozów, oraz organizatorom pracowni należy się duża wdzięczność za uruchomienie obu pracowni, obu asystentom zaś za żmudną pracę. W tym samym czasie przeprowadziła w pracowni lwowskiej Dr. J. Dybowska badania nad harcerkami drużyn lwowskich, wyjeżdżającemi na wakacje. Wyniki tu przedstawiają się gorzej, ze względu na ogromny wśród kilkudziesięciu badanych dziewczynek odsetek skrzywień kręgosłupa i opuszczeń łopatki. Badania drugie po powrocie z wywczasów obecnie w toku. W jesieni przygotowują się dalsze badania i rozbudowa pracowni w kierunku, wskazanym przez wyniki wśród harcerek, (wykrywania błędów w rozwoju kręgosłupa i klatki piersiowej).

Poza badaniami masowemi rozpoczynają się w pracowni badania ściśle naukowe, obecnie już umożliwione w niektórych kierunkach przez zdobycie odpowiedniej aparatury, głównie angielskiej. Jeden wielki brak jednak prześladuje jeszcze pracownię — brak dostatecznej ilości osób chętnych do pracy.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dn. 2 październka b. r. o godz. 6-ej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) Wykład kol. H. Sochańskiego p. t. „**Patogeneza chorób nerek w świetle badań klinicznych**".

Przewodniczący: *K. Zgórski.* Sekretarz doroczny: *K. Tyszka.*

Z kraju.

Na Wydziale Lekarskim U. S. B. w roku akademickim 1924/25 odbyły się promocje następujących lekarzy: St. Bagińskiego, E. Czarneckiego, A. Safalewicza i T. Wąsowskiego.

Państwowy Instytut Farmaceutyczny wraz z Warszawskiem Towarzystwem Naukowem mają zamiar przeprowadzić badania nad radjoaktywnością polskich zdrojów mineralnych. Dotychczasowe pomiary, robione jeszcze przed wojną, dokonane zostały wedle najrozmaitszych wówczas używanych jednostek emanacyjnych i nie nadają się do porównywania poszczególnych źródeł. Naogół nie wykazały też one wysokiej radjoaktywności nigdzie, dlatego też byłoby bardzo pożytecznem nie ograniczyć się do istniejących już zdrojowisk, a przebadać słabe solanki, nieraz cieplicze, jakie w obfitości wytryskują z otworów wiertniczych naftowych i spływają bezużytecznie lub przez dalsze wiercenie zostają odcięte od świata zewnętrznego. Ropa naftowa wykazuje często dość znaczną radjoczynność (w okolicy Truskawca). Cieplice takie możnaby wyzyskać dla zdrojownictwa i niejeden szyb, który zawiódł co do nafty, opłaciłby się jako zdrój leczniczy. Ponadto zasługują na uwagę i zbadanie cieplica w Jaszczurówce i niezbadana jeszcze całkiem cieplica w Ozorkowie (22° C) oraz podobno radjoczynne »Modre Wody« (pow. opoczyński) i źródła w Brzostówce k. Tomaszowa Rawskiego. Współpraca Państwowego Instytutu Geologicznego byłaby tu bardzo pożądaną.

Na wykłady dopełniające Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego zgłosił Doc. Dr. Bronowski rzecz p. t.: Podstawy naukowe balneoterapji i klimatoterapji.

Dzienniki lwowskie donoszą, że we wsi Iwaszkowcach pow. skolskiego, niedaleko źródeł rzeki Stryja odkryto niezwykle silne źródła alkalicznej wody, zbliżonej podobno składem do wód Vichy. Powstało ponoś już konsorcjum, które wznosi nad źródłami dom. Wiadomość ta wymaga bacznej uwagi ze strony władz lekarskich województwa stanisławowskiego, aby brak fachowej porady nie był przyczyną błędnego ujęcia zdroju i wzniesienia budowli wbrew zasadom balneotechniki. Okolice dorzecza górnego rzeki Stryja obfitują wogóle w niewyzyskane, a mało poznane zdroje jak n. p. Zełemianka z solanką wapniowo-magnezową i inne.

Wycieczka, lekarska która po zjeździe Przyrodników i Lekarzy bawiła w Druskienikach, podniosła z wielkiem uznaniem intenzywność odbudowy tego zdrojowiska, które przez wojnę bardzo ucierpiało. Wielkie zainteresowanie wywołało i gorącą uzyskało pochwałę wzorowe urządzenie kąpieli słoneczno-powierznych i ćwiczeń ruchowych, które są pod rzeczywistym nieustannym nadzorem i kierownictwem specjalisty-lekarza, wyposażonego w podręczną kliniczną pracownię i prowadzącego protokoły dla każdego z osobna kuracjusza. Byłoby bardzo pożądane, aby inne zdrojowiska polskie za tym chwalebnym wzorem podążyły, a wtedy zakwitnie praktyczna helio- i aeroterapja zaś i dla publikacyj naukowych znajdzie się materjał.

Ze świata.

Bukaresztenski uniwersytecki instytut baineologiczny wydaje biuletyn p. t. Buletinul Institutului de Balneologie, którego ukazało się (od kwietnia 1924) już 6 zeszytów.

W angielskiem zdrojowisku Harrogate urządzono w głównym gmachu łaziebnym wzorową łazienkę doświadczalną, zaopatrzoną w przyrządy do mierzenia ciśnienia krwi, przemiany gazowej, wahań ciepłoty i t. d. Łazienka ta dostępną jest dla miejscowych lekarzy celem szczegółowego badania swych chorych lub robienia doświadczeń naukowych.

Doroczne zebranie brytyjskiego Tow. lekarskiego (Britich Medical Association) odbyło się w lipcu b. r. w zdrojowisku Bath.

Dziewiętnasta wycieczka naukowa lekarzy francuskich i obcych objęła w dniach 2 do 15 b. m. uzdrowiska francuskie w Wogezach, Alzacji i Lotaryngji oraz belgijskie. Jak co roku, prowadzili ją profesorowie paryscy, Carnot i Rathery.

Doroczne posiedzenie międzynarodowego Towarzystwa Hydrologji Lekarskiej odbyło się 20 i 21 kwietnia 1925 w Paryżu. Tematami głównemi były: leczenie cukrzycy i leczenie wysięków pourazowych z punktu widzenia hydrologji. Uczestnicy zwiedzili szczegółowo instytut hydrologji lekarskiej uniwersytetu paryskiego.

Niemiecka podróż lekarska po zdrojowiskach dotyczyła tego roku (24 kwietnia do 4 maja) piętnastu uzdrowisk nadreńskich, położonych na terenie okupacyjnym wojsk alianckich. Tendencją tej wycieczki było zachęcić lekarzy po popieraniu tych uzdrowisk, do których dojazd przez pierwsze lata powojenne był utrudniony.

Kurs dokształcający dla lekarzy w zakresie gruźlicy w uzdrowisku Schömberg we Wirtembergji urządzili lekarze tamtejszych lecznic do spółki z profesorami uniwersytetów połudn. niemieckich w czasie od 3 do 8 sierpnia b. r. Taki sam kurs odbył się w lecznicy bawarskiej dla gruźlicy dziecięcej w Scheidegg.

Niemieckie Towarzystwo pedjatrów obradowało od 20 do 23 b. m. w Karlsbadzie.

Siódmy międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy odbył się w dniach 13 do 19 września b. r. w Karlsbadzie. Uwzględniono, jak zwykle, przedewszystkiem leczenie uzdrowiskowe. Zniżki kolejowe, paszportowe i mieszkaniowe zastosowano w szerokiej mierze aby ściągnąć uczestników.

Jesienna wycieczka naukowa niemieckiego Towarzystwa Podróży Lekarskich planowana jest do uzdrowisk śląskich (niemieckich) w liczbie ośmiu oraz w pograniczne góry śląsko-czeskie.

Czwarte doroczne zebranie naukowe w zdrojowisku Oyenhausen w dniach 6 do 8-go września b. r. obradowało nad zabiegami chirurgicznemi na centralnym układzie nerwowym. Wykładali profesorowie; Anton (Halle), Förster (Wrocław), Neisser (Szczecin), Gennerich (Kiel), Weigeldt (Lipsk).

Piąty ogólno-rosyjski Kongres Balneologiczny odbył się w połowie września b. r. w Piatigorsku, znanych wysokogórskich (1150 m) cieplicach siarczanych na Kaukazie.

Wiedeńska »Neue Freie Presse« wydała 30 maja b. r. 14 stronicowy dodatek ilustrowany poświęcony uzdrowiskom zachodnich Niemiec. Artykuły popularno-naukowe napisali: Prof. H. Mayer, prof. F. Kraus, prof. L. Kielleuthner, prof. I. Pal, prof. I. Wiesel, prof. Hammer, prof. H. Schorn, Dr. Kronfeld, prof. Weber, dr. Lautenschlager i inni. Rzecz znakomicie przygotowana i ilustrowana, traktowana zupełnie poważnie. Z polskich dzienników jedynie katowicka »Polonia« pomieściła w Nr. z 31 maja b. r. trochę artykułów z zakresu zdrojownictwa, inne zadowalają się przygodnemi korespondencjami pisanemi zwykle przez laików w celach reklamowych albo też z krytyką njemną, również niefachową.

Z końcem września zebierze się w Davos międzynarodowa komisja dla promieniowania słonecznego.

W Niemczech podnoszą się coraz liczniejsze głosy przeciw mianowaniu »radjoaktywnym« każdego zdroju, wykazującego choćby taką zawartość emanacji, co zwykła woda studzienna. Wobec tego ma być ustanowiona wartość, poniżej której wody nie będą mogły nazywać się radjoaktywnemi. Przypomina to dawniejszą sprawę z mianowaniem »szczawami« wód o znikomej ilości bezwodnika węglowego. I w Polsce lepiej będzie wstrzymać się z mianowaniem wód »radjoaktywnemi« aż do ogłoszenia zapowiedzianych nowych pomiarów, odebranie bowiem z urzędu tej nazwy byłoby w przyszłości przykrem, a nieuniknionem następstwem zbyt pochopnej reklamy.

Szwajcarski Instytut dla fizjologji wysokogórskiej i badań nad gruźlicą w Davos jest już czwarty rok w ruchu, kosztem rządu związkowego, kantonu i gminy oraz majątku zakładowego instytutu. Zakład dzieli się na oddział fizjologiczny pod kierownictwem prof. Loewy (w którym pracuje zawsze wielu lekarzy) obserwatorjum prof. Dorno (centrala międzynarodowa dla badań nad promieniowaniem) i oddział bakterjologiczno-patologiczny, który jest dopiero w organizacji. W obserwatorjum prowadzi się z roku na rok badania i rejestrowania w zakresie promieniowania słonecznego, elektryczności powietrznej i z zakresu meteorologicznej optyki. Od chwili założenia pracowało w Instytucie na podstawie porozumienia z dyrektorem (prof. Loewy) 39 badaczy ze Szwajcarji, Niemiec, Ameryki, Holandji, Austrji, a nawet Litwy. Tylko z Polski dotychczas nikt tam nie korzystał z możliwości badań.

Austrjackie uzdrowisko klimatyczne Semmering ustanowiło nagrodę konkursową w kwocie tysiąca hol guldenów w złocie za pracę naukową na temat postępów w badaniach nad działaniem klimatu wysokogórskiego na człowieka. Rozdawcą nagrody jest oddział matematyczno-przyrodniczy wiedeńskiej Akademji Nauk. Wobec braku odpowiednich prac w roku 1924, otwarto konkurs na r. 1925. Ubiegać mogą się i cudzoziemcy byle tylko praca była wykonana w austrjackich stacjach klimatycznych lub pracowniach naukowych.

Od Wydawnictwa.

Ze względu na czas płatności za ostatni kwartał, prosimy o najrychlejsze wyrównanie załączonym czekiem P. K. O. przedpłaty na kw. IV. 1925, wynoszącej 12 zł (dla członków Tow. Lek. wymienionych w nagłówku P. G. L. 10 zł).

Każdorazowa zmiana adresu 50 gr. płatna w markach pocztowych.

Nr. 40. 4. października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Witold LIPIŃSKI. Kraków.

O uproszczeniu odczynu Wassermanna i ujednostajnieniu wyników rozbieżnych, otrzymywanych przy równoczesnem użyciu trzech wywoływaczy.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej Uniwers. Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor: Prof. dr. Juljan Nowak.

Seligmann, a zą nim Wassermann, obawiając się wyników nieswoistych, żądają, jak wiadomo, aby odczyn Wassermanna wykonywać równocześnie z trzema wywoływaczami, a otrzymane wyniki pozwalają zużytkować tylko wtedy, o ile są zgodne ze wszystkimi wywoływaczami.

To niewątpliwie słuszne stanowisko, nie zawsze daje się utrzymać, a większość serologów, nie mogąc odczynu powtórzyć, radzi sobie przy rozbieżności wyników w ten sposób, że uwzględnia dwa zgodne wyniki. Zgodność wyników zależy, poza innemi czynnikami, od należytego wymiareczkowania wywoływaczy. Jednakowoż i najlepiej wymiareczkowane wywoływacze dają nam niejednokrotnie, bo w około 10% przypadków, wyniki niezgodne, które przyczyniają się w znacznej mierze do podrywania zaufania praktyka tak do odczynu, jak i do pracowni.

Nie znając dostatecznie istoty odczynu Wassermanna, nie umiemy powiedzieć, dlaczego z jednym wywoływaczem, wypróbowanym na szeregu surowic, otrzymujemy z daną surowicą wybitne zahamowanie, podczas, gdy z drugim, również czułym i pewnym, zupełną hemolizę.

W pracowni Instytutu posługujemy się trzema wywoływaczami: wywoływaczem Bordeta, t. j. alkoholowym wyciągiem z serca cielęcia (traktowanym uprzednio acetonem), wywoływaczem Sachsa, t. zn. alkoholowym wyciągiem z serca wołu z dodatkiem cholesteryny i wywoływaczem Wassermanna t. j. alkoholowym wyciągiem z wątroby płodu kiłowego.

Wychodząc z założenia, że każdy z wywoływaczy, zrobiony sposobem odmiennym, posiada niejako odmienny punkt zaczepienia i zadziałania w zetknięciu z surowicą badaną, zadałem sobie pytanie, czy rozbieżność wyników, przy zachowaniu swoistości, nie zniknie, a wyniki nie staną się bardziej przejrzyste, jeżeli zmieszamy odpowiednio używane wywoływacze. Postępowanie moje było następujące:

Wywoływacze wymianowane uprzednio rozcieńczałem odpowiednio roztworem fizjologicznym soli kuchennej, a zatem wywoływacz Bordeta w stosunku 1:10, wywoływacz Sachsa 1:15, wywoływacz Wassermanna 1:30. W tych rozcieńczeniach bowiem używane były wspomniane wywoływacze dotychczas z dobrym skutkiem. Po rozcieńczeniu wywoływaczy mieszałem ostrożnie otrzymane roztwory w równych częściach, posługując się w wykonaniu prób mieszaniną jako wywoływaczem. W ten sposób odczyn Wassermanna został uproszczony, gdyż wykonywałem go, używając trzech wywoływaczy, zamiast w czterech, w dwóch probówkach, przyczem probówka druga służyła jako kontrolna. Rzecz naturalna, że szczególniejszą uwagę zwracałem przy każdym odczynie na kontrolę wywoływacza i kontrolę systemu. Wyniki odczytywałem w godzinę po shemolizowaniu kontrol w cieplarce.

W ten sposób zbadałem 150 surowic, wykonując odczyn Wassermanna trzysta razy, z surowicą czynną i unieczynnioną. Wyniki porównywałem z wynikami, otrzymanemi równocześnie metodą zwykłą, używając tych samych odczynników.

Wyniki doświadczeń były następujące:

Na 206 odczynów Wassermanna, wykonanych przy zachowaniu jednakowych warunków wiązania dopełniacza (1 godzina przy ciepłocie 37° C), otrzymałem 100% wyników zgodnych. Przy odmiennym sposobie wiązania dopełniacza (w ciepłocie lodowni podług Jakobsthala i ciepłocie 37° C), otrzymałem na 94 badań w 12 przypadkach wyniki niezgodne, przemawiające na korzyść metody uproszczonej i wiązania dopełniacza podług Jakobsthala. Tablice podane niżej wykażą różnice.

TABLICA I.

Wyniki odczynu Wassermanna 12 przypadków niezgodnych z trzema wywoływaczami, przy wiązaniu dopełniacza w ciepłocie 37° C przez godzinę.

L. p.	Rozpoznanie kliniczne	O. W. z surowicą czynną	O. W. z surowicą unieczynnioną	Odczyn zmętnienia Meinickego MTR
1	9 miesiąc ciąży	0. 1. 3.	0. 0. 0.	ujemny
2	Nephropath. gravid.	3. 3. 4.	0. 0. 0.	„
3	Ciąża, gonorrhoea	4. 4. 4.	0. 0. 0.	„
4	Pityriasis rosea	3. 2. 2	0. 0. 0.	„
5	Ciąża	3. 3. 4.	0. 0. 0.	„
6	Impetigo capitis	4. 3. 3.	0. 0. 1.	„
7	Lues I. leczona	1. 0. 2.	0. 0. 0.	„
8	Mamka	0. 1. 3.	0. 0. 0.	„
9	3 dzień połogu	4. 4. 4.	0. 0. 0.	„
10	2 dzień połogu	1. 0. 1.	0. 0. 0.	„
11	Obserwacja	0. 0. 3.	0. 0. 0.	„
12	Obserwacja	0. 0. 0.	0. 0. 2.	„

Pomijając przypadek trzeci, gdzie obok ciąży i rzeżączki, kiła na podstawie wywiadów była prawdopodobna i przypadek 7 (*lues I.* leczona) otrzymaliśmy 9 razy nieswoiste zahamowanie z surowicą czynną, raz z surowicą unieczynnioną przy metodzie dotychczasowej.

Z wyjątkiem przypadku 7, (*lues primaria*, leczona), gdzie wynik otrzymany metodą uproszczoną z surowicą czynną, okazał się mniej czułym, we wszystkich przypadkach otrzymane wyniki przemawiają na korzyść me-

tody uproszczonej i wiązania dopełniacza podług Jakobsthala.

TABLICA II.
Wyniki odczynu Wassermanna 12 przypadków niezgodnych, otrzymane metodą uproszczoną, wywoływaczem mieszanym, uprzednio rozcieńczonym.

L. b.	Rozpoznanie kliniczne	O. W. z surowicą czynną	O. W. z surowicą unieczynnioną
1	9 miesiąc ciąży	ujemny	ujemny
2	Nephropath. gravid.	"	"
3	Ciąża gonorrhoea	słabo dodatni	"
4	Pityriasis rosea	ujemny	"
5	Ciąża	"	"
6	Impetigo capitis	"	"
7	Lues I. leczona	"	"
8	Mamka	"	"
9	3 dzień połogu	"	"
10	2 dzień połogu	"	"
11	Obserwacja	"	"
12	Obserwacja	"	"

Zestawiając otrzymane wyniki, stwierdzamy co następuje:

1. Zmieszanie trzech wywoływaczy, uprzednio rozcieńczonych i użycie ich przy odczynie Wassermanna, upraszcza w znacznej mierze metodykę odczynu, pozwalając na zmniejszenie wszystkich odczynników do połowy, co dla większych pracowni serologicznych stanowi pewne znaczenie ze względów technicznych i ekonomicznych.

2. Ujednostajnia i ułatwia odczytanie wyników, usuwając rozbieżność i czyniąc wyniki bardziej przejrzystemi.

3. Przy wiązaniu dopełniacza w ciepłocie lodowni podług Jakobsthala może metodyka uproszczona ustrzec przed nieswoistemi wynikami dodatniemi, zwłaszcza z surowicą czynną.

Doc. Dr. Tadeusz TEMPKA, asystent kliniki. Kraków.

Badania kliniczne nad wpływem wody z II. otworu wiertniczego w Krynicy (źródła »Zubera«) na przemianę azotową, oraz wydzielanie soku żołądkowego i treści dwunastnicowej.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. dr. Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

12. Średnia dobowa ilość azotu wszystkich istot wyciągowych wykazuje w doświadczeniu I. i III. w okresie II. wzrost o 0·0667 g. — 0·3953 g. t. j. o 7·4 do 35%, w okresie zaś III. spadek o 0·2145 do 0·2869 g. t. j. o 19—32% w stosunku do okresu I. Natomiast w doświadczeniu II. spada w czasie podawania »Zubera« o 0·6240 g. t. j. o 35% poniżej wartości okresu I.; spadek ten jeszcze bardziej zwiększa się po odstawieniu »Zubera«, różnica bowiem wynosi tutaj 0·7749 g. t. j. 44% w stosunku do okresu I.

13. Średni dobowy stosunek odsetkowy azotu mocznika do całkowitego azotu moczu okazuje w doświadczeniu I. i III. w czasie picia »Zubera« spadek o 0·2 - 4·5 na niekorzyść azotu mocznika; z chwilą odstawienia »Zubera« stwierdzamy skłonność do wzrostu odsetkowego stosunku na korzyść azotu mocznika, tak, że w doświadczeniu I. jest o 2·65 większy, niż w okresie I., zaś w doświadczeniu III. osiąga z powrotem wysokość okresu I. Natomiast w doświadczeniu II. stwierdzamy wzrost tego stosunku w czasie podawania »Zubera« o 3·8, po odstawieniu zaś »Zubera« o 5·2 na korzyść azotu mocznika w porównaniu z jego stosunkiem odsetkowym w okresie I.

14. Średni dobowy stosunek odsetkowy azotu wszystkich istot wyciągowych do azotu mocznika okazuje w doświadczeniu 1 i 3 w czasie stosowania »Zubera« wzrost na korzyść azotu istot wyciągowych o 1·47—6·4 w stosunku do okresu I.; z chwilą odstawienia »Zubera« występuje wyraźny spadek tego stosunku na niekorzyść azotu istot wyciągowych, wynoszący w doświadczeniu I. 2·14 w porównaniu z okresem I., w doświadczeniu zaś III. stosunek ten spada w porównaniu z okresem II. o 3·74, tak, że jest już tylko o 2·66 mniejszy, niż w okresie I-ym (w okresie II różnica wynosiła 6·4). W doświadczeniu II-em stwierdzamy w okresie picia »Zubera« spadek tego stosunku na niekorzyść azotu istot wyciągowych o 4·2, po odstawieniu zaś »Zubera« nawet o 5·9 poniżej odpowiedniej liczby okresu I.

15. Średnia dobowa ilość azotu przyswojonego t. j. wchłoniętego (azot przyswojony = azot wprowadzony z pokarmami — azot pokarmowy kału) spada w doświadczeniu I. i III. w czasie picia »Zubera« o 0·0724—0·2231 g. t. j. o 0·5—1·3% poniżej odpowiednich ilości okresu I.; po odstawieniu »Zubera« spadek w doświadczeniu I. jeszcze się zwiększa, gdyż różnica w stosunku do okresu I. wynosi 0·1126 g. t. j. 0.7% (w okresie II. 0·0724 g. t. j. 0·5%). W doświadczeniu zaś III. azot przyswojony wzrasta o 0·1213 g. t. j. o 0·7% powyżej ilości azotu przyswojonego w okresie I. W doświadczeniu I. natomiast stwierdzamy podczas podawania »Zubera« wzrost średniej dobowej ilości azotu przyswojonego o 0·5977 g. t. j. o 3·3% ponad odpowiednią ilość okresu I.; z chwilą zaprzestania stosowania »Zubera« okazuje ilość azotu przyswojonego pewien spadek, lecz jest ona jeszcze o 0·3263 g. t. j. o 1·8% większa, niż w okresie I.

16. Odsetek azotu przyswojonego obliczony za cały okres (azot wprowadzony: azot przyswojony =

$$= 100 : X; \quad X = \frac{\text{N. przysw.}}{\text{N. wprow.}} \times 100)$$

spada w doświadczeniu I. w ciągu stosowania »Zubera« o 0·4, po odstawieniu zaś »Zubera« o 0·95 w porównaniu z okresem I. W doświadczeniu II. stwierdzamy w ciągu stosowania »Zubera« wzrost odsetka o 3·9 w stosunku do okr. I-ego; po odstawieniu »Zubera« odsetek ten nieco się zmniejsza, lecz jest jeszcze o 3·1 większy, niż w okresie wstępnym. Wreszcie w doświadczeniu III. ulega odsetek azotu przyswojonego spadkowi o 1·7 w okresie picia »Zubera«, natomiast po zaprzestaniu podawania »Zubera« wzrasta o 0·3 ponad odsetek okresu I.

17. Średnia dobowa ilość azotu wydalonego (azot wydalony = azot całkowity moczu + azot pokarmowy stolca) okazuje we wszystkich doświadczeniach w czasie stosowania »Zubera« spadek o 1·004 do 1·7046 g. t. j. o 7—11% w porównaniu z okresem I.; po odstawieniu zaś »Zubera« ilość azotu wydalonego w 1 i 2 doświadczeniu wybitnie się zwiększa, gdyż jest już tylko o 0·3239—0·3979 g. t. j. o 2% mniejsza, niż w okresie I. Natomiast w doświadczeniu III. spadek po zaprzestaniu pi-

cia »Zubera« jeszcze się zwiększa, gdyż różnica w porównaniu z okresem I. wynosi 2·1795 g. t. j. o 15% — Ten spadek ilości azotu wydalanego jest tem dziwniejszy, że równocześnie wzmaga się wyraźnie ilość moczu.

18. Średnia dobowa ilość azotu zatrzymanego w ustroju t. j. właściwego azotu przyswojonego (azot zatrzymany = azot wprowadzony — azot wydalony z moczem i kałem) wzrasta w czasie picia »Zubera« we wszystkich doświadczeniach o 1·0037—1·5438 g. t. j. o 46—80% w stosunku do okresu I.; z chwilą odstawienia »Zubera« zauważamy w I. i II. doświadczeniu wybitną skłonność do osiągnięcia z powrotem poziomu okresu I-go. t. j. do spadku, gdyż ilość azotu zatrzymanego jest już tylko o 0·1281—0·3381 g. t. j. o 6·7—21% większa, niż w okresie I. Natomiast w doświadczeniu III. stwierdzamy w okresie III. jeszcze większy wzrost ilości azotu zatrzymanego, gdyż jest ona o 2·1951 g. t. j. 66% (w okresie II. o 1·5393 g. t. j. 46%) większa niż w okresie I.

19. Odsetek azotu uległego przemianie w ustroju, obliczony za cały okres (azot przyswojony : azot moczu = 100 : X) ulega w czasie picia »Zubera« wyraźnemu spadkowi we wszystkich doświadczeniach o 6·9—9·8 w stosunku do odpowiedniego odsetka okresu I. Po zaprzestaniu podawania »Zubera« stwierdzamy w doświadczeniu I. i II. wybitną skłonność do osiągnięcia z powrotem poziomu z okr. I-go, gdyż odsetek w okresie III. jest już tylko o 0·8—2·5 mniejszy, niż w okresie I. Natomiast w doświadczeniu III. stwierdzamy po odstawieniu »Zubera« jeszcze większy spadek odsetka azotu uległego przemianie, gdyż różnica jego w stosunku do okresu I. wynosi 12·9 (w okresie II. 9·8).

Na podstawie powyższych wyników przychodzimy do następujących wniosków:

Stosowanie »Zubera«, w ciągu 2 tygodni częścią ogrzanego do 40° C., częścią w ciepłocie pokojowej, u 3 młodych zdrowych osobników spowodowało:

a) Obniżenie stopnia przemiany azotu, zaczynające ustępować z chwilą odstawienia »Zubera« (19). Bezpośrednią przyczyną tej osłabionej przemiany azotowej jest tak wzmożone zatrzymywanie (18), jak i upośledzone wydalanie azotu z ustroju (17). Upośledzone wydalanie tyczy tak całkowitego azotu moczu jak i mocznika (9, 10). Że objawy te są rzeczywiście zależne od działania »Zubera«, wynika z faktu, że po zaprzestaniu jego stosowania ilość mocznika i całkowitego azotu moczu wzrasta (9, 10), a równocześnie zmniejsza się oczywiście ilość azotu zatrzymanego (17, 18).

b) Przyswajanie azotu, a tem samem i odsetek przyswojonego przez ustrój azotu ulega w czasie stosowania, jak i po odstawieniu »Zubera« zupełnie niejednostajnym, nie dającym się ująć w jakieś prawidło, drobnym wahaniom (15, 16), zależnym od również zupełnie niemiarowych wahań ilościowych azotu pokarmowego w stolcach (6). Te wahania, pokazujące raz nieco zwiększone, to znowu nieco obniżone przyswajanie azotu nie wpływają zasadniczo na stopień przemiany azotu; tem samem i wpływ »Zubera« na wykorzystywanie pokarmów jest niejednolity i nieznaczny.

c) Całkowity azot moczu i mocznik okazują zupełnie takie same wahania pod wpływem »Zubera« (9, 10). Pewne drobne zmiany w stosunku odsetkowym azotu mocznika do całkowitego azotu moczu (13) są wywołane odpowiedniemi wahaniami azotu wszystkich istot wyciągowych w stosunku do azotu mocznika, przyczem, oczywiście wzrost azotu istot wyciągowych powoduje zmniejszenie odsetka azotu mocznika w stosunku do całkowitego azotu moczu i naodwrót (14).

d) Azot wszystkich istot wyciągowych moczu (= Azot całkowity — azot mocznika) i zarazem jego stosunek odsetkowy do azotu mocznika ulega pod wpływem »Zubera« wyraźnemu wzrostowi (z wyjątkiem jednego [Nr. 2.] doświadczenia, gdzie się stwierdza spadek). Zależność tego wzrostu od działania »Zubera« wynika z tego, że z chwilą odstawienia »Zubera« występuje wyraźny spadek ilości azotu istot wyciągowych. Również i w doświadczeniu II., gdzie w czasie picia »Zubera« wystąpił spadek azotu istot wyciągowych, zaznacza się wpływ »Zubera« wyraźnie, gdyż z chwilą jego odstawienia spadek ten jeszcze bardziej się uwydatnił.

e) Wydalanie kwasu moczowego zachowuje się niejednostajnie (11) okazując w okresie stosowania »Zubera« to nieznaczny wzrost, to nieznaczny spadek; natomiast z chwilą odstawienia »Zubera« stwierdzamy we wszystkich doświadczeniach wyraźną skłonność do wzrostu, wyrażającą się w dwu doświadczeniach nawet przewyższeniem poziomu okresu I.

f) »Zuber« działa moczopędnie i zmniejsza kwasotę moczu (7, 8), przyczem działanie to utrzymuje się niekiedy jeszcze i po odstawieniu »Zubera».

g) »Zuber« działa odkażająco na przewód pokarmowy, albowiem w czasie jego stosowania stwierdzono stale zmniejszanie się ilości azotu bakteryj kałowych (5). Że okoliczność ta zależy rzeczywiście od wpływu »Zubera« wynika z tego, iż po odstawieniu jego w dwu doświadczeniach ilość azotu bakteryj kałowych ulega wzrostowi i to nawet ponad poziom okresu I., a tylko w jednem doświadczeniu stwierdzamy dalszy spadek.

h) Stosowanie »Zubera« zmniejsza, choć niewybitnie, to jednak wyraźnie, masę stolców i ich objętość (3), co widać zwłaszcza w doświadczeniu 1 i 2, gdzie po odstawieniu »Zubera« zauważa się znowu wzrost masy stolców. Pozorny wyjątek stanowi doświadczenie III., gdzie w czasie picia »Zubera« stwierdzamy wzrost masy stolców, po odstawieniu zaś jego, skłonność do spadku. Doświadczenie to jednak odbywało się w odmiennych, niż poprzednie, warunkach, albowiem w czasie stosowania »Zubera« występowała wyraźnie skłonność do biegunki.

i) Stosowanie »Zubera« o ciepłocie pokojowej wywołuje lekką skłonność do biegunek (doświadczenie 3), przeciwnie stosowany o ciepłocie 40 do 45° C wywołuje pewną skłonność do zaparcia (doświadczenie 1 i 2), wyrażającą się w zmniejszonej masie stolców (*h*) i brakiem wypróżnień w 4 dniach w okresie podawania »Zubera«.

j) Stosowanie »Zubera« powoduje wyraźny, choć niewybitny spadek wagi ciała, zwiększający się jeszcze nieco po jego odstawieniu. Równocześnie stwierdzamy w okresie picia »Zubera« wybitny wzrost strat skórno-płucnych, który po odstawieniu »Zubera« albo jeszcze nieco się zwiększa, albo też okazuje tylko nieznaczną skłonność do spadku.

Pewne odbiegnięcia od wyników doświadczeń 1 i 2 zauważamy w doświadczeniu III. mianowicie, w przeciwieństwie do odpowiednich wyników dwu pierwszych doświadczeń stwierdzamy tutaj w okresie III·: wzrost azotu zatrzymanego (18), zmniejszenie ilości azotu wydalonego (17), spadek odsetka azotu uległego przemianie (19), spadek azotu całkowitego moczu (9), spadek ilości moczu (7), wzrost masy i ogólnego azotu kału (3, 4). Również i w II. okresie stwierdzamy pewne różnice w porównaniu do dwu pierwszych doświadczeń — mianowicie: spadek ilości moczu (7) i wzrost wagi stolców i ich ogólnego azotu. Jednakże, jak już powyżej wspomniałem, doświadczenie III. odbywało się w odmiennych warunkach, niż poprzednie, mianowicie w czasie bardzo wielkich upałów i przy wyraźnej skłonności do biegunek, w postaci obfitych, papkowatych stolców, które to okoliczności w zupełności tłumaczą powyższe zboczenia od ogólnych wyników. Zboczenia te jednak, jak widać z tablicy i powyższych zestawień, nie zamąciły w niczem zgodności zasadniczych wyników wszystkich doświadczeń (1, 2, 5, 8, 9, 10, 17, 18, 19), tak, że ostatecznie możemy następująco określić wpływ »Zubera« na przemianę azotową: Woda ze zdroju »Zubera« stosowana przez 2 tygodnie u młodych zdrowych ludzi, tak o ciepłocie pokojowej jak i ogrzana do 40—45° C., w ilości 200 cm³ dziennie, rozcieńczonych równą ilością wody zwykłej, powoduje:

a) wzmożone zatrzymanie, a tem samem i zmniejszone wydalanie azotu z ustroju, wskutek czego obniża się stopień przemiany azotowej.

b) Przyswajanie t. j. wchłanianie azotu w przewodzie pokarmowym nie ulega wyraźniejszym zmianom.

c) Wypłukiwanie z ustroju istot wyciągowych, w tem i kwasu moczowego ulega na ogół nieznacznemu i niejednolitemu wzmożeniu.

Ponadto jako bardzo ważne skutki działania »Zubera« należy podnieść: odkażanie przewodu pokarmowego, działanie moczopędne, obniżanie kwasoty moczu, wreszcie działanie zwiększające czynność wydalniczą, względnie wydzielniczą skóry i narządu oddechowego, a tem samem powodujące spadek wagi ciała.

Co się tyczy mechanizmu działania »Zubera«, to, rzecz prosta na podstawie tych doświadczeń możemy się obracać jedynie w obrębie przypuszczeń. Jasną zupełnie jest sprawa ostatecznej przyczyny zmniejszonej przemiany azotu, którą jest wzmożone zatrzymywanie i w następstwie tego upośledzone wydalanie azotu z ustroju. Jednakże czy ten azot ulega zatrzymaniu przez tkanki ustroju, czy też jego soki i jakie czynnniki to powodują, t. zn. czy mamy tu do czynienia z wpływem ilościowym, czy też jakościowym, czy też jednym i drugim tych lub innych jonów »Zubera«, z jego działaniem alkalizującem, czy też z działaniem wszystkich tych czynników razem wziętych — tego rodzaj powyższych doświadczeń nie może rozstrzygnąć.

To samo tyczy się i mechanizmu działania »Zubera« w kierunku zwiększonego na ogół wydalania z ustroju istot wyciągowych. Także nie jasny jest jego sposób działania przeciwgnilnego odnośnie do flory jelitowej. W każdym razie nie mogą tu wchodzić w grę wahania w zakresie zdolności chłonnej błony śluzowej jelit, zmieniające tem samem środowisko, powiedzmy naturalną pożywkę bakteryj jelitowych, gdyż, przynajmniej, odnośnie do połączeń azotowych, zdolność chłonna jelit okazuje bardzo niejednolite i nieznaczne wahania, podczas gdy ilość azotu bakteryj, a więc i ilość samych bakteryj, ulegała stale zmniejszaniu pod wpływem stosowania »Zubera«. Spadek kwasoty moczu nie potrzebuje tłumaczenia, natomiast, czy moczopędne działanie »Zubera« polega na działaniu jego jonów na mobilizowanie płynów w tkankach, czy też na działaniu na naczynia nerkowe, czy też na sam miąższ nerkowy i w jakim stopniu biorą w tem udział poszczególne rodzaje jonów — tego na podstawie moich doświadczeń również nie można rozstrzygnąć. Co się tyczy spadku wagi ciała, to niewątpliwie odgrywa tu rolę wzmożenie strat skórno-płucnych; czy i o ile miałby tu znaczenie jeszcze wpływ »Zubera« na przemianę tłuszczów i węglowodanów, tego pytania moje doświadczenia, z natury rzeczy, nie rozstrząsają. W każdym razie musimy odrzucić jako przyczynę spadku wagi ciała, zachowanie się przemiany azotowej. Wszystkie te zagadnienia musiałyby stanowić temat nie jednej, lecz szeregu odrębnych prac.

Rzucającym się w oczy wynikiem moich badań jest przedewszystkiem wykazanie zmniejszonej przemiany azotu, jako następstwa stosowania wody mineralnej, w tym wypadku »Zubera«. Porównanie moich wyników z wynikami badań innych autorów odnośnie do »Zubera«, odpada z braku odpowiednich badań nad tym zdrojem. Pozostaje więc jedynie rozpatrzeć, czy stosowanie innych podobnych wód może wywołać podobne skutki. W piśmiennictwie polskiem znalazłem pracę Lewickiego i Szczepańskiego (11), zajmującą się wpływem krościeńskiej szczawy alkaliczno-słono-wapniowej ze zdroju »Stefana«, a więc wody pokrewnej »Zuberowi« — między innemi na wydzielanie istot azotowych w moczu. Na podstawie 4 doświadczeń, przeprowadzonych u osobników bez jakichkolwiek zaburzeń w przemianie materji, przychodzą autorzy do wniosku, że pod wpływem tej wody, poza zwiększeniem się ilości moczu i obniżeniem kwasoty, zwiększa się w moczu ilość wszystkich połączeń azotowych, w pierwszym rzędzie azotu ogólnego i mocznika, czyli »że ustrój zostaje wyługowanym z najrozmaitszych produktów przemiany materji w ustroju zalegających«. Wnioski ich są więc wręcz przeciwne, niż moje. Badaniom tym jednak można zarzucić dwa niedociągnięcia w metodyce: mianowicie okres stosowania wody krościeńskiej wynosił u nich 6—8 dni, co dla obliczeń, związanych z przemianą azotu, jest okresem za krótkim; po drugie zaś autorzy ci, chcąc mieć tylko »porównawcze zestawienie o ile ilość azotu, chlorków i t. d. wydzielanych z moczem, zmienia się pod wpływem podawania wody alkaliczno-słonej« — nie oznaczali w stolcach azotu nie tylko pokarmowego, ale i ogólnego, przez co mieli do czynienia, oczywiście, z pewną niewiadomą, która się nie mogła przyczynić do ścisłości wyników.

W każdym razie przyjmowano prawie powszechnie, że wprowadzenie do ustroju nie tylko wód mineralnych, ale nawet i zwykłej wody w większej ilości powoduje żywszą przemianę materji wogóle, a więc i istot azotowych (Genth i Mosler, Becquerel, Chossat, Lehmann, Falk i inni (6). Natomiast odmienne są zapatrywania na temat, czy zwiększona w ten sposób ilość moczopędnego działania wód, t. zn., że powodują one tylko zwiększony wywóz już gotowego mocznika, czy też powodują one, dzięki swojemu wpływowi, czy to na czynność żołądka, czy jelit, czy też gruczołów — również i zwiększony rozpad białka, przyczem obok działania osmotycznego, a więc fizykalnego na komórki, miałby się tu ujawniać także i swoisty wpływ poszczególnych jonów danych wód (H. H. Meyer i J. Schütz (12). Takie spostrzeżenia, stwierdzające zwiększenie przemiany azotowej poczynili n. p. odnośnie do wód glauberskich, względnie gorzkich Baraduc, Pessez i Mosler (6), odnośnie do solanek Wendriner, Gruber i Engelmann (6). Z drugiej strony jednak stwierdzamy w odnośnem piśmiennictwie, że stosowanie wód mineralnych i to różnego rodzaju albo nie wywiera wogóle jakiegoś wyraźniejszego wpływu na przemianę azotową, albo też prowadzi raczej do jej ograniczenia. Tak n. p. Brandenburg (6) wykazał, że stosowanie wody karlsbadzkiej nie koniecznie musi być połączone ze zwiększonym rozpadem białka, lecz, że bilans azotu może pozostać bez zmiany, lub nawet może przyjść do zatrzymania azotu w ustroju. Również Seegen (6) zauważył wyraźne ograniczenie przemiany istot białkowych pod wpływem soli glauberskiej. Katz (12) nie widział wyraźnego wpływu wód glauberskich na przemianę azotową. Do takich samych wniosków dochodzi, odnośnie do wód alkalicznych, praca Mädera (12). Badania szkoły Noordena, mianowicie Doppera i Lebera (6) wykazały, że stosowanie solanek z Kissingen i Homburgu albo wcale nie wpływa na bilans azotu, albo też prowadzi do jego zatrzymywania przez ustrój. Doświadczenia Langsteina i Rietschela, a nadto Katza (12) nie wykazały również jakiegoś wyraźniejszego wpływu chlorku sodu na przemianę ciał białkowych. Wreszcie badania Strauba (12) na psach dowiodły, że mniejsze dawki chlorku sodu nie wywierają żadnego wpływu na przemianę azotu, większe zaś powodują oszczędzanie istot białkowych. Jednej z tych prac zrobiono podobny zarzut, jaki ja postawiłem wspomnianej powyżej pracy Lewickiego i Szczepańskiego (11) mianowicie Voit (6) twierdzi, że z pracy Seegena nie można wyciągać żadnych wniosków, gdyż nie uwzględniał on zachowania się azotu w stolcach. Tego rodzaju zarzutu nie można jednak zrobić moim badaniom.

To prawie ogólne, a więcej na teoretycznych, niż doświadczalnych podstawach oparte twierdzenie, że wody mineralne, zwłaszcza alkaliczne, wzmagają proces utleniania w ustroju, ma swe źródło, według H. H. Meyera i J. Schütza (12) w znanej okoliczności, że proces utleniania odbywa się żywiej w środowisku więcej alkalicznem. Miarą odczynu alkalicznego jest ilość wolnych jonów OH; jednakże ilość wolnych jonów OH soków ustroju nie ulega, według nich, wzmożeniu pod wpływem węglanów alkaljów, tem samem więc nie ma danych do wzmożenia procesu utleniania.

Wyniki moich badań, tyczące się wpływu »Zubera« na wydalanie kwasu moczowego, pokrywają się na ogół, z wynikami innych autorów, oczywiście odnośnie do innych wód. Tak n. p. Lewicki i Szczepański stwierdzili wyraźne wzmożenie się ilości kwasu moczowego w moczu pod wpływem wody krościeńskiej. Toż samo Wendriner i Gilardoni (12) doszli do podobnych wyników przy używaniu wód z Neuenahr, względnie San Pelegrino.

Wreszcie, podobnie jak i ja, stwierdzają wszyscy przy

stosowaniu wód alkalicznych zwiększone działanie moczopędne i obniżenie się kwasoty moczu.

CZĘŚĆ II.

Wpływ »Zubera« na wydzielanie żołądkowe.

Druga grupa doświadczeń miała za cel wykazać wpływ »Zubera« na wydzielanie soku żołądkowego. Materjał spostrzegawczy stanowiło 15 chorych, których można podzielić pod względem stosunków wydzielniczych żołądka na 3 grupy.

Grupa I. obejmuje 3 przypadki prawidłowej czynności wydzielniczej żołądka (J. S. l. 26 panna R. szk. 1923,24. L. dz. 121, *colitis catarrh. chr.*; J. B. l. 44 mężcz. R. szk. 1924 25. L. dz. 73, *cholecystitis subacuta*; M. K. l. 29 panna R. szk. 1924 25. L. dz. 155, *dyspepsia ventriculi).*

Grupę II. stanowi 9 przypadków ze wzmożoną chorobowo czynnością wydzielniczą żołądka, w tem 4 przypadki wrzodu trawiennego przyodźwiernikowego. (J. S. l. 30 mężczyzna R. szk. 1923 24. L. dz. 81. *Hypersecr. dig. ventr.*; M. U. l. 24 panna R. szk. 1923,24. *Hypersecr. dig. ventr.*; M. W. l. 17 mężcz. R. szk. 1923|24. L. dz. 115. *Hypersecr. dig. ventr., Enterocolitis cat. chr.*; R. S. l. 48 mężcz. R. szk. 1923 24. L. dz. 143. *Hypersecr. cont. ventr. Ulcus pept. iuxtapyl.*; J. K. l. 38 mężcz. R. szk. 1923,24. L. dz. 153. *Hypersecr. cont. ventr. Ulcus pept. iuxtapyl.*; J. K. l. 22 mężcz. R. szk. 1923 24. L. dz. 183. *Hypersecr. dig. ventr.*: D F. l. 27 mężcz. R. szk. 1924 25. L. dz. 45. *Hypersecr. dig. Ulcus pept. iuxtapyl.*; J. B. l. 57 mężcz. Rok szk. 1923 24. L. dz. 75. *Hypersecr dig. ventr. Ulcus iuxtapyl.*; J. K. l. 58 mężcz. R. szk. 1924,25 L. dz. 147. *Hypersecr. dig. ventr.*).

Grupa III. składa się z 3 przypadków upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka. (F. C. mężcz. l. 46. R szk. 1923|24. L. dz. 149. *Achylia gastrica;* S. W. l. 22 mężcz. R. szk. 1923|24. L. dz. 227. *Hypochylia gastr.*; G. Z. l. 26 panna. R. szk. 1924 25. L. dz 153. *Achylia gastr.).*

Sposób przeprowadzania badań był następujący:

Każde doświadczenie posiadało 3 okresy, mianowicie wstępny 3—16-dniowy, służący dla stwierdzenia stosunków wydzielniczych przed rozpoczęciem stosowania »Zubera«, okres drugi t. j. okres właściwego doświadczenia, wynoszący w większości doświadczeń 20 dni, a dochodzący niekiedy i 32 dni, mający wykazać wpływ »Zubera« na zdolność wydzielniczą żołądka i wreszcie okres trzeci, końcowy, wynoszący średnio 7 dni, służący dla stwierdzenia stosunków wydzielniczych żołądka po odstawieniu »Zubera«. Chory dostawał »Zubera« w taki sam sposób, jak i w pierwszej grupie doświadczeń, mianowicie naczczo i o godzinie 5 popołudniu po 100 cm^3 zdroju rozcieńczonego taką samą ilością wody wodociągowej. W okresie I. i III. natomiast pił chory naczczo i popołudniu po 200 cm^3 wody wodociągowej o takiej samej ciepłocie jak w okresie II. W dwu doświadczeniach mieszanina »Zubera«, względnie woda zwykła miała ciepłotę pokojową, w reszcie doświadczeń natomiast ciepłota jej wynosiła 40—45⁰. Dieta była przez cały czas doświadczenia taka sama, dostosowana, oczywiście, do stanu chorego. Leków nie pobierał chory żadnych, albo tylko w razie konieczności takie, które nie mają wpływu na czynność wydzielniczą żołądka. Badanie treści żołądkowej dokonywałem po śniadaniu próbnem Ewalda-Boasa, w jednem doświadczeniu po objedzie próbnym Leubego-Riegla, — i to w okresie I. i III. w dzień lub co 2—3 dni, w okresie II. co parę dni, przyczem, o ile możności, starałem się, by badania te przy przejściu z jednego okresu w drugi odbywały się w dzień. W treści żołądkowej oznaczałem zapomocą miareczkowania ogólną kwasotę, kwas solny wolny i utajony, nadto w przypadkach braku wolnego kwasu solnego jego niedobór, siłę peptyczną kazeinowym sposobem Grossa i ilość białka rozpuszczonego sposobem Wolffa-Jughansa. Wreszcie przy każdem badaniu oznaczałem ogólną ilość treści żołądkowej metodą Jaworskiego. Ponadto zwracałem zawsze uwagę na zachowanie się ogólnych, głównie zaś żołądkowych objawów jak bóle, wzdęcia, zgaga, odbijania, napięcie powłok brzusznych.

Wyniki tych badań uwidoczniam w następującej skróconej do ostatecznych granic tablicy:

TABLICA III.

	Tablica III.	Okres	Ilości średnie okresu			
			Ogólna ilość treści (cm^3)	Ogólna kwasota	HCl wolny	HCl utajony
Grupa I.	M. K., panna, lat 29. Rok szkolny 1924|25. L. dz. kl. 155. *Dyspepsia ventriculi*	I.	150	38^{0}	22'	9^{0}
		II.	199	48	35	9
		III.	126	51	33	10
Grupa II.	J. S. mężczyzna, lat 30. Rok szkolny 1923|24. L. dz. kl. 51. *Hypersecretio dig. ventriculi.*	I.	221	72	58	7
		II.	176	73	62	6
		III.	120	60	51	6
	H. K., mężczyzna lat 22. Rok szkolny 1923|24. L. dz. kl. 183. *Hypersecretio dig. ventriculi.*	I.	102	72	57	12
		II.	93	73	44	6
		III.	100	60	46	8
Grupa III.	St. W., mężcz. lat 22. Rok szkolny 1923|24. L. dz. kl. 227. *Achylia gastrica.*	I.	168	14	—	6
		II.	132	11	—	—
		III.	147	12	—	—

Ogólne wyniki tych badań, odnoszące się do średnich ilości całego okresu są następujące: Picie »Zubera«, ogrzanego do 45⁰C, rozcieńczonego w równej części wodą zwykłą, w ilości dziennej odpowiadającej 200 cm^3 nierozcieńczonego »Zubera« przez okres około 3-tygodniowy, – powoduje:

U osobników z prawidłową czynnością żołądka:

1. Ogólna ilość treści ulega stale wyraźnemu, czasem nawet wybitnemu wzmożeniu podczas stosowania »Zubera«. Ten wpływ »Zubera« uwydatnia się jeszcze wyraźniej w tem, że z chwilą odstawienia go, ilość treści spada bardzo wybitnie, a tylko niekiedy okazuje jakby lekki wzrost.

2. Zasadniczo takie same wahania stwierdzamy odnośnie do wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty.

3. Natomiast zachowanie się utajonego kwasu solnego jest zupełnie niejednolite, gdyż pod wpływem »Zubera« występuje to spadek jego ilości, to wzrost, lub też nie ma żadnych wahań. Odstawienie zaś »Zubera« powoduje na ogół skłonność do nieznacznego spadku w porównaniu do jego wartości w okresie stosowania »Zubera«.

4. Wyniki poszczególnych badań okazują względem siebie naogół znaczne wahania.

5. Wpływ »Zubera« uwidocznia się przeważnie zaraz z chwilą zastosowania go, jak również zaraz z chwilą zaprzestania podawania występuje wpływ jego odstawienia.

6. W przypadku podostrego zapalenia woreczka żółciowego ustąpiły bardzo szybko objawy chorobowe w czasie picia gorącego »Zubera«, przyczem zastosowano jeszcze, rzecz prosta, spokój, dietę i gorące okłady.

U osobników ze wzmożoną czynnością wydzielniczą żołądka:

1. Ogólna ilość treści zachowuje się zupełnie niejednostajnie, okazując w czasie stosowania »Zubera« w 5 przypadkach spadek, w 4 zaś wzrost; również i po odstawieniu »Zubera« występował zupełnie niejednolicie to spadek, to wzrost w stosunku do poziomu poprzedniego okresu.

2. Podobnie i ilość wolnego kwasu solnego, jak i ogólnej kwasoty okazuje niejednostajne wahania w czasie stosowania »Zubera«, albowiem w 5 przypadkach spada, w 4 zaś wzrasta odnośnie do wartości okresu I-go. Po odstawieniu zaś »Zubera« stwierdzamy w 5 przypadkach spadek, w 4 zaś wzrost ilości wolnego kwasu solnego w porównaniu z okresem stosowania »Zubera«. Trzeba nadto podnieść, że między tym spadkiem, a wzrostem nie ma żadnej zależności, albowiem przypadki, okazujące wzrost w okresie II. okazują w okresie III. to dalszy wzrost, to spadek i naodwrót. Również nie stwierdzamy żadnej równoległości między zachowaniem się wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty, a zachowaniem się ogólnej ilości treści.

3. Utajony kwas solny okazuje więcej jednolite zachowanie się pod wpływem »Zubera«, albowiem w 7 przypadkach okazuje spadek, w 1 pozostaje bez zmiany, a tylko w jednym nieco wzrasta; natomiast po odstawieniu »Zubera« okazuje i on, podobnie jak wolny kwas solny i ogólna ilość treści, zupełnie niejednostajne wahania, przedstawiając to spadek, to wzrost, to pozostając bez zmiany w stosunku do okresu II.

4. Wyniki poszczególnych badań okazują względem siebie, podobnie jak i w grupie I., wybitne wahania.

5. Wpływ podania, względnie usunięcia »Zubera« objawia się przeważnie zaraz w samym początku zastosowania, względnie odstawienia go.

6. W 4 przypadkach wrzodu trawiennego okołoodźwiernikowego i równoczesnego wzmożonego wydzielania żołądkowego znikają w ciągu pierwszych kilku do kilkunastu dni stosowania »Zubera« objawy podmiotowe (bóle, zgaga) i przedmiotowe (napięcie mięśni brzusznych), oczywiście, przy równoczesnej diecie, spokoju i okładach gorących — tak, że chorzy opuszczają klinikę po skończonem stosowaniu »Zubera« jako klinicznie zupełnie wyleczeni. Jedynie w jednym przypadku w tydzień po odstawieniu »Zubera« zaczęły występować ponownie dolegliwości żołądkowe.

7. Picie »Zubera« o ciepłocie pokojowej, przeprowadzone w 2 przypadkach, okazało taki sam skutek, jak w innych stosowanie »Zubera« gorącego.

8. W jednym przypadku wzmożonego wydzielania żołądkowego zniknęły objawy podmiotowe, od niego zależne, już w ciągu pierwszego tygodnia stosowania »Zubera«; w drugim przypadku takiegoż cierpienia objawy podmiotowe tylko się zmniejszają, lecz nie ustępują całkowicie. W 2 innych przypadkach zwiększonego wydzielania żołądkowego nie można nic mówić o wpływie »Zubera« na objawy podmiotowe, gdyż znikły one jeszcze przed podaniem »Zubera« jedynie pod wpływem diety, łóżka i gorących okładów. W jednym przypadku nieżytu przewlekłego jelita grubego nie wywołało stosowanie gorącego »Zubera« żadnego polepszenia.

9. Na szczególne podniesienie zasługuje okoliczność, że ustępowanie objawów chorobowych, wywołanych czy to samą wzmożoną czynnością wydzielniczą żołądka czy też jeszcze i równoczesną obecnością wrzodu trawiennego — bynajmniej nie zawsze idzie w parze z odpowiedniem zachowaniem się treści żołądkowej, gdyż n. p. w 3 tego rodzaju przypadkach (dośw. 1, 4 i 7) stwierdzamy — mimo dalszego wzmożenia się pod wpływem »Zubera« tak ogólnej kwasoty, jak wolnego kwasu solnego i ogólnej ilości treści, — objawy zupełnego wyleczenia, przynajmniej pod względem klinicznym. Występuje to jeszcze jaskrawiej w zestawieniu z przypadkami (doświadczenie 2), gdzie, — pomimo zmniejszenia się pod wpływem »Zubera« wzmożonego nadmiernie wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty — przychodzi tylko do częściowego ustąpienia objawów podmiotowych. Jedynie utajony kwas solny okazuje we wszystkich tych przypadkach z wyjątkiem jednego (2), albo spadek, albo też utrzymuje się na tym samym poziomie, co i przed podaniem »Zubera«.

U osobników z upośledzoną czynnością żołądka:

1. Kwas solny wolny nie pojawił się nigdy, ani w czasie podawania »Zubera«, ani po jego odstawieniu.

2. Kwas solny utajony zachowuje się zupełnie niejednolicie, okazując pod wpływem »Zubera« albo spadek, względnie nawet zupełne zniknięcie, albo przeciwnie nieznaczny wzrost. Również i z chwilą odstawienia »Zubera« stwierdzamy to wzrost, to spadek.

3. Ogólna kwasota spada pod wpływem »Zubera«, z wyjątkiem jednego przypadku (3), gdzie występuje ledwo zaznaczony wzrost. Odstawienie »Zubera« powoduje albo dalszy spadek ogólnej kwasoty, albo też nie okazuje żadnego wpływu na nią.

4. Ogólna ilość treści ulega również wyraźnemu spadkowi, z chwilą zaś zaprzestania stosowania »Zubera« albo jeszcze więcej spada, albo też nieznacznie się podnosi, nie osiągając poziomu okresu wstępnego.

5. Niedobór wolnego kwasu solnego zmniejsza się nieznacznie, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym okazuje prawie trzykrotny wzrost. Odstawienie »Zubera« spowodowało we wszystkich przypadkach lekki spadek niedoboru w stosunku do okresu stosowania »Zubera«.

6. Siła peptyczna soku żołądkowego nie okazała pod wpływem »Zubera« żadnego wzmożenia.

7. Ilość białka rozpuszczonego soku żołądkowego nie uległa żadnej zmianie ani w okresie picia »Zubera«, ani po jego odstawieniu.

8. Wyniki poszczególnych badań okazują względem siebie wyraźne wahania, jakkolwiek nie tak wybitne, jak w dwu poprzednich grupach.

9. Ilościowe wahania składników treści żołądkowej występują zaraz w początku podania, względnie odstawienia »Zubera«.

10. Objawy podmiotowe wywołane niedomogą wydzielniczą, jak gniecenie w dołku podsercowym, odbijania i t. p. ustąpiły w jednym przypadku zupełnie, w drugim zaś nie mógł się wcale uwydatnić wpływ »Zubera«, gdyż chory, poza przedmiotowo stwierdzoną niedomogą wydzielniczą żołądka, nie miał żadnych podmiotowych objawów. Wreszcie w trzecim przypadku, gdzie objawy podmiotowe były zależne od silnych zrostów żołądka z otoczeniem, nie mógł mieć »Zuber«, oczywiście, żadnego wpływu.

Ostateczne tedy ogólne wnioski brzmią następująco:

Stosowanie »Zubera« tak gorącego, jak i o ciepłocie pokojowej nie wywiera na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka jakiegoś jednolitego wpływu, dającego się ująć w pewne wyraźne prawidła. Możemy tylko powiedzieć, że na ogół, prawidłowa czynność wydzielnicza żołądka ulega wzmożeniu, czynność chorobowo wzmożona zachowuje się niejednakowo, to doznając osłabienia, to wzmożenia. Czynność zaś chorobowo zmniejszona ulega przeważnie jeszcze dalszemu osłabieniu. Tyczy się to tak ilości treści, jak kwasu solnego wolnego i ogólnej kwasoty. Najbardziej niejednolicie zachowuje się utajony kwas solny, wykazując w przypadkach prawidłowej i upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka zupełnie niemiarowe wahania w górę i w dół, a jedynie tylko w przypadkach wzmożonej czynności wydzielniczej okazuje na ogół skłonność do spadku. Podniecający wpływ »Zubera« na czynność wydzielniczą żołądka objawia się, poza wzmaganiem prawidłowej i niekiedy chorobowo zwiększonej sprawności wydzielniczej żołądka, jeszcze także i zmniejszaniem się, na ogół, niedoboru wolnego kwasu solnego w niedomodze wydzielniczej żołądka, lecz działanie to jest nieznaczne. Wpływ »Zubera« na stosunki wydzielnicze żołądka ujawnia się zaraz w początku jego zastosowania i trwa niekiedy jeszcze szereg dni po odstawieniu. Objawy chorobowe tak podmiotowe, jak i przedmiotowe cierpień, objętych tem spostrzeganiem, jak wrzód trawienny żołądka, nadmiernie wzmożona, względnie upośledzona czynność wydzielnicza żołądka, wreszcie zapalenie woreczka żółciowego, — ulegają

już w pierwszych dniach stosowania »Zubera« naogół wybitnej poprawie, a w dalszym przebiegu leczenia tym zdrojem nawet zupełnie ustępują, przyczem ten stan klinicznej poprawy, względnie nawet wyleczenia może być stały, o ile można wnosić z przypadków dostępnych spostrzeganiu i po wyjściu chorych z kliniki. Ustępowanie objawów chorobowych żołądkowych nie zawsze daje się wytłumaczyć zachowaniem się treści żołądkowej. Dok. nast.

Wykład kliniczny.

K. BOCHEŃSKI. Lwów.

W sprawie wskazań do cięcia cesarskiego.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.

Jak długo cięcie cesarskie było dla matki niejako wyrokiem śmierci stosowano je jedynie w razie bezwzględnej konieczności, a więc niejako pod przymusem. Tak było przed erą aseptyki.

Dzięki rozwojowi aseptyki, a nadto udoskonaleniu techniki operacyjnej wyniki były coraz lepsze, tak dalece, że statystyki niektórych operatorów wykazują tak mały odsetek śmiertelności, jak po żadnej innej laparatomji. Wreszcie w nowszych czasach metoda pozaotrzewnowego operowania i rozwój tejże metody dzięki wystąpieniom F r a n k a, L a t z k i, D e d ö r l e i n a, S e l l h e i m a i i. stworzyły nowe warunki, które z konieczności wywarły decydujący wpływ na technikę cięcia cesarskiego. O ile bowiem opanowanie aseptyki i techniki operacyjnej rozszerzyło wskazania bezwzględne na tz. wskazania względne, to myślą przewodnią operowania pozaotrzewnowego było umożliwienie wykonania cięcia cesarskiego także w przypadkach nieczystych. Ponieważ przy tym sposobie operowania, cięcie w macicy przypaść musiało w jej dolnym odcinku, więc choć dalsze doświadczenia nie spełniły wszystkich nadziei w tej metodzie pokładanych, to jednak korzyść, jaką przytem osiągnięto, jest dla rozwoju cięcia cesarskiego pierwszorzędnej wagi.

Przekonano się bowiem, że blizna w szyi macicy jest w znacznym stopniu odporniejsza aniżeli w ciele macicy, co przypisać należy tej okoliczności, że mieści się ona w tej części kanału rodnego miękkiego, która podczas porodu zachowuje się więcej biernie. To sprawiło, że choć cięcie cesarskie pozaotrzewnowe nie zyskało sobie tak powszechnego uznania, jak się na to pierwotnie zanosiło, to jednak ogół operatorów stosuje dzisiaj przeważnie cięcie w dolnym odcinku. Okazało się bowiem, że w przypadkach podejrzanych, a nawet gorączkujących cięcie to daje o wiele lepsze wyniki co do niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej aniżeli cięcie w ciele macicy.

Jak już wyżej wspomniałem. cięcie cesarskie pozaotrzewnowe nie spełniło wszystkich nadziei, jakie w niem pokładano i wskazania do tej metody nie są do dzisiaj jeszcze ujednostajnione. Jedni bowiem stosują ten zabieg niemal we wszystkich przypadkach, inni ograniczają go jedynie do przypadków nieczystych, a wreszcie niektórzy, coprawda nieliczni, odrzucają go zupełnie. Nie wchodząc bliżej w wartość i słuszność tych zapatrywań, podnieść należy, na co godzą się wszyscy, że cięcie w obrębie dolnego odcinka macicy stanowi w rozwoju cięcia cesarskiego zdobycz pierwszorzędnego znaczenia.

Znaczenie zaś to polega na tem, że coraz lepsze wyniki tak co do śmiertelności jak i chorobliwości siłą rzeczy nasunąć musiały myśl coraz szerszego stosowania cięcia cesarskiego. Liczne przypadki kazuistyczne, jakie piśmiennictwo położnicze lat ostatnich podaje, dowodzą, że myśl ta znalazła rzeczywiście jak najszersze zastosowanie. Z kazuistyki tej bowiem widać, że pominąwszy nieliczne wyjątki, prawie niema takich powikłań porodowych, przy którychby nie stosowano cięcia cesarskiego.

Różnorodność tych przypadków pozwala już dzisiaj zróżniczkować należycie wskazania do tego zabiegu i ująć je w pewne grupy o ścisłych charakterystycznych cechach. Stąd pochodzi, że dawny podział na wskazanie bezwzględne i względne do cięcia cesarskiego, jako zbyt ogólny nie odpowiada dzisiejszym zapatrywaniom.

Najracjonalniejszym wydaje się podział wskazań do cięcia cesarskiego podany przez S c h i f f m a n n a. Według niego dzielimy te wskazania na 4 grupy:

I grupa jest to t. zw. w s k a z a n i e b e z w z g l ę d n e w ścisłem tego słowa znaczeniu. Za nazwą tą przemawiają zdaniem S c h i f f m a n n a nietylko względy historyczne (gdyż w dawnych czasach było to jedno i jedyne wskazanie do cięcia cesarskiego) ale również i względy praktyczne. Do grupy tej należałyby więc wszystkie przypadki, w których poród drogami naturalnemi jest niemożliwy, a więc przedewszystkiem przypadki ścieśnienia macicy o sprzężnej do 6 cm. Wskazanie to chyba nie potrzebuje bliższego uzasadnienia i wyodrębnienie tej grupy jest zupełnie usprawiedliwione.

We wszystkich innych przypadkach wykonanie cięcia cesarskiego da się usprawiedliwić pewnemi korzyściami, jakie ten sposób rozwiązania przedstawia w stosunku do porodu drogami naturalnemi. Korzyści te dotyczą matki lub dziecka lub też obojga równocześnie. I tak:

II-gą grupę stanowią przypadki, w których sama praca porodowa jako taka jest już z góry niepożądaną i zależy nam na jej wyeliminowaniu czy to w interesie matki, czy też dziecka. Do grupy tej należałyby następujące przypadki:

a) miednice ścieśnione,
b) guzy najrozmaitszego rodzaju,
c) łożysko przodujące.

Co do tego wskazania, to jest ono chyba dostatecznie usprawiedliwione z uwagi na okoliczność, że jedynie cięcie cesarskie — w przeciwieństwie do innych sposobów — usuwa przyczynę krwawienia przy łożysku przodującem. Nic też dziwnego, że odnośne statystyki wykazują po tym zabiegu tak dobre wyniki dla matki i dziecka, jak po żadnym innym. Rzecz naturalna, że i tu doświadczenie i krytyczna ocena każdego przypadku jest konieczna. Z doświadczenia bowiem wiemy, że innemi sposobami, jak przebicie pęcherza płodowego lub obrót na nóżkę, albo metreurizą możemy uzyskać równie dobre wyniki w odpowiednich przypadkach.

d) rozmaite schorzenia matki, a przedewszystkiem wady serca i zaburzenia w narządzie krążenia.

Cięcie cesarskie w tych przypadkach tembardziej jest usprawiedliwione, że możemy je wykonać bez narkozy ogólnej jedynie przy znieczuleniu miejscowem lub sakralnem.

e) rozległe żylaki, które łatwo mogą ulec pęknięciu pod wpływem urazu podczas rodzenia się płodu,
f) blizny,
g) przetoki wygojone drogą operacyjną, a które na nowo mogą powstać wskutek obrażeń,
h) ciąża w macicy przemieszczonej poprzednio drogą operacyjną.

III-cia grupa obejmuje przypadki, w których ciąża jako taka sama przez się jest czynnikiem niepożądanym i zależy nam na jak najszybszem jej usunięciu. Wykonanie cięcia cesarskiego w tych przypadkach ma więc na celu jedynie interes matki, a należałyby tutaj przypadki następujące:

a) drgawki porodowe,
b) grożące pęknięcie macicy,
c) przedwczesne odklejenie się łożyska normalnie usadowionego,
d) zapalenie nerek,
e) zapalenie płuc i zapalenie nagminne mózgu (*encephalitis epidemica),*
f) położenie poprzeczne zaniedbane przy żywym płodzie.
g) niedrożność jelit,
h) wysoka gorączka.

IV-tą grupę stanowiłyby przypadki, w których chodziłoby o usunięcie wszelkiego niebezpieczeństwa, jakie grozićby mogło życiu dziecka w czasie porodu.

Należałyby tu:

a) wypadnięcie pępowiny przy utrzymanym jeszcze kanale szyi,
b) grożąca zamartwica *(asphyxia)*,
c) poprzeczne zaniedbane położenie i t. d.

Przez wykonanie cięcia cesarskiego oszczędzamy dziecko jak najlepiej przed wszelkim urazem, jakiby mógł nań zadzia-

łać podczas porodu i w ten sposób możemy życie jego najlepiej zagwarantować.

Jak z powyższego widać, w wielu z tych przypadków wykonuje się cięcie cesarskie celowo dla uniknięcia nietylko już istniejących, a nawet możliwych powikłań. To też słusznie nazwano je cięciem cesarskiem zapobiegawczem, gdyż w tych warunkach wykonany zabieg ten posiada wybitne cechy zapobiegawcze.

Rzecz naturalna, że jak każdy schematyczny podział, tak i ten nie może mieć ścisłych i wyraźnych granic, i nie może być wyczerpujący. Stąd pochodzi, że poszczególne grupy mogą się ze sobą łączyć i wzajemnie uzupełniać. Nie da się jednak zaprzeczyć, że podział ten uwzględnia wszystkie możliwe wskazania i obejmuje wszystkie możliwe przypadki, w granicach od bezwzględnego wskazania w interesie tylko matki, aż do wskazań li tylko w interesie płodu.

Nasuwa się pytanie, czy zakreślenie tak szerokich granic do cięcia cesarskiego jest uzasadnione i usprawiedliwione, a dotyczy to z natury rzeczy przedewszystkiem wskazania t. zw. zapobiegawczego. W tym kierunku nasunąć się muszą liczne uwagi. Chodzi przy tem zapobiegawczem cięciu cesarskiem głównie o interes płodu. Otóż nie wolno zapominać, że przecież życie matki z konieczności musimy wyżej cenić, aniżeli życie płodu. Słusznie podnosi Küstner, że każdy zabieg operacyjny, a więc i cięcie cesarskie stanowi pewne niebezpieczeństwo. To też zabieg operacyjny jest tylko wtedy wskazany i usprawiedliwiony, jeżeli to niebezpieczeństwo jest mniejsze, aniżeli stan, który zabiegiem tym chcemy i możemy usunąć. Wobec tego zupełnie prosto i pojedynczo przedstawiałoby się to wskazanie, gdyby cięcie cesarskie nie przedstawiało dla matki żadnego niebezpieczeństwa. Wtedy bowiem wskazanie takie stanowiłoby każde powikłanie porodu, które przedstawiałoby choćby najmniejsze niebezpieczeństwo dla życia matki lub dziecka, a którego nie możnaby innym sposobem usunąć.

Otóż stwierdzić należy, że niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego w miarę udoskonalania techniki operacyjnej staje się coraz mniejsze. Wprawdzie statystyki tego zabiegu wykazują jeszcze dzisiaj pewną śmiertelność, jednak odnośnie do cięcia cesarskiego zapobiegawczego, argument ten traci może nieco na znaczeniu o tyle, że w przypadkach tych wyniki muszą być lepsze, gdyż materjał operacyjny jest o wiele korzystniejszy. Chodzi tu bowiem zazwyczaj o kobiety, które po smutnem doświadczeniu poprzednich porodów szukają porady i wcześniej zgłaszają się do zakładu niebadane, a więc czyniące zadość wymaganiom aseptyki. Z drugiej strony podnieść należy, że poród w takich przypadkach zazwyczaj ciężki, pozostawiony siłom natury przedstawia dla danej osoby również pewne niebezpieczeństwo. Stąd wynika, że cięcie cesarskie zapobiegawcze przy odpowiednim i sumiennym wyborze przypadków na podstawie osobistego, należytego doświadczenia, może stanowić dla rodzącej daleko mniejsze niebezpieczeństwo aniżeli poród siłami natury i dlatego w tych przypadkach wydaje się być usprawiedliwione.

Nie chcę przez to powiedzieć, aby nam wolno było wskazania do cięcia cesarskiego luźniej niż dotychczas oceniać; przeciwnie, twierdzę, że przy stawianiu wskazań właśnie do cięcia cesarskiego zapobiegawczego, należy być bardzo sumiennym i nadzwyczaj ostrożnym. Ostrożność ta jest tem więcej wskazana, że jak Stoeckel słusznie zauważył, łatwa technika operacyjna i minimalne niebezpieczeństwo życia nowych metod operacyjnych kryją same w sobie niebezpieczeństwo w tym kierunku, że z jednej strony zwiększają ochotę do operowania, a z drugiej strony osłabiają sumienność w stawianiu wskazań. Uwaga ta nasunęła się Stoeckelowi z okazji oceny niektórych przypadków cięcia cesarskiego ogłoszonych w piśmiennictwie, co do których nie mógł oprzeć się wrażeniu, że w przypadkach tych poród siłami natury uważany był za po prostu niepotrzebną próbę cierpliwości tak dla rodzącej, jak i dla lekarza.

Oceniając krytycznie te wskazania, sądzę, że u pierwiastek cięcie cesarskie zapobiegawcze rzadko i tylko wyjątkowo może znaleść zastosowanie. Przez cięcie cesarskie zapobiegawcze rozumieć bowiem należy tylko takie cięcie cesarskie, które wykonujemy z planem z góry postanowionym, wykonujemy je więc w chwili, skoro drogi porodowe rozwarły się zaledwie o tyle, że odpływ odchodów w połogu będzie możliwy i łatwy. Zasadniczo zaś stanowisko nasze w czasie porodu winno być wyczekujące i ono jedynie jest usprawiedliwione. W wielu bowiem przypadkach mimo wszystko poród jeszcze odbędzie się siłami natury lub przy zastosowaniu zabiegów o wiele mniejszych jak n. p. niskich kleszczy. Jeżeli zaś dalszy przebieg wykaże, że poród siłami natury jest niemożliwy lub zbyt niebezpieczny i przystąpimy do cięcia cesarskiego, to nie będzie to już cięcie cesarskie zapobiegawcze, lecz wskazane i usprawiedliwione powstałemi powikłaniami.

U wieloródek uwzględnić należy przedewszystkiem wszystkie okoliczności i warunki wśród jakich odbyły się poprzednie porody. Uwzględnić więc należy, dlaczego poprzednie dzieci rodziły się nieżywe. W wielu przypadkach przyczynę taką znajdziemy w braku odpowiedniej i fachowej opieki podczas porodu.

Na jedno jeszcze wskazanie do cięcia cesarskiego zapobiegawczego chciałbym zwrócić uwagę a mianowicie dotyczy ono życzenia matki. Czy pragnienie matki, aby urodzić jej dziecko żywe — należy uwzględnić, czy też nie?

Jestem zdania, że w pewnych warunkach życzenie matki może mieć wpływ decydujący, n. p. u kobiety starszej, co do której zachodzi wątpliwość, czy zastąpi po raz drugi, lub n. p. u kobiety, która z doświadczenia wie, że wogóle zastępuje bardzo trudno. Jeżeli kobiecie takiej nie możemy na pewne zagwarantować dziecka żywego przy porodzie siłami natury, wykonanie u niej cięcia cesarskiego będzie usprawiedliwione.

Najtrudniej jest określić wskazania do cięcia cesarskiego według dawniejszych pojęć t. zw. względne, przy miednicach ścieśnionych, a zaliczonych według powyższego podziału do grupy drugiej. Trudność polega na tem, że niepodobna nigdy z góry orzec stanowczo, czy dana osoba urodzi na czasie siłami natury, czy też nie.

Rzecz naturalna, że w myśl dzisiejszego naszego stanowiska, granice wskazań w tych przypadkach uległy przesunięciu i to nawet dość znacznemu. Przy ścieśnieniu o wymiarze $5^1/_2$ cm, lub mniejszem, cięcie cesarskie jest nieuniknione. Przy ścieśnieniach mniejszych niż $5^1/_2$ cm należy stosować wymóżdżenie. W tych przypadkach więc stanowisko dawniejsze z konieczności musiało się utrzymać. Możnaby chyba dodać za Dedörleinem, że wydoskonalenie techniki operacyjnej przy zabiegach mających na celu zmniejszenie pojemności płodu, pozwala wykonać ten zabieg, a więc uniknąć cięcia cesarskiego, nawet przy ścieśnieniu o wymiarze prostym wchodu 5 cm. Odnosić się to może naturalnie tylko do przypadków, w których płód z wszelką pewnością nie żyje.

Inaczej rzecz się ma w przypadkach, gdzie płód żyje. I tutaj postępowanie nasze uwzględnić musi, czy mamy do czynienia z pierwiastką, czy też z wieloródką. U pierwiastek o wymiarze prostym wchodu 7 5 cm lub mniej, należy zdaniem mojem, w każdym przypadku wykonać cięcie cesarskie. Przy mniejszem ścieśnieniu zasadniczo należy zająć stanowisko wyczekujące. W tych przypadkach bowiem niejednokrotnie dobre bole porodowe zdołają jeszcze pokonać niestosunek porodowy bez większej szkody dla matki i dziecka, zwłaszcza jeśli główka nie jest zbyt duża, łatwo się konfiguruje i wstawia się dobrze.

Również i u wieloródek przy wymiarze prostym wchodu 7·5 cm uważam cięcie cesarskie za wskazane atoli pod warunkiem, jeżeli poprzednie porody przebiegały niekorzystnie; dowodziłoby to bowiem, że niestosunek porodowy stale się utrzymuje, a w miarę liczby porodów może się nawet zwiększać z uwagi na słabe skurcze macicy, źle działającą tłocznię brzuszną i coraz większe płody. Cięcie cesarskie wykonane w tych warunkach u wieloródki miałoby wprawdzie cechy zabiegu zapobiegawczego, lecz sądzę, że byłoby zupełnie usprawiedliwione.

O ile chodzi o ścieśnienia miednicy, o wymiarze prostym wchodu poniżej 7·5 cm to jak wyżej wspomniano, zasadniczo zachować się należy wyczekująco. Jeżeli to nas za-

wiedzie, poród nie będzie postępował, przyjdzie do rozciągnięcia dolnego odcinka macicy, wystąpi ewentualnie podwyższenie ciepłoty i stan dziecka będzie budził obawy, wtedy z konieczności wystąpi wskazanie do cięcia cesarskiego, o ile obok matki i dziecko ma być uratowane. Lecz słusznie podnosi Martius, że do tego stanu właściwie nie powinniśmy dopuścić. Okoliczności te wprawdzie nie utrudniają wykonania cięcia pozaotrzewnowego a jak doświadczenie poucza, warunki do zabiegu układają się nawet tem korzystniej, im dłużej trwa poród i im więcej dolny odcinek macicy ulegnie rozciągnięciu. O ile więc nie możemy decyzji naszej powziąć wcześniej i jesteśmy zaskoczeni już powyższym stanem, możemy zastosować tę metodę cięcia cesarskiego. Sądzę atoli, że o ile to jest możliwe, to lepiej jest zdecydować się na cięcie cesarskie wcześniej i nie czekać, aż dolny odcinek macicy ulegnie zbytniemu rozciągnięciu. Jeśli więc na podstawie doświadczenia z poprzednich porodów można trudności i możliwe powikłania przewidzieć i należycie ocenić, wówczas należy na ich podstawie określić czas wykonania zabiegu, a nie na podstawie przebiegu samego porodu. Korzyść z takiego postępowania jest ta, że zmniejszamy niebezpieczeństwo samego zabiegu, gdyż nie da się zaprzeczyć, że cięcie cesarskie wykonane na początku samego porodu i przy utrzymanym pęcherzu jest bądź co bądź mniej niebezpieczne, aniżeli po dłuższem trwaniu porodu. Nie bez racji jest również okoliczność, że w ten sposób oszczędzamy rodzącej dłuższej czynności porodowej. Tak postępować możemy przy operowaniu śródotrzewnowem, przy którem nie potrzeba czekać aż dolny odcinek macicy ulegnie rozciągnięciu.

Co do czasu czekania określiłbym go na 2—3 godziny. Jeżeli w czasie tym mimo energicznej pracy porodowej stwierdzimy, że główka nie konfiguruje się należycie i nie wstępuje do miednicy, należy przystąpić do cięcia cesarskiego. Wykonamy je zaś tem prędzej i chętniej, jeżeli główka okazywać będzie dążność do nieprawidłowego wstawiania się np. przy położeniu czołowem, twarzowem, przodowaniu kości bocznej i t. p. Widzimy więc, że wobec tego górna granica wskazań do cięcia cesarskiego niemoże być ściśle oznaczona i że mimo to, że przesunęliśmy ją bardzo daleko, to jednak ścisłość wskazania do tego zabiegu może być utrzymana, jeżeli w ocenie danego przypadku trzymać się będziemy wymienionych wyżej wskazówek. Oceniając zaś te wskazania w ten sposób, operować będziemy najczęściej pod wskazaniem zupełnie ścisłem, a przynajmniej usprawiedliwionem i najlepiej unikniemy operowania ze wskazania t. zw. zapobiegawczego.

Stanowisko powyższe jest usprawiedliwione jedynie w przypadkach czystych, a przynajmniej takich, które nie okazują wyraźnych objawów zakażenia. I pod tym względem należy w ocenie przypadku być bardzo wymagającym. Wprawdzie — jak to już wyżej nadmieniłem — niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej przy cięciu cesarskiem w dolnym odcinku jest mniejsze w porównaniu do cięcia w ciele macicy, to jednak byłoby karygodną lekkomyślnością niebezpieczeństwa tego nie doceniać.

Jak zaś postąpić w przypadkach, gdzie są wyraźne objawy ciężkiego zakażenia? W przypadkach takich, jeżeli dziecko nie żyje, należy wykonać wymóżdżenie. O ile zaś wchodziłaby w rachubę myśl usunięcia i zakażonej macicy, to przy dziecku należy usunąć ją wraz z płodem bez otwarcia, zaś przy płodzie żywym najpierw wydobyć a następnie usunąć macicę.

Wprawdzie powyższemi zasadami staraliśmy się już dawniej kierować w klinice położniczej lwowskiej, to jednak zaznaczyć mi wypada, że na podstawie doświadczeń wielu lat poprzednich dopiero w ostatnich latach skrystalizowały się ostatecznie nasze wskazania zgodnie z obecnym postępem położnictwa w ogólności, a cięcia cesarskiego w szczególności. Nie przytaczam wyników i dat statystycznych po cięciu cesarskiem, a czynię to celowo, bo sądzę, że dobre wyniki po cięciu cesarskiem dowodzą jedynie, że zabieg ten wykonany w odpowiednich warunkach przedstawia minimalne niebezpieczeństwo. Chciałbym atoli zwrócić uwagę na inną okoliczność. Jeśli chodzi o postępowanie w klinice czy w jakimkolwiek zakładzie położniczym, to postęp techniki operacyjnej w granicach możliwości daje dostateczną gwarancję dobrych wyników, byśmy granice cięcia cesarskiego mogli odpowiednio do ścisłych wskazań nawet znacznie rozszerzyć. Atoli pod jednym warunkiem: musi dany przypadek sam w sobie posiadać warunki gwarantujące dobry wynik zabiegu. Niestety stwierdzić należy, że nie każdy przypadek odpowiada koniecznym po temu warunkom.

Jako jeden z nasuwających się dowodów przytaczam zestawienie przypadków z materjału kliniki lwowskiej w których przy pomocy cięcia cesarskiego można było uratować w każdym razie dziecko, a niejednokrotnie i matkę, gdyby przypadki te dostarczone były klinice na czas i w stanie, pozwalającym i umożliwiającym jeszcze wykonanie tego zabiegu. W statystyce tej pominąłem z rozmysłu wszystkie przypadki ciąży niedonoszonej, choć później i wszystkie przypadki jakichkolwiek schorzeń matki, które mogły w jakikolwiekbądź sposób wpłynąć na obumarcie płodu lub na stan matki, a dalej wszystkie te przypadki, w których obumarcie płodu lub groźny stan matki mógł powstać nagle, tak że przyjąć można, iż nawet natychmiastowe przeniesienie rodzącej do kliniki nie byłoby wpłynęło na zmianę postępowania. Wybrałem więc tylko przypadki, w których poród odbywał się na czasie, gdzie napewne z chwilą rozpoczęcia się porodu płód żył i matka miała się zupełnie dobrze, a więc przypadki, w których niebezpieczeństwo dla matki lub dziecka albo dla obojga wystąpiło dopiero w czasie trwania porodu i że niebezpieczeństwo to można było usunąć przy pomocy cięcia cesarskiego. Wydaje mi się rzeczą naturalną, że wybranie materjału z pomiędzy kilkunastu tysięcy historji przebiegu porodu z lat dwudziestu kilku napotykać musi w znacznym odsetku takich przypadków na znaczne trudności. Trudno bowiem w niektórych przypadkach wyrobić sobie »*ex post*« po latach, sąd ostatecznie krytyczny i pozbawiony wszelkich wątpliwości. Ponieważ zaś w odniesieniu do operacji tak skończonej, jaką jest już w dzisiejszej dobie cięcie cesarskie, opierać się należy na bezwzględnie ścisłych danych, dlatego, aby uniknąć wprowadzenia wszelkich możliwych niedokładności usunąłem z góry wszystkie przypadki, które mogłyby temu warunkowi nie odpowiadać, a wybrałem tylko te, w których na podstawie dzisiejszego stanu nauki z wszelkiem prawdopodobieństwem wykonaliśmy cięcie cesarskie. W ten sposób z ogólnej liczby 700 przypadków dostarczonych klinice w ciągu przeszło 26 lat (od chwili jej otwarcia) znalazłem około 300 przypadków, które wyżej wspomnianych wątpliwości nie nasuwają. Były to zaś przypadki następujące: ścieśnienie miednicy, położenie poprzeczne zaniedbane, łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego, zakażenie z powodu zbyt długo trwającego porodu, urazy, drgawki porodowe, zapalenie nerek, wady serca.

W porównaniu do ogólnej liczby porodów na czasie w liczbie blisko 17.000 — odsetek tych dzieci wynosi prawie 1·7%. Porównanie to nasuwa pewne uwagi. Dowodzi ono bowiem, że opieka nad osobami rodzącemi nie jest u nas dostateczna, skoro tak wielki odsetek dzieci donoszonych i pozatem zdrowych zupełnie, rodzi się nieżywo. Pomijam już okoliczność, ile matek z tego samego powodu nie mogło być uratowanych względnie uległo ciężkiemu schorzeniu połogowemu. Stosunki te dotyczą Małopolski wschodniej; w zachodniej Małopolsce i w Poznańskiem przypuszczam stosunki te są może lepsze, ale pewny jestem, że jeśli nie gorsze to przynajmniej takie same istnieją w całej wschodniej połaci naszego Państwa.

Zachodzi pytanie, czy można te stosunki poprawić i w jaki sposób?

Jednym ze sposobów, które w temacie tym poruszyłem, jest właśnie zastosowanie cięcia cesarskiego. Przy pomocy tego zabiegu można było niewątpliwie w naszym materjale wymienione przypadki rozwiązać i urodzić dzieci żywe, atoli pod warunkiem, gdyby przypadki te na czas były skierowane do kliniki. Stąd wniosek, że należałoby zwrócić się z apelem nietylko do położnych, ale i do lekarzy praktyków, aby przypadki podobne, w których albo już mogą rozpoznać

pewne powikłania lub też je przewidzieć — wcześnie skierowali do zakładów operacyjnych i o ile możności przypadków tych nie badali wewnętrznie.

Streszczając powyższe uwagi powiedzieć możemy, że technikę cięcia cesarskiego możemy uważać dzisiaj za bardzo dobrą i że trudności co do tego zabiegu polegają głównie na oznaczeniu należytych wskazań. W pewnych przypadkach wskazanie to jest bardzo łatwe i zupełnie naturalne. W przeważnej liczbie przypadków jednak wymaga ono bardzo wielkiego doświadczenia i krytycznej oceny wszelkich szczegółów.

Atoli mimo uznania i zadowolenia, z jakiem musimy przyjąć wzbogacenie naszej terapji położniczej nowemi metodami cięcia cesarskiego, to jednak nie wolno nam zapominać, że zasadniczo nasze stanowisko przy porodzie prawidłowym jak i przy miednicy ścieśnionej winno i nadal być zachowawcze i wyczekujące. Stanowisko to jest tem więcej uzasadnione, ile że przez czekanie nie tracimy nic, ale owszem zyskujemy to, że w niejednym przypadku oszczędzimy kobiecie wykonania tego bądźcobądź poważnego zabiegu. Zaufanie do sił przyrody powinno być zawsze cechą naszego postępowania. Dla przypadków bowiem, w których zawiedzie nas wiara w siły przyrody, mamy właśnie możność korzystnej interwencji przy pomocy cięcia cesarskiego. I w tem właśnie polega cała wartość tego zabiegu, że możemy spokojnie czekać w przekonaniu, iż nie narażamy ani matki ani dziecka, i że jeszcze na czas i w odpowiedniej chwili możemy zabieg ten zastosować.

Powyższe uwagi przywodzą mimowoli na pamięć słowa Rosnera wypowiedziane na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1911 w sekcji ginekologicznej, kiedy mówiąc o wskazaniach i rokowaniu cięcia cesarskiego zaotrzewnowego — metody będącej wówczas dopiero w rozwoju — powiedział:

»Istnienie tego zabiegu ośmiela nas do czekania, zwalcza nasze zakusy zapobiegawczego wkraczania w prawa przyrody i operowania z obawy, że coś złego stać się może«.

W międzyczasie miejsce tak bardzo wówczas polecanego cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego coraz bardziej zajmowało i nadal zajmuje cięcie cesarskie śródotrzewnowe w dolnym odcinku, tak, że dziś już dzięki zupełnemu niemal wydoskonaleniu techniki tego zabiegu powyższe słowa Rosnera w zupełności odnieść można do tej ostatniej odmiany cięcia cesarskiego.

Z praktyki.

Dr. Klaudjusz LIPSKI, Dąbrowa-Górnicza.
dyrektor szpitala św. Barbary.

O wytwórczej operacji sztucznej pochwy i nowej odbytnicy z jelita grubego.

Przypadek, który opisuję, dotyczy zupełnego, wrodzonego zaniku pochwy, powikłanego brakiem lub zupełnym niedorozwojem macicy i jej przydatków.

Zachęca mnie do tego, oprócz rzadkości samej anomalji, która przez paru kolegów nie była właściwie w swoim czasie rozpoznaną, jeszcze nadzwyczaj pomyślny wynik operacji wytwórczej, dość rzadkiej, gdyż wedle dostępnego dla mnie piśmiennictwa, znalazłem zaledwie 16 opisanych przypadków.

Do szpitala św. Barbary w Dąbrowie Górniczej przybyła chora lat 25, z rozpoznaniem »zarośnięcie pochwy«, o budowie miernej, wzrostu średniego. Ze strony kośćca, narządów oddechowych, krwiobiegu i trawienia — niczego nieprawidłowego nie stwierdzono, sutki rozwinięte prawidłowo, *mons veneris* uwłosiony.

Zamężna od 4-ch miesięcy. Uskarża się na nietrzymanie moczu i brak miesiączki od urodzenia.

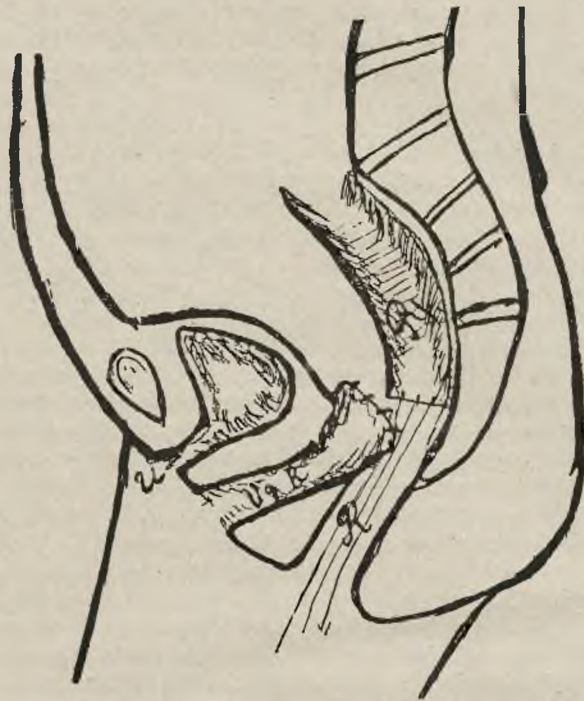
Od dzieciństwa żadnych powikłań w sferze płciowej nie doświadczała. Na brak miesiączki nie zwracała uwagi, gdyż jak wspomina, matka jej również zaczęła miesiączkować dopiero w 20 roku życia.

Przed zamążpójściem chora zwróciła się o poradę do ginekologa kobiety, która orzekła, że miesiączka wystąpi tuż po weselu.

Po zamążpójściu chora zwróciła się znowu do innego lekarza, który zaopinjował, »że mąż sam sobie da radę« i dopiero trzeci lekarz skierował ją do szpitala.

W czasie szczegółowego badania stwierdzono: wargi sromowe większe, mniejsze i łechtaczka są prawidłowe, brak jest zupełnie pochwy, cewka rozszerzona do tego stopnia, że z łatwością przepuszcza palec lub nawet dwa, co pozwala wymacać wnętrze pęcherza.

Przez tą właśnie rozszerzoną cewkę odbywało się spółkowanie, skutkiem czego wystąpiło nietrzymanie moczu. Cewka i miejsce, w którem prawidłowo znajduje się wejście do pochwy, otoczone są słabo rozwiniętą, lecz zupełnie wyraźną błoną dziewiczą. (Ryc. I).



Odbyt zupełnie normalny. Badanie kombinowane przez odbytnicę i cewkę oraz pęcherz wykazało zupełny brak pochwy, a w miejsce macicy z przydatkami stwierdza się jakiś ruchomy, twardy twór, wielkości orzecha laskowego.

A zatem na podstawie wywiadów i badania rozpoznałem »*atresia vaginae totalis congenita et uterus rudimentarius*«.

Zarośnięcie pochwy, wywołane bywa wadliwym zrośnięciem się tak zw. nici Müllera jeszcze w życiu zarodka i może przedstawiać różne stopnie, od najczęściej spotykanej *atresia vulvae* t. j. zarośnięcie jednego z odcinków pochwy do zupełnego jej braku i bywa nieraz powikłane anomalją rozwojową macicy i jej przydatków podobnie jak w opisywanym przezemnie przypadku.

Należąc do zjawisk stosunkowo rzadkich, zarośnięcie pochwy zwykle nie przejawia się żadnemi objawami aż do czasu dojrzałości kobiety. W tym okresie przy jednoczesnem zachowaniu macicy i jajowodów wada ta zaczyna przejawiać się wewnętrznemi krwotokami, powodując *haematocolpos, haematometra, haematosalpinx* i może spowodować nawet śmierć od krwawienia wewnątrz-brzusznego, o ile chora nie podda się operacji.

Te przypadki, w których oprócz braku pochwy spotykamy brak albo niedorozwój macicy nie dają żadnych objawów chorobowych i spotykamy się z niemi wtedy, gdy stanowią zaporę przy spółkowaniu.

W większości przypadków w miejscu, w którem normalnie powinna zaczynać się pochwa (*introitus vaginae*) jest wklęśnięcie, w którem mąż po długich wysiłkach dosłownie wydłubuje kanał, głęb. 3—4 cm (spostrzegałem to sam 2 razy) i spółkowanie odbywa się niby prawidłowo. Rzadziej jednak zdarza się, że wspomniane wklęśnięcie bywa tak nieznaczne, że prącie nie może zatrzymać się w niem i, ześlizgując się ku górze, trafia na otwór cewki, która z czasem rozszerza się do tego stopnia, że w końcu spółkowanie odbywa się przez cewkę jak podobnie miało to miejsce w moim przypadku.

Takie anormalne spółkowanie oprócz bolesności, do której kobiety jednak prędko się przyzwyczajają, pociąga za sobą jeszcze nietrzymanie moczu, co jest bardzo uciążliwe i nie-

przyjemne i zmusza chorą do szukania pomocy lekarskiej. Jedyną pomoc, którą może w podobnych razach okazać lekarz jest przywrócenie możliwie fizjologicznych stosunków w narządach płciowych przez utworzenie sztucznej pochwy i danie możności cewce i pęcherzowi powrócenia do swych fizjologicznych czynności.

Ponieważ chora zgodziła się na zabieg chirurgiczny wybrałem jeden ze sposobów wytworzenia nowej pochwy.

Jak dotąd próbowano to robić trzema sposobami.

1) Drążąc kanał w otworze rozciętym między cewką a odbytnicą, pokrywają się go płatami według Thiersch'a lub przykrywa się kawałkami tkanek sąsiednich.

Sposób ten nie dał spodziewanych wyników, więc go zarzucono.

2) Drugi sposób polega na wytworzeniu nowej pochwy z części wykluczonego jelita cienkiego. Sposób który dał dobry wynik w 30 opisanych w piśmiennictwie przypadkach i wreszcie

3) Utworzenie nowej pochwy z odbytnicy z jednoczesnem utworzeniem nowego odbytu z powyżej leżącej części kiszki grubej.

Wytworzenie pochwy z jelita cienkiego wymaga laparatomji i wycięcia jelita, co często nie jest zupełnie bezpieczne i jak statystyka wykazuje daje znaczny (do 10%) odsetek śmierci wskutek krwawień wewnątrz-brzusznych lub zgorzeli krezki implantowanego jelita, oraz przedstawia tę niewygodę, że nowo wytworzona pochwa w czasie jedzenia obficie wydziela sok jelitowy.

Powyższe powody skłoniły mię do stworzenia nowej pochwy z odbytnicy, tembardziej, że przy operacjach raka odbytnicy z łatwością udawało mi się po wycięciu chorego odcinka, ściągnąć jelito grube ku odbytowi i zachować zwieracz.

Operacji dokonywałem w uśpieniu chloroformowem w sposób następujący:

1) najpierw wyciąłem w miejscu planowanego otworu pochwy między cewką a odbytnicą część skóry w postaci koła, wycinając jednocześnie szczątki błony dziewiczej (rys. I. linja krop.),

2) po wycięciu tego płata wydrążyłem na tępo otwór dł. 5—6 cm w kierunku skośnym ku górze i tyłowi do odbytnicy.

3) cięciem kołowem oddzieliłem śluzówkę odbytnicy od skóry i oddzieliłem ją następnie od zwieracza na dł. 5 cm.

Następnie chorą położyłem na prawy bok ze zgiętemi kolanami i przystąpiłem do tak zwanej operacji Kraskego.

Cięciem wzdłuż lewego brzegu kości krzyżowej, po oddzieleniu mięśni pośladkowych i resekcji kości ogonowej i dolnego odcinka krzyżowej, zapomocą dłuta dotarłem do kiszki prostej, którą oddzieliłem, przeciąłem na wysokości 12 cm od zwieracza i zaszyłem dolny odcinek na głucho. Górną część kiszki prostej, po oddzieleniu na tępo i podwiązaniu naczyń ściągnąłem ku dołowi tak, aby sięgała otworu odbytowego.

Po skończeniu czynności w okolicy krzyżowej ranę zaszyłem, wytamponowałem i chorą znowu położyłem w zwykłej pozycji ginekologicznej. Przez świeżo wydrążony otwór pochwy wciągnąłem oddzieloną część końcową kiszki prostej i przyszyłem ją szwami węzełkowemi do świeżo utworzonego otworu.

Górny zaś uruchomiony odcinek kiszki prostej zaciągnąłem w otwór między włóknami zwieracza i również przyszyłem szwami węzełkowemi. W ten sposób otrzymałem nową pochwę i odbyt.

Przebieg pooperacyjny był dobry. Ropienie było bardzo nieznaczne z drenowanego otworu w okolicy nowego odbytu.

Przez tydzień dawałem makowiec i stosowałem lekką dietę, ażeby nie zanieczyszczać rany w nowo-utworzonej odbytnicy.

Po tygodniu zwieracz zaczął funkcjonować sprawnie — chora zatrzymuje kał i wypróżnia się prawidłowo jak również zatrzymuje mocz, z którym wydziela się jednak sporo galaretowatego śluzu — pamiątka podrażnienia pęcherza.

Nowo wytworzona pochwa doskonale zrosła się z okolicznemi tkankami, z łatwością przepuszcza dwa palce i jest dostatecznie długa, tak, że zupełnie odpowiada swemu przeznaczeniu.

Sposób, którym operowałem, o ile mi wiadomo z piśmiennictwa — stosowano już w 16-tu przypadkach z dobrym wynikiem.

Daje on dobre wyniki praktyczne, nie zniekształca chorej i nie przedstawia dla niej wielkiego ryzyka, a przy pewnej technice jest dość łatwo wykonalny. Następcze leczenie nie przedstawia żadnych trudności.

Chora po paru dniach może chodzić i odżywiać się. Stolec reguluje się makowcem, a po tygodniu zwieracz zaczyna funkcjonować sprawnie i żadnych nieprzyjemności z tej strony chora nie odczuwa.

Wobec powyższego, na podstawie własnego doświadczenia gorąco polecam kolegom stosowanie tego zabiegu w odpowiednich przypadkach.

Sprawozdania poglądowe.

Janusz ZEYLAND. Poznań.

Nowa teorja o powstawaniu nowotworów.

(Badania Gye'a i Barnarda).

Prasa codzienna zawiadomiła cały świat o wynikach ostatnich badań nad powstaniem raka w artykułach często pełnych przesady od której nie jest wolny wstęp od redakcji »The Lancet«, poprzedzający artykuły Gye'a i Barnarda a zapowiadający rozwiązanie zasadniczego zagadnienia raka. Artykuły wspomniane są napisane oddzielnie. Gye przeprowadził doświadczenia biologiczne, a Barnard udoskonaleniem metod mikroskopowych uczynił widoczne t. zw. zarazki przesączalne.

Gye nawiązuje do badań Peytona Rousa, ogłoszonych po raz pierwszy w 1911 r. Rous wyodrębnił trzy nowotwory u kur, różniące się od nowotworów ssaków przedewszystkiem tem, że mogą być przeszczepiane nietylko przez żywe komórki lecz także zapomocą przesączu wolnego od komórek. Mimo to, zdaniem Gye'a odpowiadają one zupełnie sprawdzianom ustanowionym dla scharakteryzowania nowotworów. Pierwszy z tych nowotworów, który był głównym materjałem doświadczeń Gye'a, jest mięsakiem wrzecionowato-komórkowym, dającym przerzuty i zabijającym gospodarza w ciągu 28 dni. Już Rous i jego współpracownicy twierdzili, że przeszczepienie takie umożliwia przesączalny, żywy drobnoustrój, Rous jednak mówił chętniej o »czynniku« zamiast o »zarazku«, ponieważ nie udało się jemu wyhodować owego czynnika poza ustrojem.

Pomijam uwagi autora o teorji pasorzytniczej i rozważania natury teoretycznej a przedstawię przebieg doświadczeń i wyciągnięte z nich wnioski.

Tkankę nowotworową mięsaka kur, pokrajaną na drobne kawałki rozciera się w moździerzu z piaskiem i dodaje na 1 g tkanki 100 cm sz. płynu Ringera. Po przesączeniu przez piasek otrzymuje się t. zw. „przesącz piaskowy". Następnie sączy się przez świecę Chamberlanda L_2 albo Mandlera pod lekkiem ciśnieniem. 1 cm. sz. takiego przesączu powoduje powstanie nowotworu wyczuwalnego po 2 tygodniach, a zabijającego kurę w 4 tygodniach. Jako pożywki używał autor buljonu Hartley'a z dodatkiem KCl w ilości 0.2%, wyjałowionego w parze, a nie w autoklawie. Do 5 cm sz. powyższego dodaje się 1 cm sz. świeżej surowicy królików i w ciepłocie 37° C stwierdza się jałowość. Cukru dodaje się ewent. w ilości 0.5—1%. Autor podkreśla konieczność jałowego wycięcia nowotworu, gdyż zakażenie psuje wyniki. Pierwsze stwierdzenia autora dotyczą zależności czasu wystąpienia nowotworu od ilości użytego przesączu. Zależność jest tak ścisła, że powstaje pytanie, czy czynnikiem wywołującym nie jest substancja chemiczna. Tak dokładny bowiem stosunek między dawką a skutkiem nie zachodzi, jeśli się użyje żywych drobnoustrojów. Przez umieszczenie kawałka nowotworu

w pożywce otrzymuje się t. zw. »hodowlę pierwotną«. Zdolność zakażenia hodowli pierwotnej trwa od 2—7 dni. Czas trwania jej jest zależny od rozmaitych warunków. I tak przedłużają go warunki beztlenowe, dodatki surowicy królika i fermentującego cukru, a skracają go obecność tlenu i brak surowicy. Pewien wpływ ma i wielkość użytej tkanki nowotworowej, t. zn. zdolność zakażenia trwa tem dłużej, im większy kawałek wsadzono do pożywki. Dalszemi doświadczeniami starał się autor wykazać słuszność stwierdzenia Roussa, że fenol, toluen i chloroform niszczą »czynnik«. Autor traktował 10 cm sz. opisanego powyżej przesączu piaskowego kilku kroplami chloroformu w ciepłocie 37° C i po usunięciu chloroformu pompą Geryka zastrzykiwał go kurom, wykazując, że 2 cm sz. takiego przesączu nie zakażały zwierząt, gdy tymczasem nienależyte zniszczenie czynnika (chloroform w ciśnieniu pokojowem albo niedostateczne nasycenie przesączu chloroformem) pozwalało na powstanie guzka po 3 tygodniach. Okazuje się tedy, że stara »hodowla pierwotna«, t. zn. po najwięcej 7 dniach, traci zdolność zakażenia. Przesącz zaś piaskowy traktowany należycie chloroformem również nie jest w stanie wywołać nowotworu. Zastrzyknięcie jednak 0.5 cm sz. owej hodowli pierwotnej niezakażającej i 0.5 cm sz. przesączu piaskowego, traktowanego chloroformem powoduje powstanie małego nowotworu po 3 tygodniach. Autor tłumaczy fakt ten w następujący sposób: hodowla pierwotna traci zdolność zakażenia po pewnym czasie nie wskutek śmierci zarazka, lecz z powodu zniknięcia pewnego dodatkowego czynnika chemicznego, wytworzonego przez komórki nowotworowe. W owem doświadczeniu czynnik chemiczny zawarty jest w przesączu piaskowym, gdzie chloroform zniszczył jedynie zarazki. Współdziałanie zarazka i czynnika chemicznego jest potrzebne, ponieważ owa substancja chemiczna czyni, w pewien sposób dotąd nieznany, komórki wrażliwe na zakażenie przez zarazek, mieszczący się w hodowli pierwotnej. Dalsze doświadczenia z wirowaniem mają pogląd ten uzasadnić. Z probówki, zawierającej hodowlę pierwotną, brał autor pipetą część dolną, nienaruszając tkanki, i po długiem i silnem wirowaniu brał 1 cm sz. płynu z góry i zastrzykiwał kurze w prawy mięsień piersiowy oraz 1 cm sz. brał ze spodu zastrzykując go w mięsień lewy. Po lewej stronie powstawał nowotwór duży, po prawej bardzo mały. Wyścielenie probówki, użytej do wirowania, błonką agarową pozwalało na lepsze wychwycenie zarazka podczas wirowania. Wówczas płyn z górnej warstwy niedawał nowotworu, gdy płyn z dolnej warstwy spowodował powstanie nowotworu w zwykłym czasie. Po wymyciu osadu z dolnej warstwy fizjologicznym rozczynem soli staje się on nieczynnym, a znowu dodatek płynu z góry aktywuje go. Doświadczenia te mają wykazać, że chodzi tu o 2 czynniki: jeden z nich jest cząsteczką stałą i to jest prawdopodobnie zarazek, drugi, na który wirowanie niema wpływu, jest prawdopodobnie istotą chemiczną. Żaden z nich sam nie może być przyczyną powstania mięsaka. Powracając do problemu swoistości, sądzi autor, że polega on na drugim czynniku: owej substancji chemicznej, pochodzącej z komórek, dla której autor proponuje nazwę »czynnika swoistego«. Autor próbował przez zabarwienie uwidocznić zarazek. Wszelkie barwienia nie odniosły skutku, chociaż w owych błonkach agarowych z probówek po wirowaniu udało się autorowi wykazać ziarenka różowe (Giemsa), ale nie uważa on ich za zarazek. Uwidocznił go dopiero współpracownik Gye'a Barnard. Autor ten skonstruował aparat skombinowany, umożliwiający oglądanie w polu ciemnem oraz fotografowanie po zastosowaniu promieni pozafioletowych o długości fali do 257 $\mu\mu$ co pozwala na stwierdzenie cząsteczki poniżej 0.1 μ. Spostrzeżenia autora oraz jego współpracowników dotyczyły zarazków przesączalnych gorączki siennej, zapalenia płuc i opłucnej u bydła i w końcu zarazków nowotworów: mięsaka kur Rousa, mięsaka szczurów 37/S i raka ludzkiego. Zarazek ma postać sferoidu i można go było stwierdzić wszędzie tam, gdzie badania doświadczalne Gye'a wykazywały biologicznie jego istnienie i na odwrót nie można go było stwierdzić mikroskopowo, gdzie brak go było na podstawie doświadczeń Gye'a.

Gye sam uważa, że wykazanie rozmnażania się zarazka *in vitro* byłoby słusznem uzasadnieniem wyciągniętych wniosków. W tym celu brał pożywkę już wspomnianą z dodatkiem kawałka płodu kurczęcia z 12—16 dnia i wszczepił w nią pełną pętlę „hodowli pierwotnej". W ten sposób powstawała pierwsza „hodowla wtórna" *(subculture)*. Wzrost następuje w ciepłocie 35—36° C w warunkach beztlenowych. Po 4 dniach zakłada się w sposób podobny drugą hodowlę wtórną itd. Rozcieńczenie pierwszej hodowli wtórnej jest 1:1000, tak, że w piątej hodowli wtórnej hodowla pierwotna rozcieńczona jest do 10·15. Szereg doświadczeń na kurach wykazał, że 1 cm sz. przesączu piaskowego traktowanego chloroformem (a więc czynnik swoisty) dał wynik ujemny, 1 cm sz. piątej hodowli wtórnej (a więc sam zarazek) dał również wynik ujemny a dopiero 0.5 cm sz. powyższego przesączu piaskowego i 0·5 cm sz. owej hodowli wtórnej spowodowało powstanie nowotworu. Opisane doświadczenie, jak i dalsze modyfikacje owego doświadczenia mają dowieść możności otrzymania hodowli zarazka *in vitro*.

Wszystkie dotychczasowe badania dotyczyły mięsaka kur Rousa. Używane przez autora nowotwory ssaków, a więc mięsak wrzecionowato-komórkowy myszy 37/S, mięsak szczurów Jensen'a, rak myszy 63 i rak szczurów 9, pochodzące z Imperial Cancer Research Fund różnią się tem od mięsaka kur Rousa, że nie są one nowotworami przesączalnemi w zwykłem tego słowa znaczeniu, t. zn. przesącz ich, otrzymany sposobem Rousa, nie wytwarza nowotworów. Pierwsze doświadczenia z mięsakiem myszy wykazały, że komórki nowotworowe giną szybko w płynie Ringera i w ciepłocie 37° C. dodatek surowicy królika i nadmiar tlenu przedłużają żywotność ich, a brak tlenu jest ważnym czynnikiem zabijającym komórki nowotworowe. To stwierdzenie jest podstawą dalszych doświadczeń z nowotworami ssaków. Autor hoduje tkankę nowotworową w zwykłej pożywce przy ciepłocie 37° C, ale stara się zapomocą pompy Geryka oraz wodoru i prądu elektrycznego wytworzyć doskonałe warunki beztlenowe. Po odwirowaniu zbiera się górną warstwę płynu i zastrzykuje się myszom, u których po 2 tygodniach stwierdzić można guzy. Wyniki były takie same jeśli płyn ów przesączono jeszcze. Autor sądzi tedy, że od powyższych nowotworów mięsak kury Rousa różni się tem, że jego dodatkowy czynnik chemiczny jest stalszy i obfitszy. Niemożność przenoszenia nowotworu 37/S zapomocą przesączu, otrzymanego sposobem Rousa, tłumaczy autor częściowo utlenieniem czynnika swoistego podczas mieszania z piaskiem, częściowo zbyt wielkiem rozcieńczeniem potrzebnem do takiego przesączania.

W doświadczeniach z mięsakiem szczurów Jensena, rakiem szczurów 9 i rakiem myszy 63 stosował autor drogę pośrednią celem wykazania, że przyczyna wywołująca jest zewnętrzna. Z szeregu doświadczeń najważniejszem było następujące: Pierwsza kura otrzymała 1 cm sz. przesączu piaskowego mięsaka Rousa traktowanego chloroformem (czynnik swoisty), druga kura 1 cm sz. hodowli raka 63 w warunkach beztlenowych (czynnik nieswoisty czyli zarazek), trzecia kura otrzymała 0.5 cm sz. pierwszego i 0.5 cm sz. drugiego płynu. Tylko u tej ostatniej powstał nowotwór nie różniący się od mięsaka Rousa ani histologicznie ani biologicznie. Na tej samej zasadzie polegały doświadczenia z mięsakiem szczurów Jensena i rakiem szczurów 9. Wyniki były takie same.

Z materjału ludzkiego autor przeprowadził doświadczenia w 3 przypadkach. Pierwszy, rak włóknisty sutka, dał wynik ujemny, ponieważ hodowla była zakażona zwykłemi drobnoustrojami, drugi, mięsak uda, również zawiódł, mimo że hodowla nie była zakażona, dopiero w trzecim przypadku wynik był dodatni. Chodziło tu o gruczolako-rak sutka. Użyto do hodowli tkanki z ogniska pierwotnego oraz z gruczołu pachowego „niezmiernie powiększonego" (rozpoznania histologicznego gruczołu pachowego brak). Doświadczenie to znowu wykonano na kurach, stosując przesącz piaskowy mięsaka Rousa, traktowany chloroformem jako czynnik swoisty, a jako czynnik nieswoisty czyli zarazek służyła hodowla tkanki nowotworowej i tkanki gruczołowej. W obu przypadkach otrzymano wynik dodatni, t. zn. wyrosły nowotwory typu Rousa.

Streszczając się Gye podkreśla, że nowotwór Rousa

Nr. 1 wywołany jest przez zarazek, który został wyhodowany, dalej, że mięsak myszy 37/S może być przeniesiony przez przesącz wolny od komórek oraz że nowotwory szczurów 9 i Jensena, a także rak myszy 63 i gruczolako-rak człowieka zawierają czynnik, który może zastąpić zarazek nowotworu Rousa w doświadczeniach nad powstaniem mięsaka kur. Wspólnym czynnikiem czterech ostatnich nowotworów jest prawie napewne zarazek, który sam jednak nie wywołuje przemiany złośliwej komórki. Potrzebny do tego jest środek pomocniczy (znajdujący się obficie w mięsaku kur) nazwany przez autora czynnikiem swoistym. Przytem zwraca autor uwagę na różnicę między »czynnikiem swoistym« a »aggresyną« Bail'a (ta ostatnia wywołuje schorzenie znamienne dla danego drobnoustroju). Choroba rakowa w najszerszem tego słowa znaczeniu *(cancer)* jest wywołana przez zarazek lub grupę zarazków. W normalnych warunkach zamiast czynnika swoistego wywołuje stałe podrażnienie pewien stan, pod wpływem którego może nastąpić zakażenie. Niektóre środki drażniące są znane, jak smoła pogazowa, parafina i t. d. Zarazek prawdopodobnie żyje i rozmnaża się w komórkach oraz pobudza komórkę do ciągłego rozmnażania się.

W końcu Gye i Barnard podkreślają zgodność między wynikami spostrzeżeń mikroskopowych a rezultatem badań doświadczalnych, co pozwala uważać wnioski za słuszne, ale sami przyznają, że „ostatecznym dowodem będzie hodowla zarazka z pojedynczej kolonji, lub, o ile to możliwe, z jednego sferoidu oraz wytworzenie nowotworu zapomocą hodowli otrzymanej w ten sposób".

Tak przedstawiają się poglądy Gye'a i Barnarda. Bezwątpienia podjęte zostaną badania kontrolujące i wykażą trafność spostrzeżeń opisanych. Ale już teraz nasuwa się pytanie, czy wnioski ostateczne autorów nie są zbyt uogólnione. Słusznie bowiem Roussy zwraca uwagę, że wyniki otrzymane przez autorów, dotyczą tylko mięsaków. Jednem słowem, trudno dzisiaj na podstawie powyższych danych ocenić, jak wielkim krokiem naprzód w kierunku rozwiązania zagadnienia raka są badania Gye'a i Barnarda. Doniosłość ich może być w każdym razie jeszcze większą, jeżeli nowe metody okażą się użytecznemi w tak mało zbadanej dziedzinie zarazków przesączalnych.

Piśmiennictwo:

1) Barnard J. E. The microscopical examination of filterable viruses associated with malignant new growths. (The Lancet nr. 531 tom CCIX, 1925 str. 117—122). — 2) Gye W. E. The aetiology of malignant new growths. (Tamże str. 109—117). 3) Roussy G. Une théorie nouvelle sur l'origine du cancer. (Presse méd. nr. 62, 1925).

Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. Hans Much (Hamburg). **Aphorismen zum Heilproblem.** Lipsk 1925. (C. Kabitsch). Stron 101. (Cena 2·70 m. n).

Oryginalne swoje poglądy na odporność, uodpornienie i na leczenie oparte na tych poglądach ujmuje autor w formę aforyzmów właściwym sobie stylem. *r.*

Prof. Dr. W. Gądzikiewicz. **Metodyka badań higjenicznych.** Lwów—Warszawa 1925. Wydawnictwa lekarskie Książnicy-Atlasu.

Rzetelną usługę oddał prof. Gądzikiewicz higjenie i jej nauczaniu, napisaniem swego podręcznika, którego brak odczuwała przedewszystkiem młodzież lekarska, mająca się zaznajamiać ze sposobami badań higjenicznych. Na 269 stronach omawia metodykę badania powietrza, wody, gruntu, najważniejszych środków spożywczych, jak mleka, masła, mięsa, mąki, chleba, piwa, naczyń kuchennych, odzienia, oświetlenia, książek, zaś w dodatku podręczne w laboratorjum czynności przygotowawcze, jak sprawdzanie naczyń mierniczych, przygotowywanie najważniejszych, potrzebnych płynów mianowanych i t. p. W wyborze metod uwzględnił autor nietylko znane w metodyce badań higjenicznych znane z piśmiennictwa, przedewszystkiem niemieckiego, lecz również bardzo obficie metodykę wprowadzoną przez autorów rosyjskich, prawie nieznaną w ogólnem piśmiennictwie europejskiem, przy możliwie najszerszem uwzględnieniu piśmiennictwa higjenicznego, polskiego. Bardzo wielką zaletą książki prof. Gądzikiewicza, są bardzo liczne ilustracje przyrządów oraz inne ryciny objaśniające tekst i wprowadzające ucznia celowo do stosowania metod, nadto zaś uwzględnienie najnowszej metodyki badania, zwłaszcza w dziedzinie mu najbliższej: mąki, a przedewszystkiem chleba, książek. Pod tym względem podręcznik prof. Gądzikiewicza, jak niemniej swą treściwością i jasnością przedstawienia wyróżnia się bardzo dodatnio wobec tego rodzaju podręczników niemieckich, jak Emmericha-Trillicha *»Anleitung zu hygienischen Untersuchungen«*, Flüggego *»Hygienische Untersuchungsmethoden«* i stosunkowo najnowszej, lecz wobec postępów nauki higjeny już przestarzałego Lehmanna *»Methoden d. practischen Hygiene«*, pozbawionych mniej lub więcej ilustracyj objaśniających.

Nawet w najlepszym podręczniku znajdą się usterki, nie jest od nich wolnym i podręcznik prof. G. Do nich zaliczam powstałe przez niedopatrzenie, umieszczenie przy mleku refraktometru Wollnego-Zeissa o skali i budowie, kwalifikującej przedstawiony przyrząd do badania masła, zamiast praktyczniejszego do tego celu refraktometru Abbego. Usterkę tę łatwo uchylić przy wydaniu następnem, w kórem byłby zarazem pożądany krytyczny pogląd na wartość praktyczną — szybkość i łatwość w wykonaniu — przedstawionych metod badania z uwagi na to, że wykonywać je mogą lekarze obok wielu innych zadań sanitarnych, w swej działalności publicznej, nie rozporządzający ani urządzeniami laboratoryjnemi, ani piśmiennictwem fachowem, a tem mniej czasem, koniecznym dla zdobycia krytycyzmu własną pracą laboratoryjną.

L. Bier (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Annales d'oculistique.

Janvier 1925.

V. Morax. **Osteo-periostitis syphilitica w okolicy policzka u młodych osobników.** M. przedstawia 2 przypadki przetok powstałych w wieku dziecięcym skutkiem *osteoperiostitis gummosa hereditaria* ze względu na ich rzadkie umiejscowienie. Przetoki te wytworzyły się symetrycznie w części skroniowej powiek dolnych obu oczu. Zwyczajnie zmiany kostne pochodzenia kiłowego zajmują górny albo zewnętrzny brzeg oczodołu. W przypadkach autora w następstwie zmian kostnych powstały zrosty skórno-kostne, powodujące obustronne wywinięcie powiek. Celem trwałego usunięcia tego wywinięcia powiek autor nie ogranicza się tylko do oddzielenia zrostów, ale wszczepia między tkankę kostną i skórną płat tkanki tłuszczowej i to płat albo uszypułowany wycięty z tkanki tłuszczowej podskórnej policzka albo nieuszypułowany uzyskany z powłok brzusznych lub uda.

Jumentie i Valière Vialeix. **Przypadek zapalenia mózgu ostrego nieropnego z zapaleniem nerwu wzrokowego u osobnika dorosłego. Obraz wziernikowy tarczy zastoinowej. Uszkodzenia zajmujące przedewszystkiem drogi wzrokowe wewnątrz i zewnątrzkomórkowe.** U chorej 20-letniej nie wykazującej oprócz niżej opisanych żadnych objawów chorobowych wystąpiła w przeciągu 3 dni zupełna utrata wzroku na obu oczach. Wziernikiem stwierdzono typową tarczę zastoinową obustronną. Po wykonanej trepanacji czaszki nie uzyskano żadnej poprawy, dołączały się natomiast stopniowo objawy, wskazujące na zajęcie kory mózgowej i dróg piramidowych. Nakłucie lędźwiowe nie wykazało wzmożonego ucisku, białka ani limfocytozy — odczyn Wassermanna ujemny. Śmierć nastąpiła po 3 miesiącach.

W krótkim czasie przed śmiercią można było stwierdzić szybko postępujące objawy zaniku w obu tarczach nerwu wzrokowego. Badanie anatomiczne wykazało ogniska chorobowe w substancji białej płatów potylicznych pr. i l. w okolicy pasem promienistych wzrokowych (*radiatio optica*). Histologicznie stwierdzono ogniska zapalne z naciekami okołonaczyniowemi, pozbawienie osłonek rdzennych włókien nerwowych wewnątrz i naokoło tych ognisk. Podobne uszkodze-

nie włókien nerwowych spotkano w nerwach wzrokowych, w skrzyżowaniu nerwów i w drogach wzrokowych.

W opisanym przypadku umiejscowienie zmian i obrazy histologiczne nie odpowiadają pod wielu względami zmianom, spotykanym przy zapaleniu mózgu epidemicznem. Przypadek ten podobny jest do przypadków opisanych pod nazwą *neuromyelitis optica acuta«*, w których zmiany zapalne zajęły nerwy wzrokowe i rdzeń — w naszym przypadku zajęte są drogi wzrokowe i substancja biała mózgu. Przez analogję należałoby go nazwać *»neuroencephalitis optica acuta«*.

Godnem zastanowienia jest, że w przypadku powyższym mimo typowego obrazu tarczy zastoinowej nie było podwyższenią ucisku wśródczaszkowego. Powstanie więc tarczy zastoinowej z następowym szybkim zanikiem nerwu wzrokowego nie można tłumaczyć jedynie wzmożeniem się ucisku wśródczaszkowego, ale obraz ten może być również wynikiem zmian zapalnych w przednim odcinku nerwu wzrok. wynikiem ucisku produktów zapalenia na naczynie centralne. O możliwości tej należy pamiętać mając do rozstrzygnięcia przyczynę tarczy zastoinowej, gdyż trepanacja wykonana w przypadku zapalenia, a nie guza mózgu może przynieść tylko szkodę choremu.

Dr. Jean Sédan. **Dwa przypadki zawodowego zapalenia spojówki i rogówki u artystów kinematograficznych.** S. spostrzegał dwa przypadki zapalenia spojówki i rogówki powstałe u artystów kinematograficznych skutkiem działania zbyt silnego światła. W pierwszym przypadku u jednej z artystek w sześć godzin po próbie pojawia się b. silne pieczenie w obu oczach, następnego dnia następuje światłowstręt, łzawienie, obrzęk powiek, zaczerwienienie spojówki gałki w obrębie szpary powiekowej, trzeciego dnia zmętnienie rogówki pasemkowate (godz. IX. i III). Począwszy od dnia czwartego szybka poprawa — po tygodniu gałki oczne bez zmian. U drugiej chorej po trzy godzinnej próbie występują również wszystkie wyżej wymienione objawy — zmiany na rogówce ustępują jednak dopiero po 10 dniach — wyleczenie po 14 dniach. Na podstawie wyżej opisanych przypadków, piśmiennictwa wywiadów — u 58 reżyserów przedstawień kinematograficznych S. podaje następujące spostrzeżenia: Zmiany opisane podobne są do oftalmji elektrycznej występującej u robotników zajętych w hutach żelaznych, albo do uszkodzeń oka spowodowanych silnym blaskiem lodowców. Objawy gwałtowne z początku uspokajają się i ustępują szybko w zupełności. Specjalne umiejscawianie się zmian w obrębie szpary powiekowej odpowiada sferze działania promieni szkodliwych. Uszkodzenia rogówki należą do rzadkości. Czas działania promieni szkodliwych nie odgrywa żadnej roli w genezie zmian ocznych.

Zmiany te są naogół dość częste. Występują zawsze tylko u debjutantów. Istnieje pewna predyspozycja u presbiopów i miopów. Celem ochrony oka należy zalecić artystom noszenie podczas prób szkieł ołowianych.

J. Mikulińska (Lwów).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.
T. V. Z. 2.

Collmann. **O tajemnicy lekarskiej.** Autor rozważa kwestję tajemnicy lekarskiej na podstawie § 300 n. u. k., który ściśle tej sprawy nie określa, można mieć bowiem wątpliwości, czy tajemnica dotyczy dentystów, lekarzy promowanych zagranicą, kobiet-lekarzy, anatomo-patologów i czy do tajemnicy jest obowiązany lekarz, który tylko przygodnie spełnia czynności lekarza. Również nie jest ściśle określone, których spraw dotyczy tajemnica lekarska i od czego zależy zwolnienie od niej, tak, że ustawę tę można rozmaicie interpretować. Autor podaje propozycje zmian ustawy, usuwające odnośne wątpliwości.

Lejbowitsch. **Przyczynek do charakterystyki obecnych samobójstw w Rosji Sowieckiej.** Ilość samobójstw w Rosji przed wojną wynosząca 40 na miljon ludności spadła obecnie tak, że pierwsze dokładniejsze statystyki powojenne t. j. z drugiej połowy 1920 i 1921 roku ilość tę określają na 30 na miljon. Stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet, wynoszący przed wojną 4:1, zmienił się po wojnie na 3:1,7. Co do ilości samobójstw w stosunku do wieku, to ostatnie statystyki wykazują zmniejszenie ilości samobójstw dzieci w Rosji; co do stanu, to przeważna ilość mężczyzn było żonatych co autor odnosi do luźnych obecnie w Rosji związków małżeńskich. Znacznie przeważa procentowo ilość samobójstw u osobników wykształconych nad niewykształconymi; pod względem zawodu, to najwięcej samobójstw dotyczyło rolników i robotników. Co do rodzajów samobójstw, to ilość samobójstw przez powieszenie u mężczyzn jest taka sama, jak przez postrzał; w samobójstwach przez utopienie autor zauważył spadek. Częstą przyczyną samobójstw była choroba umysłowa, cierpienia fizyczne, złe warunki i kłopoty materjalne.

Schüller. **Rzadki przypadek samobójstwa w więzieniu.** Mężczyzna 26-letni, uwięziony z powodu kradzieży, próbował najpierw powiesić się na szalu, potem na szelkach swoich i swego towarzysza; gdy jednak to wszystko okazało się za słabe, powiesił się na owijaczach swego współtowarzysza, którego podarunkami nakłonił do milczenia. Autor radzi wobec częstych samobójstw w więzieniach, podejrzanym uwięzionym dawać towarzysza, któryby ewentualnie przeszkodził dłuższym przygotowaniom, które są potrzebne n. p. do samobójstwa przez powieszenie. Jednak ta obecność niezawsze pomaga, jak n. p. w powyższym przypadku.

Goroncy. **W sprawie indywidualnej diagnozy krwi.** Autor opiera się na pracy Hajeka, zastosowania histerezy do sądowo lekarskiego wykazywania identyczności krwi ze względu na wiek osobnika, uważając wraz z Ružičką za histerezę, postępującą z wiekiem zmianę substancji żywej, która się objawia zmniejszeniem zdolności rozpuszczania protoplazmy. Przy tych badaniach autor posługiwał się mierzeniem stężenia jonów wodorowych, podobnie, jak Hajek, który badając krew zeschniętą, wziętą ze zwłok, doszedł do wniosku, że pH zmniejsza się z wiekiem osobnika, i że oznaczając stężenie jonów wodorowych w zaschniętym śladzie krwi można wcale dokładnie określić wiek osobnika. Autor przy pomocy barwnych odczynów, używając jako wskaźnika *p-nitrophenolu* badał zaschniętą krew, pobraną u zdrowych osobników, oraz krew wziętą ze zwłok, jednak nie stwierdził żadnego związku między koncentracją jenów wodorowych, a wiekiem osobników. Tę więc metodę oznaczania wieku z zaschniętych śladów krwi autor uważa za zupełnie nieścisłą i nienadającą się do badań sądowo-lekarskich.

Stassmann. **O indywidualnej diagnozie krwi.** Ze względu na własności aglutynacyjne surowicy krwi oraz zdolności aglutynacji czerwonych ciałek krwi podzielił Landsteiner wszystkich ludzi na 4 grupy. Własności te dziedziczą się według prawa Mendla; wcześniej, bo już u noworodków występują własności ciałek czerwonych, własności surowicy dają się wykazać dopiero po pierwszym roku życia. Oznaczenie przynależności osobnika do jednej z grup ma w medycynie sądowej znaczenie przy oznaczaniu pochodzenia śladów krwi w przypadkach morderstwa, przy określaniu tożsamości osób nieznanych oraz przy dochodzeniu ojcostwa. Technika oznaczania jest prosta; przy pomocy surowic i ciałek czerwonych o znanej przynależności do jednej z grup, bada się makro- lub mikroskopowo aglutynację lub absorbcję aglutynin z surowicy krwi. Krew pobrana ze zwłok jeszcze do 7 dni po śmierci dawać może wyniki. W starszych, zaschniętych śladach krwi, z których nie można otrzymać zawiesiny ciałek czerwonych, oznacza się tylko własności surowicy, które mimo wyschnięcia utrzymują się około 6 tygodni. Wspomnianemi metodami nie jest dotychczas możliwe określenie z całą pewnością, czy krew zaschnięta pochodzi od danej osoby, jednak przez oznaczenie przynależności krwi do jednej z grup, można wykluczyć pochodzenie od pewnego osobnika, a więc w każdym razie jest to pewien postęp w sądowo-lekarskiem badaniu krwi.

Kipper. **Nowe wyniki przy próbach postrzałów nitroprochem.** Na podstawie własnych doświadczeń, a mianowicie postrzałów na zwłokach różnemi pociskami i nabojami autor doszedł do wniosków, że ziarna wbitego prochu można wykazać jeszcze do 50 cm odległości, a nawet i do 5 m. (Fraenkel 25 cm, Lochte 30 cm) i że do określenia odległo-

ści strzału musi się przedewszystkiem znać nabój, a nietylko pocisk. Z ziaren prochu, wbitego dokoła rany nie można wnosić o odległości, z której padł pocisk; w każdym przypadku należy w tym celu wykonać szereg prób tym samym nabojem.

Z. 3.

Strassmann. **Śmierć wskutek postrzałów podczas ucieczki.** Autor podaje kilka przez siebie sekcjonowanych przypadków śmierci wskutek ran postrzałowych u uwięzionych, gdzie obwinieni usprawiedliwiali się, że zastrzelili więźniów, ponieważ ci zaczęli uciekać. W dwóch przypadkach autor na podstawie dokładnego określenia odległości, z jakiej padły strzały (najwyżej do dwóch metrów), charakteru i kierunku kanałów postrzałowych, biegnących przeważnie od tyłu i dołu ku przodowi i górze, oraz określenia szybkości zejścia śmiertelnego dochodzi do wniosku, że pierwsze rany postrzałowe o przebiegu poziomym trafiły denatów w pozycji stojącej, dalsze zaś, o kierunku skośnym, podczas upadania na ziemię i że w tych przypadkach trudno przyjąć postrzały podczas ucieczki.

Klieneberger. **O napięciu afektu i odpowiedzialności na podstawie dwóch przypadków usiłowanego samobójstwa po morderstwie względnie usiłowanem morderstwie.** Dokładnie rozważywszy motywy czynu oraz stan psychiczny sprawcy, autor dochodzi do wniosku, że usiłowane morderstwo przez dwukrotny strzał skierowany do swej narzeczonej nie było dokonane z namysłem, lecz pod wpływem nagłego afektu; za tem przemawia też amnezja pewnych faz czynu, szybkość z jaką czyn został dokonany, i zachowanie się sprawcy po czynie. W drugim zaś przypadku, dotyczącym 37-letniej kobiety, która zamordowała przez poderżnięcie gardła swoich troje dzieci a następnie przecięła sobie żyły na nogach, autor przyjmuje depresję, która się stopniowo, wskutek różnych niepowodzeń powiększała, wreszcie doszło do coraz większego napięcia afektu, które doprowadziło do wyładowania. Podłoża afektywnego dowodzą bardzo rozległe rany u dzieci, silne zaburzenia przytomności po czynie i niemożność dokładnego zdania sprawy z czynu. Co do odpowiedzialności, to w drugim przypadku nie było wątpliwości, co do zupełnego braku odpowiedzialności, w pierwszym zaś również należy go uznać, wobec stałej gotowości, do wybuchu afektu. Wogóle przy wymiarze kary należy więcej indywidualizować i karać nie przekroczenie, ale sprawcę.

Herschmann. **O zdolności zawarcia małżeństwa umysłowo chorych według a. u. k.** Prawo austrjackie jest przestarzałe co do kwestji zdolności zawarcia małżeństwa przez umysłowo chorych; prawo niemieckie sprawę tę określa dokładniej, mimo to jednak zarówno co do nieważności małżeństwa, jak i możności jego zaczepienia nasuwa liczne wątpliwości. Autor proponuje zmianę ustawy w tym duchu, aby unieważniać małżeństwa zawarte przez umysłowo chorych podczas *lucida intervalla*, znieść zdolność zawarcia małżeństwa, zupełnie, jak i częściowo ubezwłasnowolnionych bez względu na przyczynę ubezwłasnowolnienia, i nie zgadza się z zapatrywaniami niektórych autorów, którzy sądzą, że małżeństwo powinno być dozwolone u pozbawionych własnowolności alkoholików, gdyż rzekomo małżeństwo ma dobrze wpływać w tych przypadkach; należy tylko uwzględniać nieliczne wyjątki. A. u. k. nie wspomina, jakoby choroby umysłowe stanowiły jeden z powodów unieważnienia małżeństwa, jednak czasem jest to jedynem wyjściem; temu poglądowi dało wyraz prawo szwajcarskie, z którem jednak autor pod pewnemi względami się nie zgadza.

Hellstern. **O przymusowem odżywianiu więźniów.** Przeciwko pracy autora, ogłoszonej niedawno, podniósł Carrara zarzuty, że niesłusznie sprzeciwia się autor przymusowemu odżywianiu więźniów, które Carrara stale z dobrym wynikiem stosuje. Autor stoi na swojem dawnem stanowisku, że zdrowych więźniów, którzy nie chcą przyjmować pożywienia, nie należy zaraz przymusowo odżywiać, ale czekać, czy więzień się nie zmieni; podobną metodę stosuje autor z dobrym wynikiem u symulantów.

Attinger. **O śmierci gwałtownej przy chorobach, połączonych z drgawkami.** Dziewczynka $3^1/_2$-letnia (poród ciężki kleszczowy) zupełnie prawidłowo rozwijająca się dostała nagle drgawek klonicznych, gorączki 41^0, objawów hemiplegji, sinicy, porażenia oddychania i utraciła przytomność. Po zastosowaniu chloralu *per clisma* i sztucznego oddychania po 12 godzinach dziecko zupełnie wróciło do zdrowia. Był to więc prawdopodobnie *status eclampticus* przy *diathesis spasmophilica;* w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Autor dochodzi do wniosku, że ogólne drgawki są w stanie wywołać niedomogę zdrowego mięśnia sercowego, którego przemiana gazów jest upośledzona z powodu skurczu mięśni oddechowych.

Z. 4.

Urich. **Nagła śmierć przy sepsis.** Rozpoznanie *sepsis* na stole sekcyjnym często jest trudne, a niejednokrotnie opierać się musi tylko na wykazaniu drobnoustrojów w krwi, co jednak nie jest zupełnie pewne, wobec stwierdzanego pośmiertnego wnikania drobnoustrojów do krwi; jednak pobierając krew z ostrożnościami w 12—24 godzin po śmierci, zarówno autor, jak i wielu innych, nigdy nie wykazali bakteryj, które wniknęły po śmierci. Autor podaje przypadki, które sam badał, gdzie obraz sekcyjny był ujemny, a badanie bakterjologiczne wykazało drobnoustroje, przeważnie łańcuszkowce. Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny lat 36, który zmarł nagle podczas *coitus;* obraz sekcyjny był ujemny, ale badanie bakterjologiczne krwi wykazało obfitą ilość łańcuszkowców, badanie zaś histologiczne zwyrodnienie nabłonków i kanalików nerkowych, a w tkance podścieliskowej nerek nacieki limfocytarne i komórki plazmatyczne. W drugim przypadku, u mężczyzny 39-letniego, również przy ujemnym obrazie sekcyjnym wykazał autor łańcuszkowce, histologicznie jednak stwierdzono białaczkę szpikową; do niej więc przyłączyło się zakażenie łańcuszkowcami. Trzeci przypadek *sepsis* z ropniem przerzutowym w okolicy rozwidlenia się tchawicy, której punktem wyjścia była dawna rana na palcu. W dalszym przypadku *sepsis* miała punkt wyjścia z macicy, gdzie stwierdzono obrażenia po kryminalnem spędzeniu płodu. Również u 24-letniej kobiety wykazał autor *sepsis* bakterjologicznie również najprawdopodobniej o punkcie wyjścia z macicy, choć zmian anatomicznych sekcyjnie nie stwierdzono. Ostatni wreszcie przypadek była to *sepsis,* której punktem wyjścia był zmiażdżony palec u ręki. We wszystkich tych przypadkach śmierć nastąpiła nagle; bakterje wykazano przeważnie we krwi ze śledziony. Autor radzi w niejasnych przypadkach śmierci badać krew bakterjologicznie, gdyż to może się czasem przyczynić do wyjaśnienia przyczyny śmierci.

Nippe. **Naśladowany przypadek dzieciobójstwa.** Autor podaje dwa zupełnie podobne przypadki dzieciobójstwa, przez uduszenie kneblem, włożonym do ust noworodków. Obie matki były pielęgniarkami; druga dzieciobójczyni poznała poprzedni przypadek przez przeczytanie aktów sprawy poprzedniego dzieciobójstwa oraz oglądnięcie fotografji dziecka z kneblem w ustach.

Schüller. **Porody w klozetach jadących pociągów.** Do przypadków opisanych niedawno przez Foga autor dodaje dwa własne, porodów w klozetach pociągów; jeden noworodek zmarł odrazu, upadłszy na główkę i doznawszy ciężkich obrażeń czaszki, drugi doznał tylko lekkich obrażeń, co autor odnosi do bardzo małej szybkości pociągu w tej chwili i do zamkniętej klapy w lejku klozetu.

Reastrup. **O otruciu fluorem.** Otrucie to jest tak rzadkie, że zaledwie kilka przypadków jest opisanych w piśmiennictwie. Autor spostrzegał otrucie u 6-u osób kluskami, które miały smak kwaśny; z nich zmarł jeden mężczyzna 42-letni po 10 godzinach i jeden 44 letni po 6 godzinach. Obraz sekcyjny tych zwłok był podobny do przypadków opisanych poprzednio, mianowicie znachodzi się w żołądku krwawą lub czekoladową treść, o oddziaływaniu kwaśnem, błona śluzowa żołądka zaczerwieniona, obrzękła, na szczytach fałdów czarno zabarwiona, z wybroczynkami; górna część jelita cienkiego bywa też zaczerwieniona i obrzękła. W żołądku i dwunastnicy wykazano chemicznie połączenie fluoru. Otrucie fluorem przedstawia więc dość charakterystyczny obraz sekcyjny, który trochę się zbliża do otrucia przez *As*

i *Ba*, ale i od nich się różni, również i nieco się różnią objawy kliniczne, zwłaszcza od otrucia barem, gdzie występuje osłabienie mięśni, przy sekcji zaś przekrwienie narządów wewnętrznych i wybroczyny. Połączenia fluoru są używane w praktyce, jako środek konserwacyjny i jako trucizna na szczury, i w tych postaciach mogą powodować otrucie.

Juliusberger. **Paragraf 51 w obecnej i przyszłej formie.** Autor poddaje krytyce dawne brzmienie § 51 n. u. k. i projektowane, i podaje swoje plany w celu wprowadzenia poprawek.

Szulisławska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 lutego 1925.

Przewodniczący kol. Majewski.

Obecnych 64 członków.

Po odczytaniu protokołu ostatniego posiedzenia

1. Kol. Mieczysław Kosiński wygłosił rzecz p. t. »**O krwawem uruchomianiu kostnie zesztywniałych stawów**« z pokazem operowanych chorych.

Określiwszy pojęcie i przyczyny, prowadzące do kostnego zesztywnienia, omawia leczenie, które może być tylko operacyjne, a polega na rozdłutowaniu kostnie zesztywniałego stawu, wytworzeniu nowych powierzchni stawowych, naśladujących naturalne, i interponowaniu pomiędzy nowo utworzone powierzchnie stawowe wolno przeszczepionej powięzi lub płata tkanki tłuszczowej. Pokazuje chorych operowanych, oraz rentgenogramy przed i pooperacyjne. Na podstawie operowanych przez siebie w szpitalu św. Łazarza 8 przypadków (5 stawów kolanowych, 2 stawy biodrowe, jeden łokciowy) przychodzi do wniosku, że wynik czynnościowy zależy w pierwszym rzędzie od kształtu nowo wytworzonych powierzchni stawowych, naśladujących naturę, szerokości nowo wytworzonej szpary stawowej a zarazem od rodzaju interponowanej tkanki, wolno przeszczepionej. Najlepsze wyniki otrzymywał przy przeszczepianiu tkanki tłuszczowej. Pozatem dalszy wynik, t. j. uzyskanie ruchomego stawu, zależy od inteligencji, cierpliwości i wieku chorego, dlatego nie radził wykonywać artroplastyki u dzieci.

2. Kol. Tadeusz Pawlas wygłosił odczyt p. t. »**O leczeniu rzeżączki reargonem**«. (Rzecz drukowana w »Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji przemawia kol. Horowitzówna, Leuchter i prelegent.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 lutego 1925.

Przewodniczący kol. Majewski.

Obecnych 110 członków.

1. Po odczyniu protokołu z posiedzenia w dniu 18 lutego przewodniczący zawiadamia, że do Prezydjum Izby lekarskiej wpłynęło pismo z Naczelnej Izby lekarskiej, aby Krakowska Izba lekarska wypowiedziała się do 2 tygodni w sprawie nowelizacji ustawy i ustroju w zakresie działania Izb lekarskich i prosi, aby koledzy, którzy zajmowali się kiedykolwiek tą sprawą, złożyli wypracowane przez siebie wnioski na ręce prezydenta Strzemieńskiego.

Sprawa jest nagła i przy tego rodzaju pomocy mogłaby być szybciej doprowadzona do końca.

Prezydent Strzemieński podnosi wagę poruszanej przez przewodniczącego sprawy.

Nastąpiły pokazy chorych.

2. Kol. Artwiński przedstawia przypadek **nowotworu, wychodzącego z płatu czołowego mózgu.** Kol. Glatzel opisuje przebieg operacji w przedstawionym przypadku (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol Rosenhauch, który badał ten przypadek, twierdzi, że wynik operacji na bystrość wzrokową jest nadzwyczajny. Kol. Zieliński zwraca uwagę na objawy ze strony układu pozapiramidowego, które wobec nieznacznego porażenia uwydatniają się tem silniej w znieruchomieniu i charakterystycznem pochyleniu całej postaci, maskowatości twarzy, stąpaniu drobnemi krokami. Wymagają one tutaj, jak i zespół ataksji frontalnej, szczególnego uwzględnienia.

3. Kol. Rost (z oddz. doc. Artwińskiego) przedstawia przypadek **kauzalgji** — nerwobólu pourazowego, charakteryzujący się brakiem reakcji na antipiretica. Chory jest leczony pilokarpiną z bardzo dobrym wynikiem.

W dyskusji kol. Zieliński omawia szerzej udział układu wegetatywnego w obrazie klinicznym kauzalgji.

4. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **Dermatitis herpetiformis Duhring**, omawiając przytem nadwrażliwość ustroju w danym przypadku na jod, stosowany zarówno wewnętrznie, jak i na zewnątrz, w postaci maści.

5. Kol. Dyboski przedstawia przypadek **Xeroderma pigmentosum**, typowy zarówno w swoim przebiegu, jak wygląd zie klinicznym, i omawia doświadczenia, dotyczące wpływu światła na skórę w temże schorzeniu.

6. Kol. Adamowicz z I-ej kliniki medycznej przedstawia chorego 18-letniego z **guzem przysadki mózgowej.** Od kilku miesięcy chory cierpi na łaknienie z moczeniem, wynoszącem ponad 4 litry dziennie (*diabetes insipidus verus*), miewa wymioty i zrzadka bóle głowy, anorexia i upadek odżywiania. Wybitnie wyrażony niedorozwój fizyczny i płciowy (*infantilisme hypophysaire*). Na rentgenogramie, wykonanym przez doc. Nowaczyńskiego, *sella turcica* rozszerzona i pogłębiona w miernym stopniu, wyrostki klinowe zanikłe i zniekształcone. Badanie okulistyczne dało wynik ujemny. U chorego przejawia się wybitny wpływ pituglandolu, stosowanego podskórnie; już po pierwszej injekcji nawrót łaknienia, oligurja i zagęszczenie moczu do 1,012, przemijające po 6—8 godzinach, również potrójnie i poczwórnie zwiększone wydalanie chlorków. Przy dalszej obserwacji zostanie zastosowany Novasurol śródmięśniowo, w myśl poglądów Bauera i B. Aschnera.

W dyskusji przemawiał kol. Rosenhauch.

6. Kol. Bujwid omawia szybką metodę **badania stężenia jonów wodorowych** za pomocą odczynnika z fabryki Veita o nieznanym prelegentowi składzie. Dała ona prelegentowi w jego badaniach b. dobre wyniki. Skala barw jest b. duża.

W dyskusji kol. Blassberg przypuszcza, że wskaźnik ten klinicznie będzie miał duże znaczenie, bo orjentuje bardzo szybko. Będzie miał zastosowanie w stanach acidozy ustroju. Kol. Łukaszczyk twierdzi, że metoda ta nie jest dokładna. Kol. Bujwid w odpowiedzi przyznaje, że metoda ta rzeczywiście nie jest bardzo dokładna — jest natomiast bardzo praktyczna — bo pozwala na szybkie orjentowanie się.

7. Kol. Karelus przedstawia przypadek **deviation conjuguée u dziecka 8-mio miesięcznego**, Ustawienie głowy i gałek ocznych ku stronie prawej. Po stronie lewej porażenie n. twarzowego (gał. II. i III.), *lagophthalmus.* Również po stronie lewej porażenie *abducentis.* Pozatem stwierdza się objawy oponowe (sztywność karku, objaw Brudzińskiego i t. d.). Czasami występują kloniczne drgawki twarzy po stronie prawej i napadowe skręcanie głowy na prawo, niezależnie od *deviation.* Przypadek ten każe przypuszczać i myśleć o 2-ch ogniskach; jednem porażennem u podstawy czaszki po stronie lewej (*residua post meningitidem*), które daje porażenie *facialis* i *abducentis* (po stronie lewej, drugiem, drażniącem płat czołowy lewy (po stronie lewej), które powoduje napadowe skręcanie głowy na prawo i *deviation conjuguée convulsif* przy klonicznych drgawkach twarzy po stronie prawej. Ogniska te odnieść należy do przebytego zapalenia opon mózgowych. Można oczekiwać znacznej poprawy.

8. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek, pokazany przed 2 tygodniami z powodu ciała obcego w oku, obecnie po operacji z wynikiem korzystnym.

9. Kol. Szancerowa przedstawia przypadek **mięsaka czerniaczkowego naczyniówki.**

Posiedzenie naukowe w dniu 4 marca 1925.

Przewodniczący kol. Olbrycht.

Obecnych 37 członków.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Kol. Janie Frączkiewiczu, podnosząc jego zasługi na polu lekarskiem i społecznem, co obecni uczcili przez powstanie.

1. Kol. Spira senior wygłasza odczyt p. t. »**Nerwice odruchowe pochodzenia nosowego**« (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiał kol. Strumieński.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. posiedzenie naukowe w dniu 20. marca 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski, obecnych 104 członków.

1. Kol. Sabatowski uzasadnia możliwość i konieczność bojkotu niemieckich zdrojowisk wobec wrogiego stanowiska prusaków.

Odczytuje rezolucję:

»Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wzywa swych członków, aby przy wysyłaniu chorych bezwzględnie omijali zdrojowiska niemieckie oraz wybrzeża gdańskie. W razie konieczności leczenia poza granicami Państwa, należy kierować chorych do zdrojowisk czesko-słowackich i francuskich oraz nad morze rumuńskie, jugosłowiańskie, włoskie i francuskie«.

Powyższą rezolucję zebrani przyjęli przez aklamację.

2. Kol. Sołowij przedstawia chorą H. G. lat 50. Rodziła pierwszy raz przed 28 laty. Niedługo potem przebyła operację plastyczną pochwy i krocza tudzież operację Alexandra-Adamsa z powodu wypadnięcia macicy. W 5 lat później przebyła ponowny poród, w następstwie którego zaczęła macica ponownie wypadać i odtąd ten stan coraz bardziej się pogarszał. Przed 3 laty przebyła laparotomję z powodu *ileus.*

Przed rokiem przestała miesiączkować, jednakowoż przed trzema miesiącami wystąpiło dłuższe, silne krwawienie maciczne.

Stan obecny: Blizna między pępkiem a spojeniem łonowem po przebytej laparotomji, tudzież blizny nad obydwiema pachwinami po operacji Alexandra-Adamsa. Nad pachwiną lewą wyczuwa się w jamie brzusznej dość **twardy, wydłużony guz**, zupełnie nieruchomy, grubości więcej niż 2 palców, dochodzący aż do spojenia łonowego. Pochwa w całości wypadnięta na zewnątrz. Na ujściu zewnętrznem macicy rozległe owrzodzenie. Szyja macicy niezwykle wydłużona, taśmowato cienka, znajduje się w całości na zewnątrz szpary sromowej, trzon macicy mały poza spojeniem łonowem, mało ruchomy, pozostaje w związku z guzem przedtem opisanym.

24. I. 1925 laparotomja. Otwarcie jamy brzusznej trudne z powodu zrośnięcia sieci na dużej przestrzeni z otrzewną ścienną, tudzież z jelitami i guzem nad pachwiną lewą. Po oddzieleniu i skróceniu sieci trzeba było oddzielić bardzo silne i rozległe zrosty 3 pętli jelita cienkiego z guzem, który w swej górnej części wykazuje chełbotanie, w dolnej zaś części jest twardy, jak kamień. Górna część guza pęka wśród oddzielania i wylewa się z niej około 50 gramów gęstej, cuchnącej, zielonawej ropy, uwolnienie zaś dolnej, twardej części guza ze zrostów na całej jego powierzchni, zwłaszcza z otrzewną ścienną w okolicy otworn kanału pachwinowego, napotyka na niezwykłe trudności. Guz ten powstał z lewej trąbki i jest w swojej dolnej części zupełnie zwapniały. Trzon macicy w zrostach poza spojeniem łonowem zupełnie ukryty, a ponieważ i tak powstał znaczny ubytek otrzewnej ściennej w miejscu jej zrośnięcia z guzem, więc zaniechano wypreparowania trzonu macicy ze zrostów i, korzystając z niezwykłego wydłużenia taśmowatej szyi macicy, przeprowadzono przez jej ścianę 2 szwy węzełkowe w celu przymocowania pod kątem zgiętej szyi macicy do powłok brzusznych. Przedtem jednak zeszyto między spojeniem łonowem a temi 2 szwami otrzewnę ścienną z otrzewną tylnej ściany szyi macicy na całej przestrzeni, ażeby wykluczyć niebezpieczeństwo dostania się pętli jelitowych poza szwy, przymocowujące szyję macicy do powłok brzusznych. Do miejsca, w którem wypreparowano dolny odcinek guza, wprowadzono gazę xeroformową, której drugi koniec wyprowadzono na zewnątrz w dolnym kącie rany brzusznej. Resztę powłok brzusznych zeszyto trójwarstwowo.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po 7 tygodniach rana zgojona. Część pochwowa znajduje się wysoko z powodu silnego zrostu, jaki powstał między szyją macicy, a powłokami brzusznemi, pochwa wyciągnięta w górę zupełnie wyprostowana.

Badanie anatomiczne wyciętego guza określa go jako stare ognisko zapalne ze zmianami wstecznemi, włóknistemi, w części zwapnialemi.

Prócz niezwykłych trudności operacyjnych, jakie były do pokonania w tym przypadku, zasługuje na uwagę tak daleko posunięte zwapnienie guza trąbkowego, którego dotychczas S. nigdy nie spostrzegał, pomimo tak wielkiej ilości, laparotomij, wykonanych z powodu ciężkich zmian zapalnych przydatków macicy.

3. Kol. Ruff przedstawia chorego, u którego z powodu **przedziurawienia wrzodu żołądka wykonał operację w 36 godzin po przedziurawieniu.** Operacja z powodu bardzo złego stanu chorego, polegała na zaszyciu brzegów wrzodu, pokryciu linji szwu siecią i drenowaniu jamy brzusznej. Chory po operacji przebył ciężkie zapalenie płuc, a obecnie, po 6 tygodniach, nie doznaje żadnych dolegliwości żołądkowych. Badanie promieniami Roentgena nie wykazuje żadnych śladów wrzodu żołądka. Nawiązując do artykułu Michejdy w Gaz. lek., gdzie opisane są 2 przypadki przedziurawienia wrzodu żołądka z zejściem śmiertelnem, gdzie sekcja po 8 dniach wykazała zupełne wygojenie się wrzodów, mówca zwraca uwagę na ten trzeci przypadek i wyraża zdanie, że myśl Michejdy, który w tem szybkiem gojeniu się wrzodów po przedziurawieniu widzi dla nas pewną wskazówkę naturalną, jak postępować terapeutycznie, może być płodną w owoce. Istotnie, wyniki dzisiejszego bardzo radykalnego sposobu operowania wrzodów żołądka, nie są zupełnie zadowalające. Mówca przytacza przypadek, operowany przez Haberera, gdzie 3 razy wykonano wycięcie żołądka, a pomimo tego objawy wrzodu wracały. Nie będzie może zbyt ryzykowne przypuszczenie, że przy przedziurawieniu powstaje *sui generis* proteinoterapja, gdyż duża ilość substancyj białkowych ulega wessaniu pozajelitowo. Może tu właśnie naturalna proteinoterapja przyczynia się do tak szybkiego gojenia się wrzodów. Należałoby się zastanowić, czy zwykłe wycięcie wrzodu z równoczesnem wstrzykiwaniem ciał białkowych do jamy brzusznej nie dałoby lepszych wyników, niż rozległe wycięcia. Przypadek przedstawiony dowodzi także, że przy przedziurawieniu, o ile niema znacznego zwężenia odźwiernika, niepotrzebne jest dodawanie gastro-enterostomji.

W dyskusji kol. Kikinger przytacza przypadek ze swej praktyki prywatnej, gdzie zabieg operacyjny, przedsięwzięty w 48 godzin po pęknięciu, przyniósł dodatni wynik leczniczy.

Kol. Schramm: Przypadek kol. Ruffa należy do wyjątków — doświadczeniem tem poucza, że operacja daje dobre wyniki, jeżeli nastąpi w kilka godzin po przebiciu, z każdą godziną rokowanie się pogarsza. Tłumaczenie dobrego wyniku działaniem podobnem do proteinoterapji nie bardzo przemawia nam do przekonania.

Kol. Rencki zaznacza, że proteinoterapją przy wrzodach żołądka i dwunastnicy na klinice zajmuje się od dłuższego czasu, nie daje ona jednak — jak dotychczas — zadawalających wyników.

4. Kol. Sochański przedstawia **przypadek erytremji.** Dotyczy on kobiety 40-letniej. Choroba datuje się od 4 lat. Początkowe objawy dość nieokreślone. Chora zgłosiła się do szpitala powszechnego (Oddział wewn. II), gdzie wykazano zwiększoną ilość erytrocytów we krwi. Przeniesiono chorą do kliniki lekarskiej. Tu stwierdzono stan następujący: Osoba wzrostu średniego, budowy kośćca odpowiedniej, odżywienia miernego. Skóra i widzialne błony śluzowe wybitnie czerwone, zwłaszcza skóra twarzy, błona śluzowa jamy ust i śluzówka gardła. Badanie płuc stwierdza stwardnienie szczytu prawego. Serce lewe nieco przerosłe. II. ton nad aortą zaakcentowany. Riva-Rocci (*a. brachialis*) 130 mm Hg. Brzuch na ucisk tkliwy. Wątroba nieco powiększona. Śledziona znacznych rozmiarów (przekracza ku przodowi łuk żebrowy na 3 palce), twarda, bolesna. Mocz bez białka i cukru, w osadzie kwas moczowy. Wydalanie 0,2 gr błękitu metylenowego (pod. *per os*) 96 godzin. Odczyn Pirqueta +. Wassermann ujemny. Löwi (mimo częściowego odczulenia) +. Badanie okulistyczne (dr. Naróg) nie stwierdziło, prócz zaznaczonego różowego odcienia (w porown. z norm.) dna oka i bledszej przez kontrast tarczy nerwu wzrokowego, żadnych innych diagnostycznie ważnych, szczególniejszych zmian na dnie. Badanie krwi dało wynik następujący. Krew ciemno-czerwona. Krzepliwość $6\frac{1}{2}$ min. Krwawienie $1\frac{1}{2}$ min. Początek hemolizy przy 0,5, zupełna przy 0,3% NaCl. Erytrocytów 7,320.000 o wskaźniku 0,8 anizocytoza, polychromatofilja, bardzo nieliczne normoblasty. Wiązanie tlenu przez krew wolniejsze i po przeliczeniu na pojedynczy erytrocyt gorsze, niż we krwi porównawczej. Płytek Bizzozera 554.000. Ciałek białych 5.600. Mierna neutrofilja, lekkie wzmożenie eozynochłonnych, 0,5% komórek plazmowych. Azot niebiałkowy krwi niezwiększony. Kwas moczowy *pro die* wzmożony.

Całość wyklucza erytrocytozę objawową i pozwala na rozpoznanie erytremji niezbyt jeszcze rozwiniętej.

S. wspomina o kilku przypadkach daleko posuniętej w rozwoju erytremji, spostrzeganych w ostatnich latach w klinice lekarskiej, omawia tę jednostkę chorobową, wyodrębnioną w 1892 r przez Vaqueza a opracowaną szczegółowo przez Renckiego i Oslera, określa ją, jako schorzenie analogiczne poniekąd do atakującej system leukoblastyczny białaczki, a odnoszące się głównie do układu erytroblastycznego, zestawia poszczególne pozornie uboczne objawy, stwierdzane w tej chorobie, i stara się określić patogenezę cierpienia. Między erytropojezą a erytroftenją istnieje normalnie równowaga. Pierwsza czynność związana jest głównie z czynnością szpiku kostnego i ma pewną łączność ze specjalnym stanem systemu wkrewno-wegetatywnego, dającym się określić jako czysta względnie kombinowana hiperchromaffinoza z nieodłączną nadczynnością współczulną — druga, umiejscowiona w układzie siateczkowośródbłonkowym, jest raczej w styczności ze systemem względem poprzedniego antagonistycznym. Zaburzenie w systemie wdzielniczym, a co za tem idzie i wegetatywnym, pociąga za sobą zakłócenie stosunku siły tworzenia do siły niszczenia ciałek czerwonych, raz na korzyść pierwszej (*erytremia*), drugi raz na korzyść drugiej (*anaemia*). W erytremji jest system erytroftenniczny zrazu normalny, a erytropojeza zwiększona. Rezultatem tego jest zwiększenie się ilości krwinek czerwonych. Wyrównawcza nadczynność aparatu, niszczącego krwinki, zjawia się później, ale tylko z trudnością jest w stanie opanować nadmierne tworzenie erytrocytów.

Hiperchromaffinoza jest w erytremji widoczna i z innych objawów. Choroba zjawia się we wieku, w którym układ chromochłonny wydatnie dochodzi do głosu, poprzedzają ją zwykle nader cechujące zaburzenia naczynioruchowe, schorzenie wikła się często z miażdżycą tętnic, nefrosklerozą i skazą moczanową, zawsze przebiega ze zwyżką ciśnienia krwi i zwykła dawać odczyny wegetatywne na farmakodynamiczne wybiórcze leki w sensie nadwyżki współczulnej czystej lub kombinowanej. Nefrosklerotycy dają często odczyn sympatykotoniczny, tak samo chorzy na dnę. Dlaczego u każdego sympatykotonika nie przychodzi do rozwoju erytremji, to pytanie, na które łatwo odpowiedzieć. Zaburzenia wegetatywne nie muszą być zawsze uogólnione, mogą dotyczyć pewnych tylko narządów. Nadwrażliwość tkanek na pewne inkrety, czy bodźce wegetatywne może być różna, a stąd rozmaite objawy zaburzeń, stąd wynikłych. Erytremicy mają specjalnie nastawiony układ erytroblastyczny i z tej przyczyny ulegają z łatwością bodźcom współczulnym, czy odpowiednim wdzielniczym, o ile zadziała dodatkowy szkodliwy impuls. Impulsów tego typu dostarczają najczęściej toksyczne produkty prątków gruźliczych.

Jeszcze w roku 1907 podkreślał Rencki łączność erytremji z gruźlicą. Badania doświadczalne Frankego nad wpływem tuberkuliny na układ krwiotwórczy zwierząt potwierdzają tę łączność w odniesieniu do tuberkuliny prątków typu grupy ludzkiej. Reasumując całość, można, erytremję określić jako odpowiedź szczególnie nastrojonego systemu krwinkotwórczego na pewne szkodliwości, któreby u ludzi normalnych lub osobników raczej do procesów erytroftenicznych usposobionych, wywołać mogły inny — nawet wprost przeciwny — skutek. Utkanie erytroblastyczne trudno jest bezwzględnie oddzielić od leukoblastycznego (zwłaszcza tworzącego granulocyty) i trombo-

cytoblastycznego i nic też dziwnego, że w erytremji i ten układ zostaje wciągnięty w schorzenie, mogące dojść do postaci, będących jakby złączeniem erytremji z białaczką (obrazy leukemiczne przy erytremji opisali Rencki, Hirschfeld, Schneider). Bodźce, działające na system limfoblastyczny, wywierają znów biegunowo przeciwny wpływ na tkankę, wytwarzającą ciałka czerwone, granulocyty i płytki, choćby szkodliwość zewnętrzna była podobną do powyżej wspomnianej. Słowem — mamy tu do czynienia z obrazem bardzo złożonym, w którym bodziec szkodliwy exogenny wywołuje tylko odczyn, będący odpowiedzią nań tkanki krwinkotwórczej, swoiście nastrojonej neurohormonalnie, a przytem noszącej w sobie cechy wrodzone, przekazane często drogą dziedziczności. Że ten specjalny podkład dla erytremji jest stosunkowo tak rzadki, leży to już niezawodnie w naturze ludzkiego ustroju.

W dyskusji kol. Rencki podkreśla, że obecnie coraz więcej spostrzega się przypadków erytremji. Podnosi dużą rolę konstytucji, zaburzeń w gruczołach dokrewnych. R. ma w obserwacji 9 rodzin, wśród wielu członków, u których spostrzegał poliglobulję. Obserwacje te wskazują nam wyraźnie na wrodzony charakter schorzenia. Dok. nast.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

Posiedzenie nakowe w dniu 22 stycznia 1925.

1. Kol. Kostka przedstawia a) chorego-żołnierza 24-let. z **tuberkulidami guzkowo martwiczemi** na obu podudziach; b) *pro diagnosi* — ze zmianami w pachach, pachwinach i na grzbiecie; **Psoriasis vulgaris flexurarum?, Epidermophyton inguinale Saburaud.**

2. Kol. Andruszewski pokazuje chorego **z wrzodem pierwotnym na wardze górnej**, gruczołami powiększonemi pod brodą i różyczką początkową.

3. Kol. Leszczyński pokazuje chorą a) **z kiłą utajoną**, u której widać ostrą wysypkę pęcherzyków z treścią odrazu mętną, przechodzącą w krostki i strupki. Najbardziej odpowiada rozpoznanie schorzeniu z grupy *Erythema exsudativum multiforme — lichen urticatus;* b) **z kiłą kilakową** na karku i blizną po takiejże na skórze owłosionej głowy tak powierzchowną, że włosy w całej bliźnie są zachowane.

4. Kol. Bohinówna przedstawia a) chorą z **Acrodermatitis atrophicans Herxheimer**; b) dziecko 4-letnie z rozsianą łuszczycą, trwającą od pół roku. W międzyczasie podczas ospówki samoistna inwolucja, poczem ponowne pogorszenie.

Posiedzenie naukowe w dniu 29 stycznia 1925.

1. Kol. Bohinówna przedstawia a) chorą z ostatniego posiedzenia, pokazaną przez kol. Leszczyńskiego, z prawdopodobnem **Erythema exsudativum multiforme.** Wykwity po większej części ustąpiły pod obojętnem leczeniem; b) 65-letnią chorą z rozległemi **zmianami kilakowemi**, zajmującemi całą powierzchnię **głowy i połowy lewego ramienia.**

2. Kol. Mierzecki pokazuje chorego ze zmianami na obu pośladkach, gdzie badanie mikroskopowe wzbudza podejrzenie **blastomycosis.**

3. Kol. Andruszewski pokazuje chorą z **Erythrodermia exfoliativa acuta** i omawia obecny stan nauki o erytrodermji, według podziału Brocqua. Przedstawiony przypadek nie zgadza się z żadną z form Brocqua i nie pozwala na ścisłe rozpoznanie.

W dyskusji kol. Leszczyński nie uważa *Erythrodermji* za pojęcie chorobowe, lecz za nazwę objawu. Przedstawiony przypadek uważałby raczej za *Psoriasis universalis gravis.*

Posiedzenie naukowe w dniu 12 lutego 1925.

1. Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka Dra Leona Krzemickiego i poświęca Mu słowa wspomnienia.

2. Kol. Mierzecki przedstawia a) chorego **z wykwitem pierwotnym na wardze dolnej**; b) chorą z **Framboesia syphilitica** na wardze dolnej; c) chorą z **Bromoderma na ramieniu prawem.** Chora z powodu padaczki zażywała mieszankę bromową.

3. Kol. Goldschlag streszcza referaty o »Eczema« **Kreibicha, Blocha, Rieckego i Pinkusa na Kongresie monachijskim** w r. 1923.

Posiedzenie naukowe w dniu 19 lutego 1925.

1. Kol Kauczyński przedstawia a) chorą z **rozległemi tuberkulidami** kończyny dolnej prawej; b) **z naczyniakiem twarzy, wargi dolnej i języka**; c) **z rozległemi kilakami języka, podbródka, rozległemi bliznami** z twarzy i nosa. Próba luetynowa dodatnia.

2. Kol. Andruszewski przedstawia chorego z **Erythrodermia universalis**, powstałą przed 4 miesiącami.

W dyskusji kol. Leszczyński uważa raczej za łuszczycę lub *lichen ruber acuminatus*, kol. Ostrowski jest raczej za *Dermo-epidermitis Gougerot* lub *Erythrodermia praeleucaemca.*

3. Kol. Ostrowski pokazuje chorą *pro diagnosi.* Na tle rozległego **Naevus systemisatus faciei et colli dextri** widać sprawę nowotworową. Badanie histologiczne wskazuje, jakoby sprawa wychodziła z gruczołów potnych.

4. Kol. Nadel pokazuje chorego już dwukrotnie przedstawianego **ze zmianami powierzchownemi, wrzodziejącemi na szyi i klatce piersiowej**, gdzie rozpoznanie się wahało między **toczniem a kilakami** a ówczesny dobry skutek po leczeniu swoistem przemawiał za Kiłą. Obecnie nawrót w tych samych miejscach ponadto guz nerki, gruźlica pęcherza i wycięcie jądra gruźliczego.

Dr. Salpeter, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska w Krakowie.

Zarząd Izby Lekarskiej zawiadamia lekarzy członków Izby Lekarskiej w Krakowie, że

Wybory do Rady Izby Lekarskiej w Krakowie

odbędą się **dnia 17. grudnia 1925 r.**

Listy uprawnionych do głosowania ogłoszone zostały w dziennikach urzędowych Województwa krakowskiego i kieleckiego i są do przejrzenia we wszystkich Starostwach tych dwóch Województw, oraz w biurze Izby Lekarskiej, dokąd z ewentualnemi reklamacjami zgłaszać się należy.

Urzędowe karty wyborcze rozesłane zostaną w ciągu miesiąca października i listopada b. r.

W Krakowie, dnia 15. września 1925 r.

Naczelnik: w. z.

Lwowska Izba lekarska.

Kasa chorych ubezpieczeniowa.

Posiedzenie Komitetu Ubezpieczeniowej Kasy Chorych przy Izbie lekarskiej lwowskiej w dniu 3 lipca 1925 w własnym domu przy ulicy Zyblikiewicza 23.

Obecni: Przew. Dr. Papée, Prof. Dr. W. Nowicki, Dr. Eug. Doliński, sekr. Dr. Miecz. Andruszewski. Nieobecny Dr. Wład. Ciepielowski.

1. Protokół z ostatnich 2 posiedzeń t. j. z 17 kwietnia i z 22 maja odczytano i przyjęto.

2. Kol. Dr. Doliński przedstawia stan kasy.

3. Uchwalono: O podwyższenie ubezpieczenia (o wielokrotność) należy zgłaszać się pisemnie — wszelkie ustne zgłoszenia są nieważne.

Nie przyjęto do wiadomości ustnego zgłoszenia kol. R. z L o 10-ciokrotne podwyższenie ubezpieczenia.

4. Następujący Koledzy otrzymali przyznanie zasiłów (świadczeń):

1) Kol. A. F. z J. za 34 dni choroby á 2 zł. — 68 zł. 2) Dr. S. R. z J. za 17 dni á 2 zł. — 34 zł. 3) Dr. T. S. z L. za 46 dni á 2 zł. 50 gr. — 115 zł. 4) Dr. J. B. z K. S. za 49 dni á 2 zł. — 98 zł. 5) Dr. J. R. z G. za 16 dni á 2 zł. — 32 zł. 6) Dr. J. K. z T. za 10 dni á 2 zł. — 20 zł. 7) Dr. M. S. z O. za 60 dni á 2 zł. 120 zł. 8) Dr. D. R. z L. za 27 dni á 2 zł. — 54 zł. 9) Dr. J. J. D. z L. za 46 dni à 2 zł. — 92 zł. 10) Dr. J. O. z P. za 15 dni á 10 zł. — 150 zł. 11) Dr. M. W. z L. za 46 dni á 2 zł. — 92 zł. 12) Dr. M. B. J. z K. za 75 dni á 2 zł. — 150 zł. — wszyscy z potrąceniem zaległych wkładek (przeważnie za III. kwartał 1925). Razem uchwalono wypłacić 1026 zł.

5. Odmówiono dalszego świadczenia Kol. Dr. B. B. z L. w myśl § 6 regul. (choroba trwa dłużej, niż 12 miesięcy).

6. Od Kol. Dr. E. P. z T., Dr. F. H. z R. i Dr. Z. Z. B. z P. uchwalono zażądać przedłożenia świad. lek., stwierdzającego, jak długo byli niezdolni do pracy zawodowej.

Przyjęto do wiadomości zgłoszenia choroby Dr. M. B. z L. i Dr. S. R. z L. obu od 9 czerwca 1925.

7. Reklamacje:

1) Dr. W. M. z H. 2) Dr. Fr. D. z P. 3) Dr. S. H. z S. załatwiono wyjaśnieniem, iż mają bezwzględnie obowiązek należenia do Kasy Ubezpiecz. — ad 2) i 3) ze zwróceniem uwagi na konsekwencje § 19-o regulaminu. 4) Dr. W. G z L. przyznano ulgę spłaty zaległych wkładek w ratach miesięcznych, z odpisaniem procentów zwłoki i kosztów. 5) Dr. B. M. z P. przyznano ulgę spłaty wkładek w ratach miesięcznych i zwrócono uwagę na obowiązek zgłoszenia zaprzestania praktyki. 6) Dr. Z. S. z H. przyznano słuszność jego obliczeń w przeciwieństwie do pomyłki, zaszłej przy obliczaniu należytości ze strony Kasy.

8. Uchwalono jednomyślnie umieścić w najbliższych numerach Pol. Gaz Lek. jako osobne ogłoszenie: W myśl uchwały Rady Izby lek. lw. z dnia 29. III. 1925. oznaczono nieprzekraczalny termin zgłoszenia choroby **najpóźniej 30 dni** po zachorowaniu, termin 3 miesięczny odnosi się tylko do zupełnie wyjątkowych przypadków, których uwzględnienie należy do zakresu działania Komitetu Kasy ubezpieczeniowej. Zgłoszenie późniejsze pozbawia ubezpieczonego prawa otrzymania świadczenia za chorobę przybytą.

9. Celem sprawniejszego funkcjonowanin Kasy — szczególności celem umożliwienia szybszego wypłacania chorym Kolegom należnych im zasiłków (świadczeń), uchwalono na wniosek Kol. Dr. Mieczysława Andruszewskiego, upoważnić Kol. Dra

Eugenjusza Dolińskiego, jako skarbnika, i Dra Mieczysława Andruszewskiego, jako sekretarza (każdego z osobna) — w przypadkach nie przedstawiających wątpliwości — do załatwiania doraźnego zgłoszeń o zasiłki bez czekania na następne posiedzenie Komitetu.

Dr. Andruszewski, sekretarz. *Dr. Papée*, przewodniczący.

Związek lekarzy P. P. Obwód Włocławski.

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Włocławskiego ostrzega kolegów przed przyjmowaniem posad w Powiatowej Kasie chorych we Włocławku. Pomiędzy lekarzami a Powiatową Kasą chorych od dnia 16. września r. b. istnieje stan bezkontraktowy.

Sekretarz Związku: *Dr. Maciejowski.*

Taksy lekarskie w Województwie Nowogrodzkiem.

Wydział Zdrowia Publ. Województwa Nowogrodzkiego przesyła do wiadomości niżej umieszczoną taksę dla lekarzy oraz niższego personelu lekarskiego, przyjętą na terenie Województwa Nowogrodzkiego.

I. Pobory lekarskie.

A. Zwykłe wizyty i wyjazdy.

1) Wizyta u lekarza w domu 5 Zł. — 2) Wizyta u lekarza połączona z więcej skomplikowanem badaniem, zastrzykiem i t. p. 10 Zł. — 3) Wizyta lekarza u chorego w domu 10 Zł. — 4) Wizyta lekarza połączona ze skomplikowanem badaniem, zastrzykiem i t. p. 15 Zł. — 5) Wyjazd do chorego poza miasto do 2 kl. 15. — Pozatem po 5 Zł. za każdy dalszy kilometr ponad 2 kilometry. — Wszystkie powyższe opłaty w porze nocnej (od 8 w. do 8 r.) zwiększają się o 100%. Ceny przy konsyljum o 100% wyższe.

B. Połogi.

1) Obecność lekarza przy normalnym połogu za pierwsze 2 godziny 30 Zł., za każdą następną godzinę po 10 Zł.

2) Zabiegi przy patologicznych połogach:

a) Drobne zabiegi (Tamponada pochwy, założenie kolpeuryntern, przerwanie pęcherza, cucenie płodu, zabieg Crede, odprowadzenie pępowiny i t. p. 15 Zł.

b) Średnie zabiegi (Kleszcze, tamponada macicy, usunięcie resztek płodu, abrasio, szycie krocza, Episiotomia i t. p. 50 Zł.

c) Ciężkie zabiegi (obrót, placenta praevia, embriotomia i t. p. 100 Zł. i wyżej według umowy.

C. Zabiegi chirurgiczne.

Drobne zabiegi: 1) zastrzykiwania rozczynu fizjol., Salwarsanu, nacięcie ropnia, mastitis, phlegmone, punkcja i aspiracja ropnia zimnego, kateteryzacja, przemycie pęcherza i t. p.) 15 Zł. — 2) Średnie zabiegi: (opatrunek ustalający, złamania i wywichy, mniejsze operacje do radykalnej operacji przepukliny włącznie, przepuklina uwięzgnięta, rak dolnej wargi, rezekcja żebra i t. p. 50 Zł. — 3) Duże zabiegi chirurgiczne: (Apendicitis ileus, rezekcje stawów, operacje na pęcherzu, sterczu, żołądku, operacje w zakresie wątroby, dróg żółciowych, jelit i t. p.) 100 Zł. i wyżej według umowy.

II. Pomoc felczerska.

1)Porada u felczera w domu 1 Zł. 50 — 2 Zł. — 2) Wizyta felczera u chorego w mieście 3—4 Zł. — 3) Drobne zabiegi felczerskie — bańki, enemy i t. p. u chorego w domu 3—5 Zł. — 4) Zastrzykiwania codzienne z polecenia lekarza u siebie w domu 1 Zł.— 5) Zastrzykiwania codzienne z polecenia lekarza u chorego 2 Zł.— 6) W nocy od 8 w. do 8 r. ceny o 50% wyższe.

III. Opłaty położnym.

1) Przeprowadzenie połogu i codzienne odwiedzanie chorej 1 raz dziennie w ciągu okresu 10-dniowego 50—75 Zł. — 2) Przeprowadzenie połogu bez następowych wizyt 25 Zł. — 3) Za każdą wizytę następną 2 Zł. 50 gr.

IV. Opłaty dentystom.

1) Usunięcie zęba bez znieczulenia 3 Zł. — 2) Usunięcie zęba przy znieczuleniu 6 Zł. — 3) Zwykła plomba 5 Zł. — 4) Zdjęcie kamienia, oczyszczenie zęba, uśmierzenie bólu 5 Zł. — 5) Zwykła wizyta 2 Zł. — Roboty złote, platynowe, wstawienie zębów i t. p. według umowy.

Spis patentów, wydanych przez Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej, z zakresu zainteresowań lekarskich.

Wszystkie poniżej dotąd opublikowane opisy patentowe nabywać można w Bibljotece Urzędu Patentowego Rz. P. Warszawa, Elektoralna 2. pokój 324. po cenie 1 zł. za egzemplarz.

6 a^{16} 1850. Auguste Vasseux (Siant-Mande, Francja). Sposób wyrobu i zastosowania odżywek przy hodowli roślin, grzybów, drobnoustrojów, pleśni, roślin kleistych i podobnych roślin. 3. 8. 1921. Udzielono 6. 4. 1925.

30 h^2 1967. Erdöl und Kohle-Verwertung Aktiengesellschaft (Berlin, Niemcy) i Dr. Franz Zernik (Berlin-Wilmersdorf, Niemcy). Sposób otrzymywania roztworów siarki o działaniu teraupeutycznem. 18. 5. 1923. Pierwsz. 26. 5. 1922. (Niemcy). Udzielono 28. 4. 1925.

30 h^2 1998. Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel, Société pour l'Industrie Chimique a Bale. (Bazylea, Szwajcarja). Sposób przeprowadzenia nierozpuszczalnych lub trudno-rozpuszczalnych w wodzie lekarstw w stan nadający się do wkraplania i zastrzyków. 17. 5. 1924. Pierwsz. 14. 7. 1923. (Szwajcarja). Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^2 1999. Benedykt Hepner i Jan Gessner (Warszawa, Polska). Sposób otrzymywania soli bizmutowych kwasu chaulmugrowego. 21. 6. 1924. Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^3 1922. Chemische Werke Grenzach Aktiengesellschaft (Grenzach, Niemcy). Sposób otrzymywania preparatów makowcowych słabo zabarwionych. 2. 7. 1920. Pierwsz. 8. 12. 1914. (Niemcy). Udzielono 21. 6. 1925.

30 h^3 1990. Julius Wohlgemuth (Charlottenburg, Niemcy). Sposób wytwarzania proszku rtęciowego i maści rtęciowej, względnie emulsji bez tłuszczu. 27. 10. 1923. Pierwsz. 15. 11. 1922 dla zastrz. 1; 21. 8. 1923 dla zastrz. 2 i 3. (Niemcy). Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^6 1866. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób oczyszczania i powiększania czynnej substancji leczniczej surowicy i podobnie złożonych mieszanin. 30. 6. 1920. Pierwsz. 7. 3. 1916. (Niemcy). Udzielono 18. 4. 1925.

30 h^6 1904. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób wytwarzania nieszkodliwej surowicy dżumy świńskiej. 27. 1. 1921. Pierwsz. 27. 2. 1920. (Niemcy). Udzielono 18. 4. 1925.

30 h^6 1923. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób przenoszenia tak zwanych materyj uodporniających ze swoistego ciała białkowego na nieswoiste albo zaopatrzone w inne materje uodporniające białko. 19. 8. 1920. Pierwsz. 11. 7. 1918. (Niemcy). Udzielono 21. 4. 1925.

30 h^6 1968. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób sporządzania otrzymywanej przez uodpornienie koni i mułów surowicy skutecznej przeciw zarazie morowej świńskiej. 20. 3. 1923. Pierwsz. 8. 5. 1922. (Niemcy). Udzielono 28. 4. 1925.

30 h^6 1969. Eduard Greutert et Cie (Bazylea, Szwajcarja). Sposób i pożywka dla wytwarzania szczepionki przeciw odrze. 1. 10. 1923. Udzielono 28. 4. 1925.

30 h^6 2000. Chemische Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) (Berlin, Niemcy). Sposób otrzymywania szczepionek z bakteryj 6. 2. 1924. Pierwsz. 8. 2. 1923. (Niemcy). Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^6 2007. Kalle et Co Aktiengesellschaft (Biebrich n. R., Niemcy). Sposób wytwarzania nader czynnych bakteryj, drożdży lub mikrobów. 4. 2. 1924. Pierwsz. 5. 2. 1923. (Niemcy). Udzielono 2. 5. 1925.

30 j^1 1867. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób zabijania drobnoustrojów zapomocą prądu elektrycznego. 9. 6. 1920. Pierwsz. 19. 8. 1919. (Niemcy). Udzielono 8. 4. 1925.

30 j^1 1970. Compagnie du Gaz Clayton (Paryż, Francja). Udoskonalony sposób i przyrząd do zabiegów dezynfekcyjnych. 22. 11. 1922. Udzielono 28. 4. 1925.

30 j^2 1879. Percy Samuel Lelean (Londyn, Wielka Brytanja). Ulepszenia, dotyczące dezynfekcji i niszczenia robactwa w odzieży, pościeli i t. p. przedmiotach. 10. 11. 1920. Pierwsz. 20. 11. 1918. (Wielka Brytanja). Udzielono 14. 4. 1925.

30 j^2 1880. Léon Durand i Georges Bottin (Paryż, Francja). Aparat do wzmożonego wytwarzania gazu o głębokiem przenikaniu przeciw zarodkom, owadom i zarazkom. 6. 8. 1920. Pierwsz. 21. 4. 1917. (Francja). Udzielono 14. 4. 1925.

30 j^2. 1905. Dyonizy Popławski (Warszawa, Polska). Dezynfektor parowo-powietrzny. 10. 12. 1920. Udzielono 18. 4. 1925.

30 j^2. 1955. W. P. Kłobukowski (Warszawa, Polska). Aparat dezynfekcyjny, działający szkodliwemi dla zdrowia gazami. 10. 7. 1922. Udzielono 24. 4. 1925.

30 j^2. 1971. Firma Karel Krcil Nast. (Praga, Czechosłowacja). Kurek sterowy dla dezynfektorów. 22. 5. 1923. Udzielono 28. 4. 1925.

30 j^3. 1937. Paul Borinski (Berlin, Niemcy). Sposób otrzymywania przezroczystych rozczynów krezolu. 28. 5. 1920. Pierwsz. 4. 8. 1917. (Niemcy). Udzielono 22. 4. 1925.

30 j^3. 1991. Friedrich Grossmann (Budapeszt, Węgry). Środek dezynfekcyjny. 2. 10. 1923. Udzielono 30. 4. 1925.

30 j^3. 1992. Koholyt Aktiengesellschaft (Berlin, Niemcy). Środki, działające zabóiczo na bakterje i grzybki. 20. 10. 1923. Pierwsz. 21. 10. 1922. (Niemcy). Udzielono 30. 4. 1925.

30 j^4. 1924. Stanisław Żongołłowicz (Wilno, Polska). Parowo-formalinowy odkażacz. 4. 6. 1921. Udzielono 21. 4. 1925.

451^3. 1956. Artur Wöber i Friedrich Pichler (Wiedeń,

Austrja). Sporządzanie organicznego środka przeciw pasorzytom. 25. 2. 1922. Pierwsz. 26. 2. 1921. (Austrja). Udzielono 24. 4. 1925.

64 a[6]. 1936. Oskar Andermann (Treuenbrietzen, Niemcy). Higieniczny ochraniacz ust, zastosowany do szklanek. 1. 5. 1920. Udzielono 22. 4. 1925.

30 h[3]. 2111. Firma E. Merck (Darmstadt, Niemcy). Sposób otrzymywania jednorazowych oleistych preparatów bismutowych, nadających się do zastrzyków. 20. 11. 1924. Pierwsz. 13. 12. 1923. (Niemcy). Udzielono 25. 5. 1925.

451[3]. 2067. Deutsche Gold- und Silber-Scheide-Anstalt, vorm. Rössler (Frankfurt n. M., Niemcy). Sposób tępienia wszy. 7. 7. 1920. Pierwsz. 22. 6. 1916. (Niemcy). Udzielono 14. 5. 1925.

57 a[37]. 2096. Alexander von Rothe (Berlin - Wilmersdorf, Niemcy). Sposób i przyrząd do zdjęć kinematograficznych, dokonywanych w pomieszczeniach zamkniętych, szczególnie do zdjęć operacyj chirurgicznych. 20. 4. 1921. Pierwsz. 12. 2. 1919. (Niemcy). Udzielono 22. 5. 1925.

Prof. Wacław Suchowiak
rzecznik patentowy (Lwów).

List do Redakcji.

W sprawie opłacania taks zdrojowiskowych przez lekarzy i ich rodziny.

W »Polskiej Gazecie Lekarskiej« Nr. 34 - 35 znalazłem wzmiankę o pobieraniu opłat kuracyjnych od lekarzy i ich rodziu w Gdyni. Najzupełniej podzielam oburzenie Redakcji, chciałbym jednak powiedzieć, że niestety Gdynia nie stanowi wyjątku, i że w Solcu nielepsze stosunki dla lekarzy. Oto ilustracja.

Cierpiąc oddawna na reumatyzm, chciałem wykorzystać w celu leczniczym 2-tygodniowy swój urlop i pojechałem z córką do Solca, najbliższego uzdrowiska w Województwie Kieleckiem, w którém od 2 lat zamieszkuję i pracuję, najpierw jako lekarz fabryczny, a potem jako lekarz Kasy Chorych w Ćmielowie. Ku wielkiemu zdumieniu musiałem płacić za siebie i za córkę. Za córkę (12 lat) płaciłem, jak inni kuracjusze: za bilet sezonowy (za 12 dni pobytu!) 20 złotych i za kąpiele siarczane po 2·50 zł. Ja zaś kąpiele siarczane, które są tańsze (2·50), miałem bezpłatnie, a za mułówki częściowe płaciłem, jak wszyscy, po 3·50 zł. Od brania biletu sezonowego byłem zwolniony. W rezultacie leczenie kosztowało mnie drożej, niż mieszkanie i całodzienne utrzymanie przez czas pobytu w Solcu, co przy obecnej proletaryzacji lekarzy ma znaczenie. Leczyłem się na Limanach w Odesie, w Sławiańsku, w Starej-Rusie i 3 sezony w Nauheimie, nigdzie lekarze za kąpiele nie płacili, a rodziny ich miały 50% rabatu. To jest nasza prerogatywa, dana samem życiem, której musimy bronić.

Zakład kąpielowy w Solcu jest własnością prywatną. Sądzę jednak, że podobne traktowanie lekarzy ze strony właściciela Solca — jest niezrozumieniem własnego interesu, bo czem więcej lekarzy pozna zdrojowisko, tem dla niego lepiej. W interesie zakładu jest zapraszać lekarzy, zachęcać do zwiedzania, robiąc im wszelkie ulgi ku temu, a nie utrudniać, stosując do nich rosyjskie: »goni monietu!«.

Właściciel Solca musi zrozumieć, że bez lekarzy i ich poparcia Solec i nadal pozostanie w stanie uwiądu, gdyż frekwencja kuracjuszów jest nikła w porównaniu z tą, jaką być powinna ze względu na siłę leczniczą i bogactwo jego źródeł.

Sądziłbym jeszcze, że lekarz kąpielowy w Solcu przy dobrych chęciach mógłby wpłynąć, aby ten »*usus*«, niesłychany w żadnem zdrojowisku zagranicą i w kraju, zmienić na korzyść lekarzy i *eo ipso* na dobro samego uzdrojowiska.

Ćmielów, we wrześniu 1925 r.

Bolesław Milewski.

Od Redakcji.

Prof. dr. Jan Tadeusz Lenartowicz przeniósł się na Katedrę dermatologji do Lwowa. Krakowska Redakcja »Polskiej Gazety Lekarskiej« traci przez to dzielnego i gorąco oddanego sprawom »Gazety« kierownika, a młodzież uniwersytecka szczerego przyjaciela i gorliwego opiekuna Towarzystwa Bratniej Pomocy i Bibljoteki Medyków U. J., którego był kuratorem. Krakowska Redakcja »Gazety«, żegnając z żalem swego głównego pracownika, któremu wiele zawdzięcza, życzy Mu jak najserdeczniej powodzenia i bogatych plonów pracy na nowem stanowisku.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Rejestracja chorych wenerycznych. Wskutek reskryptu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) z 28. lipca 1925. Nr. Z. H. 4051, ma się odbyć w czasie od 1. do 30. września 1925 ponownie rejestracja chorych wenerycznych w całem Państwie Polskiem.

Wystawa przyrodniczo-lekarska, zorganizowana w Warszawie podczas XII. Zjazdu, wypadła imponująco, przewyższając analogiczne wystawy, urządzane w ostatnich czasach zagranicą, zarówno pod względem zewnętrznego wyglądu, jaki pod względem naukowej i praktycznej wartości eksponatów. Niewątpliwie jednym z działów najbardziej zajmujących była wystawa, dotycząca nowotworów, urządzona przez Polski Komitet do zwalczania raka. (Organizatorzy — docent Sterling-Okuniewski, dr. Weinert i dr. A. Pallier). Widzimy tu na pierwszym planie niezmiernie ciekawą kolekcję preparatów i mikrofotografij, dotyczących nowotworów doświadczalnych. Okazy te nadesłał prof. Fibigier z Kopenhagi na prośbę organizatorów wystawy. »Jury« postanowiło złożyć prof. Fibigierowi specjalne za to p. dziękowanie. Obok tej kolekcji duńskiej stoi szereg podobnych okazów polskich, pochodzących z pracowni Warsz. Tow. Naukowego (dr. Flatau), oraz z Instytutu anatomo-patol. w Wilnie. Dalej — bardzo znaczna ilość preparatów anatomo-patol. z zakładów Warszawskich: kliniki ginekologicznej (prof. Czyżewicz), kliniki chirurgicznej (prof. Leśniowski), Instytutu anatomo-patol. (prof. Paszkiewicz) i oddziału II. szpitala Przem. Pańskiego (dr. Al. Zawadzki). Dział rentgeniczny był niemniej bogato reprezentowany. Zwracają tu szczególną uwagę nadzwyczajne demonstracyjne fotografje nowotworów układu nerwowego, kości i narządów wewnętrznych z pracowni dra Judta, szereg niezmiernie charakterystycznych fotografij raków żołądka z zakładu drów Drozdowicza i Grudzińskiego i wyjątkowo piękna kolekcja diapozytywów, ilustrujących nowotwory różnych narządów, z pracowni dra B. Kryńskiego. W osobnych gablotkach widzimy eksponaty, dotyczące radu; zbiór instrumentów, aplikatorów, filtrów, próbek rudy, z której rad się otrzymuje, fotografij, ilustrujących fabrykację radu i t. d. (własność Krakowskiego Instytutu). Osobny kącik zajęła propaganda Daru Narodowego Im. Skłodowskiej-Curie, obok zaś wydawnictwa polskie i obce, materjały, dotyczące ośrodków przeciwrakowych w Paryżu, Lugdunie i Bordeaux oraz Ligi Franko-Anglo-Amerykańskiej. Na ścianach porozwieszano wykresy i mapy, między któremi zwracały uwagę nowe, oryginalne tablice dra W. Mikłaszewskiego, radcy Gen. Dyr. Służby Zdrowia. Oto w krótkich słowach, co zawierała ta pierwsza w Polsce, a zdaje się także w Europie, wystawa, poświęcona walce z nowotworami, nagrodzona złotym medalem.

Państwowy Instytut wychowania fizycznego. We wrześniu r. b. Minist. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego otwiera w Warszawie państwowy Instytut wychowania fizycznego. Instytut mieścić się będzie w oddanym na ten cel przez p. prezydenta Rzeczypospolitej parku Sobieskiego. Znajdująca się tam olbrzymia marmurowa hala wystawowa przebudowana będzie niezwłocznie na cele Instytutu, według gotowych już planów.

Instytut korzystać będzie z pomocy naukowych i sił wykładowych uniwersytetu. Studja te są dwuletnie, bezpłatne. Kandydaci i kandydatki do Instytutu w wieku 18–30 lat winni posiadać świadectwo dojrzałości szkoły średniej lub seminarjum nauczycielskiego, świadectwo zdrowia, pewną kulturę fizyczną i zamiłowanie do życia sportowego. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa na przyszłość od kierowników ćwiczeń cielesnych w szkołach wymagane będą przynajmniej dwuletnie studja w instytucjach specjalnych.

Kraków.

Lekarzem naczelnym miasta, w miejsce przechodzącego w stan spoczynku doc. dr. Janiszewskiego, został mianowany dr. Józef Owsiński. Ustępującego doc. dr. Janiszewskiego pożegnały władze naczelne miasta i personal sanitarny uroczyście w stworzonych przez niego, wzorowych Zakładach sanitarnych na Prądniku Białym, w których umieszczono na cześć jego tablicę pamiątkową.

Dyrektorem Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia został mianowany dr. W. Wróblewski, dyrektor takiegoż urzędu w Kielcach.

Szpital Izraelicki został otwarty, po wojnie gruntownie odnowiony i znacznie rozszerzony i ulepszony. Dyrektorem jego jest dr. Jan Landau (senior).

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dn. 9. b. m. o godzinie 6 tej wiecz. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych, 2) Wykład kol. W. Ziembickiego p. t. **„Kim był i co pisał o naszym kraju, a zwłaszcza o jego zdrojach, Baltazar Hacquet, członek fakultetu lekarskiego we Lwowie w epoce Józefińskiej.**

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz dozorczy.

Łódź.

Spis lekarzy, stosujących odmę sztuczną w Polsce, będzie ogłaszany corocznie, w styczniu, we wszystkich pismach ogólno-lekarskich. Nazwiska prosimy przesyłać pod adresem: Łódź, ul. Piotrkowska l. 111, Dr. Seweryn Sterling.

Wilno.

Prof. Babiński z Paryża został mianowany profesorem honorowym Uniwersytetu Stefana Batorego. Dyplom profesora honorowego wręczył Mu osobiście prof. Władyczko, w towarzystwie p. Ponińskiego, członka ambasady polskiej w Paryżu.

Z kraju.

VI. Polski Kongres przeciwalkoholowy odbył się w Katowicach w dniach 25—27 września r. b. Na trzech zebraniach plenarnych wygłosił dr. Strumiłło wykład: »Alkoholizm u młodzieży«, p. J. Szymański, referent walki z alkoholizmem w Gen. Dyr. Służby Zdrowia, wykład: »Zadanie państwa w walce z alkoholizmem«, prof. dr. Gantkowski: »Zadanie społeczeństwa w walce z alkoholizmem«, ks. Niesiołowski: »Czem zastąpić napoje alkoholowe«, prof. Didiowa: »Udział kobiety w walce z alkoholizmem«. Oprócz tego odbyło się szereg zebrań poszczególnych towarzystw przeciwalkoholowych, na których były wygłoszone referaty, między innemi o ustawie i monopolu spirytusowym.

Ze świata.

Nowa ustawa o małżeństwie i rodzinie w Sowietach. Kolegjum komisarjatu do spraw wewnętrznych opracowało projekt nowej ustawy o małżeństwie i rodzinie. Jak donoszą pisma sowieckie, treść projektu jest następująca: Nowy kodeks opiera się na zupełnej swobodzie w stosunkach małżeńskich, na ustaleniu związku krwi pomiędzy dziećmi a rodzicami, na zabezpieczeniu interesów matki i dzieci i równouprawnieniu majątkowem małżonków. Małżeństwo może być zawarte na podstawie umowy ustnej lub pisemnej, może być przerwane każdej chwili. Kobiety mogą wychodzić zamąż od 16 lat, mężczyźni mogą się żenić od 18. Zabrania się małżeństw między osobami, znajdującemi się w związku krwi w linji prostej. Prawo uznania małżeństwa należy wyłącznie do władzy cywilnej. Zawierający małżeństwo mogą nosić nazwisko męża, żony lub zostać każde przy swojem. Używanie nazwisk podwójnych jest wzbronione. Zmiana miejsca zamieszkania przez jednego z małżonków, nie zmusza drugiego do translokacji. Małżeństwo nie stwarza wspólnego prawa własności do majątku, którym małżonkowie władali osobno przedtem. Niezdolny do pracy lub bezrobotny małżonek, lub małżonka ma prawo do utrzymania przez drugiego, o ile ten jest w stanie mu je zapewnić. Prawo to nie ustaje po rozwodzie. Rozwód dokonywa się za porozumieniem obojga małżonków lub na życzenie jednego z nich. Dzieci zostają przy tym małżonku, którego wyznaczy sąd. Kobiecie, która zaszła w ciążę, a nie znajduje się w małżeństwie zarejestrowanem, wolno w czasie ciąży lub w ciągu roku po urodzeniu dziecka dochodzić praw ojcostwa, które ustali sąd, i pociąga ojca do udziału w wydatkach na utrzymanie dziecka. Dzieci obowiązane są utrzymywać niezdolnych do pracy rodziców, rodzice dzieci. Sąd może pozbawić rodziców praw rodzicielskich, »o ile korzysta się z nich ze szkodą dla dzieci«.

Organizacja Kursów wiedeńskiego Wydziału lekarskiego zawiadamia, że utworzyła »Biuro wiedeńskich kursów dla lekarzy«, które udziela wszelkich informacyj, dotyczących kursów, a więc wykładów, zajęć praktycznych, wstąpienia do kliniki i t. p., a także informacyj, dotyczących umieszczenia. Oficjalny katalog kursów (Gelbbuch) ukazuje się cztery razy do roku; wydaje go bezpłatnie biuro kursów. Adres: »Bureau der Wiener Aerztekurse«, Wiedeń VIII Schlösselgasse 22.

Sprostowanie.

W artykule »Przypadek nawrotu tężca«. Polska Gazeta Lekarska Nr. 34 i 35 na stronicy 764 w 7 wierszu od dołu zamiast słów: »wyłączenie zarazków« powinno być: »wytyczenie warunków«.

Redakcja otrzymała:

Redakcja otrzymała: L. Leszczyński: Ueber Stärketeerbäder beim Pemphigus. Odb. z Derm. Wochenschr. T. 81. Nr. 29. 1925. — T. E. K. A.: Provizora Bulteneto de Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio. Nr. 11. 1925. Lille. — A. Urbain: La réaction de Fixation dans la Tuberculose. Edit Masson 1925. — A. Martinet: Energetique clinique. Physiopathologie-Thérapeutique. Edit. Masson. 1925.

H. Higier. Die gegenseitige Stellung in klinischer, pathogenetischer und anatomisch-pathologischer Hinsicht der seiteneren Formen der entzündlichen, degenerativen und blastomatösen Hirnsklerosen im Lichte der neuesten Forschungen. Odb. z D. Ztschr. f. Nervhkd. T. 79. Z. 2. H. Higier. Pogranicze padaczki. Odb, z Warsz. Czas. Lek. 1924.

Powiatowa Kasa Chorych w Drohobyczu. Sprawozdanie za rok 1924.

K. Kosiński. Nerwy skórne poddudzia i stopy człowieka.

Wł. Szumowski. O doktoracie medycyny.

L. Hirszfeld i Seydel. Untersuchungen über die Vererbung normaler Antikörper I. u. II. (Sonderabdruck Z. f. Hygiene.).

L. Hirszfeld. Sprawozdanie z działalności naukowej Państwowego Zakładu Higjeny i Państwowego Zakładu badania surowic w Warszawie. (Odbitka »Medycyny doświadczalnej i społecznej« 1925).

L. Hirszfeld. Zagadnienia konstytucjonalizmu w świetle badań serologicznych. (Odbitka »Medycyny doświadczalnej i społecznej 1925).

Ch. Klecki et C. Pelczar. Plaquettes et choc anaphylactique. (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie).

L: Pr. 20092/1925 r.

KONKURS.

Urząd Wojewódzki we Lwowie rozpisuje konkurs na jedną posadę prowizorycznego lekarza powiatowego w VIII st. sł. oraz jedną posadę praktykanta sanitarnego w X st sł.

Podania o nadanie powyższych posad, należycie udokumentowane, a w szczególności zaopatrzone w: 1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. dyplom doktora wszech nauk lekarskich, 4. dowód uregulowania stosunku do służby wojskowej, 5. opis przebiegu życia (życiorys), wnosić należy do 31. października 1925 r. do urzędu Wojewódzkiego we Lwowie.

Kompetenci, pozostający obecnie w służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Podania osób, które przekroczyły 40 ty rok życia nie będą uwzględnione. Wojewoda: *Dr. Garapich.*

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Łuckiego na Wołyniu ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w Łuckiej Powiatowej Kasie Chorych bez uprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

L. 132/25

Konkurs.

Zarząd Powiatowy w Brzeżanach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Narajowie mieście oddalonego od m. Brzeżan 16 km., a do stacji kolejowej Dunajów 7. km. Do okręgu sanitarnego należy 16 gmin z ludnością 13 016 mieszkańców. Pobory według XII. kategorji płac urzędników państwowych wraz z ryczałtem kancelaryjnym i na objazdy służbowe. Podania należycie ostemplowane należy wnosić do Zarządu powiatowego w Brzeżanach najdalej do 30 października 1925, przy załączeniu: 1. dyplomu lekarskiego, 2. metryki chrztu, 3. świadectwa przynależności, 4. świadectwa odbytej conajmiej 2-letniej praktyki lekarskiej.

p. o. Sekretarza: *Roskosz.*

Komisarz rządowy Starosta: *Jakubsche.*

KONKURS.

Niniejszem ogłasza się konkurs na stanowisko Kierownika Szpitala N. N. K. w Słonimie. Pobory według IX-ej kategorji płac, mieszkanie, opał i utrzymanie. Wymagana gruntowna znajomość chirurgji, ginekologji i położnictwa. Wolna praktyka dozwolona. Ubiegający się o tę posadę zechcą nadesłać do Nowogródzkiego Województwa Wydziału Zdrowia: 1. podanie, 2. curriculum vitae, 3. dowód przynależności państwowej, 4. dyplom lekarski, 5. świadectwo zdrowia, wydane przez lekarza urzędowego

Za Wojewodę:
Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publ
(—) *Dr. Gustaw Chrzanowski.*

Ostrzeżenie!

Towarzystwo Lekarskie Ziemi Suwalskiej przestrzega Kolegów przed obejmowaniem stanowisk w Kasie Chorych miasta Suwałk, jako pozostających pod bojkotem miejscowego Towarzystwa Lekarskiego.

Za prezesa: *Dr. Barszczewski*

Sekretarz: *Lipiński*

L. I. 1909/25.

Konkurs.

Starostwo Krajowe Pomorskie poszukuje lekarzy psychjatrów dla Krajowych Zakładów Psychjatrycznych w Kocborowie i Swieciu.

Pobory VI - VIII grupy w myśl ustawy z dnia 9. X. 1923. zależnie od praktyki w psychjatrji, oraz 15% dodatek komunalny. Nadto dla VI i VII grupy specjalne wynagrodzenie od pacjentów I i II klasy.

Mieszkanie służbowe z wszelkiemi wygodami (światło elektryczne, wodociąg, kanalizacja i centralne ogrzewanie). Samotni mogą korzystać z kuchni zakładowej za niską opłatą.

Podania, zaopatrzone w świadectwa, życiorys z podaniem praktyki w psychjatrji i referencyj, wnosić należy do Starostwa Krajowego Pomorskiego w Toruniu.

L. dz. 2265/25.

KONKURS.

Zarząd Powiatowej Kasy chorych w Przemyślu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza-okulisty.

Pobory wedle umowy.

Podania należy wnosić najpóźniej do dnia 15 października 1925 na ręce Zarządu.

Do podania należy dołączyć dowód, że kandydat specjalizował się jako okulista.

Kierownik biura: *Leon Kohn*

Przewodniczący Zarządu: *Franciszek Mikruta*

Nr. 41. 11 października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Włodzimierz FILIŃSKI, st. asyst. Warszawa.

Badania nad zachowaniem się włóknikorodnej substancji w chorobach wątroby.

(Przyczynek do t. zw. krwawień cholemicznych).

Z II-ej Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warsz. (Dyrektor: prof. A. Gluziński).

Badania włóknikorodnej substancji osocza w schorzeniach wątroby podjąłem w celu wyświetlenia jej stosunku do t. zw. krwawień cholemicznych, które zajmują nieraz poważne miejsce wśród objawów chorobowych. Na skłonność do krwawień w chorobach wątroby zwracano uwagę już w czasach Hipokratesa i Galena, a nie przestają mówić o tem do obecnej chwili. Szczególną obawę wzbudzają krwawienia cholemiczne przy zabiegach operacyjnych. Nadmienić jeszcze trzeba, że często mamy do czynienia tylko z usposobieniem krwotocznem, nie przejawiającem się na zewnątrz, a skutki jego występują dopiero po operacji w postaci silnych zewnętrznych lub wewnętrznych krwotoków. Mayo, omawiając sprawę krwawień cholemicznych, powołuje się na statystykę Bella i Waltera, którzy u zmarłych po operacji w żółtaczce, w 53% przypadków znajdowali w jamie otrzewnej krew w ilości wystarczającej do spowodowania śmierci. Powód do tej utraty krwi dawały zawsze krwawienia z naczyń włosowatych, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym zsunęła się podwiązka z tętnicy pęcherzykowej.

Przyczyny krwawień cholemicznych dopatrywano się przedewszystkiem w osłabieniu krzepliwości krwi, które ma być nieraz bardzo znaczne. Eppinger wspomina o przypadku zaniku wątroby, w którym krew, pobrana przed śmiercią, pozostała w cylindrze nieskrzepniętą aż do następnego dnia. Nolf i inni, podają o utracie zdolności krzepnięcia krwi, u zwierząt po zatruciu fosforem, lub po wycięciu wątroby.

Osłabienie krzepliwości krwi, może nastąpić z wielu powodów. Niewyjaśnione jest jeszcze, który z nich, i czy jeden tylko, odgrywa rolę czynnika zmniejszającego własności krzepnięcia krwi w chorobach wątroby. Co do tego, zdania autorów są podzielone.

Sądzono więc przedewszystkiem, że krzepliwość krwi, zmniejsza się wskutek wessania żółci. Al. Schmidt przypisuje to przechodzącym do krwi solom kwasów żółciowych. Morawitz i Bierich sprawdzali działanie żółci *in vitro;* okazuje się, że można w ten sposób zapobiec krzepnięciu krwi, ale nasycenie żółcianów powinno wynosić $^1/_2$—1%. Powiadają oni jednak, że w stanach chorobowych u człowieka zawartość żółcianów we krwi nie dochodzi prawie nigdy do takiej koncentracji, to też mają one nie odgrywać decydującej roli w krwawieniach cholemicznych. Morawitz i Bierich czynią natomiast osłabioną krzepliwość krwi cholemicznej zależną od braku fibrynfermentu czyli trombiny. Trombina znajduje się we krwi w stanie nieczynnym, jako trombogen, który dopiero pod wpływem trombokinazy w obecności soli wapniowych zamienia włóknikorodną substancję (fibrynogen) na włóknik. Mayo i Wirth dopatrują się przyczyny krwawień cholemicznych przedewszystkiem w braku soli wapniowych; prawidłowa krzepliwość krwi w chorobach wątroby może być przywrócona przez dożylne podawanie chlorku wapniowego.

Najwięcej bodaj mówi się jednak o zmniejszeniu się we krwi chorych z cierpieniami wątroby samej włóknikorodnej substancji; brak materjału do wytworzenia skrzepu miałby więc być przyczyną długotrwałego krwawienia. Doyon uważa wątrobę za główne miejsce wytworzenia substancji włóknikorodnej. Zgodnie z tem przypuszczeniem znajduje on zmniejszenie fibrynogenu we krwi po wycięciu wątroby i po wszelkich jej uszkodzeniach, jako to po zatruciu fosforem, chloroformem, pod wpływem działania *seri hepatotoxici.* Nolf również stwierdza zmniejszenie się zawartości fibrynogenu w związku z uszkodzeniem wątroby, nie uważa on jednak wątroby za narząd dostarczający włóknikorodnej substancji. Th. Müller wytwarzanie fibrynogenu przypisuje szpikowi kostnemu, a Dastre i Mathews — jelitom. Wypadnięcie czynności wątroby prowadzi według Nolfa do wzmożonego rozpadu włóknikorodnej substancji dzięki fibrynolitycznym zaczynom, pochodzącym z śródbłonka i ciałek białych krwi; wątroba ma bowiem zadanie zapobiegać tej fibrynolizie.

Wyniki badań klinicznych nad zawartością fibrynogenu we krwi chorych na wątrobę nie doprowadziły do uzgodnienia zdań. Isaac-Krieger i Anna Hiege, Levi-Crailsheim i Kisch podają, że ilość fibrynogenu zmniejsza się w chorobach wątroby, połączonych z zajęciem miąższu, lecz znów zaprzeczają temu Schultz i Scheffer. W badaniach Kischa, zwraca na siebie uwagę to, że w niektórych przypadkach schorzeń wątroby znajduje się nawet zwiększona ilość fibrynogenu. Chcąc wytłumaczyć to zjawisko; autor ucieka się do przypuszczenia wzmożonej czynności nieuszkodzonych części narządu.

W własnych badaniach, poza fibrynogenem, interesowałem się jeszcze zachowaniem się trombiny. Oznaczanie jej chciałem przeprowadzić sposobem rozcieńczenia według Wohlgemutha; muszę jednak powiedzieć, że sposób ten jest kłopotliwy, a wyniki są zbyt jednobrzmiące w różnych przypadkach, aby można było uważać je za pewne. Z drugiej strony do sposobu tego jest potrzebne osocze psa, które z biegiem czasu zmienia swoje własności, nawet po przechowywaniu w lodowni, i przez to prowadzi do pomyłek. Poprzestałem więc na sposobie Stephana, który coprawda daje pojęcie nietylko o zawartości trombiny, ale o całości wszystkich czynników przyśpieszających krzepnięcie krwi. Określa się więc najpierw czas krzepnięcia prawidłowej krwi, dając jej 20 kropel między ściśnięte szkiełka zegarkowe; wynosi on zwykle od 10—20 minut. W drugiej parze szkiełek oznacza się czas krzepnięcia tejże krwi z dodaniem 0.05 cm sz. surowicy badanej; dzięki zawartości trombiny, surowica ta przyśpiesza utworzenie się skrzepu. Stosunek czasu krzepnięcia krwi w pierwszej parze szkiełek do takiegoż czasu — w drugiej, będzie wskaźnikiem czynników przyśpieszających krzepnięcie (Cz. Prz. Krz.; norma = 1.4—1.8), który da nam pośrednie pojęcie o ilości trombiny.

Fibrynogen określałem jako różnicę między ilością białka w osoczu i w surowicy, oznaczoną refraktometrycznie. Aby otrzymać osocze trzeba do krwi dodać hirudyny, ażeby zapobiec krzepnięciu; dodanie bowiem cytrynianu czy też innych soli lub salwarsanu wpływa na zmianę refrakcji. Brak hirudyny na rynku, zmusza do tego, aby się bez niej obejść. Leenderzt i Gromelski, dodają do krwi odpowiednią ilość cytrynianu sodowego i chlorku wapniowego i otrzymują osocze, które krzepnie dopiero po pewnym czasie; mają oni wtedy czas obejrzeć w refraktometrze najpierw osocze, a później po skrzepnięciu oddzieloną od niego surowicę. Ominąłem tę trudność nie dodając do krwi żadnych soli, a przystawiając choremu do ręki pijawkę. Z ranki po jej usunięciu wycieka krew, która długi czas nie krzepnie, którą można wirować i oddzielone osocze obejrzeć w refraktometrze; potrzebna zaś do tego ilość osocza jest, jak wiemy tak nieznaczna, że wystarcza zebranie kilkunastu kropel krwi. Z nacięcia skóry na palcu pobierałem znów krew, aby po odwłóknieniu otrzymać do tego samego celu surowicę.

Wyniki badań zebrane są w następującej tablicy. Wskaźniki refraktometryczne są nieobliczone, bo one nas nie interesują; podaję tylko podziałki skali refraktometru, które według tablicy przeliczyłem na ilość białka.

	ROZPOZNANIE	Krzepliwość krwi	Cz. Prz. Krz.	Podziałki skali refraktometru		% białka		Włóknikorodna substancja	Uwagi
				Os.	Sur.	Os.	Sur.		
1	Icterus catarrhalis	18	2.0	54.2	52.6	7.04	6.68	0.36	
2	Icterus catarrhalis	20	1.4	55.0	54.0	7.20	6.98	0.22	
3	Icterus mechanicus ex cholelith.	9	2.2	62.5	59.4	8.72	8.14	0.58	
4	Icterus mechanicus ex cholelith.	17	1.3	58.3	56.9	7.92	7.62	0.30	
5	Icterus mechanicus ex cholelith.	19	2.0	62.1	60.5	8.73	8.39	0.34	
6	Icterus mechanicus ex cholelith.	12	2.1	59.6	55.5	8.19	7.31	0.88	
7	Icterus mechanicus ex cholelith.	20	1.4	57.0	55.7	7.63	7.35	0.28	
8	Icterus mechanicus ex cholelith.	18	1.3	61.3	59.7	8.53	8.21	0.32	
9	Icterus mechanicus ex cholelith.	13	1.8	59.6	57.6	8.19	7.76	0.43	
10	Icterus mechanicus ex cholelith.	25	1.2	57.1	55.3	7.65	7.27	0.38	krwawienia
11	Icterus mechanicus ex cholelith.	30	1.2	54.5	54.0	7.09	6.98	0.11	
12	Icterus mechanicus ex cholelith.	19	1.6	54.8	53.7	7.16	6.94	0.22	
13	Icterus mechanicus ex cholelith.	34	1.2	50.9	50.5	6.32	6.23	0.09	krwawienia
14	Icterus ex carcin. vesic. fell.	19	1.8	57.9	55.5	7.83	7.31	0.52	
15	Icterus ex carcin. vesic. fell.	20	1.6	53.7	53.0	6.92	6.77	0.15	
16	Icterus ex carcin. pancreatis	27	1.3	65.5	61.3	9.46	8.45	1.10	
17	Icterus ex carcin. pancreatis	14	1.9	65.0	62.1	9.35	8.73	0.62	
18	Icterus ex hepatit. luet.	18	1.9	60.5	58.4	8.59	7.93	0.47	
19	Hepatitis luetica (Subicterus)	19	1.7	58.3	56.7	7.91	7.59	0.32	
20	Cirrhosis atr. (Subicterus)	16	1.5	55.5	54.1	7.31	7.00	0.31	
21	» » (Subicterus)	25	1.2	—	—	—	—	0.24	*)
22	» » (Subicterus)	27	1.2	—	—	—	—	0.16	*) krwawienia
23	Cirrhosis card. (Subicterus)	15	1.9	54.6	53.4	7.11	6.85	0.26	
24	Hepar venost. (Subicterus)	17	1.7	56.4	54.9	7.50	7.18	0.32	

*) W tych dwóch przypadkach włóknik oznaczono wagowo.

Przeglądając tę tablicę widzimy zmniejszenie się zawartości fibrynogenu w porównaniu z ilością prawidłową, wynoszącą w obrębie szerokich wahań około 0.2%, zaledwie w czterech przypadkach. W dwóch z pośród nich niedostatek fibrynogenu idzie w parze z obecnością krwawień. Pozatem w wielu innych przypadkach widzimy nawet znaczne nieraz zwiększenie włóknikorodnej substancji we krwi, pomimo silnej długotrwałej żółtaczki, naprzykład w raku trzustki, zamykającym wspólny przewód żółciowy, lub w kamicy powodującej jego niedrożność. Nie można zatem powiedzieć, aby zawartość fibrynogenu we krwi była w jakimś ścisłym związku ze stopniem żółtaczki czy też z niedomogą wątroby, jakkolwiek w niektórych przypadkach ilość jego jest rzeczywiście zmniejszona. Częściej o wiele spotykamy w schorzeniach wątroby zmniejszenie krzepliwości krwi, idące do pewnego stopnia równobieżnie z osłabieniem czynników przyśpieszających krzepnięcie, wśród których trzeba mieć na względzie przedewszystkiem trombinę. Kwasy żółciowe chociaż nie dochodzą do tej koncentracji, aby same przez się powodowały niekrzepnięcie krwi, to jednak obok innych czynników, mogą temu sprzyjać. W każdym razie zmniejszenie krzepliwości krwi, choćby ono było niezależne od braku fibrynogenu, nie jest także współmierne z ciężkością uszkodzenia wątroby.

Wydaje się, że krwawień w chorobach wątroby nie można uzależniać tylko od zmian w krzepliwości krwi, ale jeszcze od kruchości naczyń krwionośnych; świadczy o tem poniekąd skłonność do wybroczyn podskórnych, po wszelkich drobnych urazach. Stan naczyń wytłumaczy nam to, że krwawienia nie towarzyszą przecież wcale wszystkim przypadkom znacznej niedomogi wątroby. Schorzenie jej prowadzić może do nadwyrężenia ścian naczyniowych, szczególniej wtedy, kiedy spotka się ono z ich wrodzoną lub nabytą słabością. O znaczeniu kruchości naczyń dla powstawania krwawień cholemicznych mówili już Castaigne i Chiray, Toelg i Neusser oraz Blumenau.

Piśmiennictwo:

1) Blumenau E. Arch. f. Verd. 1920, Bd. XVII, S. 1. — 2) Castaigne J. et Chiray M. Maladies du foie, Paris 1910. 3) Isaac-Krieger K. u. Hiege A. Klin. Woch. 1923, Jg. II, S. 1067. — 4) Kisch F. Kl. Woch. 1923, Jg. II, 1452. — 5) Leenderzt G. u. Gromelski G. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.

1922, Bd. 94, S. 114. — 6) Lewi-Crailsheim P. Ztschr. f. exp. Med. 1923, Bd. 32, S. 468. — 7) Mayo W. Surg., Gynec. and Obst. november 1921. — 8) Morawitz P. u. Bierich R. Arch. f. exp. Path. 1907, Bd. 56, S. 115. — 9) Scheffer W. Kl. Woch. 1923, Jg. II, S. 1456. — 10) Schulz W. u. Scheffer W. Berl. kl. Woch. 1921, Jg. 58, S. 789. — 11) Stephan R. Münch. med. Woch. 1920, Jg. 67, S. 309. — 12) Toelg J. u. Neusser E. Z. f. kl. Med, 1884, Bd. VII, S. 321.

Doc. Dr. Tadeusz TEMPKA, asystent kliniki. Kraków.

Badania kliniczne nad wpływem wody z II. otworu wiertniczego w Krynicy (źródła »Zubera«) na przemianę azotową, oraz wydzielanie soku żołądkowego i treści dwunastnicowej.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. dr. Witold Orłowski.

Dokończenie.

Co się tyczy mechanizmu działania »Zubera« na sprawność wydzielniczą żołądka, to należy mieć na względzie, że »Zuber«, podobnie jak i każda inna woda mineralna, jest mieszaniną najrozmaitszych składników i że jego wpływ na tę czynność musi być oczywiście wypadkową działania wszystkich tych składników Najważniejsze jego składniki farmakodynamiczne, jako bodźce dla czynności wydzielniczej żołądka, są dwuwęglan sodu, chlorek sodu i bezwodnik kwasu węglowego. Co się tyczy wpływu dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą żołądka, to zdania nie są jednolite. Jeszcze z badań Pawłowa (6 i 12) i innych wynikałoby, że dwuwęglan sodu upośledza tę czynność; z drugiej strony jednak podnoszą, że dwuwęglan sodu, wprowadzony do żołądka zawierającego wolny kwas solny, powoduje powstanie bezwodnika kwasu węglowego i chlorku sodu, a więc połączeń chemicznych, które właśnie podniecają czynność wydzielniczą żołądka i zmniejszają lub nawet zobojętniają hamujący wpływ dwuwęglanu sodu. Chlorek sodu zwłaszcza w niezbyt silnem zagęszczeniu powoduje wzmożenie wydzielania błony śluzowej żołądka (6, 12), jakkolwiek nie brak głosów, że może on wywoływać, głównie w silniejszem zagęszczeniu, i obniżenie tej sprawności (13). Co do bezwodnika kwasu węglowego, to wszyscy są zgodni, że jest on silnym bodźcem dla czynności wydzielniczej żołądka (6, 14). Oprócz roli powyżej wymienionych składników »Zubera«, należy wspomnieć jeszcze i o wpływie jego ciepłoty na czynność chemiczną żołądka. Ciepłota »Zubera« przezemnie stosowana, wynosiła, poza dwoma doświadczeniami, 40 45° C. Otóż według dotychczasowych badań, wody ciepłe przyśpieszają bardzo wybitnie ruchy żołądka, natomiast nie mają żadnego, lub prawie żadnego wpływu na jego czynność wydzielniczą (6, 12). Uwzględniając wielką zawartość dwuwęglanu sodowego w »Zuberze«, natomiast znacznie mniejsze ilości chlorku sodowego i bezwodnika kwasu węglowego, możemy wnosić, że główny wpływ na czynność wydzielniczą żołądka ma tu właśnie dwuwęglan sodu. Tego rodzaju zdanie należy jednak wypowiedzieć z wielkiem zastrzeżeniem, albowiem, jak wiadomo, o wartości farmakodynamicznej danej wody mineralnej, rozstrzyga nie tylko bezwzględna ilość jej składników, lecz także ich wzajemny stosunek ilościowy, ich mieszanina, a nadto takie czynniki, jak radjoaktywność i własności katalityczne, przyczem właśnie nawet najdrobniejsze ilości jakiegoś niepozornego składnika mogą mieć wielkie znaczenie. Wreszcie i to może najważniejszą rolę odgrywa tu sposób, w jaki ustrój oddziaływa na doprowadzenie do niego danej wody mineralnej: woda mineralna wprowadzona do ustroju przedstawia pewną energję, pewien bodziec, wyrażony jej ciśnieniem osmotycznem i objętością; organizm jest przesiąknięty płynami, które są rozczynami, a więc także posiadają pewne ciśnienie osmotyczne i tem samem pewien stopień energji. Przy zetknięciu się tedy tych dwu ilościowo różnych energji musi nastąpić ich wyrównanie, odbywające się w kierunku od większej do mniejszej, przyczem wpływ rozstrzygający odgrywa tu nie tylko ilość doprowadzonej energji, ale i stopień różnicy między energją doprowadzoną a będącą już w ustroju i ten właśnie czynnik rozstrzyga prawdopodobnie o ilościowej i jakościowej stronie odczynu ustroju (6).

Nie może nas tedy zbytnio dziwić, że te same wody mineralne tak u różnych, jak i u tego samego osobnika użyte w tych samych warunkach i w tej samej ilości — mogą przecież wywierać odmienne skutki. Tem też tłumaczą się może przytoczone powyżej wahania w działaniu »Zubera«. Nie stanowi on pod tym względem wyjątku, albowiem podobnych przykładów znajdujemy pełno w piśmiennictwie. Tak n. p. Bickel (6, 12), Linossier, Robin i Mathieu (6, 12) stwierdzili, że szczawy alkaliczne podniecają sprawność wydzielniczą żołądka, przeciwnie Hayem (6) przyjmuje wpływ hamujący, Odnośnie do wód glauberskich wykazali Jaworski (6), Noorden (6), J. Schütz (12) i Heinsheimer (6), że zobojętniają one treść żołądkową i hamują trawienie peptyczne; przeciwnie Ewald, Sandberg (6), Mesnil, Geigel i Abend (6) przychodzą do wniosku, że leczenie wodą karlsbadzką prowadzi raczej do wzmożonego wydzielania soku żołądkowego.

Przytoczyć tu muszę wreszcie wspomnianą już na początku pracę F. Kmietowicza (1), który wykazał w doświadczeniach na psie z wyodrębnionym małym żołądkiem Heidenheina-Pawłowa, że 300 cm³ nierozcieńczonego, więc hipertonicznego »Zubera«, podane 45 minut przed jedzeniem obniżają tak ilość soku żołądkowego, jak jego kwasotę i siłę peptyczną; natomiast »Zuber« podany w 1^h 30' po jedzeniu zwiększał ilość soku żołądkowego i jego kwasotę. Jakkolwiek tych doświadczeń nie można bezwzględnie porównywać z mojemi doświadczeniami ze względu na zupełnie inny materjał doświadczalny, zasadniczo odmienne warunki, w jakich się odbywały, a wreszcie i z tego powodu, że »Zuber« przezemnie stosowany był prawie izotoniczny — to jednak i z doświadczeń Kmietowicza wynika, że »Zuber« może wywoływać różny wpływ na czynność wydzielniczą żołądka, zależnie od sposobu zastosowania.

CZĘŚĆ III.

Wpływ »Zubera« na wydzielanie treści dwunastnicowej.

III. Grupa doświadczeń miała wykazać wpływ »Zubera« na wydzielanie treści dwunastnicowej. Materjał spostrzegany stanowiło 20 chorych, których ze względu na sposób przeprowadzania doświadczeń, należy podzielić na dwa działy.

Dział I. obejmuje 8 przypadków, wszystkie z roku szkolnego 1923/24, mianowicie 2 przypadki wrzodu trawiennego żołądka (Sz. B. panna l. 24. L. dz. kl. 109 i S. Ł. l. 33 mężcz. L. dz. 164), 2 przypadki nerwicy żołądka (P. J. mężczyzna l. 27. L. dz. 199 i S. T. panna l. 26. L. dz. 195), 1 przypadek podostrego zapalenia woreczka żółciowego (Ch. K. mężcz. l. 49. L. dz. 200), 1 przypadek *Polydipsia nervosa* (D. G. mężcz. l. 20. L. dz. 269), 1 przypadek choroby Raynauda (J. J. panna l. 19. L. dz. 185) i 1 przypadek niedokrwistości wtórnej (R. L. kob. l. 56. L. dz. 182). Doświadczenia te miały jedynie charakter orjentacyjny. Chorym tym wprowadzałem przez zgłębnik dwunastnicowy, podobnie jak i w poprzednich doświadczeniach, po 200 cm³ mieszaniny w równych częściach »Zubera« i wody wodociągowej o ciepłocie 40—45° C. i zbierałem w ciągu pierwszych, co najmniej, 15 minut wydzielającą się treść i porównywałem ją z treścią wydzieloną bezpośrednio przed wprowadzeniem »Zubera«, pod względem ilości i barwy. W 2 doświadczeniach podałem, po uzyskaniu już treści pod wpływem »Zubera«, w celach porównawczych jeszcze po 5 g. soli karlsbadzkiej, rozpuszczonej w 100 cm³ wody zwykłej o ciepłocie 40° C., w jednem zaś, również w tym samym celu, oprócz »Zubera«, zastosowałem następnie kolejno w ciągu tego samego doświadczenia jeszcze 200 cm³ Mühlbrunu o 45° C. i 100 cm³ 25% siarkanu magnowego o ciepłocie pokojowej. Wyniki tych badań dają się ująć następująco: Ogólna ilość treści uległa pod wpływem »Zubera« w 6 przypadkach wzmożeniu, w jednym pozostała bez zmiany, w jednym zaś uległa spadkowi. Natężenie zabarwienia bursztynowego, będące miarą, ilości bilirubiny, ulegało stale mniej, lub więcej wybitnemu osłabieniu; natomiast w 2 przypadkach przyszło po począt-

kowem wyjaśnieniu treści, do następowego wzmożenia się zabarwienia, co w jednym przypadku przejawiło się zaznaczeniem, w drugim zaś nawet wyraźnem pojawieniem się ciemnej treści, oznaczanej jako żółć B. Pod wpływem soli karlsbadzkiej przyszło w obu przypadkach tak do wzmożenia się ilości treści, jak i wystąpienia żółci B. Natomiast w doświadczeniu, gdzie podałem gorący Mühlbrun, wzmogła się wprawdzie ogólna ilość treści, lecz żółć B. nie pojawiła się; natomiast zastosowanie bezpośrednio potem siarkanu magnu spowodowało tak zwiększenie ilości treści, jak i wydzielenie ciemnej żółci B.

Dział II. obejmuje 12 przypadków wszystkie z roku szkolnego 1924/25. (J. T. mężcz. l. 32. L. dz. 1. *Hypersecr. cont. ventr. Ulcus iuxtapyl.;* J. Br. mężcz. l. 44. L. dz. 73. *Cholecystitis chr.;* M. S. mężcz. l. 48. L. dz. 97. *Ulcus pept. ventr.;* N. K. mężcz. l. 37. L. dz. 99. *Cholecystitis chr.;* N. W. mężcz. l. 38. L. dz. 65. *Cholecystitis subacuta;* I. B. mężcz. l. 57. L. dz. 75. *Ulcus pept. ventr.;* K. K. kobieta l. 33. L. dz. 133. *Enceph. leth.;* W. W. kobieta l. 52. L. dz. 141. *Achylia gastr. subseq. achylia pancr.;* J. R. mężcz. l. 58. L dz. 147. *Hypersecr. ventr.;* E. I. kobieta l. 40. L. dz, 159. *Achylia gastr. subseq. hypochylia pancr.;* J. B. mężcz. l. 57. L. dz. 175. *Ulcus duodeni pept.;* Z. M. mężcz. l. 34. L. dz. 173. *Enterocolitis cat. chr.*). Metodyka tych doświadczeń była następująca: Zgłębnik dwunastnicowy wprowadzałem chorym będącym naczczo. Po ustaleniu się wydzielania treści dwunastnicowej zbierałem ją najmniej w ciągu 15 minut w oddzielnych częściach, odpowiadających okresom 5 minutowym. Następnie dostawali chorzy »Zubera« w takiej ilości, jak i w poprzednich grupach doświadczeń, mianowicie po 200 cm^3 mieszaniny równej ilości »Zubera« i wody wodociągowej. W 7 przypadkach wprowadzałem go powoli, w ciągu 5 minut, wprost do dwunastnicy przez zgłębnik, natomiast w 5 innych doświadczeniach wypijali go chorzy, aby w ten sposób dostarczyć badaniu warunków fizjologicznych. W 4 doświadczeniach miała mieszanina »Zubera« ciepłotę pokojową, w reszcie doświadczeń 45° C. Po wprowadzeniu »Zubera« zaciskałem ujście zgłębnika na 5 minut, aby wprowadzony płyn przeszedł do dalszych części jelita i, o ile możności nie mieszał się z wydzielającą się treścią dwunastnicową. Następnie zbierałem treść dwunastnicową średnio w ciągu 30 minut, przyczem w pierwszym kwadransie w okresach 5-minutowych. Końcowa część doświadczenia polegała na wprowadzeniu do dwunastnicy, względnie wypiciu, 50 cm^3 30% wodnego rozczynu siarkanu magnowego o ciepłocie pokojowej, poczem zbierałem treść w ciągu średnio $^1/_2$ godziny aż do chwili ewentualnego ukazania się ciemnej żółci B. Nie wchodząc bynajmniej w nierozstrzygnięty jeszcze dzisiaj mechanizm działania siarkanu magnu na wydalenie ciemnej żółci, pochodzącej z woreczka żółciowego, mogłem w ten sposób porównywać pod tym względem działanie »Zubera« z działaniem siarkanu magnowego, tego najsilniejszego, dotychczas znanego czynnika, pobudzającego wydalanie żółci B. Na tem kończyła się pierwsza część doświadczenia. Druga część, którą przeprowadzałem na tym samym chorym w kilka dni później, miała zupełnie taki sam przebieg, z tą różnicą, że zamiast »Zubera« wprowadzałem 200 cm^3 oryginalnego Mühlbrunu, aby w ten sposób uzyskać porównanie między działaniem »Zubera«, a działaniem jednego z najsłynniejszych zdrojów świata. Rzecz prosta, objętość, ciepłota i sposób wprowadzenia do ustroju «Zubera« i Mühlbrunu były w tem samem doświadczeniu zupełnie takie same. Dwa ostatnie doświadczenia były o tyle odmienne od poprzednich, że porównywałem w nich działanie »Zubera« z działaniem fizjologicznego rozczynu soli kuchennej, wprowadzonego do ustroju w takiej samej ilości, o takiej samej ciepłocie i w taki sam sposób, jak i »Zuber«. Uzyskane oddzielne części treści dwunastnicowej poddawałem badaniu fizykalnemu, chemicznemu i biologicznemu. Badanie fizykalne polegało na oznaczaniu ilości, barwy, wejrzenia i wreszcie lepkości zapomocą wiskozymetru Hessa. Oznaczanie lepkości, zamiast ciężaru gatunkowego wybrałem dlatego, że bardzo często minimalna ilość treści uniemożliwiłaby mi oznaczenie ciężaru gatunkowego, podczas gdy było jej zawsze dosyć dla oznaczenia lepkości. Co się tyczy chemicznej części badania, uwzględniałem odczyn tak jakościowo, jak i ilościowo, następnie oznaczałem ilościowo bilirubinę sposobem kolorymetrycznym van den B e r g h a (15) i kwasy żółciowe, oznaczając zmianę napięcia powierzchniowego zapomocą stalagmometru T r a u b e g o, obliczając równocześnie wszystkie ilości w odniesieniu do t. zw. stalagmometru normalnego (16), dla uzyskania jednolitej skali porównawczej. Badanie biologiczne polegało na oznaczaniu ilościowem lipazy sposobem B o n d i e g o (17). W ten sposób uwzględniałem zasadnicze składniki głównych wydzielin, względnie wydalin, tworzących treść dwunastniczą, mianowicie żółci i soku trzustkowego. Nie uwzględniałem urobiliny, urobilinogenu ani cholesteryny dlatego, że są one mniej ważne, niż bilirubina i kwasy żółciowe, po drugie zaś dlatego, że bardzo często brakłoby materjału do badań, a wreszcie i dlatego, że było wprost fizyczną niemożliwością przeprowadzić naraz tyle badań i to bardzo szybko ze względu na prędki rozkład treści. Z tych samych względów nie oznaczałem ani trypsyny, ani amylazy, jak również i dlatego, że oba te zaczyny, w przeciwieństwie do lipazy, są mniej charakterystyczne dla treści trzustkowej.

Zanim przedstawię ogólne wyniki powyższych 12 doświadczeń, zaznaczę, że odnoszą się one tylko do pewnej części wydzielonej treści dwunastnicowej, gdyż druga jej część, nie dająca się ilościowo określić, dostawała się, oczywiście, z dwunastnicy dalej do jelita cienkiego. Ogólne wyniki brzmią tedy następująco:

A) 1. W 5 przypadkach (2 przypadki przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego, 2 przypadki wrzodu trawiennego żołądka i 1 przypadek niedomogi wydzielniczej żołądka) w których »Zubera« w p r o w a d z a ł e m w p r o s t d o d w u n a s t n i c y, występowało stale b a r d z o w y b i t n e w z m o ż e n i e s i ę o g ó l n e j i l o ś c i t r e ś c i d w u n a s t n i c o w e j wraz z o b n i ż e n i e m s i ę j e j l e p k o ś c i i równoczesnem w y b i t n e m z m n i e j s z e n i e m s i ę z a w a r t o ś c i b i l i r u b i n y w jednostce objętości soku. Ilość k w a s ó w ż ó ł c i o w y c h a l b o u l e g a ł a w z m o ż e n i u, niekiedy bardzo wybitnemu, albo pozostawała bez zmiany. I l o ś ć l i p a z y zawarta w jednostce treści dwunastnicowej wydalonej pod wpływem »Zubera« ulegała stale spadkowi, natomiast o g ó l n a i l o ś ć l i p a z y zawarta w całej ilości soku wydzielonego pod wpływem »Zubera«, w y k a z y w a ł a b a r d z o s i l n y w z r o s t. Ciemna treść, wskazująca na pochodzenie z woreczka żółciowego, nie pojawiła się ani razu po podaniu »Zubera«. W przypadku, w którym zastosowano »Zubera« o ciepłocie pokojowej był skutek taki sam, jak i w przypadkach gdzie ciepłota jego wynosiła 45° C. Ilościowe oznaczanie odczynu treści dwunastnicowej wykazywało zupełnie niejednolite wahania, przy stale zasadowym odczynie.

2. Wprowadzenie u tych samych chorych w celach porównawczych M ü h l b r u n u w tej samej ilości i w taki sam sposób, jak i »Zubera«, wywołało we wszystkich przypadkach prawie takie same skutki, jak i wprowadzenie »Zubera« mianowicie wzrost ogólnej ilości treści wraz z obniżeniem się jej lepkości i spadkiem zawartości bilirubiny w jednostce objętości. Również i ilość kwasów żółciowych ulegała wzmożeniu lub pozostawała bez zmiany. Ilość lipazy w jednostce objętości treści dwunastnicowej stale spadała, natomiast ogólna ilość lipazy wzrastała. Różnica między działaniem »Zubera«, a Mühlbrunu była następująca: W dośw. I., w którem pod wpływem »Zubera przyszło do wybitnego wzrostu ilości kwasów żółciowych, wystąpiło pod działaniem Mühlbrunu jej obniżenie. W dośw. III., gdzie »Zuber« o ciepłocie pokojowej powoduje wzmożenie się ogólnej ilości lipazy, tam Mühlbrun o takiej samej ciepłocie powoduje jej spadek. Natomiast w dośw. II. zaznaczył się wybitniej wpływ Mühlbrunu, który, w przeciwieństwie do »Zubera«, spowodował wzmożenie się zawartości bilirubiny i kwasów żółciowych, przy równoczesnem pojawieniu się ciemnej treści B. Odczyn był stale zasadowy, okazując zupełnie niejednolite ilościowe wahania.

3. S i a r k a n m a g n o w y wywoływał to wzrost, to spadek ogólnej ilości treści, natomiast lepkość wzmagała się lub, niekiedy, pozostawała bez zmiany. Zawartość bilirubiny przeważnie ulegała wybitnemu wzmożeniu, czego wyrazem było

równoczesne pojawianie się żółci B. W 3 jednak doświadczeniach ilość bilirubiny pozostała bez zmiany. Ilość kwasów żółciowych natomiast ulegała stale wzmożeniu, raz tylko pozostała bez zmiany. Ilość lipazy tak w jednostce objętości treści, jak i ogólna doznawała, z wyjątkiem jednego razu, zawsze obniżenia.

B) 1. W 5 przypadkach (1 przypadek *cholecystitis subac.*, 1 przyp. *Ulcus pept. ventriculi*, 1 przyp. *Achylia gastrica*, 1 przyp. *hypersecr. ventr.* i 1 przyp. *Encephalitis letharg.*), w których chorzy wypijali »Zubera«, były wyniki następujące: Ogólna ilość treści w 3 przypadkach, gdzie ciepłota »Zubera« wynosiła 45° C i w 1 przypadku, gdzie podano »Zubera« o ciepłocie pokojowej – wzrastała, natomiast w drugim przypadku zastosowania chłodnego »Zubera« spadła. Lepkość treści jak i zawartość bilirubiny w jednostce objętości stale się zmniejszały, natomiast ogólna ilość bilirubiny wzrastała. Ilość kwasów żółciowych w 1 przypadku podania »Zubera« o ciepłocie pokojowej spadła, w drugim zaś przypadku zastosowania »Zubera« gorącego wzrosła: w pozostałych przypadkach nie można było ocenić zachowania się kwasów żółciowych z powodu braku odpowiedniej ilości treści. Ilość lipazy ulegała stale spadkowi w jednostce objętości treści, natomiast ogólna ilość doznawała zawsze wybitnego wzmożenia, z wyjątkiem 1 przypadku, gdzie podano chłodnego »Zubera«. Treść ciemna z woreczka żółciowego nigdy się nie pojawiła.

2. Zastosowanie doustne Mühlbrunu u tych samych chorych wywoływało stale wzrost ogólnej ilości treści. Lepkość ulegała spadkowi. Zawartość bilirubiny w jednostce objętości stale spadała. Ilość kwasów żółciowych zachowywała się niejednostajnie, gdyż w 1 przypadku zastosowania chłodnego »Zubera« doznała wzmożenia, w drugim zaś spadła; w pozostałych przypadkach nie można było określić zachowania się tego składnika z powodu niedostatecznej ilości treści. Ilość lipazy w jednostce objętości stale spadała, natomiast ogólna ilość lipazy wzrastała, z wyjątkiem 1 przypadku, gdzie pod wpływem chłodnego Mühlbrunu przyszło do spadku ogólnej ilości treści i tem samem ogólnej ilości lipazy. Treść z woreczka żółciowego nie zjawiła się ani razu. Wyniki więc były zasadniczo takie same, jak i po wypiciu »Zubera«. Różnica polegała na tem, że w doświadczeniu VII. »Zuber« o ciepłocie pokojowej — wzmógł wybitnie ogólną ilość lipazy, zaś również o takiej samej ciepłocie Mühlbrun ją obniżył; natomiast w doświadczeniu IX., w którem chłodny »Zuber« spowodował spadek ogólnej ilości treści i lipazy, wzmógł chłodny Mühlbrun tak ilość treści, jak i całkowitą ilość lipazy.

3. Siarkan magnu podany u tych chorych doustnie powodował to spadek to wzrost ogólnej ilości treści. Lepkość stale się zwiększała, zawartość bilirubiny przeważnie wzrastała, niekiedy pozostąwała bez zmiany. Ilość kwasów żółciowych, z wyjątkiem jednego przypadku (dośw. IX.) stale wzrastała. Ilość lipazy zachowała się niejednostajnie okazywała jednak przeważnie skłonność do spadku. Treść z woreczka żółciowego pojawiła się tylko w dwu przypadkach.

C) W przypadku (*Ulcus duodeni*) wprowadzenia do dwunastnicy gorącego roztworu fizjologicznego soli kuchennej zwiększyła się ogólna ilość treści, lepkość pozostała bez zmiany, bilirubina bardzo wybitnie się zmniejszyła, bo prawie zupełnie znikła. Ilość lipazy w jednostce objętości treści spadła, natomiast ogólna jej ilość się powiększyła. Zachowania się kwasów żółciowych nie można było określić z braku materjału. Treść z woreczka żółciowego nie pokazała się. Zastosowanie w tym samym przypadku bezpośrednio przedtem »Zubera« miało taki sam skutek z tą różnicą, że ogólna ilość treści spadła. W drugim przypadku *(Enterocolitis cat. chr.)*, w którym wprowadziłem do dwunastnicy roztwór fizjologiczny soli kuchennej o ciepłocie pokojowej wystąpiło wzmożenie się ilości treści. Lepkość nie uległa zmianie, bilirubina doznała bardzo wybitnego wzmożenia, gdyż pojawiła się nawet treść z woreczka żółciowego. Ilość lipazy względna i ogólna silnie się zwiększyły. Zbadaniu zachowania się kwasów żółciowych stanął na przeszkodzie brak odpowiedniej ilości treści. To wybitne działanie chłodnego roztworu soli kuchennej było tem więcej charakterystyczne, że zastosowanie u tego samego chorego bezpośrednio przedtem »Zubera« wywołało jedynie wzrost ogólnej ilości treści, natomiast lepkość, bilirubina i lipaza uległy wyraźnemu spadkowi.

Zaznaczyć wreszcie wypada, że powyższe wyniki wszystkich 12 doświadczeń występowały już w ciągu pierwszych 15 min. od chwili zastosowania czy to »Zubera«, czy Mühlbrunu, czy siarkanu magnu, czy fizjologicznego roztworu soli kuchennej.

Ogólne tedy wnioski wynikające z obu ostatnich grup doświadczeń, brzmią następująco:

1. «Zuber«, czyto wprowadzony wprost do dwunastnicy, czyto wypity, powoduje z zasady wzmożenie się ilości treści dwunastnicowej przy równoczesnem zmniejszeniu się jej lepkości i spadku w jednostce objętości treści tak ilości bilirubiny, jak i lipazy; natomiast bezwzględna ilość barwików żółciowych i lipazy doznaje wybitnego wzmożenia z powodu wzrostu ogólnej ilości treści. Niekiedy powoduje »Zuber« nawet wydobycie się treści z woreczka żółciowego. Kwasy żółciowe zachowują się niejednakowo, na ogół jednak okazują wyraźną skłonność do zwiększonego wydalania się. Działanie »Zubera« gorącego i chłodnego nie okazuje różnic jakościowych, tylko do pewnego stopnia ilościowe, w tem znaczeniu, że» Zuber« gorący działa na ogół silniej, co wyraża się zwłaszcza w pojawianiu się czasem pod jego wpływem żółci B. Ostatecznie oceniając wpływ »Zubera« na wydzielanie się treści dwunastnicowej możemy powiedzieć, że powoduje on wydzielanie treści uboższej wprawdzie w składniki w jednostce objętości w porównaniu z treścią wydzieloną samoistnie, jednakże ze względu na wybitnie wzmożoną ogólną ilość treści dwunastnicowej, przychodzi do znacznego zwiększenia bezwzględnej ilości wydzielonych składników żółci i soku trzustkowego, czyli, że »Zuber« działa wybitnie żółciopędnie i wzmaga wydzielanie trzustkowe.

2. Działanie »Zubera« jest tak jakościowo, jak i ilościowo zupełnie identyczne z działaniem Mühlbrunu, a nawet niekiedy okazywał »Zuber« silniejsze działanie, zwłaszcza odnośnie do wpływu na wydzielanie lipazy.

3. Stosunek działania »Zubera«, a zarazem i Mühlbrunu, do działania siarkanu magnu przedstawia się w ten sposób, że siarkan magnu działa daleko silniej żółciopędnie, co wyraża się tak w stale znacznie wzmożonem wydzielaniu kwasów żółciowych, jak i bardzo częstem występowaniu ciemnej żółci B.; natomiast w przeciwieństwie do »Zubera« i Mühlbrunu powoduje przeważnie upośledzenie wydzielania lipazy.

* * *

Badań nad działaniem wód mineralnych polskich na wydzielanie treści dwunastnicowej przy użyciu zgłębnika dwunastnicowego niema zupełnie, a prawie to samo tyczy się i podobnych badań nad działaniem wód zagranicznych. Jeżeli więc teraz chodzi o porównanie moich wyników z wynikami badań innych autorów, to ograniczę się tylko do zaznaczenia, że dotychczasowe bardzo skąpe badania w tym względzie, pochodzące jeszcze z okresu przed wprowadzeniem zgłębnika dwunastnicowego, wykazały podobne rozbieżności, jakie już przedstawiłem w dwu pierwszych grupach moich doświadczeń. Tak n. p. Lewaschew (6) twierdzi, że węglan sodu i sól glauberska wzmagają wyraźnie wytwarzanie żółci i równocześnie silnie ją rozcieńczają. Przeciwnie Borodenko (6) przychodzi do wniosku, że ilościowe wahania żółci zależą jedynie od składu pokarmów i nie stoją w żadnej zależności od stosowania wód mineralnych czyto typu wód karlsbadzkich, czy jakichkolwiek innych. Winogradow (6) idzie nawet dalej i przypisuje wodom karlsbadzkim nawet hamujący wpływ na wydzielanie żółci. Podobne wyniki mamy również odnośnie do wpływu wód mineralnych na wydzielanie soku trzustkowego: Bickel (12) wykazał, że woda ze Selters i Fachingen wzmaga wyraźnie wydzielanie soku trzustkowego, natomiast alkaliczna terma borżomska (Kaukaz) ma wywierać wpływ hamujący. Na uwagę zasługują wyniki badań Damaskina (12) stwierdzające wybitny, podniecający wpływ wody zwykłej na wydzielanie soku trzustkowego; wpływ ten ma być

nie następstwem wzmożonego, pod wpływem wody, wydzielania kwasu solnego, lecz ma być bezpośredni. Przeciwnie wpływ wody zwykłej na wydzielanie żółci ma być minimalny (12). Z badań wreszcie F. Kmietowicza (2) nad psem z przewlekłą przetoką trzustkową i dwunastnicową, wynika, że »Zuber« powoduje w tych warunkach wybitnie hamujący wpływ na wydzielanie zewnętrzne trzustki. Z tych samych powodów, które wyłuszczyłem już poprzednio przy omawianiu jego doświadczenia nad wpływem »Zubera« na czynność wydzielniczą wyodrębnionego żołądka psa metodą Heidenheina-Pawłowa — nie można porównywać bezpośrednio wyników jego badań z moimi wynikami. Jednak, właśnie ze względu na to, że odbywały się one w zasadniczo odmiennych warunkach, pozwalam sobie na twierdzenie, że wyniki badań Kmietowicza i moje nie sprzeciwiają się sobie, ale są raczej wzajemnem uzupełnieniem.

Porównując ostatecznie przytoczone tu wyniki z wynikami moich badań, muszę jeszcze raz podkreślić, że zasadniczo stwierdzałem podniecający wpływ tak »Zubera«, jak i Mühlbrunu na wydzielanie treści dwunastnicowej. Ponadto dodatkowe doświadczenia XI. i XII. wykazały również bardzo wybitny wpływ tak chłodnego jak i gorącego rozczynu fizjologicznego soli kuchennej na wydzielanie żółci i soku trzustkowego. Doświadczenia te, zgadzające się z wynikami badań Damaskina, dowodzą, że wynik działania wód mineralnych, zależy nietylko od ilości i jakości jonów danej wody, ale nadto od masy wody i od sposobu, w jaki ustrój na nie oddziaływa.

Ogólne tedy najważniejsze wnioski, tyczące się działania »Zubera«, wynikające z wszystkich 3 grup moich doświadczeń, brzmią następująco:

»Zuber« stosowany przez okres 3 tygodniowy, obniża stopień przemiany azotowej, okazuje pewną skłonność do wypłukiwania z ustroju istot wyciągowych, w tem i kwasu moczowego, utrudnia rozwój bakteryj jelitowych, działa moczopędnie, obniżając równocześnie kwasotę moczu, zwiększa czynność wydzielniczą i wydalniczą narządów skórnego i płucnego, powoduje lekki spadek wagi ciała. Wpływ »Zubera« na czynność wydzielniczą żołądka jest niejednolity: czynność prawidłowa ulega naogół wzmożeniu, czynność upośledzona naogół dalszemu upośledzeniu, natomiast czynność chorobowo wzmożona ulega to jeszcze dalszemu wzmożeniu, to osłabieniu. Objawy przedmiotowe, głównie jednak podmiotowe, zależne tak od zboczeń sprawności wydzielniczej błony śluzowej żołądka, jak i od równoczesnego ewentualnego wrzodu trawiennego żołądka, przeważnie znikają zupełnie, względnie doznają znacznego polepszenia. To samo tyczy się i objawów zapalenia woreczka żółciowego; Jakiejś zależności między ustępowaniem objawów chorobowych, a zachowaniem się sprawności wydzielniczej żołądka nie daje się zauważyć. »Zuber« wzmaga wreszcie bardzo wybitnie wydzielanie treści dwunastniczej powodując równocześnie jej rozcieńczenie. Ze względu na pojawianie się niekiedy pod jego wpływem treści z woreczka żółciowego należy przyjąć, że »Zuber« działa nie tylko jako choleretieum, ale i jako cholagogum. »Zuber« w działaniu swem na wydzielanie treści dwunastnicowej stoi na tym samym poziomie, co i Mühlbrun, przyczem zaznaczyć należy, że wpływ ten wywiera w dawce o połowę mniejszej od dawki Mühlbrunu.

Zanim przejdę do omawiania zastosowania klinicznego »Zubera«, muszę uprzedzić ewentualne zarzuty, jakie mógłby mi ktoś postawić przy wyciąganiu wskazań dla jego stosowania na podstawie doświadczeń grupy I. Otóż materjał doświadczalny tej grupy stanowili ludzie bardzo młodzi i zupełnie zdrowi, a więc osobnicy, którzy nie potrzebują korzystać i przeważnie nigdy nie korzystają z leczenia zdrojowego. Oczywiście byłoby ważniejszem przeprowadzić te doświadczenie na osobach starszych, przedstawiających zaburzenia w przemianie materji wogóle. Jednakże stanęła temu na przeszkodzie trudność wynalezienia odpowiedniego materjału ludzkiego któryby się bez wszelkich zastrzeżeń i bezwzględnie sumiennie poddał temu, w każdym razie przykremu i długiemu doświadczeniu. Jednakże zupełnie jednolity wynik tych badań nie może być bez znaczenia i dla osób, przedstawiających objawy chorobowe. Natomiast materjał doświadczalny grupy II. i III. jest bez zarzutu. Ważniejszą okolicznością jest fakt, że przy stosowaniu »Zubera» w klinice odpadł rzecz prosta cały szereg czynników, które przy stosowaniu »Zubera« i wogóle wód mineralnych w miejscu ich wytrysku, mają pierwszorzędne znaczenie lecznicze. Są to czynniki tak natury fizykalnej, jak n. p. radjoaktywność, jak też i ogólnej, mianowicie ten potężny czynnik psychoterapeutyczny, jaki zawsze towarzyszy piciu wód w danem uzdrowisku. Przeciwnie w klinice musieli odczuwać chorzy niechęć do stosowania »Zubera«, tak ze względu na jednostajność diety, jak też i z powodu ciągłych zgłębnikowań żołądka i dwunastnicy. Jednem słowem wyniki stosowania »Zubera« w naszych przypadkach mają podłoże jedynie ściśle farmakodynamiczne. Przy stosowaniu go zaś na miejscu, w Krynicy, muszą być, oczywiście, jeszcze wyrazistsze z powodu dołączenia się czynnika klimatycznego i psychoterapeutycznego.

Wskazania dla leczniczego stosowania »Zubera«, wynikające z doświadczeń grupy I., są następujące: »Zuber« obniża stopień przemiany istot azotowych, czyli oszczędza je; jest więc wskazany wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z niepożądanem wzmożeniem przemiany materji wogóle, a zwłaszcza azotowej, a więc n. p. w przebiegu choroby Basedowa; wprawdzie »Zuber« powoduje spadek wagi ciała, a więc objaw nie pożądany przy chorobie Basedowa jednakże spadek ten jest tak nieznaczny że sam przez się nie mógłby stanowić przeciwskazania dla stosowania »Zubera« w tem schorzeniu. Jest on wogóle wskazany tam, gdzie chodzi nam o zaoszczędzenie zapasu azotu ustroju. Zdolność »Zubera« do wypłukiwania z ustroju istot wyciągowych należy zużyć przy rozmaitych przewlekłych zatruciach i zakażeniach a nadto w początkach miażdżycy tętnic. Skłonność »Zubera«, jakkolwiek niewybitną, do wzmożonego wydzielania z ustroju kwasu moczowego można zużytkować przy skazie moczanowej. Upośledzenie rozwoju bakteryj jelitowych pod wpływem »Zubera« może mieć zastosowanie w przypadkach nadmiernej fermentacji i nadmiernego gnicia jelitowego. Mając na oku działanie »Zubera« moczopędne i obniżające kwasotę moczu, stosować go będziemy w przypadkach kwaśnego nieżytu dróg moczowych i kamicy nerkowej, głównie moczanowej. Rzecz prosta, przy tem ostatniem wskazaniu nie będziemy się powodować tak bardzo wielką zawartością połączeń litowych w »Zuberze«, ile jego silną zasadowością i działaniem moczopędnem, gdyż i działanie wód litowych pokrywa się z działaniem moczopędnem. Większe znaczenie w tym względzie mogłyby mieć połączenia wapniowe »Zubera«, gdyż wiadomo, że sole wapniowe zwiększają zdolność moczu do rozpuszczania kwasu moczowego (12). Zwiększenie pod wpływem »Zubera« strat skórno-płucnych może mieć zastosowanie w przypadkach, gdzie jest wskazany lekki spadek wagi ciała.

Na podstawie wyników doświadczeń grupy II., mamy prawo stosować »Zubera« w przypadkach nadmiernej kwaśności żołądkowej, tak samej, jak i w połączeniu z wrzodem trawiennym żołądka. Wprawdzie obniżenie nadmiernej kwasoty wystąpiło nie we wszystkich moich przypadkach, a w niektórych nawet wystąpił ich wzrost, jednakże we wszystkich przypadkach zniknęły, względnie znacznie się zmniejszyły objawy chorobowe tak przedmiotowe, jak i podmiotowe. Jakkolwiek więc w takich przypadkach wynik ścisłego doświadczenia nie daje nam wytłumaczenia dla dodatniego działania »Zubera« i wód alkalicznych wogóle, to jednakże musimy tu dopuścić do głosu empirję, która mówi, że wody alkaliczne, a więc i »Zuber« działają dodatnio przy wzmożonej czynności wydzielniczej żołądka.

Wyniki doświadczeń grupy III., upoważniają nas do stosowania »Zubera« przy wszelkich nieżytowych sprawach dróg żółciowych, jak i woreczka żółciowego, również powikłanych kamicą; zwłaszcza wzmożone wydalanie kwasów żółciowych, utrudniające wypadanie cholesteryny, musi przeciwdziałać powstawaniu kamieni żółciowych wogóle, zwłaszcza zaś cholesterynowych. Jako bardzo ważny czynnik leczniczy występuje, obok wzmożonego wydzielania żółci, także jej rozcieńczenie, wskutek czego musi nastąpić oczywiście żywszy

prąd w drogach żółciowych, prowadzący do wzmożonego wypłukiwania z nich wydzieliny zapalnej, drobnoustrojów i ewentualnie drobnych kamyków. Również nie może być obojętne dla leczenia spraw zapalnych woreczka żółciowego, zauważone przezemnie pojawianie się niekiedy żółci B. pod wpływem gorącego »Zubera«. Wreszcie jest »Zuber« tam wskazany, gdzie mamy upośledzenie wydzielania zewnętrznego trzustki oczywiście nie na tle anatomicznem. Obok postawienia wskazań nie można pominąć i przeciwskazań dla stosowania »Zubera«, wynikających z moich doświadczeń. Za takie pierwsze przeciwskazanie uważam stany mocznicowe ze względu na zwiększone zatrzymanie azotu przez ustrój pod wpływem »Zubera«. Drugiem przeciwskazaniem są stany upośledzonej sprawności wydzielniczej żołądka, która, jak widzieliśmy, ulega jeszcze dalszemu spadkowi pod wpływem działania »Zubera«.

Przytoczone powyżej wskazania i przeciwskazania dla stosowania »Zubera«, wynikają bezpośrednio z moich doświadczeń.

Oprócz tego jednakże można częścią na podstawie składu chemicznego »Zubera« częścią na podstawie podobieństwa działania innych podobnych wód wysnuć i wskazania pośrednie t. j. takie, które nie były objęte zakresem mojej pracy. Znaczna zawartość żelaza »Zubera«, czyniąca go najsilniejszą wodą żelazistą polską i jedną z najsilniejszych wód żelazistych wogóle, mogłaby uzasadnić podawanie go w przypadkach, gdzie wskazane jest stosowanie żelaza; to teoretycznie postawione wskazanie musiałoby jednak znaleść potwierdzenie w doświadczeniu klinicznem. Ze względu na stosunkowo sporą ilość połączeń wapniowych, nadaje się »Zuber«, do podawania w przebiegu rozmaitych zaburzeń nieżytowych jelit tak ze skłonnością do biegunek jak i do zaparcia. Wielka ilość połączeń alkalicznych, obok przytoczonego już powyżej, zwiększenia wydalania skórno-płucnego, usprawiedliwia stosowanie »Zubera« przy sprawach nieżytowych dróg oddechowych. Obok tych kilku, tylko jako przykład przytoczonych wskazań, wynikających jedynie pośrednio z mojej pracy, jest, oczywiście, jeszcze szerokie pole, na któremby »Zuber« mógł znaleść zastosowanie, o ile można wnosić z działania w tym względzie innych podobnych wód mineralnych. Mam tu na myśli przedewszystkiem schorzenia przemiany materji jak cukrzyca, otyłość i dna. Zwłaszcza co się tyczy dny, może odgrywać »Zuber« wielką rolę ze względu na swą znaczną zawartość dwuwęglanu wapnia a bardzo wielką dwuwęglanu magnu. Jak bowiem wykazały doświadczenia w pierwszym rzędzie K i o n k i (6) jony wapnia i magnu działają na drobiny istot koloidalnych wręcz przeciwnie, niż soki trawienne; pod ich wpływem przychodzi mianowicie do większego zagęszczenia i zbicia drobin białka i nukleoproteidów w ten sposób, że ujemnie naładowane drobiny koloidów tracą swój ładunek elektryczny przy zetknięciu z dodatnio naładowanemi jonami wapnia i magnu i zlewają się ze sobą, tworząc większe kompleksy drobin. Ponieważ zaś wchłanianie w jelicie nukleoproteidów, tego źródła powstawania kwasu moczowego może nastąpić dopiero po bardzo dokładnem rozłożeniu ich i tak już skomplikowanej drobiny, przeto powstawanie pod wpływem jonów wapnia i magnu jeszcze większych drobin, musi rzecz prosta, przeciwdziałać wchłanianiu się nukleoproteidów i tem samem działać korzystnie w przebiegu dny.

Wspomniana już na początku empiryczna praca W. S k ó r c z e w s k i e g o (18) potwierdza rzeczywiście dodatnie wyniki stosowania »Zubera« w przebiegu dny, cukrzycy, schorzeń wątroby, nieżytu dróg moczowych i przewodu pokarmowego. Rzecz prosta, aby te wskazania uzyskały silną podstawę naukowo-doświadczalną, do tego trzeba jeszcze nie jednej, ale szeregu długich prac. W każdym razie na podstawie wyników, osiągniętych z pracy kliniki krakowskiej, możemy stwierdzić, że w »Zuberze« posiadamy na ziemiach polskich silny czynnik balneoterapeutyczny, w niczem nie ustępujący przereklamowanym wodom zagranicznym, w pierwszym rzędzie Karlsbadzkiemu Mühlbrunowi.

Piśmiennictwo:

1) K m i e t o w i c z: P. G. L. 1923. Nr. 23 i 1924. Nr. 23. — 2) D o b r z a ń s k i i K m i e t o w i c z: Nabłonek migawkowy i szczawy proste, alkaliczno-słone i alkaliczne właściwe. P. G. L. 1923. Nr. 46. — 3) T r o c h a n o w s k i: Rozbiór chemiczny wody lekarskiej w Żegiestowie. Przemyśl 1914. — 4) »Nasze zdroje« 1912. Nr. 10 i 11 i wykaz rozbiorów przesłany klinice przez Zarząd Zdrojowy Szczawnicy. — 5) C o n s t a n t: La révision de la composition des eaux minérales. Presse Méd. Nr. 7. — 6) Handb. d. klin. Hydro-Balneo- und Klimatother. Strasser-Kisch Sommer 1920. Urban und Schwarzenberg Berlin-Wien. — 7) B r u g s c h - S c h i t t e n h e l m: Klinische Laboratoriumstechnik I. Bd. S. 635. — 8) K o w a r s k y: M. Kl. 1921. Nr. 30. — 9) M o h r - B e u t e n m ü l l e r: Die Methodik der Stoffwechseluntersuchungen. Wiesbaden 1911. — 10) Handb. d. biolog. Arbeitsmeth. Abderhalden. Abt. IV. Teil 6. Heft I. S. 43. — 11) L e w i c k i i S z c z e p a ń s k i: Badania nad działaniem wody krościeńskiej. Lwowski Tyg. Lek. 1907. Nr. 16. — 12) Handb. d. Balneologie, mediz. Klimatologie und Balneographie. Dietrich, Kammer Georg. Thieme. Leipzig. 1922. T. II. — 13) B ö n n i g e r: M. m. W. 1904. — 14) P e n z o l d t: D. Arch. f. kl. M. T. 73. 1902. 15 M. C h i r a y, M. Milochevitch et L. Petrowitch: Bull. et Mem. de la Soc. Med. d. hop. de Paris. 1924. — 16) B r u g s c h - S c h i t t e n h e l m: Klinische Laboratoriumstechnik II. t. Str. 1406. — 17(M. C h i r a y et L e b o n: Le tubage duodénal. Paris. Masson 1924. str. 114. — 18) W. S k ó r c z e w s k i: Przegląd zdrojowo kąpielowy 1925. Nr. 1.

Wykłady i odczyty.

Dr. Anna MARGOLISOWA. Łódź.

Rola przychodni w walce z gruźlicą wieku szkolnego*).

Walka z gruźlicą wieku szkolnego, jak walka z gruźlicą wogóle, sprowadza się przedewszystkiem do akcji zapobiegawczej. Chodzi o to, aby dziecko w zamian za naukę w szkole nie postradało zdrowia. Jak zaś szybko szerzy się gruźlica w szkołach, dowodzą liczby J a k o b s a, według których ilość dzieci zakażonych gruźlicą wzrasta podczas lat szkolnych z 15 do 60%, a według T e l e k y'ego nawet 94%. Ażeby przeciwdziałać temu, walka z gruźlicą wieku szkolnego toczyć się powinna w dwu kierunkach:

1. zapobiegania bezpośredniego (*prophylaxis expositionis)* — przez usuwanie ze szkół źródeł zarazka, t. j. dzieci i nauczycieli chorych na gruźlicę czynną i
2. zapobiegania pośredniego (*prophylaxis dispositionis)*, t. j. przez wzmaganie ogólnej oporności ustroju dzieci szkolnych, głównie zagrożonych gruźlicą, oraz leczenie chorych.

Dla osiągnięcia tych wytycznych niezbędną jest współpraca szkoły, lekarza szkolnego, poradni i instytucyj leczniczych oraz zapobiegawczych (kolonij i półkolonij).

Dla usunięcia ze szkół roznosicieli zarazy należy u nich chorobę rozpoznać wcześnie. Trudno bywa lekarzowi szkolnemu postawić pewne i ostateczne rozpoznanie gruźlicy. Rzeczą jego jest kierowanie wszystkich dzieci chorych i podejrzanych o gruźlicę do poradni, która, mając do rozporządzenia środki pomocnicze, może pewniej ustalić rozpoznanie i orzec, czy obecność danego osobnika w szkole nie jest dla otoczenia szkodliwą. Dzieje się tak w Łodzi, gdzie ze 60.000 dzieci szkolnych lekarze szkolni kierują do poradni od 4 do 5.000 dzieci rocznie. Cały ten materjał zostaje tam badany w sposób następujący: przed badaniem lekarskiem dziecko zostaje przygotowane przez sanitarjuszkę; zbiera się i spisuje dokładne wywiady, stwierdza wagę, wzrost i ciepłotę ciała i bada plwociny.

Badanie lekarskie ma na celu wyeliminowanie dzieci podejrzanych o gruźlicę i dzieci z gruźlicą czynną (początkową i rozwiniętą). Do podejrzanych o gruźlicę zaliczamy dzieci o objawach ogólnych niewyraźnych (nieznaczne podniesienie ciepłoty, przewlekły kaszel, poty, brak łaknienia i t. p.) bez zmian miejscowych, z dodatnim odczynem tuberkulinowym. Przy zaliczeniu dzieci z gruźlicą czynną do kategorji początkowej, czy też rozwiniętej gruźlicy, posługujemy się klasyfikacją anatomo-kliniczną z tem koniecznem u dzieci uzupełnieniem, że do kategorji gruźlicy początkowej zaliczamy sprawy

*) Referat uzupełniający do referatu głównego: »Rola przychodni w walce społecznej z gruźlicą«. I. Ogólno-polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie dn. 16 i 17 maja 1925.

jednoogniskowe niezależnie od ich umiejscowienia, jakoteż gruźlicę czynną gruczołów wnękowych.

Odczyn tuberkulinowy stosujemy sposobem Mantoux. W razie wyniku ujemnego odczyn zostaje powtarzany kilkakrotnie, przy użyciu coraz to mocniejszego rozcieńczenia tuberkuliny: po trzykrotnym wyniku ujemnym dziecko zostaje odesłane do szkoły jako o gruźlicę niepodejrzane z wyjątkiem, rzecz prosta, przypadków gruźlicy daleko posuniętej, gdzie ujemny odczyn świadczy o anergji wtórnej ustroju.

Jako metoda badania szczególnie pożyteczna w praktyce przychodni w celu rozpoznania gruźlicy jako choroby, a nie tylko jako stanu patologicznego u dzieci, okazał się odczyn Biernackiego, t. j chyżość opadania czerwonych ciałek krwi w cytrynianie sodu. Nie świadczy on o tem, — jak dodatni odczyn tuberkulinowy, — że dziecko zetknęło się z lasecznikiem gruźlicy, lecz mówi o natężeniu choroby u dziecka już chorego. Daje on obraz stanu walki ustroju z lasecznikiem. Z góry muszę zaznaczyć, że jednokrotne wykonanie odczynu nie jest wystarczające, gdyż przyśpieszenie opadania zależeć może od zakażeń przygodnych; przy kilkakrotnem sprawdzaniu i mniej więcej jednakowym wyniku służy za pewny wskaźnik czynności sprawy swoistej.

TABLICA I.

	Czas opadania krwinek w minutach			
	< 40'	40'—60'	60'—120'	> 120'
Podejrzenie gruźlicy płuc	—	—	5,6%	94,4%
Gruźlica początkowa .	1,5%	14,3%	35%	49,2%
Gruźlica rozwinięta . .	29%	19,4%	37,1%	14,5%

TABLICA II.

	< 40'	40'—60'	60'—120'	> 120'
Gruźlica otwarta . . .	56%	12,5%	25%	6,2%
Gruźlica zamknięta . .	2,5%	7,6%	20,3%	69,6%

Tablice, które demonstruję, obejmują 500 przypadków gruźlicy dzieci szkolnych, w tem: 249 przypadków podejrzenia gruźlicy, 189 gruźlicy początkowej i 62 gruźlicy rozwiniętej. Odczyny opadania powyżej dwu godzin uważamy za normalne, od godziny do dwu godzin za przyśpieszone, poniżej 40 minut za świadczące o wyraźnej sprawie czynnej, postępującej.

Z tablicy I. widzimy, że w przypadkach podejrzenia gruźlicy, a więc przeważnie w sprawach nieczynnych, opadanie krwinek jest długie, powyżej dwu godzin. W przypadkach gruźlicy początkowej, opadanie staje się szybsze: do 40 minut w 1,4%, od 40 do 60 minut w 15%, od godziny do dwu godzin w 25%, w pozostałych powyżej 2 godzin. W przypadkach gruźlicy rozwiniętej, krzywa jeszcze więcej przesuwa się w kierunku szybszego opadania: mamy tu 29% poniżej 40 minut, 19% do 1 godziny, 37% do 2 godzin i 14% powyżej 2 godzin.

Wnioskujemy stąd, że sprawy naogół czynniejsze, zarówno gruźlica początkowa, a szczególnie rozwinięta, dają opadanie szybsze. Aczkolwiek, jak to widać z tablicy — zdarza się gruźlica rozwinięta małoczynna, gdzie opadanie jest powyżej dwu godzin. Nieraz przedłużone opadanie w zespole z ujemnym odczynem Mantoux przy wyraźnych zmianach płucnych świadczyć może o tem, że mamy do czynienia ze zmianami w płucach niegruźliczemi.

Na uwagę zasługuje stosunek istniejący między szybkością opadania a obecnością lasecznika Kocha w plwocinach. Na 500 badanych przypadków 17 razy stwierdzono laseczniki Kocha w plwocinach.

Z tablicy II. widać, że gruźlica otwarta daje szybsze opadanie, niż gruźlica zamknięta. Widzimy jednak przypadki gruźlicy otwartej z opadaniem zwolnionem, powyżej dwu godzin. Świadczy to o słabo czynnej sprawie gruźliczej przy obecności lasecznika w plwocinach.

W przypadkach, w których niemożna postawić rozpoznania ambulatoryjnie, poradnia powinna mieć do rozporządzenia stację obserwacyjną, gdzieby mogła umieszczać dzieci na przeciąg 1—2 tygodni. W poradni łódzkiej rozpoznanie ambulatoryjne jest o tyle trudniejsze, że nie posiada ona własnego aparatu Roentgena i dlatego zmuszona jest do korzystania ze stacji obserwacyjnej dość często. Dzieci chore, którym do szkoły chodzić pozwolono (z braku szkół specjalnych dla gruźliczych), pozostają pod stałą kontrolą sekcji.

Przechodzimy do drugiej zasadniczej roli poradni: leczniczo-zapobiegawczej. Rola poradni polega na pośredniczeniu pomiędzy szkołą a wszelkiemi instytucjami leczniczemi i pomocniczemi. Sanatorja lub szpitale dla dzieci ze zmianami postępującemi, szkoły na świeżem powietrzu (w Niemczech t. zw. Waldschulen, we Francji t. zw. ecoles de plein air) dla dzieci z gruźlicą nieczynną, kolonje letnie w lasach lub nad morzem dla dzieci zagrożonych gruźlicą, dla reszty wątłych — półkolonje zamiejskie. Im więcej takich instytucyj ma poradnia do rozporządzenia, tem znaczenie jej staje się bardziej życiowem, pożytecznem.

Szpitalnictwo łódzkie ma pod tym względem wiele braków. Brak przedewszystkiem oddziału dla gruźlicy otwartej dziecięcej (istnieje jedynie kilka łóżek w szpitalu Anny Marji), wobec tego dzieciom z gruźlicą otwartą, prócz wskazówek osobistych, przychodnia nic dać nie może. Dla gruźlicy czynnej zamkniętej mamy tylko 16 łóżek w szpitalu Anny Marji, 10 stałych miejsc w Zakopanem i pewną ilość miejsc w Rabce. Ilość ta jest dla tak wielkiego miasta, jak Łódź, znikoma. Brak nam stałego sanatorjum dla dzieci gruźliczych, otwartego przez cały rok. Jedyną instytucją na szerszą skalę, którą posiadamy, jest uzdrowisko podmiejskie na 100 łóżek w Chojnach, otwarte dla dzieci szkolnych na przeciąg pięciu miesięcy letnich. Każde dziecko zostaje wysłane na jeden miesiąc. Kieruje się tam dzieci z gruźlicą nieczynną lub o gruźlicę podejrzane. Prócz tego, w parkach miejskich Łodzi urządzone są t. zw. półkolonje dla dzieci szkolnych, gdzie do 2000 dzieci w przeciągu lipca i sierpnia spędza po pół dnia na powietrzu. Dzieci te są tam również odżywiane, otrzymując 3 posiłki bezmięsne dziennie.

Jakkolwiek w samej przychodni dzieci nie leczymy, to jednak dwie metody lecznicze są tu stosowane: w ograniczonej liczbie przypadków tuberkulina, a we wszystkich przypadkach zołzów i w przypadkach gruźlicy pozapłucnej (skóra, stawy, kości i t. p.) — naświetlania trzema lampami Kischa.

Jeżeli przychodnia przeciwgruźlicza niezbyt wiele może dać środków leczniczych, to jednak sam fakt skierowania uwagi społeczeństwa, władz szkolnych i rodziców na zagadnienia gruźlicy, postawienie rozpoznania i stała kontrola dzieci podejrzanych i chorych, ma wielką wartość społeczno-zapobiegawczą. Dowodem empirycznym jest popularność, jaką się cieszy poradnia sekcji do walki z gruźlicą w Łodzi.

Przegląd piśmiennictwa.

Zentralblatt f Chirurgie.

Nr. 1. 1925.

R. Habs. **Środki nasercowe przy nagłem osłabieniu krążenia.** Autor, po omówieniu automatyzmu mięśnia sercowego i zależności tegoż od pewnych ośrodków nerwowych. przechodzi do omówienia poszczególnych grup środków nasercowych, ważnych przedewszystkiem dla chirurga, który najczęściej może się spotkać z ostremi zaburzeniami w krążeniu.

I tak grupa *Digitalis* przez podniesienie sprawności mięśnia sercowego, usunięcie ekstrasystoli i pobudzenie ośrodka nerwu błędnego daje w konsekwencji zwolnienie akcji serca. Na naczyuia działa zwężająco prócz naczyń nerkowych, co powoduje diurezę. Przy nagłem osłabieniu krążenia wcho dzi mniej w rachubę, gdyż działa za powoli.

Kamfora posiada podobne działanie co *digitalis.* W ostatnim czasie poczęto stosować wodny roztwór kamfory

(0,02 w 1 cm³). Preparat ten szybciej się wchłania, a zatem prędzej działa, daje się dokładniej dawkować i można go użyć do wstrzykiwań śródżylnych i śródsercowych.

Hexeton jest preparatem syntetycznym, w działaniu podobnym do kamfory. Może on w zupełności zastąpić kamforę, jak świadczy o tem odnośne piśmiennictwo.

Koffeina i *strychnina* stanowią środki, których używać należy zgodnie z odnośnemi postulatami farmakologji.

Adrenalina jest środkiem wybiórczo-działającym na naczynia. Przez zadziałanie na współczulne zakończenie nerwowe w naczyniach powoduje ona ich zwężenie, szczególnie w zakresie *splanchnicus*, naczynia wieńcowe zaś serca rozszerza. Adrenalina działa bardzo krótko. Przy podskórnem podawaniu może dać nekrozę, przy częstszem jej podawaniu stwierdzano uszkodzenia nerek, nekrotyczne ogniska w wątrobie i płucach, jakoteż zawały w sercu. Najlepiej ją stosować w postaci stałego śródżylnego wlewania kropelkowego (*Tröpfchendauerinfusion*) względnie przy nagłem ustaniu czynności serca, jako śródsercowe wstrzykiwanie (0,5 roztworu 1:1000).

Hypophysyna, pituitryna i *pitugiandol* działają podobnie, jak adrenalina.

Azotyn amylowy jest środkiem do wdechiwania, który powoduje znaczne rozszerzenie naczyń. Ma duże znaczenie przy ostrej anemji mózgu (zatrucie kokainą, ciężkie omdlenia).

Dla poszczególnych stanów chorobowych należałoby postawić następujące wytyczne:

W s k r w a w i e n i a c h należy uzupełnić przedewszystkiem ilość krwi przez śródżylne wlewanie. Początkowo można wlewać szybko, dopóki nie osiągniemy ciśnienia 80 mm Hg, później t. j. do 100 mm Hg powoli.

W z a p a d z i e (kollapsie) stosujemy kamforę i adrenalinę, przy potach atropinę (0,001).

Przy w s t r z ą s i e (shocku) polecamy koffeinę względnie strychninę.

O. H a h n. **Sprawa sympatektomji periarterjalnej.** Wśród fizjologicznych następstw sympatektomji periarterjalnej wysuwają się na plan pierwszy dwa zjawiska, a mianowicie przekrwienie poniżej miejsca operowanego i ustanie charakterystycznych bólów. Autor zastanawia się nad teoretycznemi danemi, które do tych zjawisk doprowadzają i przytacza poglądy rozmaitych autorów, którzy się w tej materji wypowiedzieli. Zdaniem autora naczynia posiadają podwójne unerwienie centropetalne, jedno biegnące podłużnie razem z naczyniami, które przy s. p. usuwamy, drugie zaś dochodzące do naczyń jedynie segmentarnie od nerwów mieszanych. To ostatnie nie dopuszcza do zupełnego zniesienia *tonus* danego naczynia i zabieg operacyjny zupełnie na nie nie wpływa.

R. A h r e n s. **Modyfikacja sympatektomji periarterjalnej.** Z powodu przykrych powikłań, jakie może dać sympatektomja, autor modyfikuje ją w ten sposób, że nacina przydankę naczyniową 1—1½ cm dług., poczem na tępo oddziela ją okrężnie od *tunica media.* W ten sposób uzyskuje te same następstwa, jakie daje operacja Leriche'a. Modyfikację swoją stosuje przy ostrych stanach chorobowych, jak w ropnem zapaleniu pochewek ścięgien, przy skomplikowanem złamaniu podudzia i w kontrakturze Dupuytren'a — jako zabieg dodatkowy.

H. F l ö r c k e n. **O znaczeniu powiększonych gruczołów chłonnych żołądka dla rozpoznania wrzodu żołądka i dwunastnicy i dla wskazania do resekcji.** Na podstawie własnej statystyki, obejmującej 196 operowanych przypadków, stwierdzał autor w 50% powiększone gruczoły, zwłaszcza przy wrzodach, usadowionych na małej krzywiźnie.

Powiększenie gruczołów chłonnych żołądka może być wyrazem stanu zapalnego, którego punktem wyjścia jest wrzód albo też skutkiem *gastritis,* która towarzyszy tak często wrzodowi.

Niezależnie od kiły gruczoły chłonne żołądka mogą być powiększone przy procesach chorobowych dróg żółciowych, albowiem oba systemy chłonne pozostają ze sobą w związku. Co się tyczy rozpoznania i wskazań, samo powiększenie gruczołów o niczem nie decyduje. Należy się oprzeć jeszcze o inne objawy.

R. K l a u s. **Z techniki resekcji żołądka.** Autor podaje wyniki, jakie osiągnął w 12 przypadkach przy pomocy aparatu, podanego przez Petza do maszynowego zszywania zespolenia żołądkowo-jelitowego. Aparat ten przy zabiegach na żołądku daje bardzo dobre wyniki.

H. E h r l i c h. **O opanowywaniu krwotoków przy operacjach żołądkowych.** W miejscu operowanem wstrzykuje autor podsurowicówkowo i podśluzówkowo 5% roztwór żelatyny w ściany żołądka, względnie jelita. Ostatnio stosował ten sposób przy wycięciu gruczołu krokowego.

K. U r b a n. **Z chirurgji wątroby lukrowanej (Zuckergussleber).** Zabiegi chirurgiczne przy wątrobie lukrowanej ograniczały się dotychczas do punkcji, zwykłej laparotomji i operacji Talmy.

Pierwsze dwa zabiegi działają tylko przejściowo, a także przyszycie sieci nie może dać dobrych wyników, gdyż zbita tkanka łączna, otaczająca wątrobę, ma nieszczególne warunki do wytworzenia krążenia ubocznego.

Autor podaje nowy sposób leczenia operacyjnego wątroby lukrowanej, który w jego przypadku dał bardzo dobre wyniki. Nacina on szeroko płaszcz łącznotkankowy, w który spowita jest wątroba, oddziela go dokładnie na całej jej powierzchni, aż do wnęki wątroby, i usuwa. Miąższowe krwawienie z wątroby tamuje przy pomocy gazików, napojonych 3% H_2O_2.

N. G r z y w a. **Wstrzykiwania atofanu celem uśmierzenia bolów pooperacyjnych.** Autor używa od roku preparatów atofanu, w szczególności podaną przez Mendla leukotropinę, zawierającą w sobie i urotropinę. Preparat ten podaje śródżylnie zaraz po operacji, a nawet profilaktycznie 12—24 godzin przed operacją. Bezpośrednio po podaniu leukotropiny występuje zniesienie bolów, utrzymujące się około 10 godzin nawet w tych przypadkach, gdzie alkaloidy zawodzą. Preparatowi temu przypisują również działanie przeciwzapalne.

W. Dobrzaniecki (Lwów).

Archives d'ophtalmologie.
T XLI. Nr. 11. 1924.

M i c h a i l. **Conjunctivitis pseudo-membranacea eosinophilica na tle anafilaksji względem atropiny.** Zakraplanie atropiny do oczu przez czas dłuższy wywołuje u niektórych osobników, odczyn zapalny na spojówkach, zwany *conjunctivitis atropinica.* Rzadkie to zapalenie spojówek przebiega pod trzema postaciami klinicznemi: a) *Conj. Catarrhalis,* b) *Conj. follicularis* i c) *Blepharitis atropinica;* ta ostatnia forma zazwyczaj nie występuje samodzielnie lecz towarzyszy dwu poprzedzającym. Autor miał możność spostrzegania ostrego zapalenia spojówek po jednorazowem wkropleniu atropiny, co dotychczas nie było znane. Po jednorazowem wkropleniu 1% atropiny wystąpiło ostre zapalenie spojówki, którego przebieg nie miał charakteru ani nieżytowego (brak wydzieliny), ani follikularnego lecz natomiast pojawiły się na spojówkach błony rzekome, w których mikroskopowo stwierdzono dużą ilość eozynofilów. Prócz tego pojawiły się nacieczenia na rogówce i nastrzykanie tęczówki. Objawy zapalne ustąpiły dopiero po 3-ch miesiącach. Gdy teraz autor zapuścił swemu choremu skopolaminę 0.25%, to objawy zapalenia znów wystąpiły, ale już z mniejszem natężeniem. Tak samo objawy wracały po zakropleniu homatropiny. Obraz kliniczny choroby w tym przypadku odbiega od opisywanych atropinowych zapaleń spojówki, gdyż występują tu nowe objawy: a) tworzenie się błon wysiękowych, b) zajęcie rogówki i tęczówki, c) eozynofilja i d) długi czas trwania zapalenia, dawniej nie spostrzegane. Ponadto osobnik ten okazywał wybitną nietolerancję na wszelkie midrjatica, gdyż zarówno po atropinie jak i po innych z tej grupy alkaloidach, występowały zawsze te same objawy zapalne. Tylko adrenalina była dobrze znoszona.

Autor tłumaczy powstanie całego schorzenia i wszystkich mu towarzyszących objawów anafilaksją atropinową i popiera to następującemi dowodami: Chory jego przed ośmiu laty był leczony przez czas dłuższy z powodu chro-

nicznego zapalenia tęczówki atropiną, która nie wywoływała u niego wówczas żadnych objawów zapalnych na spojówce. Teraz po jednorazowem zakropleniu atropiny wystąpiły odrazu silne objawy zapalne, którym towarzyszyła eozynofilja. Osobnik ten został więc uczulony najwidoczniej atropiną i zachował nadwrażliwość przez długi czas nie tylko wobec atropiny, ale także wobec środków pokrewnych atropinie i rozszerzających źrenicę. *Zachert* (Kraków).

Med. klin.

Nr. 1. 1925.

Stock. O gruźlicy gałki ocznej. Autor ogranicza się do treściwego omówienia spraw gruźliczych jagodówki i siatkówki. Gruźlicę jagodówki przedstawia w kilku postaciach zmian klinicznych i anatomicznych. Pierwszą postacią napotykaną najczęściej w przypadkach *tuberculosis miliaris* (95%) są rozsiane gruzełki naczyniówki. W tych przypadkach bardzo rzadko spotyka się zmiany gruźlicze w tęczówce i w ciałku rzęskowem. Drugą postać gruźlicy i jagodówki stanowią przypadki pojedynczych gruzełków przypominających wielkością swą nowotwór. Gruzełek ten w dalszym przebiegu swym rozwija się nie ku wewnątrz gałki ocznej jak raczej na zewnątrz przebijając, twardówkę po uprzedniem jej zniszczeniu. Ta postać gruźlicy jast stosunkowo rzadką. Dalszą postacią gruźlicy jagodówki jest gruźlicze zapalenie całej gałki ocznej (panophtalmia). W tych trzech rodzajach klinicznych zmian gruźliczych rokowanie dla życia jest bardzo niepomyślne a to ze względu na bardzo zły stan ogólny, któremu zazwyczaj te zmiany oczne towarzyszą. Podobnie jak w naczyniówce spotyka się na tęczówce pojedynczy gruzełek, który szerząc się, niszczy rogówkę i twardówkę. W przypadkach tych rokowanie dla życia nie jest niepomyślne, jednak proces ten prowadzi do utraty oka. We wszystkich tych postaciach możemy klinicznie, anatomicznie i bakterjologicznie stwierdzić gruźlicę. Natomiast w najczęstszej formie tak zwanej *uveitis chronica* nie udaje nam się częstokroć stwierdzić w sposób bezpośredni gruźlicy. Schorzenie to postępuje skrycie dla chorego i prowadzi w końcu albo do jaskry następowej albo też do zaniku gałki ocznej przez zrosty w ciele szklistem, odczepienie siatkówki i t. d. Leczenie tych przypadków polega (jako leczenie bierne) na unieruchomieniu oka (przez atropinę i t. d.), i (jako czynne leczenie) na leczeniu tuberkulinowem obok pewnej diety i podawania wewnętrznego przetworów związków krzemowych.

Gruźlica siatkówki występuje najczęściej pod postacią krwotoków siatkówkowych jako następstwo schorzenia gruźliczego żył siatkówkowych. Krwotok taki po pewnym czasie ustępuje ale może się kilkakrotnie powtarzać. Schorzenie to znane dawniej pod nazwą *haemorrh. retinae recidivans* daje na ogół złe rokowanie dla wzroku, albowiem prowadzi często do odczepienia siatkówki, niektóre jednak przypadki goją się zupełnie. Leczenie podobne, jak przy *uveitis chronica*. Wewnętrznie wskazanem jest podawanie żelatyny (w potrawach), aby umożliwić krzepnięcie krwi.

Przy końcu autor przyznaje wielką chwiejność i niepewność w stosowaniu różnych sposobów leczenia i zachęca do doświadczalnych badań w tym kierunku u zwierząt.

Karelus (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 8.: H. Higier: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. — S. Sterling: Klasyfikacja gruźlicy. — G. Raciążek: Teorja i praktyka współczesnego leczenia wapniem. — G. Bychowski: Momenty psychoanalityczne w psychozach. — G. Krukowski i K. Ponez: Rzadka postać twardziny. — H. Altkaufer: Opatrunki »przeźroczyste« po zabiegach chirurgicznych. — H. Altkaufer: Kilka uwag z powodu artykułu dr. P. Goldsteina p. t. Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy. — P. Goldstein: Odpowiedź. — K. Dłuski: O stosowaniu preparatów z laseecznika Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy ze stanowiska klinicznego. — D. Nisengon: Gruźlica a wiek dziecięcy w świetle liczb. — M. Biro: Ś. p. dr. Józef Pawiński.

Nowiny lekarskie Nr. 15—16: A. Karwowski: Badania kliniczne nad bujaniami cewki moczowej u kobiet. — Bronowski: Ostra niedomoga mięśnia serca skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych. — A. Kuczewski: Próba stosowania serowakcyny przeciwgruźliczej. — W. Krzemiński: Przyczynek w sprawie schorzeń t. zw. natury czynnościowej.

Nr. 17.: A. Karwowski: Dokończenie tematu wyżej wymienionego. — Z. Dziembowski: Obrzęk śledziony wskutek zakrzepu pierwotnego żyły śledzionowej jako schorzenie odrębne pod względem anatomo-patologji, symptomatologji i leczenie. — Ig. Koniecpolski: Czynnik rasowy w ostrych chorobach zakaźnych w świetle statystyki Miejskiego Szpitala w Częstochowie. — A. Pallier: O wpływie czynników meteorologicznych na liczbę wypadków samobójstw w Warszawie.

Lekarz polski Nr. 4.: St. Tubiasz: Gospodarka sanitarna samorządów miejskich na podstawie budżetów z r. 1924. — J. Strowski: W sprawie uprawnień felczerów. — Głosy lekarzy. — Odpowiedzi Redakcji.

Zdrowie Nr. 6.: W. Miklaszewski: Walka z gruźlicą w Rzeczypospolitej Polskiej. — W. Pawłowski: W sprawie burs i stancyj uczniowskich wogóle, a lubelskich w szczególności. — W. Chodźko: Walka o opium.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. II. zesz. IV.: Ś. p. Józef Pawiński 1851—1925. — Statut Twa Internistów Polskich. — V. Zjazd Internistów Polskich 8.—11. VII. 1923 r. w Wilnie. — M. Franke: Patogeneza i znaczenie najważniejszych objawów klinicznych choroby Bright'a. — A. Landau: O chorobie Bright'a. — Wł. Janowski: Kamica żółciowa ze stanowiska medycyny wewnętrznej.

Przemysł Chemiczny Nr. 7. i 8.: Ś. p. Dr. Stefan Pobóg Niementowski. — T. Kuczyński: O adsorbcji. — L. Wasilewski: Elektrolityczne otrzymywanie cynku. — G Weisenberg i E. Kroch: O absorbcji selektywnej i jej zastosowaniach technicznych.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften, (Monachium, I. F. Lehmann) 1925. Nr. 6. (Cena 2 mk.).: Finkelstein: O nie-endemicznych powiększeniach tarczycy u dzieci. — Prof. Kleinschmidt: Zęby i ząbkowanie. — Prof. Huster: Kilka ważnych zagadnień pedjatrycznych.

Nr. 7. Lipiec 1925. (Cena 2 m. n.): Prof. Freund: Psychonerwice a ginekologja. — Prof. Holzbach: Istota zapalenia otrzewnej. — Prof. Sachs: Klinika zaburzeń połogowych. Prof. Lahm: Przegląd publikacyj położniczych i ginekologicznych.

Nr. 8. Cena 2 m. n.: Doc. Handovsky: Prawo biologiczne Arndt-Schulza i jego znaczenie dla lecznictwa. — Fromherz: Drogi, wyniki i cele badania hormonów. — Prof. Determan: Leczenie głodzeniem. — Prof. Strauss: Przekrwistość (plethora) i jej usuwanie. — Fleischner: Rozpoznanie rentgenowskie chorób płuc. — Laqueur: Nowoczesne leczenie prądem zmiennym.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 11. marca 1925 wspólnie z Tow. Neurologicznem w klinice neurologicznej.

Przewodniczący prof. Piltz. Obecnych 80.

1. Kol. Ślączka opisuje przypadek stwardnienia guzowatego u mężczyzny 20-letniego nieobarczonego dziedzicznie z którego w ciągu roku rozwinął się zespół objawów guza kąta mostowo-móżdżkowego. Chory inteligencji miernej nie miał nigdy objawów epileptycznych. Po miesiącu pobytu w klinice nastąpiło nagłe zejście wśród objawów ucisku rdzenia przedłużonego. Sekcja wykazała: na powierzchni mózgu typowe objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, miernego stopnia wodogłowie wewnętrzne, znaczne powiększenie prawej półkuli móżdżkowej, która wciskała się daleko ku przodowi, silnie uciskając most. Badanie histologiczne guzowato zmienionej części móżdżka, dokonane przez prof. Ciechanowskiego, stwierdziło, iż mamy do czynienia z niezwykle dużem ogniskiem stwardnienia guzowatego. Elementy nerwowe i glejowe ogniska, bujając nowotworowo, dały histologiczny obraz gangliogliomeuroma. Prelegent pokazuje preparaty mikroskopowe mózgu barwione metodą Weigerta-Giesona i tolluidyną. Następnie omawia etjologję, obraz anatomo-patologiczny i przebieg kliniczny *sclerosis tuberosa*. Podnosi niektóre niezwykłe cechy przedstawionego przypadku, podkreśla podobieństwo klinicznego obrazu do przypadku opisanego przez Orzechowskiego i Nowickiego, porównuje obraz histologiczny z przypadkiem opisanym osta-

tnio przez Bielschowsky'ego, gdzie główne ognisko było również usadowione w móżdżku. Nakoniec podnosi brak danych, tyczących się ewentualnych zmian innych narządów, co pochodzi stąd, że ze względu na rodzinę zmarłego musiano ograniczyń sekcję do wyjęcia samego mózgu.

2. Kol. Sikorska w swoim odczycie p. t. »**Pląsawica i stany pokrewne**« zaznacza, że studja nad *encephalitis lethargica* zmusiły neurologów do rewizji dotychczasowych pojęć w wielu dziedzinach, a także w dziedzinie pląsawicy, szczególnie w sprawie ruchów pląsawiczych i anatomo-fizjologicznego ich podkładu.

Pedantyczny badacz pląsawicy André Thomas rozróżnił w chaosie ruchów pląsawiczych 2 rodzaje:

1) Ruchy o dużej rozległości, mimowolne, ale do pewnego stopnia podlegające wpływom woli, potęgujące się przy emocjach i wysiłkach.

2) Ruchy w postaci krótkich skurczów toniczno-klonicznych, niezależnych w przeciwieństwie do pierwszych od woli i afektu.

Podział ten jest bardzo podobny do podziału ruchów zdarzających się przy *encephalitis lethargica*, podziału dokonanego przez S. Pieńkowskiego, który dzieli te ruchy na bradykinetyczne — krótkie i megakinetyczne długie; rozległe. Prelegentka pokazuje jeden przypadek pląsawicy ostrej połowiczej u dziewczynki 11-to letniej, u której przeważają ruchy bradykinetyczne i przypadek pląsawicy chronicznej, trwającej 4 lata u 49-letniej kobiety, u której spostrzega się ruchy brady i megakinetyczne.

Podkreśla podobieństwa i różnice ruchów bradykinetycznych w pląsawicy i 1) w przypadku tiku u neuropaty, 2) myoklonji brzucha, pochwy i odbytnicy rytmicznej i synchroniczuej u kobiety, cierpiącej na *encephalitis lethargica*, 3) rytmicznego drżenia w przebiegu *paralysis agitans* 4) takiegoż drżenia przy objawach parkinsonowskich w przebiegu paraliżu postępującego, 5) ruchów bradykinetycznych i megakinetycznych w *encephalitis leth.* Podkreśla istnienie ruchów megakinetycznych o charakterze atetoidalno-choreatycznym:

1) w przypadku zespołu thalamicznego Dejerine'a i Roussy u 36-letniego mężczyzny,

2) atetozy idiopatycznej, która rozwinęła się powoli w 18 r. życia u 28-letniej obecnie dziewczyny,

3) w 2 przypadkach encephalopatji u 6-letniego chłopca i 37-letniego mężczyzny.

S. podnosi, że pląsawica pod względem ruchów ma wiele wspólnego z innemi schorzeniami i trudno ją czasem odgraniczyć. Jeszcze więcej trudności przedstawia pod względem anatomicznym, gdyż według ostatniej monografji Babonneix »Les chorées« zmiany w mózgach choreatyków są umiejscowione czasem tylko w korze, czasem tylko w jądrach podkorowych, czasem w okolicy *pedunculi cerebri*. Te różnorodne siedziby dają podobne objawy.

Być może, że mamy tu do czynienia z przerwaniem połączeń jądra czerwonego, które ma mieć tak wielkie znaczenie w powstawaniu ruchów postawnych, w którym łączą się podniety z kory, jąder podkorowych i móżdżka.

3. Kol. Medyński wygłasza odczyt p. t. »**O eunuchoidyźmie**«. Podkreśliwszy doniosłe znaczenie w nowoczesnej medycynie zagadnień konstytucjonalnych i wewnętrzno-wydzielniczych prelegent przechodzi do omawiania związku budowy ciała z właściwościami psychicznemi oraz zwraca uwagę na wpływ gruczołów płciowych w okresie dojrzewania na kształtowanie się profilów psychicznych. Szczegółowo omawia rozwój pojęcia o »Eunuchoidyzmie« od prac Griffitha i Duckwortha przez Tandlera i Grossa aż do czasów najnowszych. Dalej charakteryzuje typy eunuchoidów olbrzymów i eunuchoidów otyłych oraz eunuchoidyzm pierwotny i wtórny. Po omówieniu szczegółów budowy ciała eunuchoida przechodzi prelegent do scharakteryzowania psychiki eunuchoidalnej. Omawia poglądy na psychikę eunuchoida różnych badaczów szczególnie Kraepelina, Fathy, Hirszfelda, Sterlinga i innych.

Z własnych spostrzeżeń stwarza sylwetkę eunuchoida, którą cechuje podatność na wpływy z zewnątrz, egocentryzm, niekonsekwencja, niezdecydowanie, podejrzliwość, apatyczność, zamknięcie się w sobie, przy często dość dobrze zachowanej inteligencji. Eunuchoid reprezentuje psychiczny i psychoseksualny infantilizm. Następnie mówca przeszedł do ujęcia eunochoida z punktu widzenia nauki Kretschmera, a związawszy go z typem dysplastycznym, zwrócił uwagę na podobieństwo cech charakteru eunuchoidalnego ze schizotonicznym. Kretschmer, jak wiadomo, podnosi fakt, że procent indywiduów z całkowitym lub częściowym eunuchoidyzmem w schizofrenji jest dość duży. Prelegent badał w tym kierunku chorych schizofreników na klinice psychjatrycznej i w całej rozciągłości potwierdza poglądy Kretschmera, wykazując jednocześnie żywe analogje między objawami i rozwojem życia eunuchoidalnego i schizofrenicznego. Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe w dniu 20. marca 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski. Obecnych 104 członków.

Ciąg dalszy.

5. Kol. Jankowski przedstawia **przypadek podostrej myelozy**, leczonej w klinice lekarskiej. Schorzenie to rozwinęło się u osoby 28 lat liczącej z przyczyn, trudnych do określenia. Choroba rozwinęła się dość nagle zmianami w dziąsłach i gardle, poczem zjawił się obraz, przypominający chorobę infekcyjną. Wobec ujemnego wyniku próby Widala i Weila i bezskuteczności stosowanych środków, przywieziono chorą do kliniki lekarskiej.

Pierwsze badanie chorej — stwierdziło, co następuje: Powłoki zewnętrzne bardzo blade, na skórze ogniska łuszczycy, gdzieniegdzie bardzo nieliczne drobne wybroczynki. Błona śluzowa jamy ust barwy sinawo-czerwonej, na dziąsłach obrzękła, tuż przy zębach wąski rąbek ropny, przy ucisku wydobywa się nieco ropy; dziąsła łatwo krwawią. Migdałki oba powiększone, na lewym czopek ropny. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona. Gruczoły chłonne podjęzykowe macalne, bolesne. Płuca bez zmian. Serce bez zmian. Wątroba nieco powiększona. Śledziona bardzo nieznacznie powiększona. Z badań dodatkowych posiew krwi z wynikiem ujemnym, badanie moczu wykazało białko, w osadzie nieliczne ziarniste wałeczki. Badanie cytologiczne krwi wykazało:

Ilość ciałek białych 2.500, ciałek czerwonych 1,500.000, % hemoglobina 37. Skład procentowy ciałek białych: myeloblastów 83%, promyelocytów 6,6%, myelocytów 0,6%, metamyelocytów 1%, neutrofilów młodych 0,4%, monocytów 2%, limfocytów 12,4%; nieliczne ciałka czerwone jądrzaste. Płytki Bizozzera 57.000.

Obraz krwi, nagły początek, szybko rozwijający się ciężki stan z wysoką gorączką, objawy ciężkiej niedokrewności — postępującej już w czasie niedługiej obserwacji klinicznej (następne badanie krwi po 5 dniach — ciałek czerwonych 1,160.000 % Hb 30 przy podobnym składzie ciałek białych) uzasadnia rozpoznanie. Ze szczegółów J. podnosi stosunkowo nieznaczne objawy skazy krwotocznej, brak znaczniejszego powiększenia śledziony, charakterystyczne zmiany w jamie ustnej, objawy zapalenia nerek, jako powikłanie zazwyczaj przy tego rodzaju sprawach notowane. J. omawia nowsze poglądy na etjologję tego rodzaju schorzeń, które mają być odczynem szpiku, konstytucjonalnie mniej wartościowego na bodźce zewnętrzne, głównie na infekcje. Prognozę należy stawiać z rezerwą gdyż, jak przypadek opisany przez Türka wskazuje, obrazy hematologiczne, imitujące zupełnie ostrą białaczkę, mogą dawać schorzenia, ustępujące po leczeniu przyczyny, która je wywołała. W leczeniu należy uwzględniać przedewszystkiem preparaty arsenowe.

W dyskusji kol. Rencki podnosi zmiany na dziąsłach, przebieg podostry, omawia skład krwi. Badanie na oksydazy potwierdza rozpoznanie. Stan chorej obecnie bardzo ciężki, chora nieprzytomna, majaczy. Rokowanie zupełnie niepomyślne.

6. Kol. Stefek przedstawia:

a) rzadki przypadek **ziarnicy złośliwej**, której pierwsze objawy chorobowe wystąpiły ze strony układu kostnego. Chory lat 36, przyjęty do kliniki lekarskiej 28. XI. 1924 roku podaje, że przed dwoma laty wystąpiły silne bóle w okolicy kości krzyżowej oraz stawu biodrowego prawego, promieniujące ku kończynie dolnej prawej. Leczony był wówczas na rwę kulszową. Przed rokiem zauważył niebolesne powiększenie gruczołów chłonnych pachwinowych lewych, następnie prawych, z kolei pachowych i karkowych, dochodzące wielkości od orzecha włoskiego do jaja kurzego. Po pięciu tygodniach wystąpiło silne swędzenie skóry, zwłaszcza w nocy, oraz bóle w okolicy krzyżowej, promieniujące ku obu kończynom dolnym tak silnie, iż chodzenie stało się niemożliwe. Równocześnie zjawiły się zwyżki ciepłoty ciała, dochodzące wieczorem do 38,5° C bez dreszczy oraz obfite poty nocne. Badanie przedmiotowe chorego wykazuje: Skóra blada z odcieniem szaro-brązowym, sucha, pokryta licznemi smugowatemi bliznami po drapaniu, zwłaszcza na tułowiu i kończynach dolnych. Odżywienie liche. Ciepłota ciała 37,6° C. Na głowie zmian żadnych, w klatce piersiowej po stronie prawej zrosty opłucnowe, w zakresie płuc objawy rozlanego nieżytu oskrzeli. Serce bez zmian. W narządach jamy brzusznej wątroba 2 palce niżej łuku żebrowego prawego, gładka, twarda, o brzegu ostrym, na ucisk tkliwa. Śledziona 3 palce niżej łuku żebrowego gładka, twarda, niebolesna. Gruczoły pachwinowe, pachowe, szyjne i nadobojczykowe obustronnie wielkości od ziarnka grochu do jaja kurzego twarde, gładkie, niektóre zrośnięte, tworzą pakiety ze skórą i z podstawą niezrośnięte, przesuwalne, niebolesne. W okolicy kości krzyżowej głównie ku stronie prawej obrzęk ciastowaty skóry. Kość krzyżowa, dolne kręgi lędźwiowe i talerz biodrowy prawy na ucisk bardzo bolesne. Odczyn Wassermanna ujemny. Pirqueta z *tuberc. typ. bovin* i *human.* ujemne. Badanie cytologiczne krwi w czasie 5-miesięcznego pobytu chorego na klinice wykazuje: Ciałek białych 10.700 - 18.600, ciałek czerwonych 3,385.000 do 1,880.000. Hb 63 - 35 według Sabliego. Skład procentowy ciałek białych: Leukocyty obojętno-chłonne 73,8—82,4%, l. kwaso-chł. 0,4—7,2%, limfoc. 13,6—18%, monocytów 1,6—8,8%. W moczu stale ślad białka, w osadzie nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste. Odczyn dwuazowy Horlida w moczu stale ujemny. Ciepłota ciała wykazuje okresowe zwyżki, trwające 6—13 dni, dochodzące do 38,6° C. Badanie mikroskopowe wyciętego gruczołu pachowego wykonane w Zakładzie anatomo-patolog. U. J. K. przedstawia typowy obraz ziarnicy. Zdjęcia roentgenologiczne 4. XII. z okolic dolnych kręgów lędźwiowych, kości krzyżowej

i talerzy biodrowych wykazuje: W dolnych kręgach lędźwiowych drobne liczne ogniska rozrzedzenia, które siateczkowato pokrywają trzony kręgów III—V. Trzony kręgów malatyczne lekko spłaszczone. Siateczkowate ogniska rozrzedzenia zlewają się razem w skrzydłach kości krzyżywej, tworząc ubytki wielkości orzecha laskowego. Kontury ubytków nieregularne, wewnątrz szczątki beleczków kostnych. Zmiany podobne występują też w talerzach biodrowych, gdzie w bocznych częściach, zlewając się, tworzą duże ubytki. Szkielety stawów biodrowych o prawidłowej strukturze i konturach. Zdjęcia 22. II. i 15. III. wykonane wykazują zmiany w kościach wyżej wymienionych dalej rozwinięte w porównaniu ze stanem z 4. XII.

b) Przypadek **choroby Mikulicza** o tyle niezupełny, iż gruczoły łzowe nie zostały objęte sprawą chorobową. Chory lat 55, przyjęty do kliniki 21. II. b. r. podaje, iż przed 10 tygodniami wśród dreszczów i gorączki wystąpiło powiększenie niebolesne gruczołów chłonnych podszczękowych, pachwinowych, pachowych, karkowych oraz gruczołów przyusznych. Dreszcze i gorączka powtarzały się co pewien czas. Badaniem przedmiotowem stwierdza się powiększenie wyżej wymienionych gruczołów chłonnych, dochodzących wielkości orzecha włoskiego, gładkie, twarde ze sobą i z otoczeniem niezrośnięte, na ucisk niebolesne. Gruczoły przyuszne obustronnie wielkości pięści średnio twarde nietkliwe. Wątroba i śledziona powiększone. Ciepłota ciała niepodwyższona. W moczu ślad białka, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, odczyn dwuazowy Ehrlicha słabo dodatni. We krwi ciałek białych 4.300, leukocyt. obojętn. 59,6%, z przesunięciem jąder we krwi, l. kwasochł. 16,4%, limf. 16,8%. W stolcu obecności jaj pasorzytów nie stwierdza się. Odczyn Pirqueta i Wassermanna ujemny. Badanie mikroskopowe wyciętego gruczołu wykazuje atypową postać ziarnicy, w dość wczesnym okresie rozwoju.

7. Kol. Emil **M e i s e l s** przedstawia **roentgenogramy kości ze zmianami ziarniczemi.** Zmiany ziarnicze w kościach występują zdaje się dość często; mimo to dopiero w ostatnich czasach zwrócono na to uwagę. Najczęściej spotyka się je w szkielecie miednicy i w kręgach ledźwiowych. W przypadku przedstawionym można dokładnie śledzić ich rozwój. Początkowo były tylko ogniska rozrzedzenia o ostrych, lecz nieregularnych konturach w bocznych częściach kości krzyżowej. Z czasem rozszerzyły się na przylegające części kości biodrowych, dochodząc do wielkości dużego orzecha laskowego. Obecnie zajęte są również dolne kręgi lędźwiowe. Tutaj wystąpiły liczne drobne, okrągławe ogniska, które jakby siatką pokrywają te kręgi. Te ogniska spowodowały zmiękczenie trzonów kręgowych i w następstwie spłaszczenie ich. Jako odczynna zmienione warunki statyczne wystąpiły na krawędziach kręgów hakowate i dziubowate wyrostki.

Otaczająca ogniska rozrzedzenia tkanka kostna nie wykazuje zmian zanikowych, ani sklerotycznych.

Charakterystycznem w rozpoznaniu różniczkowem zmian ziarniczych jest duża ilość stosunkowo drobnych ognisk rozrzedzenia, o wyraźnych, nieregularnych konturach bez większych zmian w strukturze części kostnych w otoczeniu ognisk.

W dyskusji kol. **R o t h f e l d** zaznacza, że przypadek ten zna z I. okresu choroby, z przed roku, przed wykonaniem I-go zdjęcia. Rozpoznawał wtedy typową rwę kulszową. Dopiero po roku badanie Roentgenem wykazało zmiany w kościach. Podnosi, ze przypadek ten wskazuje, jak trzeba być ostrożnym z rozpoznawaniem rwy kulszowej.

8. Kol. **C z e ż o w s k a** przedstawia przypadek **ziarnicy złośliwej,** pozostający od 5 lat w obserwacji kliniki lekarskiej, a zasługujący na uwagę ze względu na chroniczny przebieg, jak i nietypowość objawów, które w początkowych okresach schorzenia nie pozwoliły ustalić właściwego rozpoznania.

Ścisłe ograniczenie schorzenia do gruczołów chłonnych pachy prawej, brak powiększenia śledziony, podwyżek ciepłoty i diazoreakcji w moczu, jak też normalna ilość leukocytów, skłoniły zrazu do postawienia klinicznego rozpoznania *lymphosarcoma Kundrata.* Zastanawiał jedynie wysoki procent ciałek eozynochłonnych we krwi. Rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone przez badanie histologiczne wyciętego gruczołka, wykonane w zakładzie anatomo-patologicznym. Pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena, guz w krótkim czasie znikł zupełnie i chora, jako wyleczona, powróciła do domu, poddając się w następnych latach kilkakrotnie kontroli klinicznej.

W 3 lata po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych pojawił się w jamie opłucnowej prawej guz wielkości pięści, który równie szybko znikł po zastosowaniu naświetlań. Od kilku miesięcy stan chorej uległ pogorszeniu, pojawiły się podwyżki ciepłoty do 38,2°, znaczne osłabienie, obfite poty. Badanie przedmiotowe wykazało: gruczoły chłonne niepowiększone, znaczne powiększenie wątroby i nieznaczne śledziony.

Ilość ciałek białych nie przekracza 3.000 w 1 cm^3, w moczu dodatni odczyn dwuazowy.

W czasie pobytu chorej na klinice zauważono pojawienie się na skórze tułowia i kończyn kilkudziesięciu guzków wielkości grochu, niebolesnych, częściowo zrośniętych ze skórą. Opierając się na obecnym obrazie klinicznym, rozpoznano u chorej ziarnicę złośliwą o nietypowym przebiegu. Rozpoznanie to zostało potwierdzone przez zbadanie histologiczne guzka, wyciętego w Zakładzie anatomo-patologicznym, które wykazało zmiany, mogące odpowiadać drugiemu okresowi ziarnicy złośliwej.

W dyskusji kol. **N o w i c k i**: należy być wdzięcznym klinice za zajęcie się sprawą ziarnicy złośliwej. Wyrazem tego jest obfita ilość przypadków ziarnicy, rozpoznawanej w klinice. Ziarnica złośliwa nie należy do chorób rzadkich.

Co do przypadku, przedstawionego przez kol. Czeżowską, to pierwsze rozpoznanie anatomo-patologiczne skłaniało się ku *lymphosarcoma* Kundrata, obecnie zaś N. rozpoznaje ziarnicę złośliwą. To potwierdza jego zdanie, wypowiedziane na Zjeździe w Wilnie, że w I. okresie wczesnym obraz histologiczny jest niepewny. Jeżeli klinicznie mamy ziarnicę, to trzeba badać drugi raz histologicznie, i wtedy otrzymamy obraz ziarnicy złośliwej.

Omawia następnie guzki ziarnicze w skórze i podnosi konieczność badań histologicznych, gdyż wiele spraw ziarnicy rozpoznaje się jeszcze często, jako inne sprawy.

Stosunkowo wielki materjał kliniki tutejszej i sekcyjny poncą dosadnie, jak wysoce niektóre postacie ziarnicy mogą naśladować sprawy nowotworowe.

Kol. **R e n c k i**: badania krwi nie dają obrazu charakterystycznego dla ziarnicy złośliwej. Podnosi konieczność badań histologicznych. Zdaniem jego, ilość przypadków *lymphosarcoma* Kundrata stopniałaby znacznie przy dokładniejszem badaniu, gdyż wiele z nich okazałoby się ziarnicą złośliwą.

Następnie, omówiwszy przedstawione przypadki, przechodzi do etjologji.

Cały obraz kliniczny, powikłania opisywane nieraz w przebiegu ziarnicy złośliwej z gruźlicą prosówkową, obecność zmian gruźliczych w narządach i wykazywanie prątka gruźliczego lub ziaren Mucha — chociaż występują niezawsze, wskazują jednak, że przecież prątek gruźlicy ludzkiej lub bydlęcej, czy też może nieznana nam bliżej jego odmiana, odgrywa w tem schorzeniu przyczynową rolę.

Jak dotąd — według mówcy - nie można jeszcze zaprzeczyć pewnej łączności ziarnicy złośliwej z prątkiem gruźliczym lub też jego odmianami. Ostatnio Kuczyński uważa ziarnicę złośliwą za chorobę infekcyjną, za przyczynę której uważa spostrzegane przez siebie w komórkach Sternberga twory pośrednie między prątkiem Kocha, a grzybkiem promienicy. Wychodząc z poprzednich swych założeń i zdania Kuczyńskiego mówca zaczął stosować w klinice lwowskiej przy ziarnicy złośliwej *cuprum sulfuricum,* o wynikach jednak leczniczych z powodu dotychczas stosowania tego środka na małej ilości przypadków i krótkiego okresu czasu nie może na razie nic jeszcze powiedzieć.

Kol. **N o w i c k i** stwierdza, że badania Kuczyńskiego należy, według niego, traktować z wielkiem zastrzeżeniem. N. przeprowadzał badania całego szeregu przypadków ziarnic złośliwych, będących w obserwacji od szeregu lat, i nigdzie nie znalazł potwierdzenia poglądów Kuczyńskiego. Co do etjologji ziarnicy trudno przyjąć jedynie toksyczną naturę schorzenia. Należy szukać za zarazkami.

Co do gruźlicy — to od szeregu lat systematycznie szczepi morskim świnkom i rzeczywiście w 40% użytych do doświadczeń świnek znajdujemy gruźlicę po kilku miesiącach. Możnaby przyjąć tutaj pod uwagę formę bardzo osłabionej gruźlicy ludzkiej. N. spostrzegał u 3 ścianek zmiany histologiczne, podobne do zmian ziarniczych.

Kol. **M e l l e r** zwraca uwagę na próby leczenia ziarnicy złośliwej preparatem jodowym introcydem.

(Dok. nast.).

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 22. kwietnia 1925 r.

1. Kol. **P e r l i s** przedstawia przypadek **wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego** (*ectopia vesicae urinariae*) u 4-letniego dziecka niepewnej płci. Tylna ściana pęcherza moczowego wypukła się w postaci tworu kulistego w wyraźnie zakreślonym trójkątem Lieutauda, z wyraźnie występującemi ujściami moczowodów, z których mocz wycieka strumykiem. Brak pępka, liczne blizny w podbrzuszu, brak spojenia łonowego, prącie bardzo małe ze żłobkiem wzdłuż całej przedniej powierzchni, moszna słabo rozwinięte, jądra nieobecne.

2. Kol. **S o n e n b e r g** przedstawia 30-letnią kobietę, dotkniętą owrzodzeniem płaskiem, wielkości dłoni, znajdującem się w okolicy pośladkowej w bliskości odbytu, rozpoznane, jako — **pierwotna gruźlica właściwa skóry.**

3. **T e n ż e** przedstawia 26-letnią kobietę, u której na skórze dolnej części goleni znajduje się szereg zabarwionych nacieczeń, koloru sinawo-czerwonego, niewyraźnie odcinających się od otaczającej skóry, spoistości ścisłej. Skóra na miejscach nacieczonych jest po części nieuszkodzona, większość jednak nacieczeń ma skórę owrzodzoną, pokrytą strupami. Chora nie odczuwa bólu, miejsca te nie są również bolesne przy ucisku. Rozpoznano: »*Erythême induré de Basin*«.

4. Kol. **S z m e r ł o w s k i** przedstawia chorą po **zaśniadzie groniastym,** oddzielonym od ścian macicy i wydobytym ręcznie z powodu silnego krwotoku.

5. Kol. M. Koecu wygłasza odczyt: »**Haemogram w praktyce**«.

Mówca omawia postępy hematologji w ciągu ostatnich lat 50-ciu; zatrzymuje się krótko na metodzie Arnetha różniczkowania białych ciałek krwi, wylicza ujemne strony tej metody i przechodzi następnie do metody Schillinga. Mówca opisuje dokładnie wzór morfologiczny według Schillinga, t. zw. haemogram, podaje normy poszczególnych grup białych ciałek, zwraca uwagę na ciałka czerwone, jak również na badania w grubej warstwie. Dokładniej omawia 3 okresy ostrego zakażenia, jak obraz krwi w przebiegu zespoleń przewlekłych i w przebiegu gruźlicy, poczem cytuje kilkanaście ciekawych przypadków z praktyki szpitalnej. W przypadkach nagłych liczenie białych lub czerwonych ciałek jest zbędne, można bowiem przy pewnej wprawie, oglądając mazankę przy małem powiększeniu, wnioskować o ilości białych ciałek. Badanie o warstwie grubej poza tem, daje nam pewne dane co do obrazu ciałek czerwonych, pozwala wykryć jeszcze pasorzyty; czasami w warstwie grubej łatwiej wykryć komórki kwasochłonne, niż w preparacie mazanym. Znalezienie jednej chociażby komórki kwasochłonnej odgrywa wielką rolę w przebiegu różnych schorzeń i pozwala wnioskować o dalszym przebiegu choroby.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Gliksman, Szyfman, Dawidowicz i Wierciński.

6. Kol. Szyfman wygłosił odczyt: »**Uwagi o djetetyce szpitalnej**«.

Na wstępie mówca podkreśla doniosłe znaczenie racjonalnej dietetyki szpitalnej dla lecznictwa, gospodarki szpitalnej, zwraca przytem uwagę, że chorzy, dotknięci chorobami żołądka, nerek, przemiany materji — tylko w szpitalu mogą się nauczyć, jak należy się odżywiać w domu. Po omówieniu głównych zasad dietetyki szpitalnej, stosowanych w szpitalach zachodnio-europejskich, mówca przechodzi do oceny krytycznej diet, stosowanych w szpitalach łódzkich. Wykazuje następujące strony ujemne: 1) brak ścisłego kryterjum przy podziale diety na tak zwane »porcje«, 2) stosowanie t. zw. diety ogólnej zarówno dla ludzi zupełnie zdrowych pod względem zdolności trawienia, jakoteż dla chorych o upośledzonym stanie narządów trawiennych, 3) utrzymanie dotychczas w jadłospisie szpitalnym porcji białkowo-tłuszczowej, przeznaczonej dla chorych na cukrzycę, 4) zupełny brak używek. Pożądane są wobec tego, zdaniem mówcy, następujące zmiany: ad 1) podstawą dla podziału diet szpitalnych winien służyć szczegółowo opracowany przez prof. Jurgensa z Kopenhagi — schemat; ad 2) zgodnie z propozycją prof. Jurgensa zamiast jednej porcji ogólnej winny być wprowadzone dwie: a) porcja domowa dla personelu i chorych, nie potrzebujących żadnego ograniczenia w diecie, b) porcja średnia »Merodiäte« dla chorych, nie dotkniętych chorobami żołądka, ale potrzebujących jednak diety łagodniejszej; ad 3) dla chorych na cukrzycę konieczną jest jaknajszerzej stosowana indywidualizacja diety, a diet sztandarowych powinno być dwie: jedna przy acedozie, druga przy cukromoczu, jak to już zostało zaprowadzone w szpitalu im. małż. Poznańskich; ad 4) winny być włączone do diety ogólnej używki. Mówca pokazuje jadłospis, opracowany dla szpitala Poznańskich w r. 1898 przez Dra Sterlinga, który prawie całkowicie odpowiada wyłuszczonym wyżej zasadom i który, zdaniem mówcy, winien służyć za punkt wyjścia przy opracowywaniu jadłospisu szpitalnego.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Chrzanowski, Rozenberg, Lewiówna, Mittelstaedt, Miklaszewski, Dynenson, Smoleński.

7. Kol. Sznewłowski pokazuje preparat **zaśniadu groniastego**, wydobytego u chorej, pokazywany na ostatniem posiedzeniu, wagi 3250 grm.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 marca 1925.

1. Kol. Leszczyński przedstawia a) chorą z **rozsianemi białemi guzami na ramionach i grzbiecie**; blizny przerosłe? *Morphaea guttata?* b) **z tuberkulidami guzkowomartwiczemi** na obu podudziach. Pirquet dodatni ze spóźnioną reakcją (w 3 dobie); c) chorą z ogólną osutką guzkową i obrzękami gruczołów, *Erythema exsudativum multiforme* — forma guzkowa? liszaj płaski czerwony, białaczka ?

2. Kol. Salpeter pokazuje 65 l. chorą ze **zmianami drobno-guzkowemi na obu przedramionach** na dużej przestrzeni, o granicach ostrych, policyklicznych; w miejscach wyleczonych zaniki delikatne, powierzchowne. WK+. Posuwanie się sprawy, mimo leczenia swoistego (bizmut, jod, plaster rtęciowy).

3. Kol. Mierzecki przedstawia chorego z typowemi zmianami **kończastego liszaja czerwonego**, zwłaszcza na grzbietach rąk i nóg.

4. Kol. Ostrowski pokazuje chorego 23-letniego z **Psorospermosis follicularis vegetans** jednostronną — tylko po stronie lewej — ze ścisłem odgraniczeniem w linji środkowej, a to na tle rozległego znamienia barwikowego tych samych miejsc i z rozsianemi na reszcie ciała drobnemi wykwitami łuszczycowemi.

5. Kol. Nadel pokazuje chorego z ogólną **rybią łuską**.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 marca 1925.

1. Kol. Wepperówna pokazuje chorą z rozległem **nadmiernem owłosieniem** brody i twarzy, u której wykonała z biegiem czasu epilację przeszło 3000 włosów za pomocą elektrolizy z pomyślnym skutkiem. Przy tej sposobności mówczyni omawia szczegółowo patologję i terapję tego cierpienia, poruszając tylko krótko patogenezę.

2. Kol. Goldschlag pokazuje preparaty histologiczne z guzów u chorej, przedstawionej na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Leszczyńskiego. Obraz histologiczny przemawia raczej za **Morphaea gatatta**, niż za koloidami.

3. Kol. Leszczyński przedstawia chorą ze zmianami na kończynach dolnych, odpowiadającemi **pierwszemu i trzeciemu okresowi twardziny skóry** (okres zapalny i zanikowy) i przemawiającem za tem, że *sclerodermia, anelodermia, atrophia maculosa* są różnemi okresami tego samego procesu chorobowego.

4. Kol. Mierzecki pokazuje a) chorego z **brodawkowym liszajem czerwonym** na podudziu lewem; b) chorego już raz pokazanego z niezwykłemi zmianami na całem ciele, gdzie rozpoznanie wahało się między *Mycosis fungoides, Poikiloderma, Lichen ruber planus*, obecnie nastąpiła pewna poprawa. Owrzodzenia wszystkie samoistnie pokryły się naskórkiem.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba lekarska.

Zarząd lwowskiej Izby lekarskiej zamierza uzupełnić zbiór dzieł i pism, odnoszących się do spraw zawodowych lekarskich i medycyny społecznej, i stworzyć w ten sposób w Izbie dział bibljoteczny z wymienionego zakresu medycyny. Wykonując uchwałę Zarządu z 11-go września b. r., zwracam się z uprzejmą prośbą do wszystkich Kolegów, aby zechcieli pisma i dzieła tego rodzaju ofiarować Izbie.

* *
*

Zarząd lwowskiej Izby lekarskiej uchwalił na posiedzeniu w dn. 11. września zwrócić się do wszystkich Kolegów z przypomnieniem, aby popierali polski przemysł lekarski. Wykonując powyższą uchwałę, proszę wszystkich Kolegów, w imię dobrze zrozumiałego interesu narodowego, aby zechcieli przedewszystkiem pamiętać o środkach leczniczych, wyrabianych w kraju, i przedewszystkiem środki te stosować, jeżeli to nie sprzeciwia się dobru chorego.

We Lwowie, dnia 20 września 1925 r.

Dr. Papée m. p.

Lwowska Izba lekarska.

Zebranie Rady Izby.

Zebranie Rady Izby w dniu 29 marca 1925 odbyło się przy udziale 30 członków Rady pod przewodnictwem dr. Papeego.

Po przyjęciu do wiadomości sprawozdania tymcz. Komitetu wykonawczego Kasy pensyjnej przy Izbie Lekarskiej przystąpiono do omówienia projektu zaopatrzenia wdów i sierót, przedłożonego przez lekarzy ziemi sanockiej w miejsce wprowadzonego już od 1 stycznia 1925 na zasadzie uchwały Rady Izby z 2 listopada 1924 ubezpieczenia pensyjnego. Projekt sanocki opiera się na opłatach, ustanawianych z roku na rok, stosownie do liczby wdów i sierót, opłatach jednakowych dla wszystkich uczestników zaopatrzenia. Referent podnosi, że projekt sanocki ma charakter charytatywny, że w razie zmiany zasady ubezpieczenia po myśli tego projektu opłaty uczestników ubezpieczenia będą bardzo wysokie i że po kilku latach istnienia zaopatrzenia projektowanego może zapaść uchwała, kasująca zaopatrzenie, a w takim razie poszkodowani będą wszyscy, którzy płacili wkładki, a nie korzystali z zaopatrzenia, że wreszcie projekt pomija zupełnie ubezpieczenie inwalidzkie i ubezpieczenie na starość. Przeciwnie, ubezpieczenie już wprowadzone w życie jest oparte na podstawach realnych, gdzie ubezpieczony otrzyma świadczenia stosownie do uiszczonych opłat.

Zaproszony znawca asekuracyjny wygłasza przemówienie, z którego wynika, że projekt sanocki nie wytrzymuje krytyki. Kasa pensyjna Izby istniejąca jest pomyślana bardzo ostrożnie i prawdopodobnie w niedalekiej przyszłości będzie można zwiększyć świadczenia bez podwyższania opłat.

Wniosek referenta: »Rada Izby przechodzi do porządku nad projektem sanockim ubezpieczenia lekarzy Lwowskiej Izby Lekarskiej« przyjęto głosami wszystkich obecnych z wyjątkiem jednego, który nie głosował. Następnie przystąpiono do obrad nad regulaminem Kasy pensyjnej Lwowskiej Izby Lekarskiej. Projekt, przedłożony przez Zarząd Izby, przyjęto z następującemi zmianami i uzupełnieniami. Zreasumowano poprzednią uchwałę, na mocy której przymus należenia do Kasy pensyjnej obowiązuje od 1 stycznia 1925. Uchwalono natomiast, że ten przymus zaczyna się od 1 kwietnia 1925; a ci Koledzy, którzy uiścili opłaty za I kwartał 1925, otrzymają bonifikację po ustaleniu rachunkowem ich »habet«.

Do §. 5 rozwinęła się żywa dyskusja w sprawie 5-letniego czasu wyczekiwania. Uchwalono dodać następujący ustęp: »Obowiązek wyczekiwania odpada wtenczas, gdy niezdolność do pracy lub śmierć nastąpiła w wykonywaniu zawodu; wymiar renty względnie zaopatrzenia będzie w takim razie taki sam, jak po 5 latach wyczekiwania«. Nadto uchwalono: »Rada Izby poleca Zarządowi Izby, aby zastanowił się nad sprawą, poruszoną przez dr. Zadurowicza imieniem Samborskiego Koła lekarzy, i przygotował stosowny projekt«. Wniosek dr. Zadurowicza opiewa następująco: Rada Izby poleca Zarządowi Izby utworzenie tzw. Kasy pośmiertnej przymusowej na wzór Kasy pogrzebowej Krakowskiej. Każdy członek Izby Lek. Lwowskiej wpłaca tytułem wpisowego 25 zł. W razie śmierci jednego z członków Izby Lek. Lwowskiej wszyscy pozostali wpłacają przymusowo po 10 zł. Wobec liczby członków około 1200, uczyni to razem około 12.000 zł., z czego 1000 zł. pójdzie do funduszu rezerwowego i na koszta administracji, a resztę otrzyma wdowa względnie pozostała po zmarłym rodzina. Z funduszu rezerwowego będzie można wspomagać chorych Kolegów, względnie dawniejsze wdowy, udzielać zapomogi na wyjazd do kąpiel i t. p.

Następnie do § 10 przyjęto wniosek: »Rada Izby poleca Zarządowi Izby, aby postarał się o obliczenie, czy możliwe jest przesunięcie wieku z 70 na 65 lat (dla pobierających rentę starczą) i przyszedł z wnioskiem na Zebranie Rady«.

Dalszy ciąg posiedzenia zajęło odczytanie protokołu obrad Zebrania Rady Izby z 2 listopada 1924, który przyjęto. Sprawozdanie Zarządu za czas od 15 marca 1924 do 28 marca 1925, które rozdano członkom Rady w powieleniu maszynowem, przyjęto do wiadomości. Sprawozdanie Skarbnika Zarządu Izby wykazuje w roku adm. 1924/25 sumę przychodu i rozchodu 12.042 Zł. 59 gr., pozostałość kasową na rok 1925.6 — 734 zł. 51 gr. Na wniosek Komisji rewizyjnej udzielono Skarbnikowi i Zarządowi absolutorjum.

Rachunek kupna domu Izby, przedłożony przez Przewodniczącego Izby, przyjęto do wiadomości, wyrażając zarazem jednomyślnie podziękowanie Zarządowi Izby za zabiegi, podjęte w sprawie kupna domu, za ofiarność członków Zarządu, okazaną przez angażowanie swoich nazwisk na wekslach, i wreszcie za doprowadzenie kupna do skutku.

Opłatę izbową na r. 1925 uchwalono w wysokości 20 zł. od jednego członka, z czego 5 zł. na zapomogi dla wdów i sierót do dyspozycji Zarządu Izby.

Referent Kasy chorych Izby lekarskiej przedkłada rachunek za czas od 1 kwietnia do 31 grudnia 1924, który wykazuje stan czystego majątku 13.878 zł. 38 gr., i stawia wniosek o przelanie sumy powyższej do funduszu zapasowego, o wypłacenie buchalterowi Kasy tytułem bilansowego 140 zł., o zniżenie procentu zwłoki dla opaźniających się z opłatami na 2% miesięcznie, wreszcie o podwyższenie pogrzebowego o 100% z tem, że Komitet Kasy, po całorocznem doświadczeniu, może podwyższyć jeszcze świadczenia i pogrzebowe wedle możności.

Po sprawozdaniu Komisji rewizyjnej udzielono Komitetowi Kasy chorych absolutorjum, również przyjęto wszystkie powyższe wnioski. Nadto uchwalono, że termin przedawnienia, o którym mowa w § 14. Regulaminu Kasy ubezpieczeniowej, ma wynosić 30 dni, a może być wyjątkowo przez Komitet Kasy przedłużony do 3 miesięcy.

Sprawozdanie z działalności Sądu Lwowskiej I. L. w okresie od 5 kwietnia 1923 do 31 grudnia 1924 — ogłoszone w Nr. 12 Polskiej Gazety Lekarskiej z 22 marca 1925 — po odczytaniu przyjęto do wiadomości.

Wybory. Ustępujących z Zarządu Izby na zasadzie art. 22 ustawy o Izbach lekarskich drów Moszkowicza, Nowickiego, Piseka i Zgórskiego wybrano przez aklamację na dalszy rok. Na zastępców członków Zarządu Izby w miejsce ubyłych wybrano drów Karola Haisiga i Michała Salpetera.

Z ustępujących na zasadzie art. 30 ustawy o Izbach lekarskich sześciu członków Sądu Izby wybrano ponownie drów Mikołajskiego i Ziona, nadto drów Józefa Czaczkowskiego, Karola Haisiga, Henryka Malsburga i Hilarego Schramma; na zastępców członków Sądu Izby drów Stanisława Dwernickiego, Marjana Frankego, Jana Greka, Władysława Hojnackiego, Stanisława Stuchłego i Izydora Wildera.

Do Komitetu wykonawczego Kasy chorych przy Izbie L. wybrano drów Mieczysława Andruszewskiego, Władysława Ciepielowskiego i Eugenjusza Dolińskiego. Do Komitetu wykon. Kasy pensyjnej drów Józefa Czaczkowskiego, Jakóba Moszkowicza i Salomona Ruffa; na zastępców członków drów Stanisława Laskownickiego i Stanisława Lewickiego. Do Sądu polubownego dla Kasy pensyjnej drów Henryka Halbana, Romana Hinzego, Adolfa Kuhna, Emila Zadurowicza i Kaźmierza Zgórskiego.

W sprawie opłat izbowych Kolegów praktykujących przez sezon w Krynicy, a należących do Izby Lwowskiej, postanowiono, że lekarz ma płacić tylko jedną wkładkę izbową, a to tam, gdzie przynależy, i polecono Zarządowi, aby w sprawie opłat lekarzy praktykujących w uzdrowiskach ponownie odniósł się do N. I. L. o definitywne rozstrzygnięcie.

Z samoistnych wniosków Członków Rady wyłoniły się następujące uchwały:

a) Prezydjum Izby zajmie się sprawą reformy studjów lekarskich i odniesie się do Ministerstwa Wyznań i Oświecenia Publicznego z żądaniem, aby przedstawicielstwo zawodowe lekarzy (Izby lekarskie) było powołane do zabrania głosu w tej sprawie. Na najbliższem Zebraniu Rady Zarząd Izby przedłoży projekt opinji w sprawie reformy studjów lekarskich.

b) Rada Izby poleca Zarządowi, aby obmyślił rygory na tych Kolegów, dla których bywają drukowane podziękowania w gazetach.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dr. Antoni Krokiewicz, prymarjusz Szpitala św. Łazarza w Krakowie, obchodził 1. października b. r. 40-letni jubileusz doktoratu. Zasłużonemu Jubilatowi składali licznie zebrani koledzy życzenia, do których Redakcja »Polskiej Gazety Lekarskiej« dołącza serdeczne »*Ad multos annos!*«.

Lwów.

Dr. Włodzimierz Koskowski, docent Uniwersytetu J. K., został mianowany profesorem nadzwyczajnym farmakologji i doświadczalnej, Doc. Dr. Kazimierz Bocheński, profesorem ginekologji i położnictwa.

Towarzystwo higjeniczne powołało do życia sekcję higjeny ludowej. W związku z tą uchwałą ma ono zamiar wydawać Ludową bibljoteczkę higjeniczną, szerzyć higjenę wśród ludu zapomocą odczytów i artykułów, umieszczanych w prasie ludowej. W październiku ma się rozpocząć w mieście Lwowie cykl zimowy wykładów popularnych z zakresu higjeny, objaśnianych, jak zwykle, przeźroczami licznemi. W czasie najbliższym opuszcza prasę T. IX. i X. »Bibljoteczki higjenicznej«, mianowicie W. Koskowskiego »O nikotynie i paleniu tytoniu« i S. Ruffa »O zniekształceniach ciała«. W przygotowaniu jest szereg broszur z zakresu ważnych zagadnień higjeny. Pracownia sportowa przy Zakładzie patologji og. i dośw., subwencjonowana przez Tow. higjeniczne, którą prowadzi przewodniczący sekcji sportowej Towarzystwa, rozwija się pomyślnie i działa z korzyścią prawdziwą. Ze względu na coraz większy zakres działania Towarzystwa w wysokim stopniu jest pożądane, aby lekarze przez wpisywanie się i udział czynny poparli jego cele.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek, dnia 16. b. m. o godzinie 6 wieczorem (Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych. 2) Wykład kol. Reisa: „O rozpoznaniu różniczkowem jaglicy w przebiegu wieków".

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Pierwszy Okręgowy Zjazd lekarzy szkolnych i wychowania fizycznego, urządzony staraniem Sekcji higjenicznych fiz. Tow. nauczycieli szkół wyższych we Lwowie odbędzie się w dniach 6—8 grudnia b. r.

Ze świata.

Międzynarodowy Zjazd lekarzy esperantystów odbył się z początkiem sierpnia w Genewie. Reprezentowane były: Anglja, Czechosłowacja, Francja, Holandja, Niemcy, Polska, Stany Zjednoczone i Szwajcarja. Prezydentem Związku lekarskiego esperanckiego został jednogłośnie wybrany Polak, Dr. Blassberg z Krakowa. Sprawozdania ujawniły znaczne szerzenie się Esperanta w sferach lekarskich Europy, a zwłaszcza silny ruch w Japonji, gdzie Akademja lekarska w Tokio przyjęła Esperanto jako oficjalny język naukowy lekarski i gdzie w tym języku wychodzą liczne prace oraz 6 pism lekarskich. Nadto założono liczne związki lekarskie esperanckie w różnych miastach Japonji. Na zjeździe uchwalono złączyć dwa obecnie istniejące pisma lekarskie europejskie w jedno, które pod redakcją prof. Vanvertsa i Dra Briquet będzie wychodziło obecnie w Lille p. t. »Internacia Medicino Revuo«.

Zestawienia statystyczne przypadków ospy w Anglji wykazują systematyczne jej rozszerzanie się. W roku 1917 było zachorowań na ospę 7, w roku 1918 — 63, w r. 1919 — 311, w r. 1920 — 280, w r. 1921 — 366, w r. 1922 — 973, w r. 1923 — 2054, w r. 1924 — 3395, w pierwszej połowie roku — 3008! Również w Szwajcarji liczba zachorowań na ospę wzrosła niepomiernie, albowiem w r. 1923 w kantonach niemieckich naliczono 3900 przypadków ospy, gdy natomiast w kantonach, zamieszkałych przez ludność francuską i włoską, nie stwierdzono ani jednego przypadku tej choroby. Tę niezwykle wielką liczbę przypadków ospy w krajach o tak wysokiej cywilizacji należy odnieść do uporczywej propagandy przeciwszczepieniowej, prowadzonej od lat kilku przez pewne zrzeszenia, między innemi przez sekty religijne. Dla wykazania zaślepionym zbrodniczości ich działania propagandowego 12 słuchaczów medycyny jednego z uniwersytetów angielskich ogłosiło wezwanie do propagatorów kierunku przeciwszczepieniowego o wzięcie udziału w eksperymencie następującym: Medycy ci (oczywiście szczepieni) a także takasama liczba przeciwników szczepienia (nieszczepionych) miała przebywać na sali chorych ospowych. Doświadczenie to jednak nie doszło do skutku, bo.... przeciwnicy nie zgłosili się.

Zwraca się uwagę na dodatek o nowych przetworach farmaceutycznych, Camphogen i Laudanon, dołączony do numeru niniejszego.

Nr. 42. 18 października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Kazimierz PAWŁOWSKI, st. asystent klin. Wilno.

Zasadnicze i pomocnicze metody leczenia moczówki cukrowej z badaniami nad działaniem wyskoku *).

Z II. Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Stefana Batorego. Dyrektor: Prof. Dr. Januszkiewicz.

Dzięki Makleod'owi i jego współpracownikom sprawa leczenia cukrzycy uczyniła wielki krok naprzód. O znaczeniu insuliny w zwalczaniu cukrzycy wypowiedzieli się wszyscy niemal wybitniejsi klinicyści, bądź to w poszczególnych pracach, bądź też na zebraniach i zjazdach. Wspomnę tylko o zjeździe internistów niemieckich w roku ub. w Kissingen, na którym jednym z głównych tematów była właśnie sprawa leczenia cukrzycy insuliną. Dzisiaj środek ten ma wyraźnie zakreślone granice praktycznego zastosowania; mówię »granice«, bo pomimo swego potężnego działania, pozostaje on nadal środkiem pomocniczym, jakkolwiek niezmiernie cennym, bo ratującym życie ludzkie właśnie w tym momencie, kiedy inne zabiegi i środki okazują się bezsilne.

Mam na myśli przedewszystkiem śpiączkę cukrzycową. Według słów Minkowskiego, jeżeli były przypadki, że chorzy w stanie śpiączki, pomimo stosowania insuliny, ginęli, to działo się to z innego powodu. Bezwzględnem wskazaniem do leczenia insulinowego są prócz tego ciężkie przypadki cukrzycy z objawami kwasicy, znaczne wychudzenie i wyniszczenie chorego, oraz przypadki z powikłaniami lub z potrzebą wykonania zabiegu chirurgicznego. Na niekorzyść insuliny przemawia jej działanie czysto paljatywne. Nabieramy tego przekonania, sądząc z piśmiennictwa, oraz z własnego z górą rocznego doświadczenia w stosowaniu tego środka.

Szerokiemu stosowaniu insuliny stają na przeszkodzie trudności, które z niem się łączą. Chodzi mianowicie o dobór przypadków, nadających się do leczenia, odpowiednie dawkowanie, sposób zastosowania, kontrolę krwi i moczu i ustalenie diety. Do tego dołączają się trudności charakteru technicznego w postaci ciągłych wstrzykiwań. Stąd powstały próby podawania insuliny innemi drogami, co jednak dotąd ma mało praktycznego znaczenia ze względu na trudności dawkowania i konieczność stosowania większych ilości.

Podjęte również zostały próby wprowadzania pozajelitowo obcego białka (Singer, Falta, Högler). Wstrzykiwano, między innemi mleko. Singer stosował *caseosan*. Wyniki otrzymywano w niektórych przypadkach zachęcające. Nasze spostrzeżenia pod tym względem ograniczają się tylko do 4-ch przypadków. Trzy z nich przedstawiały ciężką postać cukrzycy ze znaczną acetonurją, przypadek 4-ty bez objawów kwasicy. Zaczęliśmy od wstrzykiwania 0 5 cm sz. kaseosanu i, podwyższając stopniowo dawki, doszliśmy do 2 cm. sz. Wstrzykiwania dokonywano co 3-ci, 4-ty dzień. Następnie, utrzymując dawki kaseosanu na tym samym poziomie, zaczęliśmy równocześnie stosować insulinę.

Wyniki leczenia tą metodą pobudzająco-drażniącą, preparatami białka otrzymaliśmy następujące: hiperglikemja bezpośrednio po wstrzyknięciu obniżała się nieco w ciągu pierwszej doby, poczem wracała do stanu pierwotnego. To obniżenie występowało wyraźniej po pierwszych 2-ch do 3-ch wstrzykiwaniach, później, pomimo podwyższania dawki kaseosanu do 2-ch cm. sz.; wahania były minimalne. Wpływu wyraźnego na cukromocz i acetonurję nie mogliśmy dostrzec, niewielkie wahania odbywały się w kierunku zwiększenia lub zmniejszenia. Terapja kombinowana kaseosanu i insuliny nie dała również wyników konkretnych, wpływu wzmacniającego działanie insuliny nie spostrzegaliśmy, albowiem małe dawki insuliny pozostały bez wyniku dodatniego, większe zaś same przez się obniżały cukromocz i acetonurję.

Na zasadzie tych kilku przypadków skłonni jesteśmy zgodzić się ze zdaniem tych autorów, którzy uważają, że nieswoista proteinoterapja niemoże współzawodniczyć z insuliną.

Co do zastąpienia insuliny surogatami bądź to pochodzenia roślinnego, bądź chemicznego, to sprawa ta znajduje się obecnie zaledwie w okresie doświadczeń.

Tak więc zasadniczo podstawowem leczeniem moczowki cukrowej jest nadal leczenie dietetyczne. Uregulowanie ściśle diety wystarcza w bardzo wielu przypadkach, aby usunąć cukromocz bez obniżania stanu odżywiania chorego.

Sprawa jakości i ilości produktów spożywczych była roztrząsana w piśmiennictwie wiele razy i dzisiaj możnaby ją uważać w znacznej mierze za wyczerpaną i wszechstronnie oświetloną. Jest jeden szczegół, co do którego zapatrywania autorów nie są uzgodnione. Mam na myśli napoje wyskokowe, jako część składową pożywienia cukrzycowych. Próby dodawania wyskoku do pożywienia, jako środka odżywczego i leczniczego, były robione dawno, wiedziano bowiem o wysokiej kalorycznej wartości wyskokn, starano się więc wyzyskać go, jako środek odżywczy w przypadkach ciężkiej cukrzycy. Przeprowadzone badania dokładne jeszcze przed 20-tu laty przez Neubaner'a, Benedikt'a i Török'a z Kliniki Korany'ego, następnie v. Noorden'a, Roger i Voill'a, Magnus Lewy i wielu innych, dowiodły, że wyskok obniża cukromocz i zmniejsza objawy kwasicy, usuwając, względnie obniżając acetonurję. Magnus-Lewy charakteryzuje wyskok i jego działanie w cukrzycy w sposób następujący:

1) wyskok jest pełnowartościowym materjałem palnym;
2) użycie jego ułatwia wprowadzanie większych ilości tłuszczu;
3) w pewnej mierze usuwa acetonurję;
4) działa tonizująco na serce.

Te argumenty zdaniem jego, przemawiają za tem, że podawanie wyskoku w moczówce cukrowej może okazać sie bardzo korzystnem w wielu przypadkach. Badania wymienionych autorów miały na celu wyjaśnienie wpływu wyskoku na acetonurję, i wyniki tych badań są mniej więcej zgodne, a wyrażają się tem, że napoje wyskokowe, podawane w większych ilościach, zmniejszają acetonurję, szczególnie w ciężkich przypadkach cukrzycy, a więc przeciwdziałają śpiączce cukrzycowej.

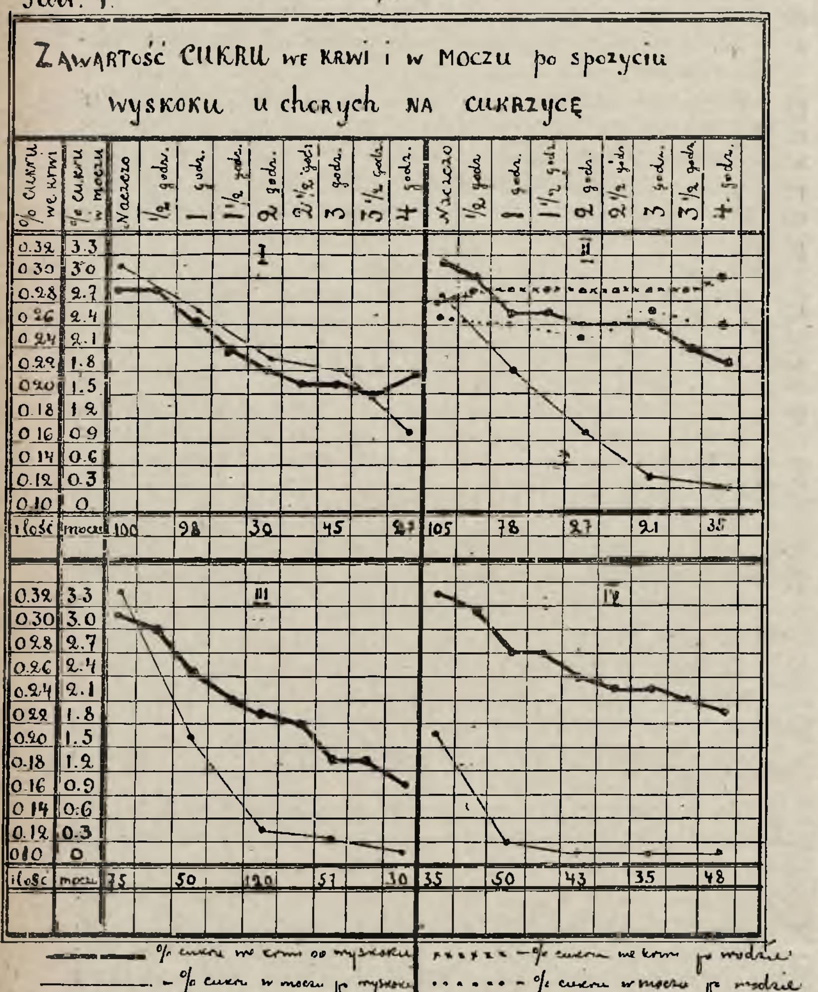
Celem naszych badań było wyjaśnienie zachowania się cukru we krwi i w moczu u diabetyków pod wpływem wyskoku. W tym celu ustaliliśmy pewną metodę postępowania, która polega na tem, że choremu, który od szeregu dni pozostawał na określonej diecie, pobiera się krew na czczo, t. j. w 14 godzin po ostatnim posiłku, równocześnie chory oddaje mocz. Bezpośrednio potem, otrzymuje on doustnie 15—20 gr. wyskoku (około $^1/_4$ gr. na 1 kg wagi) rozcieńczonego trzykrotnie wodą. Następnie bada się krew i mocz na zawartość cukru co $^1/_2$ godziny. Chory w eiągu całego czasu pozostaje w łóżku i nieotrzymuje żadnego pożywienia.

Otóż okazało się, jak to widać z załączonych wykresów kilku przypadków (Tablica I.), że po spożyciu wyskoku cukier we krwi obniża się stopniowo w ciągu pierwszych 3-ch względnie 4-ch godzin, poczem powoli znowu narasta, pomimo, że chory pozostawał wciąż bez pokarmów. Spadek cukru w niektórych przypadkach był bardzo znaczny, bo dochodził blisko do 50% stanu pierwotnego. Równocześnie spostrzegaliśmy obniżanie się względnie znikanie nawet cukromoczu, który jednakże w miarę narastania cukru we krwi zjawiał się znowu.

*) Wedłg odczytu wygłoszonego na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie 12—16 lipca 1925 r.

Mniej więcej podobne do siebie wyniki otrzymaliśmy we wszystkich badanych przez nas 17-tu przypadkach cukrzycy, z których 6 należy zaliczyć do postaci lekkiej, 4 do średniej, 7 zaś do postaci ciężkiej ze znaczną acetonurją i niemożnością odcukrzenia drogą usunięcia z pożywienia węglowodanów. Dokonaliśmy następnie szeregu badań porównawczych nad zachowaniem się cukru we krwi u osobników zdrowych pod wpływem wyskoku. Sposób postępowania był ściśle taki sam, jak przy badaniu diabetyków. Wyniki okazały się wręcz przeciwne. Pod wpływem wyskoku pierwotny poziom cukru we krwi wyraźnie się podnosi. Narastanie odbywa się stopniowo, szczyt jego przypadał zwykle na 3-ciej lub 4-tej godzinie po spożyciu wyskoku, poczem powoli wracał do stanu pierwotnego.

Tabl. 1.



Aby wykluczyć możliwość jakichś nieprzewidzianych wpływów ubocznych, badania zostały powtórzone tak u zdrowych, jak i u diabetyków z tą różnicą, że zamiast wyskoku podawano taką samą objętość wody. Wówczas zawartość cukru utrzymywała się stale na jednakowym poziomie, względnie wahała się w jedną lub drugą stronę w granicach minimalnych. (Na tablicy I. w przypadku drugim. dotyczącym ciężkiej postaci cukromoczu, jest to uwidocznione linjami przerywanemi).

Otrzymaliśmy więc tak krańcowo różne wyniki naszych badań u osobników zdrowych i u cukrzycowych.

Oddawna zostało ustalone, że wyskok, wprowadzony do ustroju, ulega prawie całkowicie spaleniu albowiem nieznaczny tylko odsetek (2—5%) zostaje wydalony przez nerki i płuca. Spalając się jest on wyłącznie źródłem energji cieplnej (1 gr. daje 7.1 kalorji). Oszczędzające działanie wyskoku w stosunku do węglowodanów u osobników zdrowych zdaje się potwierdzać badanie współczynnika oddechowego. Wprowadzenie do organizmu, naprzykład, 100 gr. dekstrozy lub lewulozy zwiększa współczynnik oddechowy, który staje się bliski 1.0; po zadaniu wyskoku współczynnik ten po kilku minutach zaczyna się obniżać i dochodzi do wielkości niższej niż pierwotna w krótkim czasie, t. j. zbliża się do współczynnika wyskoku = 0.67 Przy jednoczesnem podaniu 100 gr. cukru i 30 gr. wyskoku współczynnik pozostaje stale niskim.

Powstaje więc pytanie, dlaczego wyskok tak biegunowo różnie działa na zachowanie się cukru we krwi u osobników zdrowych i u diabetyków. W nadziei, że pewne światło na przemianę węglowodanową i na los wyskoku w ustroju mogą rzucić badania w okresie głodzenia, dodatkowo przeprowadziliśmy następujące doświadczenia: 3-ch naszych chorych na cukrzycę dość ciężką, powstrzymywało się od przyjmowania jakichkolwiek pokarmów w ciągu 42-ch godzin. Pozwolono im pić tylko wodę w ilości około pół litra na dobę. Co kilka godzin badano krew i mocz na zawartość cukru.

Tablica 2.

Przypadki cukrzycy	Zawartość cukru na czczo przed głodzeniem		Zawartość cukru po 36 godz. poście		Zawartość cukru w 6 godz. po podaniu 20 gr. wyskoku	
	we krwi	w moczu	we krwi	w moczu	we krwi	w moczu
I	0.20%	0.8%	0.175%	0.1%	0.08%	0
II	0.26%	1.5%	0.25%	ślad	0.13%	0
III	0.28%	1.3%	0.28%	1.5%	0.11%	0

Widzimy więc z przedstawionej tablicy (II), że po 36-u godzinnem głodzeniu cukier we krwi obniżył się stosunkowo nieznacznie, a w jednym przypadku pozostał nawet na tym samym poziomie. Natomiast po upływie następnych 6-ciu godzin pod wpływem wyskoku, nastąpił szybki i gwałtowny spadek poniżej 50% pierwotnej ilości. Równocześnie nastąpiło znaczne zmniejszenie cukru w moczu.

Na mocy szeregu doświadczeń na zwierzętach, jak również spostrzeżeń Benedikt'a, spostrzeganych na osobniku poszczącym, wiemy, że w pierwszym dniu postu spala się przedewszystkiem cukier, w mniejszym stopniu tłuszcz, białko również w pierwszych dniach ulega większemu rozpadowi. A więc w spostrzeganych przez nas przypadkach diabetyków poszczących wyniki, które otrzymaliśmy, mogłyby być wytłumaczone w ten sposób: hiperglikemja utrzymuje się pomimo braku dowozu pożywienia i wzmożonego zużycia cukru, więc produkcja glukozy z białka ustrojowego, a może i z tłuszczu, musi się odbywać w tempie żywem. Wprowadzenie do ustroju wyskoku powoduje znaczne chwilowe obniżenie zawartości glukozy. Dzieje się to dlatego, że wyskok najpewniej wywiera wpływ hamujący na proces wytwarzania cukru z białka, ze 100 gr. którego, jak wiemy, może powstać około 60 gr. glukozy; produkcja glikogenu z białka odbywa się przez wiązanie znacznej ilości tlenu. Wyskok zaś, utleniając się sam energicznie, powstrzymuje wytwarzanie cukru drogą endogeniczną, a więc obniża jego zawartość we krwi, zwłaszcza, jeżeli wziąść pod uwagę, brak rezerwy glikogenowej w wątrobie i mięśniach.

Natomiast u osobnika z prawidłową przemianą węglowodanową po zadaniu wyskoku zawartość cukru we krwi zwiększa się, ponieważ wyskok, ulegając szybszemu spalaniu, zabiera tlen niezbędny dla tego procesu oksydacyjnego. Obliczanie współczynnika oddechowego niewskazuje przytem na wzmożenie procesów utleniania w ustroju, więc należy przypuszczać, że wyskok spala się w zastępstwie innych produktów — przedewszystkiem węglowodanów.

Być może, że wchodzą jeszcze tutaj w grę inne czynniki, jak wpływ wyskoku na ośrodki nerwowe, układ parasympatyczny, gruczoły dokrewne, proces wiązania glukozy przez wyskok i t. d.

Dalsze badania mające na celu wszechstronne wyjaśnienie omawianych zjawisk, mogłyby w znacznym stopniu przyczynić się do wyświetlenia sprawy przemiany węglowodanowej u zdrowych i cukrzycowych. W tym celu w klinice były przeprowadzone jeszcze następujące badania: staraliśmy się wyjaśnić, czy wyskok, wprowadzony innemi drogami do ustroju, zachowuje się tak samo, jak podany doustnie. Otóż okazało się, że wyskok wprowadzony zapomocą zgłębnika do dwunastnicy, podany do odbytnicy, czy wreszcie dożylnie (w ostatnim przypadku doświadczenia robione na królikach) ma działanie równoznaczne z tem, jakie spostrzegaliśmy przy podaniu doustnem. Prócz tego dokonaliśmy prób z wyskokiem w 105 przypadkach najrozmaitszych chorób i zauważyliśmy, że tam, gdzie mamy do czynienia z wyraźnem schorzeniem wątroby, wyskok obniża zawartość cukru we krwi, podobnie jak przy cukrzycy.

Wreszcie co się tyczy wpływu wyskoku na acetonurję, to badania nasze pod tym względem są obecnie w toku, zdaje się jednak z nich wynikać, że działanie wyskoku nie jest jednakowe we wszystkich przypadkach: w niektórych z nich rzeczywiście spostrzegaliśmy zmniejszenie ciał acetonowych, w innych natomiast szczególniejszych różnic nie spostrzegaliśmy.

Z drugiej zaś strony rozpoczęte obecnie przez nas badania na zawartość dwutlenku węgla w surowicy krwi przyrządem Van Slyk'a u chorych cukrzycowych i u zdrowych wskazują, że zasadowość surowicy zmniejsza się pod wpływem wyskoku. Badania nasze pod tym względem są jeszcze w toku, i nie wiemy w jakim stopniu potwierdzą one dotychczasowe wyniki.

Po dokonaniu próbnych badań i stwierdzeniu obniżającego działania wyskoku na glikemję i cukromocz w 4-ch przypadkach ciężkich postaci cukrzycy, dodaliśmy do otrzymywanej przez nich diety po 30—50 gr. wyskoku dziennie w kilku małych dawkach. W jednym przypadku po trzech dniach musieliśmy przerwać podawanie wyskoku, ponieważ chora nie znosiła go. W pozostałych zaś trzech uzyskaliśmy dość znaczny spadek glikemji i cukromoczu, bilans węglowodanowy z ujemnego stał się dodatni. Chorzy zaczęli przybywać na wadze. Kiedy zaczęliśmy kombinować podawanie wyskoku z insuliną, to okazało się, że insuliny przy jednoczesnem podawaniu wyskoku zużywa się znacznie mniej, aby usunąć cukromocz, niż w okresie, kiedy wyskok nie był stosowany.

Na podstawie przeprowadzonych badań możemy streścić otrzymane przez nas wyniki w sposób następujący:

1) W cukrzycy powinno być zachowane leczenie dietetyczne jako podstawowe, zaś leczenie insuliną — jako pomocnicze w pewnej kategorji przypadków — a zasadnicze w śpiączce. Nieswoista proteinoterapja wbrew poglądom niektórych autorów nie może współzawodniczyć z insulinoterapją.

2) U chorych na cukrzycę wprowadzenie wyskoku do ustroju w ilości 15—20 gr. jednorazowo powoduje znaczne obniżenie zawartości cukru we krwi.

3) U osobników zdrowych w tych samych warunkach zachodzi wyraźne zwiększenie cukru we krwi.

4) Mechanizm działania wyskoku tak u zdrowych, jak u chorych cukrzycowych nie jest nam jeszcze dostatecznie znany i wymaga dalszych badań szczegółowych.

5) W praktycznem zastosowaniu wyskok może być z korzyścią podawany chorym na cukrzycę w drobnych dawkach przy ścisłem każdorazowem indywidualizowaniu przypadku.

Dr. Antoni DOBRZAŃSKI. Lwów.

O stosowaniu ezofagoskopji w celach rozpoznawczych i leczniczych, a szczególnie w celu wydobywania ciał obcych z przełyku.

Z Kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Nie mam zamiaru opisywać szczegółowo techniki i kliniki ezofagoskopji, lecz podnieść tylko nasze spostrzeżenia i uwagi, które nam się nasuwają na podstawie materjału kliniki oto-laryngologicznej lwowskiej za lat 18, t. j. na podstawie 300 przypadków patologicznych, w których ezofagoskopję wykonano.

Do czasów endoskopijnych jedyną metodą rozpoznawczą i leczniczą schorzeń, względnie niedrożności przełyku było zgłębnikowanie. — W r. 1881 Mikulicz zastosował i opracował, jako metodę kliniczną badania przełyku ezofagoskopję, którą przed nim już inni sporadycznie stosowali. Po nim szereg autorów jak Kischstein, Killian, Kahler, Giusez, Brünings, Eicken, Jackson i inni położyło wiele zasług nad udoskonaleniem i uzupełnieniem przyrządów do ezofagoskopji, diagnostyką i jej metodą operacyjną, nad rozszerzeniem pola jej zastosowania w kierunku rozpoznawczym i operacyjnym. Dziś zyskała ona szerokie zastosowanie zarówno w ręku laryngologów, jak chirurgów dla diagnostyki i lecznictwa schorzeń przełyku. W miarę postępów rentgenologji znalazła zastosowanie ta ostatnia również jako trzecia metoda rozpoznawcza pomocnicza w diagnostyce schorzeń przełyku.

Z powyższych trzech metod najdokładniejszą bez wątpienia jest ezofagoskopja, ponieważ pozwala nam bezpośrednio okiem oglądać światło, obraz ścian, przesuwalność, rozszerzalność i drożność przełyku. Ona też winna w każdym przypadku schorzenia przełyku, o ile niema specjalnych przeciwwskazań, wspólnie z rentgenologją upewnić nas w rozpoznaniu.

Odnośnie do sposobu wykonywania ezofagoskopji mamy dwa zasadnicze sposoby a mianowicie; wprowadzanie ezofagoskopu z zatyczką (na ślepo), a dopiero po wyjęciu tejże wtórne oświetlanie pola widzenia i wprowadzanie rury otwartej pod kierunkiem oka od początku i oglądanie całej drogi, którą przechodzimy.

Pierwszy sposób sięgający początków ezofagoskopji ma i dziś swoich zwolenników, jak Stark, Mann, u nas Węgłowski. Drugi sposób opracowany przez Killiana Brüningsa i Kahlera, i innych ma tę wyższość że pozwala nam kierować rurę ezofagoskopijną pod kierunkiem oka, od pierwszej chwili badania pozwala nam orjentować się w każdem miejscu, gdzie się znajdujemy i pozwala nam stwierdzić zmiany na całej drodze, którą przechodzimy t. j. od jamy ustnej aż do żołądka. Co do wyboru więc metody względnie przyrządu do ezofagoskopji oświadczamy się bezwzględnie za systemami z otwartemi rurami bez zatyczek. Obrażeń błony śluzowej, jakie mają występować przy stosowaniu rur otwartych nie spostrzegaliśmy. Uważamy więc sposób, gdzie się kierujemy zmysłem czucia i wzroku, jako metodę doskonalszą i dokładniejszą od tej, gdzie wprowadzamy przyrząd kierując się tylko czuciem. Podkreślić jednak musimy, że wybór systemu ezofagoskopu zależy w wielkiej mierze od przyzwyczajenia operatora. Brünings zaznacza, że wprowadzanie pod kierunkiem oka jest technicznie trudniejsze, stąd też może wynika, że ezofagoskopy z zatyczkami znajdują jeszcze wielu zwolenników.

W klinice oto-laryngologicznej lwowskiej posługujemy się dwoma systemami: systemem Brüningsa i Kahler-Leitera. System Brüningsa daje najlepsze oświetlenie pola widzenia i nadaje się ze względu na ustawienie rączki do wprowadzania w pozycji chorego siedzącej lub podanej przed dwoma laty przez Szczukowa pozycji leżącej na brzuchu przy której przyrząd w stosunku do chorego jest w tem samem ustawieniu, jak przy pozycji siedzącej. Do wprowadzania przy ułożeniu chorego na grzbiecie, ezofagoskop Brüningsa mniej się nadaje ze względu na szybko występujące znużenie operatora wskutek niedogodnego trzymania przyrządu. Drugi system ezofagoskopu Kahler-Leitera zalecanego szczególnie przez wiedeńską szkołę laryngologów, daje światło mniej jasne; wprowadzanie jego jest dogodne z powodu możności przestawiania rączki we wszystkich trzech pozycjach chorego, a mianowicie, siedzącej, leżącej na brzuchu i leżącej na grzbiecie.

Francuzi używają systemu Brüningsa, nieco zmodyfikowanego a ostatni Garger podał system ezofagoskopu rozszerzalny i z owalnym otworem z boku dla wprowadzania

przyrządów operacyjnych. Własnego doświadczenia co do tego ostatniego nie mamy.

Ułożenie chorego — jak powyżej wspomniałem — zależne jest do pewnego stopnia od przyrządu, którym się posługujemy, prócz naturalnie ogólnie znanych warunków ezofagoskopji, jak budowy względnie ruchomości kręgosłupa, ciąży i t. p. Nie ulega wątpliwości, że pozycja leżąca jest dla chorego dogodniejsza, niż siedząca. W pozycji siedzącej ślina ścieka do dróg oddechowych i powoduje drażnienie do kaszlu, a nieraz nawet ataki duszenia się. Z pozycji leżących jest ta na brzuchu dogodniejsza, niż na grzbiecie. Pozycję leżącą na brzuchu (Szczukowa) stosujemy od 2 lat z doskonałym skutkiem w większości naszych przypadków u dorosłych, z wyjątkiem ciężarnych. Jest ona dogodną dla operatora i chorego. Dla operatora posługującego się przyrządem Brüningsa jest dogodna dla wprowadzania i trzymania przyrządu, dla chorego zaś ze względu na to, że ślina wycieka przez kąty ust nazewnątrz, a nie do krtani, przez co unika się nieprzyjemnych i utrudniających operatorowi zabieg ataków kaszlu. Pozycję leżącą na grzbiecie stosujemy u dzieci, u których ezofagoskopję wykonuje się w uśpieniu ogólnem i u kobiet ciężarnych. Najdogodniejszą wydaje się nam u dorosłych pozycja leżąca na brzuchu, u dzieci zaś leżąca na grzbiecie. Uważamy jednak za słuszne to, co podnosił K i l l i a n a ostatnio i wiedeńscy laryngologowie, że zwisanie głowy, tak ogromnie przykre dla chorego, jest i dla operatora niedogodne, skutkiem tego, że powoduje ono pociąganie krtani ku tyłowi i ścisłe przyleganie jej do kręgosłupa, a nadto przegięcie kręgosłupa szyjnego w całości ku tyłowi podczas gdy pożądanem jest przegięcie ku tyłowi tylko głowy w połączeniu kości potylicznej z kręgiem szczytowym. Dlatego też uważamy, że przy wprowadzaniu ezofagoskopu w pozycji leżącej na grzbiecie wystarcza wałek pod szyję i silne przegięcie głowy ku tyłowi względnie oparcie jej na przegiętym łukowato głowowym końcu stołu, jak to mamy w zastosowaniu w naszej klinice.

Oba wspomniane systemy ezofagoskopów B r ü n i n g s a i K a h l e r a, które są zarazem bronchoskopami mają rury naogół krótkie (do 25 cm.), — o ile zaś okazuje się potrzeba badania przełyku aż do wpustu (*cardia*), to wprowadza się przedłużenie. Trudno zaiste rozstrzygnąć co jest dogodniejsze, czy długie i jednolite rury, czy krótsze z przedłużeniami. Obie bowiem mają swe dodatnie i ujemne strony. O ile przy używaniu systemu B r ü n i n g s a wprowadzenie przedłużenia zwęża światło o 2 mm., jednakowoż nie wymaga wyjmowania rury wprowadzonej, o tyle wprowadzenie jednolitej długiej rury przy systemach z zatyczką, jest niedogodne ze względu na to, że okazuje się nieraz potrzeba wyjęcia jej i wprowadzenia drugiej. Najbardziej bowiem nieprzyjemne dla chorego jest przechodzenie przez pierwszą cieśń przełykową tj. na wysokości chrząstki pierścieniowej. W celach rozpoznawczych jest stosowanie rur krótkich z przedłużeniami dogodniejsze, natomiast rury jednolite długie są odpowiedniejsze przy wykonywaniu zabiegów.

Dla znieczulenia używaliśmy rozczynu 10% kokainy po uprzedniem wstrzyknięciu podskórnem morfiny (0,01) z atropiną (0,001). Najmłodszy chory u którego ezofagoskopję stosowaliśmy w znieczuleniu miejscowem miał lat 11. U dzieci, mimo stosowania uśpienia ogólnego pędzlowaliśmy 1 lub dwurazowo gardło roztworem 5% kokainy, ażeby przez to znieść odruchy z gardła, które dopiero w głębokiem uśpieniu ustępują.

Nie wchodząc szczegółowo w sposób wprowadzania ezofagoskopu zaznaczam tylko, że w żadnym przypadku nie wolno nam czynić tego z pośpiechem lub używać przemocy, musimy zawsze zdawać sobie sprawę gdzie znajdujemy się, szczególnie w górnym odcinku łatwo zboczyć z linji środkowej; w przełyku zawsze winniśmy widzieć jego światło.

W zakres stosowania ezofaskopji bądź w celach rozpoznawczych, bądź to w celach leczniczych wchodziły w naszych przypadkach następujące schorzenia przełyku.

20 p r z y p. b l i z n o w a t y c h z w ę ż e ń p r z e ł y k u p o o p a r z e n i a c h, 80 z w ę ż e ń w s k u t e k n o w o t w o r ó w z ł o ś l i w y c h, 8 z w ę ż e ń p r z e ł y k u w s k u t e k s p a z m a t y c z n e g o s k u r c z u t. zw. *oesophagospasmus* wzgl. *cardiospasmus,* jakoteż 62 przypadków rozszerzenia przełyku spowodowanych temi zwężeniami, 9 ograniczonych rozszerzeń w postaci uchyłków, 68 p r z y p a d k ó w z a p a l n y c h o g r a n i c z o n y c h i rozlanych, wreszcie 56 p r z y p a d k ó w c i a ł o b c y c h w p r z e ł y k u. W około 100 przypadkach zmian chorobowych przy ezofagoskopji nie stwierdziliśmy.

W zwężeniach bliznowatych ezofagoskopja była w niejednych przypadkach głównym zabiegiem, który pozwalał nam przywrócić częściowo drożność przełyku. Mam tu na myśli te przypadki, gdzie wąskie światło przełyku zostało niejako zaczopowane przez większy kęs lub twarde ciało obce i wszelkie próby przywrócenia drożności zgłębnikiem czynione zanim chorzy zgłaszali się do kliniki, nie doprowadziły do celu. W przypadkach tych po usunięciu przez ezofagoskopję zatrzymanych pokarmów, jak kawałków mięsa lub chleba, chrząstek, kawałków kości i t. p. udawało się nam zwyczajnie przywrócić dostateczną drożność przeprowadzając naturalnie w łączności z ezofagoskopją następowe rozszerzanie zapomocą sztywnego zgłębnika. Niektóre z tych przypadków wracały kilkakrotnie z temi samemi objawami nagłego zatkania i niemożności przełykania. Nadto w przypadkach zwężeń bliznowatych, w których zgłębnikowanie na ślepo nie prowadziło do celu, ponieważ albo otwór znajdował się z boku, albo też zgłębnik zatrzymywał się w powstałem ponad zwężeniem workowatem rozszerzeniu, ezofagoskopja pozwala nam najczęściej otwór odnaleźć i w ten sposób przeprowadzać pod kierunkiem oka następowe rozszerzanie. Nie we wszystkich jednak przypadkach zwężeń bliznowatych udało się to z łatwością; niekiedy trzeba było poświęcić wiele czasu i cierpliwości, by ostatecznie cel osiągnąć. 4 przypadki zwężeń bliznowatych z ostatnich pięciu lat musieliśmy przekazać do założenia przetoki żołądkowej, względnie do wykonania plastyki przełyku, by nie dopuścić do wygłodzenia, ponieważ żadnym sposobem otworu odnaleźć ani najcieńszym zgłębnikiem przejść się nie udawało, a płyny przechodziły z ogromną trudnością i w tak małych ilościach, że dla odżywienia chorego to nie wystarczało. U dorosłych zasadniczo w każdym przypadku zwężenia bliznowatego wykonywaliśmy ezofagoskopję zarówno w celu zorjentowania się co do stosunków anatomicznych zwężenia, jakoteż w celu leczenia. Uważamy za słuszne zdanie B r ü n i n g s a, że w każdym przypadku bliznowatego zwężenia powinna być przed rozszerzaniem zgłębnikiem wykonana ezofagoskopja. U dzieci zaś — nie robiliśmy ezofagoskopji w tych przypadkach, w których zgłębnikowanie udawało się bez trudności, wykonanie bowiem ezofagoskopji w znieczuleniu miejscowem u dzieci jest niemożliwe. Natomiast we wszystkich przypadkach zwężeń u dzieci, gdzie zgłębnikowanie napotykało na trudności lub było niewykonalnem, stosowaliśmy ezofagoskopję.

Zwężenie przełyku wskutek nacieków nowotworowych w pierwszym rzędzie raka, w 80-ciu z naszych przypadków, rozpoznawane było najczęściej zapomocą ezofagoskopji, która nam w większości przypadków pozwalała na ustalenie rozpoznania. Główne typy obrazów, które przy ezofagoskopji stwierdzaliśmy były następujące: Guz wpuklający się z jednej strony do światła z przekrwioną powierzchnią śluzówki, powierzchowny naciek jednej ściany, okrężne zwężenie twarde, nieustępujące pod uciskiem rury ezofagoskopijnej, brodawkowaty naciek, na powierzchni krwawiący z ziarniną lub owrzodzeniami. Najczęściej jednak znajdowaliśmy formy mieszane, jakkolwiek większość, bo około 60% wszystkich przypadków przedstawiała się w formie twardych nacieków o przekrwionej, lecz nie rozpadłej powierzchni.

Dla potwierdzenia rozpoznania w wielu przypadkach wykonywaliśmy wycięcie próbne dla zbadania drobnowidowego. W przypadkach dalej posuniętych możemy nieraz postawić rozpoznanie uwzględniając wywiady i wynik badania radjologicznego, natomiast w początkowych okresach niedających jeszcze wybitnych objawów niezbędnem jest przeprowadzenie ezofagoskopji. Najczęstsze umiejscowienie nowotworów w naszych przypadkach było na wysokości podziału tchawicy, rzadsze w górnej i dolnej części przełyku.

W jednym przypadku rak dał owrzodzenie i przetokę do oskrzela lewego, co na radjogramie można było stwierdzić, papka bowiem barowa schodziła do oskrzela, nie dając objawów jakiegokolwiek podrażnienia ze strony płuc; chory żył z tem jeszcze przez 2 miesiące.

W 8 przyp. spazmatycznego skurczu przełyku wzgl. wpustu do żołądka mogliśmy stwierdzić, że przyczyną tych uporczywych objawów zwężenia nie są zmiany anatomiczne ścian przełyku. W jednym przypadku skurczu wpustu u 15-letniego chłopca rozdęcie przełyku było tak znaczne, że przedstawiał się on w formie zbiornika mieszczącego w sobie do jednego litra płynu, co można było stwierdzić rentgenologicznie, podając płynny bar do wypicia. Trzykrotnie wykonana ezofagoskopja i następowe zgłębnikowanie doprowadziły stan chorego do znacznej poprawy.

Rozszerzenia przełyku ponad zwężeniami są obrazem najczęściej towarzyszącym tymże. Rozszerzenia te mogą przybierać postać uchyłku, w który łatwo przy ezofagoskopji wejść można rurą. Nie widząc jednak światła, lecz spostrzegając napinającą się i blednącą pod uciskiem śluzówkę, orjentujemy się, że jesteśmy w uchyłku.

Największe zastosowanie zdobyła sobie ezofagoskopja jako metoda rozpoznawcza i leczniczo-operacyjna w przypadkach ciał obcych przełyku. Prócz ezofagoskopji używamy dla stwierdzenia ciała obcego w przełyku dwóch innych sposobów, które stosujemy przed ezofagoskopją. A mianowicie t. zw. hipofaryngoskopję, podaną przez Eickena, a polegającą na odciąganiu zapomocą zgłębnika krtaniowego przedniej ściany krtani ku przodowi po jej uprzedniem znieczuleniu. Wówczas wejście do przełyku się rozszerza i ciała obce, które w niem mogą tkwić, stają się widoczne. W każdym przypadku podejrzenia na obecność obcego ciała w przełyku, stosujemy również prześwietlenie względnie niekiedy dla dokładnego zlokalizowania zdjęcie rentgenowskie. Jakkolwiek prześwietlenie rentgenowskie oddaje nam duże usługi w diagnostyce ciał obcych przełyku, to jednak nie możemy w każdym przypadku na niem polegać. Wykazuje ono nam łatwo — ciała metalowe jak monety, blaszki metalowe, protezy szczękowe, szpilki i t. p., zawodzi dość często, o ile chodzi o kawałki kości, a zwłaszcza cienkie blaszki kostne. W naszym jednym przypadku, blaszki kostnej długości 3 cm., tkwiącej w zatoce gruszkowatej (*sinus piriformis)*, prześwietlenie rentgenowskie nie wykazało, podobnie w drugim, kawałka kości z kolanka cielęcego, o 2 cm. średnicy tkwiącego w przełyku na wysokości rozwidlenia tchawicy prześwietlenie rentgenowskie również nie wykazało. W obu tych przypadkach ciała obce wydobyliśmy za pomocą ezofagoskopji. Jeśli więc chodzi o podejrzenie na obecność odłamków kości w przełyku, nie wolno nam poprzestać na ujemnym wyniku badania rentgenowskiego, lecz w każdym przypadku należy wykonać ezofagoskopję. Rzecz naturalna — niewykazuje prześwietlenie rentgenowskie również ciał miękkich, jak kawałków chleba, mięsa lub elastycznych chrząstek, chyba jako przeszkodę w drożności przełyku po podaniu papki barowej, która jednak utrudnia następową ezofagoskopję. Ogółem mieliśmy 56 przypadków ciał obcych, z tego 19 przypadków odłamków kości, z tych 13 wydobyto przez ezofagoskopję, 6 ześlizgnęło się do żołądka, 5 przypadków protez szczękowych, z tych 3 wydobyte przez ezofagoskopję, jedna pozostająca przez 6 miesięcy w przełyku przez *ezofagotomja externa*, jedna zaś tkwiąca przy wpuście ześlizgnęła się do żołądka; 11 przypadków monet różnej wielkości — wszystkie wydobyte przez ezofagoskopję; 3 guziki i dwie spinki, jedna szpilka z główką, dwie świstawki wydobyte przez ezofagoskopję; 14 kęsów, z których 8 wydobyto, 6 zeszło do żołądka. Na ogólną liczbę 56 przyp. w 3 przyp. wystąpiły powikłania prowadzące do zejścia śmiertelnego, (śmiertelność $5^1/_2\%$) o których poniżej wspomnę, podczas gdy ezofagotomja daje od 12—30% śmiertelności.

Zmiany anatomiczne, jakie ciało obce może w przełyku wywołać, mogą mieć najrozmaitsze postacie od najlżejszego obrażenia śluzówki do ciężkiego skaleczenia a nawet przedarcia ściany przełyku i spowodowania ciężkich ropnych stanów zapalnych okołoprzełykowych względnie wśródpiersia. Zmiany te zależą naturalnie od kształtu i zdolności zakażenia danego ciała, od wieku chorego i od długości czasu pozostawania w przełyku. W 8-miu przypadkach ciężkiego obrażenia ściany przełyku przez odłamek kości nastąpiło wyleczenie całkowite.

Jak ciężkie powikłania może ciało obce jak odłamek kości wywołać w przełyku, niech posłużą trzy przypadki niżej w krótkości przytoczone:

Przypadek 1.

16-letnia chora, połknęła blaszkę kostną z kury. W 12 godz. wykonana ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić w pierwszej cieśni przełykowej blaszkę kostną, którą wydobyto przy pomocy ostrych szczypczyków Brüningsa. Stan chorej już przed ezofagoskopją był ciężki wskutek obrzęku szyi, bolesności na ucisk w okolicy krtani, przykurczu głowy ku przodowi i stanu gorączkowego. Mimo wydobycia ciała obcego stan zapalny ropny około przełyku w ciągu następnego tygodnia nie cofał się, tak, że w końcu zmuszeni byliśmy przystąpić do otwarcia ropnia od zewnątrz. W czasie zabiegu zaraz po wykonaniu cięcia skórnego nastąpiło samoistne przebicie ropne do tchawicy i duszenie się. Natychmiastowa tracheotomja zdołała przywrócić oddech, lecz mimo to stan chorej tak się pogorszył, że w dwa dni później umarła. Po otwarciu tchawicy przy tracheotomji uderzył nas cuchnący zapach ropy i widoczna była jej obfitość w tchawicy. Przypadek ogromnie pouczający, bo wskazuje jak ciężkie powikłanie może dać ostra blaszka kostna, mimo wczesnego wydobycia jej z przełyku.

Przypadek 2.

65-letnia chora połknęła kość, zgłosiła się do lekarza, który po przeprowadzeniu zgłębnika stwierdził, że ciała obcego niema. W 3 dni później wystąpił u chorej obrzęk szyi, całkowita niemożność przełykania, bolesność na ucisk w okolicy krtani i duszność. Ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić obecność kości w pierwszej cieśni przełyku, którą uchwycono szczypczykami i wydobyto nazewnątrz. Kość miała 3 cm. długości, a 2 cm. szerokości. Chora miała się po zabiegu zupełnie dobrze, a pozostała tylko częściowa nieruchomość prawej połowy krtani, która przed ezofagoskopją wykazywała bardzo znaczny obrzęk i wywoływała objawy duszności. Ta częściowa nieruchomość krtani mogła być spowodowana przez ucisk na nerw wsteczny, względnie obrażenie stawu pierścieniowo-nalewkowego.

Przypadek 3.

Chory, lat 37, połknął kość z kury. Odczuwał nieznaczny ból przy połykaniu, sądząc jednak, że kość przeszła do żołądka a ból pochodzi od skaleczenia, nie szukał porady lekarskiej. Dopiero po 3-ch tygodniach zgłosił się do lekarza miejscowego, który skierował go do kliniki. Ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić w odległości 28 cm od zębów ziarninę silnie krwawiącą. Po oczyszczeniu częściowem pola widzenia ukazała się biała kość, którą zachwycono szczypczykami. Wklinowanie kości w ścianę przełyku było tak silne, że szczypczyki trzykrotnie się ześlizgnęły, dopiero za czwartym razem, skręcając nieco, udało się za rurą kość wydobyć. Miała ona nieregularny kształt, długości około 2 cm, z dwoma wypustkami pod kątem prostym ustawionemi, długości około $2^1/_2$ cm, ostro zakończonemi. Wypustki te tkwiły w ścianie przełyku. Wydobycie kości w tym przypadku było ogromnie utrudnione z powodu silnego jej wklinowania. Następowy przebieg choroby był bez powikłań, a chory po 4 dniach mógł być odesłany do domu.

W przypadkach zaniedbanych, w których od połknięcia upłynęło kilka dni, jest rozpoznanie ezofagoskopijne nieraz bardzo utrudnione wskutek obrzęku ścian, krwawienia, nagromadzenia śluzu. W tych przypadkach przez staranne oczyszczanie pola widzenia zapomocą wacików i pompki oraz pędzlowania kokainą z adrenaliną możemy osiągnąć częściowe zmniejszenie się obrzęku i lepszy obraz.

Z 5-ciu przypadków protez szczękowych w 3 udało się je wydobyć zapomocą ezofagoskopji, w jednym przypadku proteza szczękowa znajdująca się tuż przy wpuście ześliznęła się podczas ezofagoskopji do żołądka, a w piątym przypadku w którym proteza szczękowa pozostawała w przełyku przez 6 miesięcy i obrosła całkowicie w ścianie tegoż, na drodze ezofagoskopji wydobyć się jej nie dało, wskutek czego musiano wykonać ezofagotomję zewnętrzną, która pozwoliła wydobyć połowę, druga zaś ześliznęła się do żołądka. Protezy z powodu swej wielkiej objętości i haczyków należą do trudnych ciał do wydobywania. Killian radzi po uchwyceniu zrobić lekki ruch ku dołowi lub lekko obrotowy, a następnie pociągnąć ku górze, przez co uzyskuje się często uwolnienie haczyków. O ile nie udaje się wydobyć w całości, można protezę rozciąć na dwie części i częściami wydobywać.

Ciała okrągłe jak monety i guziki są wprawdzie mniej niebezpieczne, niż kości i protezy, ponieważ jednak przypadki te dotyczą najczęściej małych dzieci, mogą one z powodu swej wielkości spowodować odleżyny i nastręczyć wiele trudności przy wydobywaniu. Wielu jest zwolenników wydobywania monet i guzików na ślepo n. p. zapomocą koszyczka Gräfego. Jakkolwiek wydobywając ciało okrągłe na ślepo zapomocą koszyczka nie powinniśmy spowodować większych obrażeń, to jednak ogół przypadków naszych przemawia przeciw temu, ponieważ duże monety jak 50 groszówki, w których w ostatnim roku 3 wydobyliśmy zapomocą ezofagoskopji, powodnją bardzo szybko odleżyny i przy wydobywaniu na ślepo łatwo można spowodować przedarcie ściany, tembardziej, że ciało obce razem z koszykiem ma większą objętość, przez co ewentualność skaleczenia jest większa. Znane są prócz tego przypadki, gdzie ciało obce razem z koszyczkiem wklinowało się i nie dało się przesunąć w żadnym kierunku. Monety zwyczajnie ustawiają się w płaszczyźnie czołowej (frontalnej), jako w tej, w której rozszerzalność przełyku jest największa. O ile moneta tkwi w płaszczyźnie strzałkowej staje się bardzo niebezpieczną. Przykładem tego jest przypadek obserwowany przez nas, który w krótkości przytoczę.

Dziecko l. 3 połknęło dwugroszową monetę. W 4 dni później po nieudałej próbie przepychania przyniesiono je do kliniki. Prześwietlenie rentgenowskie robione przed 2 dniami wykazywało cień kształtu monety 2 groszowej na wysokości dołka jarzmowego.

Wykonana w uśpieniu ogólnem ezofagoskopja nie pozwoliła stwierdzić monety, natomiast widoczne były na przedniej i tylnej ścianie przełyku w odległości 15 cm od zębów rany odleżynowe. W kilku godzin później wystąpiła szybko na szyi, rozprzestrzeniając się na całe ciało, odma podskórna (*emphysema subcutaneum*), duszność, sinica i zejście śmiertelne.

Rozpoznanie sekcyjne: *Ulcera decubitalia oesophagi Corpus alienum* (*2 gr*) *in mediast. post. progrediens. Pleuritis sero fibrinosa. Emphysema subcutaneum mediastini anterioris et thoracis. Tumor lienis acutus. Status thymico-lymphaticus.*

W przypadku tym moneta ustawiła się w przełyku niewątpliwie w płaszczyźnie strzałkowej, spowodowała rany odleżynowe na tylnej i przedniej ścianie, przebicie ściany przełyku i tylnej (błoniastej) ściany tchawicy i opadła w wiotkiej tkance wśródpiersia aż na przeponę, powodując ciężkie powikłania prowadzące do zejścia śmiertelnego.

Z ciał obcych okrągłych z przełyku zasługują na wymienienie z powodu bardzo młodego wieku dziecka: guzik od płaszcza wojskowego u 9-cio miesięcznego dziecka wydobyty zapomocą ezofagoskopji, następowy przebieg pomyślny i wyzdrowienie całkowite, guzik kościany od kołdry u 18 mies. dziecka wydobyty przez ezofagoskopję, wyzdrowienie całkowite; spinka u 6-cio miesięcznego dziecka wywołała ciężką duszność z powodu obrzęku krtani, wskutek czego musiano wykonać tracheotomję. Prześwietlenie rentgenowskie wykazało obecność jej w górnym odcinku przełyku. Wykonana ezofagoskopja pozwoliła ją wydobyć, choć zabieg był trudny z powodu dużej masy obumarłej tkanki; jednakowoż ciężkie powikłania ze strony płuc doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Sekcja wykazała duży obrzęk krtani, dwie rany odleżynowe głęboko drążące na tylnej i przedniej ścianie przełyku na wysokości chrząstki pierścieniowej i *status thymico-lymphaticus.*

Jak ciekawe niespodzianki może dawać ciało obce w przełyku operatorowi, który nie może być pewnym — nawet przy największej wprawie operacyjnej — ich wydobycia, niech posłuży przypadek obserwowany przez nas a dotyczący 12-letniego chłopca, który połknął w bułce szpilkę. Prześwietlenie rentgenowskie wykazało ją na wysokości szóstego kręgu szyjnego, a więc tuż u wejścia do przełyku. Ezofagoskopja wykonana w uśpieniu ogólnem nie pozwoliła jej znaleźć, natomiast po wprowadzeniu palca przez operatora udało się ją wyczuć, zachwycić i wyciągnąć ku górze. Jednakowoż na zewnątrz jej nie wydobyto, gdyż wpadła ona jak się później okazało przy powtórnem zdjęciu rentgenowskiem przez tylne nozdrza do nosa. Zdjęcie rentgenowskie pozwoliło ją stwierdzić w górnym przewodzie nosowym, a więc przy badaniu nosa od przodu nie była ona widoczną. Wydobyto ją następowo po wycięciu muszli średniej w nosie.

Odnośnie do wieku chorych, u których ezofagoskopję wykonano w celu wydobycia ciał obcych, granica sięga od 6-ciu miesięcy do 82 lat. Do zatrzymania się ciał obcych usposabiają głównie zwężenia względnie zmniejszona rozszerzalność przełyku. W przypadkach prawidłowych zatrzymują się ciała obce najczęściej w górnej części przełyku, a mianowicie na wysokości chrząstki pierścieniowej, następnie na wysokości rozwidlenia tchawicy, rzadziej przy wpuście do żołądka. W 2 przypadkach zatrzymały się odłamki kostne w zwężeniu spowodowanem przez nacieki nowotworowe (rak).

Przeciwwskazań do ezofagoskopji w razie obecności ciała obcego niema z wyjątkiem bardzo daleko posuniętego upadku sił chorego, który nie pozwala na wykonanie bądź co bądź ciężkiego zabiegu. Ciało obce bowiem pozostające w przełyku może sprowadzić najcięższe powikłania, wobec tego t. zw. przeciwwskazania, jak: wady serca, marskość wątroby, zwyrodnienie mięśnia sercowego, miażdżyca tętnic i t. p. muszą ustąpić na dalszy plan. Przykładem tego niech będzie przypadek, w którym nastąpiło zadławienie się kostką z kury, a prześwietlenie rentgenowskie wykazało zatrzymywanie się papki barowej na wysokości rozwidlenia tchawicy. Prócz tego pozwoliło ono stwierdzić nadmierne powiększenie lewego serca, a więc niedomykalność zastawki dwudzielnej. Obecna była sinica i duszność. Ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić na wysokości rozwidlenia tchawicy zwężenie wskutek nacieku nowotworowego i w nim tkwiącą blaszkę kostną, którą wydobyto. W przypadku tym przeciwwskazaniem do ezofagoskopji była wada serca częściowo niewyrównana, jednakowoż obecność ciała obcego zmuszała nas do wykonania tejże i wydobycia go nazewnątrz.

W końcu słów parę o zgłębnikowaniu w celu stwierdzenia ciała obcego w przełyku i o t. zw. przepychaniu ciał obcych w przełyku zapomocą zgłębnika, które niestety dziś jeszcze ma wielu zwolenników.

Na podstawie przez nas obserwowanych przypadków, uważamy w razie podejrzenia na obecność ciała obcego w przełyku wszelkie sondowanie na ślepo za przeciwwskazane, a nawet niebezpieczne i mogące sprowadzić zgubne skutki dla chorego. Większą bowiem szkodę możemy przynieść choremu zgłębnikowaniem na ślepo w razie obecności ciała obcego w przełyku aniżeli pomóc. Nadto, o ile nie natrafiamy na ciało obce, nie powinniśmy pocieszać chorego, że nic nie ma, w wielu bowiem przypadkach, mimo obecności ciała obcego zgłębnik przechodzi obok i może spowodować jeszcze silniejsze jego wklinowanie, jak to spostrzegaliśmy w naszych kilku przypadkach, w których uprzednio zgłębnikowano.

Kończąc nasze uwagi nad stosowaniem ezofagoskopji musimy podkreślić, że jest to metoda najpewniejsza zarówno dla diagnostyki, jak i dla leczenia schorzeń przełyku, w których w każdym przypadku winna być stosowana obok prześwietlenia rentgenowskiego. W zastosowaniu zaś do wydobywania ciał obcych w przełyku zajmuje ona naczelne i jedyne miejsce, nawet u dzieci bardzo młodych, a wszelkie wydobywania na ślepo winne być zarzucone. Mniejszą szkodę wyrządzamy choremu, o ile go skierowujemy do ezofagoskopji, w razie podejrzenia na obecność ciała obcego, po jednym lub dwu dniach, aniżeli jeśli zgłębnikujemy i przez to wklinowujemy to ciało jeszcze bardziej w ścianę przełyku.

Dr. A. HERSCHENDÖRFER, Lwów.
sekundarjusz Oddziału ocznego.

Kilka uwag do artykułu p. t. »Zmiany barwikowe spojówki powiekowej w przypadkach jaglicy«, ogł. w Gazecie lek. Nr. 24. 1925.

Z Oddziału ocznego Państw. Szpitala Powszechnego.
Prymarjusz: Prof. Dr. Machek.

Po ogłoszeniu artykułu pod tytułem wymienionym w nagłówku, otrzymałem od kol. Dra. E. Rosenhaucha

z Krakowa odbitkę jego publikacji z roku 1918. p. t. »W sprawie plam barwikowych w spojówce u chorych na jaglicę«. Przy ułożeniu mego artykułu pracy tej nie uwzględniłem, gdyż w piśmiennictwie ani oryginału ani streszczenia nie znalazłem. Przypisać to należy niedokładnemu referowaniu różnych czasopism w czasie wojennym.

Ponieważ jednak Rosenhauch na podstawie swoich licznych badań podnosi przypuszczenie Wicherkiewicza w powyższej sprawie do prawie pewnego twierdzenia, pozwolę sobie jeszcze raz zabrać głos w celu omówienia tej sprawy.

Wychodząc ze spostrzeżeń Wicherkiewicza i z przypuszczenia tegoż co do pochodzenia plam barwikowych w spojówce i opierając się na wielkiej ilości przez siebie zbadanych przypadków, przychodzi Rosenhauch do przekonania, że plamki barwikowe, stwierdzone w przebiegu jaglicy, są identyczne z plamami barwikowemi (*naevi*), stwierdzanemi w innych okolicach ciała, i że ze sprawą chorobową jaglicy nic nie mają wspólnego. Na dowód słuszności tej teorji przytacza autor :

a) przypadek Wicherkiewicza, plamki barwikowej w jaglicy, w którym to przypadku badanie drobnowidowe plamki w spojówce powiekowej, i plamki na błonie śluzowej wargi, dało wynik jednakowy,

b) 2 przypadki plamki barwikowej, znalezionej przez Rosenhaucha wśród wielkiej ilości badanych (kilkadziesiąt tysięcy) w spojówce powieki górnej bez zmian jaglicowych. (Trzeci przypadek plamki barwikowej, spostrzegany przez Rosenhaucha był znowu jaglicą; żyd, brunet; okresu jaglicy nie podano),

c) rzadkość tych zmian w przebiegu jaglicy.

Uzupełniając omówienie zapatrywań poszczególnych autorów na sprawę pochodzenia plam barwikowych w jaglicy, dodam następujące uwagi :

Ad a) W pracy mojej zaznaczyłem, że plamki na wardze w 3-cim przypadku Wicherkiewicza niezbadano histologicznie. Nie wynika to bowiem z publikacji Wicherkiewicza (Przegl. lek. 1814. Zesz. Nr. 2.). Możliwe, że badanie przeprowadzono w czasie późniejszym, lecz Wicherkiewicz o tem nie wspomina.

Co do plamek na błonie śluzowej warg, można stwierdzić, że spotyka się je stosunkowo dość często u brunetów, zwłaszcza u ludzi starszych. Na spojówce powiekowej widzimy je natomiast nadzwyczaj rzadko. Obu tych rodzajów plamek nie można uważać za identyczne a z ich koincydencji można tylko wywnioskować, że organizm jest bogaty w barwik brunatny i że posiada skłonność do tworzenia plam barwikowych także na błonach śluzowych. Pewne wskazówki w ocenianiu, czy i jaki związek istnieje między obu temi zmianami, dałoby nam badanie drobnowidowe plamki barwikowej z wargi. Głównie chodziłoby o to, czy barwik mieści się także w nabłonku lub czy zostawia nabłonek wolnym od barwika, jak w plamkach jaglicowych. Trudno jednak chorego (w jednym z moich przypadków chora również miała plamkę na wardze) nakłonić, ażeby dał sobie wyciąć plamkę, która mu nie sprawia żadnych dolegliwości.

Ad b) Jakkolwiek trudno jest dziś wykazać, jaki jest bezpośredni związek zmian barwikowych ze sprawą chorobową jaglicy, nie możemy jednak wypowiedzieć zdania, że plamki te nic z jaglicą nie mają wspólnego. Nie pozwalają na to ogłoszone dotychczas przypadki, w których plamki te odznaczają się tak regularnie występującemi cechami.

Mojem zdaniem, te dwa przypadki nie-jaglicowe, wymienione w pracy Rosenhaucha, nieudowadniają, że plamki te nie pozostają w żadnym związku przyczynowym z jaglicą. Nie udowadnia tego też wielka ilość badanych przez Rosenhaucha chorych. W wielkiej tej liczbie znalazł on tylko 3 przypadki plam barwikowych na spojówce powiekowej a wśród tych znów jeden przypadek jaglicy. Nic dziwnego, że wśród tak wielkiej ilości badanych mogły się dwa razy zdarzyć prawdziwe znamiona (*naevi*). Wszak plamki spotykane w jaglicy nie wykluczają możliwości istnienia także plam wrodzonych.

Ad c) Rzadkość występowania plamek w jaglicy starałem się wytłumaczyć w moim pierwszym artykule; nie może ona udowodnić, że zmiana ta nie pozostaje w żadnym związku z jaglicą.

Skorzystam ze sposobności, ażeby uzupełnić moje spostrzeżenia jeszcze jednym przypadkiem, który spostrzegałem w międzyczasie. Od czasu, w którym spostrzegałem mój pierwszy przypadek, zwracałem baczną uwagę na ewentualnie podobne zmiany. Szukałem tych plamek nie tylko w przypadkach jaglicy, ale i u wszystkich chorych, jakich miałem sposobność badać. Nie znalazłem ich jednak (w spojówce powiekowej) ani w jednym przypadku nie-jaglicowym, natomiast znowu w jednym przypadku jaglicy. Dla krótkości podam tylko najważniejsze szczegóły historji choroby:

Chory D. H., żyd, l. 41. (L. p. hist. chor. 386 25) cierpi na jaglicę od 6 lat. Z początku choroby leczył się przez 14 dni u lekarza. Później długi czas się nie leczył, gdyż nie miał żadnych dolegliwości. Dopiero przed 2 laty stan się znów pogorszył tak, że musiał się leczyć u lekarza przez cztery miesiące.

Brunet o śniadej cerze. Na skórze twarzy i tułowia widać drobne znamiona. Obok licznych innych zmian, występujących w przebiegu jaglicy stwierdzamy na prawem oku następujący stan obecny: Po odwróceniu górnej powieki widzimy sieć blizn, nie bardzo się odznaczających na sino-czerwonem tle spojówki. Najwybitniejsza jest blizna w okolicy rowka podtarczkowego. Blisko górnego brzegu tarczki na granicy między nosową a średnią częścią mieści się w bliźnie ciemnoszara plamka w postaci kropki o średnicy około 1 mm. Ograniczenie tej plamki nieostre, powierzchnia nad nią gładka.

Zmiana barwikowa w tym przypadku odznacza się wszystkiemi cechami, jakie można było stale stwierdzać w poprzednich przypadkach.

* * *

Po oddaniu niniejszego artykułu do druku miałem sposobność stwierdzić ciemną plamkę na błonie śluzowej dolnej wargi u chorego na jaglicę ze zmianami trzeciorzędnemi, który jednak na spojówce powiek zmian barwikowych nie wykazywał. Skrawek został zbadany w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. K. przez p Dr. Schusterównę, adjunkta tegoż zakładu, a badanie dało wynik następujący :

Protokół badania drobnowidowego L. 604. Chory Izak L, lat 58. Skrawek błony śluzowej (wycięty z wargi) pokryty jest znacznie zgrubiałym nabłonkiem płaskim, w którego komórkach podstawowych stwierdza się obfity barwik. Również w tkance podnabłonkowej widań liczne chromatofory.

Z praktyki.

Dr. BETTER, lekarz asystent. Katowice.

Ciekawy przypadek zębów nosowych w okresie lat dziecięcych.

Z Brackiej kliniki usznej w Katowicach, lekarz naczelny radca zdrowia Dr. Ehrenfried.

W piśmiennictwie są opisane liczne przypadki zębów nosowych, które można stwierdzić w jamie nosowej, jako zabłąkane zawiązki zębowe lub jako nadliczbowe zęby przy zresztą zupełnem uzębieniu. Przeważna część takich przypadków, o których czytałem, dotyczy osób dorosłych, a jaki był wygląd uzębienia mlecznego w tychże przypadkach, tego naturalnie stwierdzić już nie było można. Niezależałoby mi na tem, aby liczbę przyczynków kazuistycznych pomnożyć o jeszcze jeden przypadek, lecz zachodzi w przypadku niniejszym pewna odmiana, której niezdołałem nigdzie znaleść.

26 marca 1925 r. zjawił się w ambulatorjum Brackiej Kliniki usznej robotnik z $4^1/_2$ lat liczącą córeczką, A. C., podając, że dziecko ma trudności przy oddechaniu nosem i że z noska wydziela się ustawicznie cuchnąca ropa. Objawy te zauważono już od trzech miesięcy.

Dziecko jest odpowiednio do swego wieku dobrze rozwinięte i w dobrym stanie odżywienia. Badanie jamy nosowo gardłowej niewykazuje ani powiększonych migdałków podniebiennych, ani przerostu migdałka trzeciego; w jamie ustne

spostrzega się uzębienie mleczne zupełnie zdrowe, przy zupełnej liczbie zębów mlecznych. Lewa jama nosowa jest bez zmian. W prawej jamie nosowej na wstępie znajdują się ropne strupki, a po ich usunięciu stwierdza się zgłębnikiem twarde ciało, usadowione w przedniej części jamy nosowej. Przypuszczalnie rozpoznano: ciało obce w jamie nosowej. Włożono waciki kokainowe do nosa, a po usunięciu ich zauważono ciało obce o barwie kości słoniowej, które usiłowano usunąć zapomocą dźwigni Zaufala. Ponieważ ciało to, poruszono tylko a nie można go było usunąć ze strony przegrody nosowej, chwycono je kleszczykami usznemi i wydobyto przy silnem ciągnięciu w stronę boczną (ku muszli) i ku przodowi. Następowe nieznaczne krwawienie udało się z łatwością powstrzymać zapomocą wacika z kokainą i suprareniną. Ciało wydobyte było zębem siecznym bez korzenia. Dziecko zgłosiło się na zamówienie powtórnie jeden tydzień później t. j. 7 kwietnia 1925 r. Przy oglądaniu prawej jamy nosowej zauważono po usunięciu strupów na wstępie nosa kawałeczek biało lśniącej kostki usadowionej na dnie nosa, podobnej do martwiaka kostnego. Zdawało się, że została wyrwana przy ostatnim zabiegu pewna część błony śluzowej, nosowej, w miejscu zęba usuniętego, która jeszcze nieodrosła. Po dokładniejszem badaniu jednak pokazało się, że ów rzekomy martwiak kostny wystaje cośkolwiek ponad dno nosa. Zgłębnikiem można było pod niego podejść od strony muszli i wywarzyć go w górę w osi położonej na dnie przegrody nosowej. Po skokainizowaniu wydobyto ten rzekomy kawałeczek kości, zapomocą szczypczyków. Okazało się, że usunięto z nosa znowu ząb bardzo podobny w swoich zarysach do pierwszego zęba. Po ustaniu krwawienia stwierdzono otwór mniejwięcej wielkości grochu w przedniej dolnej części chrząstki przegrody nosowej, gdzie się prawdopodobnie mieściła podstawa dla obu zębów. Korzenia nie posiadał ani pierwszy ani drugi ząb.

Podkreślam jeszcze raz, że dziecko posiadało zupełnie normalne, zdrowe i zupełne uzębienie.

Oba zęby odpowiadają górnym siekaczom bez korzeni. Korona i szyjka są pokryte szkliwem; ich wypukłe części są marmurkowato, ciemno zabarwione, a wypukłości szyjkowe nawet bronzowo-czarne. Powierzchnie wklęsłe zębów posiadają postać łopaty, ostrze ich zaś jest odpowiednio do okresu dziecięcego zazębione (piłowate). Ząb najpierw wydobyty posiada na ostrzu trzy ząbki o mniejwięcej równej szerokości, drugi ząb zaś dwa szersze boczne i dwa węższe środkowe ząbki. Płaszczyzny zębów są gładkie, pominąwszy brózdy dobrze widziane, lecz płytkie na powierzchni wypukłej, rozpoczynające się na ostrzu zębów. Szyjka zębów jest zakończona ostrym brzegiem a wewnątrz przechodzi ona w wydrążenie odpowiadające nazewnątrz wypukłości szyjkowej, i kończy się wąskim kanalikiem, prowadzącym do wnętrza koronki (*cavum dentis*), równoległym z szerokością zęba.

Mimo, że oba zęby usunięto z prawej jamy nosowej, nie odpowiadają one, według ich wyglądu jednej i tejsamej stronie. Każdy z nich posiada po stronie dośrodkowej ostrzejszy kąt a po stronie dystalnej więcej zaokrąglony. Z tego założenia należy zaliczyć jeden ząb do strony prawej, drugi zaś do strony lewej. Zęby owe nie są zgodne, lecz są wzajemnym obrazem zwierciadłowym. Oba posiadają równą długość (1 cm) i szerokość (8 mm); nieznaczna ta różnica między długością a szerokością wskazuje także na to, że oba zęby należą do zębów mlecznych, ponieważ ta różnica przy zębach trwałych jest większa.

Co do położenia zębów w nosie, to należy jeszcze podnieść, że pierwszy ząb był wyżej położony od drugiego, a mianowicie swą wklęsłością był on skierowany do dołu i do tyłu, a ostrzem swem cośkolwiek do góry, poza tem był on wysunięty więcej naprzód, niż drugi ząb.

Dziecko posiadało, jak wyżej wspomniałem, zupełnie zdrowe zęby mleczne przy prawidłowej liczbie, wobec tego trzeba wykluczyć zatrzymanie zarodków zębowych (*retentio*) a raczej myśleć o inwersji zarodków, co można często zauważyć specjalnie przy górnych siekaczach. Zawiązki zębowe w tym przypadku obróciły się tak doszczętnie, że nie tylko koronki się stworzyły na miejscu, gdzie zazwyczaj korzenie są położone, lecz, że nawet, lewy średni siekacz wyrżnął się do prawej jamy nosowej. Byłoby zajmującem stwierdzić po szeregu lat, czy górne siekacze obecnego uzębienia zostały zastąpione przez nowe trwałe zęby, coby mogło wyjaśnić pochodzenie i rodzaj opisanych zębów nosowych.

Przy końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękować mojemu szefowi p. radcy Ehrenfriedowi za jego cenne wskazówki i uwagi.

Dr. Tadeusz DYBOSKI, Kraków
asystent kliniki dermat.

O wartości leczniczej stovarsolu.

Z kliniki dermatologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. dr. J. T. Lenartowicz.

I.

Wprowadziwszy przed kilku laty przetwory bizmutowe (*Trépol*), zajął się Levaditi, w r. 1921 doświadczalnem wypróbowaniem nowego środka przeciwkiłowego, zawierającego arsen. Środek ten otrzymany w chemicznie czystej formie przez Fourneau jest połączeniem kwasu acetyloxyaminophenylarsinowego i, jak doświadczenia rychło wykazały, nadaje się do zażywania *per os;* działanie zaś jego na ustrój zakażony jadem kiłowym, okazało się tak dodatniem, że ogłoszone przez Levaditiego w Zakładzie Pasteura dnia 22. maja 1922 r. wyniki musiały wywołać poruszenie wśród syfilidologów eksperymentatorów i praktyków. Od tej chwili trwa prawie nieprzerwanie polemika pomiędzy jego zapalonymi zwolennikami, a krytykami, rozważającymi chłodno dodatnie i ujemne strony nowego przetworu. Mówiąc o historycznym jego rozwoju na pierwszem miejscu wypada przytoczyć stwierdzenie Pinkusa, Kollego i Ericha Hoffmanna, że przetwór nowy jest identycznym z odkrytym i otrzymanym w krystalicznej formie przez Ehrlicha w r. 1908/9 połączeniem, które on wtedy uznał za nieodpowiednie do leczenia kiły ludzkiej, a to ze względu na jego wybitną jadowitość wobec myszy, i ze względu na ujemne doświadczenia poczynione z trującym czasami silnie atoxylem. Środek ten, wyrabiany obecnie dla celów handlowych przez wytwórnię chemiczną w Hoechst pod nazwą »spirocid« nie jest więc niczem innem, jak stovarsol francuski.

Mimo to nawet E. Hoffmann przyznaje, że niezaprzeczoną zasługą Levaditiego jest i pozostanie ponowne wprowadzenie i rozpowszechnienie przetworu, którego podawanie jest tak wygodne, a działanie przeciwkiłowe tak wybitne. Polemika zaś toczyła i toczy się głównie o to działanie, któremu Levaditi przypisuje największe znaczenie, to jest o unicestwienie zakażenia jadem kiłowym, który wtargnął do ustroju.

Cały pierwszy komunikat Levaditiego poświęcony jest zapobieganiu kile, doświadczenia swoje na zwierzętach wykonywał on w ten sposób, że króliki zakażał przez skaryfikację skóry na mosznach materjałem, obfitującym w krętki i podawał im następnie po upływie 2—24 godzin stovarsol w pokarmie, w dawkach po 1,4, 0,33, 0,25 i najniżej 0,1 na kilogram wagi zwierzęcia, podczas gdy zwierzęta kontrolne, szczepione równocześnie, wykazywały po prawidłowym okresie wylęgania choroby, a więc po 22, 24 i 28 dniach typowe zmiany kiłowe, zwierzęta chronione stovarsolem nawet po dłuższym okresie czasu na kiłę nie zapadły. Te i dalej idące doświadczenia L. Fourniera w szpitalu Cochin'a, który nawet przez podanie stovarsolu w 7 dni po zakażeniu doświadczalnem zdołał zapobiec wystąpieniu choroby, zachęciły Levaditiego do ryzykownego powtórzenia takichże prób na ludziach. Skorzystał przytem z dobrowolnej oferty dwóch ludzi, którzy pozwolili, aby im śródskórnie zaszczepiono jad kiłowy. U obu wykluczono przedtem przez wywiady i przez odczyn Wa przebycie kiły. I tutaj wyniki były zupełnie dodatnie, bo żaden z tych dwóch osobników, zażywszy w $2^1/_2$ i w 16 godzin, względnie w 5 godzin po zakażeniu po 2 gr stovarsolu, na kiłę nie zapadł, podczas gdy równocześnie i tym samym materjałem dokonane szczepienia kiły na małpach gatunku Macacus doprowadziło do wystąpienia w 10, względnie 11 dni zmian swoistych obfitujących w krętki. Do tych przekonywujących doświadczeń przyłączyć można 21 spostrzeżeń, dokonanych przez Fourniera na ludziach, którzy narazili się na zakażenie kiłą *in coitu*, i u których zakażenie było conajmniej wielce prawdopodobne wedle wywiadów. Wynikiem podawania tym osobnikom stovarsolu w ilościach od 2—7 gr w dawkach po 1 gr dziennie było pozostanie ich w zdrowiu zupełnem, chociaż bezwątpienia jeśli nie wszyscy, to pewna ilość z pośród nich byłaby na kiłę zapadła.

Wszystkie te spostrzeżenia w zakresie zapobiegania kile przytoczyć należy z dwóch względów: po pierwsze dlatego, że podanie stovarsolu *per os* jest znacznie łatwiejszem i wygodniejszem, niż wstrzykiwanie przetworów salwarsanowych śródżylnie dla zapobieżenia kile.

Skuteczność takiego wstrzyknięcia w okresie wylęgania jest coprawda wykazaną przez Magiana z Manchester, który doświadczenie to wykonał na samym sobie, i przez Lacapera, Fourniera i Guénot na osobnikach, szukających porady w podobnej obawie.

Łatwiej jest namówić ludzi takich do zażycia leku, niż do chociaż nieszkodliwego zabiegu, i łatwiej bezwątpienia przeprowadzić takie leczenie zapobiegawcze niepostrzeżenie u ludzi, u których nie byłoby wskazanem mówić na razie o możliwości zakażenia, n. p. u ciężarnej żony chorego kiłowego.

Drugim powodem, dla którego warto profilaktyce kiły stowarsolem poświęcić kilka słów, przytaczając spostrzeżenia obce jest to, że klinika krakowska nie dała nam materjału, na którym możnaby doświadczenia tamte sprawdzić.

Rozważając tę sprawę teoretycznie, można z naciskiem podkreślić zastrzeżenia E. Hoffmanna, że rozpowszechnienie stowarsolu dla zapobiegania kile mogłoby z łatwością doprowadzić do zaniedbania profilaktyki miejscowej, której wykonanie (stosowanie maści rtęciowych) przypomina odrazu zakraplanie zapobiegawcze soli srebrowych do cewki.

Dalej, mimo dzielności stowarsolu, trudno znaleźć możliwość używania go zapobiegawczo tam, gdzie mógłby oddać najznamienitsze usługi t. j. u prostytutek, bo wprowadzenie go tam mogłoby doprowadzić, a nawet musiałoby się równać arsenofagji nawykowej, napewno nie obojętnej. W przypadkach sporadycznych obawy o zakażenie, podanie stowarsolu jeden lub kilka razy jest bezwątpienia wskazane; tem bardziej u lekarzy, którzy podejrzywają możliwość zakażenia się w czasie jakiegoś zabiegu operacyjnego lub zetnięcia się z chorym na kiłę.

II.

Ponieważ materjał nasz ciągle, a w tym roku bardziej jeszcze niż kiedykolwiek, jest bogaty w przypadki kiły różnych okresów, przedewszystkiem kiły świeżej, więc nietrudno było u pewnej ilości chorych wypróbować stowarsol, jako środek leczniczy. Podawaliśmy wyłącznie ten środek, bez równoczesnego leczenia rtęcią lub bizmutem, a liczba chorych w ten sposób leczonych wynosi sześćdziesiąt.

Nie znając ewentualnych działań ubocznych nowego środka podawaliśmy go wyłącznie chorym, pozostającym stale w klinice pod ściślejszą obserwacją. Dla oceny zaś skuteczności środka posługiwaliśmy się, jak zwykle, ogólnie przyjętemi trzema sprawdzianami: zachowaniem się krętków bladych, zachowaniem się zmian klinicznych i zachowaniem się odczynu Wassermanna wśród leczenia i po leczeniu. Wyniki spostrzeżeń naszych mogą tem bardziej posłużyć do uzasadnionej oceny skuteczności stovarsolu, że prawie wszystkie nasze przypadki, to przypadki kiły przedtem nie leczonej, obraz więc tak kliniczny, jak i serologiczny nie jest zmącony śladami dawniejszego przebiegu choroby. Rozumie się, że możemy mówić tylko o wynikach doraźnych, nie przesądzając przyszłości chorych.

Wśród przypadków kiły świeżej mieliśmy pokaźną liczbę 17 chorych, u których można było stwierdzić zmianę pierwotną albo samą, albo już w połączeniu ze zmianami wtórorzędnemi. Tam, gdzie zmiana pierwotna była sama, gdzie więc badanie na krętki było konieczne dla ustalenia rozpoznania, oraz tam, gdzie — przy już istniejących zmianach wtórorzędnych — zmiana pierwotna była dostępną, szukaliśmy krętków bladych w świeżym preparacie w ciemnem polu. Podobnie badaliśmy kilka przypadków kiły wtórorzędnej, w której zmiany sączące dały materjał do badania. Wynik tych poszukiwań był we wszystkich przypadkach najzupełniej zgodny, bo znajdywane w pierwszym i drugim dniu leczenia krętki, czasem w znacznej ilości, znikały po upływie 48 godzin od podania pierwszej dawki i przy późniejszem badaniu w żadnym przypadku się więcej nie zjawiły. Działanie na krętki blade nie jest więc tak szybkie, jak działanie przetworów arsenobenzolu podanych drogą śródżylną, po których krętki zwykle znikają do 24 godz.; wśród naszych przypadków niema też ani jednego takiego, jaki podaje Oppenheim, który w godzinę po podaniu chorej trzech tabletek stowarsolu nie mógł w wydzielinie zmiany pierwotnej stwierdzić krętków. Skuteczność jednak stowarsolu w kierunku unieszkodliwienia zmian sączących, będących zwykle źródłem dalszych zakażeń, jest niewątpliwa i działanie jego wydaje się pod tym względem dosyć pewne.

Wykonywane w kilku przypadkach badanie co godzinę, a później co 24 godzin, stawało się wkrótce po zniknięciu krętków z powierzchni zmiany sączącej niemożliwe, bo zwykle w dalsze 48 godz. lub najdalej po 5 dawce stowarsolu zmiana pierwotna zaczynała się od brzegów pokrywać przyskórkiem i proces powierzchownego gojenia się postępował dosyć szybko, choć nie we wszystkich przypadkach równomiernie. Długo, bo czasem aż do 4 tygodnia leczenia utrzymywał się wyczuwalny twardy naciek guzka pierwotnego. Naogół jednak można powiedzieć, że unieszkodliwiona dla otoczenia w pierwszych dwóch dniach zmiana pierwotna, po upływie jednego tygodnia znajdywała się w okresie szybkiego wchłaniania.

Nieco dłużej trwał proces gojenia się dwóch zmian pierwotnych w ustach, a mianowicie na migdałkach. Obaj chorzy, o których mowa, zgłosili się do leczenia już w okresie kiły drugorzędnej, z guzkowo-plamistą wysypką, gęsto rozsianą na tułowiu i kończynach. Sam wygląd rozpadłej zmiany, usadowionej jednostronnie na migdałku powiększonym i naciekłym, uprawniał do rozpoznania jej, jako pierwotnej, rozpoznanie to zaś utwierdzał widoczny i wyczuwalny pakiet twardych gruczołów chłonnych u kąta szczęki dolnej po tej samej stronie szyi. W jednym z tych przypadków udało się też z łatwością wykazać bardzo liczne typowe krętki blade w wydzielinie z powierzchni zmiany. Pod wpływem codziennych dawek stowarsolu zmiana zaczęła się po 7 dniach oczyszczać z brudnego nalotu, zaś dopiero po dalszych 7 dniach, gdy gruczoły chłonne znacznie się zmniejszyły i migdałek przybrał wygląd prawidłowy, można było uważać ją za wygojoną.

Stałość okresu 48 godzinnego stwierdzić można było również przy spostrzeganiu wpływu stowarsolu na zmiany kiły wtórorzędnej, a mianowicie na wczesną, gęstą osutkę plamistą tego okresu. Pojawiał się tutaj bowiem regularnie po upływie wymienionego czasu wyraźny odczyn Jarisch-Herxheimer-Łukasiewicza; osutka nabierała zwykle charakteru ostrzejszego, a plamy żywo czerwone występowały wyraźnie, wznosząc się skutkiem miejscowego obrzęku nieco ponad powierzchnię otoczenia. Czasem znów wpływ pierwszych dawek ujawniał dopiero osutkę, początkowo niedostrzegalną, wywołując w jej rozsianych ogniskach ostry odczyn. Odczyn ten słabł szybko i znikał po dalszych 49 godzinach, a był zwykle zapowiedzią szybkiego ustąpienia osutki wogóle.

Spostrzegano to również, aczkolwiek w znacznie słabszym stopniu w osutkach guzkowych. Zmiany wtórorzędne guzkowe suche zachowywały się wobec stowarsolu nieco oporniej. Powierzchowne ich złuszczanie się n. p. w osutce łuszczycowej, oraz wessanie się ich nacieków wymagało dłuższego czasu. Chociaż i ten rodzaj osutek dawał wyraźny odczyn J.-H.-Ł. jednak zupełne wessanie się guzków można było stwierdzić dopiero po 20 dawkach stowarsolu, a więc po trzech tygodniach.

Natomiast znacznie lepiej i szybciej oddziaływały wszystkie nacieki kiły wtórorzędnej, okazujące jakąkolwiek skłonność do powierzchownego rozpadu tkanki, a więc zastrupiałe guzki, osutki ospowate i dyfterytyczne guzki w miejscach wystawionych na macerację powierzchownych warstw przyskórka przez normalnie gromadzącą się tam wilgoć, a więc w fałdach skóry. Oddzielanie się strupów, pokrywanie się pozostałego powierzchownego ubytku cienkim przyskórkiem, wchłanianie się nacieku i zejście jego z pozostawieniem delikatnego zaniku następowało w tych przypadkach szybko, tak, że postęp gojenia się można było notować

z dnia na dzień. Nawet zlewające się w większe powierzchnie, sączące i wybujałe guzki, usadowione n. p. na wewnętrznej powierzchni ud, oczyszczały się szybko od brzegów ku środkowi i równie szybko przechodziły przez wymienione stadja. Wszystkie te typy guzków kiły wtórorzędnej goiły się z pozostawieniem ciemnych, brunatno-czarnych plam barwikowych. Powstawanie barwika i jego pozostawanie przez czas dłuższy było czemś spodziewanem po stosowaniu przetworu arsenu; zgodnie z tem, czego oczekiwano, barwik ten pozostawał na bardzo długo w miejscach wessanych guzków osutki typu łuszczycowego; wbrew spodziewaniu jednak szybko, bo mniej więcej w dwa tygodnie po zaprzestaniu leczenia przebarwienia te znikały w miejscach nacieków sączących i zlewających się ze sobą, ustępując tam miejsca barwie skóry prawidłowej.

Obok przebarwień w miejscach nacieków, które ustąpiły, zauważyć można było u chorych leczonych stowarsolem wyraźną naogół skłonność do siatkowato rozmieszczonych plam odbarwionych, do *leucoderma syphiliticum*.

Niejednokrotnie bielactwo to występywało już w krótki czas po rozpoczęciu leczenia n p. po dwóch tygodniach, czasem po czterech tygodniach. Widzieliśmy też rozszerzanie się bielactwa już po zaprzestaniu leczenia z miejsc typowych (z szyi), na cały tułów.

Wśród przypadków naszych mało widzieliśmy kiły trzeciorzędnej. I na kilaki jednak, leczone tym sposobem stowarsol wywierał wpływ widoczny, choć nieco powolny. Zmniejszanie się nacieków nie postępowało tutaj szybciej, niż n. p. przy leczeniu rtęciowem, co odpowiada zresztą utkaniu, wymagającemu dłuższego czasu do ustąpienia.

Porównanie tych klinicznych skutków z wynikami osiągniętemi w Paryżu i Wiedniu przez Clément Simon'a i Oppenheima doprowadza do wniosku, że nie są one tak znakomite, jakby kazały oczekiwać dane, zawarte w pracach wymienionych autorów. Nie widzieliśmy coprawda, jak Oppenheim w jednym ze swych przypadków, występowania świeżych wykwitów kiły drugorzędnej wśród leczenia, jednak stowarsol nie działał u nas z taką szybkością, jak w przypadkach Oppenheima. Spostrzegał on między innemi odczyn J.-H.-Ł. już w 3 godziny, a częściej w 24 godzin po podaniu pierwszej dawki; zasklepianie się zmiany pierwotnej już w 24 godzin po pierwszej dawce, znikanie krętków — jak wspomniano — w 1—24 godzin. Mimo to jednak wyniki kliniczne w naszych przypadkach były tak wyraźne, że bez wahania możemy zgodnie z Weitgasserem, z kliniki dermatologicznej w Gracu stwierdzić bardzo wybitne dermotropowe działanie nowego przetworu, działanie dla czysto klinicznego unieszkodliwienia i usunięcia zmian zupełnie wystarczające i dostatecznie energiczne. Działanie takie potwierdza nawet E. Hoffmann, nieco sceptycznie się zapatrujący na ryzykowne próby i nowe sposoby leczenia; nie przyznaje on jednak nic więcej, nie uważając się za uprawnionego do przeprowadzenia leczenia kiły wczesnej stowarsolem wobec dowiedzionej skuteczności na dalszą metę starych wypróbowanych leków.

Z działaniem na objawy choroby łączą się ściśle skutki leku, które przywykliśmy nazywać działaniami ubocznemi. Takie działanie uboczne obojętne lub szkodliwe, mogliśmy spostrzegać i na naszym materjale, jak z góry jednakowoż należy zauważyć, w bardzo nielicznych przypadkach. Czy bole głowy występujące często, tak w okresie wylęgania kiły, jak i przed rozsianiem się jadu i wystąpieniem osutki, należy lub możnaby uważać za wpływ uboczny leku, o ile wystąpią po jego podaniu, to pytanie trudne do rozstrzygnięcia i może niezbyt ważne, choć niejeden autor (Leredde) przed niemi ostrzega. Do objawów stojących na pograniczu między działaniami ubocznemi pierwszego, a drugiego rodzaju należy objaw taki, jak wysokie wzniesienie się ciepłoty ciała. Wysoką, dochodzącą do 40° C i przekraczającą tę miarę gorączkę znajdowaliśmy w znacznej ilości, bo w 1/3 naszych przypadków; występowała ona w 10—12 godzin po pierwszej dawce stowarsolu i ustępowała zwykle na drugi dzień bez śladu. Czasem, choć niezawsze, poprzedzała ona wystąpienie odczynu J.-H.-Ł. i szczególnie w tych przypadkach dałaby się wytłumaczyć jako »burza endotoksyn, wyzwolonych przez obfity rozpad krętków« (Weitgasser), analogicznie do gorączki po salwarsanie. Tłumaczenie to słuszne w przypadkach z osutką obfitą i świeżą, już nie całkiem zadowala przy istnieniu zmian wtórorzędnych, z rzadka rozsianych i nielicznych. Zawodzi zaś w odniesieniu do jednego z naszych przypadków, w którym gorączka powtarzała się napadowo w odstępach co 4 dni, przez 3 tygodnie. Jakiekolwiek jednak jest znaczenie podniesienia się, choćby gwałtownego, ciepłoty po pierwszych dawkach, to według naszych spostrzeżeń jest ono zjawiskiem dla chorego dość obojętnem.

Ważną natomiast przeszkodą w rozpoczęciu, względnie przeprowadzeniu leczenia mogą stać się zaburzenia żołądkowe. Są one rzadkie.

W jednym z naszych przypadków opinja internistów, podejrzewających istnienie wrzodu żołądka, zmusiła nas do zaprzestania podawania stowarsolu po kilku dawkach, w drugim zaburzenia żołądkowe — bole i wymioty — przeszkadzały i powodowały przerwy w leczeniu.

Tutaj jednak istnieje uzasadnione przypuszczenie, że pytania skierowane do chorej, a dotyczące stanu jej trawienia wywołały te zaburzenia, niespowodowane żadnem schorzeniem żołądka, ani bezpośrednim wpływem leku.

Przypuszczenie to jest uzasadnione tem, że ta sama chora, po wypuszczeniu jej z kliniki, wróciła za kilka dni z rozległemi zmianami na skórze pochodzenia niewątpliwie urazowego, a mającemi naśladować objawy ogólnego zapalenia skóry, które istniało u jej sąsiadki z sali chorych. Mogła więc istnieć u niej *pathomimia* w obu kierunkach.

Z ubocznych działań stowarsolu zanotować należy między innemi opryszczki, które pojawiały się u niektórych chorych na wargach bezpośrednio po gorączce, a więc mogły być tłumaczone jako opryszczki gorączkowe, u innych n. p. na małżowinie usznej, jako opryszczki arsenowe. Przebieg tego błahego objawu był prawidłowy. Natomiast poważniejsze znaczenie miał spostrzegany raz jeden przypadek ogólnego zapalenia skóry o typie podobnych schorzeń po salwarsanie. Kilka szczegółów z przebiegu tego schorzenia zasługuje na uwagę:

J. J. 24-letnia, przyjęta dnia 27. X. 1924 z osutką plamistą świeżą i niedowładem nerwu twarzowego prawego. O. Wa 28. X. silnie dodatni. Po 8 dawkach, pobrawszy w całości 5 gr stowarsolu, chora dostała guzkowo-plamistego rumienia, który zaczął się na podudziach i rozszerzył się na cały tułów.

Towarzyszyło mu nieznaczne podniesienie ciepłoty, które wraz z rumieniem ustąpiło w przeciągu 3 dni. Po jednej dawce dalszej rumień powrócił, przybierając wygląd pokrzywki ogólnej. Po usunięciu zaparcia stolca ustąpił ponownie, tym razem na przeciąg 10 dni. Dopiero w 26 dniu pobytu chorej w klinice po ogólnej dawce stowarsolu 13,50 gr, wystąpiła u chorej wysypka o typie wysypki szkarlatynowej, rozprzestrzeniająca się szybko z kończyn górnych i twarzy na skórę całego ciała.

Wysypka ta, zupełnie podobna do osutki lekowej, spostrzeganej czasem po salwarsanie, miała na stronie wyprostnej kończyn dolnych charakter osutki liszajowatej.

W krótkim czasie w przeciągu 4 dni zaledwie, zaczerwienienie skóry przeszło w zaczerwienienie rozlane i skóra zaczęła się łuszczyć szczególnie w fałdach. Dość silny obrzęk twarzy, nieżyt spojówek, gdzieniegdzie przeczosy, szczególnie w kącikach ust, dopełniały obrazu typowej *erythrodermia desquamativa*, która objęła także skórę owłosioną głowy. Przebieg schorzenia był stosunkowo łagodny, bo do sączenia doszło jedynie w przegubach łokciowych skutkiem drażnienia środkami odkażającemi przy wstrzykiwaniach dożylnych podsiarczynu sodowego. Nie doszło też do wyłysienia owłosionych części skóry a jedynie do przejściowego wypadania włosów. Ciepłota początkowo dochodząca do 38°, po kilku dniach spadła do normy. Chora dostała w ciągu 3 tygodni dziewięć wstrzykiwań *natrium hyposulfurosum* i równo po upływie czterech tygodni zaburzenie mogło być uważane za usunięte.

Chodziło tu niewątpliwie o zapalenie skóry wywołane przetworem arsenu, analogiczne do takich zmian po salwarsanie, nieco jednak od nich w swem przebiegu łagodniejsze. Spowodowane ono zostało nie przez nadmierne zwiększenie dawki, bo ta była niżej normy dawki ogólnej, przez nas u innych chorych stosowanej, i nawet znacznie poniżej normy, uznawanej za dawkę leczniczą przez autorów francuskich; możnaby wystąpienie tego zaburzenia wytłumaczyć raczej swoistem wzmożeniem czułości ustroju na organiczne połączenia

arsenu, tem bardziej, że poprzedziły je już po całkiem drobnych dawkach zwiastuny w postaci rumienia i pokrzywki przelotnej. Wydalanie arsenu z ustroju odbywało się w tym przypadku prawidłowo, a badanie chemiczne złuszczającego się przyskórka nie wykazało nawet, jakby oczekiwać należało, arsenu; w każdym więc razie nie chodziło o nadmierne jego gromadzenie się w powierzchownych warstwach skóry. Gdy tylko miejscowe warunki t. j. sączenie i t. d. w przegubie łokciowym na to pozwoliły, pobrano krew na O. Wa. Wynik jego był 9. I. ujemny. Jest to zgodne zupełnie z wyrażanemi często w piśmiennictwie poglądami, że ogólne zapalenie skóry po środkach arsenowych ma jeden przynajmniej skutek pożądany, a mianowicie wywiera wpływ dobroczynny na dalszy przebieg kiły. Pogląd ten wypowiedziany jak wiadomo, przez Buschkego i Freymanna, został nieco osłabiony przez innych autorów. Levi na 9 przypadków osutki salwarsanowej w trzech stwierdził nawrót kliniczny o dodatnim O. Wa., Kleinschmidt w Essen stwierdził podobnie na 19 przypadków w 10 uporczywe utrzymywanie się dodatniego O. Wa, a w dwóch nawroty kliniczne, — wreszcie Stümpke tylko cztery przypadki z ogólnej liczby jedenastu mógł po dłuższej obserwacji uznać za wolne od nawrotów. Pod naciskiem tych wyników musiał Buschke zmienić swój pogląd i przyznać, że nie zawsze można mówić o bezwzględnie korzystnym wpływie osutek lekowych na schorzenie główne; ale że przeciwnie czasem wpływ tych osutek może być wręcz niekorzystny, z przyczyn nam nieznanych, może analogicznych do zjawiska, że jeden i ten sam bodziec zależnie od swej siły i sposobu zadziałania różne wywołuje skutki. Te różne zdania są w każdym razie ostrzeżeniem, aby z wystąpieniem osutki lekowej nie stawiać bez wahania korzystnego rokowania co do możliwości wystąpienia zaburzeń metakiłowych w ośrodkowym układzie nerwowym w szczególności i co do dalszego przebiegu kiły wogóle. Tem mniej można mówić o całkiem korzystnym wpływie osutki toksycznej w naszym przypadku, w którym mimo ujemnego O. Wa. i zupełnego ustąpienia zmian skórnych, utrzymywał się niedowład nerwu twarzowego. Że przebycie ogólnego zapalenia skóry nie wyklucza dalszego leczenia środkami arsenowemi, za tem zdaje się świadczyć spostrzeżenie E. Hoffmanna, który u chorej po osutce wywołanej stowarsolem przeprowadził bez niepożądanych zaburzeń pełne leczenie salwarsanem.

Opisane ciężkie i ogólne zapalenie skóry po stowarsolu nie pozostało jedynem w serji naszych doświadczeń. Drugi przypadek, lżejszy, dotyczył 31-letniego mężczyzny, leczonego z powodu nawrotowej wysypki plamisto-guzkowej z odczynem Wa silnie dodatnim. U chorego tego po ośmiu dawkach (7 g Stowarsolu) wystąpiła gorączka wahająca się od 38,2 do 39,2° i ostre zaburzenia żołądkowo-jelitowe, a po 36 godzinnem trwaniu gorączki obfita pokrzywka. Bąble pokrzywki po dalszych 24 ech godzinach ustąpiły z twarzy, na tułowiu natomiast i kończynach spłaszczyły się, tak, że obraz na skórze przybrał postać *erythema figuratum.* Wśród gorączki dochodzącej do 40,5° w 4 dniu schorzenia pojawiły się bardzo liczne drobne wybroczynki, aż wreszcie po 6 dniach osutka ta różnopostaciowa znikła zupełnie i chory wrócił do prawidłowego stanu. Podana ponownie po kilku dniach dawka 1 gr stowarsolu nie wywołała żadnych podobnych objawów ubocznych, prócz krótkotrwałego podniesienia ciepłoty. Osutkę w drugim przypadku musi się chyba niewątpliwie zaliczyć do rzędu osutek lekowych, i uważać ją za zajmującą z tego względu, że da się zestawić z przypadkiem opisanym przez Schwartza. Chodziło tam o wybitną nadwrażliwość ustroju na stowarsol, nadwrażliwość która objawiła się już po zażyciu małej dawki 0,25, podanej w celach profilaktycznych. W obu przypadkach, chory zażył coprawda jednorazowo piramidon, wątpliwość jednak co do tego czy osutka nie została przez ten właśnie lek spowodowana, nie wydaje mi się zbyt poważna, bo w przypadku Schwartza pierwsze objawy schorzenia w postaci silnie swędzącej, gdzieniegdzie pokrzywkowej wysypki, ukazały się już w trzy godziny po dawce stowarsolu, u mojego chorego zaś objawy zatrucia żołądkowo-jelitowe, pierwsze zwiastuny jak się później pokazało, schorzenia skórnego, wystąpiły znacznie wcześniej, na dwa dni przed podaniem piramidonu jako leku objawowego. Chory z przyczyn od nas niezależnych musiał klinikę opuścić tak wcześnie, że nie mogliśmy ani spostrzegać dalszego przebiegu, ani kontrolować odczynu Wassermanna.

Z wpływem tych zaburzeń na O. Wa. i na rokowanie wogóle, łączy się ściśle zagadnienie działania stowarsolu na odczyn serologiczny. I tutaj możemy mówić tylko o wynikach doraźnych z powodu nieco krótkiego czasu obserwacji chorych wśród leczenia i po leczeniu. Z zestawienia 43 przypadków które do oceny tego wpływu się nadają, i w których O. Wa. był badany co tydzień, a wyjątkowo tylko co dwa tygodnie, wynika ogólnie, że w 21 po ukończeniu leczenia otrzymano O. Wa. ujemy. Bardziej pouczającym jednak niż ta ogólna cyfra jest podział przypadków, zależnie od okresu kiły. Otóż na 15 przypadków kiły wtórorzędnej nieco późniejszej, w których istniał już tylko ślad po przebytej zmianie pierwotnej albo nawet tego przy szczegółowem badaniu już stwierdzić nie było można, w 3 osiągnięto O. Wa. przejściowo ujemny, w pięciu zaś O. Wa ujemny, jak się zdaje, definitywnie. Na 14 przypadków kiły wtórorzędnej bardzo wczesnej, w których obok osutki istniała jeszcze zmiana pierwotna, w pięciu przypadkach O. Wa. przeszedł z dodatniego w ujemny. Z pięciu przypadków zmian pierwotnych z dodatnim O. Wa. trzy przy ukończeniu leczenia wykazały odczyn ujemny. Ośm przypadków zaś zmian pierwotnych z których O. Wa. z początku był ujemny, ukończyło leczenie z odczynem również ujemnym. Jeden z nich w ciągu leczenia wykazał jednorazowo przejściowe wychylenie odczynu ku fazie dodatniej, siedem zaś przez cały czas leczenia i okres spostrzegania po leczeniu pozostało ujemnemi. Z zestawienia tego wynikałoby, że im wcześniejszy okres kiły, tem większe prawdopodobieństwo utrzymania odczynu w stadjum ujemnem lub przeprowadzenia go w ujemne przez leczenie stowarsolem w odpowiednich dawkach. Chyba w tym sensie możnaby zrozumieć zdanie Leredde'a, który ogólnikowo powiedział, że »jak wiadomo najłatwiej jest wpłynąć leczniczo na bardzo wczesne okresy kiły«, zdanie, z którem zresztą nikt kto zna trudności i zagadki t. zw. poronnego leczenia kiły, tak łatwo się nie zgodzi. Czy siedem wymienionych przypadków zmian pierwotnych będzie można uważać za rzeczywiście wyleczone poronnie, to tylko dłuższa obserwacja chorych będzie mogła rozstrzygnąć.

Przed nazbyt kuszącemi złudzeniami pod tym względem ostrzega choćby przebieg przypadku, który mi świeżo stoi w pamięci i który właśnie dlatego, że był leczony wedle ogólnie przyjętego planu salwarsanem i rtęcią zasługuje na omówienie w kilku słowach.

U 42-letniego mężczyzny rozpoznano klinicznie zmianę pierwotną i po stwierdzeniu niewątpliwem krętków bladych rozpoczęto leczenie. Chory w ciągu ośmiu tygodni otrzymał ośm dawek novarsenobenzolu Billon-Spiess, w sumie 4,65 oraz zrobił 40 wcierań. Wcierania zastosowano dlatego, ponieważ nie można było wymóc na chorym regularnego pojawiania się częściej niż raz na tydzień. Leczenie to chory rozpoczął i ukończył z O. Wa. ujemnym, w czasie leczenia zaś zmian skórnych nie było. W sześć tygodni po ukończeniu pierwszego, rozpoczęliśmy leczenie drugie, wedle Rosta zabezpieczające, również przy odczynie Wa. ujemnym. I oto po 14 wcieraniach i dwóch dawkach novarsenobenzolu (0,45 i 0,6) pojawiła się guzkowa wysypka kiłowa, a odczyn Wassermanna, badany później wypadł dodatnio.

Ten nawrót kiły w okresie leczenia, w którym trudno byłoby się go spodziewać i to po dość intenzywnem, jakby się zdawało, stosowaniu salwarsanu, usposabia dość krytycznie wobec wszelkiego rokowania; z drugiej strony doświadczenie to z salwarsanem, więcej niż rzadkie, skłania jednak raczej do łagodnej oceny tych przypadków, w których jakiś nowy niewypróbowany sposób leczenia zawodzi lub niezupełnie zadowala.

Wśród przypadków kiły wtórorzędnej, w których stowarsol okazał się klinicznie bardzo zadowalającym, wybija się jeden, zajmujący ze względu na objawy ze strony układu

nerwowego ośrodkowego. Chory 25-letni z blizną świeżą po zmianie pierwotnej i gęstą osutką plamistoguzkową podał przy pierwszem badaniu, że zauważył pewne upośledzenie słuchu. O. Wa we krwi silnie dodatni. Nakłucie lędźwiowe wykazało duże ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, a w płynie stwierdzono pleocytozę 750 w 1 cm^3, odczyn Nonne-Apelta dodatni i odczyn Wassermanna silnie dodatni. Wśród leczenia stowarsolem objawy kliniczne ustąpiły, słuch się poprawił, a dokonane po upływie miesiąca (po 30 g stowarsolu) powtórne nakłucie lędźwiowe dało płyn, w którym pleocytoza (mimo drobnej domieszki krwi) wynosiła tylko 26 w 1 cm., odczyn Pandyego i odczyn Nonne-Apelta był słabo dodatni, odczyn Wa zaś ujemny. Nadmienić trzeba, że tak jak w wielu innych, tak i w tym przypadku O. Wa. we krwi pozostał i po ukończeniu leczenia dodatnim. Wpływ leczenia jednak na objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego był nietylko korzystny, ale i zdumiewająco szybki. Znamiennem jest, że u tegoż chorego stwierdzono w płynie przy drugiem nakłuciu 0,002 arsenu w 20 cm^3 płynu.

Wpływ leczenia stowarsolem na odczyny serologiczne, przedstawiony wyżej cyfrowo, okazuje się naogół podobnym do tego, jaki przedstawił K r ö s l mówiąc na LXXXV Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Innsbrucku o swoich wynikach na podstawie 73 przypadków. I u niego 16 przypadków kiły w okresie pierwszym wykazało odczyn Wa. zgodnie ujemny przez cały czas i z końcem leczenia, tak jak przed jego rozpoczęciem. Natomiast w kile wtórorzędnej na odczyn Wa z początku dodatni nie udało się wogóle wpłynąć i zmienić go w ujemny.

Podobnie L e h n e r i R a d n a i w poliklinice budapeszteńskiej doszli do wniosków ujemnych co do wpływu stowarsolu na O. Wa, a stosowanie go w kile seronegatywnej uważają wprost za niedopuszczalne. Z tym stanowczym sprzeciwem trudno się zgodzić po naszych doświadczeniach w leczeniu zmian pierwotnych z O. Wa ujemnym, oraz po wynikach K r ö s l a. Nieco przychylniej zapatrują się na tę sprawę B r u h n s i P i c a r d, choć i oni u własnych chorych spostrzegali n. p. w kilku przypadkach bardzo powolne działanie leku. Krętki znikały przeciętnie po podaniu 11,2 pastylek, w 3 przypadkach dopiero po 21, 24 i 27 pastylkach a więc po 5,25 do 6,75 g stowarsolu. Niski odsetek ujemnych O. Wa po leczeniu (tylko 6 na 27) skłania autorów tych do sceptycyzmu i do warunkowego tylko uznania nowego leku, głównie w zakresie profilaktyki.

Porównanie wyników naszych z przypadkami C l è m e n t S i m o n a, ogłoszonemi w pracy o wpływie treparsolu na odczyn Wa w kile wypada bez wątpienia na korzyść jego. Otrzymał on w 23 z ogłoszonych 30 przypadków O. Wa ujemny, przeważnie w siódmym, czasem jednak dopiero w ośmnastym lub dwudziestym tygodniu po rozpoczęciu leczenia. Z drugiej strony nasze wyniki są znacznie pomyślniejsze dla chorych, niż wyniki W e i t g a s s e r a w Gracu, który w żadnym przypadku nie doprowadził do O. Wa ujemnego, przeciwnie przy leczeniu zmiany pierwotnej z odczynem ujemnym doczekał się przejścia odczynu w dodatni, i już na podstawie kilku zaledwie przypadków wysnuwa wnioski dla stowarsolu zupełnie niekorzystne.

Przy porównaniu naszych wyników z zestawieniami C l è m e n t S i m o n a uwzględnić należy przedewszystkiem, że środek przez niego używany był nieco od stowarsolu odmienny, był mianowicie połączeniem formylowem kwasu acetyloxyaminofenilarsenowego. Jak autor twierdzi połączenie to jest udoskonaleniem preparatu. Dla definitywnej oceny działania stowarsolu na odczyn Wassermanna należy w każdym razie czekać dłużej i śledzić za zachowaniem się tego odczynu przez kilka tygodni po zaprzestaniu leczenia. Wszak wiadomo z doświadczeń zrobionych z wielu przetworami bizmutu, że odczyny serologiczne dodatnie utrzymują się nieraz bardzo długo po ukończeniu leczenia, które ze względu na ogólną dawkę i na wynik czysto kliniczny musi się uznać za wystarczające. Wreszcie wypada wspomnieć i o tych przypadkach, w których dodatni odczyn Wa oporny wszelkiemu leczeniu pozostaje zawsze dodatnim, tak, że najsumienniejsi lekarze są zmuszeni skapitulować i wyrzec się ostatecznego serologicznie pomyślnego wyniku swych zabiegów. Rezygnacja ta znalazła trafny wyraz w słowach F i n g e r a, który ocenia taki odczyn nieustępliwy raczej za błąd kosmetyczny, chorych zaś za wyleczonych. Z chorych naszych niezbyt duży odsetek, jak to zwykle bywa, zgłaszać się może do stałej kontroli po ukończeniu leczenia. U tych, którzy zgłaszają się co tydzień lub co dwa tygodnie wykonuje się odczyn Wassermanna stale; jest wśród nich trzech, których leczono z powodu kiły wtórorzędnej i u których odczyn Wa bezpośrednio po ukończeniu leczenia dodatni, przeszedł po ośmiu wzgl. dziesięciu tygodniach przerwy w ujemny.

Wyniki leczenia, szczególnie zaś zachowanie się odczynów serologicznych, łączą się ściśle z zagadką samowyleczenia kiły, szeroko i długo omawianą. Samowyleczenie to jest bezwątpienia rzadkie, i siły obronne ustroju do zwalczania jadu kiłowego, rozpowszechnionego w ustroju, zwykle są niewystarczające. Świadczy o tem brak, względnie rzadkość nadzwyczajna spostrzeżeń powtórnego zakażenia — reinfekcji — tego najbardziej a właściwie jedynie przekonywującego dowodu wyleczenia raz przebytej kiły, z okresu przed salwarsanem. Spółczynnik ustrojowy jednak działający w kierunku samoleczenia kiły, jest bardzo ważnym i w dłuższym okresie czasu skutecznym. Wskazać wypada tylko na spostrzeżenia L e s s e r a, że chorzy leczeni rtęcią w niewystarczających dawkach, tacy n. p. którzy przebyli tylko jedno leczenie, wykazują w późnym okresie choroby, w 5—10 lat po zakażeniu, prawie równo często odczyn Wa ujemny jak chorzy leczeni wydatnie, bo cztery razy z rzędu. Spostrzeżenia te uzupełniają S c h o l t z i W i i m e r, wykazując że odczyn Wa tem częściej wypada ujemnie, im później się go wykonuje i wysnuwają z tego wniosek, że u pewnej ilości osób zakażonych, które na razie rtęcią wyleczone nie zostały, odczyn Wa spontanicznie stał się ujemnym. Spostrzeżenia, o których mowa pochodzą z r. 1910, a więc z okresu przedsalwarsanowego podobnie, jak wspominana przez B r u n s g a a r d a, zupełna bezczynność lekarzy wobec chorych kiłowych w Chrystjanji, gdzie przez lat 60 z górą nie leczono kiły zupełnie, pozostawiając »ustrojowi jedynie troskę o zwalczenie choroby«. Na taktykę taką nikt chyba obecnie zdecydowaćby się nie mógł, to jednak, co przyszło w ślad za najpotężniejszym dotąd środkiem przeciwkiłowym — salwarsanem — pod wielu względami utrudniło nam rozstrzyganie i wybór sposobu leczenia. Podanie zbyt małych ilości salwarsanu może działać szkodliwie, jak wielu autorów sądzi; już Z i m m e r n i D e l b a n c o ostrzegali przed »podleczeniem« chorego a G e n n e r i c h wprost mówił o schorzeniach układu nerwowego — *lues cerebri* — jako skutkach leczenia niedostatecznego. Raczej więc należałoby się trzymać zdania J a d a s s o h n a że »należy środków swoistych podawać więcej, niż wystarcza do usunięcia objawów klinicznych i serologicznych«. Czy jednak nie podaje się obecnie naogół za dużo salwarsanu? Leczenie kiły u nas, jak słusznie podniesiono na Zjeździe dermatologicznym w 1921 r., jest dosyć słabe i nieregularne, w każdym razie nie wytrzymuje ono porównania z tem, co szkoły niemieckie i francuskie uznałyby za wystarczające. A jednak porównanie kliniczne i serologiczne przypadków leczonych rzekomo niedostatecznie z innemi, leczonemi znacznie silniej, nierzadko wypada na korzyść tych, które znacznie mniej środków leczniczych zużyły i mniej leczeń przeszły.

Czas zatem i siły obronne ustroju nieraz usuwają to, czego leczeniem przemóc się nie dało, nieraz po dłuższym okresie spostrzegania dopiero widzimy, że odczyn Wa zmienił się niejako samoistnie w ujemny. Widzimy to przy leczeniu innemi sposobami, widzimy także i po leczeniu stowarsolem wyłącznie. Pozostawienie ustrojowi i jego samoobronie czasu do rozwinięcia ich działania na resztę jadu i uporania się z objawami serologicznemi, uważać należałoby więc przy stowarsolu jak i przy innych sposobach leczenia za żądanie zasadnicze. Nie rozwiązuje to jednak jednego z najważniejszych pytań, a mianowicie: ile tego nowego środka m o ż n a, a ile n a l e ż y i ile w y s t a r c z a podać. Z badań na zwierzętach wiemy, że jego wskaźnik chemoterapeutyczny $\left(\frac{C}{T}\right)$ równa się $^1/_2$. Wiemy dalej, że dawka najniższa konieczna dla

zapobieżenia wystąpieniu kiły u zwierzęcia wynosi 0,1 (Levaditi), wedle niektórych autorów dawka znośna waha się (0,3 Kolle, do 1,4 (!) Levaditi, na 1 kg żywej wagi zwierzęcia). Do tak wysokich dawek w odniesieniu do człowieka nikt z autorów używających stowarsolu dotąd się nie posunął. Ilości wymienione bez wątpienia nie są trujące doraźnie; sprawdziliśmy jednak, że n. p. podawanie królikowi wagi 1,700 g stovarsolu w ilościach 0.25 dziennie a więc po 0,14 na 1 kg wagi doprowadza do zatrucia przewlekłego i do śmierci zwierzęcia. Dawki te leżą w każdym razie znacznie powyżej dawek dotąd stosowanych u ludzi.

Nawet w sprawie dawkowania salwarsanu, używanego od lat 15, do dziś dnia panuje rozbieżność zdań, zarówno co do wysokości dawki jednorazowej, jak dawki ogólnej na jedno leczenie, jak wreszcie co do odstępów pomiędzy jedną dawką a drugą. Wspomnę tylko, że Arzt w swoim schemacie leczenia poronnego radzi podawanie trzech dawek neosalwarsanu w odstępach dwudniowych wbrew ogólnie przyjętej zasadzie odstępów co najmniej pięciodniowych. Rozbieżność, a raczej niezdecydowanie zaznacza się jeszcze wyraźniej gdy chodzi o odstęp czasu między jednem leczeniem a drugiem, szczególnie gdy odczyn Wa tak, jak być powinno pozostaje ujemnym i nie daje nam wskazania. A więc radzi Jadassohn i Rost, aby po leczeniu poronnem najpóźniej po jednym do dwóch miesięcy całe leczenie powtórzyć. Radzą Brandweiner i Naegeli nawet w kile drugorzędnej powtarzać leczenie w odstępach krótkich, bo czterotygodniowych, a w żadnym razie nie dłuższych niż dwumiesięczne. Z drugiej strony przyjęte są, a polecane n. p. przez Dariera odstępy 3 a nawet sześciomiesięczne w późniejszych okresach kiły, pozostającej w utajeniu. Do roztrząsania tego pytania przy leczeniu stowarsolem nie doszło jeszcze, bo trudno, aby ktokolwiek z autorów miał o tem wyrobione zdanie. Ważniejszą na razie jest rozbieżność zdań co do dawki koniecznej dla jednego leczenia. Tak jak przy salwarsanie uważa się czasem 3 g (Naegeli) czasem 4,5—5 g (Darier) za wystarczające, a czasem 6 g (w przypadkach kiły drugorzędnej) za najmniejszą dawkę ogólną wymaganą, a nawet 10 g i więcej za dopuszczalną i wskazaną (Naegeli), tak jest i przy przetworach mniej wypróbowanych jak stowarsol. Leczenie i tutaj musi być zawsze ściśle indywidualne i jest przez to mniej trudne do przeprowadzenia, niż stosowanie przetworów arsenobenzolowych śródżylnie lub śródmięśniowo (Leredde).

Wobec braku stanowczych reguł w dawkowaniu a raczej wobec niewystarczającego ich uzasadnienia, podawaliśmy w naszej klinice naogół większe dawki stowarsolu, niż zalecane w piśmiennictwie. Stosowaliśmy się jedynie do przepisu aby podawać stowarsol na czczo w większej ilości (do 300 g) wody, zapewniając w ten sposób szybkie wchłanianie go i unikając przez rozcieńczenie go drażnienia błony śluzowej żołądka. Przekonując się w każdym przypadku z osobna o tem czy dany ustrój znosi małe dawki bez szkody doraźnej, podawaliśmy stowarsol codziennie rano raz po 3, raz po 4 pastylki, a więc po 0,75 do 1,0 gr naraz; spostrzegłszy zaś w szeregu przypadków oporne zachowanie się odczynu Wassermanna, przedłużaliśmy leczenie coraz bardziej. Doszliśmy w ten sposób do zupełnie dowolnie ustalonej normy, że podajemy obecnie stowarsol przez 5 tygodni (33 dni) z rzędu. Ogólna ilość podanego w ten sposób stowarsolu waha się zależnie od małych różnic w czasie trwania leczenia i w dawkowaniu od 26,5 do 32,5 gr.

Ani sposób podawania, ani dawka ogólna nie zgadzają się z danemi zaczerpniętemi z piśmiennictwa. Przepis oryginalny francuski, zatrzymany przez Oppenheima, nakazuje podawać stowarsol przez cztery dni w tygodniu i stosować potem 3-dniową przerwę, względnie podawać go co 3-ci dzień. Oba sposoby, równie skuteczne, oparte są na założeniu słusznem, że należy pozwolić ustrojowi wydalić arsen nagromadzony w nadmiernej ilości; przerwy przyjęte w nich są naturalnie ustanowione zupełnie dowolnie. Sposób jeden i drugi jest na równi wszędzie stosowany, z tem ogólnie przyjętem zastrzeżeniem, że pierwsza dawka powinna być mniejsza dla wypróbowania oddziaływania ustroju. Za stałą też jest uważaną ogólna dawka 56 pastylek t. zn. 14 g przetworu na całe leczenie i dawka ta, jak z piśmiennictwa widać, nie jest przekraczaną. Dawka ta jest jak się zdaje, równie dowolnie przyjętą i niczem nieuzasadnioną. Zwiększając tę dawkę ogólną prawie dwukrotnie na podstawie pierwszych naszych spostrzeżeń, powodowaliśmy się przypuszczeniem, że środek ten jest słabszy w swem działaniu, niż salwarsan. Przypuszczenie to znajduje poparcie w teoretycznych wywodach Schuhmachera, który rozpatrując skład chemiczny przetworu zawierającego arsen pięciowartościowy, i porównując go z salwarsanem zawierającym As trójwartościowy, z góry uprzedza o mniejszej skuteczności pochodnych kwasu fenilarsinowego. Zwiększenie, i to znaczne, dawki ogólnej wydaje się nam konieczne. Zarazem jednak za jedyny wskaźnik rozłożenia poszczególnych dawek uznać należy szybkość wydalania stosowanego przetworu z ustroju. Aczkolwiek w olbrzymiej większości przypadków ustrój znosi stowarsol podawany bez przerwy i codziennie dobrze, to jednak arsenizacja ustroju posiadającego szczególną skłonność do odkładania arsenu, nie wydaje się obojętną, choćby ze względu na konieczność powtarzania leczenia, jeśli już nie z obawy o doraźne działanie uboczne. Stosowanie przerw dłuższych między jedną dawką a drugą, a zarazem przedłużenie leczenia byłoby więc najrozumniejszem rozwiązaniem zagadnień i sprzeczności, których powodem głównym jest nieustalone dotąd dawkowanie. Wskrzeszenie zasad Ricorda, i posłuch dla argumentów Almkvista, który jest zapalonym rzecznikiem leczenia ciągłego kiły przez okres długi bo wielomiesięczny, mogłyby przy stosowaniu stowarsolu znaleźć jeszcze jedno praktyczne uzasadnienie.

Wyniki trudno przewidzieć, bo trudno o dobór chorych dostatecznie wytrwałych i rozumiejących doniosłość stałej kontroli lekarskiej. Z drugiej strony jednak do leczenia tego tak wygodnego, chorych namawiać nie potrzeba, bo przemawia ono samo za siebie. Ku leczeniu ciągłemu skłania się Spiethoff, który od lat dziewięciu w klinice w Jenie stosuje leczenie ciągłe. Poleca on leczenie stowarsolem przez okres pięciomiesięczny. Jeden z naszych chorych, u którego po dwuletniej przerwie w leczeniu kiły rozpoznaliśmy kiłę z osutką o charakterze ospowej, rozpoczął leczenie z O. Wa ujemnym. Odczyn ten po kilku dawkach stał się dodatnim. Zmiany na skórze szybko przeszły przez okres gojenia się i obecnie pozostawiły jedynie przebarwienia. U chorego tego zastosowaliśmy po leczeniu 5-tygodniowem takiem, jakie opisano powyżej jako normalne, dalsze leczenie ciągłe przez okres trzymiesięczny Znosi on to leczenie dobrze, a odczyn Wa przeszedł na stałe w ujemny.

Wskaźnika dla rozłożenia dawek poszczególnych staramy się szukać w badaniach nad wydalaniem stowarsolu przez ustrój. Badania te będą omówione szczegółowo osobno. Wyniki prób klinicznych dadzą się streścić narazie w zdaniu że stowarsol stosowany pod stałym nadzorem lekarza, w dawkach dużych, i w dawce ogólnej większej, niż dotąd przyjęta, jest środkiem leczniczym bardzo skutecznym. Może on już dzisiaj w przypadkach szczególnych, stanąć obok, lub na miejscu przetworów salwarsanowych. Niebezpiecznym być może chyba w rękach chorego bez dozoru, lub w rękach lekarza nie dość ostrożnego.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médicine.

Nr. 7.

Urechia i Nitescu. **Rola jąder tuber cinereum w cukrzycy eksperymentalnej.** Autorzy omawiają dotychczasowe wyniki badań nad patogenezą cukrzycy eksperymentalnej. Podrażnienie dróg sympatycznych powoduje mobilizację cukru wątroby (Claude, Bernard, Eckhard, Grek). Inni autorzy (Blum) sądzą, że nakłucie rdzenia przedłużonego podrażnia nadnercza i że występująca przytem glikozurja zależy od zwiększonej adrenalinemji.

W przeciwieństwie do uerwów sympatycznych nerw parasympatyczny hamuje mobilizację cukru.

Wydzielina wewnętrzna trzustki (posiadającej włókna n. błędnego) hamuje mobilizację cukru i sprzyja destrukcji glukozy.

Do powyższych czynników należy dołączyć również i przysadkę, która — według nowszych badań — przyjmuje również udział w metabolizmie cukru. Wskazuje na to działanie antagonistyczne insuliny i wyciągu z przysadki.

Badania Brugscha, Dresela i Lewy'ego dowiodły, że centrum Claude Bernarda jest ograniczone do małej grupy komórek jądra dorsalnego nerwu błędnego. Ci sami autorzy dowiedli, że ukłucie innej grupy komórek, położonych w tym samem jądrze n. błędnego, lecz nieco wyżej, powoduje zmniejszenie glikemji. Wycięcie trzustki powoduje zwyrodnienie tej właśnie grupy komórek. Z powyższego wynika, że w jądrze wegetatywnem n. błędnego istnieją — niezależnie od siebie — jądro sympatyczne i drugie parasympatyczne dla metabolizmu cukru.

Po ukłuciu jądra wegetatywnego w opuszce, obserwuje się zwyrodnienie jądra paraventricularnego na dnie III. komory *(tuber cinereum)*. Dresel i Lewy sądzą, że to jądro odgrywa właśnie rolę równoważnika czynnościowego ośrodków sympatycznych i parasympatycznych opuszki.

Ci sami autorzy znaleźli w cukrzycy u ludzi zmiany w środkowej trzeciej i zewnętrznej części *globus palidus*, mianowicie zwiększenie ziarnistości tłuszczowych, co zresztą odpowiada zwiększonej lipemji we krwi chorych na cukrzycę.

Camus, Gournay i Le Grand wywołują glikozurję, utrzymującą się przez kilka tygodni — po ukłuciu *tuber cinereum*. Kontrola wykazywała zniszczenie jądra periventricularnego. Urechia i Elekes w jednym przypadku śpiączki cukrzycowej znaleźli największe zmiany w jądrze periventricularnem.

Dla skontrolowania związku trzustki z ośrodkiem wegetatywnym guza, autorzy wykonali u 4 psów całkowite wycięcie trzustki, powodując znaczną glikemję i po 4—8 dniach zabijali zwierzęta. We wszystkich badaniach znaleźli zwyrodnienie znaczne jądra periventricularnego w *tuber cinereum*, co potwierdza poprzednie badania Dresel'a, Lewy'ego, Camus'a, Gournay'a i Le Grand'a. Jądro periventricularne stanowi więc ośrodek w guzie regulujący przemianę cukrową. Przysadka mózgowa okazywała zawsze stan wzmożonej czynności.

Oprócz powyższego autorzy zwracają uwagę, że jądro periventricularne odgrywa rolę w regulacji ciepła (znaleźli zmiany w niem przy odmrożeniu), co tłumaczyłoby nam obniżenie ciepłoty w śpiączce cukrzycowej.

L o n g. **Przypadek ciężkiego kiłowego zapalenia opon mózgowych w okresie późnym.** U kobiety 54-letniej w przeszłości liczne poronienia. Po przyjęciu do kliniki (Genewa) w ciągu 6 miesięcy rozwijały się powoli objawy nerwowe, kończąc się paraplegją. Pomimo leczenia przeciwkiłowego śmierć po 3 tygodniach. Na sekcji znaleziono ropne zapalenie opon mózgowych ze zmianami histologicznemi kiły 3-okresowej.

A. P e t t i t. **Zjawienie się aglutynin w płynie mózgowordzeniowym w przebiegu spirochetozy ikterohemoragicznej.** Autor stwierdził obecność aglutynin po raz pierwszy w płynie mózgowo-rdzeniowym u trzech chorych na spirochetozę ikterohemoragiczną.

Nr. 8.

L. I m b e r t. **Przeszczepianie kości.** Autor podaje wyniki swych badań nad przeszczepianiem kości martwej u psa.

C l u z e t, R o c h a i x, K o f m a n. **Zmiany w zasadowości surowicy podczas uodporniań.** Autorzy podają wyniki swych badań nad zasadowością surowicy normalnej, w czasie uodporniania u zwierząt uodpornionych:

1) Ph surowicy normalnej, zawartej w dobrze uszczelnionych flakonach (kauczuk, parafina) nie ulega z czasem zmianie, natomiast zasadowość surowicy, będącej w zetknięciu z powietrzem, szybko zwiększa się.

2) Podczas uodporniania zwierząt następuje nieznaczne obniżenie zasadowości surowicy; zmiana ta występuje w okresie początkowym.

3) U zwierząt uodpornionych (konie, króliki) Ph surowicy jest zbliżone do Ph zwierząt normalnych tego samego gatunku; trudno jest orzec, czy nieznaczne różnice, zachodzące między niemi, zależne są od uodpornienia.

Nr. 9.

G i l l o t i B u r e. **Rozpoznanie elektryczne wczesnego rachityzmu.** Autorzy na podstawie licznych obserwacyj na klinice dziecięcej w Algierze proponują jako wczesny objaw rachityzmu badanie wzmożonej pobudliwości elektrycznej nerwu twarzowego na poziomie powiek. Próg normalny dla ściągnięcia się powieki przy zamknięciu bieguna ujemnego wynosi 2,5 miliampera, u rachityków zaś obniża się do 2 lub 1 milliampera lub jeszcze niżej.

Objaw ten zależy od hipokalcemji, łączącej spasmofilję z rachityzmem.

E m i l W e i l i A. L a c a s s a g n e. **Anemja złośliwa i białaczka szpikowa śmiertelna wywołane działaniem substancji radjoaktywnych.** Autorzy ogłaszają obserwacje dwu chorych, inżynierów chemików, lat 40 i 35, zajętych od lat kilkunastu badaniami radjoaktywności, a którzy od 2 lat byli zajęci razem w jednem laboratorjum nad przygotowywaniem preparatów leczniczych radjoaktywnych z grupy *thorium*. Obaj zmarli prawie jednocześnie, jeden na ostrą anemję aplastyczną, drugi na białaczkę szpikową. Drugi przypadek potwierdza możliwość wywołania białaczki szpikowej przez promieniowanie substancyj radjoaktywnych, co dotychczas było jedynie przypuszczalne. Autorzy podają szczegółowe badania krwi i wynik nekroskopji. Nastąpił zupełny zanik jąder, podobny, jaki otrzymujemy przy doświadczalnem naświetlaniu zwierząt.

R a s t o n i l. **Insulina przy kwasicy u operowanych nie cukrzycowych.** U chorego w kilka dni po operacji brzusznej wystąpiła znaczna kwasica, cukier nieobecny przy stanie ogólnym bardzo ciężkim. Po kilkakrotnem zastrzykiwaniu insuliny objawy kwasicy ustąpiły, chory wyzdrowiał. Poprzednio już autorzy amerykańscy podają, że zastrzyki glukozy pozostają bez rezultatu w kwasicach ciężkich pooperacyjnych podczas, gdy insulina daje wspaniałe rezultaty. Autorzy amerykańscy nie podają przy tem cukru, podczas gdy autor po zastrzyku insuliny dawał pić choremu syrop cukrowy, ażeby zapobiec hipoglikemji.

Nr. 1'.

M a r i n e s c o i D r a g a n e s c o. **Leczenie paraliżu postępowego malarją.** Autorzy leczyli w powyższy sposób 7 przypadków paraliżu postępowego wzmożonego objawami wiądu rdzenia i jeden przypadek tego ostatniego z *amaurosis*. Krew z plasmodjami brali od malaryków podczas dreszczy i gorączki i zastrzykiwali ją chorym w ilości 2 cm^3 dożylnie i 2 cm^3 podskórnie. W 5 przypadkach użyli *plasmodia tertiana*, w 2 — *plasmodia tropica*. Radzą jednak stosować *plasmodia tertiana* z powodu lżejszego przebiegu scborzenia.

Inkubacja po zastrzyku trwała od 7 do 18 dni. Po wybuchu malarji chorych poddawali leczeniu arsenobenzolem i bizmutem. Wyniki leczenia otrzymali następujące:

Trzej chorzy z zaburzeniami pamięci, artykulacji i pomieszaniem pojęć uzyskali wybitną poprawę; remisje te trwają już przeszło 6 miesięcy. Czwarty chory jest prawie zupełnie wyleczony i od roku powrócił do swego zajęcia (szef biura). Chory taboparalityczny uzyskał jedynie nieznaczną poprawę, *Amaurosis* kobiety tabetycznej nie uległa zmianie.

L a v e r g n e i F l o r e n t i n. **Zastrzyki surowicy ozdrowieńców jako środek zapobiegawczy przeciwko orchitis po parotitis epidemica.** Dobre wyniki, otrzymane w profilaksji odry, zachęciły autorów do wypróbowania zastrzyków surowicy ozdrowieńców przy zapaleniu przyusznicy, celem zapobieżenia wystąpienia komplikacyj, a mianowicie *orchitis*. Korzystając z wybuchu ciężkiej epidemji autorzy stosowali tę metodę u 113 chorych. Krew brali w przypadkach przyusznicy bez powikłań około 20 dnia, z powikłaniami (*orchitis*) w chwili poprawy stanu ogólnego. Po przygotowaniu odpowiedniem surowicy wstrzykiwali ją chorym podskórnie w ilościach 10—20 cm^3 (dwa razy w odstępach 5-dniowych po 10—5 cm^3 względnie po 15—5 cm^3). Otrzymali wyniki

bardzo zachęcające. U 107 chorych nie leczonych w sposób podobny otrzymali w 34 przypadkach komplikacje, gdy tymczasem u 113 leczonych surowicą komplikacje wystąpiły jedynie w 7 przypadkach. Należy dodać, że komplikacje wystąpiły jedynie u tych chorych, u których stosowano mniejsze dawki surowicy. W ostatnich 28 przypadkach, gdzie autorzy stosowali po 20 cm^3 surowicy *orchitis* nie wystąpiło ani razu; z tego też powodu autorzy radzą stosować dawki surowicy większe, najmniej 20 cm^3.

Merklen, Wolf i Néel. **Białaczka szpikowa u kobiety poprzednio naświetlanej.** Nawiązując do opisu białaczki szpikowej, opisanej przez Weil'a i Lacassagne'a (Bull. de l'Acad. de M. Nr. 9, 1925) autorzy podają obserwację chorej, u której po naświetlaniach wystąpiła białaczka szpikowa. Chora w 1917 r. w klinice prof. Krőniga w Fryburgu — jedna z pierwszych — była poddana radjoterapji głębokiej, intensywnej i długotrwałej z powodu *fibromyoma uteri*. Chora była wtedy naświetlana intensywnie przez 7 godzin ze zwykłem zabezpieczeniem pozostałych powłok ciała. Nie wiadomo dokładnie, jaką dawkę wtedy zastosowano. Przez 2 dni następne chora czuła się bardzo osłabioną, wystąpiły wymioty prawie bezustanne, intensywne bole głowy i w jamie brzusznej. Później — pomimo wyczuwania guza powyżej spojenia łonowego — nie leczyła się już więcej.

W trzy lata później (1920 rok) wystąpiły wymioty krwawe. Od 1922 r. czuje się osłabiona i osłabienie to coraz to bardziej wzmaga się. 19. stycznia 1925 r. zgłosiła się do szpitala, narzekając na osłabienie, wymioty, bicie serca i guz w brzuchu.

Od kilku miesięcy podwyżki ciepłoty wieczorem. Przy badaniu śledziona b. duża, zajmująca prawie cały brzuch. We krwi 400.000 ciałek białych, w tem 46% wielojądrzastych, 45% myelocytów neutrofilnych, 3% myelocytów eozynofilnych, 3% — basofilnych, 3% myeloblastów.

4. lutego białych ciałek 960.000, w tem myeloblasty zwiększyły się do 16%. Chora zmarła 5. lutego. Na sekcji zmiany klasyczne dla białaczki szpikowej. Jak widzimy z powyższego okres utajony trwał 3 lata (od naświetlania do wystąpienia wymiotów krwawych — od tego bowiem czasu należy uważać początek rozwoju choroby). W przypadku, opisanym poprzednio przez Weil'a i Lacassagne'a, objawy chorobowe zaczęły się również od wymiotów krwawych.

Nr. 14.

M. Teissier. **Profilaksja parotitis epidemica i orchitis następowego zastrzykami surowicy rekonwalescentów.** Nawiązując do komunikatu w poprzednim numerze Bull. de l'Acad. de M. (Nr. 13) Lavergne'a i Florentin'a o seroprofilaksji zapalenia przyusznicy, autor donosi, że sposób ten stosował na swej klinice już w r. 1923|4 i uważa go za bardzo skuteczny dla zapobieżenia samej infekcji, jak również jej głównej komplikacji: *orchitis*.

Autor używał większych dawek surowicy 20—40 cm^3, z tego połowę podskórnie, połowę wśródmięśniowo. Wyniki seroprofilaksji zapalenia jąder były następujące: u 172 chorych leczonych surowicą zapalenie jąder rozwinęło się u 14, gdy tymczasem u 176 kontrolnych u 41 chorych.

Wyniki seroprofilaksji zapalenia przyusznicy: w ochronce wybuchła epidemja, 37 dziewczynek zachorowało przed jakąkolwiek interwencją, wtedy 22 zdrowym zastrzyknięto profilaktycznie surowicę (10—20 cm^3) i żadna z nich nie zachorowała, gdy tymczasem pozostałe 4 — nie leczone zapobiegawczo — zapadły na tę chorobę.

Z tego wynika, że seroprofilaksja ma ważne znaczenie dla samej choroby, jak również i dla jej komplikacji i zaleca się bardzo jej stosowanie.

Parturier. **Zmiany cholesterynemji w zależności od pewnych warunków zewnętrznych ustroju.** Autor przeprowadził badanie nad cholesterynemją u świnek morskich w zależności od zmiany ciepłoty zewnętrznej i doszedł do wyników, że cholesterynemja zwiększa się prawie podwójnie przy ciepłocie zewnętrznej wyższej, zmniejsza się zaś przy ochłodzeniu.

Paris Chirurgical.

Nr. 6. 1924.

V. Pauchet. **Leczenie operacyjne raka tarczycy.** Na wstępie podaje autor pewne wytyczne dla wskazań względnie przeciwwskazań co do leczenia operacyjnego raka tarczycy. Przerzuty w trzewiach, zajęcie gruczołów poza szyją stanowią przeciwwskazanie do zabiegu. Każdy chory na raka tarczycy przed zabiegiem powinien być badany promieniami Roentgena.

Zabieg sam polega na bardzo rozległej tyreoidektomji pozatorebkowej. Operować należy w znieczuleniu miejscowem które zmniejsza ryzyko ewentualnej zamartwicy i pozwala chirurgowi kontrolować zachowanie się n. wstecznego.

Z cięcia w kształcie litery U odsłaniamy guz, poczem postępujemy tak, jak przy usuwaniu wola, dokładnie usuwając zmienione nowotworowo gruczoły. W razie potrzeby wycinamy żyłę szyjną, n. błędny i n. współczulny.

Z powikłań operacyjnych zasługują na uwagę zaburzenia sercowe przy drażnieniu n. błędnego, zaburzenia oddechowe, zwłaszcza, gdy tchawica skutkiem nacieku jest rozmiękła, przedostanie się powietrza do otwartych żył, uszkodzenia tchawicy i nerwów. Przecięcie n. wstecznego po jednej stronie daje czasową niemotę, przecięcie n. błędnego jest bez znaczenia a resekcja n. współczulnego daje zwężenie źrenicy i wytrzeszcz.

Z powikłań pooperacyjnych należy wymienić tężyczkę i stosunkowo bardzo rzadko występujący obrzęk śluzakowy. Śmiertelność w przypadkach nowotworu tarczycy jest bardzo znaczna i może dochodzić do 40%.

Celem uniknięcia tak wielkiego odsetka śmiertelności radzi autor operować wola jeszcze w tym okresie, gdy nie przyszło do zmian nowotworowych.

P. Peugniez. **Technika operacyjnego leczenia porażenia nerwu twarzowego.** Faure i Furet pierwsi rzucili myśl w r. 1898 leczenia porażenia nerwu twarzowego, przy uszkodzeniu tegoż w części przebiegającej przez dość skalistą drogę zespolenia jego końca obwodowego z nerwem sąsiednim t. j. z n. dodatkowym lub podjęzykowym.

Po dokładnem opisaniu stosunków anatomicznych wszystkich 3 nerwów autor podaje szczegółowo stosowaną przez siebie technikę operacyjną i zasady, jakiemi kieruje się przy zespalaniu nerwów. Autor wykonał 5 zespoleń tego rodzaju.

S. Laskownicki. **Zastosowanie roztworów jodu w chirurgji.** Autor zebrał krótko kilkuletnie doświadczenia, poczynione na lwowskiej klinice chirurgicznej nad działaniem jodu na ustrój ludzki, popierając swe twierdzenia badaniami *in vitro* i na zwierzętach.

Jod — z jednej strony — jest doskonałym środkiem bakterjobójczym, z drugiej zaś strony jest środkiem, mającym zdolność podrażnienia ustroju do żywszej ohrony przed zakażeniem. Autor poleca na podstawie swych doświadczeń używać nalewki jodowej, spreparowanej w ten sposób, że 5 gr jodu rozpuszcza się w 100 cm^3 następującego roztworu: 96% alkoholu 2.700 cm^3 + 300 cm^3 wody destylowanej. Roztwór ten jest o wiele silniej bakterjobójczy, niż 5% roztwór jodu w 97% alkoholu z dodatkiem jodku potasu.

Na 10 minut przed operacją pędzluje się raz pole operacyjne tym roztworem, potem drugi raz powtarza się pędzlowanie tuż przed samą operacją. Do mycia rąk poleca autor (po 10 min. myciu mydłem spirytusowem i szczotką) mało drażniący a silnie bakterjobójczy roztwór 1‰ jodu w 70% alkoholu.

Ważnym czynnikiem jest jod w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Autor poleca, stosowany na klinice do leczenia ropni opadowych, płyn Lugola. Silny ten roztwór jodowy działa doskonale miejscowo, jużto jako *desinficiens*, jużto jako środek drażniący tkankę łączną do bujania, głównie jednak działa ogólnie na cały ustrój. Wessany z jamy ropnia jod pobudza siły obronne ustroju, powiększa znacznie ilość lipoidów we krwi, jak to autor wykazał w doświadczeniach, przeprowadzonych wspólnie z p. Danyszową.

Do leczenia wreszcie ran ropiejących poleca L. roztwór jodowy używany na klinice pod nazwą *Solutio i odico-*

i odata, do trwałych irrygaciji ran t. zw. wodę jodową t. j. roztwór 1 cm^3 5% nalewki jodowej w 100 cm^3 wody.

Roztwory te o małej zawartości jodu są mało drażniące, siła zaś ich bakterjobójcza przewyższa znacznie siłę bakterjobójczą nalewki jodowej, a prócz tego pobudza tkanki do żywszej obrony i wzrostu, przyśpieszając wytwarzanie się zdrowej ziarniny. *W. Dobrzaniecki* (Lwów).

American Journal of Ophthalmology.

Vol. 7. 1924. Nr. 5.

William Finnoff. **O zmianach ocznych u królików, którym zastrzykiwano do art. carotis comm. zabite prątki gruźlicze.** Autor po ukończeniu doświadczalnych badań z zastrzykiwaniem żywych prątków gruźlicy (p. ref. Pol. Gaz. lek. 1924) przystąpił do badań z zabitemi prątkami gruźlicy. Ilość używanego materjału prątków wynosiła od 0.2 do 10.0 mg. Użyte do doświadczeń króliki żyły stosunkowo bardzo długo a tylko u 70% wystąpiły zmiany oczne. Wczesne zmiany ze strony öcz przed 4 dniem jak chemoza spojówki, przymglenie rogówki, wybroczyny krwi na tęczówce, a czasem i wysięk zapalny uważać należy za zwykłe objawy wywołane przez wprowadzenie drażniącego płynu do *art. car. comm.* Zmiany charakterystyczne i swoiste dla gruźlicy występowały najwcześniej na tęczówce w różnych postaciach i tak jako: 1) *iritis diffusa* z następowemi zrostami, 2) zgrubienia zapalne na tęczówce (*ridget iritis*) bez zserowacenia, 3) guzki gruźlicze przeważnie u podstawy tęczówki, które czasem wypełniały całą przednią komorę; treść ich po pęknięciu wchłaniała się szybko, 4) zanik częściowy tęczówki w postaci kolorowych plam.

Zmiany spostrzegane na rogówce można rozdzielić na wczesne i późne. Wczesne, jako zaćmienia rozlane rogówki i unaczynienia; zmiany późne jako nacieczenia na tylnej powierzchni rogówki ze złogami wysięku, nacieki rozległe głębokie i *keratitis scleroticans*. Tej ostatniej zmiany nie dostrzegano nigdy w doświadczeniach z prątkami żywemi. Zmiany na spojówkach wyrażały się w formie rozlanego zapalenia z wydzieliną, które szybko goiło się. W jednym przypadku spostrzegano typowe flikteny. Również w jednym przypadku spostrzegano *scleritis,* która po 10 dniach wygoiła się bez blizny. Na powiekach spostrzegano często guzki, które przechodziły w owrzodzenia, pozostawiając po sobie głębokie szpecące blizny. Zmiany na siatkówce i naczyniówce rozpoczynały się obrazem rozsianych szarawych ognisk z wysiękiem. Nacieki te powodowały zanik miejscowy i odkładanie się barwika. W 2 przypadkach pojawiło się odczepienie siatkówki w skutek zmian w naczyniówce. Wysięk w ciele szklistem spostrzegano w 8 przypadkach, wysięk ten w krótkim czasie wchłaniał się całkowicie. Wyniki tych doświadczeń doprowadziły do stwierdzenia, że niema różnicy w zmianach tak w obrazie klinicznym jak i też w obrazie drobnowidowym pomiędzy doświadczeniami z prątkami żywemi a zabitemi.

A. Fuchs. **O zmianach tarczy nerwu wzrokowego w przypadkach jaskry.** Zmiany tarczy nerwu wzrokowego w przypadkach jaskry zależą od trzech czynników. 1) Od podniesienia ciśnienia wśródocznego; stopień ciśnienia i jego trwania rozstrzyga o destrukcji włókien nerwowych, 2) drugim czynnikiem, który wpływa na ukształtowanie się zmian w tarczy nerwu wzrokowego jest *lamina cribrosa,* która w pewnych indywidualnych przypadkach przeciwstawia bardzo słaby delikatny opór ciśnieniu wśródocznemu, a w innych zaś tak dalece silny, że nie dochodzi do wydrążenia tarczy nerwu wzrokowego, powodując tylko zanik nerwu wzrokowego poza którym kryć się może jaskra trudua do rozpoznania bez pomocniczych badań, 3) trzecim czynnikiem jest oporuość względnie sztywność rogówkowo-twardówkowa. Wzrost ciśnienia wśródocznego może powodować rozszerzenie się całkowite lub częściowe gałki ocznej bez wywołania żmian na tarczy nerwu wzrokowego. Autor przytacza 14 przypadków jaskry, w których sam obraz wziernikowy nie był miarodajnym a tylko z pomocą badań szczegółowych stwierdzono jaskrę.

Wilber Swett. **Cornea plana congenita.** Autor podaje przypadek rogówki płaskiej wrodzonej na obu oczach, promień krzywizny rogówki wynosił 11 mm. Dla odróżnienia podobnych przypadków, które są bardzo rzadkie, od *microcornea* podaje autor następujące dane:

Cornea plana:

1) płaskość rogówki,
2) zatarta granica rąbka,
3) refrakcja średnia rogówki 28—35 D.,
4) promień krzywizny rog. 10 mm.,
5) refrakcja całkowita oka + 7 D.,
6) gałka w całości prawidłowa lub rozszerzona (większa),
7) niekształtny przedni odcinek gałki ocznej.

Microcornea:

1) zwiększona albo normalna krzywizna rogówki,
2) ostra grauica rąbka,
3) refr. śred. rog. 46 D.,
4) prom. krzyw. rog. 7.3 mm.,
5) refr. — 2 D. do + 18 D.,
6) *microphthalmus,*
7) cała gałka niekształtna.

V. 7. 1924 Nr. 4.

Campbell Posey. **Wpływ czynników zewnętrznych na refrakcję oka.** Ucisk chociażby nieznaczny na gałkę oczną od zewnątrz jak gradówka, skrzydlik, guz lub obrzęk w otoczeniu gałki ocznej może powodować przejściowe zmiany w refrakcji oka. Autor przytacza przypadek, w którym tworząca się gradówka obniżyła krótkowzroczność o 1.25 D., po usunięciu jej refrakcja znów powróciła do swego pierwotnego stanu. We wszystkich przypadkach przejściowej zmiany refrakcji oka należy uwzględniać pewne odruchowe zaburzenia, ogniskowe zakażenia i toksemje, które wpływają na sprawność mięśnia rzęskowego powodując przez to pozorną zmianę refrakcji oka.

Henry Wagener. **Zapalenie siatkówki a czynność nerek.** Autor rozpatruje 3 pytania: 1) Czy obrzęk, wysięk i wybroczyny na siatkówce w przypadku hipertenzji wskazują stale na *nephritis?* 2) Jeśli podejrzewamy *retinitis* w związku z *nephritis,* czy można określić typ schorzenia nerek sądząc z obrazu schorzenia siatkówki? 3) Czy pojawienie się *retinitis* w tych przypadkach stale zależy od zatrzymania i krążenia we krwi szkodliwych związków azotowych. Na pierwsze pytanie według autora należy stanowczo przecząco odpowiedzieć. Przypuszczać należy, że zmiany siatkówkowe nie są bezpośrednio wywoływane przez zapalenie nerek, ale powstają wskutek toksemji, która w żadnym stosunku nie pozostaje do zapalenia nerek, a raczej tylko do zmian naczyniowych. Co do drugiego pytania autor również przecząco odpowiada, ale już z pewnemi zastrzeżeniami. Odpowiedź na trzecie pytanie nie może być jeszcze jasna, wpierw należy rozpatrzeć poszczególne zmiany oczne, które mogą się odrębnie pojawiać a mianowicie: 1) krwotoki siatkówkowe bez zapalenia siatkówki. 2) *Retinitis arterio-sclerotica.* 3) *Retinitis* wskutek hipertenzji i *nephritis.* 4) *Retinitis nephritica.* Ad 1) krwotoki siatkówkowe bez obrzęku siatkówki i wysięku pojawiają się wskutek samej hipertenzji naczyń przez miejscowe zmiany w ścianach naczyń siatkówki. W powstawaniu ich toksemja nie odgrywa żadnej roli. Ad 2) pojawienie się obok krwotoków siatkówkowych drobnych plam wysięku zgrupowanych dookoła końcowych tętniczek, a przedewszystkiem w okolicy plamki żółtej nazywamy *retinitis arterio-sclerotica,* jako wyraz ostrej *end-arteritis.* Obraz ten nie jest typowy dla *nephritis* ani też z nią nie musi stać w jakimkolwiek związku. Ad 3) w tym obrazie schorzenia spotykamy nieznaczny obrzęk zapalny tarczy nerwu wzrokowego, wybroczyny krwi siatkówkowe podobne swym kształtem do płomyków i białej plamki wysięku zapalnego. Dla tych ostrych zmian koniecznem jest przyjęcie czynnika toksycznego. Schorzenie nerek jest źródłem tej toksemji. Postać tego schorzenia siatkówki oznacza się jako schorzenie miażdżycowe tętnic *plus* zapalenie nerek. Ad 4) ten obraz schorzenia siatkówki (obrzęk zapalny tarczy nerwu wzrokowego, wysięk zapalny w okolicy tarczy i typowe ułożenie gwiaździste plam białych wysięku w okolicy plamki żółtej) określamy jako *retinitis albuminurica vel nephritica,* które to schorzenie występuje bez żadnych zresztą zmian miażdżycowych w tętnicach siat-

kówki, ale tylko wskutek toksemji powodowanej schorzeniem nerek.

Autor zestawia według powyższych grup 80 przypadków *retinitis*. W 3 grupach pierwszych nie udało się wykazać obniżonej, względnie upośledzonej sprawności nerek; jakkolwiek należy przypuszczać w przypadkach grupy drugiej i trzeciej przejściową niedomogę czynności nerek wskutek jakiegoś przebytego zakażenia. Tę różnorodność w obrazie zapalenia siatkówki odnieść należy do wrażliwości pewnych części nerek na jakiekolwiek, choćby nieznaczne, zakażenia i stąd wypływające obniżenie ich sprawności. 4 grupa obejmuje przypadki, w których stwierdzono *glomerulo-nephritis*. W przypadkach tych niedomoga nerek postępowała i w krótkim czasie chorzy zakończyli życie.

Karelus (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Nr. 18: W. Jezierski: Leczenie gruźlicy złotem. — E. Brzeziński: System paleokinetyczny w świetle badań lat ostatnich. — Wł. Filiński: Coma hepaticum recurrens. — J. Krotoski: Leczenie gruźlicy sanokryzyną w Danji. — Bajoński: Przodujące łożysko.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny T. III. Zeszyt I.: A. Wrzosek: Walery Jaworski jako twórca pierwszego w Polsce muzeum historji medycyny. — Wł. Szumowski: Jeszcze o Rafale Czerwiakowskim. — Z. Klukowski: Organizacja pomocy lekarskiej dla włościan w Ordynacji Nieświeskiej Książąt Radziwiłłów w pierwszej połowie XIX wieku. — T. Krzyszkowski: Orzeczenie Krakowskiego Kolegjum fizycznego z r. 1788 o karygodnem postępowaniu akuszerki. — H. Wodziczko: Nieogłoszona praca botaniczna dr. T. Chałubińskiego. — Ed. Loth: Teofil Chudziński (1842—1897). — St. Trzebiński: Psychoza i nerwica w beletrystyce polskiej. — A. Wrzosek: Rzut oka na rozwój Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Poznańskim w pierwszem trzechleciu jego istnienia (1920/21, 1921/22, 1922/23) za rektoratu Heljodora Święcickiego. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego.

Przyroda i Technika. Zeszyt VII.: J. K. P.: O nowych postępach w nauce o nowotworach złośliwych. — J. Mnszyński: O gazach trujących. — K. Strawiński: Zastosowanie gazów trujących w walce ze szkodnikami roślin. — A. Misiak: Najdłuższy tunel na świecie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe w dniu 20. marca 1925 r. Przewodniczy kol. Zgórski. Obecnych 104 członków.

Dokończenie.

9. Kol. Czeżowska, Dobrzański i Tumidajski przedstawiają dwa przypadki **rozstrzeni oskrzelowych** u chorych ze zrostami opłucnowemi, które zostały rozpoznane przez zastosowanie lipjodolu, jako środka kontrastowego przy prześwietlaniu promieniami Roentgena. Poza stale utrzymującemi się ogniskami drobnobańkowych rzężeń wilgotnych, nie było w obu przypadkach dostatecznych danych klinicznych dla ustalenia istoty schorzenia, tembardziej, że ilości plwociny śluzowo-ropnej były naogół skąpe, a zdjęcia rentgenowskie wykazywały jedynie zaciemnienie kątów przeponowo-opłucnowych. U chorych tych wprowadzono wśródtchawiczo lipjodol Lafay'a celem wypełnienia oskrzeli w dolnych płatach płucnych.

Środek ten, wprowadzony do diagnostyki rentgenowskiej przez Sicard'a i Jorestier, pozwala, dzięki dużej bardzo zawartości jodu (0,54 J w 1 cm³), uzyskać gęsty cień w obrazie rentgenowskim przy wprowadzeniu nawet niewielkiej ilości.

Wobec tego, że jest doskonale znoszony przez ustrój i nie wywołuje objawów jodyzmu, może w przypadkach, podobnych do powyżej opisanych, oddać cenne usługi, jak również tam, gdzie chodzi o stwierdzenie, względnie dokładne umiejscowienie ognisk rozpadowych w płucach.

W dyskusji kol. Dobrzański omawia **sposób wprowadzania lipjodolu do tchawicy.** Wspomniani autorowie francuscy podają trzy metody, nadające się do stosowania, a mianowicie:

1) przez głośnię pod kontrolą lusterka krtaniowego;

2) przez głośnię na ślepo (bez lusterka);

3) przez przekłucie ściany krtani między chrząstką tarczykową a pierścieniową.

Pierwsza z tych wydaje się mówcy najdogodniejszą, ponieważ po znieczuleniu gardła i krtani 10% roztworem kokainy z adrenaliną i wpuszczeniu do tchawicy 2 cm³ 1% roztworu kokainy wprowadzono lipjodol pod kontrolą lusterka krtaniowego zupełnie gładko we wszystkich omówionych przez kol. Cz. przypadkach. Nadto przy tej metodzie można pod kontrolą oka kierować koniec nasadki krtaniowej strzykawki na prawą lub lewą ścianę tchawicy, zależnie od tego, czy wypełniamy prawe, czy lewe płuco. Wprowadzanie lipjodolu przez głośnię na ślepo jest niedogodne, ponieważ można łatwo zgubić właściwą drogę i wprowadzać n. p. do przełyku. Przebijanie ściany krtani igłą i wprowadzanie podgłośniowe może wywołać stan zapalny, względnie chwilowy obrzęk krtani i spowodować duszność (jak to spostrzegali w jednym przypadku Sergent i Cotenot); z tego też powodu nie powinno być stosowane. Zależnie od tego, które płuco, względnie płat, chcemy wypełnić lipjodolem, ułożenie chorego jest różne. Płat prawy dolny wypełni się w pozycji siedzącej chorego lub leżącej na grzbiecie, środkowy prawy przy przechyleniu tułowia na prawo prawie do poziomu, lewy dolny zaś przy przechyleniu tułowia na lewo. Płaty górne mogą być wypełniane przy ułożeniu chorego na odpowiedni bok z obniżeniem okolicy barkowej na stronę wypełnionego płuca. Chorzy w czasie wprowadzania lipjodolu zachowywali się zupełnie spokojnie, nie mieli więc ani ataków kaszlu, ani duszności — jak n. p. przy zakrztuszeniu się. Nie stwierdzano także żadnych objawów podrażnienia górnych dróg oddechowych.

10. Kol. Scheuring przedstawia przypadek ze **zwyrodnieniem torbielowatem nerek** (*degeneratio cystica renum*) u 38-letniej kobiety. W wywiadach podaje chora przed miesiącem upadek na brzuch, po którym nastąpił silny krwiomocz, wśród bólów w lewym boku. Badanie przedmiotowe wykazuje: w podżebrzu lewem guz wielkości dużej pięści, o powierzchni nierównej, twardy, wdechowo nieprzesuwalny, przesuwalny na boki, przy badaniu oburęcznem balotujący. Guz ten nie stoi w związku ze śledzioną. Nad guzem wypuk bębenkowy. W podżebrzu prawem stwierdza się guzek, wielkości orzecha włoskiego, twardy, będący w związku z guzem wielkości pięści, twardym, o powierzchni gładkiej, odpowiadającym dolnemu biegunowi prawej nerki.

Badania dodatkowe wykazały: odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne. W moczu białka nie stwierdzono, stwierdzono natomiast stale obecność pojedynczych czerwonych ciałek krwi, oraz wałeczek szklisty. Badanie rentgenologiczne nie wykazało związku guza w podżebrzu lewem z żołądkiem, zaś ginekologiczne związku z narządami płciowemi. Badanie urologiczne (kol. Laskownicki) wykazało pęcherz bez zmian, funkcja prawej nerki nieznacznie upośledzona (wydziela w pierwszych 40 minutach 16 cm³ moczu, 15% fenolsulfoftaleiny, w pierwszych 70 minutach 1,95 g mocznika, indygokarmin po 12 minutach), funkcja zaś nerki lewej prawie zupełnie zmieniona (wydziela w pierwszych 40 minutach 5 cm³ moczu, 5% fenolsulfoftaleiny, w pierwszych 70 minutach 0,12 g mocznika, po 25 minutach indygokarmin nie zaczął się wydzielać. Wydzielanie błękitu metylowego trwa 133 godzin 50 minut, jodu 56 godz. 25 minut. Azot pozabiałkowy we krwi waha się od 33,33 do 40,6 mlgr na 100 cm³ krwi. Ciśnienie krwi waha się między 143 a 182 mm słupa rtęci (R. R.). Badanie bakterjologiczne moczu nie wykazało lasecznikόw Kocha. Pyelografja (kol. Laskownicki) wykazała obustronne obniżenie i miernego stopnia rozdęcie obu miedniczek nerkowych.

Drugi podobny przypadek dotyczył chorego, u którego wystąpił bez żadnej przyczyny zewnętrznej krwiomocz, przyczem krew pojawiła się w wielkiej ilości w formie skrzepów. Badanie przedmiotowe wykazuje w podżebrzu lewem guz wielkości pięści, o powierzchni nierównej, twardy, wdechowo nieprzesuwalny. Po stronie prawej nerka macalna, powiększona, także o powierzchni nierównej. Badanie moczu wykazywało stale obecność krwi. Badanie rentgenologiczne po wykonaniu odmy otrzewnowej wykazało, że guzy w obu podżebrzach są nerkami.

W dyskusji kol. Nowicki zapytuje o stan serca ze względu na przerosty, pojawiające się w tobielkowatości nerek, podnosi, że sekcyjnie stwierdzane nerki tobielkowate nie były rozpoznawane za życia: nie dziwi go to wobec dziwnie nieznacznych objawów, jakie się stwierdza nawet przy bardzo zmienionych nerkach torbielkowatych. Za życia nie dawały one żadnych objawów klinicznych.

Kol. Rencki zwraca uwagę, iż w przypadkach, w których mamy do czynienia z obustronnemi guzami nerek, należy zawsze pamiętać o zwyrodnieniu torbielowatem nerek. Uraz — zdaniem mówcy — odgrywa w tych sprawach poważną rolę.

11. Kol. Tomanek przedstawia dość typowy przypadek **akromegalji** u kobiety 24-letniej, u której pierwsze objawy wystąpiły przed dwoma laty. Brak regularności od 4-ch lat.

Badanie rentgenologiczne wykazało: powiększenie i wysunięcie ku przodowi dna siodełka tureckiego, zniszczenie grzbietu i wyrostków kolcowych, tudzież duże i powietrzne jamy czołowe.

Badanie laryngologiczne: wypuklenie ściany górnej jamy nosowo-gardzielowej, zakrywające do 1/3 nozdża tylne.

Badanie okulistyczne: dno oka prawidłowe i nie-

znaczne zwężenie pola widzenia w oku lewem od strony skroniowej.

Badanie ginekologiczne wykazało zanik narządów płciowych.

Z badań dodatkowych: Diureza prawidłowa, cukier w moczu nieobecny, w krwi prawidłowy.

Badanie cytologiczne wykazało znaczną limfocytozę (42,5%), brak eozynofilji. Odczyn Wassermanna ujemny.

Wynik tych badań wskazuje na dobrotliwy guz przedniej części przysadki z kierunkiem wzrostu ku dołowi i do przodu.

W leczeniu zastosowano dotychczas 5 naświetlań promieniami Roentgena, narazie jednak bez wyraźnego wyniku.

Zabiegu operacyjnego nie wykonano z powodu:
1) braku wyraźnych objawów uciskowych,
2) dobrotliwości guza,
3) znaczych odsetek śmiertelnego zejścia.

W dyskusji kol. Dobrzański rozważa, czy przedstawiony przypadek guza przysadki mózgowej nadaje się do zabiegu operacyjnego. Bezwzględne wskazanie w tych przypadkach istnieje wówczas, gdy są objawy postępującego zaniku nerwu wzrokowego. Objaw zaś akromegalji nie stanowi bezwzględnego wskazania do operacji, ponieważ chora ta może żyć przez długie lata, podczas gdy operacja daje jednak jeszcze dość znaczny odsetek śmiertelności.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 27 maja 1925 r.
Przewodniczący kol. K. Opoczyński.
Sekretarz kol. E. Czarnecki.
Obecnych 81 osób, w tej liczbie 46 członków Towarzystwa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 13 b. m.

Po odczytaniu protokołu kol. M. Reicher, wobec rozbieżności zdań, która powstała na poprzedniem posiedzeniu co do wzajemnego stosunku i przebiegu pewnych naczyń żylnych, pokrótce omówił tę sprawę. W związku z tym przemawiał Kol. K. Kosiński i był odczytany list dr. L. Achmatowicza.

2. Kol. Ch. Zarcyn — pokazy:

a) chorego po operacji zespolenia jelitowego, wskutek niedrożności jelita cienkiego na tle gruźliczem; b) chorej po operacji przepukliny uwięzgniętej i powtórnej operacji zespolenia jelitow. W czasie pierwszego zabiegu operacyjnego stwierdzono w worku przepuklinowym wyrostek, który był przepukliną zawinięty; wyrostek wgłobiono do światła jelita. Po pewnym czasie wobec pogorszenia się stanu zdrowia chorej — drugi zabieg (zespolenie jelitowe) wskutek wgłobienia jelit.

Dyskusja: Kol. M. Michejda — twierdzenie mówcy, że u dzieci tylko gruźlica może się stać punktem wyjścia zwężenia jelita, życie nie zawsze potwierdza, na dowód czego przytacza przypadek własny, gdzie zwężenie jelita u 9-letniego dziecka powstało na tle raka. Wykonano *anus praeternaturalis*; po pewnym czasie zgon. Na sekcji — potwierdzenie rozpoznania klinicznego. Do rzędu przyczyn, wywołujących nieraz wgłobienie jelit, należą zmiany miejscowe np. zmiany około wyrostka robaczkowego. Kol. M. Eiger mówi o antyperystaltyce, jako momencie, sprzyjającym w powstawaniu wgłobień i o przyczynach powstawania antyperystaltyki. Kol. K. Opoczyński — być może wskutek pewnych procesów patologicznych ruch robaczkowy jelit na niektórych odcinkach ustaje, podczas gdy sąsiedni odcinek, ruch ten posiadający, wgłabia się.

Kol. M. Obiezierski — wymioty ciężarnych zależą również od antyperystaltyki, co stoi znów w związku z zaburzeniami w wydzielaniu soku trzustkowego i gruczołu tarczowego.

3. Dyskusja w sprawie odczytu Kol. Z. Kuncewicza. Kol. Kuncewicz omawia pokrótce ogólne wyniki pracy, wygłoszonej na poprzedniem posiedzeniu, oraz daje wyjaśnienia w sprawie załączonych hemogramów. Kol. T. Wąsowski — na podstawie 120 przypadków w klinice oto-laryngologicznej, gdzie chodziło głównie o wczesne rozpoznawanie powikłań w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego i wskazań do wykonania zabiegu operacyjnego, metoda Schilling'a oddała nieocenione usługi. Podobnie posiada ona wielkie znaczenie w przypadkach surowiczego zapalenia błędnika, gdyż, dając możność wyczekiwania, wyświadcza choremu i lekarzowi przysługę, powstrzymując go nieraz od otwarcia błędnika — bodajże najtrudniejszego i najwięcej ryzykownego zabiegu operacyjnego. Kol. Szuniewicz — metoda Schilling'a nie znalazła dotąd zastosowania w praktyce pedjatrycznej, co wynika głównie z braku ustalonego obrazu krwi u noworodków, jednak w niedalekiej zapewne przyszłości zajmie ona i w tym dziale medycyny należne jej miejsce. Kol. Januszkiewicz — Virchow wskazał na leukocytozę jako na charakterystyczną zmianę we krwi przy chorobach zakaźnych. W 1883 r. Halla robi wyłom, wskazując, jako na wyjątek, na dur brzuszny, przy którym on stwierdził leukopenję. Od tych stosunkowo prostych spostrzeżeń i pojęć przechodzimy do współczesnych, gdy o rozpoznaniu choroby i o jej przebiegu mamy wnioskować nietylko na podstawie leukocytozy, czy leukopenji, lecz przedewszystkiem ze stosunków liczebnych pomiędzy granulocytami, limfocytami i monocytami, a także ze stanu erytrocytów. Odnośne zmiany mają być wyrazem odczynu na infekcję układu szpikowego, limfatycznego i śródbłonkowo-siateczkowego. To, co powiedział w tej sprawie Schilling, z pewnością nie jest ostatniem słowem i dlatego pożądane są prace dalsze, tak ściśle przeprowadzane, jak praca prelegentki, i dla kontroli i dla uzupełnienia danych Schilling'a, a przedewszystkiem dla uproszczenia metody i udostępnienia jej, gdyż w formie obecnej jest ona uciążliwą, nawet w pracy klinicznej, pochłaniając bardzo dużo czasu. (Streszczenie własne).

Kol. H. Rudziński nie zgadza się z prelegentką, że w celu skrócenia czasu na badanie krwi i sporządzenie hemogramu, pobieranie krwi można polecić personalowi niższemu, odpowiednio wykwalifikowanemu. Kol. M. Eiger mówi o charakterystycznych dla niektórych cierpień obrazach krwi (dur brzuszny, włośnica) oraz o charakterze ziarnistości ciałek białych krwi w pewnych chorobach. Powstawanie tego lub innego typu leukocytów stoi zapewne w pewnym stosunku do pH krwi. Mówi o chemotropizmie dodatnim i ujemnym. Zmiana składników chemicznych wpływa na chemotropizm. Badania krwi u dzieci są ogromnie trudne; obraz krwi u noworodków co pewien czas się zmienia; należałoby obraz krwi u dzieci ustalić co pewien czas, przynajmniej w okresie zanikania grasicy. Mówi, że ilość czasu, niezbędna do wykonania badania, nie może stać na przeszkodzie do wprowadzenia metody do użytku klinicznego. Kol. A. Safarewicz — do słabych stron metody Schilling'a należą: 1) czas trwania badania — obliczenie 00 1000 białych ciałek krwi, wymaga 1 do $1^1/_2$ godz. i 2) pewna trudność w interpretacji formy jąder leukocytów oraz możliwość autosugestji badającego. Kol. W. Jasiński — metoda Sch. musi być zastosowaną również i u dzieci, ponieważ krew dzieci jest w wysokim stopniu wrażliwą na wszelkie zaburzenia, zachodzące w ustroju. Kol. T. Wąsowski — metoda Sch. w porównaniu z metodą Arneth'a jest bezwarunkowo daleko objektywniejsza. Kol. Z. Kuncewicz — utrzymuje, że pracę techniczną, jak pobieranie krwi i t. p., można polecić wykwalifikowanemu personalowi pomocniczemu; najtrudniejszą rzeczą w metodzie Sch. jest wnioskowanie. Kol. Z. Orłowski — W I. Klinice Ch. W. U. S. B. wszyscy chorzy podlegają badaniu krwi metodą Sch. narówni z innemi sposobami badania; przy odpowiedniej technicznej zręczności i wprawnie metoda ta zabiera stosunkowo nie wiele czasu, a ilość błędów w ocenie formy jąder zmniejsza się podobnie, jak w innych metodach badania, gdzie subjektywizm może odgrywać pewną rolę (metody kolorymetryczne) w miarę jej opanowania przez badającego.

4. Kol. A. Wirszubski omawia przypadek niezwykłego rozwoju pamięci, ilustrując swój odczyt pokazem p. Lipowskiego, którego niejednokrotnie już inne ciała naukowe miały sposobność poprzednio podziwiać. P. Lipowski złożył dowody fenomenalnej pamięci w następujących doświadczeniach:

1) powtórzył 40 wyrazów w porządku kolejnym i odwrotnie oraz na wyrywki, 2) podawał zgodnie z kalendarzem dni w tygodniu dowolnych dat, 3) podawał na pamięć szereg logarytmów sześciomiejscowych, 4) wymieniał na żądanie sześciany liczb od 1 do 100, 5) wyciągał pierwiastki trzeciego stopnia z tych samych liczb, 6) zacytował π w 300 liczbach.

Wszechstronnie analizując pamięć, p. L. Kol. Wirszubski stwierdził, że posiada on w nadmiernym stopniu pamięć wzrokową.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 kwietnia 1925.

1. Kol. Salpeter, jako sekretarz, odczytuje wyjaśnienie Dra Leńki, odnoszące się do chorego, przedstawionego w dniu 19. II. r. b. przez Dra Nadla.

2. Kol. Sawicka przedstawia a) 63-letniego chorego ze zropowaceniami na żołędzi w postaci ogromnych rogów skórnych żołędzi, rozwijającemi się od r. 1920 po przedsięwziętej wówczas operacji stulejki. Obraz histologiczny wykazuje jedynie nadmierne rogowacenie; b) 20-letniego chorego ze zmianami na całej skórze, rozwijającemi się od pół roku w postaci rozsianych plam i częściowo guzków, należących do obrazu Parapsoriasis, względnie Pityriasis licheno des chronica.

3. Kol. Mierzecki pokazuje a) chorego, liczącego 18 lat, ze zmianami analogicznemi do zmian u poprzedniego chorego i z tem samem rozpoznaniem: Parapsoriasis-Pityriasis lichenoides chronica; b) 23-letniego chorego ze zmianami na łonie, we fałdzie międzypośladkowym, w pachach, w kształcie krostek, grudek, strupków, zlewających się ze sobą, częściowo sączących, które rozpoznaje jako Eczema mycoticum psoriasiforme; c) 18 lat liczącego — *pro diagnosi* — ze zmianami plackowatemi czerwonemi, ostro odgraniczonemi, nieco sączącemi na udzie i w przegubie kolanowym prawym, które poprzednio były pokryte strupami, i ze zmianami guzkowatemi, pokrytemi łuskami, na biodrze prawem.

4. Kol. Bohinówna przedstawia chorą 78 lat liczącą, obserwowaną od r. 1923 z Dermatitis herpetiformis Duhring, z nawrotem od miesiąca.

5. Kol. Leszczyński pokazuje chorą — obecnie bez objawów — po Pemphigus foliaceus, i omawia niezwykły przebieg tego przypadku; po poprawieniu się objawów skórnych

pod wpływem terapji (chinina, urotropina, Diuretyna i t. p.), stan ogólny jeszcze był bardzo lichy a dopiero po dalszem leczeniu środkami nasercowemi poprawił się do dzisiejszego stanu, tak, że ma się wrażenie, jakoby po przejściu momentu krytycznego w przebiegu *pemphigus* stan ogólny dopiero się zmienił.

6. Kol. Goldschlag przedstawia chorą — kiłową — ze zmianami symetrycznemi na obu kończynach dolnych, na podudziach i dolnej części ud, w kształcie sinawych, na obrzękłej skórze nmieszczonych, widłowatych rozgałęzień, jakoby wzmożone marmurkowanie: **Livido racemosa Ehrmann.**

Posiedzenie naukowe w dniu 30 kwietnia 1925.

1. Kol. Kwiatkowski przedstawia a) chorego z **Pemphigus foliaceus**, u którego stosuje — dotychczas z dobrym skutkiem-dożylne wlewania chlorku wapnia; b) przedstawia chorego już raz pokazanego, z gruźlicą kończyny dolnej lewej, u którego przypuszczano także możliwość *Sporotrichozy*; leczenie jodem nie dało wyników wyraźnych, a obecnie szczepienie świnki morskiej ropą z jednego z świeżych ognisk dało wynik dla gruźlicy pozytywny.

2. Kol. Salpeter przedstawia chorego ze zmianami na grzbiecie ręki prawej, rozwijającemi się od 8 miesięcy; kolisto ułożony wał drobnych guzkowych wykwitów, ze znacznem nacieczeniem i sitowatem wydobywaniem się ropy. Badanie bakterjologiczne na razie nie dało pewnego wyniku. Rozpoznanie różniczkowe między grzybicą głęboką a **Folliculitis exulcerans Łukasiewicz.**

3. Kol. Bohinówna przedstawia a) chorą już raz pokazaną z **Dermatitis herpetiformis Duhring**, podnosząc dobry wynik leczenia. Chinina *per os*, urotropina dożylnie, kąpiele krochmalno-dziegciowe; b) przedstawia chorą ze zmianami na kończynie dolnej prawej, u której dawniej stwierdzono **Mal perforant du pied** i wykonano sympatikektomję; obecnie owrzodzenia na pięcie i paluchu, zaburzenia czucia w całem podudziu, zmiany twardnienia na piersi i kości I. śródstopia (Rentgenogram).

4. Kol. Salpeter przedstawia a) u chorej już raz pokazanej z łuszczycą objaw tworzenia się koncentrycznych wykwitów z centralną inwolucją, odśrodkowem posuwaniem się pasa wolnego (immunizowanego) i powstawaniem nowego wykwitu w centrum, przemawiający jakoby za **teorją pasorzytniczą łuszczycy**; b) przedstawia 24-letnią chorą ze zmianami w postaci guzków mniejszych i większych, do wielkości orzecha laskowego, na około łechtaczki, na około ujścia cewki i na około ujścia pochwy, których obraz histologiczny wykazuje ogniska tkanki adenoidalnej, obraz, zgadzający się z obrazem opisanym przez Lipschütza, jako jedną ze zmian **niewenerycznych narządu płciowego żeńskiego.**

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy.

Na terenie Krynicy, która rozwija się w ostatnim czasie — w szybkiem tempie — Stowarzyszenie Lekarzy miejscowych, rozwinęło energiczną działalność.

Praca Stowarzyszenia idzie w 3 kierunkach:

a) interesy zawodowe, *b*) piecza nad Krynicą i *c*) sprawy naukowe.

Nie ma bodaj ani jednego ulepszenia w Krynicy, któregoby nie dokonano z inicjatywy lekarzy lub też któregoby gorąco nie poparli. Na posiedzeniach Stowarzyszenia są poruszane i omawiane zagadnienia naukowe, tyczące się Krynicy, i tak z ostatniego sezonu na szczególną wzmiankę zasługują — wykład prof. Nowaka p. t. **»Geologja Krynicy«** i doc. Tempki p. t. **»Doświadczenia kliniczne nad Zdrojem Zubera«.**

Prof. Nowak dzieli Krynicę, pod względem geologicznym na dwa szlaki: północny i południowy. Granica między niemi, jest ostra. Wspólną jest tylko ta cecha, że źródła zaczynają się w warstwach geologicznie młodszych, t. j. w piaskowcach łupkowych, nigdy w głębszych. Wielka zawartość CO_2 jest ostatnim wyrazem bujnej roślinności, której szczątki widać w każdym kamyku, znajdywanym na terenie Krynicy.

Doc. Tempka podaje **wskazania do stosowania wody ze źródła »Zubera«**, na podstawie bardzo ścisłych badań na klinice prof. Orłowskiego w Krakowie:

a) Nieżyt przewlekły żołądka. Sok żołądkowy pod wpływem »Zubera« zachowuje się niejednolicie, zawsze jednak łagodzi i usuwa przykre objawy, wywołane zaburzeniami w czynności wydzielniczej.

b) Nieżyt jelit przewlekły.

c) Kamica żółciowa. »Zuber« działa wyraźnie żółciopędnie i rozcieńcza żółć.

d) Dna i skaza moczanowa. Według Tempki działa w tych przypadkach woda »Zubera« specyficznie, przez wypłukiwanie istot wyciągowych i kwasu moczowego. Wzmaga moczenie i obniża kwaśność moczu.

Ponadto: Kol. Mayer mówił **»O poglądach ostatniej doby nad działaniem kąpieli kwaso-węglowych«.** Kol. Skórczewski **»O leczeniu chorób serca w Krynicy«** i w. in.

Ostatnio też dzięki żmudnej pracy członka Stowarzyszenia dr. Zygmunta Wąsowicza ukazała się pierwsza polska monografja **»O Krynicy«.**

Zespół lekarzy, w uznaniu jego zasług około Krynicy, mianował dr. Wąsowicza swym pierwszym członkiem honorowym.

Sekretarz: *Dr. Morgenstern.*

Sprawy zawodowe.

Dr. Józef Jaxa DĘBICKI. Lwów.

O stanowisko Rentgenologji w medycynie.

W ostatnich 10 latach rozwinął się dział rentgenologji lekarskiej w naukę swego rodzaju, podobnie jak z ogółu wiedzy lekarskiej wyodrębniły się inne działy (Chirurgja, okulistyka, ginekologja i t. p.). Należy już raz zapomnieć o tych czasach, kiedy rentgenologję uważano za dział pomocniczy w medycynie i kiedy urządzano „gabinety rentgenologiczne" w przerobionych „ad hoc" łazienkach, albo pod schodami. Rentgenologja jest dzisiaj nauką bardzo poważną, która wymaga, prócz gruntownej wiedzy ogólno-lekarskiej, szeregu wiadomości specjalnych. Rozwój i pierwszorzędne znaczenie rentgenologji dla nauk lekarskich wysunęły na czoło potrzebę wielu urządzeń rentgenologicznych, tak w zakładach publicznych (szpitale, domy zdrowia, kasy chorych i t. d.), jak również w zakładach prywatnych. Zaistniały jednak stosunki zgoła przerażające. Z zapotrzebowaniem pracowni rentgenologicznych wzrosło także zapotrzebowanie lekarzy, którzyby te pracownie prowadzili, i rozwielmożniło się zapatrywanie, że wystarczy lekarzowi odbyć kilkutygodniowy „kurs", by zostać rentgenologiem. Kursy takie odbywają się zwykle w fabrykach przyrządów rentgenowskich pod kierunkiem inżynierów fabrycznych, celem zaznajomienia dotyczącego adepta z konstrukcją i używaniem aparatu, albo w klinikach pod kierunkiem asystentów rentgenologów. Bodaj że wszystkie te kursy odbywają się zagranicą, bo u nas nie ma niestety dotychczas katedr rentgenologji, prócz katedry w uniwersytecie poznańskim. Kurs taki orjentuje jedynie lekarza dotyczącego w rentgenologji, daleki jest on jednak od tego, by go nauczył rentgenologji. Mimo to lekarz po odbyciu kursu podobnego uważa się za rentgenologa.

W innych działach wiedzy lekarskiej podobny sposób specjalizacji jest nie do pomyślenia, boć nikt po 6-cio tygodniowym kursie chirurgji, czy okulistyki, nie poważy się występować jako specjalista w tych specjalnościach, nikt się o to nawet nie kusi, z tej przyczyny, że świadom swojego niedostatecznego wykształcenia nie chce się narażać na niepowodzenia w wykonywaniu praktyki i obawia się odpowiedzialności za błędy popełnione.

O rentgenologji ma ogół szeroki, a nawet lekarski u nas w Polsce wyobrażenie tylko bardzo słabe, a często zupełnie fałszywe pojęcia. Z tąd też pochodzi, że każdy uważa się za kompetentnego do zabierania głosu w tej sprawie. Ogół nie zna ani dobrodziejstw, ani niebezpieczeństw rentgenologji. I jedne i drugie są bardzo wielkie, niestety jednak niedoceniane, bo nie łatwo uchwytne. Jak z jednej strony rentgenologja, stosowana w sposób odpowiedni, jest błogosławieństwem dla chorych i dla wiedzy lekarskiej, tak z drugiej strony traktowana nieumiejętnie, staje się największem niebezpieczeństwem.

Dotychczas dzieje się zwyczajnie w ten sposób, że klinicysta w sprawach zawiłych, których przy pomocy badań klinicznych nie jest w stanie rozstrzygnąć, albo też celem umocnienia rozpoznania swego, zwraca chorego do rentgenologa. Badanie rentgenologiczne ma przypadek wyjaśnić, lub rozpoznanie ustalić. Jest zatem niejako „ultima ratio", na której klinicysta się opiera, wedle której rozpoznaje i leczy.

Ktokolwiek zajmuje się rentgenologją fachowo, wie, ile wiadomości z jej zakresu posiadać potrzeba, żeby umieć czytać w obrazie i widzieć to, co jest istotne, by obraz słusznie wytłumaczyć. Rozpoznanie rentgenologiczne jest niekiedy niezmiernie trudne, a w każdym przypadku nie łatwe i wymaga wielkiego doświadczenia. Wobec tego, że lekarz niespecjalista rentgenolog zwyczajnie bardzo mało posiada wiadomości i doświadczenia w odczytywaniu obrazów, musi on polegać na zdaniu rentgenologa i rzadko kiedy jest w stanie słusznie je skrytykować. Nie ma zaś niczego łatwiejszego, jak zrobić mylne rozpoznanie z obrazu rentgenowskiego, jeśli nie posiada się gruntownej wiedzy rentgenologicznej. Wiedzy zaś tej nie można nabyć za 6 tygodni, ani nawet za rok. Fałszywe rozpoznanie rentgenologiczne mści się przedewszystkiem na chorym, gdyż leczenie jest fałszywe. Błąd w rozpoznaniu zmienia często wzkazania lecznicze i naraża niejednokrotnie chorego albo na niepotrzebne zabiegi chirurgiczne, albo też powstrzymuje od koniecznych rękoczynów. Podobne błędy zachodzą zwłaszcza w rozpoznawaniu schorzeń żołądka, jelit, wątroby, nerek, kręgosłupa i w umiejscawianiu ciał obcych, a narażają one często życie chorego. Każdy rentgenolog spotykał się w swej praktyce, aż nazbyt często z podobnemi błędami, popełnianemi przez niespecjalistów. Te błędy rozpoznawcze, jeżeli nie można ich było stwierdzić na stole operacyjnym, albo sekcyjnym, albo jeżeli nie były tak grube, że się same w oczy rzucały, uchodzą zwyczajnie jako niezauważone i dopiero jakieś powtórne badanie wykonane przez rentgenologa specjalistę je wykazuje.

Jeżeli fałszywe rozpoznanie rentgenologiczne przynosi szkodę choremu i lekarzowi, to nieumiejętne stosowanie prom. Roentgena w celach leczniczych posiada doniosłość jeszcze większą. Promienie Roentgena nie są środkiem obojętnym i na tem właśnie polega ich wartość, jako środka leczniczego. Działanie promieni nie ujawnia się natychmiast, lecz po tygodniach, a nawet po latach, całych. Z tego powodu szkoda, którą choremu wyrządził lekarz, nie mający odpowiedniego wykształcenia rentgenologicznego przez nieumiejętne naświetlenie albo uchodzi uwadze w tem znaczeniu, że niepomyślnych skutków nie przypisuje się winie lekarza, albo zgoła nie wprowadza się w związek uszkodzeń późnych, występujących po latach, z leczeniem rentgenologicznem, przed laty przeprowadzonem. Uszkodzenia rentgenowskie, spowodowane w przeważnej ilości przypadków nieumiejętnem zastosowaniem promieni, dotyczą tak zmian powierzchownych, które jeszcze częściej wpadają w oczy, jak zmian głębokich w narządach wewnętrznych, które nie podpadają bezpośrednio pod obserwację i krytykę tak chorego, jakoteż lekarza nie rentgenologa. Z tego powodu uchodzą one bezkarnie, i to w podwójnem znaczeniu, a mianowicie w znaczeniu odpowiedzialności sądowej, i w tem znaczeniu, że nie psują dobrego imienia lekarzowi, który nieumiejętnością zawinił. Jeżeliby okulista oślepił kilku chorych, albo jeżeliby chirurg przyprawił o kalectwo kilku swoich chorych, z całą pewnością straciłby u klienteli zaufanie i naraziłby się na utratę praktyki, pominąwszy odpowiedzialność sądową. Podobny przypadek nie zachodzi u „pseudorentgenologów" z przyczyn wyżej przytoczonych. Niemniej jednak wyrządzają „pseudorentgenolodzy" dotkliwe szkody chorym i nauce samej, podkopując zaufanie do rentgenologji u chorych i lekarzy.

Działanie promieni Roentgena można do pewnego stopnia porównać z działaniem silnych trucizn, jak morfina, atropina, chloroform i t. p., które, zastosowane w odpowiedni sposób, wywierają dobroczynny wpływ na ustrój, podane zaś nieumiejętnie, mogą go nawet zabić. Badania lat ostatnich, a bodaj że nie ostatnich miesięcy, wykazały ogólne działanie promieni Roentgena, występujące w narządach odległych po miejscowych naświetlaniach, a polegające na zmianach wewnętrzno-wydzielniczych. Działanie to odgrywa niepoślednią rolę w procesie leczenia, ale znajomość jego wymaga doświadczenia wielkiego, ciągłego studjum i stałej orjentacji w przedmiocie i bieżącem olbrzymiem piśmiennictwie rentgenologicznem, na co lekarz, zajmujący się tylko przygodnie rentgenologją, nie ma ani czasu, ani przygotowania odpowiedniego.

Rozwój rentgenologji posunął się w latach ostatnich tak daleko, że powstały już w niej samej działy specjalne, tak, iż nawet dla rentgenologa specjalisty opanowanie całokształtu przedmiotu zaczyna się stawać trudne; cóż dopiero mówić o rentgenologach przygodnych. Z tego też powodu należy z całą surowością wystąpić przeciw rozwielmożniającemu się praktykowaniu lekarzy niespecjalistów w rentgenologji. Nie każdy, kto kupi sobie przyrządy okulistyczne, jest okulistą, nie każdy kto posiada fortepian jest Paderewskim.

Zważywszy doniosłość rentgenologji dla całokształtu wiedzy lekarskiej należy dążyć do stworzenia katedr rentgenologji przy Wydziałach lekarskich, gdyż inaczej młode pokolenia-lekarzy nie staną na wyżynie nauki, a temsamem odbiera się możność cierpiącej ludzkości korzystania rozumnego z dobrodziejstw rentgenologji. Rentgenologia powinna być przedmiotem egzaminu.

Należy ograniczyć prawo praktykowania w rentgenologji lekarskiej tylko do lekarzy rentgenologów specjalistów, którzy muszą się wykazać dokładną znajomością przedmiotu. Nie ma zwyczaju, by lekarz dyplomowany, względnie Dr. wszech nauk lekarskich, który wybiera sobie jakiś specjalny dział i w nim, jako specjalista, zamierza praktykować, składał dowody swoich wiadomości. Nie ma także powodu do tego, bo, jak wspomniałem, żaden lekarz nie odważy się praktykować jako specjalista bez przeświadczenia wewnętrznego, że opanował przedmiot przynajmniej do tego stopnia, by nie przynieść szkody swej klienteli. Inaczej lekarz praktykujący w rentgenologji, nie ma na niego kontroli, ani chory, ani ogół, toteż bez wielkich skrupułów, po odbyciu kilkutygodniowego kursu, albo zgoła przy pomocy „siostry", która pracowała w innych zakładach rentgenologicznych, zaczyna praktykować „w Rentgenie". Z tego powodu należy przy Wydziałach lekarskich stworzyć specjalne komisje jeżeli nie posiadają katedr rentgenologji, przed któremi musiałby kandydat na rentgenologa wykazać dostateczną znajomość przedmiotu. Dopiero na podstawie takiego egzaminu mogłyby Izby lekarskie pozwolić na wykonywanie praktyki w zakresie rentgenologji.

Lwów we wrześniu 1925.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu z dnia 22. czerwca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz i członkowie Bełkowski, Guranowski.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z prośbą do Zarządów Izb Lekarskich, ażeby te przesyłały na conto Sądu N. I. L. za pośrednictwem P. K. O. N. 11040 wpisowe i wkłady na koszta przejazdu proponowanych świadków przy składaniu podań odwoławczych zgodnie z uchwałą Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 25. I. 1925 r. Prezydjum Sądu N. I. L. prosi o przesyłanie wymienionych wkładów zaraz po ich otrzymaniu.

Postanowiono odpis tego pisma przesłać wszystkim izbom z prośbą o wykonanie.

Zgodnie z postanowieniem posiedzenia poprzedniego Dr. Guranowski złożył sprawozdanie i przedstawił uwagi w sprawie projektu Statutu Kasy pomocy koleżeńskiej na wypadek śmierci lub całkowitej i stałej niezdolności do pracy przy Izbie Lubelskiej.

Na wniosek Dr. Guranowskiego wymieniony statut postanowiono zatwierdzić i zawiadomić o tem Izbę Lubelską i Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia.

Decyzję co do zatwierdzenia Statutu Kasy emerytalnej przy Izbie Lwowskiej postanowiono odłożyć do posiedzenia następnego.

W sprawie emerytur dla lekarzy, zmarłych w walce z epidemjami, która to sprawa przekazana została przez Izbę Naczelną Zarządowi, postanowiono zasięgnąć w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dokładnych informacyj i od istotnego stanu rzeczy uzależnić dalszą działalność.

Od Izby Lwowskiej otrzymano uwagi w sprawie projektu Ustawy Dentystycznej. Odpis tego pisma postanowiono dołączyć do opinji w tej sprawie Izby Naczelnej i wraz z opinją Izby Naczelnej przesłać Sejmowej Komisji Zdrowia.

W końcu posiedzenia rozpatrywano sprawę organizacji biura pośrednictwa pracy i ułożenia mapy graficznej rozmieszczenia lekarzy. Sprawy te przekazano komisji ad hoc powołanej pod przewodnictwem Dra Guranowskiego.

Posiedzenie Zarządu z dnia 6. lipca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, członkowie Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu posiedzenia poprzedniego przewodniczący oznajmił, że od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z propozycją zwołania posiedzenia Przewodniczących i Pisarzów Sądów wszystkich Izb lekarskich podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników w lipcu r. b. w celu uzgodnienia regulaminów Sądów Izb Lekarskich z ogłoszonym regulaminem Sądu N. I. L. oraz w celu omówienia miejsc niejasnych w Ustawie o Izbach lekarskich.

Wobec bliskiego terminu Zjazdu lekarzy i przyrodników przewodniczący wraz z sekretarzem wystosowali niezwłocznie do wszystkich Izb pisma z prośbą o wydelegowanie członków Prezydjum Sądu wszystkich Izb na Zjazd w celu zorganizowania proponowanego posiedzenia. Zarząd N. I. L. przyjął oświadczenie Przewodniczącego do wiadomości i poczynania Prezydjum Zarządu w tej sprawie potwierdził. Dr. Śmiechowski zgodził się powiadomić Sąd N. I. L. o tem w celu ustalenia przez Sąd N. I. L. terminu zebrania.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie obrony adwokackiej w sądach Izb Lekarskich. Generalna Dyrekcja przesyła odpis pisma Ministerstwa Sprawiedliwości i prosi o odpowiedź, jakie stanowisko zajmuje Naczelna Izba Lekarska. Generalna Dyrekcja zaznacza, że podziela stanowisko Ministerstwa Sprawiedliwości, które jest zdania, że Ustawa o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich nie ogranicza oskarżonego, z pośród jakich osób ma on prawo wybrać sobie obrońcę.

Sprawa ta wynikła z powodu zażalenia Lwowskiej Izby Adwokackiej na interpelację § 38 Ustawy przez Sąd Izby Lwowskiej, że oskarżony może wybierać obrońcę tylko z pośród członków Izby Lekarskiej.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej szczegółowo rozważał tę sprawę przy układaniu regulaminu Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej i odnośnie do artykułu 38 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich powziął uchwałę identyczną z uchwałą Sądu Izby Lekarskiej lwowskiej co do prawa użycia obrońców w sądach Izb Lekarskich tylko z pośród członków Izb Lekarskich.

Sądy Izb Lekarskich rozstrzygają tylko sprawy zawodowe lekarskie. W sprawach etyki lekarskiej, w sprawach strzeżenia praw godności i sumienności stanu lekarskiego osobą najbardziej kompetentną zawsze będzie lekarz. Nawet w sądach państwowych w sprawach tego rodzaju powoływani są lekarze jako eksperci i głos ich w tych razach jest najczęściej dla sądów miarodajny. Jeżeli w toku dochodzenia okaże się, że zachodzi czyn, podlegający z urzędu ściganiu karno-sądowemu, Sąd Izby Lekarskiej uczyni doniesienie do właściwych władz sądowych (art. 39), a postępowanie swoje wstrzymuje. Wtedy dopiero obowiązują ustawy sądowe ogólno państwowe z ogólno państwowym aparatem sądowym, jak prokuratorja i obrona zawodowa. Z tego wynika, że prawodawca ściśle odróżnia w Ustawie o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich sprawy czysto zawodowe od spraw ogólno państwowych.

Ten pogląd zaważył przy układaniu regulaminu Sądu Izby Naczelnej odnośnie interpretowanego art. 38 Ustawy i regulamin ten na wniosek Izby Naczelnej Minister Spraw Wewnętrznych ustalił w oddzielnem rozporządzeniu.

O przedstawionym tu poglądzie postanowiono powiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia.

Związek Lekarzy rządowych w Państwie Polskiem.

Zjazd we Lwowie 13. i 14. września 1925.

Związek Lekarzy rządowych, na zasadzie obowiązującego statutu, zorganizował dotychczas 4 Zjazdy państwowe: pierwszy w Poznaniu w r. 1921., drugi w Warszawie 1923., trzeci w Krakowie 1924., czwarty wreszcie w r. b. we Lwowie, owem ognisku, z którego przed przeszło laty 30 wyszedł Związek państwowy austrjacki, a w r. 1921. Związek państwowy polski.

W Zjeździe wzięło udział 59 uczestników: ze Lwowa i Województwa Lwowskiego 27, z Warszawy i Woj. Warszawskiego 6, z Krakowa i Woj. Krakowskiego 6, z Poznania i Woj. Poznańskiego 2, ze Stanisławowa i Woj. Stanisławowskiego 6, z Woj. Tarnopolskiego 5, z Łucka i Woj. Wołyńskiego 4, z Łodzi 1, z Nowogródka 1, z Katowic 1. Zaszczycił Zjazd swoją obecnością i żywo interesował się pracami Zjazdu P. Generalny Dyrektor służby zdrowia, Dr. Wroczyński. Przewodniczył obradom Dr. Wierzbowski z Warszawy.

Otwarcie Zjazdu nastąpiło w sali Rady Miejskiej m. Lwowa, udzielonej z całą gotowością przez P. Prezydenta miasta Neumanna. Goście, przybyli ze wszystkich stron Rzeczypospolitej, z nabożeństwem oglądali „Polonję", piękne dzieło Jana Styki, zdobiące salę, a niektórzy z uczestników wyczuwali w tym obrazie „memento" pod adresem budowniczych i kierowników obecnej Polski.

Po przemówieniach powitalnych docent Uniw. Lwowskiego, Dr. Sabatowski, wygłosił bardzo interesujący wykład o gruźlicy. Mowca opisał różne postacie gruźlicy, dał pogląd na leczenie dawniejsze i obecne, następnie przedstawił walkę z gruźlicą za granicą i u nas i omówił rolę lekarza powiatowego w tej akcji, wreszcie wskazał na korzystne wyniki walki zapomocą propagandy popularnej i tępienia analfabetyzmu. Jedynie z braku czasu, wobec bardzo obfitego porządku dziennego, nie przeprowadzono dyskusji po tym wykładzie, w którym poruszono wiele myśli nowych i godnych rozwinięcia.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z obrad Zjazdu Krakowskiego Przewodniczący zdał sprawę z działalności Wydziału Związku w roku minionym. Nad tem sprawozdaniem rozwinęła się bardzo ożywiona dyskusja, tycząca się spraw zawodowych.

Popołudniu tego samego dnia uczestnicy Zjazdu zwiedzili Targi Wschodnie.

W drugim dniu Zjazdu posiedzenie rozpoczęło się wykładem majora Dr. Dybowskiego o higienie sportu. Referent w wyczerpującem przemówieniu przedstawił rozwój sportu za granicą i u nas, wykazał smutny stan zdrowia fizycznego naszej młodzieży i wskazał na konieczność uprawiania sportu masowo, co może i powinno podnieść sprawność fizyczną naszego społeczeństwa.

Następnie Gen. Dyrektor sł. zdr. Dr. W r o c z y ń s k i przedstawił zebranym swoje wrażenia z Jugosławji, omówił podział administracyjny kraju, tamtejsze stosunki sanitarne, i poświęcił dłuższą wzmiankę pracy Dr. Stampara (tzw. Stamparowej organizacji), idącej głównie w kierunku zwalczania zimnicy, chorób wenerycznych i gruźlicy, przy pomocy zakładów badawczych, szpitali poliklinik szkolnych i poradni; pracę Dr. Stampara i jego (120) współpracowników cechuje nadzwyczajny zapał i wielka ofiarność, a wyniki są bardzo wydatne.

Z wielkiej obfitości spraw zawodowych, omówionych w debatach bardzo ożywionych, podniosę tylko niektóre.

Obowiązująca ustawa uposażeniowa nie zadawala lekarzy rządowych, gdyż są oni gorzej traktowani, aniżeli funkcjonarjusze państwowi kategoryj innych, jak np. nauczyciele, jakkolwiek ich praca jest równie pożyteczna dla społeczeństwa, a wiele więcej utrudzająca i niebezpieczna. Za sprawiedliwe należy uważać żądanie, aby lekarze powiatowi mogli dochodzić do VI. a nawet V. stopnia służbowego, a inspektorowie sanitarni posiadali z reguły V. stopień. Twierdzenie, jakoby lekarze rządowi powinni zadowalniać się niższemi poborami służbowemi, aniżeli urzędnicy innych kategoryj, z tego powodu, że mają dochody z praktyki lekarskiej, jest zupełnie nieuzasadnione i niesprawiedliwe, ponieważ wielu lekarzy rządowych niema wcale dochodów z praktyki, a ci, którzy je mają, uzyskują to pracą poza godzinami urzędowemi, kosztem wypoczynku i snu; sprawiedliwość wymaga, aby honorowanie funkcjonarjusza odpowiadało pracy, którą on daje, a z tego, że ktoś ma dochody z innych źródeł (dajmy na to z posiadanej kamienicy lub ziemi albo z pośrednictwa w sprzedaży domów) nie wolno dedukować wniosku, że jego pracę można niżej cenić.

Również nie zadawala lekarzy rządowych ustawa emerytalna, gdyż wstępują oni do służby zawsze później, aniżeli urzędnicy innych kategoryj, a z powodu wyczerpującej pracy służbowej i narażenia na choroby zakaźne bardzo rzadko mogą wytrwać na stanowisku przez 35 lat. Wobec tego wskazane jest skrócenie lekarzom rządowym liczby lat służby, potrzebnej do uzyskania emerytury pełnej, w zamian za co lekarze rządowi mogliby wpłacać wyższe stawki emerytalne.

Obie powyższe sprawy przekazano Wydziałowi do opracowania. Omówiono również sprawę ubocznych zajęć lekarzy rządowych, sprawę urzędowych świadectw lekarskich, pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych, kasy pogrzebowej Związku lekarzy rządowych.

Wychodząc z założenia, że działalność Związku i poszczególnych jego oddziałów chromać będzie, jeżeli się nie stworzy łącznika w postaci organu Związku, i z uwagi na to, że wydawanie osobnego czasopisma byłoby za kosztowne, uchwalono przeprowadzić pertraktacje z redakcją „Lekarza Polskiego" celem uznania tego czasopisma za organ Związku.

W myśl postanowień statutu dokonano wyborów nowego Wydziału Związku i Komisji rewizyjnej. Przewodniczącym wybrano ponownie Dr. Wład. Wierzbowskiego z Warszawy, zastępcą przewodniczącego Dr. Ant. Wierusza z Poznania.

Wreszcie uchwalono powierzyć Wydziałowi wybór miejsca Zjazdu następnego, wyrażając zarazem życzenie, aby w miarę możności miejscem tem było Wilno.

W drugim dniu popołudniu liczne grono uczestników Zjazdu zwiedziło wzorowe pawilony zakaźne szpitala powszechnego we Lwowie, miejski Zakład sierot przy ul. Kadeckiej i dwa większe zakłady przemysłowe. Niektórzy widzieli po raz pierwszy miasto Lwów i jego muzea zawierające skarby z dziejów i sztuki narodowej. Wszyscy wyjechali z kresowego grodu pokrzepieni na duchu, bogatsi odczuciem lwowskiej tężyzny i lwowskiego sentymentu.

A. K.

V. Targi Wschodnie we Lwowie*).

Komisja Przemysłowo-Lekarska Towarzystwa Lekarzy Lwowskich na posiedzeniu w dniu 8 czerwca 1925 uchwaliła wejść w porozumienie z Dyrekcją Targów Wschodnich w sprawie urządzenia działu chemikaljów, przetworów farmaceutycznych, opatrunków i narzędzi lekarskich. Dyrekcja T. W. skwapliwie przyjęła zgłoszenie Komisji i prosiła o współpracę, szczególnie przy urządzeniu specjalnego działu narzędzi i aparatów lekarskich. Tę współpracę dała Komisja w ramach żądań, postawionych przez Dyrekcję T. W.

Po zwiedzeniu T. W. uważam za wskazane zdać krótko sprawę ze swoich spostrzeżeń. Pierwotnym zamiarem moim było dać, o ile możności, wyczerpujący wykaz wystawionych przedmiotów i firm, u których można je nabywać, a mianowicie osobno przedmiotów i firm krajowych, osobno zagranicznych. W ten sposób zamierzałem dać czytelnikom obraz naszej rodzimej wytwórczości i wykazać luki, które trzeba będzie wypełnić. Okazało się jednak, że przy takiem postępowaniu przyszłoby nieraz pominąć poważne firmy, dlatego, że na Targach nie były reprezentowane. Ograniczyć się więc muszę do wiadomości urywkowych.

P r z e m y s ł c h e m i c z n y był dość słabo zastąpiony. Na wzmiankę zasługuje Sp. akc. »Azot« w Jaworznie, która między innemi wystawiła model urządzenia do odkażania płynnym sinowodorem dla celów szpitalnych i plan takiego urządzenia dla celów kolejowych. Od 1 października 1925 informacje w tym przedmiocie będzie można uzyskać pod adresem: P. Hülle u Prof. Politechniki dr. Fiedlera, Lwów, ul. Ujejskiego 4. — Państwowa Fabryka związków azotowych w Chorzowie wytwarza, obok innych produktów, także tlen w ilości 1200 m^3 dziennie. — Fabryka »Tlen« we Lwowie dała imponujący przegląd mydeł i kosmetyków; z przedmiotów interesujących bliżej lekarza widziałem tam sole do kąpieli. Małą wystawę urządziła firma Braci Ladenberger we Lwowie z własnemi produktami (np. azotan srebra, urotropina). — Reprezentant fabryki przetworów farmaceutyczno-chemicznych »Record« w Brzezince k. Oświęcimia rozdaje obszerny cennik wyrobów fabryki, jakoto: preparatów galenowych, tabletek, wyjałowionych wstrzykiwań, preparatów w tubach, kosmetyków.

P r z e m y s ł f a r m a c e u t y c z n y w zupełności niedopisał; brak firm Spiessa, Klawego, Gessnera i in., które przyzwyczaiłiśmy się widzieć na Targach.

W y t w ó r n i a s z c z e p i o n e k »Serovac« we Lwowie stawiła się, jak co roku.

Warszawski zastępca Towarzystwa dla eksploatacji s o l i k ą p i e l o w y c h »Jodorad« w Stanisławowie (ul. Batorego 5.) zachwala entuzjastycznie działanie jodoradu. Opodal w o d a m i n e r a l n a wysowska, zdrój »Słony« o wielkiej zawartości chlorku i węglanu sodu oraz pewnej ilości wolnego CO_2; zastępca Tow. akc., którego akcjonarjuszami są w znacznej części lekarze, ofiarowuje z całą gotowością wodę do wypróbowania.

Szkło aptekarskie wystawiła huta szklana »Gocławek« i huta szklana »Tłuszcz«, obie mające ekspozyturę we Lwowie, ul. Grodecka 37. Szkło aptekarskie i lekarskie produkują „Polskie huty szkła" w Krośnie; firma ta wystawiła bardzo ładne wyroby i ma ambicję wyrugowania z Polski szkła czeskiego.

Fabryka wyrobów gumowych w Wolbromiu w Województwie Kieleckiem ma wyroby przeważnie dla celów technicznych, między innemi także asanacyjnych; drenów chirurgicznych nie wyrabia. Również fabryka »Pepege« (Polski Przemysł Gumowy) w Grudziądzu nie produkuje przedmiotów lekarskich, wyrabia tylko kalosze, śniegowce i obuwie sportowe.

Fabryki o p a t r u n k ó w w r. b. zupełnie zignorowały Targi Wschodnie. Ten produkt stanowi dość smutną kartę w na-

*) Artykuł napisany 9. września 1925.

szym przemyśle. Czyżby, zamiast wprowadzić konieczne ulepszenia, fabryki te miały zaniechać produkcji?

Wystawy narzędzi i aparatów lekarskich na oko pięknie się przedstawiają, ale na zapytanie dowiesz się, że w tym dziale prawie wszystko jest obce: stal niemiecka i angielska, robota niemiecka, francuska, szwajcarska, szwedzka. Poza meblami żelaznemi emaljowanemi firmy Jarnuszkiewicza w Warszawie i żelaznemi meblami lakierowanemi firmy Trepczyńskiego we Lwowie, jakoteż skąpą ilością kleszczy, peanów i curet, wszystko, co widziałem w tym dziale na Targach, to robota obca. Na zapytanie otrzymuje się odpowiedź: »robić umiemy, ale się nie opłaci, bo produkt obcy jest tańszy u nas, aniżeli produkt nasz własny«. Sądzę, że słowa te — to wyraz naszego kwietyzmu tak po stronie wytwórców, jak po stronie nabywców. Rewelacją wprost były dla mnie słowa, które usłyszałem od właściela jednej z poważnych firm optycznych we Lwowie: »Istnieje podobno polska firma optyczna w Cieszynie, ale nie można się o niej niczego dowiedzieć«. Jeżeli to prawda, to istotnie ręce trzeba załamać nad niezaradnością tego wytwórcy, który tak mało dba o zbyt swoich produktów w Polsce.

Weselej nastraja zwiedzającego Targi dział hodowli roślin leczniczych. Towarzystwo »Salvia« ze swoich 400 morgowych terenów plantacyjnych w Kontach koło Brodów wystawiło znaczną liczbę pięknych roślin lekarskich, nadto zioła suszone, dobrej jakości, dostarczone przez zbieraczy (głównie wieśniaków).

Niemniej dobre wrażenie odnosi się z działu artykułów spożywczych: zbóż, jarzyn, konserw mięsnych, jarzynowych, owocowych i mleka, makaronów; czekolady nagromadzono bez miary. Interesujące są urządzenia mleczarskie i chłodnicze.

Wracając do założenia trzeba się zastanowić, co może zdziałać Komisja Przemysłowo-Lekarska, aby przemysł rodzimy w dziedzinach z zawodem lekarskim związanych ożywić względnie w działach dotychczas zaniedbanych stworzyć. Przedewszystkiem należy zrobić rachunek plusów i minusów, poczem będzie można pomyśleć o usunięciu braków.

W pracy tej konieczny będzie stały kontakt z instytucją Targów Wschodnich, której zamierzenia idą po tejsamej linji, jak zamierzenia Komisji, a która ma już utarte drogi do przedsiębiorców. Będzie to z pewnością możliwe, gdyż, jak już wspomniano, Dyrekcja T. W. z wielką gotowością przyjęła współpracę Komisji. Tę współpracę wyobrażam sobie jako wspólne omówienie i ułożenie planu działania i konsekwentne wykonanie planu. Oczywiście opracowanie planu nie może być odkładane na przeddzień otwarcia Targów, ale musi być dokonane w czasie wolnym od trosk terminowych.

Równolegle musi iść działalność Komisji Przemysłowo-lekarskiej wśród Kolegów Lekarzy, propagująca przemysł rodzimy. Jeżeli uda się zjednać ogół Lekarzy polskich dla postanowienia, że należy popierać przemysł rodzimy, nawet, gdyby to miało być połączone z ofiarami ze strony lekarzy, i jeżeli przy udziale Lekarzy polskich uda się przekonać naszych przemysłowców, jak mało zaszczytną jest dla nich rola pośredników, gdy powinni być wytwórcami, i skłonić ich do zajęcia stanowiska właściwego, to możemy być spokojni o losy naszego przemysłu higjeniczno-lekarskiego.

A. Kuhn, przewodniczący Komisji przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego lwowskiego.

Redaktorem „Polskiej Gazety Lekarskiej" w Krakowie, w miejsce prof. dr. Lenartowicza, został wybrany przez Towarzystwo lekarskie doc. dr. Józef Kostrzewski, do którego też należy zwracać się we wszelkich sprawach, dotyczących redakcji krakowskiej, pod adresem: Kraków, Kopernika 17 (Szpital św. Łazarza, Oddział chorób zakaźnych).

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dr. F. Walter, docent U. J., prymarjusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie, został mianowany profesorem chorób skórnych i wenerycznych, jakoteż dyrektorem kliniki dermatologicznej U. J.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek, dnia 23. b. m. o godzinie 6 wieczorem (Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych. 2) Wykład kol. W. Nowickiego: **»Układ siateczkowo-śródbłonkowy«.**

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Łódź.

Wyciąg z protokołu posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego z dnia 2. września 1925 roku Prezes mówi o **projekcie Województwa, zalecającym Magistratowi m. Łodzi skasowanie**, między innemi, Wydziału **Zdrowotności Publicznej**, przyłączenie Szpitalnictwa do Wydziału Opieki Społecznej i usamodzielnienie Wydziału Sanitarnego. Ponieważ projekty Województwa wywołały zdziwienie w pismach, P. A. T. ogłosiła komunikat, mający umotywować zalecenie Województwa. Zdaniem mówcy, rzekome motywy są zgoła nieprzekonywujące. Odciążyć Wydział Zdrowotności Publicznej przez odjęcie mu Szpitalnictwa zachodziłoby tylko wówczas, gdyby po odłączeniu Szpitalnictwa skład Wydziału pozostał bez zmiany, przeniesienie urzędników Szpitalnictwa w równym stopniu odciąży jeden Wydział, jak obciąży drugi. Motyw odjęcia Wydziałowi Zdrowotności Publicznej zajmowania się sprawami czysto gospodarczemi pochodzi jedynie z zupełnej nieświadomości autorów projektu o tem, co się dzieje w Szpitalnictwie: całe gospodarstwo jest w rękach Wydziału Gospodarczego, Handlowego i Budowlanego. Motyw trzeci: umożliwienie Wydziałowi skoncentrowania całej uwagi na sprawy Sanitarne jest bez treści. Ani przykładu jakiegokolwiek, dowodzącego, że współistnienie ze Szpitalnictwem przeszkodzi Wydziałowi Sanitarnemu w toku pracy; ani dowodu, że z tym samym ilościowo personelem i budżetem Wydział Sanitarny potrafiłby więcej zrobić, niż dziś. Na zasadzie tego rodzaju ogólników niepodobna burzyć nawet rzeczy drobnych, mniejszej wagi, niż organizacja Wydziału Zdrowotności. Zresztą, niewątpliwy postęp, jakim od roku może się pochwalić Wydział Zdrowotności, jest dowodem, że w obecnych warunkach nie jedno zostało wykonane. Nie ruszając osób i czasu, mówca przypomina historję rozwoju Szpitalnictwa w całym świecie cywilizowanym, a więc i w Polsce. Cała historja Szpitalnictwa dowodzi, że ongi jedna i ta sama organizacja (klasztor, stowarzyszenie, bractwo, cechy) opiekowały się: wdowami, sierotami, włóczęgami, kalekami, chorymi, ubogimi, starcami, bezrobotnymi. Wraz z rozwojem nauki Instytucje lecznicze wyemancypowały się jako organizacje samodzielne. Odpowiednie prawodawstwo Polskie wykazuje tę linję rozwoju, którą w zaborze rosyjskim załamała przemoc rosyjska, tworząc t. zw. Rady Dobroczynności Publicznej w celach czysto policyjnych, politycznych. W tych instytucjach, w skład których wchodzili przedstawiciele administracji, policji, prokuratury, żandarmerji, Izby Skarbowej i t. p. nie miano zgoła na celu ani lecznictwa, ani dobroczynności. Dlatego wzorowanie się na organizacjach, łączących Dobroczynność Publiczną ze Szpitalnictwem, byłoby krzyczącym anachronizmem. Mówca dodaje jeszcze 2 uwagi: 1) w szpitalach leczy się obecnie inteligencja, która niejednokrotnie sama za siebie płaci, leczą się robotnicy; z jakiej racji skazywać ich na pozory korzystania z Dobroczynności Publicznej. Wydziałem Dobroczynności Publicznej jest bowiem tak zwany Wydział Opieki; 2) należy się poważnie obawiać, że samoistny Wydział Sanitarny będzie miał tak mały zakres działania, że łatwo będzie można znaleźć po jakimś czasie argumenty, któremi będzie się z kolei zwalczało potrzebę samodzielnego Wydziału, poświęconego Sanitarji.

* * *

Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu w dniu 2. września 1925 r., rozpatrzywszy projekt wydzielenia Szpitalnictwa z Wydziału Zdrowotności Publicznej, powzięło jednomyślnie następującą uchwałę:

Ponieważ: 1) żaden argument rzeczowy nie przemawia za pożytkiem przeniesienia Szpitalnictwa do Wydziału Opieki Społecznej,

ponieważ: 2) rozwój historyczny Szpitalnictwa w Polsce, jak i na całym świecie cywilizowanym, idzie po drodze zniesienia w Szpitalnictwie i w Instytucjach pokrewnych cech dobroczynności publicznej,

ponieważ: 3) jedynie gwałt rządu rosyjskiego przerwał rozwój Szpitalnictwa Polskiego, tworząc w celach wyłącznie policyjnych — Rady Dobroczynności Publicznej, którym podporządkował szpitale,

ponieważ: 4) Podwydział Szpitalnictwa, jak i Podwydział Sanitarny Wydziału Zdrowotności opierają się na tych samych podstawach naukowych, należą do jednej dziedziny wiedzy, zmierzają do tego samego celu — walki z chorobą, więc rozdział tych dwóch Działów jest sztuczny i dla obu szkodliwy,

ponieważ: 5) istnieje szereg Instytucyj, które z konieczności stoją na pograniczu zainteresowania obu Podwydziałów (Domy Izolacyjne, Przychodnie dla gruźlicy, Przychodnie dla jaglicy, ambulatorja), czyli, muszą pozostać pod opieką Wydziału Zdrowotności,

ponieważ: 6) obecny stan materjalny ludności, Samorządu i Państwa, nie pozwala na jakieś (obok zaczętych kanalizacyj i wodociągów) znakomitsze inwestycje sanitarne, a brak egzekutywy w ręku Podwydziału Sanitarnego ogranicza wykonawstwo nawet istniejących urządzeń — Towarzystwo Lekarskie Łódzkie uważa projekt zniesienia Wydziału Zdrowotności Publicznej w Łodzi za szkodliwy, zarówno dla Szpitalnictwa, jak dla Sanatorji Miejskiej.

Z kraju.

W Lubieniu pod Lwowem bawiło w r. 1925 około 2000 kuracjuszów. Kąpieli siarczanych i borowinowych wydano około 50.000. Wielkiem powodzeniem cieszyło się emanatorjum radowe oraz inhalacje parami siarczanemi. Wyniki leczenia, według zdania naszych lekarzy zdrojowych, były bardzo dobre.

Nr. 43. 25. października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Aleksander KRAUSE. Warszawa.

W sprawie napięcia układu nerwowego wegetatywnego w stanach tarczycowych (*thyreoidismus*).

(Z oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie).

W marcowym zeszycie Archives des maladies du coeur w 1923 r. Daniélopolu i Carniol podali opis nowej metody badania układu nerwowego wegetatywnego zapomocą zastrzykiwań dożylnych atropiny — próba ta daje możność określania bezwzględnego napięcia zarówno nerwu współczulnego, jak i błędnego oddzielnie. Badania wymienionych autorów wykazały bowiem, że działanie atropiny na n. współczulny jest znikome, wyłącznie zaś działa ona porażająco na n. błędny; zastrzykując zatem w dostatecznej dawce atropinę dożylnie, można osiągnąć zupełne porażenie n. błędnego, co w układzie naczyniowym znajduje swój wyraz w przyśpieszeniu tętna. Np. normalna liczba tętna 70 jest wynikiem działania przeciwniczego n. współczulnego i błędnego. Po całkowitem porażeniu n. błędnego zapomocą atropiny, osiąga się maksymalne przyśpieszenie tętna do 120 uderzeń na 1'. Liczba ta wykrywa bezwzględne napięcie n. współczulnego. Różnica zaś między 120-ma i pierwotną liczbą uderzeń 70 tj 50 jest miarą bezwzględnego napięcia n. błędnego. W celu stwierdzenia, czy n. błędny został zupełnie porażony, można stosować odruch oko-sercowy, ucisk na n. błędny na szyi i próbę ortostatyczną. Ta ostatnia jest najczulszą, najpewniejszą i prostą w wykonaniu. Po osiągnięciu maksymalnego przyśpieszenia tętna (n. p. 120) w pozycji leżącej badany osobnik wstaje — liczba uderzeń tętna wzrasta (do 130—140) wskutek pobudliwości n. współczulnego. Jeżeli wówczas chory znowu położy się, to w razie porażenia n. błędnego tętno winno wrócić do liczby poprzedniej (120). Natomiast zaś jeżeli nerw błędny był niezupełnie porażony, tętno zwalnia się przez czas jakiś (20 sek.) poniżej pierwotnej liczby uderzeń (np. do 110). To wtórne zwolnienie tętna autorzy mianują objawem klinostatycznego zwolnienia tętna, który świadczy o niezupełnem porażeniu n. błędnego i wymaga dalszych zastrzykiwań atropiny.

Poza 2-ma liczbami, określającemi ilościowo napięcie n. współczulnego i błędnego, próba ta w ten sposób określa dawkę atropiny, którą należy wstrzyknąć dożylnie, aby otrzymać zupełne porażenie n. błędnego. Poza tem próba wykrywa dane mające drugorzędne znaczenie, a mianowicie:

1) przyśpieszenie tętna wskutek ortostatyzmu bez zadziałania atropiny na n. błędny (tachykardja ortostatyczna bez atropiny),

2) przyśpieszenie tętna w pozycji stojącej po porażeniu n. błędnego (tachykardja ortostatyczna po atropinie) — oba te zjawiska zależą od stopnia pobudliwości n. współczulnego, oraz 3) przyśpieszenie tętna po małej ($^1/_2$ mlgr) dawce atropiny, niewywołującej zupełnego porażenia n. błędnego.

Na zasadzie wyników próby atropinowej i ortostatycznej autorzy dzielą stany chorobowe układu nerwowego wegetatywnego na hipertonję i hipotonję wegetatywną. W hipertonji mogą ulec wzmożonemu napięciu oba nerwy przeciwnicze (amfotonja), bądź też jeden z nich (sympatyko-ew. wagotonja).

W stanach hipotonji wegetatywnej rozróżniamy podobnie hipoamfotonję, hipowagotonję i hiposympatykotonję.

Napięcie n. współczulnego i błędnego u zdrowych waha się w granicach następujących:

Napięcie n. współczulnego — 116—128 (średnio 124); napięcie n. błędnego, zahamowanie tętna o 48—58 uderzeń (średnio 52); dawka atropiny, porażająca n. błędny wynosi $1^1/_2$ mlgr.

O korzyści praktycznej, wynikającej ze stosowania tej metody badania dla dokładniejszego wyjaśnienia obrazu klinicznego, czy też dla ugruntowania właściwego leczenia w różnych cierpieniach (przewodu pokarmowego, sercowych itp.) mam zamiar wypowiedzieć się wkrótce, na zasadzie obszerniejszego materjału, spostrzeganego od 1923 roku. W niniejszem zaś doniesieniu podaję jedynie wyniki badań, dokonanych w przypadkach zespołów tarczycowych. Spostrzeżenia moje dotyczą 3-ch chorych, dotkniętych chorobą Basedowa, 2-ch z objawami wyraźnego przedrażnienia tarczycy oraz 5-ciu przypadków rzekomo bazedowicznej postaci gruźlicy płuc *(thyreotuberculosis)*.

Spostrzeżenie I-sze dotyczyło osoby 42-letniej z umiarkowanemi objawami sercowemi i drżeniem kończyn, nieznaczną limfocytozą, przy jaskrawym zespole objawów ocznych (gałki oczu błyszczące; dość wyraźny wytrzeszcz; Stellwag, Moebius (+); Graefe (—); Darlymple — słabo dodatni; Jellinek — ujemny) i ze znacznem powiększeniem i tętnieniem gruczołu tarczowego. Badania pomocnicze wykazały: Odczyn Kottmana*): początek odczynu — $6^1/_2$', koniec odczynu — 20'. Zawartość wapnia we krwi 105 mlgr.$^0/_{00}$ (metoda de Waarda — norma 110—120 mlgr). Badanie układu nerwowego wegetatywnego wykazuje sympatykotonję: napięcie n. współczulnego — 132; napięcie n. błędnego 52, dawka atropiny, porażająca nerw błędny — $1^1/_2$ mlgr.; tachykardja ortostatyczna przed podaniem atropiny 94, tachykardja ortostatyczna po porażeniu n. błędnego — 144, dawka $^1/_2$ mlgr. atropiny przyśpiesza tętno do 106 uderzeń. Chora została skierowana do kliniki chirurgicznej, gdzie dokonano doszczętnej operacji, po której stan podmiotowy i przedmiotowy chorej znacznie się poprawił. Wykonany ponownie odczyn Kottmana wykazał: 3'—10'; zawartość wapnia wzrosła do 114 mlgr.$^0/_{00}$.

Badanie układu nerwowego roślinnego wykazało obniżenie napięcia obydwóch nerwów przeciwniczych (hipoamfotonja): napięcie nerwu współczulnego — 114; napięcie nerwu błędnego — 38.

Spostrzeżenie II-gie dotyczyło 36-letniej chorej z objawami silnego zdenerwowania, pobudzenia (często płacz, śmiech), bezsenności, ogólnego osłabienia; częste bicie serca, silne pocenie się, rozwolnienia. Gruczoł tarczowy wyraźnie równomiernie powiększony, miękki. Wytrzeszcz b. nieznaczny: Moebius dodatni; Jellinek sł. dodatni; Graefe Stellwag, Darlymple — ujemny. Drżenie kończyn wybitne. Odczyn Kottmana znacznie opóźniony (35'—2 godz.). Zawartości wapnia we krwi 112 mlgr.$^0/_{00}$. Badanie układu nerwowego wegetatywnego wykazało sympatykotonję; napięcie n. współczulnego — 144, napięcie n. błędnego — 56, dawka atropiny, porażająca n. błędny — $1^1/_2$ mlgr., tachykardja ortostatyczna bez atropiny — 102, po atropinie — 168.

Spostrzeżenie III-ie dotyczyło chorej 39 letniej, cierpiącej od lat 10-ciu na przykre dolegliwości sercowe, mającej od 4-ch lat coraz bardziej rosnące wole, wytrzeszcz, ostatnio gwałtownie chudnącej (w 6 tygodni strata 7 kg.). Przedmiotowo: gruczoł tarczowy znacznie powiększony, zwłaszcza prawy płat, dość twardy. Wytrzeszcz gałek ocznych bardzo duży. Moebius, Graefe, Stellwag dodatni. Drżenie kończyn wybitnie zaznaczone. Badanie krwi wykaznje leukopenję (3100) z limfocytozą (36%). Odczyn Kottmana znacznie opóźniony (początek — 15', koniec — około 3-ch godzin). Badanie układu nerwowego wegetatywnego — hipowagotonja.

Napięcie n. współczulnego — 120; napięcie n. błędnego 26, dawka atropiny, porażająca n. błędny, około $1^1/_2$ mlgr.; tachykardja ortostatyczna bez atropiny — 108; tachykardja ortostatyczna po porażeniu n. błędnego — 126; dawka $^1/_2$ mlgr. atropiny przyśpiesza tętno do 110.

Dla dokładności dodajemy, że chora miała szereg objawów zapalenia mięśnia sercowego.

Dwa następne spostrzeżenia dotyczą chorych z wybitnemi objawami przedrażnienia tarczycy, nie ukształtowanemi jednak w zespół choroby Basedowa, a mianowicie:

Spostrzeżenie IV. M. U., lat 48, wdowa — 27. I. 1924. — *Nephrosclerosis. Climax. Hyperthyreosis.* Choruje od 2-ch lat —

*) Wykonanie odczynu Kottmana: 1 c³ surowicy+0,25 c³ $^1/_2$% KJ+0,3c³ $^1/_2$% $AgNO_3$; naświetlać 3 minuty lampą 500 Watt, dodać 0,5 c³ $^1/_4$% Hydrochinonu. Następuje redukcja srebra; normalnie początek redukcji występuje po upływie 3-ch minut, koniec redukcji po upływie 7-miu minut. W przypadkach hipertyreozy redukcja srebra opóźnia się, w hipotyreozie przyśpiesza. Odczyn opiera się na zachwianiu równowagi koloidowej wskutek zaburzeń czynności gruczołu tarczowego. 1

osłabienie ogólne, spadek wagi, częste silne bicie serca, uderzenia do głowy, poci się łatwo, uporczywa bezsenność, znaczne podniecenie i zdenerwowanie. Niewielki wytrzeszcz, znaczny blask rogówek, brak innych objawów ocznych. Gruczoł tarczowy niepowiększony, drżenie palców wyraźnie zaznaczone. Tętno od 108 do 120. Ciśnienie tętn. maks. — 210, min. — 95, ciśnienie tętna = 115 mm Hg. Odczyn Kottmana: początek — 4', koniec — 14'.

Badanie układu nerwowego samorządnego: sympatykotonja.

Napięcie n. współczulnego — 160, napięcie n. błędnego 52, dawka atropiny, porażająca n. błędny — 1½ mlgr.

Spostrzeżenie V. A. O., lat 41. — 10. II. 1925. *Cholecystitis. Apicitis. Aortitis luetica. Pyelitis. Hyperthyreosis.*

Tarczyca wyraźnie powiększona, miękka, oczy błyszczące; lekki wytrzeszcz (Graefe, Stellwag, Moebius — wyraźnie zaznaczony), drżenie wyraźne. Wassermann ++, zawartość wapnia we krwi 95 mlgr. ‰. Odczyn Kottmana opóźniony (6'—20').

Badanie układu nerwowego wegetatywnego — amfotonja z wyraźną przewagą sympatykotonji: napięcie n. współczulnego 146, napięcie n. błędnego — 62; dawka atropiny poraż. n. błędny — 1½ mlgr., tachykardja ortostatyczna bez atropiny — 90, tachykardja ortostatyczna po atropinie — 164, dawka ½ mlgr. atropiny przyśpiesza tętno do 114 uderzeń.

Następne spostrzeżenia dotyczą grupy przypadków tarczycowej postaci gruźlicy płucnej. Postać ta wyodrębnia się swoistemi cechami klinicznemi, zależnemi od podrażnienia gruczołu tarczowego. Częstokroć już treść wywiadów naprowadza nas na prawidłowe rozpoznanie.

Nerwowość, skargi na zmęczenie, bicie serca, uczucie niepokoju, lęku, bezsenność lub naodwrót na senność, apatję, przygnębienie stanowią zwykle tarczycowy składnik tego cierpienia. Objawy fizykalne płucne są wyraźne, ale zazwyczaj niedaleko posunięte. Poza tem zwraca uwagę mniej lub więcej znaczne powiększenie tarczycy, dotyczące bądź całego gruczołu, bądź też jednego z jej płatów; ważne znaczenie mają objawy oczne — rozszerzenie szczeliny ocznej oraz źrenic, blask rogówek, lekki wytrzeszcz, obecność szczeliny między powieką dolną i rogówką. Ze strony narządu krążenia wysuwa się pobudliwość serca, szmery anemiczne na wierzchołku i na tętnicy płucnej; tętno przyśpieszone, zmienne co do częstości i napięcia. Badanie krwi wykazuje częstokroć niezbyt znaczną limfocytozę. Pod względem nerwowym stwierdzamy prawie stale wzmożenie odruchów ścięgnowych i skórnych oraz względnie często drżenie w kończynach dolnych i górnych.

Spostrzeżenie VI. S. R. lat 18. 9. III. 1925. *Thyreotuberculosis. Hypochylia gastrica. Neuralgia supra. et infraorbitalis.*

Nieznaczny wytrzeszcz, błyszczące oczy (Moebius dodatni, Graefe słabo dodatni, Stellwag, Jellinek ujemny); drżenie rąk wyraźne. Tarczyca-płat środkowy nieco powiększony. Odczyn Kottmana: początek 2½', koniec 8'; zawartość wapnia we krwi 92,5 mlgr. ‰.

Badanie układu nerwowego wegetatywnego: amfotonja. Napięcie n. współczulnego 144, napięcie n. błędnego 74, tachykardja ortostatyczna bez atropiny 84, tachykardja ortostatyczna po atropinie 156.

Spostrzeżenie VII. R. L., lat 22. 26. XI. 1923. *Thyreotuberculosis. Neuralgia intercostalis.*

Nieznaczne równomierne powiększenie gruczołu tarczowego. Błyszczące oczy, lekki wytrzeszcz, szczelinka między dolną powieką i rogówką, drżenie palców wyraźne. Krew: białych ciałek — 5.930, z nich limfocytów 33%. Odczyn Kottmana: początek 11', koniec 45'. Badanie układu nerwowego wegetatywnego, sympatykotonja: napięcie n. współczulnego 134, napięcie n. błędnego 54, dawka atropiny, porażająca n. błędny, około 2 mlgr., tachykardja ortostatyczna bez atropiny 96, tachykardja ortostatyczna po atropinie 144, dawka ½ mlgr. atropiny 90.

Spostrzeżenie VIII. Z. W. lat 23. 21. XI. 1923. *Thyreotuberculosis. Helminthiasis.*

Gruczoł tarczowy powiększony, lekki wytrzeszcz. Krew: białych ciałek 8.600, z nich limfocytów 32%. Odczyn Kottmana: początek 2', koniec 8'. Badanie układu nerwowego — sympatykotonja:

Napięcie n. współczulnego 150, napięcie n. błędnego 54, dawka atropiny, porażająca n. błędny, 1½ mlgr., tachykardja ortostat. bez atropiny 108, tachykardja ortostat. po atropinie 164, dawka ½ mlg. atropiny 120.

Spostrzeżenie IX. A. Z., lat 37. 21. XI. 1923. *Thyreotuberculosis. Ulcus duodeni.*

Gruczoł tarczowy powiększony, wielkości dużego jabłka, dość twardy. Krew: białych ciałek 6700, z nich limfocytów 51%. Odczyn Kottmana: 3½'—9'. Badanie układu nerwowego wegetatywnego — sympatykotonja: napięcie n. współczulnego 134, napięcie n. błędnego 56, dawka atropiny, porażająca n. błędny, 2 mlg., tachykardja ortostatyczna bez atropiny 100, tachykardja ortostatyczna po atropinie 144, dawka ½ mlgr. atropiny 104.

Spostrzeżenie X. P. Z. lat 21. 7. V. 1923. *Thyreotuberculosis. Neuralgia intercostalis.*

Wyraźne powiększenie gruczołu tarczowego, lekki wytrzeszcz, blask gałek ocznych, drżenie palców u rąk. Krew: białych ciałek 5500 przy braku limfocytozy. Odczyn Kottmana: 5'—14'. Badanie układu nerwowego samorządnego — nieznaczna hipowagotonja: napięcie n. współczulnego 116, napięcie n. błędnego 44, dawka atropiny, porażająca n. błędny, 1½ mlgr., tachykardja ortost. bez atropiny 92, tachykardja ortostatyczna po atropinie 132, dawka ½ mlgr. atropiny 78.

Zestawiając wyniki badań układu nerwowego wegetatywnego w powyższych 10-ciu przypadkach przedrażnienia tarczycy, stwierdzamy, iż tylko w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z prawdziwą amfotonją, wyrażającą się w zupełnie jednakowem przekroczeniu górnej granicy normy (o 16 uderzeń) zarówno dla n. współczulnego (S—144), jak i dla błędnego (V—74); w pozostałych 9-ciu przypadkach mieliśmy do czynienia z przewagą napięcia układu współczulnego: z nich w 6-ciu przypadkach była to czysta sympatykotonja (S—160, 150, 144, 134, 132, 132) przy normalnem napięciu n. błędnego (od 56 do 50), w jednym przypadku — sympatykotonja u amfotonika (S—146 zamiast 128, V—62 zamiast 58), w pozostałych 2-ch sympatykotonja tylko względna wskutek hipowagotonji (S—120, V—26; S—116, V—44). Wyprzedzając ogłoszenie całego mego materjału, dotyczącego 100 chorych, powyższe 10 spostrzeżeń zestawiłem z następujących powodów:

W ostatniej swej pracy [1]) Daniélopolu podaje, że na zasadzie prób farmakodynamicznych, dokonanych w jego klinice, można twierdzić, że zespół Basedowa nie jest sympatykotoniczny, lecz amfotoniczny.

Wzmożenie napięcia dotyczy zatem nie tylko wyłącznie n. współczulnego, lecz i grupy przeciwniczej n. błędnego. Przytem u każdego basedowika napięcien erwów wegetatywnych przeważa w pewnych narządach w zakresie n. współczulnego, w innych odbija się na n. błędnym. Daniélopolu ujmuje to zjawisko w prawidło: w przypadkach amfotonji wzmożenie napięcia w poszczególnych narządach dotyczy grupy nerwów pobudzających: w sercu jest nią nerw współczulny, w przewodzie pokarmowym n. błędny.

Tymczasem jak widać z mego skromnego materjału z 10 ciu zbadanych chorych tylko u dwóch stwierdziliśmy amfotonję, przytem jedną czystą, drugą zaś z przewagą sympatykotonji. W pozostałych 8-miu przypadkach: u 5-ciu chorych n. błędny miał tylko normalne napięcie (56, 56, 54, 52, 52, 50), a w 2-ch nawet przypadkach napięcie jego było zmniejszone (44, 26).

Nie ulega, zdaje się, wątpliwości, że zachowanie się poszczególnych części układu nerwowego wegetatywnego jest nietylko u różnych ras, ale i u różnych narodów i u mieszkańców różnych stref bardzo różnorodne.

Dlatego też nie wyprowadzając na zasadzie swego materjału żadnych wniosków ogólnych, mniemamy jednak, iż jesteśmy na jego zasadzie upoważnieni do twierdzenia, że wyniki naszych badań podważają powyżej streszczone twierdzenie Daniélopolu, podniesione przez niego nawet do stopnia ogólnego prawa, i pozwalają nam twierdzić, że w naszym materjale szpitalnym najczęstszą cechą nerwową stanów przedrażnienia tarczycy jest właśnie sympatykotonja.

Do innych cech tego cierpienia, dających się wykryć zapomocą pracowanianych sposobów badania należy, jak wiadomo, wzrost podstawowej przemiany materji (Marcel Labbé, Stévenin, Nepveux [2]), którego, niestety, nie mogliśmy badać, przecukrzenie krwi odnośnych chorych, o którem inny z kolegów oddziału we właściwym czasie ogłosi, oraz opóźniony odczyn fotochemiczny krwi Kottmana, przerabiany na oddziale od lat 3-ch na znaczniejszej liczbie chorych. W niektórych przypadkach, stanowiących podstawę niniejszej notatki, opóźnienie to może nie występowało jaskrawo dla szeregu innych czynników współistniejących, które wymagałyby w każdym poszczególnym przypadku głębszej analizy. Z 10-ciu przypadków takich mieliśmy trzy (spostrz. VI, VIII, IX).

[1]) Bull. Soc. méd. Hôp. 19. II. 1925. str. 234—239.
[2]) Bull. Soc. méd. Hôp. 9. VI. 1922, str. 902—909.

W innych z nich opóźnienie tej próby nie ulegało wątpliwości, chociaż otrzymane liczby nie uderzały swoją jaskrawością (spostrz. I, IV, V, X); wreszcie w 3-ch otrzymane liczby były nader jaskrawe (spostrz. VII. 11'—45'; spostrz. III. 15'—180'; spostrz. II. 35'—120').

W końcu zaznaczę, że inne twierdzenie Daniélopolu[3]) o wpływie zmian miejscowych w narządach na stan ich napięcia wegetatywnego tłumaczy nam, zdaje się, nieznaczne przyśpieszenie tętna (do 120) w przypadku trzecim. Cierpienie narządów, ostre lub przewlekłe, wywołując zmiany w miąższu, w ośrodkach automatycznych, w zakończeniach nerwów, powoduje miejscowo zmiany w napięciu nerwów samorządnych. Mięsień sercowy o zmniejszonej kurczliwości wskutek zmian zapalnych odpowiedział w naszym przypadku na pobudkę n. współczulnego znacznie słabiej.

Jerzy KIPMAN, Warszawa.
Andrzej BIERNACKI.

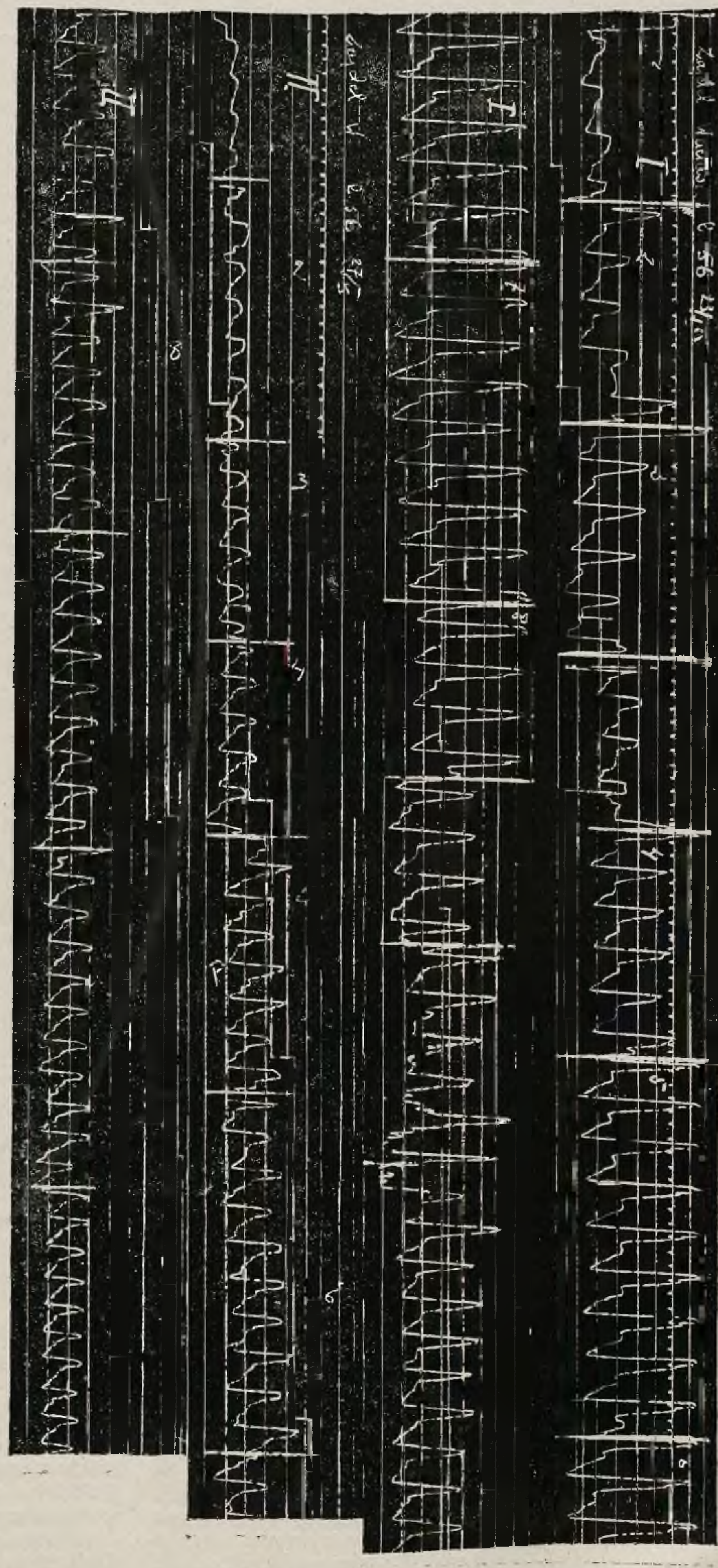
Porównawcze dane bolometryczne i bolograficzne.

Z oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Z pomiędzy przyrządów, określających pracę serca na podstawie pomiarów, dokonywanych na tętnicach obwodowych, należy na pierwszym planie postawić dwa aparaty konstrukcji Sahli'ego, mianowicie: sfigmobolometr objętościowy i arterjometryczny sfigmobolograf. Obydwa przyrządy stanowią ostatni etap, w szeregu, stopniowo przez autora udoskonalanych aparatów, i rozwiązują zasadniczo, niesłychanie dla kliniki ważną, kwestję ilościowego mierzenia pracy serca.

Pierwszy z nich genetycznie starszy, oparty jest na dość prostej zasadzie: zmuszamy mianowicie, falę krwi w tętnicy promieniowej do wykonania pewnej pracy przez pokonywanie ciśnienia powietrza, panującego w pneumatycznej pelotce. Pelotka jest połączona z manometrem rtęciowym i z rurką szklaną, zawierającą, jako wskaźnik, słupek barwnego płynu. Znając największe wychylenia pulsowe wskaźnika i najwyższe, odpowiadające im ciśnienie krwi (t. zw. ciśnienie optymalne), obliczamy pracę, wykonaną przez falę krwi, na zasadzie znanego wzoru fizycznego. Praca równa się, siła razy droga. Bolometr ma już dość obszerne piśmiennictwo, u nas dotąd tylko pracę Bojarskiego i Reicherówny. Bezpośrednią konsekwencją wyżej opisanego przyrządu i jego koniecznem uzupełnieniem jest arterjometryczny sfigmobolograf, koniecznem dlatego, że, jak to Sahli teoretycznie uzasadnił i potwierdził w szeregu doświadczeń, wielkość pracy, otrzymywanej zapomocą tej metody dla tętnicy promieniowej, jest ściśle zależna od średnicy tętnicy; w bolometrze jest ona proporcjonalna do jej kwadratu, zaś w bolografie wprost do jej pierwszej potęgi.

Zjawiło się więc nowe zadanie każdorazowego mierzenia średnicy tętnicy, dla



---

[3]) Presse médicale Nr. 11, 1925.

której obliczamy pracę. W bolografie zadanie to jest zasadniczo rozwiązane. Jeżeli dodać do tego, że pomiar pracy, otrzymany zapomocą bolografu, jest bardziej przedmiotowy, niż zapomocą bolometru, sprowadza się bowiem do otrzymania odpowiedniej krzywej, to zrozumiemy, że bolograf jest w swej obecnej formie, dużym krokiem naprzód w dziedzinie hemodynamiki.

Przyrząd ten, opisany szczegółowo przez Sahli'ego, w *Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 6. 1922*, jest konstrukcyjnie oparty na zwykłym sfigmografie Jaquet'a. I tu, fala krwi w tętnicy promieniowej, za pośrednictwem tkanek, porusza pelotkę, która jest, zapomocą systemu dźwigni, połączona z pisakiem, kreślącym krzywą na poruszającym się papierku. O ile jednak w zwykłym sfigmografie nie wiemy, z jaką siłą uciskamy tętnicę, o tyle w arteriometrze jest ona ściśle określona przez napięcie sprężyny, które możemy dowolnie zmieniać.

Jeśli ustawimy aparat w ten sposób, żeby pelotka dotykała skóry nad tętnicą promieniową, i będziemy zwiększać stopniowo znaną nam dokładnie siłę jej ucisku, to po pokonaniu oporu tkanek, nastąpi chwila, w której pelotka zacznie ugniatać samą tętnicę, chwila ta zaznaczy się przez powstanie nieznacznych wychyleń pisaka, kreślącego krzywą. Przy dalszem zwiększaniu siły ucisku wychylenia pisaka będą coraz większe, aż wreszcie nastąpi chwila, że mimo zwiększania napięcia sprężyny, wychylenia te, po uzyskaniu pewnego największego rozmachu, zaczną się zmniejszać. Ta chwila jest dla całego pomiaru najważniejsza — odpowiada ona, mianowicie chwili, kiedy światło tętnicy pod uciskiem pelotki zaczyna się w okresie rozkurczu serca zupełnie prawie zamykać, przez krótką chwilę górna ściana tętnicy, obciążona pelotką, styka się wtedy ze ścianą dolną. Zjawisko to, potęgujące się przy zwiększaniu pelotki, upośledza, oczywiście, jej ruchy t. j. wychylenia pisaka zmniejszają się odtąd stale. Jeśli teraz uwzględnimy, że w momencie początkowym t. j. w chwili pierwszych najmniejszych wychyleń pisaka, pelotka styka się poprzez tkanki z górną ścianą tętnicy, a w momencie drugim zaczyna się stykać z dolną, to jasną będzie rzeczą, że droga, którą pelotka w międzyczasie przeszła, zagłębiając się niejako w tkanki równą się wewnętrznej średnicy tętnicy. Drogę tą, dzięki specjalnemu urządzeniu przyrządu odczytujemy albo wprost na odpowiedniej śrubie mikrometrycznej, albo też wyliczamy ją z wykresu, jaki daje nam drugi dodatkowy pisak na papierku. Pracę wykonaną przez falę krwi w tętnicy promieniowej, a pośrednio przez serce, dla poruszania pelotki, obciążonej napięciem sprężyny o wiadomej sile, obliczamy znowu ze wzoru. Praca = siła razy drogę. Siła w danym wypadku będzie siła ucisku pelotki na tętnicę w chwili największych wychyleń pisaka — odczytujemy ją z odpowiedniej tablicy w gramach. Drogą zaś będzie odległość którą pelotka w tym momencie będzie przebywać w czasie każdorazowego skurczu serca. Można ją łatwo obliczyć w centymetrach z największych wychyleń pisaka. Liczba ta jednocześnie będzie wielkością tętna. Przez pomnożenie tych dwóch wielkości otrzymujemy pracą pojedynczego tętna w gramocentymetrach.

Z krzywej więc, oprócz określenia zwykłych jej własności, otrzymujemy następujące dane:

1) Pracę pojedynczego tętna w gramocentymetrach.
2) Wielkość tego tętna.
3) Średnicę tętnicy.

Jeśli dwie pierwsze wielkości podzielimy przez trzecią, to otrzymamy liczby oderwane, które podług Sahli'ego można porównywać u różnych osobników.

W pomiarach dokonywanych od stycznia r. b. na oddziale dr. Władysława Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus, postawiliśmy sobie za zadanie porównanie wyników, otrzymanych zapomocą bolografu z danemi otrzymanemi z około 100 pomiarów, dokonanych zapomocą bolometru. Ponieważ jednak, bolograf jest nabytkiem najnowszym i niema jeszcze po za Sahlim piśmiennictwa, przeto sprawą najbardziej aktualną było określenie normy pracy serca u ludzi zdrowych. W tym celu dokonaliśmy szeregu pomiarów równoległych zapomocą bolometru i bolografu początkowo na 20 osobnikach w wieku lat 16— 19.

Wyniki były następujące:

	Wielkość pojedynczego tętna	Praca pojedynczego tętna
Bolometr	0,05 —0,11	6—10 gramoctm.
Bolograf	0,006 0,012	1—1,3 gramoctm.

Następna serja 20 pomiarów u osób w wieku 25—35 dała wyniki następujące:

	Wielkość pojedynczego tętna	Praca pojedynczego tętna
Bolometr	0,025—0,12	5—10 gramoctm.
Bolograf	0,006—0,014	1—1,4 gramoctm.

Widzimy, że liczby, otrzymane zapomocą obu przyrządów różnią się od siebie znacznie. Różnica tkwi w odrębnych metodach określania wielkości tętna — w bolometrze określamy tę wielkość objętościowo, w bolografie zaś linijnie.

Że mimo to wyniki jednej i drugiej metody można ze sobą w zupełności porównywać, o tem świadczy cały szereg przypadków z dziedziny patologji, w których zwiększenie lub zmniejszenie pracy serca, stwierdzone za pomocą jednego przyrządu, zostało w całości potwierdzone przez drugi.

Przytaczamy z naszego materjału następujące przykłady:

1. Zwężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawki dwudzielnej z przewagą kliniczną zwężenia.

	Wielkość pojedyn. tętna	około	Praca pojedyn. tętna	około
Bolometr	0,025	($^1/_2$ normy)	2,18	
Bolograf	0,004	($^2/_3$ «)	0,71	($^1/_2$ normy)

2. Zapalenie przewlekłe nerek. Nadmierne ciśnienie.

Bolometr	0,075	($1^1/_2$ normy)	18,36	(2 razy ponad normę)
Bolograf	0,008	($1^1/_2$ normy)	1,82	(2 razy ponad normę)

3. Niedomykalność zastawki tętnicy głównej.

Bolometr	0,2	(3 razy normy)	28	(3 razy ponad normę)
Bolograf	0,022	(3 razy normy)	4,35	(3 razy ponad normę)

Taką samą zgodność w wynikach pomiarów bolometrycznego i bolograficznego wykazało systematyczne określenie pracy serca w przebiegu ciężkiego przypadku, zapalenia płuc włóknikowego; na początku choroby praca serca była bardzo zwiększona jak to widać z liczb

Bolometr { Wielkość pojedyncza tętna 0,15 (3 razy ponad normę). Optimalne ciśnienie 120 mm. Praca pojedynczego tętna 28,56 (3 razy ponad normę).

Bolograf (patrz rys. I.). Praca pojedynczego tętna 2,2.

Na 10 godzin przed zgonem praca serca spadła gwałtownie, co wyraziło się zgodnie na sfigmobolometrze i sfigmobolografie.

Bolometr { Wielkość pojedynczego tętna 0,05 (norma). Optymalne ciśnienie 95. Praca pojedynczego tętna 8,12.

Bolograf (patrz rys. II.). Praca pojedynczego tętna 0,99.

Z praktyki.

Dr. K. PIOTROWSKI, Dr. M. SEIDLER, Lwów.
asystenci kliniki.

Doświadczenia kliniczne z gynergenem.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Bocheński.

Niemożność dokładnego dawkowania wyciągów sporyszu i niestałe działanie tegoż, skłoniło badaczy do poznania chemicznego składu tego środka i wyosobnienia w nim składników o własnościach swoistych i stałych przypisywanych sporyszowi jako takiemu.

Spiro w swojej pracy wspomina o 40-tu rozmaitych składnikach, które do tej pory udało się wyosobnić ze sporyszu.

Siła działania tego środka, — jak się okazało, — zależy od wielu błahych czynników, jak pochodzenia, pory roku, świeżości, sposobu przygotowania, wrażliwości na światło i powietrze, wreszcie łatwości fermentacji, pod wpływem czego powstają nowe ciała, należące do grupy aminów. Badania wspomniane miały na celu wyosobnienie składników, któreby wykazywały stałe własności i nie ulegały wyżej wymienionym ubocznym wpływom, a z drugiej strony dawały możność dokładnego dawkowania. Najważniejszemi alkaloidami, które dały się wyosobnić są: ergotynina (Pancret), hydroergotynina (Kraft) i ergotoksyna (Barger, Dale). Z amin wykrytych przez Barger'a, Dalé'go i Kutscher'a najsilniej działającemi na mięsień maciczny okazały się tyramina i histamina.

Jednakowoż gdy ściśle badania farmakologiczne wykazały zupełny brak wpływu na mięsień maciczny niektórych z tych środków (np. ergotyniny), a z drugiej strony odmienne działanie aminów, w porównaniu z dobrym preparatem sporyszowym jako takim (Rübsamen, Stoll), wobec tego musiano przypuszczać istnienie jeszcze innych składników, którym należy zawdzięczać skuteczne działanie sporyszu.

Badaniom ścisłym Stoll'a zawdzięczamy wykrycie nowego alkaloidu ergotaminy, ciała wysoce chemicznie złożonego ($C_{33}H_{35}N_5O_5$), którego najsilniejsze działanie na mięsień maciczny z dotychczas znanych wyosobnionych składników potwierdziły farmakologiczne badania (Spiro, Rothlin, Guggisberg i inni).

Ergotamina jest zasadą trudno rozpuszczalną, nawet w znacznych rozcieńczeniach działającą na mięsień maciczny w ten sposób, że (1 : 20,000.000) wywołuje lub wzmaga jego rytmiczne skurcze. Działanie występuje dopiero po pewnym czasie, ale utrzymuje się za to dłużej. Nic dziwnego, że wobec tych zachęcających wyników badań farmakologicznych, środek ten szybko rozpowszechnił się w klinicznem zastosowaniu. Wszyscy autorowie, opierając się na swych doświadczeniach klinicznych — podnoszą wartość ergotaminy — względnie jej połączenia łatwo rozpuszczalnego pod postacią winianu — wprowadzonego do handlu przez firmę Sandoz pod nazwą Gynergen. Największe zastosowanie środek ten znalazł przy krwotokach atonicznych poporodowych, tak przed, jakoteż i po odejściu łożyska, w krwawieniach połogowych, jak również przy zatrzymaniu odchodów (*lochiometra*). Co się tyczy stosowania gynergenu w I. i II. okresie porodowym, jak również i przy niezupełnem poronieniu zdania autorów są podzielone. I tak Boewing, Koerting, Turold, Schimmel, Schnitzer na podstawie swoich przypadków, w których spostrzegali tetaniczny skurcz macicy pociągający za sobą znaczny odsetek śmiertelności dzieci, są przeciwnikami stosowania tego środka w I. i II. okresie. Nawet Weinsheimer, który miał wprawdzie dobre wyniki w 39 przypadkach po wstrzykiwaniu gynergenu w celu wywołania lub wzmożenia bólów porodowych, mimo to ostrzega przed stosowaniem go w ogólnej praktyce. Niebezpieczeństwo dla płodu wynika stąd, że bóle porodowe w znaczeniu skurczów macicy stają się silniejsze i dłuższe, a temsamem skracają się pauzy potrzebne do wyrównania krążenia płodowego. Wyniki dodatnie przy poronieniach były zależne od okresu, w którym wstrzykiwania stosowano. Przy poronieniu grożącem (Schimmel), a zwłaszcza przy poronieniu w toku będącem (Frey, Turold) po wstrzykiwaniach gynergenu udało się doprowadzić do samoistnego odejścia jaja płodowego w całości. Przy poronieniu niezupełnem jedynie Turold w 60% przypadków spostrzegał samoistne odejście resztek. Radeckiemu natomiast nie udało się osiągnąć korzystnych wyników podaniem wewnętrznem gynergenu w tabletkach (2 x po 1 mg. ergotaminum tartaricum), brak jednakowoż podniesień ciepłoty, jakoteż i spadek tejże przy gorączkujących poronieniach i brak krwawień następowych, według niego należy przypisać działaniu gynergenu. Samoistne poronienie i to tylko w późniejszych miesiącach ciąży (od 3-ch w górę) następowało według Schimmel'a po wstrzyknięciu znacznej dawki gynergenu, bo w ilości 5 cm^3 dziennie wśródmięśniowo. Turold i Schnitzer w podobnych przyp. doszli do wyników ujemnych. Krwawienia na tle schorzeń ginekolog., a mianowicie w okresie pokwitania, przekwitania, przy włókniakach, z wyjątkiem podśluzowych, ustawały na dłuższy przeciąg czasu po wewnętrznem i pozajelitowem stosowaniu gynergenu (Turold, Guggisberg, Pfeilsticker).

Wobec zachęcających wyników osiągniętych przez powyższych autorów zaczęliśmy stosować gynergen w lwowskiej klinice położniczej.

Materjał nasz obejmuje 140 przypadków, które dają się podzielić na następujące grupy:

1) krwawienia ginekologiczne 27 przyp.
2) poronienia . . . . . . 22 „
3) porody . . . . 68 „
4) połóg . . . . 23 „

Wyniki korzystne niektórych autorów (Turold, Pfeilsticker, Guggisberg) osiągnięte w krwawieniach ginekologicznych, nie dadzą się w zupełności potwierdzić naszemi doświadczeniami. W 27. przypadkach należących do tej grupy — wyniki spostrzegaliśmy rozmaite. I tak przy zbyt obfitych krwawieniach miesiączkowych — menorrhagia — (7 przypadków), których źródła wobec ujemnego badania przedmiotowego należało się dopatrywać w niesprawności mięśnia macicznego — wyniki były zadowalające. Krwawienia ustawały w przeciągu 3—5 dni, po zażyciu 9—16 tabletek gynergenu. Krwawienia atypowe — metrorrhagia — (15 przyp.), których jak wiadomo, przyczynę zawsze prawie znajdziemy w zmianach anatomicznych narządu rodnego — zmniejszały się; przyczem okazało się, że wstrzykiwania działały skuteczniej, aniżeli tabletki podawane na wewnątrz. Nigdy jednak nie udało się nam powstrzymać zupełnie krwawienia. Dlatego też nie możemy się zgodzić ze zdaniem Pfeilsticker'a, według którego przez racjonalne stosowanie gynergenu w wielu przypadkach krwawień możemy uniknąć wycięcia macicy. Jak bowiem wiemy, nie należy się spodziewać ustąpienia krwawienia w tych przypadkach, w których źródło ich leży, czy to w zmianach zapalnych narządu rodnego (*endometritis haemorrhagica, interstitialis, adnexitis*), czy to w zmianach nowotworowych.

Również w krwawieniach klimakterycznych (3 przypadki) nie osiągnęliśmy dobrych wyników, a już zupełnie bez wpływu okazał się gynergen w przypadkach t. zw. *metropathia juvenilis* (2 przyp.). Nie dziwiło nas to, gdyż wiemy, że środkiem tym osiągnąć można dobry skutek tylko w tych przypadkach krwawień macicznych, których źródło leży w niesprawności mięśnia macicznego.

Przy poronieniach niezupełnych (9 przyp.) wstrzykiwaniami gynergenu nigdy nie doprowadziliśmy do zupełnego, samoistnego odejścia resztek jaja płodowego. Zyskaliśmy jednak dzięki skurczom macicy rozwarcie ujścia i rozszerzenie szyi, które pozwalało na usunięcie resztek czy to palcem, czy to zapomocą narzędzi *in situ*, co przecież jest rzeczą bardzo korzystną przy poronieniach gorączkujących. Stosując gynergen tak w czasie, jakoteż i po skrobance (6. przyp.) spostrzegaliśmy znacznie mniejsze krwawienie. Przypadki poronień w toku będących po 2. wstrzyknięciach wśródmięśniowych gynergenu (po jednej ampułce) skończyły się do 24 godzin samoistnem odejściem jaja płodowego w całości. Wyniki powyższe zgodne są z wynikami Frey'a i Turold'a.

Przebieg bezgorączkowych poronień odnosi Radecki do działania gynergenu na mięsień maciczny, którego skurcz silny zapobiega rozszerzeniu się zakażenia. Zapatrywanie to możemy potwierdzić, gdyż przyszliśmy do tego samego przekonania, na podstawie naszych spostrzeżeń w przypadkach poronień gorączkujących i to często krymi-

nalnych, w których po wstrzyknięciu gynergenu następował spadek ciepłoty do normy w przeciągu 24 godzin.

Macica ciężarna we wczesnych miesiącach ciąży jest oporna na działanie gynergenu. Dowodzą tego dwa przypadki, w których przy istniejącem wskazaniu do przerwania ciąży, wstrzyknęliśmy dwa razy po jednej ampułce gynergenu w celu wywołania poronienia. Skurcze macicy według podania chorych zaledwie się zaznaczyły, jednak do poronienia nie przyszło. Schimmel'owi udało się w niektórych przypadkach ciąży (4. mies.) wywołać samoistne poronienie, dawki jednak w tych przypadkach były bardzo duże (po 6. amp. dziennie w przeciągu kilku dni).

Przechodząc do omawiania wyników osiągniętych w czasie porodu — nadmienić należy, że zasadniczo byliśmy przeciwni stosowaniu tego środka, tak w 1-ym, jakoteż w drugim okresie porodowym. Stanowisko bowiem naszej kliniki sprzeciwia się podawaniu preparatów sporyszowych w czasie porodu, a w razie konieczności wzmocnienia bólów porodowych — naturalnie w odpowiedniej porze — posługujemy się przetworami przysadki mózgowej. Jedyny przypadek, w którym dla doświadczenia wstrzyknęliśmy 0.5 cm³ gynergenu wśródmięśniowo pod koniec I. okresu porodowego, dotyczył wieloródki rodzącej w 7-ym miesiącu ciąży. U osoby tej (P. M. L. pr. 559 r. 1925) stwierdzono ciążę bliźniaczą, pęcherz utrzymany, ujście rozwarte na 4 palce. Wobec zupełnego braku bólów porodowych, a słabej nadziei utrzymania przy życiu płodów, wstrzyknęliśmy 0.5 cm³ gynergenu wśródmięśniowo. Po 5 minutach wystąpiły bóle w krzyżach, a po 10-ciu wyraźne skurcze macicy trwające po 2 min. — o krótkich pauzach. Intenzywne działanie trwało godzinę, następnie występowały coraz rzadsze i słabsze bóle. Po 2½ godz. nastąpił samoistny poród niedonoszonych płodów i popłodu. Płody po kilku godzinach zmarły.

Wprawdzie w powyższym przypadku nie wystąpił tężcowy skurcz macicy, spostrzegany przez większość autorów (Boewing, Koerting, Turold, Schimmel, Schnitzer), jednak wobec ostrzeżeń powyższych autorów, jakoteż i wyżej wyłuszczonego stanowiska naszej kliniki, nie próbowaliśmy szerszego stosowania gynergenu w I. i II. okresie. Natomiast zmienił gynergen dotychczasowe pojęcia niestosowania preparatów sporyszowych przed odejściem łożyska. Obawa bowiem obkurczenia się ujścia wewnętrznego, a temsamem utrudnienia wydalenia łożyska okazała się płonną. Nasze doświadczenia opierające się na 38 przypadkach podania gynergenu przed odejściem łożyska w zupełności to potwierdziły, a co więcej wykazały skrócenie trzeciego okresu porodowego. W 14-tu przypadkach profilaktycznego wstrzyknięcia gynergenu wśródmięśniowo t. zn. tam, gdzie obawialiśmy się krwotoku w III. okresie (ciąża mnoga, nadmiar wód płodowych, długotrwałe i operacyjne porody i t. d.) stwierdziliśmy skuteczne i dodatnie działanie gynergenu w znaczeniu dobrych skurczów macicy i braku krwotoku. Jako niezbity dowód skuteczności tego środka mogą posłużyć przypadki krwotoków, tak przed, jakoteż i po odejściu łożyska. Z powodu krwotoków przed odejściem łożyska stosowaliśmy wstrzykiwania wśródmięśniowe gynergenu pięć razy. Już w czasie jednej do dwóch minut występował energiczny skurcz macicy — krwawienie ustawało, poczem zwykle do 10 min. odchodziło samoistnie łożysko. Zabieg Crede'go, który nie udał się przed wstrzyknięciem w jednym z powyższych przypadków, w 12 minut po wstrzyknięciu z łatwością wykonano (rodząca M. F. L. prot. 533. r. 1925). W przypadkach przyrośnięcia łożyska nie można oczywiście spodziewać się dodatniego wyniku, chociaż w jednym przypadku częściowego przyrośnięcia łożyska udało się je wydalić zabiegiem Crede'go, a nieznaczną część przyrośniętą usunięto zapomocą narzędzi. Szósty przypadek należący do tej grupy dotyczy pierwiastki (K. A. L. pr. 1147 r. 1924) przywiezionej na klinikę w 2 godziny po porodzie z powodu zatrzymania łożyska i silnego krwotoku. Natychmiast wstrzyknięto wśródmięśniowo 1 cm³ gynergenu — w 5 minut z łatwością zabiegiem Crede'go wydalono łożysko.

W celu przekonania się co do czasu trwania III. okresu porodowego stosowaliśmy gynergen w 18 przypadkach porodów prawidłowych. W porównaniu do zachowania się III. okresu bez podania gynergenu przekonaliśmy się, że w przypadkach, w których zastosowaliśmy gynergen, III. okres porodowy trwał krócej, bo przeciętnie 12 minut. Działanie objawiało się w silnych skurczach macicy, trwających kilka minut; pobudliwość macicy znaczna — po rozkurczu lekki masaż wywoływał ponowny skurcz.

Na 27 przypadków krwotoków atonicznych poporodowych t. zn. po odejściu łożyska, tylko w jednym przyp. musieliśmy się uciec do tamponady macicy, gdyż mimo wstrzyknięcia gynergenu, a następnie i pituglandolu dożylnie — krwotok nie zmniejszał się. Odczyn Wassermanna u tej chorej wypadł dodatnio, czemu prawdopodobnie przypisać należy brak odczynu mięśnia macicznego. Tem wybitniej okazywało się widocznem działanie po bezskutecznem zastosowaniu innych środków (n. p. ergotyny).

W dwóch przypadkach cięcia cesarskiego po opróżnieniu macicy i wstrzyknięciu do mięśnia macicznego 1 cm³ gynergenu stwierdziliśmy silny i trwały skurcz macicy, co jednak można również odnieść do tamponady, którą zawsze po cięciu cesarskiem stosujemy.

W późniejszych krwawieniach w połogu (2 przypadki) podanie gynergenu wewnętrznie (3 tabletki dziennie) okazało się bardzo skutecznem.

W 21 przypadkach, w których w połogu wystąpiło podwyższenie ciepłoty, z powodu zatrzymania odchodów, stosowaliśmy wstrzykiwania podskórne gynergenu. Zaraz następnego dnia można było stwierdzić spadek ciepłoty do normy i znaczne zwiększenie się odchodów. Celem wzmożenia zwijania się macicy wystarczało wewnętrzne podawanie gynergenu 3 tabletki dziennie.

Objawy uboczne — ból głowy, nudności, wymioty, towarzyszące przedewszystkiem wstrzykiwaniom gynergenu, występowały najwyraźniej w przypadkach poronień i krwawień na tle schorzeń ginekologicznych (15 razy).

W połogu, objawy uboczne występowały rzadziej i to zależnie od dnia połogu — im później tem częstsze i w silniejszym stopniu. Po zastosowaniu gynergenu bezpośrednio po porodzie, lub w czasie porodu — objawów ubocznych nie zauważyliśmy ani razu. Według Boewing'a i Schimmel'a objawy uboczne nie występują nigdy w tych przypadkach, gdzie stosowanie gynergenu było ściśle wskazane (atonia, lochiometra).

Koerting i Turold uzależniają nasilenie objawów ubocznych od zmian w narządzie krążenia i systemu nerwowego, zwłaszcza pierwszy z tych autorów jest przeciwnikiem stosowania gynergenu w przypadkach powyższych schorzeń. Bezwzględnie odgrywa tu także rolę i wielkość dawki, którą autorowie stosowali indywidualnie. Wahała się ona od 0.5 do 6 cm³ dziennie (Schimmel).

Stosowanie może być wewnętrzne, podskórne, wśródmięśnowe, dożylne (Weinsheimer) i wprost do mięśnia macicznego. Dawki nasze nie przekraczały 2 cm³ wśródmięśniowo, względnie 3 tabletek dziennie na wewnątrz.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń doszliśmy do przekonania, że:

1) w I. i II. okresie porodowym gynergen nie nadaje się do szerszego stosowania;

2) przy krwotokach przed — względnie po odejściu łożyska ze wszystkich preparatów sporyszowych gynergen okazał się najskuteczniejszym;

3) w połogu przyśpiesza gynergen zwijanie się macicy i w ten sposób przez energiczny skurcz mięśnia macicznego może mieć do pewnego stopnia znaczenie zapobiegawcze co do zakażenia;

4) poronienia w toku będące kończą się po podaniu gynergenu odejściem jaja płodowego w całości;

5) przez podanie gynergenu nie udaje się ani wywołać poronienia, ani też samoistnego odejścia w całości resztek jaja płodowego przy poronieniach niezupełnych;

6) tylko niektóre krwawienia ginekologiczne ustają po zastosowaniu gynergenu.

Piśmiennictwo:

1) Boewing: Münch. med. Woch. 1922. N. 8. — 2) Schw. med. Woch. 1922. N. 1. — 3) Guggisberg: Schw. med. Woch. 1922. N. 4. — 4) Koerting: Münch. med. Woch. 1924. Nr. 23. — 5) Koerting: Klin. Woch. 1923. Nr. 25. — 6) Lützenkirchen: Münch. med. Woch. 1924. N. 49. — 7) Naujoks: Zentbl. f. Gyn. 1924. Nr. 6. — 8) Pfeilsticker: Münch. med. Woch. 1924. Nr. 16. — 9) Radecki: Zentr. f. Gyn. 1924. Nr. 36. — 10) Schimmel: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXVI. — 11) Schnitzer: Münch. med. Woch. 1924. Nr. 27. — 12) Schnitzer: „Bericht über die XI. Tagung der Bayerschen Gessellschaft für Geburtshilfe u. Frauenheilkunde". Münch. med. Woch. 1924. Nr. 24. — 13) Spiro: Schweitz. med. Wochenschr. 1921. Nr. 32. — 14) Turold: Med. Klin. 1923. Nr. 33-34. — 15) Weinsheimer: Monatschr. f. Geb. und Gyn. Bd. LXIV.

Henryk ZAWISTOWSKI, Kraków.
asystent kliniki.

Przebieg i wyniki leczenia sztuczną odmą 120 przypadków gruźlicy płuc *).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego
Dyrektor: Prof. Dr. Orłowski
oraz z b. Sanatorjum Dra Dłuskiego w Zakopanem.

W niniejszej pracy zamierzam przedstawić wyniki spostrzeżeń dotyczących 122 chorych, leczonych odmą sztuczną. Materjał ten stanowi część chorych, leczonych odmą w latach 1919—1921 w Sanatorjum Dra Dłuskiego w Zakopanem, następnie chorych, leczonych odmą w Klinice medycznej U. J. w latach 1921—1925, wreszcie chorych z praktyki prywatnej. Okres spostrzegania wynosi z górą 6 lat. Chorzy, którym w ciągu tego okresu czasu wykonywałem dopełnienia, a którym założono odmę w latach dawniejszych, nie wchodzą w ramy niniejszego zestawienia.

Wynikałoby napozór, że warunki, w jakich odbywało się leczenie odmą sztuczną tych chorych, były zgoła różne: z jednej strony klimat górski i nowocześnie urządzone sanatorjum, z drugiej leczenie ambulatoryjne w mieście. Różnica ta jednak nie jest tak bezwzględna. Znaczna część bowiem chorych, przebywających początkowo w Zakopanem, leczyła się potem ambulatoryjnie w mieście; z drugiej strony chorzy po rozpoczęciu leczenia w Krakowie po ustaleniu się dłuższych przerw między napełnieniami i po uzyskaniu względnej poprawy udawali się do miejscowości klimatycznych, zazwyczaj zresztą nie na długo, gdyż warunki ekonomiczne w ubiegłych latach nie sprzyjały systematycznemu leczeniu w uzdrowiskach, zwłaszcza chorych z pośród inteligencji pracującej, jakich znaczny odsetek obejmuje moje zestawienie.

Z pomiędzy 122 chorych o 2 przypadkach wspomnę krótko: nie były to przypadki gruźlicy, lecz zgorzeli oraz ropienia płuc. W pierwszym u chorego zgórą siedemdziesięcioletniego odma nie zdołała powstrzymać bliskiego zejścia śmiertelnego, w drugim z powodu zrostów okazała się niewykonalną.

Wśród pozostałych 120 chorych było 78 kobiet, 42 mężczyzn. Wiek oznaczają liczby następujące: od 10 do 20 lat — 35 chorych, od 20 do 30 — 61, od 30 do 40 — 17, od 40 do 50 — 6, wreszcie od 50 do 60 — 1 chory. Widoczna przewaga lat młodych i wczesnych wieku dojrzałego.

Były to przypadki bez wyjątku ciężkie, nieraz rozpaczliwe. Chorzy, leczeni w Zakopanem, przebyli przedtem czas obserwacji i leczenie klimatyczne bez dodatniego wyniku albo z ujemnym. Chorzy, którym odmę rozpocząłem stosować w mieście, albo przebyli niejednokrotnie leczenie klimatyczne bez wyraźnej poprawy i zostali skierowani do założenia odmy, sprawa bowiem w płucu postępowała, albo przedstawiali typ ciężkiej szpitalnej gruźlicy płuc ludzi, pracujących ciężko w mieście, w złych warunkach. Rokowanie u wszystkich było niepomyślne; u wielu można było życie liczyć na miesiące, nawet na tygodnie. Wszyscy moi chorzy znajdowali się w III. okresie według podziału Turbana; podług zaś klasyfikacji Sterlinga chorych w II. okresie było 100 (83%), mianowicie w poddziałach: II. b. st. — 1, II. b. pr. chr. — 66, II. b. pr. ac. — 21, II. c. — 12. Pozostałych 20 należy do III okresu Sterlinga, mianowicie: III. b. — 12, III. c. — 8.

Odmę stosowałem u 54 chorych przy schorzeniu prawego płuca, u 66 po stronie lewej, zaznaczę jednak, iż znikoma tylko ilość chorych miała zmiany wyłącznie jednostronne, zazwyczaj bowiem udawało się bądź zwykłemi metodami fizykalnemi bądź roentgenologicznemi wykazać zmiany i po drugiej stronie. Bywały one czasem rozległe. W tych przypadkach zakładałem odmę w gorszem z dwu chorych płuc, uzyskując często doraźną poprawę, niekiedy nawet trwałą.

Nie udało mi się odmy założyć z powodu zrostów u 16 chorych (13%), założyłem natomiast i podtrzymywałem u 99 (84,5%), wreszcie w 5 przypadkach podtrzymywałem odmę, która się wytworzyła samoistnie.

Z chorób, które towarzyszyły sprawie płucnej u chorych z udałą odmą, wymienić należy: w 12 przypadkach gruźlicę krtani, w 1 gruźlicę jelit, w 1 gruźlicę kręgosłupa, w 2 nefrozę, w 1 skrobiawicę nerek, w 1 kamicę nerkową, w 1 niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania, wreszcie, jako czasowe powikłanie, w kilku przypadkach, czerwonkę.

O metodzie leczenia wspomnę krótko. Stosowałem wyłącznie sposób Forlaniniego, a więc nakłucie klatki piersiowej igłą lub trójgrańcem; dopełnienia zawsze igłą. Posługiwałem się aparatem Küssa lub innym, na podobnej zasadzie ruchomych względem siebie naczyń opartym. Przez krótki czas używałem aparatu w rodzaju Sorgo z pompką wtłaczającą bezpośrednio powietrze do jamy opłucnej. Używania aparatów tego typu wkrótce zaniechałem, są one bowiem mniej wygodne w użyciu, mogą nie dawać pewnych wskazówek co do ilości wprowadzanego gazu, wreszcie są mniej bezpieczne, gdyż wprowadzają gaz zawsze pod ciśnieniem dodatniem. W ostatnich latach wprowadzałem do jamy opłucnej wyłącznie powietrze, przeprowadzone przez rurkę szklaną z wyjałowioną gazą i ogrzane mniej więcej do ciepłoty ciała. Chory w czasie zabiegu leży na boku, z podwyższoną przy pomocy wałka lub poduszki tą częścią klatki piersiowej, gdzie wykonuję nakłucie. Znieczulenie chlorkiem etylu. Sposób prowadzenia leczenia t. j. terminy poszczególnych napełnień, ciśnień, ilość powietrza i t. d. odpowiada w moich przypadkach mniej więcej szkole francuskiej (Küss, Dumarest Murard i in.). Nie starałem się więc wywierać możliwego maksimum ucisku, a raczej szukałem optimum dla każdego chorego, wprowadzając minimum necessarium gazu. Przy oznaczaniu owego optimum kierowałem się stanem ciepłoty chorego, kaszlem i odpluwaniem, wagą ciała, wreszcie samopoczuciem chorego. Unikałem wywoływania duszności nawet lekkiego stopnia gdyż ona może się wzmagać po ukończeniu zabiegu w zależności od zmiany pozycji lub ruchów chorego. Podnoszenie i utrzymywanie coraz to wyższego i wysokiego ciśnienia w jamie odmowej jest zupełnie zbędne dla otrzymania dodatniego wyniku leczenia; nie pomoże wiele również przy zrostach, gdyż walka z istniejącemi a zwłaszcza tworzącemi się zrostami prawie zawsze kończy się przegraną, przyczem może być ona, jak zgodnie prawie wszyscy autorzy podnoszą, zgubną dla chorego.

Zresztą sposób prowadzenia leczenia wymaga zmian w zależności od warunków, w jakich się ono odbywa, powikłań, wreszcie poniekąd i od samego chorego, słowem nie chorego należy wtłaczać w szemat, a raczej starać się umiejętnie dobierać dla niego ramy postępowania. Przechodzę do powikłań w przebiegu leczenia u moich chorych. Wysięk surowiczy w jamie opłucnej wystąpił u 30 chorych (29%); przebiegał on z gorączką lub bez, był skąpy, albo bardzo obfity, o przebiegu łagodnym albo mniej lub więcej ciężkim.

*) Według wykładu na I. Zjeździe Przeciwgruźliczym w Krakowie dn. 16 maja 1925 r.

Przejście między temi postaciami bywało czasem nieuchwytne, gdyż na początku zwłaszcza leczenia trudno nieraz niewielkie podniesienie ciepłoty uzależnić bezwzględnie od powstającego wysięku; z drugiej strony wysięk obfity, kilkulitrowy, przebiegał nieraz łagodnie, przy nieznacznych stanach podgorączkowych, skąpy zaś, z trudnością stwierdzalny, przechodził wśród objawów burzliwych, jako ciężkie powikłanie. Dlatego też wyraźne rozgraniczenie tych postaci z wyodrębnieniem lekkiej, jako oddzielnej formy (*épenchement idiopathique* autorów francuskich) nie wydaje mi się ścisłem i łatwem do przeprowadzenia.

Czas wystąpienia wysięku wahał się w moich przypadkach od kilku dni do 12 miesięcy od założenia odmy. W pierwszym miesiącu wystąpiło to powikłanie u 18 chorych, w drugim u 5, w czwartym u 2, w piątym u 3, u pozostałych w późniejszych miesiącach.

Zwykły los długotrwających wysięków był: albo wchłanianie się, albo organizowanie się i sprzyjanie zarastaniu odmy przez tworzenie zrostów, częstokroć przy stopniowem zropieniu płynu wysiękowego. Ponieważ zwalczanie zrostów rzadko okazuje się możliwe, starałem się zawczasu przeciwdziałać zbyt wczesnemu ich występowaniu przez stopniowe wypuszczanie płynu i zastępowanie go powietrzem, pod kontrolą Roentgena. Zrzadka zdarzało mi się spostrzegać przemianę wysięku ropnego w surowiczy przy długiem jego trwaniu.

Zrosty opłucnowe pozostałe w przebiegu leczenia uważa się powszechnie za powikłanie odmy: niektórzy autorowie twierdzą to również o zrostach istniejących od początku leczenia. W moim materjale były one zjawiskiem bardzo częstem, tak, iż odmę całkowitą udawało się wytworzyć zaledwie w pewnym tylko odsetku przypadków.

Wysięk odrazu ropny wystąpił u 6 chorych (6%). Jest to powikłanie zwykle przebiegające ciężko, z długotrwałą gorączką i wyniszczeniem i często prowadzące do znacznego pogorszenia stanu chorych.

Przetoka oskrzelowa wytworzyła się u 3 chorych z zejściem śmiertelnem.

Przypadków i powikłań ciężkich lub śmiertelnych, zależnych od samego zabiegu lub będących w bezpośrednim z nim związku, nie przytrafiło mi się spostrzegać przez cały 10-letni okres stosowania odmy. Ponieważ zdarzają się one nawet przy zachowaniu wszelkich ostrożności i przy najlepszej technice, można z powyższego wyprowadzić ten jedynie wniosek, że szanse wystąpienia tych tragicznych powikłań są małe.

Jeszcze kilka słów o czasie trwania leczenia. Pytanie to słyszy często każdy lekarz, stosujący odmę bądź od chorego bądź od jego rodziny już przed rozpoczęciem leczenia, a zawsze w jego przebiegu. Odpowiedzi na to dać zgóry nigdy nie można. W jednym przypadku już kilkumiesięczne leczenie daje znakomite wyniki, nawet kliniczne wyleczenie, w drugim, mimo kilku lat leczenia, stan chorego nie pozwala myśleć o zaprzestaniu stosowania odmy. Zależeć to może od postaci gruźlicy, bardziej wytwórczej lub bardziej wysiękowej, od sił obronnych ustroju, wreszcie od warunków zewnętrznych. W przypadkach gruźlicy wysiękowej, u osób o słabem napięciu sił żywotnych leczenie stosuje się (i należy stosować) dłużej — 2, 4 i więcej lat. U osób typu przeciwnego — znacznie krócej. Zazwyczaj życie samo daje rozwiązanie tego doniosłego dla chorego i lekarza zagadnienia: rozmiary odmy, obecność wysięku i zrostów, czasem okoliczności zewnętrzne wpływają na czas trwania leczenia i wyręczają lekarza w odpowiedzi na to trudne pytanie.

O innych warunkach leczenia jak np. kontrola promieniami Roentgena, możliwie stała opieka lekarska i t. d., jako o znanych ogólnie, mówić nie będę.

Nadmienię jeszcze, że u chorych leczonych odmą stosowałem również i leczenie objawowe; podawałem w miarę potrzeby przetwory farmaceutyczne z arsenału leków powszechnie przy gruźlicy płuc używanych. Nie stosowałem leczenia swoistego; w nielicznych tylko przypadkach stosowałem proteinoterapję w postaci wstrzykiwań mleka śródmięśniowo. W poszczególnych razach dołączałem do leczenia naświetlania słońcem lub lampą kwarcową.

Wyniki, które osiągnąłem, określają rubryki następujące: duża poprawa (w tem również kategorje »kliniczne wyleczenie«), względna poprawa, stan bez zmiany, pogorszenie, śmierć. Jako dużą poprawę rozumiem stan wolny od wyraźnych objawów choroby, czyli: utrata gorączki, kaszlu i prątków, powrót do sił fizycznych, przybytek wagi, w płucach objawy sprawy nieczynnej. Kliniczne wyleczenie — t. j. długotrwały dobry stan ogólny i dobry stan płuc, w warunkach życia zwykłych, często miejskich, przy pracy zawodowej, studjach uniwersyteckich i t. p.

Do tej kategorji zaliczyć mogę 38 moich przypadków (36,4%). Z tych 16 uważam za klinicznie wyleczonych; u tych osób upłynęło 6, 5, 4, 3 lata od założenia odmy. Do tejże grupy zaliczam również przypadki świeższe, które odma sztuczna utrzymuje w dobrym, prawie normalnym, stanie ogólnym, rażąco różnym od ciężkiego stanu przed rozpoczęciem leczenia.

Względną poprawę uzyskało 18 osób (17,3%) t. j. całkowity spadek lub znaczne obniżenie gorączki, często utratę kaszlu i prątków w plwocinie, przybytek wagi. Poprawa ta nie jest jednak tak trwała lub tak wybitna, jak u pierwszej kategorji chorych, zdarzają się obostrzenia, stan chorych ulega wahaniom; w płucach objawy jeszcze czynnej sprawy.

Bez zmiany pozostało 6 chorych (prawie 6%). Prawdopodobnie z biegiem czasu przeszli lub przejdą oni do rubryk następnych.

Pogorszenie po odmie wystąpiło u 18 chorych (17,3%), przeważnie wskutek rozszerzenia się sprawy gruźlicy w drugiem płucu. Wreszcie śmierć nastąpiła u 24 chorych (23%). Byli to chorzy, u których odma została wykonana w stanie nieomal beznadziejnym, lub też chorzy z innych kategoryj, u których nastąpiło pogorszenie niwecząc poprzednio uzyskaną poprawę.

Ogółem duża i względna poprawa obejmuje 56 chorych (54%).

Do tej liczby należy dołączyć dodatkową rubrykę »doraźna« lub »czasowa« poprawa, obejmującą 20 chorych; chorzy ci pod wpływem leczenia odmą sztuczną uzyskali czasowe nieraz wybitne polepszenie, trwające u niektórych 2 do 4 lat później zaś przeszli do rubryki »pogorszenie« lub »śmierć«.

Przypadek 1.
Tak n. p. chora B. S., lat 30, od założenia odmy w sierpniu 1921 roku do lipca 1924 czuła się dobrze, nie gorączkowała, prowadziła życie prawie normalnie, zajmując się gospodarstwem domowem i wychowaniem dzieci; w czerwcu 1924 r. zjawiły się stany podgorączkowe, krwioplucie, odnowione (lub nowe) ognisko w niedającem się już całkowicie ucisnąć prawem płucu, wysięk ropny; w kwietniu 1925 roku przetoka oskrzelowa, torakoplastyka wykonana w Krakowie.

Przypadek 2.
Chora M. D. l. 17 przedstawia stan zadowalający po założeniu odmy sztucznej od 1919 do 1922 roku, poczem pogorszenie w drugiem płucu, zapalenie opon mózgowych, śmierć.

Innych nie przytaczam.

Jeśli teraz porównam statystyki takich autorów, jak Sangmann, u którego odsetek poprawy wynosił 44,3%, Muralt — 67,8%, Brauer i Spengler — 78,3%, Dumarest i Mirard — około 50% i inni — to stwierdzić można, że liczby te stoją blisko uzyskanych w powyżej przedstawionem obliczeniu. Zwłaszcza jeżeli dodać do liczby 54% dużej i względnej poprawy jeszcze 19% poprawy czasowej (doraźnej), która była przedłużeniem życia w zupełnie dobrym stanie o kilka lat, to odsetek ogólny poprawy, uzyskanej u omawianych przezemnie chorych przez zastosowanie odmy sztucznej wzrośnie do 73.

Odma sztuczna, jako metoda lecznicza, ma dostatecznie ugruntowane stanowisko i tradycje. Odzywają się jednak czasem głosy sceptyczne podając wyniki jej w wątpliwość (Renau), traktując ją jako środek na krótką metę obliczony, raczej symptomatyczny; inni radzą zastępować odmę sztuczną przez torakoplastykę. Wyżej podane liczby dostarczają raz jeszcze przekonywującego dowodu wartości odmy sztucznej jako metody leczniczej, lekkiej i dość bezpiecznej dla chorego, nietrudnej do owładnięcia dla lekarza i dającej duży odsetek pomyślnych wyników.

Wykłady i odczyty.

Dr. M. TOMASZEWSKA. Łódź.

Rola przychodni w walce z gruźlicą chirurgiczną *).

Społeczna walka z gruźlicą skierowana jest głównie, można nawet powiedzieć — prawie wyłącznie w kierunku zwalczania gruźlicy płucnej. Uderzającą natomiast jest rzeczą obojętność z jaką jest traktowana gruźlica chirurgiczna, czyli pozapłucna. W państwach zachodnich istnieje wprawdzie szereg sanatorjów przeznaczonych dla tych postaci gruźlicy, zwłaszcza Francja ma liczne zakłady różnego typu, przeznaczone przeważnie dla dzieci z gruźlicą pozapłucną, a położone nad morzem zarówno na wybrzeżach północy, jak i południa. Nie można więc twierdzić, że sprawa leczenia tych postaci gruźlicy jest zaniedbana, zwłaszcza, że wiele z tych zakładów jest utrzymywanych z funduszów publicznych i przeznaczonych dla dzieci niezamożnych.

Nie mniej jednakże w organizacji instytucji społecznych mających na celu zapobieganie gruźlicy i stałą opiekę nad chorymi gruźliczymi, gruźlica chirurgiczna nie zajmuje nigdzie należnego jej miejsca. Loewenstein w obszernej swej książce (z r. 1924) o leczeniu gruźlicy omawia drobiazgowo organizację stacji przeciwgruźliczych zarówno we wszystkich krajach europejskich, jak i w Ameryce, i absolutnie nigdzie nie wspomina, aby tą siecią instytucyj badawczych i opiekuńczych objętą była, także gruźlica pozapłucna. Czy przyczyną tego stanu rzeczy jest mniejsza zaraźliwość tych postaci gruźlicy, czy też ten fakt, że walka z gruźlicą inicjowana i prowadzona jest zazwyczaj przez lekarzy internistów trudno rozstrzygnąć. Nie można jednak uznać tego stanu rzeczy za zadowalający. Stacje przeciwgruźlicze, prócz swych zadań z zakresu opieki społecznej nad chorym, mają przecież przedewszystkiem znaczenie instytucyj rozpoznawczych, w których lekarze-specjaliści w przypadkach wątpliwych wydają ostateczną opinję rozpoznawczą. A wszak nie mniej ważnem, jak w gruźlicy płucnej, jest wczesne rozpoznanie gruźlicy pozapłucnej, zwłaszcza stawowej i kostnej, gdyż wczesne zastosowanie właściwego leczenia może w większości przypadków uchronić chorego od ciężkich kalectw, które sprowadza zaniedbanie tych schorzeń. Na pierwszy plan wysuwa się tu gruźlica kręgów, która rozpoznana i leczona wcześnie, może przejść bez wybitnego garbu, bez wyniszczających długiem ropieniem przetok i bez porażeń. Przy gruźlicy stawowej zaniedbanej dochodzi do ciężkich zaburzeń czynnościowych z powodu przykurczeń i zesztywnień stawów, patologicznych zwichnięć i innych zniekształceń, których nigdy w stopniu tak wysokim nie widzimy przy wczesnem zastosowaniu leczenia.

Nie tylko jednak w kierunku rozpoznawczym przychodnie przeciwgruźlicze mają do spełnienia obszerne i wdzięczne zadanie. Przy chorobie tak długotrwałej i wymagającej leczenia żmudnego, które tylko przy wielkiej wytrwałości rodziców można u dziecka przeprowadzić, strona uświadamiająca i pouczająca działalności przychodni nabiera szczególnego znaczenia i doniosłości.

Co się zaś tyczy opieki materjalnej, pomocy żywnościowej, rozdawnictwa leków, zwłaszcza tranu rybiego, to jest rzeczą oczywistą, że w tym kierunku pomoc instytucyj społecznych jest dla biednych chorych nie mniej ważną przy gruźlicy t. zw. chirurgicznej, jak przy płucnej.

Widzimy więc, że przychodnie przeciwgruźlicze powinny swą działalnością obejmować wszelkie postacie gruźlicy, nietylko płucnej, gdyż i na polu zwalczania gruźlicy pozapłucnej mogą wykazać użyteczność bardzo daleko idącą.

W łódzkiej sekcji do walki z gruźlicą na gruźlicę chirurgiczną jest położony duży nacisk.

W swem założeniu organizacja pomyślana jest taksamo, jak w stosunku do gruźlicy płucnej, t. zn. że Sekcja jest instytucją centralną, kwalifikująca chorych, zależnie od wskazań klinicznych 1. do szpitali, 2. do miejskiej stacji światłoleczniczej, 3. na miejskie kolonie letnie w zdrojowiskach krajowych (Busk, Rabka, Gdynia), 4. pod opiekę chirurga, który leczy w mieszkaniach chorych obłożnie, a niekoniecznie potrzebujących pomocy szpitalnej, 5. do leczenia w ambulatorjach miejskich.

Ten typ organizacji wykazał bardzo dodatnią działalność zwłaszcza w czasach okupacyjnych w Łodzi, kiedy skutkiem ogólnego bezrobocia i nędzy, gruźlica chirurgiczna, szczególnie u dzieci, przybierała charakter prawdziwej klęski społecznej. Wobec małej ilości miejsc szpitalnych w Łodzi, można było przy tej organizacji gospodarować niemi racjonalnie, skierowując do szpitali jedynie chorych koniecznie wymagających leczenia szpitalnego, głównie operacyjnego, zapewniając innym leczenie bądź opatrunkami w ambulatorjach, czy w domu, bądź leczenie naświetlaniami. Możliwem jest, że w takiej np. Francji nasza organizacja nie jest konieczna, gdyż wobec rozgałęzionej sieci zakładów leczniczych, przeznaczonych wyłącznie dla gruźlicy pozapłucnej, każdy chory, zwłaszcza dziecko, znajdzie możność leczenia się w zakładzie. W Polsce jednak, wobec małej ilości szpitali, a przy zupełnym braku zakładów dla gruźlicy chirurgicznej przeznaczonych, organizacja taka umożliwia racjonalne wyzyskanie tych nielicznych miejsc szpitalnych, które mogą być oddane dla gruźlicy pozapłucnej i zapewnienie innych sposobów leczenia chorym, dla których miejsc szpitalnych nie starczy. Brak bowiem oddziałów szpitalnych lub sanatorjów specjalnych dla gruźlicy chirurgicznej jest jedną z najbardziej palących bolączek naszego szpitalnictwa. Każdy z lekarzy, pracujących w szpitalu chirurgicznym, zwłaszcza dziecięcym, zna te walki, staczane z rodzicami, którzy niejednokrotnie miesiącami całemi szturmują do szpitala, zanim im się uda umieścić dziecko chore na gruźlicę chirurgiczną. W naszych ciężkich warunkach finansowych zarówno państwa, jak samorządów, otwiera się tu wielkie zadanie społeczne do spełnienia dla Kas chorych które, obejmując ubezpieczeniem przeważnie ludność niezamożną, dostarczają też głównego kontyngensu gruźlicy chirurgicznej, a mianowicie: zakładanie specjalnych szpitali dla gruźlicy chirurgicznej, położonych w warunkach klimatycznie najodpowiedniejszych, a więc w górach i nad morzem, zaopatrzonych w urządzenia chirurgji, i światłolecznictwo i pozostających pod kierownictwem wyszkolonych lekarzy specjalistów.

Ostatnio stawiane jest jeszcze jedno racjonalne żądanie w tym zakresie, mianowicie, aby leczenie ambulatoryjne gruźlicy chirurgicznej prowadzone było w odrębnych ambulatorjach. Żądanie to jest zupełnie uzasadnione ze względu na możność wprowadzenia wtórnego zakażenia podczas opatrunków, a zwłaszcza przy nakłóciach ropni zimnych, dokonywanych w ogólnych ambulatorjach. Sprawa ta nie jest małej wagi, gdyż rzeczą jest znaną każdemu chirurgowi, jak fatalny wpływ na przebieg gruźlicy chirurgicznej ma zakażenie zimnego, a więc aseptycznego ropnia, zarazkami ropotwórczemi. W ambulatorjach klinicznych, czy szpitalnych, należycie urządzonych i zaopatrzonych w personel wyrobiony pod względem aseptyki chirurgicznej, rzecz ta może być zbyteczną; w instytucjach natomiast udzielających masowej pomocy, o bardzo obfitym materjale ostrych spraw ropnych, więc przedewszystkiem w ambulatorjach Kasy Chorych, staje się sprawą pierwszorzędnej doniosłości.

Reasumując najważniejsze dezyderaty w sprawie zwalczania gruźlicy chirurgicznej przychodzimy do wniosku, że koniecznem jest:

1. Wyznaczanie w Przychodniach przeciwgruźliczych należnego miejsca walce z gruźlicą pozapłucną;
2. zakładanie w Przychodniach stacji światłoleczniczych;
3. zakładanie specjalnych sanatorjów dla gruźlicy pozapłucnej w górach lub nad morzem;
4. zakładanie specjalnych ambulatorjów dla gruźlicy chirurgicznej zwłaszcza przy ambulatorjach Kas Chorych;
5. zakładanie kolonij leczniczych w uzdrowiskach o źródłach solankowych — na wzór kolonji w Rabce i Busku.

*) Referat uzupełniający do referatu głównego: „Rola przychodni w walce społecznej z gruźlicą". I. Ogólno-polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie 16 i 17 maja 1925.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Bronisław FRENKIEL Łódź.

Ze studjów nad układem współczulnym.

Z Oddziału nerwowego Szpit. O. K. Nr. IV. w Łodzi.

Podwójne unerwienie narządów wewnętrznych przez układ nerwowy współczulny uważa się niemal za zupełnie ustalone. Unerwienie to jest nie tylko podwójne, ale jednocześnie antagonistyczne, przyczem autorzy rozumieją to w ten sposób, że każdy narząd o czynności t. zw. wegetatywnej otrzymuje podrażnienia nerwowo-ruchowe z dwu różnych miejsc układu ośrodkowego nerwowego za pośrednictwem dwóch różnych nerwów współczulnych *(ortosympathicus i parasympathicus)*[1], których działanie jest zawsze odwrotne: tam, gdzie *parasympathicus* (względnie *vagus*) do czynności narząd pobudza[2], *ortosympathicus* czynność hamuje i na odwrót.

Liczne doświadczenia dowiodły słuszności tego twierdzenia dla serca, przewodu pokarmowego, naczyń krwionośnych, tęczówki i t. d. Należy jednakże zwrócić uwagę na to, że dla wielu narządów, względnie ich czynności, podwójne współczulne unerwienie nie jest jeszcze ustalone. Jako przykład wskażę czynność gruczołów potowych; jak wiemy, są one unerwione przez włókna ortosympatyczne (które notabene pod względem farmakologicznym zachowują się, jak nerw błędny). Z. R. Müller przypuszcza istnienie w tych gruczołach również włókien parasympatycznych,

[1]) Podług terminologji Laiguel-Lavastinéa.
[2]) Względnie utrzymuje pewien stan napięciowy.

pobudzających czynność poto-wydzielniczą, powodując wydzielanie się potu jakościowo odrębnego od zwykłego potu (t. zw. pot zimny). Na hipotezę Müllera nie posiadamy żadnych dowodów, zwłaszcza anatomicznych. Właśnie ta nieudowodniona hipoteza Müllera jest wynikiem dążności do zupełnego uogólnienia twierdzenia o antagonistycznem współczulnem unerwieniu narządów, uogólnienia, które jest conajmniej przedwczesne, a bezcelowe z punktu widzenia biologicznego. Twierdzenie to mojem zdaniem może spełniać rolę li tylko hipotezy heurystycznej, zmuszając nas do nowych poszukiwań anatomicznych, względnie farmakofizjologicznych w tym kierunku.

Ale nawet tam, gdzie badania anatomiczne wykazały podwójne współczulne unerwienie, fizjologja doświadczalna nie zawsze ustaliła ich działanie antagonistyczne. Kudrawietzky i Modrakowski dowiedli, że drażnienie n. błędnego wywołuje wzmożenie wydzielania trzustki; jednakowoż wydzielanie trzustki powiększa się również i pod wpływem drażnienia włókien ortosympatycznych, aczkolwiek w stopniu mniejszym[3]). W tym przypadku więc można raczej mówić o synergistycznem działaniu obu nerwów współczulnych. Co więcej, po sparaliżowaniu zapomocą atropiny zakończeń n. błędnego drażnienie włókien ortosympatycznych wywołuje skutek większy, niż normalnie. Nerw współczulny (orto) zatem obejmuje zastępczo czynność n. błędnego.

Dwa powyższe przykłady wskazują na konieczność licznych zastrzeżeń, co do uogólnienia zasady o podwójnem antagonistycznem unerwieniu współczulnem, zasady, która zdaniem Müllera stanowi podstawową różnicę odśrodkowego unerwienia w układzie wegetatywnym i t. zw. zwierzęcym.

Należy z kolei poddać analizie mechanizm antagonizmu unerwienia współczulnego tam, gdzie on jest bezsprzecznie stwierdzony.

Wiadomo, że podrażnienie włókien parasympatycznych w n. okoruchowym (N. III.) wywołuje zwężenie źrenicy, a podrażnienie włókien ortosympatycznych jej rozszerzenie. N. okoruchowy (a właściwie parasympatyczne jego włókna) unerwia zwieracz tęczówki, i jego podrażnienie wywołuje skurcz tego mięśnia; nerw współczulny właściwy (*ortosympathicus*) wywołuje skurcz innego mięśnia tęczówki *(m. dilatator pupillae)*, powodując rozszerzenie źrenicy. Dwa więc nerwy współczulne działają na dwa różne mięśnie, na dwa różne narządy wykonawcze. Oba nerwy wywołują analogiczny stan czynnościowy (skurcz mięśnia), ale w różnych narządach, których działanie jest wzajemnie odwrotne. Gdyby udało się nerwy przeszczepić (to jest n. parasympatyczny połączyć z *m. dilatator*, a n. sympatyczny z *m. sphincter pupillae*), otrzymalibyśmy przy drażnieniu tych nerwów rezultat odwrotny, niż zazwyczaj. Widzimy, że obie części układu współczulnego prowadzą coprawda do wyniku antagonistycznego, ale zapomocą takiego samego mechanizmu, jaki znany nam jest i w układzie t. zw. zwierzęcym. Taki sam antagonizm unerwienia zachodzi np. między zginaczami i rozginaczami przedramienia. Jeżeli pewien kompleks stawowo-kostno-mięśniowy[4]) uznamy za narząd, w takim razie można powiedzieć, że każdy z tych narządów jest antagonistycznie unerwiony. Gdzież jest wzmiankowana różnica (Müller) w unerwieniu zwykłem i współczulnem?[5]).

Inny jest mechanizm antagonistycznego działania nerwów współczulnych w sercu. Nerw błędny (parasymp.) hamuje czynność mięśnia sercowego pod każdym względem (chrono-bathmo-dromo i inotropizm). Nerw błędny wywiera swój wpływ za pośrednictwem wewnątrzściennych ośrodków nerwowych (intramuralnych). Ośrodki te, rozrzucone w wielu miejscach w mięśniu sercowym, grupują się głównie w dwóch: 1) przy wejściu *vena cava superior* do prawego przedsionka i 2) między przedsionkiem i komorami, a więc w bezpośrednim sąsiedztwie z temi szczególnemi tworami, którym fizjologja dzisiejsza przypisuje główną rolę w czynności mięśnia sercowego, a które pod względem histologicznym stanowią tkankę, pośrednią między nerwową, a mięśniową (analogicznie do t. zw. Endplatte w mięśniach — tkanka węzłowa — tissu nodal). Wewnątrzścienne nerwowe ośrodki zdolne są do wywoływania skurczów oraz rozkurczów n. sercowego samoistnie (automatyzm). Stosunek ośrodków nerwowych do ośrodków mięśniowych (węzeł zatokowy i system His-Tawara) nie jest nam znany. Wobec tego musimy wszystkie te trzy twory (ośrodki nerwowe ścienne, ośrodki węzłowe łącznie z mięśniem sercowym) uważać za jeden wspólny aparat wykonawczy, na który dopiero działanie swoje wywierają nerwy współczulne pozasercowe, i właśnie w znaczeniu antagonistycznem. Ten aparat wykonawczy w całości jest pobudzany przez n. ortosympatyczny[6]), a hamowany przez n. błędny. Oba nerwy współczulne wywołują w jednym i tym organie wykonawczym istotnie odwrotny stan czynnościowy. Zachodzi więc tu prawdziwy czynnościowy antagonizm. Tu już przeszczepienie nerwów jest niemożliwe, ponieważ oba nerwy kończą się w jednym i tym samym narządzie[7]).

Wiemy, że antagonizm ten dochodzi do skutku za pośrednictwem zmian w rozkładzie jonów, które są w ten sposób jakoby narzędziem nerwów współczulnych (Kraus i Zondek). Są one takiem narzędziem, bez którego wpływ nerwów współczulnych na serce jest niemożliwy.

Wpływ ten jest zupełnie uzależniony od obecności jonów Ca i jonów K. W warunkach, kiedy niemożliwa jest przewaga jonów K, a istnieje nadwyżka stosunkowa jonów Ca, drażnienie n. błędnego wywołuje taki skutek, jaki w warunkach zwykłych wywiera drażnienie n. przyśpieszającego (ortosymp.). W tych zmienionych, co do układu jonów, okolicznościach n. błędny działa na aparat wykonawczy serca w sposób antagonistyczny do swego zwykłego swoistego działania. Zaznaczyć należy, że, przyjmując istnienie hamującego działania n. błędnego na ośrodki wewnątrzścienne serca, posługujemy się niewiadomą. Dotychczas bowiem pojęcie czynności hamowania, tak codziennie w fizjologji układu nerwowego używane, jest najzupełniej ciemne. Mechanizm hamowania nie jest wyjaśniony, nawet w zastosowaniu nowoczesnych danych z dziedziny elektrolitów[8]).

Antagonizm nerwów współczulnych w przewodzie pokarmowym (w jelitach) przedstawia się tak samo, jak w sercu. Panujące tu stosunki, jak również w gruczołach ślino-wydzielniczych zaciemnione są przez czynnik wpływu na proces wydzielania i charakter wydzieliny, stanu naczyń, które z kolei również poddane są przeciwniczym wpływom współczulnym.

Gdybyśmy zgodzili się na pogląd niektórych autorów (zwłaszcza francuskich), że układy współczulne ścienne są związane wyłącznie z nerwami parasympatycznemi, i że

[3]) Podobne stosunki zostały udowodnione przez Langley'a dla pęcherza żabiego.

[4]) Analogicznie do tęczówki i źrenicy.

[5]) Dodać należy, że aczkolwiek tęczówka ma dwa mięśnie, zwieracz i rozszerzacz, gra czynnościowa w warunkach normalnych polega głównie na zmianach napięcia w obrębie zwieracza. M. dilatator jest mięśniem niemal zanikowym (membrane dilatatrice). Badania doświadczalne dowiodły, że odruch świetlny źrenicy polega na podrażnieniu ośrodka parasympatycznego, a odruch bólowy (rozszerzenie) na zahamowaniu napięcia tegoż ośrodka.

[6]) Nowsze badania wykazały, że n. współczulny (orto) ma niejednakowe działanie w stosunku do różnych cech czynności serca.

[7]) Sposób połączenia nerwów ekstrakardjalnych z wewnątrzościennemi — (automatycznemi) ośrodkami serca jest zupełnie nieznany; wiadomo tylko, że lewy n. błędny ma związek przeważnie z węzłem przedsionkowo-komorowym, a prawy n. błędny i n. przyśpieszający (ortosymp.) z węzłem zatokowo-przedsionkowym.

[8]) Teorja Gaskella pierwotnego isnienia drugiej warstwy mięśniowej w sercu i w przewodzie pokarmowym, warstwy, która w rozwoju filogenetycznym znikła, a swój aparat unerwiający pozostawiła, — jest bardzo niedostatecznie udowodniona.

nerwy ortosympatyczne wcale na nie nie działają, wówczas ten antagonizm czynnościowy, który pozwoliliśmy sobie nazwać istotnym, zostałby sprowadzony do formy, właściwej dla tęczówki. Nerw ortosympatyczny zarządzałby innym organem wykonawczym, aniżeli nerw błędny. Ale jakim? Podwójnych organów wykonawczych w sercu, jelitach i t. d. nie znamy, i niema żadnych dowodów na stwierdzenie wyłącznego związku automatycznych ośrodków współczulnych, zawartych w narządach z nerwem parasympatycznym (*vagus*)[9]).

Nerwy współczulne jeszcze w inny sposób dopinają swego celu wywołania antagonistycznych stanów w podwładnych sobie narządach. Rozważmy dla przykładu czynność pęcherza. Ten worek mięśniowy składa się z 2 mięśni: *m. detrusor* i *m. sphincter*. Każdy z nerwów współczulnych (*n. pelvicus* jako *parasympathicus* i *n. hypogastricus* jako *ortosympathicus*) kończy się w obu tych mięśniach. Drażnienie *n. pelvicus* wywołuje skurcz *m. detrusor* i rozkurcz zwieracza, odwrotnie drażnienie *n. hypogastrici* — skurcz zwieracza i rozkurcz *m. detrusor*. W czynności opróżniania pęcherza biorą udział wspólnie oba mięśnie, które jako organy wykonawcze są względem siebie ustawione przeciwniczo (tak jak mięśnie tęczówki), ale i nerwy współczulne jednocześnie wywołują w obu tych mięśniach antagonistyczny stan czynnościowy (skurcz, rozkurcz). Tego rodzaju mechanizmowi B a s c h nadał miano unerwienia skrzyżowanego; jest to niejako połączeniem dwóch już poprzednio wspomnianych sposobów przeciwniczego działania obu nerwów współczulnych. Taki sam mechanizm spotykamy w kiszce prostej i żołądku. W tym ostatnim w najczystszej formie, bowiem proces opróżniania żołądka i jego perystaltycznej działalności zależny jest wyłącznie od układu współczulnego, podczas kiedy w opróżnianiu pęcherza i kiszki prostej pewien udział ma i układ nerwowy t. zw. zwierzęcy. W żołądku n. błędny, wywołując skurcz ścian mięśniowych, jednocześnie otwiera odźwiernik, który odwrotnie kurczy się pod wpływem nerwów trzewiowych (nn. splanchnici)[10]). Podrażnienie n. błędnego rozkurcza zapewne również okolicę mięśniową wpustu, powodując jego rozwarcie (Openchowski)[11]).

Wszystkie znane mi antagonizmy n. błędnego i sympatycznego (*orto*) można sprowadzić, co do ich mechanizmu, do jednego z 3-ch wymienionych wyżej typów.

1) Nerwy współczulne unerwiają 2 różne mięśnie, których działanie jest wzajemnie przeciwne, i wywołują w nich analogiczny stan, (skurcz).

2) Nerwy współczulne działają na jeden i ten sam mięsień (względnie aparat wykonawczy nerwowo-mięśniowy), przyczem jeden z nerwów pobudza czynność, a drugi ją hamuje.

3) Każdy z nerwów współczulnych unerwia 2 mięśnie, ustawione antagonistycznie, powodując jednocześnie w jednym z nich skurcz, a w drugim rozkurcz (unerwienie skrzyżowane).

Wszystkie powyższe uwagi dotyczą rozważania, jak działają nerwy współczulne, w jaki sposób prowadzą one do różnych stanów czynnościowych w narządach wykonawczych, nic nie mówiąc, dlaczego dzieje się tak właśnie, a nie inaczej. To zagadnienie zdaniem mojem będzie rozwiązane na drodze badań anatomo-porównawczych i filogenetycznych.

W każdym bądź razie przeciwnicze działanie obu części układu współczulnego jest przejawem biologicznego synergizmu, który znalazł swój wyraz anatomiczno-fizjolog. w istnieniu naczelnych ośrodków (*corpus striatum*, względnie dno trzeciej komory).

---

[9]) Jeżeli chodzi o serce, moglibyśmy sobie wyobrazić takie stosunki: n. przyśpieszający działa wprost (?) na ośrodki węzłowe (zatokowy i przedsionkowo-komorowy), a n. błędny na ośrodki współczulne, które z kolei działają dopiero na układ przewodnictwa sercowego (Reizleitungsystem). Przypuszczenie takie nie ma przecież żadnych podstaw ani doświadczalnych ani histologicznych.

[10]) K l e e i K o e n n e c k e.

[11]) W ductus choledochus i w zwieraczu Odiego stosunki przypominają zasady skrzyżowanego unerwienia.

Piśmiennictwo:

1) M ü l l e r L. R.: Die Lebensnerwen 1924; — 2) G u i l l a u m e: Le sympathique 1921; — 3) L a i g n e l - L a v a s t i n e: Pathologie du sympathique 1924; — 4) L a n g l e y: Das autonome Nerwensystem 1922; — 5) T h o m a s: Le reflexe pilomoteur, 1921; 6) D r e s e l: Erkrankungen des veget. Nerwensystems, 1924; — 7) B r ü n i n g i S t a h l: Die Chirurgie des vegetativen Nerwensystems, 1924.

Artykuły Krausa, Zondek'a, Dresla, Danielopolu, Glasera i inne.

Oceny i sprawozdania.

Redaktor: Dr. Dyonizy H e l l i n. **Lekarz Kasy chorych.** Warszawa. 1925. Rok. I. Zeszyt I.

Nagłe i bez wszelkiego stopniowania wprowadzenie przymusowych Kas chorych dla wielkiej części ludności miast Polski zmieniło rewolucyjnie stanowisko społeczne i materjalne stanu lekarskiego. Najwybitniejszą cechą, różniącą tę organizacę ubezpieczeniową od podobnych istniejących gdzieindziej, więc przedewszystkiem w krainie w tym względzie klasycznej, w Niemczech, jest, że w Niemczech isnieje kilka typów Kas chorych[1]). Nawet w małem mieście istnieją po dwie i trzy Kasy chorych, w wielkiem nawet więcej. I oto różnica w stopniu zależności robotnika od fabrykanta, lekarza — od Kasy chorych, w takiej n. p. Łodzi, na tem polega, że robotnik, pozbawiony pracy w jednej fabryce, może ją otrzymać w innej; lekarz łódzkiej Kasy chorych, straciwszy tam pracę w tem mieście, gdzie jakichś 70%[2]) ludności należy do Kasy chorych, pozostaje skazany na głód, w ścisłem znaczeniu tego słowa. I to nietylko lekarz młody, ale nawet lekarz od dłuższego czasu w mieście osiadły.

W tym stanie rzeczy lekarze zdradziliby przyszłość własnego zawodu, gdyby zaniedbali obrony moralnej swego stanowiska i obrony materjalnej.

Obronę tę prowadzić powinni zarówno na drodze prawodawczej, jak i społecznej. Instrumentem tej obrony może być i powinna być organizacja, jaką jest Związek Lekarzy P. P. A jednym ze środków — słowo pisane, prasa zawodowo-społeczna. Ze zrozumiałą więc radością każdy z nas brał w rękę zeszyt, zatytułowany „Lekarz Kasy Chorych". Przeczytanie jednak tego zeszytu, już w pierwszej chwili, doprowadza do krótkiego sądu; złą usługę wyświadczył Wydawca i Redaktor tego pisma lekarzom wogóle, lekarzom Kasy chorych w szczególności, występując w swoim piśmie, jako rzecznik sprawy lekarskiej. Nie w ten bowiem sposób należy stawać do obrony swoich interesów i do koniecznej współpracy z istniejącą, a potężną organizacją. Nie złorzeczenia i skargi mogą być wytyczną, której wyczekiwaliśmy w pierwszym numerze tego miesięcznika.

Niewątpliwie, ten i ów znajdzie „wydrukowane", co przemyślał, przebolał i przezłorzeczył; ale nie po to wydaje się pismo, które ma przyczynić się do umożliwienia bytu lekarzy Kasy chorych, najpotężniejszej organizacji po państwie. Tyle o wrażeniu ogólnem.

Przejdźmy do szczegółów.

---

[1]) Typy niemieckich Kas Chorych: Allgemeine Krankenkassen; Gemeinde-; Orts-; Betriebs-; Bau-; Knappschafts-; Hilfs-; Krankenkassen. Istnieją też i prywatne Kasy, pełno-prawne (t. zw. dopuszczone) n. p. Hamburska Kasa pomocników handlowych, mająca filje w całych Niemczech.

[2]) 20% stanowią: bezrobotni, wyrobnicy, dalej pracujący na własną rękę, n. p. szwaczki, szewcy i t. p., — u lekarzy leczy się prywatnie stale zaledwie 5—10% ludności; rzecz prosta, każdy ubezpieczony częściej, lub rzadziej, ucieka od pomocy Kasy Chorych, gdzie lekarz musi podług narzuconej umowy w ciągu godziny przemleć kilkunastu chorych.

Więc przedewszyskiem: cały zeszyt wyszedł z pod pióra jednego autora. Jest to fakt o tyle szczęśliwy, że odpowiedzialność za ton i treść nie spada na jakieś grono lekarskie. Jest to organ własny redaktora. Potwierdza to autor w zdaniu, mówiąc (str. 1.) o zamiarze: „nawiązania żywego kontaktu ze wszystkiemi organizacjami lekarskiemi Kasy chorych“.

Projekt zrzeszenia się wszystkich grup lekarzy kasowych należy uznać za zabójczy. Wypływa on u autora logicznie z tego, że nie wspomina on nigdzie o fakcie istnienia Związku Lek. P. P. Autor, zdaje się, zapomina, że lekarz Kasy chorych **dziś**, może nim nie być **jutro**. Autor uznaje tylko interesy tych, którzy są — o ironjo! — beati possidentes, zapominając o pozostałych, którzy chętnie na ową posesję zamach czynić będą, jako niezwiązani żadnym zobowiązaniem, a nawet wykluczeni z owych zrzeszeń, przez autora tak gorąco polecanych. Tembardziej szkodliwem jest poczynanie „Lekarza K. Ch.“, że godzi on na własną rękę przeciw istniejącemu Związkowi Lekarzy P. P., który ma za hasło obronę interesów moralnych i materjalnych lekarzy polskich wogóle, a nie wyłącznie tych, którym się już udało otrzymać stanowiska w K. Ch. i radziby narzucić wszystkim lekarzom obowiązek bronienia ich chwilowego stanu posiadania.

Niewątpliwie, redaktor „Lekarza K. Ch.“ uprzedził Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. w jego planach wydawania pisma perjodycznego, ale zgoła go nie zastąpił. Zadaniem bowiem pisma powinno być poszukiwanie sposobów uzgodnienia interesów ubezpieczonych z nadaniem lekarzom tych praw, jakie im się z racji ich stanowiska w Kasie Ch. należą. Bardzo razi cały szereg stronic, mających charakter polityczno-publicyst. i to w nieszczególnym gatunku; a już dla samej bronionej, rzekomo, sprawy szkodliwych. Brak też w „Lekarz K. Ch.“ zupełny zrozumienia zasad demokratycznych, kiedy autor mówi „o rządach owych rozmaitych kupców, rzemieślników, drobnych urzędników i jakichś nauczycieli, lub właścicieli fabryk“.

Autor zdradza, mojem zdaniem, (pomimo przytaczania wielkiej ilości faktów z Francji, Niemiec i t. d.) słabą znajomość w zakresie spraw, podlegających kompetencji ubezpieczeń na wypadek choroby. Pisze n. p. (str. 22): „gdyby K. Ch. zajęły się **przedewszystkiem**[3]) organizacją higieny mieszkań, pożywienia, odzieży, ciała, szerzeniem sportu wśród młodzieży, urządzaniem ogrodów, parków, przeprowadzeniem zakazu pracy chorych z otwartą gruźlicą w pomieszczeniach fabrycznych, sypiania chorych gruźliczych w jednem łóżku ze zdrowymi, wtedy dopiero sprawa postawiona by była na należytej wysokości“.

Tego rodzaju ustępy muszą wzbudzić w kompetentnych sferach K. Ch. śmiech; tak jak wzbudzi śmiech w sferach lekarskich ustęp, na stronicy 21, gdzie mowa o zmniejszeniu się cyfry chorych na gruźlicę z 42—50% do 17% po upływie czterech lat, dzięki zabiegom ze strony Towarzystwa Ubezpieczeń. Autor, który znalazł miasta z 50% ludności chorej na gruźlicę płuc może łatwo usłyszeć replikę, że doprowadzenie tej liczby do 14% zależało od wymarcia owych 36%.

Szwankuje też przytaczana kazuistyka przez „Lekarza K. Ch.“. Tak n. p. przytaczane fakty, jakoby w Łodzi lekarza wydalono za krytykę stanu czystości ambulatorjów, jest wymysłem. Takim samym wymysłem jest (str. 26) skreślenie zalecania lekarskiego w sprawie Roentgena. Nieścisłemi są dane, tyczące ilości „łamistrejków“ w Tomaszowie. Nie było ich 6-ciu, tylko trzech.

W walce o swą niezależność moralną i o przyszłość stanu lekarskiego lekarze polscy stanąć muszą na stanowisku faktu istnienia Kas chorych, których pożytek zależy w stopniu znakomitym od lekarzy właśnie. Jeśli w chwili obecnej Zarządy Kasy Chorych tego nie rozumieją; jeśli w prawdziwym wyścigu jedne uprzedzają drugie w lekceważeniu stanowiska lekarzy, to przeciwstawić się tym prądom mogą nie bezpośrednio zainteresowane zrzeszenia lekarzy Kas Chorych, lecz zrzeszenie wszystkich lekarzy, pod sztandarem Związku Lekarzy P. P.

Wszystkich więc, zarówno lekarzy praktyków, jak i wychowawców nowego pokolenia lekarskiego, profesorów uniwersytetów, tak i lekarzy państwowych. Ci bowiem, jeśli słusznie rozumieją swoje obowiązki nadzoru nad przymusowem ubezpieczeniem na wypadek choroby, zrozumieć muszą ten nadzór jako opiekę nad ubezpieczonym, w której rola **główna** przypada lekarzom.

Istniejąca zupełna zależność lekarzy od jedynych w danej miejscowości chlebodawców lekarskich, czyni z lekarzy li tylko urzędników, formalnie załatwiających swe obowiązki. Zarządy Kasy Chorych muszą być przekonane przez czynniki miarodajne, że wcale nie służą pożytkowi ubezpieczonych, jeśli od lekarzy wymagają dwu jedynie cnót: by byli tanimi i posłusznymi.

Zjawienie się pierwszego zeszytu „Lekarza K. Ch.“ należy uważać za wyraz afektu, zupełnie usprawiedliwionego na widok tych niekonsekwencyj, niesprawiedliwości i bezplanowości, jakie widzimy w działalności wielu Zarządów Kas Chorych. Tem się da usprawiedliwić sam fakt napisania zeszytu przez jednego autora, zarówno jak i ton, cechujący cały zeszyt.

Ale zadaniem takiego pisma musi być już od pierwszego zeszytu: krytyczne, spokojne, rzeczowe rozpatrzenie stanu obecnego, i na takiem samem stanowisku należy pozostać przy kreśleniu planu akcji obronnej ze strony lekarskiej.

Takie n. p. zdanie, jak (str. 17), że „cała działalność Kas Ch. staje się poniekąd możliwą dzięki ofiarom“ ze strony lekarzy, stać się może jedynie dobrym celem pocisków ze strony Zarządów K. Chorych, ale zgoła nie jest ani krytycznem, ani spokojnem, ani rzeczowem. Taktyką takich frazesów zwycięstw się nie odnosi. To jest krasomówstwo demagogiczne. Dosyć go mamy w życiu naszem na wszystkich polach, wszędzie tam, gdzie ludzie robią karjerę. Nam nie o karjery chodzi; my mamy bronić godności stanu lekarskiego od dalszego staczania się do poziomu bezwolnych czeladników u majstra: Kasy Chorych.

Seweryn Sterling.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médicine.

Nr. 15.

Leclercq, Leroy, Vaillant. **Małe ognisko epidemiczne w okolicy Pas-de-Calais. Wybuch nieznanej epidemji.** Autorzy obserwowali w ciągu 8 dni stycznia r. b. ciekawą chorobę u 20 osobników.

Początek nagły. Zaledwie na kilka godzin przedtem występował nieznaczny ból głowy i zmęczenie, czemu zresztą chorzy nie przypisywali żadnego znaczenia. Nagle przychodziło odurzenie, trwoga, oddychanie stawało się szybkie i powierzchowne, gwałtowny ból głowy, utrata przytomności. Chorzy siadali lub kładli się. Podczas tego stanu: trwającego od 5 minut do 3 lub 4 godzin, twarz stawała się fioletowa, występowało drżenie i podniecenie nerwowe. Nadto na twarzy szyi, rękach, nogach, tułowiu, a zwłaszcza na miejscu starych blizn występywała wysypka czerwona rozległa, o brzegach mniej lub więcej ograniczonych, lekko wzniesionych, konturach polycyklicznych, „mapy geograficznej na ciele“ — jak mówili świadkowie — nie swędząca Wysypka ta była przelotna, znikająca po kilku godzinach, pozostawiająca po sobie pęcherzyki drobne wielkości łebka szpilki, które wysychały i znikały zupełnie po 3—4 dniach.

Podczas całego przebiegu schorzenia ciepłota wahała się między 37,6°—37,8°; tętno regularne, dobrze napięte. Badanie krwi, wykonane u 2 osobników, wykazało poliglobulię (7,000.000—9,000.000), i leukocytozę 9.000, 10 000; obraz mikroskopowy był różny: u jednego prawie normalny,

---

[3]) Podkreślenie moje.

jedynie kwasochłonnych było 6%; u drugiego zaś mononukleärów było 24%. Płyn mózgowo-rdzeniowy normalny.

Po napadzie chorzy wracali do przytomności. Nie pamiętali, co zaszło w okresie poprzednim, lub pozostawało im słabe wspomnienie. Pozostawał im ból głowy i bolesne znużenie, lecz chorzy wstawali i chcieli powracać do swych zajęć. W następstwie chorzy dostawali jeszcze jeden lub dwa napady podobne, lecz mniej intensywne i krótsze w odstępie czasu od kilku godzin do jednej doby. Jeden chory miał 6 podobnych napadów w ciągu 2 dni; między 2-gim a 3-im napadem poszedł do przyjaciela, mieszkającego w odległości 3 kilometrów, gdzie dostał trzeciego napadu.

Choroba była obserwowana u 20 osobników różnych narodowości (Francuzi, Polacy, Włosi), zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet w wieku od 15 do 48 lat.

Nr. 17.

Delbet i Mendaro. **Nabłoniaki wydzielające sutki.** Raki sutek przedstawiają pod względem histologicznym i klinicznym znaczną rozmaitość. Jedne prowadzą szybko, w 5—6 miesięcy do śmierci; po kilku miesiącach stają się nieoperacyjne; po 6 miesiącach wrzodzieją; są średnich rozmiarów, a pomimo to szybko prowadzą do śmierci; po operacji dają szybko recydywy. Z innemi natomiast, chorzy po latach kilkunastu nawet trzymają się dobrze; można je operować z dobrym skutkiem po 5—7 latach; skóry nie niszczą po 4—9 latach; raki te są olbrzymich rozmiarów, a jednak chorzy cieszą się względnie dobrem zdrowiem; po operacji leczą się zupełnie lub też dają recydywy dopiero po 10—12 latach.

Autor uderzony tą rozmaitością, przed 5 laty przedsięwziął ponowne zbadanie histologiczne preparatów raków sutki, operowanych od 1908 r., razem 200 przypadków.

Na podstawie tych badań autor podaje wskaźniki, pozwalające odróżnić formy dobrotliwe od złośliwych tego schorzenia. W pewnej ilości raków stwierdza autor istnienie wydzielania. W tych przypadkach właśnie, klinicznie stwierdzić można było ich łagodny przebieg Typ ten nazwał on (aczkolwiek nie zupełnie słusznie) »nabłoniakiem wydzielającym«, charakterystyczny obecnością w guzie substancji wydzielniczej trojakiego rodzaju:

1) białkowatego,
2) śluzowego,
3) mieszanego — białkowo-śluzowego.

Autor na podstawie swej statystyki z lat ostatnich wskazuje, że na 50 raków zbadanych histologicznie, śmiertelność w rakach niewydzielających przewyższa 50% w 4 lata po operacji, gdy tymczasem z operowanych nabłoniaków wydzielających ani jeden chory w przeciągu tego czasu nie umarł.

Przy nabłoniakach wydzielających śluzowych gruczoły sąsiednie są zupełnie niezajęte lub też bardzo mało; zajęcie gruczołów jest bardziej zaznaczone w przypadkach raków z wydzieliną białkowatą. Oprócz braku wydzielania autor wskazuje na inny czynnik złośliwości przebiegu: skłonność do zajęcia naczyń krwionośnych.

Kończąc, dochodzi autor do następnjących wniosków praktycznych:

1. We wszystkich przypadkach raka sutka należy zbadać, czy niema wydzielania białkowatego lub śluzowego; w razie stwierdzenia tego wydzielania, trzeba postawić prognozę dobrą.

2. W przypadkach raka sutka, nienadającego się do operacji przed odmową interwencji należy zrobić biopsję i zbadać, czy istnieje wydzielanie. Jeżeli rak należy do grupy wydzielających, trzeba operować, gdyż ma się i wtedy nawet znaczne szanse otrzymania wyniku dłuższego, niż 4-letniego.

Nr. 18.

Desgrez, Bierry i Rathery. **Działanie fizjologiczne i terapeutyczne insuliny.** Autorzy badają od kilku lat działanie różnych insulin na człowieka i zwierzęta. Sposób titracji insuliny *jednostkami*, opierający się na badaniu cukru u zwierząt, nie może podług autorów stanowić dostatecznej podstawy w posologji insuliny. Ta ostatnia *winna* odpowiadać określonym znamionom czystości i *być podawana na wagę*, jak inne lekarstwa. Znamiona fizyczne proszku insuliny, określona minimalna ilość tej substancji, wymagana dla wywołania określonego działania fizjologicznego — stanowią poręczenia, których nie może dać *a priori* roztwór. Nadto, postać stała nadaje się do kontroli chemicznej.

Autorzy w swych badaniach używali insuliny czystej, otrzymanej w postaci proszku białego. Przyjmują, że insulina normalna winna wywołać obniżenie cukru we krwi diabetyka w ilości 10 miligramów. Badanie swe przeprowadzili na zwierzętach normalnych, na zwierzętach częściowo lub całkowicie pozbawionych trzustki i na chorych, dotkniętych cukrzycą.

Autorzy stwierdzili na zwierzętach zdrowych, że ta sama dawka insuliny (jednakowego pochodzenia) powoduje u zwierząt o tej samej wadze różne działania, że dawki wzrastające od pojedynczych do pięciokrotnych nie powodują skutków proporcjonalnych.

Insulina wydaje się być bardziej czynna u zwierząt, pozbawionych częściowo lub całkowicie trzustki, i to niezależnie od poziomu glikemji początkowej.

U ludzi z cukrzycą stwierdzili te same różnice indywidualne. Ta sama dawka insuliny daleka jest od spowodowania — u różnych chorych — takiego samego obniżenia glikemji. Poziom glikemji początkowej nie odgrywa — zdaje się — żadnej roli. Dalsze obserwacje doprowadziły autorów do wniosku, że dla każdego chorego istnieje dawka działająca insuliny (*optima)*, poniżej której działanie terapeutyczne zmniejsza się szybko. Ta dawka *optima* jest różna u różnych indywiduów. Przeważnie dawką *insuliny czynnej 0,02* otrzymuje się znaczne obniżenie glikosurji i równolegle acetonurji. U chorych ze znaczniejszem wydzielaniem ciał ketonowych i kwasu β-oksymasłowego niezbędnem jest podnieść dawki insuliny.

Dla każdego chorego trzeba określić tę dawkę *optima*. Przy *coma diabeticum* niezbędne są dawki bardzo duże na początku, później można powrócić do dawek słabszych.

Objawy lokalne po zastrzyku trwają średnio 48 godzin różnią się znacznie u różnych chorych, mogąc nie występować zupełnie; u tego samego chorego mogą też być różne, zależnie od sposobu przygotowania insuliny. Zdaje się, że te objawy mają skłonność do zmniejszania się po pewnym czasie.

Objawy ogólne mogą wystąpić albo zaraz po zastrzyku albo — częściej — w 4—5 godzin, objawiając się osłabieniem ogólnem, uczuciem głodu, dreszczykami, tachykardją i niekiedy bardzo obfitemi potami. Objawy ogólne zależne są zwykle od dawki zbyt wysokiej i ustępują szybko po spożyciu soku pomarańczowego.

Danielopolu. **Patogeneza astmy i jej leczenie wewnętrzne i chirurgiczne.** Autor — po rozpatrzeniu patogenezy astmy — podaje, że najlepsze wyniki lecznicze otrzymuje się po podawaniu chorym na astmę *calcium chloratum 5,0—10,0 dziennie* całemi tygodniami; oprócz niej dobre wyniki daje niekiedy chinina i jodki.

Oprócz tego autor proponuje *sympatektomję szyjną* (oszczędzając *ganglion cervicale inf.*), przecięcie wszystkich włókien, pochodzących od nerwu błędnego i krtaniowego górnego, a dążących do klatki piersiowej, przecięcie nerwów kręgowych i wszystkich *rami communicantes*, łączących zwój szyjny dolny i nerw piersiowy z nerwami VI, VII, VIII szyjnemi i grzbietowym I. Operacja winna być obustronna i winna oszczędzać zwoju szyjnego dolnego, którego wycięcie przy dusznicy bolesnej dawało ciężkie objawy sercowe.

Nr. 19.

Desgrez w imieniu komisji: Martel, Hallion, L. Bernard, Labbé, Renault i Desgrez. **Odżywianie rybami.** Chcąc ocenić znaczenie ryb w pożywieniu trzeba przyjąć podział ryb, zależny od ilości ciał tłuszczowych. Ilość ta jest bardzo różna, przy dość stałej zawartości ciał białkowych, wahając się od 0,3% w kabljonach do 27,5% w jadalnej części węgorzy rzecznych. Odróżniają więc ryby *chude*, zawierające mniej niż 4% tłuszczu i *tłuste*, gdzie ilość tłuszczu przekracza 8—9%.

Porównując mięso ryb i zwierząt ssących stwierdza się następujące różnice:

1. Zawartość ciał białkowych niższa około 3% od tychże w mięsie ssaków;

2. Ciała tłuszczowe — przeważnie oleiny — w rybach znacznie bogatsze w fosfor, niż u ssaków;

3. Mniejsza zawartość w rybach ciał wyciągowych, zwłaszcza zasad purynowych (kwas moczowy);

4. ryby zawierają stosunkowo więcej wody i substancyj mineralnych (u ryb 1,60%, u ssaków 0,90%).

Zasady purynowe są dwa razy obfitsze w rybach tłustych, niż chudych.

Większa zawartość wody i tłuszczu u ryb sprzyja gniciu. Chociaż pod względem pożywienia ryby tworzą grupę dość różnorodną, zbliżają się znacznie do mięsa przez swą zawartość ciał białkowych, jednak mniejsza zawartość ciał, bogatych w kwas moczowy, daje rybie pierwszeństwo.

Absorbcja ryb w jelitach jest prawie zupełna. Ryba *świeża, chuda, powoduje* w warunkach identycznych *mniejszą fermentację*, z drugiej strony z powodu mniejszej zawartości ciał wyciągowych *mniej drażni nerki*. Te dwie własności pozwalają ją polecić dyspeptykom i albuminurykom.

W odżywianiu dzieci duża zawartość w rybach protamin, lecytyny i witamin przyśpiesza wzrost i zwiększa siły obronne ustroju przeciw infekcjom.

Jest ważnem, ażeby ryby były konsumowane w stanie świeżym; dzisiejsze wielkie postępy w konserwacji zimnem, pozwalają przesyłać je w stanie świeżym szybko w okolice bardziej oddalone.

Lutembacher. **Teleauskultacja serca telefonem.** Autor demonstrował na posiedzeniu Akademji teleauskultację serca telefonem u chorych, dotkniętych różnemi wadami serca, a znajdujących się w zakładzie Gaumont.

Wszelkie szmery sercowe były bardzo dobrze słyszalne. 5. kwietnia autor wspólnie z Bernaert'em przy współudziale zakładu Gaumont z wysokości wieży Eiffel demonstrował szmery sercowe zapomocą radjotelefonu. I rzeczywiście liczni lekarze, posiadający aparaty radjo, mogli w dniu tym w przestrzeni 700 kilometrów szmery sercowe dobrze odróżniać.

Nigoul-Foussal. **Nikłe objawy gruźlicy.** Autor podaje, że istnieje stan intoksykacji pochodzenia gruźliczego, składający się z zespołu następujących objawów:

1. *Zbytnia wrażliwość na zimno,* nawet w porze letniej. Zwykle uważa się ją jako objaw niedomogi tarczycy, zwłaszcza, gdy jej towarzyszy otyłość. Autor zauważył u swych chorych, że leczenie opoterapeutyczne było źle znoszone.

2. *Otyłość* przedwczesna między 20—25 rokiem życia. Chorzy są nadęci, bardzo tłuści. Zresztą wiadomo, że otyłość jest zespołem wewnątrzwydzielniczym, spowodowanym najczęściej przez intoksykację lekką, lecz chroniczną.

3. *Wrażliwość szczególna na jady, szczepionki, surowice, autohemoterapję (anafilaksja).* U podobnych osobników często n. p. bardzo małe dawki *chinini sulfurici 0,25,* lub jeszcze mniej, wywołują alarmujący stan zatrucia. Zastrzyki surowicy wywołują u nich prawie zawsze kryzy hemoklastyczne i t. d.

Prawda, objawy te mogą wystąpić niekiedy też i u osób niegruźliczych, lecz u tych ostatnich występują stale.

4. *Częste bole głowy* z astenją i hipotonją.

5. *Zmienność ciepłoty* — w chwilach bolu, astenji ciepłota 37°—37,5°.

6. *Biegunka chroniczna,* apetyt kapryśny.

7. *Zmniejszone ciśnienie tętnicze* i *astenja.*

8. *Próchnica zębów, calcurja.*

Żaden z tych objawów oddzielnie wzięty niema znaczenia diagnostycznego, lecz łącznie razem stanowią zespół gruźliczy.

Nr. 22.

Armaingaud. **Postępowanie przeciwko spustoszeniom, czynionym przez odrę, usprawiedliwione doświadczeniem.** Autor przedstawiając serje obserwacyj epidemji odrowych zapytuje się, czy nie należałoby systematycznie narażać dzieci na zarażenie odrą, gdy stwierdza się wyjątkową dobrotliwość epidemji.

Jausion, Diot, Vourexakis. **Dożylna chemjoterapja rzeżączki, trypaflaviną.** Działanie przeciwgonokokowe *diamino-methyl-acridiny,* barwika syntetycznego grupy akrydyny, znanego bardziej pod nazwą *trypaflaviny* (Niemcy), *acriflaviny* (Anglo-Sasi) lub *gonocriny* (Francuzi) jest znane już od 1918 roku, kiedy to Davis i Harrel stwierdzili, że akryflawina powstrzymuje rozwój gonokoków *in vitro* w roztworze 1:300.000, gdy *protargol* jest bezskuteczny w roztworze 1:500. W 1919 roku Watson użył akryflawiny w 222 przypadkach trypra w armji angielskiej (zastrzyki *intraretralne).* Równocześnie jeszcze w czasie wojny europejskiej używano środka tego jako antiseptyka. W Ameryce, a następnie we Francji stosują go z powodzeniem w *colitis ulcerosa chronica.*

Bohland w Niemczech zaczął pierwszy stosować trypaflawinę *dożylnie* w chorobach zakaźnych i dowiódł, że ona nie drażni nigdy nerek (1919 r.). Od tego czasu trypaflawina jest używana drogą dożylną w różnych zakażeniach, jak n. p. w grypie, zapaleniach miedniczek nerkowych, gorączce połogowej, zapaleniach opon mózgowych, zapaleniach stawów, zapaleniach wsierdzia i w nagminnych zapaleniach mózgu.

Autorzy starali się wykorzystać trypaflawinę, używaną dotychczas przeciwko rzeżączce jedynie zewnętrznie do zastrzyków dożylnych i rzeczywiście stosując ją dożylnie otrzymali doskonałe wyniki. Radzą stosować zastrzyki co drugi dzień; wstrzykując po 5,0 cm^3 2% trypaflawiny (w 5,0 cm^3 — *trypaflavini 0,10)* u chorych ambulatoryjnych; w szpitalach lepiej stosować zastrzyki codziennie, wstrzykując 5,0 cm^3 trypaflawiny 1%, lub 2 razy dziennie (2 cm^3 i 3 cm^3) $^1/_2$%.

Lek ten jest odpowiedni we wszystkich okresach choroby. Metoda ta wymaga 10—15 zastrzyków w przypadkach świeżych, 20 — w starszych, do 30 — dla bardziej zastarzałych; leczenie lokalne i dieta — niepotrzebne.

W 67 przypadkach rzeżączki otrzymali 37 wyleczeń zupełnych, 26 polepszeń, w 4 przypadkach — polepszenie nie nastąpiło. Wszystkie świeże przypadki wyleczyły się zupełnie. Metoda powyższa da się zastosować do ambulatoryjnego leczenia.

K. Tyszka (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 9: H. Higier: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby (c. d.). — G. Raciążek: Teorja i praktyka współczesnego leczenia wapniem (dok.). — K. Fiedorowicz: O przywróconym krwiobiegu. — W. Sterling: Przypadek zapalenia skóry złuszczającego typu Wilson-Brocqa, wyleczony promieniami Roentgena. — L. Batawia: Elektrokoagulacja w ryno-laryngologji. — K. Dłuski: O stosowaniu preparatów z lasecznika Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy ze stanowiska klinicznego. — S. Frank: O leczeniu niektórych schorzeń wątroby Cholewalem Mercka. — M. Kacprzak: Wrażenia z Hagi — E. Bruner: W sprawie organizacji Komitetu do walki z wilkiem. — L. Zamenhof: Kilka uwag w sprawie sądów przy Izbach Lekarskich.

Nowiny Psychjatryczne Kwart. III.: R. Radziwiłłowicz: Alkoholizm i walka z nim w Polsce. — Al. Piotrowski: Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przemiocie schizofrenji. — Tenże: § 53. 3 u. u. k. — O. Bielawski: Głos psychjatry w niektórych przypadkach zastosowania przepisu o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznych czynu.

Przegląd Dentystyczny Nr. 8.: K. Kosiński: Anatomja okolicy gałęzi wstępującej żuchwy na tle własnych badań ze szczególnem uwzględnieniem anatomji otworu żuchwowego. — L. Brennejsen: Zgryzadła, a »model szczęki w ruchu«.

Przemysł Chemiczny: M. Nikiel: Nowy przyrząd do oznaczania gęstości gazów.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 3 marca 1925 r.

Przewodniczy prezes Kol. Sawicki.

Pokaz chorych: 1. Kol. S. Higier pokazuje 27-letniego **mężczyznę, którego pokąsał wściekły wilk.** Chory po 3 dniach rozpoczął szczepienie przeciw wściekliźnie; po 12 szczepieniach w następstwie libacji rozwinął się typowy obraz ostrego zapalenia rdzenia. Obraz chorego po kilku dniach zaczął się powoli cofać, obecnie chory jest prawie zdrów. Mówca rozpatruje momenty etjologiczne, uzależniając ostatecznie zachorzenie od szczepień i podaje 3 teorje, starające się wyjaśnić powstawanie ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień pasteurowskich. 1° teorję wodowstrętu poronnego, 2° zatrucia przez szczepiony »*virus fixe*, 3° zaatakowania rdzenia przez wytworzone przez sam szczepiony organizm zaczyny cytoliczne. Higier przyjmuje ostatecznie koncepcję cytolizyn i omawia znaczenie tej chwili etjologicznej zarówno dla leczenia, jak i dla pomyślnego rokowania.

Dyskusja: kol. H. Higier (senior) stwierdza, że właśnie częściej zachodzi ostre zapalenie rdzenia na tle zatrucia cytolizynami, nader zaś rzadko widzi się te schorzenia w następstwie samej wścieklizny. W praktyce powinna być stosowana ta metoda szczepień przeciw wściekliźnie, przy której wprowadzamy najmniej tkanki obcej organizmowi, t. j. metoda Högyes'a. Kol. Orzechowski: Obok najczęstszej postaci zajęcia rdzenia na wysokości lędźwiowo piersiowej bywają przypadki zajęcia rozleglejszych obszarów i także kombinacji z objawami korzonkowemi i neurytycznemi. Często się dołącza porażenie nerwu twarzowego, zwykle dobrotliwe. Są znane wcale częste przypadki izolowanego zajęcia nerwu twarzowego, natomiast za bardzo rzadkie uchodzą przypadki czystych zapaleń mnogich nerwów w przebiegu szczepień przeciw wściekliźnie. Takie 2 przypadki O. spostrzegał, jeden u alkoholika z łagodnym przebiegiem, drugi u kobiety w okresie przekwitania z miażdżycą tętnic, ciężki i długotrwały, który jednak także zakończył się wyleczeniem. Kol. Karłowski zauważa, że porażenia poszczepionkowe zdarzają się rzadko, nie częściej, niż 1:2500. Najczęściej spostrzegamy je przy stosowaniu metody rumuńskiej — najrzadziej przy metodzie Högyes'a i Calmette'a. Zupełnie nie spostrzegano powyższych powikłań przy metodzie Somple'a (szczepionki karbolizowane), którą u nas wyrabia państwowy Zakład Higjeny.

2. Kol. Cieszyński pokazuje przypadek **zapalenia okołonerkowego** u 16-miesięcznego chłopca — wyleczony szczepionką swoistą. Sprawa zaczęła się w 2 tygodnie po przebyciu influenzy ciężkiem i długotrwałem zajęciem gardła. Bolesne wzniesienia w okolicy lewej lędźwiowej; guz wielkości 2-krotnie powiększonej nerki, wyczuwający się w lewej połowie brzucha a brak zmian ze strony kręgosłupa, przemawiały za rozpoznaniem *paranephritis*. Z okolicy lędźwiowej wydobyto $1/2$ cm gęstej ropy, wyhodowano gronkowca białego. Leczenie przygotowaną z tej hodowli szczepionką miało wynik zupełnie dodatni, po 2 miesiącach dziecko jest prawie zdrowe.

Dyskusja: Kol Leśniowski podkreśla, iż przypadek powyższy ciekawy jest ze względu na wiek chorego. U ludzi starszych jest to sprawa częsta. L. przypuszcza, że ognisko ropne umiejscowione było w torebce tłuszczowej. Mówca podobnych przypadków spostrzegał kilka z zejściem pomyślnem. Kol. Sawicki uważa sprawę w miedniczkach za rzecz wtórną i podaje przypadek własny, gdzie u 15-letniego chłopca przy sprawie ropnej w wyrostku poprzecznym jednego z kręgów widział wtórnie ropień okołonerkowy.

3. Kol. Michalski przedstawia 3 chorych jako przykład **objawu** niezwykle często przezeń spotykanego. Objaw ten polega na uwidocznianiu się nad szczytami płucnemi **od tyłu i nad dolnemi kręgami szyjnemi drobnych naczyń w skórze.** Naczyńka te sinawo-czerwonawe, uwidoczniające się wyraźniej po ucisku skóry, nie mają charakteru naczyń żylnych. Podobne naczynia występują na policzkach u alkoholików i w pewnych schorzeniach tarczycy rozsiane po całym ciele. Na skórze klatki piersiowej naczyńka te występują rzadko w okolicach mostka (w jego środkowej części) i jeszcze rzadziej jako linja naczyń wzdłuż linji dolnej płuc. Kol. Michalski, jako przykład podaje dane z 88 przypadków w I. Klinice lekarskiej Un. Warsz. Objaw dodatni stwierdzono w 52 przypadkach, ujemny w 32. U chorych na gruźlicę objaw ten spotyka się jeszcze częściej (21 dodatni — 10 ujemny). Starając się wytłumaczyć przyczynę uwidoczniania tego objawu kol. Michalski przypuszcza, że zrosty opłucnej, tak częste w okolicach szczytów płucnych, są przyczyną, powodującą bezpośrednio zmiany krążenia w skórze w miejscach odpowiednich. O objawie tym wspomina Seweryn Sterling w swym *compendium* »Suchoty płucne« i występowanie naczyń również tłumaczy zrostami opłucnemi.

Dyskusja. Kol. K. Higier uważa objaw ten za wątpliwy i trudno dostrzegalny. Gdyby istotnie tak było, to mielibyśmy ten sam objaw w innych przypadkach stanów zapalnych ze zrostami. Gdyby więc spostrzeżenie Michalskiego potwierdziło się, zyskalibyśmy bardzo ważny sposób rozpoznawczy. Kol. Orzechowski odnosi rozszerzenia do drobnych naczyń tętniczych. Widzi w nich analogję do podobnych rozstrzeni na policzkach młodych osób z lichym aparatem naczyniowo-sercowym. Chodzi o zboczenia wrodzone, może dopiero z czasem ujawniające się. Sprawy szczytowe mogą być czynnikiem przyspieszającym ujawnienie się tych rozstrzeni naczyniowych z wiekiem osobnika. Kol. Gorecki stwierdza, że objaw podany przez kol. Michalskiego spostrzegał od roku 1917, zwracając nań baczną uwagę przy każdem badaniu chorych. Według spostrzeżeń G. objaw ten występuje znacznie częściej u chorych z czynną lub przebytą sprawą gruźliczą. Związek rozszerzonych naczyń ze zrostami opłucnej jest możliwy, gdyż badania, między innemi kol. Żebrowskiego, wykazują połączenie naczyń limfatycznych płuc przez naczynia ułożone w zrostach — z naczyniami limfatycznemi skóry klatki piersjowej. Kol. Misiewiczówna podnosi, że wobec małej liczby spostrzeżeń trudną jest ocena znaczenia objawu spostrzeganego przez kol. Michalskiego. Dotychczasowe względnie nieliczne spostrzeżenia zdają się świadczyć o tem, że właśnie w początkowych okresach gruźlicy objaw ten można znaleźć stale. Kol. S. Higier zwraca uwagę na pokrewieństwo tego objawu z t. zw. dermografizmem a raczej odczynem naczyniowo-ruchowym »odległoogniskowym« i identycznym z nim rumieniem miejscowym na skórze, odpowiadającej choremu narządowi. Tego rodzaju rumień w przebiegu spraw w szczytach niejednokrotnie opisywano, a jest wielce prawdopodobnem, że u osobników z konstytucyjnie upośledzonym układem krwionośnym obwodowym może on przy dłuższem trwaniu doprowadzić do zmian już nie czynnościowych, ale anatomicznych, w postaci rozszerzonych naczyń prokapillarnych, głównie żylnych.

4. Kol. S. Leśniowski wygłosił wykład p. t. »**Przypadek operowanego guza pozardzeniowego**« i pokazuje chorą. Chora w wieku 22 lat, głuchoniema od dzieciństwa. Cierpienie zaczęło się przed kilkunastu miesiącami, bólami w podżebrzu lewem, od 6-ciu tygodni wystąpiła niemożność stania i chodzenia, zaburzenia moczowe i odbytnicze oraz brak miesiączkowania. Przedmiotowo kurczowy bezwład kończyn dolnych, zaburzenia czucia, zaburzenia ze strony zwieraczy oraz bolesność kręgosłupa bez zniekształcenia tegoż i bez zmian roentgenowskich. Podejrzewając, że chodzi tu o sprawę uciskową rdzenia kręgowego, wykonano chorej nakłucie lędźwiowe i odmę rdzeniową. Osiągnięte wyniki potwierdziły to przekonanie w zupełności. Rozważania kliniczne świadczyły o ucisku rdzenia na wysokości wyrostka ościstego 6-go kręgu piersiowego, próba natomiast lipjodolowa, wykonana od góry, przez nakłucie szczytowo-potyliczne, oraz od dołu przez nakłucie lędźwiowe, wykazała, że górna granica ucisku pada na wyrostek ościsty 9-go — dolna 10-ego kręgu grzbietowego. Ostatecznie u chorej rozpoznano guz zewnątrz-rdzeniowy na wysokości wyrostka ościstego 7-go kręgu grzbietowego, chociaż nie można było stanowczo wykluczyć sprawy gruźliczej w kręgach lub oponie twardej. Operacja, wykonana przez mówcę, wykazała, że guz leżał odpowiednio do wyrostków ościstych D_8 i D_9 poniżej zaś stwierdzono rozległe zrosty. Badanie histopatologiczne stwierdziło nerwiaka. Po operacji szybka poprawa. W ciągu 2 miesięcy powróciły wszystkie ruchy w kończynach dolnych, znakomita poprawa czucia. Na zakończenie L. rozważa wyniki próby lipjodolowej i, porównywując je z danemi operacyjnemi, wykazuje że lipjodol górny zatrzymał się poniżej guza, dzięki zrostom. Również dolny utkwił w zrostach, ograniczając je zresztą niedowładnie, przeto L. zaleca pewną ostrożność przy odczytywaniu roentgenogramów polipojodolowych.

Dyskusja: Kol. Kopczyński: przedstawiony przypadek poucza, że spostrzeganie kliniczne daje ściślejsze dane rozpoznawcze, aniżeli dodatkowe badania fizykalne. Gdy chodzi o stosunek granic uszkodzenia rdzenia, to najczęściej przy operacjach z powodu ucisku rdzenia chirurg operuje zbyt nisko i otwiera za wiele dolnych kręgów. W przypadkach uszkodzenia urazowego typu Brown-Sequard'a, gdzie również jest różnica między granicą uszkodzenia a granicą znieczulenia, badania kliniczne dają pewniejsze dane rozpoznawcze. Ważnym objawem jest pas kompletnego znieczulenia wszystkich rodzajów czucia. Ten pas znieczulenia może nam wskazać miejsce uszkodzenia rdzenia, jak to było w dauym przypadku, gdzie pas znieczulenia na wysokości pępka świadczył o uszkodzeniu rdzenia na wysokości VIII i IX kręgów grzbietowych. Kol. Zieliński zapytuje, dlaczego u dołu płyn rdzeniowy był ksantochromiczny, u góry nie. Kol. H. Higier podkreśla w pokazanym przypadku współistnienie guza rdzenia i towarzyszącej mu rozległej torbieli. Przypadek ten objaśnia znakomicie wartość rozpoznawczą lipjodolu. Zarówno u góry, jak u dołu lipjodol nie zatrzymał się tam, gdzie teoretyczna koncepcja tego wymagała, gdyż guz, uciskając rdzeń, nie zamknął szczelnie bocznych kanałów cieczowych. Poprawę można uważać za dużą, a może ona prowadzić do zupełnego wyleczenia. Neurinomaty należą do względnie rzadszych nowotworów rdzenia. Kol. Orzechowski. Znajomość guzów pozardzeniowych za mało jest rozpowszechniona między nie specjalistami, choć jest praktycznie ważną, gdyż cierpienie jest przeważnie uleczalne uperacyjnie. Złe wyniki obecne należy przypisywać późnemu rozpoznaniu w okresie już zbyt długotrwałego porażenia obustronnego. Wtedy najlepiej wykonana operacja jest zabiegiem już spóźnionym. W pewnym małym odsetku przypadków powodem złego rozpoznania jest dodatni wynik próby

Wassermanna. Taki nieswoisty Wassermann zdarza się tutaj, podobnie jak czasem w guzach, mózgu, nagminnem zapaleniu mózgu i zmięczeniu kości. W sprawie stosowania lipjodolu, ponieważ istnieje skłonność do nadużywania tej próby, trzeba ściśle ustalić, że lipjodol nie jest i nie może być ciałem obojętnem, jako związek bardzo trudno się wsysający; powtóre próba ta ma za zadanie tylko i li tylko, określenie wysokości odcinka rdzenia, na który działa ucisk. Jest nonsensem stosować lipjodol w sprawach przebiegających z zajęciem opon rdzeniowych, w których może być niedrożność przestrzeni podpajęczynowych. Bywa to często w sprawach kiłowych, a może być wyjątkowo i w stwardnieniu rozsianem, w jamistości rdzenia, wreszcie w zrostowych, nietorbielowatych sprawach oponowych różnego pochodzenia. W danych przypadkach chory nie będzie miał najmniejszego pożytku ze ścisłego umiejscowienia zrostów, a spory nabój lipjodolu, tkwiący w oponach, najprawdopodobniej tylko ujemne może wywrzeć z czasem działanie jako ciało obce. Zadaniem lipjodolu nie jest rozpoznanie ucisku. Natomiast mamy aż nadto prób klinicznych: próba Queckenstedta, zmiany chemiczne cieczy mózgowo-rdzeniowej (Froin-Sicard), wreszcie t. zw. przez nas odma mała, czyli rdzeniowa, zabieg zupełnie nieszkodliwy. Odma ma jeszcze jedno doniosłe znaczenie. Jak dotąd, jest to jedyny, prosty, nie do zastąpienia sposób, którym często udaje się rozerwać zlepy i zrosty w oponach miękkich. W pewnych przypadkach ciałem uciskającem jest nie guz masywny, lecz torbiel oponowa, proces anatomo-patologiczny, określany jako *cystis arachnoidea* lub *meningitis serosa circumscripta*. Odma może taką torbiel rozerwać i bez dalszego zabiegu sprowadzić wyleczenie. Taki przypadek spostrzegamy obecnie na klinice. Z drugiej strony po odmie spostrzega się poprawę nawet przy guzach masywnych. Oczywiście jest to poprawa krótkotrwała. Rzadziej i w słabszym stopniu spostrzegaliśmy je po zastrzykach lipjodolu. Poprawy te należy tłumaczyć poprawą warunków krążenia cieczy m.-rdz. w okolicy ucisku, tu bowiem w pewnej mierze drenuje przestrzenie cieczowe, powtóre usunięciem patologicznego płynu z przestrzeni leżących poniżej miejsca ucisku. Płyn ten otrzymywany przy nakłuciu lędźwiowem nie jest prawdziwą cieczą m. rdzeniową, i przestał nią być od dawna. Sposób postępowania, przyjęty w klinice, który na podstawie wielu doświadczeń gorąco polecamy, jest następujący: nakłucie lędźwiowe z próbą Queckenstedt'a. Jeśli jej wynik jest podejrzany, wykonanie odmy natychmiastowe. Staramy się wypuścić całą ilość płynu z zamkniętych przestrzeni. Jeśli chory zabieg dobrze znosi, nie ma bólu głowy, nudności bladnięcia zwolnienia tętna, jeśli powietrze nie chce wchodzić a natomiast wycieka pienisty płyn, jeśli ciśnienie płynu spada zaraz do zera, — dowodzi to niezbicie istnienia przeszkody. Bóle przytem występujące niedowodzą natomiast niczego. Ostateczny dowód istnienia ucisku zdobywamy przez badanie płynu. Dopiero wówczas przychodzi kolej na zastrzyknięcie podpotyliczne lipjodolu dla zdobycia możności wskazania chirurgowi, jaknajściślej — gdzie ma operować. Pamiętać jednak należy, że wynik dodatni wszystkich tych prób nie wyklucza guza śródrdzeniowego i że w sprawach uciskowych od 4-go kręgu lędźwiowego w dół, wszystkie próby mogą zawieść. Wówczas będziemy mogli się oprzeć tylko na próbie z lipjodolem. Przy wstrzykiwaniu lipjodolu dolnego, dla określenia dolnej granicy guza, nie należy wypuszczać zupełnie płynu m.-rdz., inaczej bowiem lipjodol nie chce się przemieszczać.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 10 czerwca 1925 roku.

Przewodniczy kol. K. Opoczyński, sekretarz kol. E. Czarnecki. Obecnych 54 osób, w tej liczbie 34 członków Twa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dn. 27 ub. m.

2. Kol. K. Michejda przedstawia chorą, u której z powodu zadzierzgnięcia i martwicy usunął 160 cm. jelita cienkiego. Operację wykonano w trzech aktach; w pierwszym akcie dokonano resekcji, odcinek odprowadzający (końcowa część jelita cienkiego) zaszyto na głucho, doprowadzający wszyto jako anus praeternaturalis do powłok; w drugim akcie wykonano zespolenie boczne między pętlą doprowadzającą, a jelitem grubem (poprzecznem); w trzecim zaszyto anus praeternaturalis. Leczenie trwało 7 tygodni. Omawia zalety i wady wieloaktowego postępowania przy nekrozie, obejmującej rozległe części jelita. (Streszczenie własne).

W dyskusji głos zabierali kol. Ch. Zarcyn, kol. K. Opoczyński, kol. St. Trzebiński i prelegent.

3. Kol. T. Wąsowski pokaz obcego **ciała, wydobytego z przełyku.** W przełyku 3-letniego dziecka na głębokości 10 cm. od brzegu zębów stwierdzono za pomocą oesophagoskopu obce ciało, które można było wyczuwać również końcem palca. Zapomocą korncanga wydobyto tryb budzika.

Dyskusja: Kol. K. Michejda — wobec dość znacznej wielkości obcego ciała oraz możności wyczuwania go palcem, przypuszczać raczej należy, że znajdowało się ono nie w przełyku, a w hypopharynx.

Kol. J. Szmurło — ciało obce znajdowało się prawdopodobnie w hypopharynx na granicy przełyku. U osób dorosłych przełyk jest bardzo elastyczny; przytacza przypadek, gdzie sztuczna szczęka połknięta przeszła przez cały trakt pokarmowy i wyszła z kałem. Kol. Lewando — chory połknął kawałek kości, kość utkwiła w przełyku, niedrożność zupełna (nie przechodziła woda); po usunięciu kości (3 cm. 4 cm.) powrót do normy. Kol. M. Eiger — przełyk jest rozciągliwy (połykanie noży i widelcy przez chorych psychicznych). Oesophagoskopje uważa za zabieg dość brutalny; radziłby raczej stosować w razie potrzeby promienie Roentgena. Kol. K. Michejda nie zgadza się co do brutalności metody oesophagoskopowania. Kol. St. Peszyński przytacza przypadek połknięcia przez pacjentkę sztucznej szczęki. Kol. J. Szmurło ostrzega przed chęcią przepychania ciał obcych, znajdujących się w przełyku, ponieważ to może doprowadzić do przebicia jego ścianki.

4. Kol. M. Eiger wygłosił odczyt: **Elektrokardjografja teoretyczna i kliniczna.**

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 8 marca 1925 r.

Przewodniczący: Kol. Grzankowski.

1. Kol. Krauze przedstawia przypadek **chronicznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** Po zastosowaniu surowicy antimeningokokowej nastąpiło polepszenie, o czem świadczy zmniejszenie się ilości b. ciałek krwi w płynie m. rdzeniowym: gdy w początkowym okresie badania liczba ich przekraczała 1000, ostatnie badanie wykazuje cyfrę poniżej 200-tu, z przewagą neutrofilów. Pomimo poprawy w tym kierunku badanie oka stwierdza postępującą tarczę zastoinową. Ztąd pytanie, co robić celem usunięcia niebezpieczeństwa utraty wzroku?

Dyskusja: Kol. Orzechowski jest zdania, że polepszenie w stanie chorej nastąpiło nie wskutek swoistego leczenia, a wprost dzięki upustom i rozrzedzeniu płynu m. rdzeniowego po zastosowaniu dordzeniowo surowicy, tarcza zaś zastoinowa jest wyrazem tworzącego się wodogłowia wewnętrznego. Jako środek leczniczy proponuje zastosowanie odmy, pomimo przykrych objawów potocznych, jakie spotyka się po zastrzyknięciu 50—60 cm^3 powietrza do kanału m. rdzeniowych. Bóle głowy, nudności, wysoka ciepłota ciała spotykają się po odmie zazwyczaj u zdrowych, chorzy znoszą ją lepiej, co objaśnia się ich mniejszą wrażliwością, ich stanem indolencji. Kol. Janowski uważa przypadek za rzadkość ze względu na jego przewlekły przebieg i zapytuje, jakiego potrzeba czasu do ustąpienia tarczy zastoinowej pod wpływem odmy. Kol. Stawiński interesuje się techniką odmy. Kol. Orzechowski uważa przypadek raczej za podobny, niż za przewlekły, daje wyjaśnienia co do techniki zabiegu i zastrzega się, że, o ile foramina Laschi i Magendi są zarośnięte, to odma może nie dać rezultatu. Sprawy wsteczne w nerwie wzrokowym i na dnie oka idą b. powoli, więc do wyleczenia potrzeba dłuższego okresu czasu.

2. Kol. Skłodowski pokazuje chorego, dotkniętego **skazą krwotoczną i niedokrwistością** (wskaźnik krwi = 1), w którego dwunastnicy zapomocą zgłębnikowania stwierdzono obecność wielkiej ilości pasorzytów: ogoniastka jelitowego (*Lamblia intestinalis*) (pokaz preparatów mikroskopowych). Ponieważ taka wielka ilość tych pierwotniaków nie może być obojętna dla organizmu, przeto leczenie danego przypadku skazy krwotocznej i niedokrwistości winno w pierwszym rzędzie polegać na usunięciu pasorzytów. W tym celu stosowano z dobrym skutkiem rozczyn Lugola. Obecnie wskaźnik krwi jest < 1.

Dyskusja: Kol. Manduk po za Lugolem radzi stosować thymol, benzonaphtol lub też chininę. Kol. Janowki nie uważa za właściwe i odpowiednie nazywać dany pasorzyt *Lamblia intehlinalis, a Megastoma entericum* pierwsza nazwa przypomina jedynie nazwisko jego odkrywcy: prof. Lambla z Warszawy, druga zaś jest naukowa. Przypuszcza również, jak i prelegent, że obecność miljonów wielkoryjca w kiszkach może wywołać zmiany we krwi. Jako środek leczniczy proponuje salwarsan. Kol. Skłodowski woli raczej zastosować stovarsol, który można dawać wewnętrznie.

3. Kol. Tyczka pokazuje chorą z **tańcem oczu** w przebiegu zapalenia mostu mózgu przyczem zwraca uwagę na różnicę, zachodzącą pomiędzy *nystagmus a opsochorią.*

Dyskusja: Kol. Orzechowski dodaje, że przypadek pokazuje się jako rzadkość: w piśmiennictwie zagranicznem nigdzie nie spotkał się z opisem tego zespołu objawów ocznych, natomiast w polskiem opisali go Flatau, Gościcki i inni. Umiejscowienie i mechanika opsochorji są dotychczas nieznane.

4. Kol. Stępień przedstawia chorego ze zmianami w układzie mięśniowym i nerwowym kończyn górnych i uzasadnia rozpoznanie: **zapalenie rogów przednich.** Za kiłowem pochodzeniem tej sprawy przemawia 1) stan źrenic (nierówność, słabe działanie na światło), 2) +++ we krwi, 3) + w płynie m. rdzeniowym i 4) wiek chorego.

5) Kol. Fenigstein u chorego na **tężyczkę** wywołuje atak tężyczki zapomocą głębokich wdechów i wydechów t.j. **hyperwentylacji.**

Dyskusja; Kol. Jelenkiewicz rozpatruje **alkalozę i hypercalcemję** w związku z działaniem ich na układ **parasympatyczny**; od zmian w nim może zależyć tężyczka. Tę ostatnią można zapomocą hiperwentylacji wywołać też u ludzi zupełnie

zdrowych. Janowski twierdzi, że preparaty ergotyny powinny nasilać napady tężyczki u danego chorego, gdyż jest on wagotonikiem (eozynofile we krwi) oraz podziela w zupełności wywody przedmówcy co do wpływu zmniejszenia się wapnia i alkalozy na tężyczkę. Kol. Orzechowski zwraca uwagę na doniosłość **hiperwentylacji** jako środka do stwierdzenia epilepsji, która u notorycznych padaczkowców zazwyczaj występuje po sztucznie wywołanym napadzie tężyczki, skraca bowiem czas obserwacji epileptyków w szpitalach wojskowych i usuwa inne mniej bezpieczne dla życia chorego sposoby wywołania padaczki, jak to ucisk *carotis* i zastrzykiwanie kokainy. Niebezpieczeństwo stosowania hiperwentylacji kryje się jedynie w tem, że może ona wywołać pierwszy atak padaczkowy u osób pozornie zdrowych, które nigdy nie chorowały na epilepsję a jednak do niej predysponowanych, gdyż po pierwszym ataku wywołanym drogą hiperwentylacji może nastąpić u nich szereg następczych samoistnych.

Posiedzenie kliniczne w dniu 21 czerwca 1925 r.
Przewodniczący: Kol. Puławski.

1. Kol. Puławski wygłosił wspomnienie pośmiertne z powodu zgonu ś. p. Z. Paderewskiego, Inspektora Lekarskiego Szpitali w Warszawie.

2. Kol. Skłodowski przedstawił chorego, który ze względu na sprawę w stawie kolanowym, zmuszony jest od lat 20-tu chodzić o kuli. Tej ostatniej okoliczności, to jest uciskowi kuli na okolicę pachową, autor przypisuje zmiany powstałe **w tętnicy pachowej** a mianowicie **zwężenie tej ostatniej**, które objawia się osłabieniem tętna i sinicą, prawej kończyny górnej. Po odrzuceniu kuli sprawa nieco się poprawiła, należy więc zastanowić się, czy nie możnaby chirurgicznie zapobiec dalszemu używaniu kuli, przez dokonanie operacji na stawie kolanowym.

Dyskusja: Kol. Szper proponuje nałożenie na biodro aparatu Hessinga. Kol. Sawicki nie widzi możności zastosowania tego aparatu, bo kolano jest zgięte pod kątem prostym. Kol. Szteyner proponuje opieranie się na kuli z lewej strony, a używanie laski z prawej strony. Tym sposobem ucisk na prawą pachę będzie zniesiony. Kol. Muttermilch prosi o bliższe wyjaśnienie, patogenezy ewentualnego zwężenia. Kol. Goździcki zwraca uwagę na częstość używania kuli, a rzadkość podobnych spraw naczyniowych. Widzi więc jakieś usposobienie osobiste a może kiłę. gdyż chory ma nos zniekształcony, zapadnięty. Kol. Skłodowski zaznacza, że odczyn Wassermanna we krwi był ujemny i daje wyjaśnienia co do mechanizmu powstania zmian naczyniowych.

3. Kol. Bakierowski przedstawia przypadek **wrzodu dziurawiącego 1) żołądka i 2) dwunastnicy.**

Dyskusja: Kol. Sawicki zwraca uwagę na trudność rozpoznania i radzi przeczekać **wstrząs**. Cytuje przypadek, który przemawia za wygłoszoną powyżej radą. Kol. Szper jest zdania, że wstrząs zależny jest od wylania się płynu do jamy brzusznej, możliwiem więc jest jedynie chirurgiczne zatamowanie płynu.

4. Kol. Bromak przedstawia przypadek **kiły o niezwykłym przebiegu**. Niezwykłość przypadku polegała na ciągłej gorączce, która nie ustępowała pomimo stosowania chininy, leczenia klimatycznego i t. p. Dopiero ++ we krwi zwróciły uwagę na możliwość kiły, którą chory negował. Po systematycznej kuracji rtęciowej gorączka spadła, dreszcze ustąpiły, stan ogólny poprawił się, przy przybyło choremu 3 kg. Wasserman we krwi ujemny.

Dyskusja: Kol. Bernhardt radzi być sceptykiem na punkcie negacji chorego co do kiły. Opowiada o przypadku na oddziale Kol. Starkiewicza, gdzie chory stale wypierał się przymiotu aczkolwiek stale leczył się u mówcy na tę chorobę.

5. Kol. Biske przedstawia **preparat anatomiczny wrzodu dziurawiącego dwunastnicy** i przypadek **niedrożności spowodowanej wyrostkiem Meckel'a.**

Sekretarz: *W. Goździcki.*

Dr. Józef Jaxa DĘBICKI. Lwów.

Sprawozdanie z pierwszego międzynarodowego Kongresu radiologicznego w Londynie w r. 1925.

Pod przewodnictwem prezydenta Royal Society of Medicine C. Thurstana Hollanda odbył się w dniach od 30 czerwca do 4 lipca włącznie 1925, w Londynie pierwszy międzynarodowy zjazd radiologów, który zgromadził w salach Central Hall Westminster przeszło 500 członków ze wszystkich stron świata. Po Anglji samej (207 członków) najsilniej były reprezentowane Niemcy (65), potem Rosja (24), dalej Belgja (20), Francja (16), Holandja (12), Szwecja (9). Z polskich roentgenologów wziął udział w zjeździe jedynie Dr. Józef J. Dębicki ze Lwowa. Kongres zorganizowany i przygotowany znakomicie rozpoczęło, po wstępnych uroczystościach powitalnych w dniu 30 czerwca, pierwsze posiedzenie ogólne w dniu 1 lipca, poświęcone ustaleniu międzynarodowej jednostki promieni, wykładami fizyka Sir Williama Bragg'a i rentgenologa prof. H. Beclère'a. W przebiegu posiedzenia, po żywej dyskusji, w której zabierali głos Solomon, Behnken, Duc de Broglie, Muir, Friedrich, Holthusen i inni, wyłoniła się konieczność międzynarodowego porozumienia w tym kierunku. Na ogół skłaniali się wszyscy do przyjęcia jako jednostki fizykalnej pojęcia Villarda, które odpowiada mniej więcej pojęciu Solomona t. j. francuskiemu „R". Celem ostatecznego załatwienia sprawy wybrano komisję, złożoną z pp. Sir Williama Bragg'a, Dr. E. A. Owen'a, C. E. Philips'a, prof. A. W. Portera i prof. Sidney Russ'a, która ma przedmiot opracować i przedłożyć wnioski na następnym kongresie. Behnken z Berlina w interesującym wykładzie o pojęciu jednostki dawki biologicznej wykazał wielkie trudności, na jakie ono napotyka, ze względu na nieznajomość czynnika biologicznego s/q, który musi być uwzględniony w formule B = D s/q.

Ciekawe światło rzucają na wewnętrzną budowę węgla i wogóle materji prace C. Norman Kemp'a z Edynburga, który w wykładzie: „The Applications of X — Rays in the Technology of Coal", wykazał: że chemicznie czysty węgiel w technicznie jednostajnych warstwach wykazuje wielkie różnice w absorbcji promieni, że jest zatem materjałem niejednolitym. Bouwers z Utrechtu pokazał nowe rury rentgenowskie własnego pomysłu, znane jako rury „Metalix". Pominąwszy znaczniejszą trwałość i wytrzymałość tych rur, wielką korzyść przedstawia lepsze wyzyskanie energji rentgenowskiej przez specjalnie skonstruowane ognisko. Rury Bouwersa wyprą w niedługim czasie wszystkie inne fabrykaty z handlu, gdyż przedstawiają istotnie nadzwyczajny postęp dla techniki rentgenowskiej.

Wieczorem wygłosił książę Broglie wspaniały wykład o absorbcji wtórorzędnych promieni Röntgena i Radium.

Wielkiej doniosłości naukowej i praktycznej był wykład Friedricha z Freiburga: „New secondary Radiation Phaenonena and their Relation to Radiation Therapy", w którym Friedrich dowiódł, że promieniowanie wtórorzędne wykazuje z jednej strony t. z. efekt Comptona, z drugiej strony jednak zachowują się niektóre promienie odwrotnie. Ma to zasadnicze znaczenie w lecznictwie. Dotychczas bowiem przyjmowaliśmy, że promieniowanie wtórorzędne (rozproszone) posiada tę samą długość fali, co promieniowanie pierwszego rzędu, i wedle tej zasady obliczaliśmy dawkę w głębi. Badania Friedricha rzucają zupełnie nowe światło na zachowanie się promieniowania w głębi i na dotychczasowe błędy, popełniane w oznaczaniu dawki głębokiej. Wykład Friedricha wywołał ogłuszającą burzę oklasków. Nie mniejsze zainteresowanie wzbudził wykład G. E. Pfahlera z Filadelfji: „The saturation Method in Röntgentherapy". Pfahler, który, wychodząc z założenia, że odczyn tkanek na promieniowanie Röntgena słabnie wedle krzywej logarytmicznej (i to w pewnej zależności od twardości promieni) stara się utrzymać ustrój w stanie t. z. nasycenia promieniami, t. j. w takim stanie, w jakim on się znajduje bezpośrednio po naświetleniu. Dotychczas powtarzaliśmy zazwyczaj dawkę po pewnym odstępie czasu, kiedy przypuszczaliśmy, że odczyn po pierwszem naświetleniu już przeminął. Natomiast Pfahler dodaje po pierwszem naświetleniu co pewien czas tyle dawki, ile jej ubyło wedle krzywej logarytmicznej. Metodę tę stosuje zwłaszcza przy naświetlaniu nawotworów złośliwych, a, opierając się na pięcioletniem doświadczeniu klinicznem, zaleca ten sposób leczenia.

W żywej dyskusji zabierali głos Regaud, Wintz, Forssell, Holfelder i inni, uznając tę metodę za godną dalszego badania i naśladowania. Biologiczne działanie promieni Röntgena było szeroko omawiane w szeregu zajmujących wykładów Gudzenta z Berlina, Prousta z Paryża. Ernsta i Burrows'a z St. Louis, i Nemenowa z Leningradu. Ostatni autor rzucił szereg nowych myśli na sposób, w jaki następują zmiany wsteczne w komórkach pod wpływem promieni Röntgena. Wedle niego zmiany wsteczne po naświetlaniu występują w tkankach tą samą drogą, jaką zwykle występuje zwyrodnienie i starzenie się ich. Pewne tkanki mają bowiem skłonność do pewnych typów zwyrodnienia (miąższowe, szkliste, tłuszczowe i t. p.). Te same zmiany następują w tkankach po naświetlaniach. Wedle Nemenowa zatem, wynik naświetlania polega na wyczerpaniu całej energji życiowej komórek naświetlonych, w krótkim czasie, t. j. na szybkiem zestarzeniu się komórek. Ważnym tematem obrad była sprawa leczenia raka. Wintz z Erlangen przedstawił statystykę wyleczeń raka piersi (po 5 letniej obserwacji) i wykazuje 48% w początkowych przypadkach, a 18% w przypadkach nie nadających się do operacji. Chce przez to powiedzieć, że takie przypadki operacyjne nadają się do naświetlenia. Na ogół jednak przeważa zdanie, by poddawać leczeniu promieniami tylko przypadki po operacji i nie nadające się do operacji. Doświadczenia ostatnich lat pouczyły nadto, że korzystniejszem jest stosowanie mniejszych dawek w częstszych odstępach czasu, niźli jednorazowe dawki masowe; Najlepsze wyniki wykazuje jeszcze Curieterapja, ale tylko w przypadkach raka języka. Regaud z Paryża uzyskał w przypadkach raka języka, nie nadających się do operacji, 10% wyleczeń, zaś w przypadkach początkowych 50%. W przypadkach raków głęboko umiejscowionych leczenie radem daje tylko wtedy zadowalniające wyniki, jeśli się go stosuje głęboko, umieszczając rurki z radem w samem ognisku rakowem drogą operacyjną. (Daels i Backer z Ghent: Contribution to the Technique of Intraperitoneal Irradiation of Cancer of the Cervix Uteri". Falla New-York:

„A New Method of Intra-tumoral Irradiation". Mallet z Paryża: „Technique de Curietherapie profonde"). Greber z Providence mówił o leczeniu zakażeń ropnych. Leczenie radiologiczne zakażeń gronkowcami, jakoteż i paciorkowcami, oraz wszelkiemi innemi drobnoustrojami, które wywołują w ustroju ropienie, zaczyna mieć coraz donioślejsze znaczenie w lecznictwie ogólnem. Po pierwszych nieśmiałych ogłoszeniach autorów niemieckich, zajęła się tym przedmiotem szkoła wiedeńska, a równocześnie na szeroką skalę zaczęto stosować naświetlania w przypadkach zakażeń ropnych w Ameryce. Dzisiaj posiadamy już wiele materjału opracowanego krytycznie. W przypadkach ropowic, głębokich ropni, zapaleń nakołomacicznych po poronieniach, zapaleń wyrostka robaczkowego, zapaleń płuc i wielu innych, nawet w przypadkach rozpaczliwych, zyskuje się nadzwyczajne wyniki. W początkach choroby następuje często wessanie, w dalej posuniętych sprawach ograniczenie ropienia, tak, że wystarcza jedynie niewinny zabieg chirurgiczny celem wypuszczenia ropy.

W przypadkach zapaleń płuc następuje już po 24 godzinach rezolucja. J. J. Dębicki ze Lwowa w wykładzie: „X—Rays and the problem of races" poruszył bardzo aktualną obecnie kwestję w Anglji i wywołał swoim wykładem znaczne zainteresowanie.

W sekcji rozpoznawczej zasługują na wyszczególnienie wykłady Forssella ze Stockholmu o zachowaniu się błony śluzowej żołądka w obrazie röntgenowskim. Ruchy błony śluzowej odgrywają rolę w mięszaniu treści żołądka. Można je uwidocznić przez odpowiednio zastosowany ucisk podczas badania. Brak ruchów wskazuje na zmiany chorobowe tak błony śluzowej, jakoteż warstwy głębszej. Berg z Frankfurtu opisuje nową technikę badania w przypadkach wrzodu dwunastnicy. Friedrich z Freiburga i Carman z Rochester pokazują śliczne zdjęcia woreczka żółciowego po stosowaniu tetrabromfenolftaleiny drogą dożylną albo ustną. Woreczek żółciowy rysuje się nader wyraźnie, kamienie występują jako miejsca jaśniejsze. W pewnej ilości przypadków jednak nie można otrzymać cienia woreczka.

Na ten temat mówili jeszcze Butler z Bostonu, Moore z St. Louis, i Bischof z Lugano. O oznakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego mówił Dubois-Trepange z Liège. Bardzo interesującym był wykład Feissly'ego z Lausanne, o rozpoznawaniu przewlekłej gruźlicy kątnicy.

Sprawa gruźlicy przewodu oddechowego była omawianą przez licznych autorów. Na szczególne uwzględnienie zasługuje wykład Cole'go z New-Yorku, poparty interesującym filmem, o przebiegu zakażenia gruźliczego w płucach. Liczne obrazy röntgenowskie, w połączeniu z klinicznemi i ze stołu sekcyjnego, stworzyły całość doskonałą i bardzo pouczającą.

Häuser z Buoenos Aires wywołał zaciekawienie pokazem obrazów macicy, wypełnionej lipjodolem w celach rozpoznawczych ciąży w pierwszych jej początkach. Häuser stosował ten sposób rozpoznawczy w 40 przypadkach i, jak twierdzi, w żadnym z nich nie przyszło do poronienia. Na obrazach widać wyraźnie jamę macicy, wypełnioną o tyle, o ile rozwijający się w niej płód na to pozwala. Nawet w drugim tygodniu ciąży można już rozpoznać miejsce rozwijającego się jaja. Zwykle jeden róg macicy jest wolny i przezeń przedostaje się płyn kontrastowy do trąbki. Powikłań miał Häuser nie zauważyć.

J. J. Dębicki ze Lwowa przedstawia w sekcji rozpoznawczej przyrząd własnego pomysłu, służący do badania zwierząt w wykładzie: „The present state of Radiology in Veterinary Practice". Przyrząd ten, patentowany zagranicą, ułatwia niezmiernie badanie, toteż röntgenologja weterynaryjna widzi w nim wielki krok ku postępowi. Fraenkel z Moskwy mówił o encefalografji i pokazywał szereg rentgenogramów, które jednak nie dorównują pod względem piękności i dokładności röntgenogramom Dra Domaszewicza ze Lwowa, które znamy z naukowych posiedzeń T-wa lekarskiego lwowskiego.

Wykładów było ogółem 135, w 4 sekcjach. Wspomniałem jeno o tych, które wywołały największe zainteresowanie. Nieco dłużej zatrzymałem się na części leczniczej, ze względu na wielką doniosłość i bogactwo nowych myśli. Na zakończenie odczytał senior chirurgów angielskich Sir Berkeley Moynihan Bart prelekcję o stosunku rentgenologji do chirurgji, w której podnosi wielki błąd, jaki się popełnia, uważając rentgenologję za naukę pomocniczą. Rentgenologja wtedy dopiero odda medycynie prawdziwe zasługi, jeśli stanie jako dział równorzędny i niezależny.

Ze zjazdem połączona była wystawa przyrządów rentgenowskich. Największą ilość wystawiła Anglja, potem Niemcy, Francja, Stany Zjednoczone, Szwajcarja i Holandja. Przez cały czas zjazdu można było oglądać stałą wystawę przepięknych radjogramów w British Institute of Radiology.

Z przyjęć, trzymanych w bardzo poważnym i skromnym tonie, odbyła się wieczorem 30. czerwca recepcja w salach Royal Society of Medicine przez prezydenta Towarzystwa, celem wzajemnego zapoznania członków, 2. lipca objad oficjalny, 3-go. luncheon dla delegatów wydany przez Komitet Ligi narodów.

Członkowie zjazdu i ich rodziny mogli korzystać po zakończeniu zjazdu z ułatwień w rozmaitych wycieczkach.

Następny zjazd międzynarodowy odbędzie się w roku 1928 w Stockholmie pod przewodnictwem Goesta Forssella.

Pierwszy międzynarodowy zjazd rentgenologów, tak licznie obesłany przez wszystkie narody świata, dowodzi, do jakiego stopnia rozwoju doszła rentgenologja w latach ostatnich. Był on poniekąd wyrazem reakcji po depresji wojennej i potrzeby wzajemnej współpracy, która jest nieodzowną dla rozwoju czystej nauki. Duch, jaki panował i stosunki wzajemne pomiędzy członkami zjazdu, były obrazem największej harmonji. Uwidoczniona na wszystkich kartach twarz wielkiego człowieka i uczonego, podobizna Röntgena, miała oprócz wyrażenia czci dla tego męża nauki i głębsze znaczenie, które w przepięknej mowie podczas uroczystego objadu podniósł zasłużony Beclère. Połączyła ona wszystkich rentgenologów świata, bez różnicy narodowości, do wspólnej pracy.

Za inicjatywę i organizację tego pierwszego, a tak bogatego w treść i następstwa kongresu, oraz za prawdziwe gentlemańskie przyjęcie, jakiego doznaliśmy, należy się uczonym angielskim wdzięczność ze strony wszystkich, którym dobro nauki leży na sercu, a zatem przewodniczącemu Prezydentowi zjazdu szanownemu C. T. Holladowi i całemu komitetowi organizacyjnemu.

Członkowie komitetu i sekretarze uginali się pod nawałem pracy, a nie jest ona jeszcze skończoną, boć czeka ich jeszcze uporządkowanie materjału i przygotowanie go do druku, co przy 135 wykładach nie jest drobnostką.

Lwów, we wrześniu 1925.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu z dnia 20. lipca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, członkowie: Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo co do współdziałania Izby Naczelnej w sprawie zdrowia publicznego. Generalna Dyrekcja chętnie widzieć będzie wszelkie wnioski Izby Naczelnej w sprawach zdrowia publicznego. Co do instytucji Najwyższej Rady Zdrowia będzie wkrótce ogłoszone w „Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej". W sprawie opinjowania projektów ustaw z dziedziny sanitarnej wydane zostało zarządzenie, aby projekty takie przed ich skierowaniem na drogę ustawodawczą przesyłano Izbie Naczelnej do opinji. Wreszcie w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach chorych Generalna Dyrekcja oznajmia, że projekt nowelizacji przygotowuje Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, a Generalna Dyrekcja będzie starała się przeprowadzić zasady, ustalone na konferencji Generalnej Dyrekcji z przedstawicielami Izby Naczelnej i Izby Warszawsko-Białostockiej. Otrzymane pismo przyjęto do wiadomości i postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą, ażeby projekt nowelizacji ustawy o kasach chorych z chwilą otrzymania od Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej zechciała przesłać Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Od Dra Wrześniowskiego z Częstochowy otrzymano następujące projekty: a) regulamin Kas wzajemnych ubezpieczeń lekarzy, b) kasy emerytalnej dla lekarzy, c) ubezpieczenia od chorób i wypadków nieszczęśliwych, d) kasy wdów i sierót po lekarzach.

Wymienione projekty Dr. Wrześniowski przesyła z prośbą o nadesłanie uwag krytycznych.

Projekty te postanowiono wręczyć Dr. Guranowskiemu z prośbą o ocenę i przedstawienie Zarządowi swych uwag.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu w Poznaniu z prośbą, ażeby Izba Naczelna zajęła w tej sprawie odpowiednie stanowisko. Jednocześnie otrzymano odpis pisma Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia do Izby Poznańsko-Pomorskiej z umotywowaniem decyzji telegraficznej Generalnej Dyrekcji, wstrzymującej postępowanie sądowe przeciwko prof. Juraszowi.

W sprawie odpowiedzi na pismo Generalnej Dyrekcji wywiązała się żywa dyskusja. Z jednej strony proponowano odpowiedź odłożyć do czasu otrzymania dodatkowych dokumentów; z drugiej proponowano odpowiedzieć niezwłocznie na podstawie dokumentów, będących w rozporządzeniu Izby Naczelnej. Przeważyła propozycja pierwsza i postanowiono nie odczytywać przygotowanej już odpowiedzi do czasu otrzymania dodatkowych dokumentów.

Od 10 lekarzy, praktykujących sezonowo w Krynicy, (7-iu z Izby Lwowskiej i 3-ch z Warszawsko-Białostockiej) otrzymano pismo z protestem przeciwko płaceniu składek na rzecz Izby Lekarskiej w Krakowie i z prośbą o zniesienie uchwały Izby Lekarskiej w Krakowie co do obowiązku płacenia składek przez członków innych Izb lekarskich, praktykujących na terenie Izby Krakowskiej tylko sezonowo.

Postanowiono odpowiedzieć na pismo lekarzy z Krynicy, że art. 18 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem głosi, że lekarze, należący do jednej izby, lecz wykonywujący praktykę lekarską również w granicach innej izby, obowiązani są stosować się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów tej ostatniej. Izba Naczelna na podstawie

art. 18 nie ma prawa narzucać Izbie Krakowskiej innych postanowień i przepisów.

Od Izby Łódzkiej otrzymano projekt regulaminu wyborów do Rady Izby Łódzkiej z prośbą o zatwierdzenie. Projekt regulaminu zatwierdzono i postanowiono zawiadomić o tem Izbę Łódzką. 2 egzemplarze regulaminu postanowiono przesłać do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Izby w Krakowie otrzymano pismo w sprawie projektowanego posiedzenia przedstawicieli sądów podczas Zjazdu Lekarzy i Przyrodników. Izba Krakowska prosi o zawiadomienie telegraficzne o terminie posiedzenia, na które mógłby przybyć z Krakowa Dr. Jankowski.

W sprawie tej podał do wiadomości Zarządu N. I. L. Dr. Śmiechowski, że projektowane posiedzenie odbyło się 15. lipca r. b. Na posiedzeniu tem Prezydjum Sądu N. I. L. powołane zostało jako komisja do uzgodnienia regulaminów sądów wszystkich Izb Lekarskich. O uchwale tego posiedzenia Prezydjum Sądu N. I. L. powiadomi wszystkie Izby Lekarskie. Przedstawiciel Sądu Izby Krakowskiej Dr. Jankowski na posiedzenie to nie był powołany telegraficznie.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z prośbą o wywarcie na Izbę Lwowską wpływu celem cofnięcia cennika lekarskiego w Tarnopolu, nielegalnie zatwierdzonego przez Izbę Lwowską.

Postanowiono odpis tego pisma przesłać Izbie Lwowskiej.

Przewodniczący Zarządu N. I. L. oznajmił o konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia w sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami. Sprawa ta skoncentrowana jest w urzędach Generalnej Dyrekcji, dokąd w razie potrzeby zwracać się należy.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie.

Koło Lekarzy Szkolnych przy Zrzeszeniu Lekarzy Rz. P. prawie od początku roku szkolnego 1924/25 prowadziło akcję, mającą na celu poprawę warunków pracy i płacy lekarzy szkolnych w żydowskich szkołach średnich w Warszawie. Mimo wielokrotnych prób ugodowego załatwienia zatargu na skutek obojętności i lekceważenia sprawy przez Zarządy szkół, Koło Lekarzy Szk. zmuszone było przerwać pracę w niektórych gimnazjach. Wobec powyższego szkoły: 1. Perły-Łubińskiej, Ceglana 7 — 2. Zaksowej, Miodowa 21 — 3. Brajdo, Dzielna 20 — 4. Pryluckiej, Nowolipki 6 — 5. Kryńskiego, Miodowa 1 — objęte są strajkiem lekarzy szkolnych, zaś w stosunku do szkół: 1. Mirlasowej, Długa 50 — 2. Z. Kaleckiej, Nowolipki 25 — 3. Poznerowej, Twarda 27 — 4. Strauch-Szlezyngerowej, Sto Jerska 18 które w związku z powyższą akcją wymówiły posady kolegom lekarzom szkolnym, ogłoszono bojkot.

Uprasza się zatem lekarzy o nieobejmywanie posad we wszystkich wyżej wymienionych zakładach naukowych.

„Kasy chorych“ w Anglji.

(National Insurance Act 1911—1922).

Poraz pierwszy sprawa „Kas chorych“ w Anglji ujętą została w formę aktu parlamentarnego w 1911 r. Akt ten był uzupełniany prawie rok rocznie i opracowany w ostatecznej (jak dotąd) formie w 1922 r.

Główne zasady organizacji Kas chorych w Anglji podane zostały poniżej na zasadzie referatów wygłoszonych w Londynie w marcu 1925 r. w Ministerstwie Zdrowia dla lekarzy, biorących udział w „Międzynarodowej wymianie lekarzy przy Lidze Narodów“ oraz na zasadzie zebranego piśmiennictwa.

Ogólna zasada wpłaty.

Wszyscy zatrudnieni pracownicy w Anglji, Szkocji, Walji i północnej Irlandji obowiązani są zapisać się do Kas chorych bez względu na to, czy są poddanymi brytyjskimi, czy nie, o ile tylko zarobek ich nie przewyższa 250 £ rocznie i są w wieku między 16 a 70 rokiem życia. Kwestja wysokości zarobku nie dotyczy robotników, pracujących fizycznie (Manual workers), ci bowiem nawet więcej zarobkujący wszyscy muszą być ubezpieczeni.

Opłatę za należenie do K. ch. wnosi się specjalnemi markami przylepianemi na odpowiednich kartach. Opłata wynosi tygodniowo dla mężczyzn 10 pen. (1 Zł.), dla kobiet 9 pen. (90 gr.), przyczem w obu wypadkach pracodawca opłaca 5 pen. (50 gr.) resztę zaś zatrudniony pracownik. Odpowiedzialność za regularne wnoszenie opłaty spada na pracodawcę, który potrąca należne sumy z pensji robotników. Ogólna suma wpłacona na koszt K. ch. wynosiła w 1923 r. w Anglji i Walji 21,540.000 £ (zgórą pół miljarda złotych). Państwo ponosi 2/9 kosztów związanych z działalnością K. chorych.

Kasa chorych udziela świadczeń następujących:

1. Świadczenia za czas choroby. Wypłacane są one, o ile osoba ubezpieczona jest niezdolną do pracy wskutek choroby czy wypadku (bodly or mental disablement) i wynosi tygodniowo 15 szyl. (19 Zł.) dla mężczyzny i 12 szyl. (15 Zł.) dla kobiety, tylko wtedy jednak o ile pracownik był ubezpieczony przynajmniej w ciągu 104 tygodni i opłacił 104 wkładki. O ile ubezpieczenie trwało krócej lecz przynajmniej 26 tygodni, osoba ubezpieczona otrzymuje wynagrodzenie: mężczyzna 9 szyl., kobieta 7½ szyl. Świadczenie to może być wypłacane przez cały czas choroby, nie dłużej jednak ponad 26 tyg.

2. Świadczenia dla niezdolnych do pracy są płatne tygodniowo w jednakowej wysokości dla kobiet i mężczyzn po 7½ szyl.

3. Świadczenia dla matek. Kobieta ubezpieczona o ile zostaje matką, otrzymuje przy porodzie sumę 40 szyl. (50 Zł.), o ile zaś i mąż jest ubezpieczony drugie 40 szyl. Koniecznym warunkiem do otrzymania tego świadczenia jest okres uprzedni ubezpieczenia, wynoszący 42 tygodnie.

Administracja.

Udzielaniem świadczeń w pierwszych trzech wypadkach zajmują się t. zw. „Zatwierdzone Towarzystwa“ (Approwed Societis), a w zakresie pomocy lekarskiej — Komitety Kas chorych (Insurance Comitties).

Zatwierdzone towarzystwa (A. S.) muszą być uznane przez Ministerstwo Zdrowia, przyczem Towarzystwo musi się wykazać, że 1) nie jest założone w celach dochodowych, 2) że pozostaje pod ścisłą kontrolą członków i 3) że państwo ma możność sprawdzić w określonych terminach prowadzone rachunki. Ogółem istnieje koło 6.000 podobnych towarzystw.

Zatw. Tow. może być instytucją zajmującą się tylko sprawami Kas ch., lub częścią innej instytucji n. p. towarzystw przemysłowych, Trade Union'ów i t. p. Członek K. ch. może wybrać sobie dowolne towarzystwo, towarzystwo jednak ma prawo odmówić przyjęcia (prócz motywu: wieku) n. p. niektóre towarzystwa przyjmują tylko abstynentów). W 1923 r. było zapisanych w K. ch. zgórą 13,000.000 osób, zaś koszta poniesione przez K. ch. były następujące:

1. Świadczenia za czas choroby	7,224.000 £
2. Świadczenia za niezdolność do pracy	3,494.000 £
3. Świadczenia dla matek	1,420.000 £
4. Pomoc lekarska	7,653.000 £
Razem	19,791.000 £

Koszta administracji wyniosły w tym czasie 4,026.000 £.

Pomoc lekarska.

Sprawami pomocy lekarskiej zajmują się specjalne Komitety gminne jak to było podane wyżej. Komitety te wybierane są przez poszczególne gminy miejskie czy wiejskie (County and County boroughs). Liczba tych komitetów jest 117. W skład komitetu wchodzi od 20—40 osób przyczem 3/5 wybrane być musi z pomiędzy ubezpieczonych, 1/5 z Rady Gminnej, resztę zaś naznacza Ministerstwo Zdrowia z pomiędzy miejscowych lekarzy i aptekarzy oraz kobiet pracujących społecznie.

Każdy ubezpieczony ma prawo do pomocy lekarskiej oraz otrzymania odpowiednich lekarstw.

Wybór lekarza jest wolny. Komitet K. ch. ogłasza listę lekarzy, którzy zgłosili się do pracy jako lekarze K. ch. Ubezpieczony, wybrawszy lekarza zawiadamia o tem komitet, ten zaś lekarza. Lekarz nie może mieć na swojej liście ponad 2.500 osób (ewent. 3.000), chyba, że ma pomocnika asystenta, wtedy może przyjąć jeszcze 1200 osób. W razie śmierci lekarza komitet wyznacza zastępcę, ubezpieczeni jednak mają prawo nie zgodzić się i wybrać kogo innego.

Lekarz płatny jest od osoby 9 szyl. rocznie bez względu na to, czy udzielił więcej czy mniej porad.

Na ogólną liczbę 18.000 lekarzy w Anglji, 12.000 pracuje na listach Kas Chorych, w tem 300 kobiet, przyczem 35% ma poniżej 600 pacjentów, 30% od 600—1200, 21% od 1200—2000, a 14% powyżej 2000.

Dodatkowe wynagrodzenie pobiera lekarz w razie, jeżeli zmuszony jest odwiedzać daleko mieszkających chorych (np. na wsi), przyczem płatny jest po 1 szyl. za 1 milę ang. Jeżeli trudności komunikacyjne są w pewnej miejscowości wyjątkowo trudne wynagrodzenie bywa nieco wyższe.

Lekarz nie ma prawa pobierać specjalnych opłat za jakiekolwiek zabiegi niewykraczające poza zakres wiadomości przeciętnego praktyka, wyjątek stanowi pomoc przy chloroformowaniu za którą otrzymuje 27 zł. O ile jednak lekarz uważa, że leczenie jego wybiega poza ramy przeciętnej praktyki lekarskiej, może żądać dodatkowego wynagrodzenia, musi jednak dowieść, że jest specjalistą w tym dziale medycyny.

W razie skarg, wniesionych na lekarza, skargę tę rozpatruje specjalny podkomitet, złożony z 3 lekarzy miejscowych, 3 członków z pośród ubezpieczonych i przewodniczącego superarbitra. Podkomitet ten w razie uznania skargi za słuszną, może ewentualnie wyrazić naganę lekarzowi lub wyznaczyć karę pieniężną. W razie konieczności zastosowania surowszej kary i wykreślenia lekarza z listy, podkomitet musi odwołać się do Ministerstwa Zdrowia, które jest tu ostatnią instancją. Skargi wogóle zdarzają się bardzo rzadko np. w West-Riding przy dziennym obrocie 10.000 chorych (2% przy pół miljona ubezpieczonych) wniesiono w ciągu roku tylko 10 skarg.

Wydawanie lekarstw.

Ubezpieczona osoba otrzymuje lekarstwa darmo, przytem o ile apteka znajduje się dalej niż o jedną milę ang., może ubezpieczony zażądać od lekarza wydania przez niego lekarstwa. Koszta lekarstw pokrywa Kasa chorych na zasadzie przesłanych przez aptekę rachunków zgodnie z cenami zatwierdzonemi przez Towarzystwo Farmaceutyczne Wielkiej Brytanji. Aptekarz dolicza sobie do lekarstwa 50 gr za wykonanie. W razie, jeżeli lekarstwo przygotowuje sam lekarz, pobiera on po 2 szyl. od pacjenta rocznie.

W razie stosowania przez lekarza nadmiernej liczby lekarstw, lub zbyt kosztownych, Komitet Kasy Chorych może zwrócić się do komitetu lekarskiego danego okręgu o zbadanie sprawy. W razie stwierdzenia nadużyć wyznaczana jest kara pieniężna.

Lekarze Kas Chorych poza swojemi zajęciami obowiązkowemi biorą czynny udział w rozpowszechnianiu zasad higjeny w swych okręgach t. np. lekarze West-Riding wygłosili w 1923 r. zgórą 800 pogadanek w szkołach, zaś Komitet Kasy Chorych rozdał 214.000 egz. specjalnych wydawnictw z zakresu higjeny.

Praca kancelaryjna.

Niezmiernie uciążliwą i kłopotliwą jest praca kancelaryjna w Kasach chorych.

Prowadzenie statystyk, zapisywanie i wypisywanie członków, przesyłanie kart zawiadamiających i t. p. wymaga bardzo licznego i fachowego personalu. Dla przykładu można przytoczyć, że w Komitecie West-Riding tygodniowo wypisuje się koło 1.000 członków i tyleż zapisuje lub zmienia lekarza.

Projekty na przyszłość.

Reasumując powyższe można stwierdzić, że Kasa Chorych w Anglji w zakresie opieki lekarskiej daje możność choremu leczenia się u dowolnego lekarza (ogólnego praktyka) jednak nie daje pomocy specjalnej. Na ostatnich zebraniach zwoływanych przez Ministerstwo Zdrowia sprawa ta wprowadzoną została na porządek dzienny, a prócz niej wprowadzono jeszcze nastepujące zagadnienia:

1. ułatwienie w stosowaniu metod djagnostycznych takich, jak np. promienie Roentgena, badania laboratoryjne i t. p.,
2. udostępnienie pomocy dentystycznej i okulistycznej,
3. udostępnienie pomocy pielęgniarskiej i masażu,
4. pomoc lekarska przy porodzie,
5. opieka w szpitalach i zakładach specjalnych — wreszcie
6. rozciągnięcie pomocy na rodziny ubezpieczonych.

Dr. J. Bogdanowicz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Inspektorat lekarski m. stoł. Warszawy. Na stanowisko inspektora lekarskiego szpitali i zakładów dobroczynnych miejskich, po śmierci nieodżałowanego ś. p. dra Zbigniewa Paderewskiego, magistrat powołał dra Władysława Brunera, znanego i zasłużonego lekarza, dotychczasowego lekarza naczelnego szpitala Wolskiego.

x W III. międzynarodowym kongresie miast, w Paryżu, niedawno odbytym, brała udział delegacja miast polskich z prezesem doktorem Józefem Zawadzkim na czele.

x Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W siedzibie Stowarzyszenia (Widok 23) odbędą się w r. b. posiedzenia ogólne, na których zostaną wygłoszone następujące odczyty: Dnia 30 października zoolog p. Jaczewski: Walka z wężami jadowitemi w Ameryce południowej. Dnia 13 listopada E. Świecimski: Szkoły pracy i obrona kraju. Dnia 4 grudnia major dr. Szulc: Wyżywienie ludności i wojska na wypadek wojny. Dnia 18 grudnia prof. Rybarski: Dwa kapitalizmy: spekulacja — wytwórczość.

Posiedzenia Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbywają się w piątki, o godz. 8-ej wieczorem.

Kraków.

Po pierwszych dniach października obchodzono w szpitalu św. Łazarza uroczystość 40-letniej pracy zawodowej Prymarjusza Dr. Antoniego Krokiewicza. W uzupełnieniu notatki już podanej donoszą nam, że w kancelarji oddziału I. B. składali Jubilatowi życzenia: Dyrektor szpitala dr. Fuchs, Prosektor prof. dr. Ciechanowski, prymarjusze i lekarze szpitalni, personal administracyjny i pielęgniarki. Uroczystość była skromnym wyrazem uznania, czci i wdzięczności, jakiem się Jubilat ogólnie cieszy. Skromny i cichy nie bierze dr. A. Krokiewicz szerszego udziału w życiu, ale cały swój czas i siły poświęca szpitalowi i chorym. Owocem gorliwej pracy jest blisko 150 prac naukowych, które dr. A. Krokiewicz ogłosił w pismach lekarskich polskich, niemieckich i francuskich. Posiadając olbrzymie doświadczenie kliniczne przy gruntownem wykształceniu teoretycznem wykształcił i kształci Jubilat szeregi lekarzy, obdzielając każdego z nich hojnie swą wiedzą. Oto kilka dat z życia Jubilata: W r. 1886 uzyskał stopień Doktora wszech nauk lekarskich, poczem był asystentem przy katedrze anatomji patologicznej U. J. przez 4 lata. W r. 1890 został kierownikiem pracowni chemiczno-bakterjologicznej we Lwowie. W r. 1894 mianowano Go prosektorem szpitala głównego we Lwowie a zarazem zastępuje kierownika oddziału chorób wewnętrznych tegoż szpitala. Od r. 1897 pełni obowiązki prymarjusza oddziału 1. B. (chorób wewnętrznych) szpitala św. Łazarza w Krakowie. Za wzorowe spełnianie obowiązków szpitalnych otrzymał dwukrotnie uznania ze strony b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego, zaś w r, 1923 odznaczony został krzyżem Ofic. order. Odrodzenia Polski.

Łódź.

Towarzystwo lekarskie. Posiedzenie naukowe w dniu 21 października 1925 r. Pokaz chorych. — 1. Odczytanie protokołu z dnia 7. października 1925 r. — 2. Kol. A. Margolis. Wydzielanie żołądkowe. — 3. Pokaz preparatów. — 4. Dyskusja nad pokazami chorych i preparatów.

Posiedzenie Seminaryjne w dniu 28 października 1925.

1. Odczytanie protokołu z dnia 23 września 1925 r. — 2. Leczenie zanogcicy (*Panaritium*). Referent kol. L. Dengel. — 3. Leczenie dychawicy sercowej (*Asthma cardiale*). Referent kol. H. Kryszek. Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

W szkole Akuszeryjnej przy sanatorjum »Unitas« z dniem 20 października b. r. rozpoczął się nowy cykl wykładów dla położnych.

Zmarli.

Dr. Albin Kazimierz Schwarz, wiceprezes Tow. Dermatologicznego w Krakowie, zmarł w 61 r. życia.

L. 46818/25.

KONKURS.

W Lubieniu Wielkim, w okręgu Dyr. Kol. państwowych we Lwowie, jest do obsadzenia posada lekarza rejonowego kolej. od 1 listopada 1925. Rejon ten obejmuje przestrzeń od Skniłowa (excl.) do Komarna-Buczału (incl).

Wyjaśnień co do wysokości uposażenia oraz warunków bliższych, udzieli Naczelnik Wydziału sanitarnego w Dyr. Kol. państ we Lwowie.

Z Dyr. Kol. państw. we Lwowie.

KONKURS.

Zarząd Kasy Chorych m. Warszawy niniejszem ogłasza konkurs na stanowisko Naczelnego Lekarza Szpitala Kasy Chorych. Reflektanci proszeni są o składanie podań do Zarządu Kasy Chorych (Naczelnego Lekarza) Warszawa, ul. Solec 93. Do podania załączyć należy: odpis dyplomu lekarskiego, własnoręcznie napisane curriculum vitae, wykaz prac naukowych.

Zarząd Kasy Chorych (—) *K. Koralewski*

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Siedleckiego ostrzega kolegów przed przyjmowaniem posad w organizowanej Powiatowej Kasie Chorych w Siedlcach bez uprzedniego porozumienia się ze Związkami.

Nr. 44. 1 listopada 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. med. STRASZYŃSKI Adam. Warszawa.
starszy asystent kliniki.

Stosowanie domięśniowe roztworu ichtjolu w chorobach skórnych i wenerycznych.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Krzyształowicz.

Unna, wprowadzając ichtjol w r. 1883. po raz pierwszy do lecznictwa chorób skórnych miał na celu wykorzystanie leczniczych własności siarki, związanej w pewien sposób w ichtjolu. Zastosował go więc najpierw w chorobach skórnych, w których dotąd stosowano siarkę, przedewszystkiem w łuszczycy i wyprysku.

Okazało się później, że ichtjol ma również wielkie znaczenie lecznicze w innej grupie chorób skórnych, polegających na zaburzeniach w krążeniu krwi (*vasoparesis*) jak: *rosacea, perniones, acrocyanosis* i t. p. i to nie tylko w zastosowaniu zewnętrznem, ale także doustnem.

Na ogół ichtjol należy do środków leczniczych, które zajęły stałe miejsce w lecznictwie chorób najrozmaitszych działów medycyny. Pomyślne wyniki, spostrzegane podczas stosowania ichtjolu w chorobach skórnych przez Unnę, zostały potwierdzone przez licznych innych badaczów, a jego zastosowanie w lecznictwie zostało znacznie rozszerzone. Neiser, a za nim Jadassohn zalecił stosowanie roztworu ichtjolu w postaci wstrzykiwań do cewki w przebiegu rzeżączki. Poza tem zaczęto stosować ichtjol zewnętrznie jako *antirheumaticum* w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym, w podagrze, lumbago — a też jako *antineuralgicum* w migrenie, rwie kulszowej i t. d. Również zauważono dobre wyniki w leczeniu oparzeń, poza tem Nussbaum zalecił stosowanie ichtjolu w leczeniu róży, inni w leczeniu czyraków, schorzeń gruczołu krokowego i najądrzy w przebiegu rzeżączki. Szerokie zastosowanie znalazł również ichtjol w chorobach kobiecych, jako energiczny środek stosowany w schorzeniach przydatków.

Zastosowanie doustne ichtjolu w chorobach wewnętrznych polegało z jednej strony na jego dodatniem działaniu na przemianę materji, z drugiej na jego własnościach przeciwgnilnych. Tak n. p. stwierdzono u ludzi wycieńczonych, u gruźliczych, nefrytyków i cukrzycowych nie tylko polepszenie ogólnego stanu, ale i znaczne przybywanie na wadze.

Podstawę dla przetworów stosowanych pod nazwą ichtjolu, stanowi produkt suchej destylacji łupków smolistych znajdywanych w pokładach w Tyrolu, które zawierają w sobie resztki przedpotopowych ryb i zwierząt morskich (stąd też pochodzi nazwa ichtjolu). Ten przekrop, oznaczany jako surowy olej ichtjolowy nie rozpuszcza się w wodzie i niema zastosowania w lecznictwie; zawiera on obok organicznych związków siarki również węglowodory szeregu aromatycznego i zasady szeregu chinolinowego. Przez zadziałanie na ten surowy produkt stężonym kwasem siarkowym otrzymuje się kwas sulfo-ichtjolowy o wzorze: $C_{28}H_{36}S(SO_3H)_2$, który stanowi punkt wyjścia dla przetworów ichtjolu, stosowanych w lecznictwie. Przez zobojętnienie kwasu sulfo-ichtjolowego amonjakiem otrzymuje się sól aminową tego kwasu (*ammonium sulfo-ichtyolicum*) o wzorze: $C_{28}H_{36}S(SO_3NH_4)_2$, który Unna nazwał krótko ichtjolem i który w tej postaci najczęściej stosuje się w lecznictwie. Preparat ten według Thala ma w przybliżeniu taki skład: sucha pozostałość 55,66%, cały amonjak 3,15%, cała siarka 9,70%, kwaśny siarczyn amonowy 5,72% i przedstawia się w postaci brunatnej, gęstej cieczy o nieprzyjemnym zapachu, łatwo rozpuszczalnej w wodzie (właściwie z wodą dającej stałą zawiesinę), przyczem roztwór wodny oddziaływa słabo kwaśno. W alkoholu i eterze rozpuszcza się tylko częściowo.

Lecznicze działanie ichtjolu polega prawdopodobnie na zawartości nieutlenionej, organicznie silnie związanej siarki w postaci grup sulfonowych, nierozpuszczalnych w wodzie, dla których kwas sulfonowy jest rozpuszczalnikiem. Ta organicznie silnie związana w ichtjolu siarka ma obok pewnego działania przeciwgnilnego także działanie resorbcyjne, podobne do działania jodu, chociaż farmakologicznie w niczem go nie przypomina.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały względną nieszkodliwość ichtjolu, podawanego wewnętrznie, który w ilości 10—12 gramów znoszą psy bez żadnych zaburzeń, większe zaś dawki powodują u nich biegunkę. Z tych doświadczeń okazało się, że ichtjol przemienia się w ustroju na nieznane produkty i wydala się przeważnie w postaci organicznych połączeń, zawierających siarkę silnie związaną w postaci grupy sulfonowej. Zarazem zwiększa się nieznacznie ilość eterowych kwasów siarkowych w moczu.

Ichtjol stosowany miejscowo wywołuje zwężenie naczyń włosowatych krwi i dlatego działa przeciwzapalnie, a zarazem uśmierzająco na ból. Na ogół jednak dotychczas nie mamy jeszcze wystarczających wiadomości o sposobie leczniczego działania ichtjolu tak w zastosowaniu zewnętrznem, jak i doustnem.

Samberger, opisując niedawno wynaleziony przez siebie środek leczniczy „ichthoxyl", który jest połączeniem ichtjolu z tlenem, wypowiada swą własną teorję o sposobie działania ichtjolu. Uważa on, że do wystąpienia objawów zapalenia potrzeba dwóch czynników: uszkodzenia tkanki i upośledzenia funkcji naczyń włosowatych krwi. Na uszkodzenie tkanki oddziaływa ustrój przekrwieniem czynnem, t. j. rozszerzeniem naczyń włosowatych, które w tym stanie dostarczają zagrożonej tkance więcej tlenu celem naprawienia uszkodzenia. Dopóki więc stan naczyń włosowatych wystarcza dla dowożenia materjału reparacyjnego do zagrożonego miejsca, przychodzi narazie tylko do przekrwienia, ale jeszcze nie do zapalenia. Objawy zapalenia występują dopiero wówczas, gdy naczynia włosowate osłabną (pareza), a prąd krwi ulegnie w nich zwolnieniu. Z tego to powodu tak łatwo przychodzi do zapalenia pod wpływem jakichkolwiek bądź czynników u osób, u których naczynia włosowate są z natury niewytrzymałe n. p. porażone przez cukrzycę, schorzenie nerek, alkoholizm i t. p. U wszystkich natomiast osobników dość łatwo rozwijają się objawy zapalenia w uszkodzonej tkance pod wpływem drobnoustrojów, gdyż ich toksyny działają ujemnie na czynność naczyń włosowatych.

Samberger więc uważa, że lecznicze działanie ichtjolu polega głównie na jego własności oddziaływania pobudzającego na naczynia włosowate (Kapillartonicum) i to tłumaczy jego działanie przeciwzapalne.

Dotychczas, jak wiemy stosowano ichtjol w najrozmaitszych schorzeniach wyłącznie zewnętrznie (w maściach, okładach, w zawiesinie, w wodzie i glicerynie), lub wewnętrznie (w pigułkach, kroplach) i otrzymywano na ogół pomyślne wyniki lecznicze.

Mając na uwadze dodatnie lecznicze działanie ichtjolu, podawanego wewnętrznie w niektórych chorobach skórnych, postanowiłem zastosować go w postaci zastrzykiwań

domięśniowych zwłaszcza, że ichtjol daje doskonałą zawiesinę w wodzie, a obok tego zawierając organiczne połączenia siarki, może mieć własności, podobne do działania ciał białkowych, czy koloidowych, wprowadzanych pozajelitowo do ustroju w celach leczniczych. Przygotowałem 2% wyjałowiony roztwór wodny *ammon. sulfo-ichtyol.* i wypróbowałem najpierw jego działanie na zwierzętach, wstrzykując ten roztwór w dość dużych ilościach królikom podskórnie i śródżylnie — przyczem nie zauważyłem żadnych objawów szkodliwych tak miejscowych, jak i ogólnych. Po tych próbach przeszedłem do domięśniowego stosowania roztworu ichtjolu u ludzi.

Roztwór ichtjolu przygotowywałem w sposób następujący: 2% roztwór *ammon. sulfo-ichtyol.* w wodzie przekroplonej przesączałem przez grubą bibułę, przesącz gotowałem w kolbie szklanej przez 15 minut, poczem zlewałem do wyjałowionych próbówek i zatykałem korkiem z waty. Roztwór ten wstrzykiwałem chorym w mięśnie pośladków w ilości 3 cm^3 co 2—3 dni. W czasie zastrzykiwania tylko niektórzy chorzy odczuwali nieznaczny piekący ból w pośladku, inni przeważnie nie skarżyli się na żadne dolegliwości. W jednym przypadku zastrzyknąłem ten roztwór na próbę podskórnie, co wywołało dość ostry stan zapalenia skóry, objawiający się silnym obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością.

Po zastrzyknięciu chorzy czuli się na ogół dobrze, niektórzy z nich skarżyli się na lekki ból głowy, a w kilku przypadkach spostrzegałem u chorych dreszcze i dość wysokie podniesienie ciepłoty ciała (do 40° C.). Po dalszych obserwacjach przekonałem się, że przyczyną tej wysokiej ciepłoty było wadliwe przyrządzenie roztworu. Jeżeli mianowicie roztworu nie wyjaławiałem natychmiast po sporządzeniu, lecz przechowywałem go dłuższy czas, a wyjaławiałem dopiero przed użyciem — to po zastrzyknięciu takiego roztworu spostrzegałem u chorych wysokie podniesienia ciepłoty ciała. Dowodziłoby to, że w słabych roztworach ichtjolu (o czem sam się przekonałem i co stwierdzili różni autorowie) z łatwością rozmnażają się rozmaite mikroby i pleśnie. Dlatego też ichtjol należy przechowywać *in substantia*, lub w 50% roztworze, a słabsze roztwory należy natychmiast po przygotowaniu wyjaławiać i przechowywać nadal w wyjałowionych naczyniach. Podczas stosowania w ten sposób przygotowanego jałowego roztworu naogół silniejszych odczynów ogólnych nie spostrzegałem i większość chorych po zastrzyknięciu wcale nie gorączkowała. W moczu nie stwierdziłem w żadnym przypadku składników nieprawidłowych.

Spostrzeżenia moje dotyczą 41. przypadków w tem: 20. przypadków *epididymitis gonorrh.*; 1. przypadek *urethritis, pyelitis et epididymitis non gonorrh.*; 1. przyp. *ulcus moll. phagedaen.*; 1. przyp. *ulc. moll. et bubo inguinal.*; 5. przypadków łuszczycy i 13. przypadków różnych postaci piodermji.

Na podstawie obserwacji zestawionych przypadków, należących do rozmaitych grup chorób skórnych i wenerycznych mogę stwierdzić, że najlepsze wyniki po tego rodzaju leczeniu otrzymywałem w przypadkach rzeżączkowego zapalenia przyjądrzy, bo najczęściej już po pierwszem zastrzyknięciu roztworu ichtjolu ustępowała bolesność przyjądrza i obrzęk zmniejszał się znacznie, a po 4—5 zastrzyknięciach chory opuszczał klinikę w stanie zadowalającym, lub można było przystąpić do miejscowego leczenia rzeżączki.

Takie pomyślne wyniki lecznicze spostrzegałem 17. razy na 20. przypadków powikłań rzeżączkowych, w pozostałych trzech nie mogłem stwierdzić polepszenia się stanu chorobowego; zaznaczę jednak, że w przypadkach tych następowe leczenie wstrzykiwaniami mleka i szczepionek również nie doprowadziło szybko do polepszenia.

Podobnie dodatnie wyniki zastrzykiwania ichtjolu spostrzegałem w jednym przypadku *pyelitis, urethritis et epididymitis non gonorrh.*, w którym po trzech zastrzyknięciach wybitny przedtem obrzęk najądrza wessał się prawie zupełnie, mocz zaś przedtem mętny w obu porcjach wyjaśnił się całkowicie.

Dobre działanie w ten sposób stosowanego ichtjolu spostrzegałem również w przypadku wrzodów miękkich i dymienicy gruczołów pachwinowych, która w ciągu leczenia zaczęła się widocznie wsysać.

W chorobach skórnych nie mogłem spostrzec wybitniejszego działania tego sposobu leczenia, z wyjątkiem jednego przypadku czyrakowatości i dwóch przypadków łuszczycy. W tych ostatnich spostrzegałem znaczne przyblednięcie wykwitów łuszczycowych bez stosowania jakiegokolwiek leczenia zewnętrznego, coby świadczyło, że siarka, zawarta w ichtjolu może niekiedy skutecznie działać przeciw łuszczycy, podobnie jak siarka, stosowana również śródmięśniowo w znanej mieszance B o r y 'e g o. W pozostałych trzech przypadkach łuszczycy leczenie to nie sprowadzało widocznego polepszenia i musiałem przejść do zwykłego sposobu leczenia. Również żadnego wpływu tego leczenia nie mogłem zauważyć w przypadkach rozmaitych postaci piodermji.

Bezsprzecznie zatem uzyskałem najlepsze wyniki w przypadkach rzeżączkowego zapalenia przyjądrzy i mogę powiedzieć, że śródmięśniowo stosowany w tych przypadkach roztwór ichtjolu działa niekiedy lepiej, niż inne środki, o czem przekonałem się, obserwując przypadki kontrolne, leczone zastrzykiwaniami szczepionek, lub mleka. Wobec tych dodatnich wyników w leczeniu powikłań rzeżączkowych uważałbym, że należałoby stosować ten sposób leczenia we wszystkich tego rodzaju przypadkach i wypróbować go również w leczeniu schorzeń przydatków w ginekologji.

Co się tyczy istoty leczniczego działania tego sposobu leczenia to sądzę, że ichtjol jako środek, zawierający siarkę i połączenia organiczne, wprowadzony domięśniowo powoduje w ustroju podobne przemiany, jak ciała białkowe, czy koloidowe, wprowadzone pozajelitowo t. j. zmienia stan koloidalny soków ustroju i pobudza ciała odpornościowe w zapalnych ogniskach.

Piśmiennictwo:

1) A r e n d s i A. R a t h j e: Neue Arzneimittel. Verl. J. Springer. Berlin. 1913. — 2) H a g e r s Handb. der pharmaz. Praxis. Verl. J. Springer. Berlin. 1920. — 3) L u i t h l e n F.: Vorlesungen über Pharmakologie der Haut. Verl. J. Springer. Berlin. 1921. — 4) Ł u k a s i e w i c z W.: Polska Gaz. lek. Nr. 28, 29, 30. 1922. — 5) S a m b e r g e r F.: Dermatolog. Wochenschr. Bd. 80. Nr. 5. 1925. — 6) W i s c h o F.: Pharmaz. Monatshefte Nr. 1. 1925.

J. LATKOWSKI, E. ARTWIŃSKI. Kraków.

O poliurji po zapaleniu mózgu.

Z I. kliniki chorób wewnętrznych. Dyrektor Prof. Dr. J. L a t k o w s k i i z oddziału chorób nerwowych i umysłowych. Prym. Doc. Dr. E. A r t w i ń s k i.

Część I. neurologiczna.

30. XI. 1923 przyjęto na Oddział chorób nerwowych 13-to letniego chłopca. W wywiadach zebranych od ojca chorego dowiadujemy się, że w rodzinie miało nie być ani chorób nerwowych, ani umysłowych. Chory nasz w ciągu życia miał nigdy poważniej nie chorować, rozwój fizyczny i umysłowy zupełnie prawidłowy. W końcu 1921 r. wystąpiły zaburzenia snu w postaci bezsenności, nocnego niepokoju ze zwidywaniami, stwierdzono też wówczas ogólny niepokój ruchowy. Ciepłoty ciała nie mierzono. Po pewnym czasie objawy te ustąpiły, ale zaczęła go ogarniać w ciągu dnia silna senność, tak, że zasypiał w czasie lekcji, wobec czego musiano go odebrać ze szkoły.

W marcu 1922 senność w ciągu dnia miała się zmniejszyć, ale wystąpił inny objaw, a mianowicie zaczął pić namiętnie w wielkich ilościach wodę. Początkowo pijał wodę rzadko i w małych ilościach, ale stopniowo zaczął pijać coraz to częściej i w coraz większych ilościach.

W tym też czasie zaczął moczyć w nocy do łóżka, początkowo 2 do 3 razy w miesiącu, a w miarę tego, jak wzrastała ilość wypijanej wody, coraz to częściej, a ostatnio już co noc.

Jeżeli mu zabraniano pić i zamykano go samego w pokoju,

to umawiał się z kolegą, który mu podstawiał dzbanek z wodą pod drzwi, a on wsysał wodę przez słomkę, przeciągniętą przez dziurkę od klucza. Pod względem jakości wody jest bardzo niewybredny i jeżeli nie może dostać czystej wody to spija nawet mydliny.

Usposobienie jego w tej chorobie zmieniło się zasadniczo. Ze spokojnego dziecka stał się kłótliwem, nieposłusznem, podnieconem, niezgodnem i bardzo trudnem do prowadzenia. W czasie jego pobytu na naszym oddziale mogliśmy stwierdzić, że spostrzeżenia jego ojca są w zupełności zgodne z prawdą. W czasie obserwacji szpitalnej, jeżeli mu nie wzbraniano, wypijał do 16 litrów wody w ciągu jednej doby. Różnorodne próby odzwyczajenia go okazały się zupełnie bezskuteczne.

Badanie przedmiotowe układu nerwowego wykazało słabo zaznaczony parkinsonizm.

Przypadek nasz dowodzi, że u osobników młodych po przebytem śpiączkowem zapaleniu mózgu, zmiany w usposobieniu mogą być bardzo wyraźne i wysuwać się na czoło obrazu klinicznego, podczas gdy parkinsonizm może być jedynie słabo zaznaczony.

Potwierdza to więc odnośne spostrzeżenia Bonhoeffera, Petersona, Handelsmana i Pieńkowskiego.

Z innego jeszcze powodu zasługuje nasz przypadek na uwagę — a mianowicie z powodu polidipsji.

Wśród różnorodnych objawów, jakie mogą występować po przebytem śpiączkowem zapaleniu mózgu polidipsja należy do bardzo rzadko spotykanych.

Beringer zebrał w piśmiennictwie 11 przypadków, których rozpoznanie uważa za pewne, w dwóch tylko z pośród przypadków zostało przeprowadzone badanie przemiany materji. Ponieważ sprawa polidipsji po śpiączkowem zapaleniu mózgu nie jest jeszcze ostatecznie wyświetloną, prof. Dr. Latkowski zechciał przyjąć chorego do swojej kliniki celem przeprowadzenia odnośnych badań.

J. LATKOWSKI.

Część II. (badanie przemiany materji).

Chorego, wyżej opisanego przeniesiono na oddział chorób wewnętrznych, celem dokładniejszego badania przemiany materji. Badanie chorego wykazało budowę wątłą, odżywienie średnie, gruczoły limfatyczne podszczękowe, pachowe i pachwinowe macalne. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona, symetryczna. W szczycie prawym zagęszczenie miąższu płucnego z wypukiem cichszym i krótszym — wydech w tem miejscu szorstki i przedłużony. — Badanie narządu krążenia nie wykazuje zmian, serce nie powiększone — tony serca czyste, prawidłowo zaakcentowane. Badanie roentgenologiczne nie wykazuje zmian. Ciśnienie krwi. 100—60 R. R. — W narządach jamy brzusznej zmian nie znaleziono. Badanie moczu wykazuje stosunki prawidłowe. — Badanie krwi również wykazuje skład prawidłowy. Ciepłota prawidłowa. Badanie narządu nerwowego podano wyżej. Siodełko tureckie prawidłowe.

Z obserwacji należy podnieść jeszcze, że chory stara się zawsze potajemnie pić wody więcej, niż mu się podaje. W celu przeprowadzenia badań przemiany materji, chory musi być izolowany i musi być stale pilnowany przez specjalną pielęgniarkę. Chory bowiem nie gardzi żadnym płynem — pije wodę, w której się myje, a nawet wypija on wodę z wychodka i własny swój mocz. — Przy piciu większych ilości wody, chory bardzo często wymiotuje, lecz potem znów pije na nowo. Jeśli dostaje znaczną ilość wody, oddaje mocz pod siebie podczas snu.

W domu chorego wszystkie próby odzwyczajania były bezowocne, choć chorego zamykano na klucz w pokoju. Chory umiał sobie zawsze dostarczyć wody, choćby nawet miał pić przy pomocy słomki przez dziurkę od klucza. U nas jednak, gdy chory był ściśle pilnowany, łatwo odzwyczajał się od picia i naginał się do przepisów klinicznych. Po 4-ro miesięcznem leczeniu wydawało się, że chory jest już przyzwyczajony do mniejszej ilości płynów. Gdy jednak miał nadzieję dostania się do domu, stał się przy mniejszem pilnowaniu odrazu nieposłusznym i pomimo tego, że był przyzwyczajonym do 2 litrów płynu, to jednak zapragnął pić bez miary — nie chciał się już zgodzić na dalszą inwigilację i z powodu tego został odesłany do domu. Cierpienie więc jego było nieuleczalne.

Już pierwsze badanie wykazuje, że dieta bez soli zmniejsza ilość wydzielonej wody — zaś przy wstrzymaniu się zupełnem od picia wody przez 24 godzin, ciężar gatunkowy moczu z 1,002 podnosi się na 1,020.

W celu dokładnego zbadania i ocenienia stanu chorego, przeprowadzono badanie gospodarki mineralnej i ruchu wody ustroju, a mianowicie:

1) Codziennie na czczo rano i wieczorem przed kolacją oznaczano ciężar ciała chorego.

2) Oznaczano dokładnie ilość wypitych płynów i stosowano stale oznaczoną dietę dokładnie odważoną, która składała się z mleka, jaj i węglowodanów — później zaś z dodatkiem mięsa.

3) Dalej oznaczano dzienną i nocną ilość moczu.

4) Oznaczano ciężar gatunkowy moczu, często zapomocą piknometru.

5) Oznaczano codziennie ilość wydzielanego NaCl w moczu.

6) Oznaczano ilość N w moczu.

Obok tego oznaczano we krwi.

a) Ilość hemoglobiny metodą Sahliego i Autenrietha.

b) Ilość NaCl we krwi mikrometodą Banga.

c) Ilość białka w surowicy refraktometrem Pulfricha.

d) Oznaczano punkt marznięcia krwi kryoskopem Beckmanna.

e) Lepkość krwi wiskosimetrem Hessa i w końcu.

f) Opadanie ciałek czerwonych krwi.

Chory pozostawał w zupełnej równowadze azotowej i kalorycznej, gdyż przy ciężarze około 38 kg. otrzymywał 1860 kaloryj i przy tej diecie przybyło mu przeszło 4 kg. na wadze. — Obserwacja nasza obejmuje 3 miesiące czasu. Oznaczanie Cl. i N. w moczu wykonywano przez dwa miesiące — wszystkie zaś wymienione badania krwi i moczu przeprowadzano codzień przez 24 dni. Dieta bezchlorowa działa u niego na poliurję hamująco. Przy piciu wody bez miary, chory zachowuje się podobnie, jak chory przy poliurji i może przybyć w ciągu dnia na wadze często o 2 kg. Ciężar gatunkowy moczu jest niski, wynosi szczególnie w początkowej obserwacji 1.003—1.006, odsetek. NaCl. jest bardzo niski 0,13—0,26% — jest więc znacznie niższy od ilości chloru w surowicy krwi, która jest u niego także niska. Cała też ilość wydzielanego Cl. jest mniejsza od prawidłowej, wynosi około $^1/_3$ prawidłowej ilości. Chory może jednak z łatwością znieść ograniczenie płynów i gdy jednego dnia pije około 20 litrów wody, to na drugi dzień może się zupełnie wstrzymać od picia wody przez 18 godzin. Podczas tego maleje ilość moczu na 5175 gr. Ciężar gatunkowy podnosi się do 1,017 przy wstrzymaniu płynów, NaCl w moczu dochodzi do 0.2% — cała ilość NaCl w moczu wynosi 0.62% — ilość białka we krwi 8,45% — punkt marznięcia 0,62° — hemoglobiny 115% — lepkość 6,8, a zatem krew się zagęszcza u niego tak, jak w *diabetes insipidus hyperchloraemicus*, dawniejszy *renalis* z zaburzeniem koncentracji.

Uderzającem jest w tym przypadku, że chory przy ograniczeniu płynów ciągle strzeżony, czuje się dobrze, zachowuje się prawidłowo, ma dobry apetyt i przybywa nawet na wadze. Ciężar gatunkowy moczu waha się wówczas w granicach zupełnie prawidłowych i wynosi od 1,010—1,019, a nawet przy ograniczeniu płynów do 1 litra na dzień, ciężar gatunkowy wynosi 1,027. Gdy powtórzono ograniczenie płynów do 1000 gr. dnia 28. II. i 29. II. ciężar gatun. moczu podniósł się na 1,025 i 1,027, ilość moczu 28. II. 1,100 cm³. 29. II. 1,050 cm³. — NaCl w moczu 28. II 0,8% = 8,8 gr. 29. II. 1% = 10,5 gr., N. 10,6 i 11.5 gr.; krew nie zagęściła się — hemoglobiny 99% i 98%, lepkość 5,9 i 6,4, NaCl. w krwi 0,53 i 0.50, białka 28. II. 7,20, 29. II. 7,29; — widzimy więc, że przy przyzwyczajeniu się chorego do małej ilości płynów od 12. I. do dnia 6. III. ustrój chorego zachowuje się więcej prawidłowo, krew nie zagęszcza się, a wydzielanie chloru jest nieco lepsze. —

Tak może się zachowywać chory z *diabetes hypochloraemicus*.

Dodatek 10 gr. chloru nie wydziela się, lecz zatrzymuje się w ustroju tak, jak u osób zubożałych w chlor lub w *diabetes insipidus hyperchloraemicus*, — natomiast odnośnie do krwi dodatek NaCl powoduje rozcieńczenie krwi. Ilość hemoglobiny wynosi 100%, lepkość 5,6, — NaCl. 0.61%, — białka 7,40%, punkt marznięcia 0,57° C. w porównaniu z jednym z poprzedzających dni, — hemoglobiny 105%, lepkość 5,7, NaCl. we krwi 0.63%, białka 7,75%, pukt marznięcia 0.60° C. Równocześnie jednak zmniejsza się diureza po podaniu dodatkowych 10 gr. NaCl. o około 1000 cm³. Również przy drugiem podaniu 24. II. 15 gr. NaCl. diureza się zmniejsza o 450 cm³, NaCl. wydziela się lepiej (19,88 gr., wydzielając w tym okresie od 10,7 do 19,5 gr. Cl.). Krew zaś rozcieńcza się. Hb. = 90% (97%), lepkość 5,6 (5,8), NaCl. we krwi 0,56 (0,59), białko 7,03 (7,14), ciężar gat. moczu 1,012 (1,008).

Chory ten zachowuje się podobnie, jak w *diabetes insipidus*, uderzającem jest jednak zmniejszanie się diurezy po podaniu NaCl. jak u ludzi zdrowych, chociaż niezupełne wydalenie się Cl. wskazuje na niezdolność koncentracji NaCl. Theocyna w naszym przypadku nie wywołuje większego wpływu. Ilość moczu zwiększa się nieznacznie o 400 cm³, ciężar gatunkowy obniża się nieznacznie z 1007 na 1006, ciężar ciała spada o 300 gr. Na drugi dzień zaś ciężar podnosi się o 500 gr., ilość moczu zmniejsza się o 600 cm³, czyli mamy znowu zatrzymanie się wody jak u Veila i E. Mayera.

Drugim razem po theocynie diureza się wzmaga o 350 cm., ciężar gatunkowy utrzymuje się jak przed podaniem theocyny na 1015, nic działa też theocyna na wydzielanie chloru; w ilości chloru wydzielonego nie zachodzą jakieś większe różnice, ilość Cl. we krwi 0.63% — krew zaś zagęszcza się, bo białka 8,13%.

Po nowasurolu diureza zwiększa się o 1000 cm³. — Chlorki w moczu 0.54% = 26,73 gr. na dobę — krew zagęszcza się nieco, odsetek białka z 7.50 podnosi się na 7,71% — ilość chloru we krwi

Chory W. K., lat 13.

Dzień	Ciężar ciała w *kg*	Ilość pobranych płynów	Ilość	NaCl	N.	Ciężar gatunkowy	Hb.	Lepkość	NaCl	Białko surowicy	Opadanie krwinek czerwonych	Punkt marznięcia	UWAGI
			moczu				krwi						
5. I.	38	22 l.	7 l.	4·9 g 0·07%	5.4	1·003	98%	6·2	0·57%	7.63	Po 1 godz.— 4 » 2 » — 6 » 24 » —20	0·56	Chory niemal po każdej porcji wymiotował.
6. I.	37·7	6 l.	3 l.	6·0 g 0·2%	5·76	1·010	115%	6·8	0.62%	8·45	Po 1 godz.— 2 « 2 » — 4 » 24 » —15	0·62	Wstrzymanie się od picia przez 18 godzin.
7. I.	38	4 l.	5·7 l.	11·4 g 0·2%		1.006	110%	6·3	0·54%	7·45			
9. I.	37·5	4 l.	5 l.	10·82 g		1.006							
10. I.	37·5	4 l.	3·05 l.	7·90 g 0·26%		1.006	100%	5·6	0.61%	7·40		0·57	Dodano 10 gr Na Cl
11. I.	38·7	4 l.	4·3 l.	12·9 g 0·3%		1.010	105%	5·7	0·63%	7·75	Po 1 godz.— 4 » 2 » — 6 » 24 » —20	0·60	
13. I.	38·1	1·5 l.	1·2 l.	7·56 g 0·63%		1.015							Podano 0·3 Theocyny
14. I.	38	1·5 l.	1·8 l.	10·8 g		1.015	100%	6	0·63%	8·13			» 0·6 »
16. I.	38	1·5 l.	1 l.	6·7 g 0·67%		1.018	100%	5·8	0·56%	7·45		0·61	
18. I.	39·15	1·5 l.	1·5 l.	9·0 g 0·6%		1.014	100%	6	0·58%	7·65	Po 1 godz.— 4 » 2 » — 6 » 6 » — 8 » 24 » —21	0·6	
25. I.	39·2	4 l.	4 l.	11·2 g 0·28%		1.007	100%	6	0·56%	7·00	Po 1 godz.— 2 » 2 » — 4 » 8 » —10 » 24 » —20	0·56	
29. I.	39·25	4 l.	3·5 l.	14·0 g 0·4%		1.007	100%	5·8	0·62%	8·03		0·55	
8. II.	40·5	4 l.	4·4 l.	11·4 g 0·26%		1.007							Podano 0·6 Theocyny
9. II.	40·2	4 l.	3·9 l.	10·18 g		1.007	98%	5·7	0·602%	8·17			» 0·6 »
10. II.	40·7	4 l.	4 l.	10·91 g 0·26%	14.32	1.007							
14. II.	41	4 l.	3·6 l.	16·2 g 0·45%	12·11	1.007							
15. II.	41·5	4 l.	4·1 l.	15·17 g 0·37%		1.007							
16. II.	42	4 l.	4·25 l.	13·63 g 0·2%		1.007	98%	5·8	0·602%	8·06	Po 1 godz — 2 » 2 » — 5 » 8 » —10 » 24 » —15	0·56	Injekcja pituglandolu
19. II.	42·5	4 l.	4·95 l.	26·63 g 0·54%	8·77	1.007	100%	5·9	0·54%	7·71	Po 1 godz — 2 » 2 « — 4 » 8 » — 8 » 24 » —12		Injekcja novasurolu
20. II.	41·5	4 l.	3·2 l.	6·43 g 0·13%	13·08	1.007	97%	6	0·615%	7·59	dtto		
22. II.	42	4 l.	4·1 l.	18·46 g 0·46%	14·2	1.007							
23. II.	41·4	4 l.	3·3 l.	10·72 g 0·31%	11·88	1.008	97%	5·4	0·55%	7·50			
24. II.	42·4	4 l.	3·5 l.	19·00 g 0·56%	11·95	1.012	90%	5·6	0·66%	7·03			Dodano 15 gr Na Cl
25. II.	42·6	4 l.	4·3 l.	13·48 g 0·31 g	17·42	1.011	97%	5·8	0·59%	7·57			
26. II.	43·1	4 l.	2·65 l.	7·95 g 0·3%		1.008	99%	5·8	0.51%	7·24			Mięsa 150 gr.
28. II.	42·8	1 l.	1·1 l.	8·8 g 0·8%	11·5	1.025	99%	5·9	0·53%	7·20			
29. II.	42·7	1 l.	1·05 l.	10·6 g		1.027	98%	6·4	0·50%	7·29			
4. III.	42·4	2 l.	1·7 l.	8·95 g 0·53%		1.016	99%	6·4	0·57%	7·42		0·54	
6. III.	42	1 l.	0·7 l.	6.96 g 0·99%		1.027							Injekcja rano i wieczór pituglandolu
7. III.	42·1	1 l.	1·2 l.	9·6 g 0·8%	13·9	1.027	98%	5.7	0·54%	7·4			Dtto
10. III.	42·6	7 l.	7·05 l.	7·35 g 0·18%	14	1·005	96%	5·5	0·56%	6·91			Dtto
13. III.	42·8	7 l.	7 l.	12·6 g 0·18%	14·42	1·006	97%	5·8	0·57%	7·96			Dtto
14. III.	43·3	7 l.	6·6 l.	11·2 g 0·18%	9·3	1·010	98%	5·9	0·56%	7·24			Dtto

pozostaje ta sama 0,54. Na drugi dzień zmniejsza się diureza o 750 gr. w porównaniu do przyjętych płynów. Ciężar gat. jest ten sam, białka we krwi 7.59%, NaCl. we krwi 0.61%.

Pituitryna w pierwszem doświadczeniu nie ma wpływu na krew, białka 8,06%, NaCl. w surowicy 0.60%, punkt marznięcia 0.56. Diureza nie zmniejsza się, ciężar gat. się nie zmienia, Cl. wydziela się w prawidłowej ilości — NaCl. w moczu 0.2%. W drugiem zaś doświadczeniu po wstrzyknięciu pituglandolu 6. III. diureza jest nieco mniejsza o 300 gr. na 1000 gr. przyjętych płynów, — ciężar gat. 1,027. 7. III. ogólna ilość chloru 9,6 gr. = 0.8%. Krew się nie rozcieńcza, białka 7,4%, Na Cl. 0,54%, hemoglobiny 98%, lepkość 5,7. Natomiast przy większej ilości, płynów 7000 jak to ma miejsce 10. III. po wstrzyknięciu pituglandolu ilość moczu 6.600 cm^3, ciężar gat. 1,005, hemoglobiny 96%, Cl. 0,56%, białka 6,91%, lepkość 5,5, a więc krew się rozcieńcza, zatem chory zachowuje się, jak człowiek zdrowy. Na wydzielanie azotu pituitryna nie działa. Ilość chloru w moczu 7,35 gr. i 0,18%.

W naszym przypadku mamy ogólnie niskie odsetki wydzielanego chloru w moczu, a ilość chloru we krwi jest stale niska przeciętnie niższa od prawidłowej ilości, zaliczyć więc możemy ten przypadek wedle Veila do hipochloraemicznych.

W każdym razie diureza nie jest nie do powstrzymania i tylko z początku przy wstrzymaniu płynów, występuje zagęszczenie krwi. Obok tego jednak, nawet przy ograniczeniu płynów mamy tak w pierwszym okresie jak i w późniejszym złe wydzielanie się chloru, coby wskazywać mogło na upośledzenie zdolności wydzielniczej nerek dla chloru i zatrzymania go w tkankach. Wybitnie występuje to zjawisko przy dodatku 15 gr. NaCl. do diety, wówczas widzimy, że dodatek chloru nie wydziela się dobrze, choć zagęszczenie chloru w moczu dochodzi do 0,56% moczenie zmniejsza się nawet, a nie zwiększa, jak to bywa przy *diabetes insipidus hyperchloraemicus*, czyli nasz chory zachowuje się jak hipochloraemiczny.

I tak chory wydziela tylko część, około 5 gr. NaCl., z 15 gr. NaCl. dodatku, w tym okresie badania chory wydzielał około 13 do 14 gr. NaCl. dziennie, a czasem nawet więcej do 19 gr. 22. II. po podaniu dodatku 15 gr. wydzielił 9,88 gr., czyli nie wydzielił dodatku. Ponieważ ciężar ciała jego wzrósł o 1.000 gr. z 41,4 kg. na 42,4 kg. więc zatrzymał chlor w tkankach, a zatem nasz chory zachowuje się, jak człowiek zubożały w chlor, który chlor zatrzymuje. Za zatrzymaniem chloru nie tylko w tkankach, ale i we krwi przemawia małe rozcieńczenie krwi 24. II. 7,03% 23. II. 7.50% białka, 25. II. 7,57%, i wspomniany przybytek na wadze o 1.000 gr. Przy podaniu 10 gr. NaCl., chlor nie wydzielił się wcale, 9. I. 10,82 gr., 10. I. 8,21, 11. I. 12,9, 12. I. 10,15. Na drugi dzień chloru wydzieliło się nieco więcej tak, jak w przypadku Wagnera, ilość moczu mniejsza o 1.000 gr. Krew się rozcieńczyła, białka 9. I. 7,65%, 10. I. 7,40%, ciężar ciała podniósł się o 1.700 gr., który dopiero dnia następnego spadł o 1,200 gr. do ciężaru 38 kg. czyli chlor zatrzymał się w tkankach i we krwi.

Ale u naszego chorego dodatek chloru działa, jak u człowieka zdrowego na wzrost ciężaru gatunkowego moczu z 1,005 na 1,010, a chlor wydziela się powoli jak w przypadku Wagnera. W naszym przypadku mamy małe ilości chloru w moczu, dodatek nie wydziela się prawie wcale w końcu mamy opóźnienie wydzielania chloru, a po theocynie nie wydziela się więcej NaCl. Z tego wynika, że u chorego naszego mamy osłabienie zdolności wydzielniczej nerek w zakresie chloru, jak w przypadku traumatycznym E. Mayera i w przypadku guza przysadki. Możemy więc nasz przypadek zaliczyć do hypochloraemicznych, choć przy wstrzymaniu się od picia płynów u naszego chorego ciężar gat. moczu bardzo wzrasta, czyli jest możliwem, że chwilowo istnieje zdolność nerkowa zagęszczania moczu, co nie zdarza się przy *diabetes insipidus hyperchloraemicus*. Gdybyśmy ten przypadek chcieli zaliczyć do polidipsji, to musielibyśmy wraz z Schwenkenbecherem stwierdzić, że przy niej może przyjść do zaburzeń koncentracji nerek przynajmniej w zakresie chloru.

Badania ostatnich lat wykazały, że w mechaniźmie wydzielania wody biorą udział oprócz nerek, płuc lub skóry, także ogólnie wszystkie tkanki, czyli t. z. przednercze. Ustrój jest bardzo wrażliwy na utratę wody i gdy zwierzę może stracić prawie połowę wagi ciała, bez większej szkody dla ustroju to utrata już 10% wody wywołuje znaczne zaburzenia życiowe, a 20% utraty ilości wody powoduje śmierć zwierzęcia.

Woda rozdziela się też nierównomiernie w ustroju, a mianowicie 2/3 jej gromadzi się w mięśniach, zaś 1/6 jej ilości w skórze; w jelitach n. p. znajduje się wody niewiele. Mięśnie zaś gromadzą wodę w ilości nie odpowiadającej ich masie.

Wprowadzenie wielkiej ilości wody u zdrowego człowieka nie wywołuje żadnych zmian we krwi, jak to wykazują badania Haldana i Priestleya, w których przyjęcie 5'5 litra w 6 godzinach przy diurezie 1200 na godzinę nie zagęściło ani krwi, ani hemoglobiny.

W patologicznych zaburzeniach wydzielania wody n. p. przy *diabetes insipidus*, nie wywołuje przyjmowanie wielkich ilości wody n. p. koło 20 litrów na dobę, żadnej *plethora serosa*. Przyjmowanie też, tak dużych ilości wody, nie ma wpływu na wymiary i stan serca, nie wywołuje podniesienia ciśnienia krwi, owszem przy tej chorobie często znajdowano małe serce, które nawet przy ograniczeniu ilości płynów wykazywało lepsze wypełnienie i powiększenie objętości. Także picie wód mineralnych, a nawet piwa nie wywołuje u ludzi zdrowych rozcieńczenia krwi, któreby mogło prowadzić do powiększenia serca lub większej jego pracy. Powiększenie zaś serca wskutek picia większej ilości piwa lub wina, trzeba przypisać innym czynnikom, a nie wpływom przyjmowania większej ilości płynów. Badania nad przenikaniem krystaloidów i koloidów, jak też trucizn i ciał nietrujących przez błony do tkanek, przyczem nie widać udziału nerek i zmiany w składzie krwi, naprowadziły do przypuszczenia, iż to przechodzenie cieczy zależne jest od ogólnych praw fizycznych, a mianowicie od prawa dyfuzji, zależnego od zmian ciśnienia osmotycznego. Szybkość przechodzenia ciał tych przez błony, zależy tak od warstwy przedzielającej jak też od chwilowej różnicy zgęszczenia ciał, znajdujących się po obu stronach błony. Wedle tychże praw, koloidy nie przechodzą przez błony napół przepuszczalne. W przeciwieństwie do tych badań wykazano (Magnus, Klikowicz), że woda która przechodzi z naczyń do tkanki, zabiera ze sobą, także znaczną część koloidu t. j. białka. Nonnenbruch w doświadczeniach wykazywał, że białko może się dostawać w kierunku odwrotnym, z tkanki z powrotem do naczyń. Z tych doświadczeń wynika, że warstwy dzielące, czy też śródbłonki, rozdzielające naczynia od tkanki otaczającej mogą się stawać w różnych warunkach, w różnym stopniu przepuszczalnemi czyli może się zmieniać ich stan fizyczny. Przy przechodzeniu jonów przez błony ma też szczególne znaczenie prawo Donnana.

Dla ruchu płynów ustroju ma obok ciśnienia osmotycznego wielkie znaczenie ciśnienie hydrostatyczne, które panuje w osoczu krwi i w płynie tkankowym, wpływa ono na ciśnienie pęcznienia, na ciśnienie tkankowe, na stan napięcia tkanek i na szybkość przepływu krwi. H. Mayer wykazał, że ciśnienie hydrostatyczne, które jest zależne od każdorazowego stanu napęcznienia osocza krwi i zdolności wiązania wody przez ciała białkowe w nim się znajdujące, wpływa przedewszystkiem rozstrzygająco na wydzielanie nerkowe. To ciśnienie hydrostatyczne, panujące wewnątrz i zewnątrz systemu naczyniowego, wpływa niewątpliwie na ruch wody we krwi i w tkankach, a w warunkach patologicznych u ludzi obrzękniętych może mieć większe znaczenie, niż ciśnienie osmotyczne. Wiemy bowiem, że środki odpęczniające, działające na tkanki, mogą w jednej chwili usuwać obrzęki. Stan też tkanek ma nieraz decydujące znaczenie przy wydzielaniu się wody z ustroju i nie wodnistość krwi, lecz ilość wody nagromadzona w tkankach t. j. w przednerczu decyduje o działaniu diuretycznem leków. Te czynniki fizyczne utrzymują stan napęcznienia tkanek na jednym zawsze stopniu i stosunek wody do białka waha się wedle oznaczeń Rubnera od 72 do 74% H_2O, tylko u noworodków i u płodów stosownie do większej energji wzrostu, jest większa zawartość wody w narządach — z chwilą ustania silnego wzrostu, znika stan większego napęcznienia.

Jeżeli zwrócimy uwagę, że na wzrost ustroju i rozwój komórek, wpływają w wysokim stopniu gruczoły dokrewne, to możemy przypuścić, że gruczoły te mogą wpływać na stan pęcznienia tkanek i ruch wody w ustroju. Już Coro-

nedi zauważył, że u zwierząt pozbawionych tarczycy, zmniejsza się wydzielanie nerkowe i że można wydzielanie to powiększyć w wysokim stopniu wyciągami tarczycy, a nie zwykłemi środkami moczopędnemi. Eppinger przekonał się o działaniu diuretycznem wyciągu tarczycy w przypadkach patologicznych, a Hildebrandt stwierdził, iż uzyskana przez Kendala tyroksyna, czynnik działający tarczycy, wzmaga nie tylko diurezę wodną, ale także wydzielanie się soli kuchennej. Również przysadka mózgowa ma ogromny wpływ na stan pęcznienia koloidu tkankowego i na ruch wody w ustroju. Sharpey Schäfer wykrył w tylnej części przysadki ciało działające farmakologicznie, a Farini i v. Velden wykazali, iż wyciągi przysadki działają hamująco na diurezę. Wstrzyknięcie 0,2 do 0,3 mg. wyciągu, może wywołać u psa wstrzymanie działania nerkowego i zatrucie t. zw. wodne, które charakteryzuje się wedle Rowntree wielkiem osłabieniem, ślinieniem, nudnościami, czasem wymiotami,drżeniem mięśniowem, kurczami, obrzękiem płuc i ciężką śpiączką, — ilość krwi nie jest powiększona, ciśnienie krwi nie jest podniesione, azot mocznikowy we krwi nie zwiększony. Jeśli obraz ten zbliżony jest do obrazu mocznicy, to jednak, na podstawie różnego zachowania się reszty azotowej we krwi można z łatwością stan ten od niej odróżnić, a właśnie podanie mocznika usuwa w jednej chwili wszystkie przypadłości. Tkanki napęczniałe oddają nadmiar wody, która wraz z mocznikiem odpływa do krwi i nerek. Z tego przykładu widzimy, że pod wpływem pituitryny następuje przesunięcie pęcznienia w tkankach w kierunku odwrotnym, niż przy działaniu wyciągów tarczycy. Badania Molitora i Picka przemawiają za tem, że w tem wstrzymaniu moczenia działają bardzo mało nerki i że przetwory przysadkowe działają przedewszystkiem na tkanki. Te badania mają znaczenie zasadnicze dla sprawy nas obchodzącej, gdyż moczówka prosta może być wedle tych zapatrywań chorobą nie nerek, lecz tkanek, w której to chorobie tkanki straciły zdolność pęcznienia i zatrzymywania wody z nieznanych nam bliżej powodów, — przetwory zaś przysadki mogą tę zdolność przywrócić. Utrata zdolności zagęszczania nerek polegałaby tylko na tem, że nie mogą one wytworzyć dosyć wysokiego ciśnienia pęcznienia dla tkanek, tak, że woda luźnie z tkankami związana, ciągle odpływa z nich, gdy dopływ ustaje, wtedy wysychanie tkanek wywołuje przez wzbudzenie wielkiego pragnienia nowy dopływ wody i tak ten ruch wody odbywa się bezustanku.

Wyciągi przysadki wywierają wpływ i na zdrowych ludzi, hamując wydzielanie wody przez nerki, przyczem nie zmniejszają ilości wydzielanego chloru, która pozostaje prawidłową. Pituitryna powstrzymuje również diurezę powstałą pod wpływem *theocyny* lub *euphylliny*. Wyciągi z przysadki zwiększają wydzielanie soku żołądkowego rozcieńczonego i wywołują biegunkę wodnistą.

W przebiegu *diabetes hyperchloraemicus*, pod wpływem pituitryny zmniejsza się ilość moczu do jednego litra, a nawet spostrzegano (Görke) dłużej trwający (12 godzin) bezmocz. Pojawiają się pod wpływem tych wyciągów u chorych poty, ślinienie i wodniste stolce, ciężar gatunkowy moczu wzrasta do 1,025—30, ilość chlorków w moczu może przekraczać 1%, przy odpowiednim dowozie. We krwi następuje prawidłowe zagęszczanie soli i białka. Podniecenie chorych zwykle ustępuje i można u nich łatwo ograniczyć płyny. Ten wybitny wpływ wyciągów przysadki mózgowej na chorych z moczówką prostą, popiera przypuszczenie, iż istnieje związek przyczynowy między zmianami w przysadce, a moczówką prostą. I tak Frank, opierając się na doświadczeniach Schäfera i Herringa, podawał pierwotnie, że *diabetes insipidus* polega na wzmożonej czynności tylnej części przysadki. Później ten sam autor przyszedł do zapatrywania, że uszkodzenie przysadki z upośledzeniem czynności części środkowej i tylnej może być przyczyną tej choroby. V. d. Velden przyjmuje też za przyczynę tej choroby hipofunkcję przysadki. Ostatnio wyznaje Frank teorję parasekrecji. Sądzi mianowicie, że wydzielina tylnej części przysadki wtedy powoduje wzmożenie diurezy, jeśli ona dostaje się (wskutek utrudnienia odpływu) do krwi, a nie wprost do cieczy komorowej, jak to bywa prawidłowo. Trzeba jednak zauważyć, że trudno bardzo udowodnić doświadczalnie, iż od zmian w przysadce zależy *diabetes insipidus*, ponieważ przysadka i międzymóżdże są tak ze sobą zrośnięte, a przedewszystkiem *pars tuberalis* przysadki mózgowej jest tak zrośnięta z *tuber cinereum*, że nie ma mowy o tem, aby w doświadczeniu można je bez uszkodzenia wzajemnego oddzielić. Dlatego zwolennicy tak teorji nerwowej jak i przysadkowej przytaczać będą dla swych wywodów zawsze różne doświadczalne dowody. Wspomnieć też wypada, że istnieją dowody kliniczne, przemawiające jeszcze za innem zapatrywaniem, a mianowicie znane są przypadki, w których pomimo zniszczenia przysadki przez nowotwór, nie przyszło do *diabetes insipidus*, albo też takie, w których pod koniec życia objawy moczówki prostej ustąpiły. Przypadki te odznaczają się tem, że w nich część przednia przysadki bywa zniszczona. Dlatego Hann jest zdania, że do wytworzenia się moczówki prostej konieczną jest dobra funkcja przedniej części przysadki obok niewydolności części środkowej i tylnej. Podobny przypadek ogłosił Simmonds, w którym wskutek przerzutów rakowych przyszło do *diabetes insipidus*, którego objawy pod koniec znikły, a sekcja wykazała zniszczenie przedniej części przysadki. Tego samego zdania są też Jakoby, Neubürger, Piney i Coades, a Jakoby przyjmuje działanie antagonistyczne przedniej i tylnej części przysadki. Tylna część ma mieć działanie hamujące moczenie, a przednia podniecające. Podobny też przypadek ogłosili w ostatnim czasie E. Meyer i Meyer-Bisch. Za wpływem przysadki na moczówkę prostą wskazywać mogą też przypadki tej choroby, zjawiające się w ciąży, gdyż przy niej zdarza się często przerost części przedniej przysadki jako objaw wyrównawczy przy wypadnięciu czynności jajników. Z drugiej strony ukłucie dna czwartej komory wykonane przez Klaudjusza Bernarda, wskazuje na możliwość nerwowego pochodzenia moczówki prostej. Późniejsze badania Eckharda, Kahlera, a szczególnie Camus i Roussy potwierdzone przez Houssay, Leschkego dalej przez Baleya i Brennera wykazały, iż przez ukłucie mózgu w okolicy dna czwartej komory lub w okolicy podwzgórza nawet po wycięciu przysadki można wywołać u zwierzęcia krócej lub dłużej trwającą poliurję, trwającą kilka lub kilkanaście dni, która przy podawaniu większej ilości wody może utrzymywać się u psów nawet całe lata, do 2½ lat. Nawet lekkie obrażenie tej okolicy może wywołać ten sam skutek, co i ukłucie. Na podstawie tych doświadczeń, przychodzą liczni autorowie do przekonania, iż w wspomnianej okolicy mózgu musi się znajdować ośrodek dla regulacji ciśnienia osmotycznego, a zniszczenie lub uszkodzenie tego ośrodka, prowadzi, do *diabetes insipidus*. Tak zapatruje się na sprawę moczówki prostej przedewszystkiem Aschner. Wedle Leschkego ukłucie podwzgórza wywołuje postać hiperchloraemiczną *diabetes insipidus*, podczas gdy ukłucie w dno czwartej komory wedle Jungmanna ma wywoływać postać hipochloraemiczną. Lecz właśnie przypadki moczówki prostej, powstałe po *encephalitis epidemica*, do których i nasz przypadek należy, a które trzeba zaliczyć do hipochloraemicznych, wskazują na to, że i inna okolica mózgu mogłaby być punktem wyjścia tych poliurji, gdyż przy zapaleniu mózgu epidemicznem bywa zajęta okolica między *corpus striatum* i *nucleus ruber*.

Camus i Roussy jak również Bailey w ostatnich swych pracach, ogłoszonych w roku 1922 są stanowczymi zwolennikami pochodzenia nerwowego moczówki prostej. Biedl, który jest wielkim znawcą pato-

logji gruczołów dokrewnych, przyznaje również istnienie ośrodka regulującego ruch wody w ustroju.

Bailey twierdzi, iż działanie wyciągów przysadki mózgowej jest interesującem pod względem farmakologicznym, ale wyciągi te nie mają znaczenia fizjologicznego. W ostatnich czasach coraz więcej jest też zwolenników teorji nerwowej, gdyż coraz więcej przybywa faktów, świadczących, że pod wpływem zmian w systemie nerwowym powstaje moczówka. Przypadki takie jak niniejszy, choć rzadkie, służą do poparcia teorji o pochodzeniu nerwowem moczówki prostej. Naturalnie, że tylko przypadki z opracowaniem przemiany materji mogą być brane przy ocenianiu etjologji pod uwagę. Spostrzeżenia W. H. Veila i N. Wundta jak i György'ego i nasze dowodzą, że te przypadki poliurji po *encephalitis* należą wedle podziału W. H. Veila do hypochloraemicznych. Wundt zaś z Veilem jak również i my w jednym z przypadków znaleźliśmy obok objawów moczówki, jeszcze zaburzenia w podstawowej przemianie materji, a mianowicie zwiększenie jej o 50%, coby dowodziło, że *encephalitis* może wpłynąć na regulację centralną przemiany zasadniczej, analogicznie, jak wpływa i na regulację osmotyczną.

Na istnienie ośrodka kierującego ruchem wody zgadzają się prawie wszyscy badacze, zajmujący się tym przedmiotem. Sporną kwestją jest tylko, w jaki sposób ta regulacja się odbywa. *Diabetes insipidus* też zdaniem naszem nie polega jedynie na wyłącznej zmianie czynności przysadki, ani nie opiera się tylko na zaburzeniu centralnego aparatu nerwowego, kierującego wydzielaniem wody, ani też nie opiera się na zmianie czynności samej nerki, tylko jest zaburzeniem ogólnem całej gospodarki wodnej. Gospodarka ta jest zależna tak od nerek jak i od tkanek czyli przednercza, a także i od nerwowego narządu naczynioruchowego. Przyczyna zaś tego zaburzenia chorobowego może leżeć w ośrodku nerwowym wegetatywnym, umiejscowionym w okolicy trzeciej i czwartej komory mózgowej.

Piśmiennictwo:

1) E. Meyer i R. Meyer. Bisch. Ztsch. f. klin. Med. t. 96. str. 469. 1923. — 2) Frank. Klin. Woch. 1924. Nr. 19, 20. — 3) W. H. Veil. Deutsch. Arch. f. klin. Med. t. 119. str. 376. — 4) Socin. Ztsch. f. klin. Med. t. 78. — 5) E. Meyer. Deutsch. Arch. f. klin. Med. t. 83. — 6) Camus i Roussy. Compt. Rd. d. l. S. d. Biol. t. 75. — 7) Claude Bernard. Lecons de physiologie exp. 1858. — 8) Wagner. Klin. Woch. 1924. Nr. 11. — 9) W. H. Veil Erg. d. inn. Med. 1923. — 10) E. Meyer i Meyer-Bisch. Deutsch. Arch. f. klin. Med. t. 137. — 11) Molitor i Pick. Klin. Woch. 1923. Nr. 49. — 12) Jungmann. Klin. Woch. 1922. — 13) Leschke. Ztsch. f. klin. Med. t. 87. — 14) Hann. Frank. Ztsch. f. Pathol. t. 21. — 15) Jacoby. Dtsch. Med. Woch. 1920. — 16) Neubürger. Berl. Klin. Woch. 1920. — 17) Simmonds. Verh. d. dtsch. pathol. Ges. 1914. — 18) Beringer u. György. Klin. Woch. 1923.

Z praktyki.

Prof. Dr. Marjan GIESZCZYKIEWICZ Kraków.
Doc. Dr. Józef KOSTRZEWSKI.

Przypadek żółtaczki zakaźnej.

Z Oddziału chorób zakaźnych Szpitala św. Łazarza w Krakowie i z Instytutu Weterynarji i Medycyny doświadczalnej Uniw. Jagiell.

Choroba Weila występuje endemicznie w niektórych krajach pozaeuropejskich n. p. w Japonji, Egipcie; w Europie zdarzają się sporadyczne tylko przypadki, jednakże opisano je we wszystkich niemal państwach. W Polsce poza zakażeniem laboratoryjnem Adamskiego (1) nie znamy zupełnie pewnych przypadków żółtaczki zakaźnej, co może się wydawać nieco dziwnem, wobec tego, że sposobność do zakażenia u nas istnieje tak samo jak i u naszych sąsiadów co wynika z badań Annigsteina (2), który znalazł krętki żółtaczki zakaźnej u szczurów warszawskich.

Wydaje nam się rzeczą prawdopodobną, że przypadki choroby Weila zdarzają się u nas tak samo często, jak i w sąsiednich krajach, a tylko ulegają przeoczeniu, uważamy przeto za wskazane opisać przypadek obserwowany w ciągu miesiąca czerwca br. tembardziej, że przypadek ten przedstawia pewne ciekawe cechy kliniczne i epidemjologiczne, a rozpoznanie zostało ponad wszelką wątpliwość ustalone badaniem bakterjologicznem.

J. M. 19-letni poczuł 9. czerwca 1925 r. dokuczliwy ból głowy. 10. czerwca ból głowy się jeszcze wzmógł, wystąpiły dwukrotne wymioty niezależnie od jedzenia, zjawiły się bóle w mięśniach podudzi, a osłabienie było tak znaczne, że chory był niezdolny do pracy. Obok tych objawów wystąpił brak łaknienia, sen przerywany i kilka wolnych wypróżnień. Gorączka miała wynosić powyżej 39.0° C. Do szpitala został przyjęty dnia 13. VI. wieczorem t. zn. w czwartym dniu gorączki. Ciepłota wynosiła 38.8° C. Chory był przytomny, ale miał wybitną sztywność karku i objaw Körniga. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych zmian poza bolesnością w okolicy wątroby i bolesnością okolic lędźwiowych, zwłaszcza okolicy prawej, przy ich opukiwaniu. 14. VI. objawy podrażnienia opon mózgowych ustąpiły (5-ty dzień gorączki), gorączka się obniżyła do 37.4°—37.6° C., a na pierwszy plan wystąpił ból w mięśniach podudzi, który był tak silny, że chory leżąc na wznak trzymał nogi skurczone w kolanach, aby łydkami nie dotykać pościeli. 15. VI. wystąpiła wybitna żółtaczka (6-ty dzień gorączki). W dniach 15-tym, 16-tym i 17-tym ciepłota wynosiła 37° i kilka dziesiętnych, najwyżej 37.8° C., poczem nastąpił stan bezgorączkowy. Bóle w mięśniach podudzi stopniowo się zmniejszały, a ustąpiły zupełnie 19. VI. Żółtaczka zmniejszała się stopniowo, najpierw na spojówkach i częściach obwodowych ciała, później na tułowiu, a ustąpiła w ostatnich dniach czerwca, pozostawiając tylko lekki odcień żółtawy na skórze tułowia.

Mocz chorego w pierwszych dniach pobytu w szpitalu zawierał białko, wałeczki ziarniste, krwinki czerwone i białe, urobilinę i urobilinogen. Białko ustąpiło 18. VI., urobilina 22. VI., a w końcu urobilinogen. Stolec w pierwszych dniach objawów żółtaczki był wybitnie, ale niezupełnie odbarwiony.

J. M. opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia dnia 4. VII., t. zn. w 17-tym dniu bezgorączkowym.

Silne bóle mięśni podudzia, żółtaczka i zmiany w moczu nasunęły podejrzenie żółtaczki zakaźnej *(Morbus Weili)*. Toteż dnia 15. VI. pobrano choremu krew z żyły i wstrzyknięto ją siedmiu świnkom morskim, każdej po 2 cm³ śródotrzewnowo. Dnia 16. VI. pobrano od chorego mocz jałowo i osad z niego zastrzyknięto czterem świnkom śródotrzewnowo. Z pośród świnek szczepionych krwią padła jedna 22. VI., ale sekcja nie wykazała nic podejrzanego. Dnia 27. VI. padły dwie świnki, sekcja wykazała ogólną żółtaczkę, zmiany krwotoczne w gruczołach, w tkance podskórnej i w płucach. Dnia 28. i 30. VI. padła czwarta i piąta świnka, wykazując zmiany charakterystyczne dla żółtaczki zakaźnej. Dwie pozostałe świnki, szczepione krwią i cztery świnki, szczepione moczem pozostały zdrowe.

Zbadano mikroskopowo narządy 3-ch świnek, które padły 27. i 28. VI. W preparatach z wątroby znaleziono typowe krętki typu *spirochaete icterohaemorrhagiae* (Inada et Ido). Z narządów, oraz krwi tychże świnek założono hodowlę na rozcieńczonej surowicy króliczej pod warstwą płynnej parafiny. Pożywkę tę sporządzaliśmy według wskazówek Ungermanna (3) względnie Martina i Pettita (4) skrwawiając jałowo królika z tętnicy szyjnej. Z ponad skrzepu zbieraliśmy surowicę, rozcieńczali ją mniejwięcej 5-cio krotnie jałowym rozczynem fizjologicznym soli kuchennej i rozlewali ją następnie do próbówek zawierających 1—2 cm³ płynnej parafiny uprzednio wyjałowionych w autoklawie. Pożywkę tę poddawaliśmy następnie trzechkrotnie (w ciągu 2—3 dni) podgrzaniu do 56° C. przez pół godziny. Po kilku dniach zauważyliśmy wzrost krętków, który najwcześniej ujawnił się w próbówkach posianych krwią z serca świnek. Krętki te okazywały w ciemnem polu żywe ruchy zarówno obrotowe, jak postępowe, oraz charakterystyczne ruchy części ciała wobec siebie, słowem przedstawiały zarówno w ciemnem polu, jak w preparatach barwionych wygląd typowy. Preparaty barwiliśmy przeważnie, po utrwaleniu parami kwasu osmowego, barwikiem Giemsy rozcieńczonym w stosunku półtorej kropli barwika na 1 cm³ wody przekroplonej. Krętki wykazywały około 20 drobniutkich zaledwie widocznych skrętów obok nielicznych większych wygięć (fal). Ponieważ nie byliśmy pewni, czy hodowla da odrazu wynik dodatni, przeto zawiesiną spo-

rządzoną przez roztarcie w rozczynie fizjologicznym, kawałeczka wątroby, nerki i nadnercza jednej z świnek padłych 27. VI. zakaziliśmy dwie dalsze świnki, jedną dootrzewnowo, drugą podskórnie. Pierwsza padła po 8, druga po 11-tu dniach, wykazując typowy obraz anatomo - patologiczny (żółtaczka, zwyrodnienia, wybroczyny) oraz krętki w narządach. Z świnek tych jednakże nie zakładaliśmy hodowli, ponieważ szczep tymczasem już wyrósł.

W okresie zdrowienia pobrano jeszcze raz krew chorego i zbadano ją na własności zlepne mieszając surowicę krwi w kilku rozcieńczeniach z świeżą hodowlą krętków (własny szczep chorego, zresztą innego w pracowni nie było) biorąc po 0.3 cm³ odpowiedniego rozcieńczenia surowicy i 0.3 ccm. hodowli. Próbówki stały około 3 godzin w cieplarce, poczem robiono z nich preparaty i oglądano w ciemnem polu. Rzecz ciekawa, że odczyn ten opisany przez M a r t i n a i P e t t i t a jako bardzo dla tej sprawy chorobowej charakterystyczny, w naszym przypadku wypadł zupełnie ujemnie i ani w rozcieńczeniu 1:100 ani 1:50 śladu aglutynacji krętków nie zauważono. Również uderza ujemny wynik badania moczu na krętki w tym przypadku. Ujemne wyniki obu tych prób należy tu odnieść prawdopodobnie do bardzo lekkiego przebiegu choroby.

Istotnie w przypadku naszym, choroba tylko w początkach zapowiadała się poważnie, dalszy przebieg był bardzo łagodny, gorączka trwała ogółem 8 dni, okres zdrowienia trwał bardzo krótko, a do nawrotu gorączki nie przyszło. W czasie pobytu chorego w szpitalu ani wątroba, ani śledziona nie były powiększone, nie zauważono też wybroczyn ani na błonach ani na skórze. Białkomocz utrzymywał się tylko do 9-go dnia choroby, ilość moczu była stale prawidłowa.

Z wywiadów jako czynnik etjologiczny podnieść można kąpiel w Wiśle u wylotu kanału na kilka dni (około tygodnia) przed wystąpieniem choroby. Chory podawał też jako przypuszczalną przyczynę choroby przejedzenie się mięsem wieprzowem niezupełnie świeżem na kilka dni przed początkiem gorączki, jednakże według wszelkiego prawdopodobieństwa nie do tego momentu, a raczej do kąpieli trzeba odnieść zakażenie.

Jak z powyższego opisu wynika, w razie, gdyby nie zastosowano tu badania bakterjologicznego dość wcześnie, względnie ograniczono się tylko do zbadania bakterjologicznego moczu, rozpoznanie pozostałoby nieustalone i przypadek byłby może uznany wobec pewnych nietypowych objawów za żółtaczkę nieżytową. Tak też zapewne niejeden przypadek choroby W e i l a przechodzi u nas niespostrzeżony.

Piśmiennictwo.

1) A d a m s k i: Badania nad morfologją i biologją krętka żółtaczki zakaźnej. Poznań 1924. Fischer i Majewski. — 2) A n n i g s t e i n: Zarazek choroby Weila w szczurach warszawskich. Pol. Gaz. lek. 1923. Nr. 10. — 3) U n g e r m a n n: Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamt Bd. 51. 1918. — 4) M a r t i n i P e t t i t: Spirochétose ictérohémorragique. Paris. 1919. Masson et Cie.

Dr. Józef SMOLIŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

O rzadkim przypadku niemiarowości tętna pod wpływem aktu połykania.

Z kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Lwów.
Dyr. Prof. Dr. R e n c k i.

Wiadomo od jak niezliczenie wielu czynników zależną jest akcja serca. Nietylko różne stany i zewnętrzne warunki wymagające żywszego krwiobiegu, lecz i wrażenia natury czysto psychicznej wywierają wybitny wpływ na jakość czynności serca. Lecz mimo swej zależności od wspomnianych czynników należy przyznać, iż pewne funkcje ustrojowe, które teoretycznie mogłyby wpłynąć na rytm i jakość akcji serca nie działają na nią widocznie. Może tylko dlatego, że wpływ ten byłby nietylko zupełnie bezcelowym, lecz wprost szkodliwym. Do takich działań zaliczyćby można n. p. czynność przełykania. Mimo bowiem bliskiego sąsiedztwa przełyku do pewnych części serca, nie stwierdzono w prawidłowych warunkach, iżby akt połykowy zmieniał w jakikolwiek sposób rytm i siłę pracy serca. Jeśli jednak ta równowaga zostaje zachwiana — czy to przez bodźce działające na układ wegetatywny wprost, czy też pośrednio przez wyższe mechanizmy korowe, czynne w czasie afektów, wówczas wyżej wspomniane wpływy na czynność serca mogą wyjść na jaw. Jako klasyczny pod tym względem przykład, miałem sposobność obserwować następujący przypadek.

J. S. żonaty, lat 51, z zawodu kolejarz, w dzieciństwie prócz odry żadnej choroby nie przechodził, natomiast przed 30 laty jak twierdzi „katar szczytów"; w 1902 r. grypę; 1913 r. rzeżączkę, a w roku 1915 jednorazowy atak kolki żółciowej.

Przed blisko dwoma miesiącami doznał, połykając rano kęs chleba, uczucia zwolnienia akcji serca. Bliższych szczegółów podać nie umiał.

Zjawisko to powtarzało się od tej chwili regularnie, przy każdorazowem połykaniu stałego bądź płynnego pokarmu. Chory zauważył nadto, że gdy jest zdenerwowany to objawy się nasilają i stają się wprost nieznośnemi. Bólów żadnych ani przy połykaniu, ani głębokiem oddychaniu w zakresie klatki piersiowej nie odczuwał. Po kilku tygodniach bezskutecznej kuracji środkami nasercowemi oraz uspokajającemi system nerwowy udał się chory za radą swego lekarza na klinikę U. J. K. celem zbadania przyczyny tego cierpienia.

Z wywiadów dowiadujemy się, że tydzień niespełna przed pierwszem wystąpieniem objawu wystraszył się bardzo, widząc pędzący z góry rzekomo bez hamulca wagon. W panicznym tym strachu krzyczał, wymachując rękami, by przestrzec robotników przed grożącem niebezpieczeństwem. Podczas tego całego zajścia nie miał jednak — jak zapewnia — żadnych pokarmów w ustach, ani też nie połykał niczego. Nie odczuł też żadnego bolu w klatce piersiowej. Dopiero w kilka dni później rozpamiętując przy śniadaniu denerwującą scenę zauważył wyżej opisane „stawanie serca".

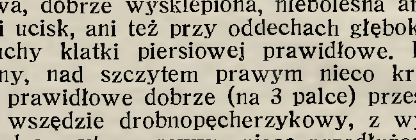
Stan obecny w skróceniu:

Obecnie ciepłota ciała 36.7, tętno 72, R. R. 95.

W zakresie głowy żadnych zmian chorobowych. Źrenice oddziaływują na światło i przystosowanie. Na szyi nieco porozszerzane żyły nie falujące. Istmus thyreoideae słabo macalny. Gruczoły podszczękowe, szyjne i karkowe niemacalne. Klatka piersiowa umiarowa, dobrze wysklepiona, niebolesna ani na opukiwanie, wstrząsy i ucisk, ani też przy oddechach głębokich w różnych pozycjach. Ruchy klatki piersiowej prawidłowe. Płuca: Wypuk wszędzie jawny, nad szczytem prawym nieco krótszy. Granice płuc wszędzie prawidłowe dobrze (na 3 palce) przesuwalne. Przysłuch: wdech wszędzie drobnopęcherzykowy, z wydechem słabo słyszalnym, nad szczytem prawym nieco przedłużonym. — Z tyłu wypuk jawny, nad szczytem prawym nieco krótszy, granice dolne 4 palce poniżej łopatek dobrze przesuwalne; wdech prawidłowy, wydech słabo słyszalny, nad szczytem prawym nieco przedłużony. Serce w granicach prawidłowych.

Przysłuchem: nad końcem serca 2 tony, nad tętnicą płucną 2 tony, nad tętnicą główną 2 tony, drugi słabo zaakcentowany, nad zastawką trójdzielną 2 tony. Akcja serca prawidłowa. Tętno, sprychowe 72. Wątroba i śledziona niemacalne. Brzuch miękki nie bolesny, oporów się nie wyczuwa. Stolec normalny, codziennie. Gruczoły pachwinowe słabo macalne. Kończyny dolne nieobrzękłe. Odruchy kolanowe utrzymane. Na podudziach żył porozszerzanych się nie stwierdza.

Wobec tak ujemnego wyniku dochodzeń fizykalnych przystąpiłem do badań doświadczalnych. Podałem więc choremu kęs chleba i kazałem na komendę połknąć, równocześnie obsłuchując tony nad końcem serca, oraz macając tętno sprychowe. W chwili połykania stwierdziłem przy-



śpieszenie tętna ze zmniejszeniem się wysokości fali (tegoż), potem jakoby dłuższą przerwę, wreszcie rychły powrót do normy. Przysłuch natomiast wykazał osłabienie siły tonów nad końcem serca z równoczesnem przyśpieszeniem czyn-

ności serca, wreszcie po dłuższej pauzie powrót do normy. Dla zilustrowania ciekawego tego przebiegu załączam poniżej krzywą tętna sprychowego Nr. I.:

By się przekonać, czy zadrażnienie spowodowane jest li tylko kęsem stałym — podałem choremu łyk herbaty zimnej, a później ciepłej. Wynik był bez względu na ciepłotę pokarmu podobny do doświadczenia pierwszego z tą różnicą tylko, że okres przyśpieszenia był znacznie dłuższy, a zato mniej wybitny. Dla uwidocznienia załączam krzywą tętna sprychowego Nr. II.:



Chcąc stwierdzić istnienie jakowejś zmiany anatomicznej w przełyku w postaci zwężenia, uchyłka lub zrostu z osierdziem lub otoczeniem, prześwietliłem chorego podając mu prócz płynnej zawiesiny mączki barowej także ulepione z papki barowej gałki, wielkości kęsa chleba. Roentgenologiczne badanie nie wykazało żadnej zmiany organicznej. Stwierdziło natomiast, że wyżej opisane zaburzenie występuje regularnie, gdy kęs chleba przesuwa się na wysokości odpowiadającej położeniu serca. Od wysokości przedsionków bowiem aż do chwili rozwarcia się wpustu powodowała przesuwająca się gałka siarkanu barowego przyśpieszenie akcji serca, a w momencie prześlizgiwania się tegoż przez wpust spostrzegano ową pauzę. Czy pauza ta przypadała na fazę skurczową, czy rozkurczową trudno było dokładnie ustalić z powodu zbyt szybkiego przebiegu tego zjawiska. Przy próbie z płynną zawiesiną dlatego przyśpieszenie trwało dłużej, gdyż w dłuższem aczkolwiek cieńszem paśmie, czasowo dłużej, przesuwać się musiał płyn przez przełyk, niż kęs stały. Ciepłota podanego napoju nie wpływała zupełnie na zmianę przebiegu tego dziwnego zjawiska.

Zaciekawiony powyższem spostrzeżeniem przebadałem na licznych przypadkach wpływ połykania na akcję serca. Wybrałem ku temu wpierw szereg osobników zdrowych, tak fizycznie, jak i psychicznie, dalej pewną ilość przypadków neurastenji, tudzież choroby Basedowa, wreszcie kilka wad organicznych serca. Za każdym razem poddawałem chorego wpierw badaniu ogólnemu, robiąc doświadczenia bez poinformowania go o co chodzi, a potem dopiero powtarzałem próbę uświadomiwszy choremu cel mych dociekań. Wynik był — jak się tego zresztą spodziewać należało zupełnie ujemny. Ani w jednym przypadku nie udało mi się wywołać jakowegoś zaburzenia tętna i dowieść wpływu aktu połykania na rytmikę serca. Potwierdziłoby to moje na wstępie już podkreślone mniemanie, że wpływ taki byłby nietylko bezcelowy, lecz wprost szkodliwy i dlatego nie dochodzi on w normalnych przypadkach do skutku.

Tem samem należy przypadek opisany, uważać jako rzadką anomalję, spowodowaną bądźto urazem na drodze psychicznej, bądź też polegać ona mogła na drobnej, promieniami Roentgena niestwierdzalnej wybroczynie wywołanej pęknięciem jakiegoś naczynia między osierdziem, a przełykiem, wskutek nasilonego krzyku. Za pierwszem przemawia opóźnione wystąpienie objawu, tudzież moment wspominania katastrofy przy śniadaniu. W piśmiennictwie uwzględniają liczni autorowie moment psychiczny w stosunku do zaburzeń sercowych i tak Goudrian, Bramson, Pawiński, a w ostatnich czasach szczególnie Sochański podkreślali doniosłość wpływów psychicznych na życie ustroju. Jednakowoż jedyny Rigler opisuje przypadek, w którym śmierć nastąpiła w dłuższy czas po urazie psychicznym, a opisem swym przypomina nieco wymienione powyżej warunki.

Za etjologią drugą (wylew krwawy) przemawia fakt, że zaburzenie rozpoczynało się punktualnie, gdy kęs przesuwał się na wysokości przedsionków. Jak zaś wiadomo z dochodzeń Hoffmana, Danielopolu, Petzetakisa i innych, właśnie okolica lewego przedsionka jest najwrażliwszą i najpobudliwszą na bodźce zewnętrzne, czy to natury mechanicznej, termicznej lub elektrycznej. Ponadto udało się przecież Meldolesiemu stwierdzić udzielone przełykowi przez serce ruchy oscylacyjne. — Czemużby zatem w opisanych warunkach nie mógł oddziaływać przesuwający się kęs odwrotnie na akcję serca tem więcej, że objaw występował stale na wysokości owego czułego miejsca przedsionkowego.

Za jednem i drugiem przypuszczeniem przemawia też pomyślne zejście tego zaburzenia, które w dwa miesiące po wystąpieniu zniknęło zupełnie. Wylew bowiem mógł się był zresorbować, a psychoneurotyczny uraz stracić na sile.

Bez względu jednak na samą istotę opisanego schorzenia jest powyższy przypadek zjawiskiem niecodziennem, zasługującem ze wszech miar na wyszczególnienie.

Piśmiennictwo:

1) Horn Paul. D. M. W. 1914. Nr. 2. — 2) Hoffmann. Med. Klin. 1913. Nr. 49. — 3) Danielopolu. Arch. des mal du coeur.... 1913. Nr. 12. — 4) Pawiński. Ztsch. f. klin. Med. 1913. H. 1. Bd. 79. — 5) Sochański. Gazeta lek. 1925. — 6) Rigler. Hamb. med. übersee. 1914. Ig. 1. Nr. 7. — 7) Goudrian. Nederl. tijdschr. v. geneesk. 1921. Nr. 5. — 8) Meidosesi. Malatt. del cuore. 1921. Jg. 5. Nr. 1. — 9) Carlson. Americ. journal of physiol. 1913. Nr. 31.

Dr. H. MIERZECKI asystent kliniki. Lwów.

Liszaj czerwony płaski po naświetleniu wyprysku promieniami Roentgena.

Z Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych Uniwersytetu J. Kazimierza. Kierownik dr. M. Andruszewski.

Spór o istotę salwarsanowego liszaja czerwonego (Buschke i Sklarz, Buschke i Freimann, Hoffmann, Wirz, Jadassohn i inni) odnowił dawną walkę o moment etjologiczny liszaja czerwonego.

Utrzymuje się jeszcze w piśmiennictwie francuskiem zapatrywanie neuropatyczne (Brocg), broni przyrody zakaźnej Jadassohn i jego szkoła, wysuwają wreszcie na plan pierwszy etjologji liszaja czerwonego dyspozycję Buschke, Bettmann i inni.

Nieznana przyczyna tego schorzenia uzasadnia potrzebę obecnego zbierania i ogłaszania przyczynków kazuistycznych (Polland, Galewsky i inni). Temteż się powodując przytaczam opis niecodziennego przypadku chorobowego.

D. J. robotnik, lat 34, żonaty, zgłosił się na klinikę chorób skórnych i podał że ojciec jego zmarł na kiłę, matka na zapalenie płuc — chory zaś miał przed 15 laty owrzodzenie na członku, które zagoiło się w dni cztery pod maściami. W roku 1914 wystąpiły na skórze wykwity chorobowe, rozpoznane przez rozmaitych lekarzy jako wyprysk. Sprawa ta chorobowa trwała do roku 1917, a potem ustąpiła.

Nawrót podobnych wykwitów pojawił się na skórze kończyn i moszen w r. 1920, leczony w ambulatorjum kasy chorych maściami i zawiesinkami ze zmiennym skutkiem. Badanie krwi na odczyn Wassermanna i Sachs-Georgiego dało wynik ujemny. Podobnie ujemnem było badanie moczu. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zmian chorobowych.

Skóra dała obraz powierzchownego procesu zapalnego, występującego głównie na mosznach, kończynach górnych i dolnych. Liczne drobne mniejsze i większe pęcherzyki, guzki, plamki nierównomiernie rozsiane, odosobnione i złączone widoczne były obok plam większych, suchych, pokrytych łuseczkami oraz plamy żywo czerwone, sączące, pokryte żółto-szaremi strupami. Skóra dłoni wykazała obok plam guzkowych, zmiany modzelowate. Moszny zaś wykazywały skórę niemal w całości zgrubiałą, łuszczącą się, suchą i z licznemi, bolesnemi popękaniami. Chory skarżył się na świąd skóry tułowia, wolnego jednak od zmian chorobowych.

Chorego poddano naświetlaniu prom. Roentgena (kol. Landesówna) i w ciągu dni 30 był trzykrotnie naświetlany. (1) 3 H. E. D.) Po 4 tygodniach chory zgłosił się powtórnie na klinikę. Chory skarżył się nietylko na wzmagający się świąd tułowia, ale i kończyn przyczem sam zwracał uwagę naszą na odmienny i niezwykły wygląd nowych wykwitów chorobowych, mianowicie na wieloboczne i owalne sinawo-czerwone guzki z widocznem wgłębieniem w środku — na typowy obraz liszaja czerwonego płaskiego.

Na skórze tułowia stwierdzić można było żywo czerwone suche, rozlane, miejscami łuseczkami pokryte plamy, wśród których i na których widoczne były guzki czerwonego liszaja płaskiego. Wykwity wypryskowe kończyn i moszen wykazywały wyraźną inwolucję przy wybitnej guzkowej osutce liszaja czerwonego. Przez miesiąc leczono chorego w klinice maściami i zawiesinkami, wykwity wypryskowe uległy dalszej inwolucji. — Guzkowa osutka liszaja czerwonego pozostała bez zmian.

W ciągu dalszych dni 30 był chory w dalszym ciągu trzykrotnie naświetlany, poczem zgłosił się powtórnie na klinikę. Wyprysk uległ prawie zupełnej inwolucji, osutka zaś guzkowa liszaja nie tylko nie ustąpiła, ale przeciwnie powiększyła i rozwinęła się.

Stwierdziliśmy zatem osutkę liszaja czerwoną, powstałą po naświetleniu promieniami Roentgena u chorego na wyprysk przewlekły. Jakkolwiek z przyczyn od nas niezależnych nie mogliśmy przeprowadzić badań histologicznych, to jednak po całorocznej dokładnej obserwacji doszliśmy do wniosku, że pierwotnem i to długotrwałem schorzeniem był wyprysk i dopiero pod wpływem specjalnego bodźca t. j. promieni Roentgena ujawniły się wykwity liszaja czerwonego płaskiego. Stanowisko to nasze potwierdza pozatem fakt, że mimo licznych śladów drapań i powierzchownych blizn guzków liszaja czerwonego mimo jaknajdokładniejszej obserwacji nie można było stwierdzić.

Współistnienie wyprysku i liszaja czerwonego wymaga wyjaśnienia. Czy ten obraz chorobowy uważać za wyraz dwóch różnych, a przypadkowo równocześnie występujących schorzeń, czy też wyprysk uważać tylko za stan prodromalny liszaja czerwonego. O prodromalnych stanach liszaja czerwonego wspomina często dawniejsze piśmiennictwo (zebrał Riecke). Zwracano głównie uwagę na świąd, który w przypadkach Köbnera trwał rok, Toutona zaś dwa do trzech lat. Rumień rozlany jako objaw prodromalny opisali Rona, Łukasiewicz, Hebra, Fox i inni. Hallopeau opisuje przypadek liszaja czerwonego płaskiego, w którym stan prodromalny trwał 15 miesięcy pod postacią miejscowego rumienia słonecznego.

O współistnieniu liszaja czerwonego płaskiego i innych schorzeń skórnych wspomina dawniejsze, a także obecne piśmiennictwo i tak o kile i liszaju czerwonym płaskim (Kaposi) łuszczycy i liszaju czerw. płaskim (Maerz), o niesztowicach i liszaju czerw. płaskim (Hallopeau), o brodawkach i lisz. czerw. płaskim (Kaufmann-Wolff).

O współistnieniu wyprysku i liszaja czerwonego płaskiego brak w piśmiennictwie wzmianki poza przypadkiem Pollanda. W przypadku Pollanda wystąpił wyprysk pod postacią osutki guzkowo-plamistej trwającej przez 3. miesiące i 3 tygodnie. Pod wpływem leczenia plamy ustąpiły, a z guzków wytworzył się liszaj czerwony płaski.

Podobny był obraz chorobowy i w naszym przypadku, w którym mogliśmy zauważyć wytwarzanie się guzków liszaja płaskiego z plam i guzków pryszczycowych, z tą tylko różnicą, że wyprysk trwał w naszym przypadku 10 lat.

Na guzkową przebudowę wykwitów rozmaitych schorzeń skórnych zwrócił ostatnio uwagę Herxheimer, który stwierdził metaformozę pęcherzyków w liszajowe guzki (*lichenoide Papeln*) w przebiegu kiły, opryszczki, wyprysku i liszajca.

Stanowisko Herxheimera podziela Bettmann, który liszajową przebudowę wykwitów stwierdza w licznych schorzeniach, a przedewszystkiem w liszaju czerwonym płaskim. Liszajowa zdolność przebudowy jest właściwością skóry, zależną od rozmaitych bodźców przyczem jednak wyraźnie zaznacza Bettmann, że nie każdy bodziec i w niekażdym przypadku wywołuje typowe wykwity.

Odnosi się to w pierwszym rzędzie do liszaja czerwonego płaskiego. Rozmaite bowiem bodźce wywołują liszaj czerwony płaski (Jacquet). Nie tylko drapanie, rany (Thornon) bańki (Köbner i Ledermann), ale nawet okłady hydropatyczne (Blaschko) mogą te schorzenia wywołać. Jakkolwiek tedy często drapanie i rany wywołują osutki liszajowe, to jednak nie jest to regułę. I w naszym przypadku w okresie swędzącego wyprysku, liczne stwierdzić można było ślady ucisku i tarcia (chory był tragarzem) bez śladów liszaja czerwonego.

Skóra tedy posiadająca już liszajową właściwość przebudowy, zależna jest nie tylko od siły ale rodzaju bodźca, (Bettmann). Tym bodźcem mogły być w naszym przypadku tylko promienie Roentgena.

Jakkolwiek przypadek nasz jest w piśmiennictwie odosobniony, to jednak znajdujemy pewne podobieństwo w tym względzie w przypadku Galewskyego — gdzie bodźcem liszajowej przebudowy były promienie słoneczne. Galewsky stwierdził liszaj czerwony płaski tułowia po kąpieli słonecznej i na tej części ciała, która na działanie słońca była szczególnie narażona. U tego samego osobnika wystąpił w dwą lata później liszaj czerwony płaski na obu przedramionach w czasie kopania kartofli. Liszaj odnosił się tylko do odsłoniętych części przedramion, które były bezpośrednio na działanie słońca wystawione.

Sprzecznem wydawać by się mogło spostrzeżenie nasze, ze znakomitem często działaniem leczniczem prom. Roentgena w przebiegu liszaja czerwonego płaskiego. Jestto jednak sprzeczność tylko pozorna, bo znaną jest rzeczą, że ten sam środek leczniczy, działać może raz leczniczo, a raz prowokacyjnie. Tą właśnie właściwością środków leczniczych tłumaczy Riecke istotę salwarsanowych przypadków liszaja czerwonego płaskiego.

Wedle Galewskyego może każdy bodziec sprowokować osutkę pozornie wyleczonego liszaja czerwonego. bodźcem takim, jak przypadek nasz wskazuje, mogą być i promienie Röntgena i to nie tylko w przypadkach pozornie wyleczonych, ale w przypadkach zupełnie świeżych — utajonych.

W świetle badań Bettmanna i Herxheimera wzbudza może nasz przypadek liszaja czerwonego płaskiego pewne zainteresowanie, tak ze względu na swój przebieg i wypryskowy stan prodromalny jakoteż i na warunki, w jakich schorzenie to się wyłoniło.

Piśmiennictwo:

1. Riecke w Mraceks Handbuch der Hautkrankheiten. — 2. Riecke. Derm. Zeitschrt. 39. — 3. Bettmann. Archiv. f. Derm. u. Syph. 1905. LXXV. — 4. Polland. Derm. Zeitschr. 1914. t 20. — 5. Herxheimer. Deutsche med. Wochenschr. 1913. — 6. Galewsky. Arch. f. Derm. u. Syph. 1921. t. 127. — 7. Wirz. Dermatologische Zeitschr. t. XLI. z 4/5. — 8. Buschke u. Freimann. Derm. Wochenschr. 1924. Nr. 36.

Wykłady i odczyty.

Dr. JÓZEF SPIRA. Kraków.

Nowsze metody leczenia gruźlicy krtani.

(Według odczytu, wygłoszonego na I. ogólno-polskim zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie 16—17 maja 1925.).

Sprawa leczenia gruźlicy krtani przechodziła różne koleje. Po okresie niewiary i sceptycyzmu nadszedł okres niezwykłego optymizmu — a mianowicie wtedy, gdy pojawiły się pierwsze publikacje, wykazujące niezbicie, że gruźlicę krtani można operacyjnie wyleczyć. To też stosowano wówczas na wielką skalę metody operacyjnego leczenia gruźlicy krtani, nie uwzględniając ani choroby płucnej ani ogólnego stanu chorego. Polipragmazja ta miała smutne następstwa zarówno dla chorych, u których wywołała niejednokrotnie zaostrzenie procesu płucnego, jak i dla medycyny, bo zdyskredytowała tę zresztą tak świetną me-

todę. Z owego to czasu pochodzi ten sceptycyzm, który jeszcze dziś panuje wśród niektórych lekarzy nie-specjalistów, uważających, że gruźlicy krtani nie trzeba leczyć miejscowo, ba, którzy często stosują tu zasadę *noli me tangere*.

Ale nauka poszła naprzód i zdobyła w tych niepowodzeniach jedno głębokie i niezmiernie ważne przekonanie, a mianowicie, że gruźlicy krtani nie wolno traktować jako choroby miejscowej. Nie będę się obecnie wdawał w dyskusję nad tem, czy istnieje pierwotna gruźlica krtani i w jakiej odsetce ją spotykamy; praktycznie nie wchodzi ona w rachubę, ponieważ prawie zawsze chodzi tu o schorzenie wtórne. Z drugiej jednak strony wiemy dobrze, że gruźlica krtani nieleczona miejscowo, rzadko tylko daje wyleczenie. Ścisłe współdziałanie internisty z laryngologiem jest tu konieczne. Ciepłota, tętno, stan płuc, przybieranie lub utrata wagi chorego, stan ogólny nie tylko fizyczny, ale i psychiczny — wszystko to są czynniki, od których nietylko zależy rokowanie, co do gruźlicy krtani, ale które wogóle rozstrzygają o tem, czy należy chwilowo miejscowo leczyć i którą z metod leczenia należy zastosować.

Mówiąc o nowszych sposobach leczenia gruźlicy krtani, mam na myśli nie tylko te środki, które dopiero w ostatnich czasach się pojawiły — bo tych jest niewiele, ale także te, które już dawniej były znane, ale stosowane w nieodpowiednich dawkach, lub na nieodpowiednich chorych, nie mogły dać dobrych wyników.

Ze środków ogólnych które w ostatnich latach zaczęto stosować, zasługuje na szczególną uwagę krysolgan tj. sól sodowa kwasu 4-amino-2-aurophenolo-1-węglowego, zawierająca 50% złota. Krysolgan wstrzykuje się w rozczynie 10% w ilości 0,001—0.05 i wyżej aż do 0.20 w przerwach 1—3 tygodniowych. Działa on podobnie jak tuberkulina i wywołuje odczyn ogólny w postaci gorączki i bólów głowy, a obok tego odczyn ogniskowy w obrębie ognisk gruźlicy. Spiess i Feldt wprowadzili ten środek do lecznictwa i leczyli nim wielką ilość gruźlic krtani, jamy ustnej, nosowej i gardzielowej i opisują wprost świetne wyniki, — nie tylko w początkowych stadjach, ale także w przypadkach ciężkich — o ile w ogóle można się jeszcze spodziewać poprawy. Feldt nazywa krysolgan „specyfikiem" chemicznym przeciw gruźlicy. Także inni autorowie próbowali stosować krysolgan, nie podzielają jednak powyższego optymizmu; niektórzy zaś zupełnie ten środek zarzucają. Hassenkamp i Birkholz przeprowadzają badania kontrolne na materjale klinicznym przyczem wykluczają wszelkie inne leczenia, aby otrzymać „czyste" obrazy. Wyniki do jakich dochodzą, są bezwzględnie ujemne; wyleczenie nie nastąpiło w żadnym przypadku, poprawa tylko w niewielu; stan płuc pozostał przeważnie bez zmiany względnie nastąpiło pogorszenie.

Trzeba jednak uwzględnić, że materjał Hassenkampa i Birkholza składał się przeważnie z chorych z daleko posuniętym procesem płucnym. Osobiście próbowałem w kilku przypadkach stosować krysolgan i otrzymałem wyniki raczej zachęcające. Ważnem jest tutaj jak i przy każdej innej metodzie dokładne indywidualizowanie. W każdym razie akta nad tym środkiem nie są jeszcze zamknięte.

Z pośród metod dawniejszych, które jednak w ostatnich latach zyskują specjalne uznanie, wysuwa się na pierwszy plan fototerapia. Jako źródła światła można używać słońca lub lampy elektrycznej. Sorgo pierwszy wprowadził do leczenia miejscowego gruźlicy krtani światło słoneczne, przyczem skonstruował specjalny przyrząd, za pomocą którego można było wprowadzić odbite promienie słoneczne do krtani. Metoda ta nie doszła do większego znaczenia mimo, że jeszcze dziś ma pewnych zwolenników. Zdaje się, że decydującą rolę w działaniu światła ma działanie ogólne i to bez względu na to jakiej postaci światła się używa. To też przy modnych dziś naświetlaniach lampami łukowemi stosuje się przeważnie naświetlania ogólne. Blegvard (w szpitalu Oeresund w Kopenhadze) naświetla chorych zupełnie rozebranych, w pozycji leżącej 4. silnemi lampami łukowemi (20 Amp.) przez 5—60 minut. W pewnej ilości przypadków stosował Blegvard tylko fototerapię, aby otrzymać „czyste" obrazy, w innych kombinował ją z metodami chirurgicznemi. Chorzy przebywali tylko krótki czas w szpitalu, później byli leczeni ambulatoryjnie. Prawie wszyscy chorzy wykazywali daleko posunięty proces płucny; mimoto osięgał Blegvard znakomite wyniki — zwłaszcza przy kombinowaniu metod — bo z pośród 74 chorych nastąpiło u 17 wyleczenie, a u 35 poprawa. Najwybitniejsze jest działanie kąpieli świetlnych w przypadku owrzodzeń, tudzież w przypadku obrzęku w okolicy nalewkowej. Poza tem działają naświetlania często niezwykle kojąco na bole przy połykaniu, które są spowodowane przez owrzodzenia gruźlicze przy wejściu do krtani, albo na jej tylnej ścianie. Również dobre wyniki otrzymał w zakładzie Finsena Strandberg, który podnosi, że prawie we wszystkich w ten sposób leczonych przypadkach, zniknęły bóle i bolesność przy połykaniu.

W odróżnieniu od tych naświetlań ogólnych stara się Wessely w klinice wiedeńskiej działać światłem miejscowo. Za pomocą specjalnie skonstruowanych aparatów przy pomocy rury autoskopowej lub też metody wieszadełkowej, wprowadza Wessely promienie światła łukowego wprost do wnętrza krtani, na przeciąg 15—30 minut. Próby Wesselyego nie wyszły jeszcze poza stadjum początkowe, jednak przedstawiane przypadki pozwalaią przypuszczać, że stoimy w przededniu nowej ery leczenia gruźlicy krtani.

W ostatnich czasach nabiera coraz większego znaczenia leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena, a mianowicie od czasu, gdy zmieniono poglądy w sprawie techniki naświetlania. Podczas, gdy dawniej starano się wykorzystać zdolności wybiórczo-niszczące promieni Roentgena i chciano z ich pomocą wywołać zniszczenie tkanki gruźliczej — metoda, która jak wiadomo zupełnie zawiodła, to dziś chodzi w pierwszym rzędzie, o działanie konstruktywne, o działanie, potęgujące zdolności gojenia się tkanki. Ziarnina gruźlicza jest tkanką wrażliwą na promienie X; pod wpływem tych promieni zostaje ona początkowo podrażnioną, potem uszkodzoną, a w końcu zabitą. Otóż w leczeniu gruźlicy krtani chodzi tylko o działanie podrażniające i dlatego przeszło się dziś od dawek wielkich, niszczących do dawek małych, podrażniających, które powodują wzmożenie czynności komórek. W ten sposób wykorzystujemy naturalne siły ustroju; tkanka gruźlicza zostaje pobudzoną do zabliźniania się, względnie możemy to zabliźnianie przyśpieszyć.

Dawkowanie naświetlań prom. Roentgena nie jest do dziś dnia ustalone; w każdym razie odstąpiono od metody bezpośredniej i stosuje się tylko naświetlania głębokie poprzez skórę, promieniami twardemi, dobrze przesączonemi. Rozpoczyna się od dawek bardzo słabych, około 20% H. E. D. i wzmacnia się powoli do 40% i wyżej, licząc na tylną ścianę krtani (3 cm głębokości). Dawkowanie musi być indywidualne, zależne od charakteru i rozległości zmian. W szczegóły się nie wdaję, ponieważ leczenie to musi i tak spoczywać w rękach doświadczonego radjo-terapeuty ze względu na możliwość uszkodzenia błony śluzowej krtani, które można łatwo wywołać przez nieodpowiednią technikę. Laryngolog jednak powinien krtań stale kontrolować i niejako regulować siłę leczenia.

Co do wyników leczenia, to dat statystycznych na większym materjale mamy chwilowo niewiele. Rickman podaje wyniki z sanatorjum w St. Blasien. Z pośród 61 chorych leczono 12 (w okresie początkowym gruźlicy) tylko naświetlaniami z świetnym wynikiem. U reszty kombinowano naświetlanie z metodami chirurgicznemi; przeważnie następowała poprawa. Beck w Heidelbergu kombinuje naświetlania Roentgena z wstrzykiwaniami krysolganu, któ-

ry wywołuje odczyn zapalny w ognisku gruźlicy i dochodzi do przekonania, że tkanka w ten sposób przygotowana, oddziałuje specjalnie korzystnie na naświetlania. Anton i Simon leczą samemi naświetlaniami, chcąc otrzymać „czyste“ obrazy. Wyniki, do jakich różni autorowie dochodzą, są naogół zgodne. Najlepsze wyniki dają produktywne postacie gruźlicy krtani, do których należy gruzełek podnabłonkowy i nacieki gruźlicze z nacieczeniem drobno-komórkowem w tkance podśluzowej. Nacieki tylnej ściany znikają najszybciej, nawet o ile są powierzchownie owrzodziałe. Natomiast postacie wysiękowe, z rozległemi owrzodzeniami, z zapaleniem ochrzęstnej chrząstek nalewkowych, lub nagłośni oddziałują na promienie Roentgena niekorzystnie i mogą nawet ulec pogorszeniu. Dlatego uważają niektórzy, że głębokie owrzodzenia krtani jak również daleko posunięty proces płucny są przeciwskazaniem do naświetlań. Osobiście stosuję naświetlania czasem nawet w całkiem beznadziejnych przypadkach, bo przekonałem się, że zmniejszają one niejednokrotnie bole zwłaszcza bole przy połykaniu. Wogóle na podstawie dotychczas ogłoszonych prac i na podstawie własnego doświadczenia, opartego na kilkunastu spostrzeganych przypadkach, odnoszę wrażenie, że leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena stanowi czynnik ważny, który odpowiednio kombinowany z innemi metodami — oznacza krok naprzód w walce z gruźlicą.

Chciałbym też zwrócić uwagę na leczenie gruźlicy metodą Manuchina, polegającą na naświetlaniach śledziony promieniami X. W następstwie tych naświetlań ma występować leukocytoliza, przez co zostają wyzwolone fermenty antytoksyczne i bakterjolityczne, które powodują zniszczenie prątków gruźliczych. Metoda ta stosowana głównie w krajach zachodnich — we Francji, Włoszech i Ameryce ma dawać bardzo korzystne wyniki w chorobach zakaźnych o przebiegu przewlekłym zwłaszcza w gruźlicy płuc — a może i w gruźlicy krtani, zwłaszcza o ile stan płuc jest korzystny.

O metodzie chirurgicznej leczenia gruźlicy krtani i o przyżeganiu nie będę tu mówił, ponieważ zostaną one omówione w osobnem sprawozdaniu. Przypomnę tylko, że zasadniczym warunkiem do wykonania tych zabiegów jest dobry stan ogólny. Gorączka, ciepłoty hektyczne, tętno miękkie i przyśpieszone, dodatni odczyn dwuazowy, zmniejszanie się wagi ciała i t. d. nie pozwalają na zabiegi miejscowe. Metody chirurgiczne w połączeniu z metodami nowszemi, o których wspomniałem, nabierają szczególnego znaczenia.

Z metod dawniejszych, które do dziś dnia nic na swej aktualności nie straciły, należy unieruchomienie krtani, a przedewszystkiem najwięcej czynnych jej części, tj. strun głosowych i tylnej ściany. Unieruchomienie to najłatwiej osiągnąć przez długotrwałe milczenie. Już Andral podaje w 1-ej połowie poprzedniego stulecia, że widział wyleczenie u chorego, który przez cały rok był zamknięty w pokoju i milczał. W rzeczywistości skutek leczniczy prawie wszystkich metod zależy w dużym stopniu od tego, jak dalece chorzy potrafią się powstrzymać od mówienia. Niestety jest to rzeczą niesłychanie trudną, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni, że milczenie musi być zupełne, (także szept jest wzbroniony) i że to się musi przeciągać na miesiące, a nawet lata. Dlatego starano się w inny sposób osiągnąć ten wynik. Przez krótki czas było modne rozcięcie tchawicy, jednak dziś ma ono tylko niewielu zwolenników, ze względu na inne ujemne strony tego zabiegu, przedewszystkiem na niekorzystny wpływ na stan płuc. Dlatego próbowano unieruchomić schorzałą strunę głosową przez czasowe porażenie nerwu zwrotnego (*n. recurrens.*) Leichsenring i Hütten wprowadzili tę metodę, pierwszy przez przecięcie nerwu, wzgl. przez wstrzykiwania alkoholowe w okolicę nerwu krtaniowego dolnego, drugi przez zamrażanie nerwu po chirurgicznem jego odpreparowaniu. W niektórych przypadkach otrzymano korzystne wyniki i zauważono, że wrzody gruźlicze na porażonej strunie uległy wyleczeniu, podczas, gdy na strunie ruchomej gruźlica postępowała naprzód. Metoda ta jednak nie wyszła jeszcze poza okres prób.

Dla dokładności wspomnę jeszcze, że z pośród całej falangi środków, które miejscowo stosowano, zachował się jeszcze do dziś dnia tylko kwas mleczny w stężeniu 40—80% względnie jego środek zastępczy dianol, zaś Portmann w Bordeaux poleca wstrzykiwania wśródżylne soli ziem. rzadkich, przedewszystkiem soli ceru, i opisuje bardzo korzystne wyniki w I-szym okresie gruźlicy krtani.

Sprawa leczenia gruźlicy krtani bynajmniej nie osiągnęła szczytu. Cały szereg nierozwiązanych zagadnień stoi przed nami, ciekawych ze względów teoretycznych, ważnych ze względu na dobro chorego. Ale bez względu na zapatrywania i na różne metody leczenia, na jednym punkcie zgodni są wszyscy autorowie — a mianowicie, że gruźlicę krtani należy leczyć miejscowo i że, im wcześniej to leczenie się rozpoczyna, tem korzystniejsze są wyniki. Niestety to przekonanie laryngologów nie przeniknęło jeszcze dostatecznie w szerokie koła lekarskie. Ciągle jeszcze spotyka się głosy nawet wśród poważnych internistów, że miejscowe leczenie krtani jest niepotrzebne i że wystarczy leczyć płuca, ponieważ tu rozstrzygają się losy chorego. Zapatrywanie zupełnie fałszywe. Prawdą jest, że leczenie ogólne, leczenie dietetyczno-higieniczne odgrywa bardzo ważną rolę, ponieważ poprawiając ogólny stan chorego wzmacnia jego siły odporne i ułatwia w ten sposób zabliźnianie się ognisk gruźliczych. Ale wiemy dobrze, że leczenie to nie wystarcza, zwłaszcza w okresach późniejszych gruźlicy krtani, i wiemy również, że stan w krtani może się poprawić, mimo posuwania się procesu płucnego. To też nawet tam, gdzie beznadziejny stan płuc daje najgorsze rokowania, należy również leczyć krtań, aby choremu oszczędzić końcowych cierpień. Ten moment chciałbym szczególnie silnie podkreślić, aby odpowiedzieć na niejednokrotnie słyszane zdania roentgenologów i internistów, że w danym przypadku leczenie krtani niema celu, bo chory i tak jest zgubiony. Hypokrates powiedział, że chorzy na gruźlicę płuc, nie umierają, tylko przestają żyć; coś odwrotnego możnaby powiedzieć o chorych na gruźlicę krtani; ci umierają tygodniami i miesiącami, a nie mogą życia zakończyć. Kto raz jeden widział tych nieszczęśliwych, wychudzonych, wygłodniałych, duszących się, bojących się wziąść kęs do ust z powodu strasznych bólów przy połykaniu — ten powie, że trzeba wytężyć wszystkie siły, aby jeśli już niemożliwe jest wydrzeć tych chorych z ramion śmierci — to przynajmniej uchronić ich przed temi okrutnemi cierpieniami.

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Jan Nowaczyński. **Mikroskopja i chemja kliniczna** z uwzględnieniem badań serologicznych. Podręcznik do użytku studentów i lekarzy. T. I. Książnica Atlas. Lwów-Warszawa 1925.

Z końcem ubiegłego roku szkolnego powiększyła się polska lekarska literatura podręcznikowa o nowe wydawnictwo z zakresu klinicznych badań laboratoryjnych. Podręcznik taki powinien odpowiadać trzem zadaniom. Każda metoda powinna być przedstawiona w ten sposób, aby czytelnik mógł na podstawie opisu wykonać samodzielnie każdą podaną próbę czy oznaczenie; równocześnie opis powinien być krytyczny, to znaczy przedstawić wszystkie dodatnie i ujemne strony metody, a zarazem wyróżnić z pośród wielu metod najprostszą, a równocześnie najlepiej odpowiadającą celowi. Krytycyzm taki jest temwięcej wskazany, że zagraniczne podręczniki tego rodzaju, zwłaszcza niemieckie, cierpią na przeładowanie ogromną liczbą metod badania, z których większa część nie posiada praktycznego znaczenia. Trzecim wreszcie, niemniej ważnym celem dobrego pod-

ręcznika powinno być omówienie semjologicznego znaczenia każdego badania laboratoryjnego, któremu ma służyć opisana metoda.

Podręcznik J. Nowaczyńskiego odpowiada, w każdym z tych trzech kierunków, swemu zadaniu. Opis poszczególnych metod jest wprawdzie ile możności krótki, ale zupełnie wystarcza, aby czytelnik mógł samodzielnie z jego pomocą pracować, szczególną zaś zaletą jest unikanie zbytecznego balastu. Tak krytyczne porównanie poszczególnych metod, odnoszących się do tego samego przedmiotu badań, jak i semjologiczne ich znaczenie, podane są w zakresie zupełnie wystarczającym czytelnikowi, zwłaszcza studentowi, dla którego w pierwszym rzędzie podręcznik ów jest przeznaczony.

Książka składa się z trzech głównych rozdziałów, z których pierwszy zajmuje się badaniem krwi; drugi badaniem wysięków, przesięków i płynów torbielowych; trzeci zaś rozdział podaje badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Najobszerniej oczywiście traktowany jest rozdział pierwszy, z dokładnością, odpowiadającą współczesnym wymaganiom i znaczeniu tego rodzaju badań dla nowoczesnej kliniki. Pod względem semjologicznym najwięcej wyczerpująco przedstawiony jest dział morfologji krwi, zwłaszcza leukocyty. W dziale chemicznym większy nacisk położono na bardzo obrazowy, zwięzły i bardzo rzeczowy sposób przedstawienia metod samych. Autor nie wdaje się w teoretyczne uzasadnienia, podaje tylko najkonieczniejsze wiadomości z zakresu teorji tych metod, co uważam za słuszne; nie należy to bowiem do celu podręcznika tego typu i powiększałoby zbytecznie jego rozmiar. Prawdopodobnie z tego powodu podaje autor opis metody oznaczania acetonu we krwi, obok sposobu oznaczania kwasu acetooctowego. Jest to nieporozumienie, z którem zresztą spotykamy się taksamo w podręcznikach zagranicznych. Acetonu „preformowanego" krew nie zawiera; odszczepia się on dopiero w płucach, lub przy wydaleniu drogą nerek. Co do wyczerpania całości przedmiotu, to miałbym tylko dwa mało znaczące, zarzuty, mianowicie brak dokładniejszego opisu oznaczenia dwuwęglanu sodowego we krwi, względnie oznaczenia dwutlenku węgla we krwi, oraz brak metody M a c l e a n ' a, oznaczenia cukru we krwi. Co do dwuwęglanu sody byłaby to metoda Van S l y k e'a. Metodę M a c l e a n'a uważam za daleko lepiej odpowiadającą celom klinicznym niż metoda B a n g'a. Wspominam o tem ze względu na coraz większe znaczenie tych oznaczeń dla badania klinicznego. Są to zresztą wymagania ostatniej doby, które w czasie pisania podręcznika nie były albo znane zupełnie, albo nie posiadały tego znaczenia, co dzisiaj.

Czytając podręcznik, trudno się oprzeć poczuciu zadowolenia, że jednak dzięki żmudnej pracy tego rodzaju podręczniki u nas powstają, i że coraz więcej, przynajmniej w zakresie podręczników, zaczynamy się uniezależniać od literatur obcych. Coraz częściej słyszy się zdanie, że żyjemy tutaj, w Polsce, w czasach, w których daleko większy należy położyć nacisk na literaturę zawodową podręcznikową, aniżeli na prace doświadczalne. Zdanie to uważam za słuszne. Jak sztuka, tak i nauka, posiada zawsze swoje wybitne cechy narodowe. A na to, aby lekarze czy przyrodnicy nauczyli się myśleć zawodowo swoim własnym językiem, trzeba dać im możność kształcenia się od początku na podręcznikach polskich. Nie trzeba zapominać, że dobre podręczniki zagraniczne powstały z reguły dopiero po szeregu wydań, rozwijając się przez to nietylko co do objętości, ale i co do wartości. Podręcznik J. Nowaczyńskiego należy uważać za dalszy stopień rozwoju tego rodzaju wydań i należy go polecić jako podręcznik szkolny przy studjach klinicznych.

Omawiana tutaj książka jest dopiero pierwszym tomem wydawnictwa, którego dalsze części autor właśnie wykończa. Cieszymy się więc bardzo, że w krótkim czasie będziemy mieli sposobność ujrzenia całości tak dobrze rozpoczętej. *Aleksander Oszacki.*

Dr. Kazimierz K a r a f f a-K o r b u t t, prof. Uniw. Wileńskiego. **Zarys Higieny** Cz. II. Wilno 1924. Cz. III. 1925. Nakładem Księgarni Józefa Zawadzkiego.

Z niezwykłą wprost szybkością ukończył prof. Karaffa-Korbutt wydawnictwo swojego podręcznika higjeny, stwarzając dzieło doniosłe zarówno dla rozwoju, jak popularyzacji tej nauki w Polsce. Część I. referowałem w Pol. Gaz. Lek. 1924. Nr. 40. str. 573., obecnie wypada omówić dalsze zeszyty dzieła.

W części II-giej przedstawia autor sprawę regulacji ciepła w ustroju, w związku z tem omawia czynniki atmosferyczne i klimatyczne, oraz środki, jakiemi człowiek przeciw szkodliwościom tym się broni, więc głównie odzienie i mieszkanie. W związku zaś z mieszkaniem omawia higjenę gleby, przewietrzanie (wentylację), oświetlenie, ogrzewanie mieszkań, zaopatrywanie w wodę, usuwanie odpadków i grzebanie zwłok. Do rozdziału o ubraniu dodaje autor krótki rozdział o pielęgnowaniu skóry. Wszystkie te działy ujmuje autor zwięźle, treściwie, lecz wyczerpująco; część tę ilustruje bardzo licznemi a przeważnie udatnemi rysunkami oraz wieloma tablicami, które bądź ułatwiają zrozumienie tekstu, bądź też poglądowo streszczają dotyczące rozdziały (np. tablice charakteryzujące rozmaite systemy ogrzewania). Ustępy poświęcone metodyce badań higjenicznych zredukował autor do minimum ze względu na pojawienie się w handlu księgarskim podręcznika prof. Gądzikiewicza wyłącznie temu tematowi poświęconego.

Więcej niż połowę III-ciej części poświęcił autor higjenie pracy. — Zaczyna od podstawowych zasad ergologji, rozpatrując na wstępie rozmaite definicje pracy niezupełnie zadowalające, aż wreszcie dochodzi do własnej ściśle fizjologicznej definicji: „Praca jest to zmiana stanu energji w ustroju żyjącym, koordynowana przez wolę tegoż". Podaje też własną klasyfikację pracy. Omawia dalej higjenę pracy zarówno mechanicznej (fizycznej) jak umysłowej i emocjonalnej, analizując szczegółowo elementy poszczególnych rodzajów pracy oraz poświęcając osobne rozdziały higjenie szkolnej, higjenie przemysłowej i wojskowej. Działy te opracowane krótko lecz bardzo dobrze.

Walkę z chorobami zakaźnemi ujmuje autor na 37-miu stronach. Może za treściwie! Sądzę, że jeżeli na omówienie statystyki sanitarnej mógł autor poświęcić przeszło 100 stron druku, to tak ważny dział, jak walka z chorobami zakaźnemi, należało nieco dokładniej przedstawić. Nie żądam — oczywista rzecz — by podręcznik higjeny wzorem niektórych dzieł niemieckich mieścił w sobie compendium bakterjologji, bo do tego są osobne książki, lecz wiadomości z etjologji i profilaktyki ogólnej są zbyt ogólnikowe, autor nie zaznacza tego dość wyraźnie, że przy zwalczaniu rozmaitych chorób zakaźnych rozmaite środki zapobiegawcze wysuwają się na plan pierwszy, nie znajdujemy np. wskazówek w jakich sprawach dezynfekcja jest niezbędną, w jakich pożądaną, a w jakich zbyteczną, walkę z komarami, tak w Polsce ważną, streszcza autor w 7-miu wierszach itp. Wogóle lekarz czy urzędnik sanitarny, któryby na podstawie podręcznika prof. K. K. zabrał się do zwalczania jakiejś epidemji zamało znalazłby tam wytycznych.

Higjenę społeczną (autor pisze socjalną) traktuje prof. K. K., również dość krótko (34 stron), pomija np. zupełnie higjenę szpitali, sanatorjów. Wogóle autor końcowe rozdziały przedstawił, zdaje się, znacznie krócej, niż pierwotnie zamierzał. Plan dzieła pomieszczony w części I. przewidywał higjenę społeczną jako osobną część IV. podręcznika, tymczasem znalazła się ona w rzeczywistości jako mały przyczynek do części III-ciej. Może autor obawiał się, by dzieło przybierając zbyt wielkie rozmiary, nie stało się zbyt kosztownem dla uczącej się młodzieży? Bądź co bądź podręcznik na tem skróceniu nie zyskał, nie ulega wątpliwości, że gdyby prof. K. K. według pierwotnego planu był wydawnictwo wykończył, to jako pierwszorzędny znawca te-

matów w końcowych rozdziałach poruszanych byłby się po mistrzowsku wywiązał z zadania.

Wytknąć jeszcze wypada nieliczne zresztą usterki językowe więc rusycyzmy: odbieranie planktonu z wody (str. 463.), leczyć się od chorób płciowych (str. 687), itp. Może jeszcze za dużo wyrazów obcych się tam spotyka, gdzie mamy utarte swojskie (agenty zamiast czynniki str. 651, agrykultura zamiast rolnictwo str. 666 itd).

Podręcznik, który dziś ocenić można już jako całość, dorównuje, jak na to już część I. wskazywała, w zupełności, mimo nielicznych usterek, najlepszym tego rodzaju dziełom zagranicznym, a wiele z nich przewyższa. Oby jak najprędzej, szerząc znajomość higjeny, doczekał się drugiego wydania, które przygotowane w korzystniejszych warunkach, przy wielkiej wiedzy i dobrej woli autora, stanie się zapewne wzorem doskonałego podręcznika polskiego.

Gieszczykiewicz (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Zeitschrift für ärzt. Fortbildung.
Nr. 15. 1925.

B i c k e l. **Carbonuria dysoxydativa.** Nazwą tą ochrzcił autor pewne zaburzenie przemiany materji, odznaczające się wzmożonem wydzielaniem węgla moczowego, w zależności od wadliwego utleniania.

Normalnie węgiel moczowy wydziela się w połączeniu ze związkami azotowemi, o większej lub mniejszej zawartości węgla (z kwasami aminowemi, mocznikiem, kreatyną, kreatyniną), dalej ze związkami bezazotowemi (kwasem szczawiowym, węglanami), oraz w ilości mniejszej z węglowodanem dekstrynowatym i innemi mniej znanemi substancjami, obfitującemi w węgiel, a ubogiemi w azot.

Osobnik zdrowy przy stałej mieszanej diecie i umiarkowanym ruchu wydziela w ciągu doby :

	przez nerki	przez płuca	przez skórę	przez kiszki
C	10 gr	270 gr	2,3 gr	3,0 gr
N	15,6 gr	0 gr	ślady	0,9 gr

Prawidłowo iloraz $\frac{C}{N}$ w moczu = 0,6—0,7, stale się utrzymuje na tym poziomie u osobnika zdrowego nawet przy diecie, nieco obfitszej w tłuszcz.

Natomiast wznosi się iloraz ten przy przeważającej diecie węglowodanowej, co przemawiałoby za tem, że przy obarczaniu przemiany materji węglowodanami wydzielają się z moczem większe ilości azoto-ubogich lub bezazotowych związków węglowych i że przy tych warunkach spalanie się węglowodanów na kwas węglowy nie odbywa się całkowicie, jak to się dzieje przy diecie mieszanej.

A więc, pomiędzy przemianą gazowooddechową, a moczowęglową zachodzi tego rodzaju stosunek, że zmniejszenie się ilości kwasu węglowego, wydzielającego się drogą oddechową, połączone jest ze wzmożoną zawartością substancji węglowych w moczu, czyli węgiel moczowy ulega wadliwemu utlenianiu (*dysoxydabeler Kohlenstoff).*

W stanach patologicznych na wysokość ilorazu $\frac{C}{N}$ wpływ wywiera zarówno wzmożone wydzielanie się związków azotowych, obfitujących w węgiel (mocznik, aminokwasy, kreatyna i kreatynina, leucyna i tyrozyna), jak i azoto-ubogich lub bezazotowych substancji węglowych albo też jednoczesne wzmożenie wydzielania się jednych i drugich substancyj.

Z punktu widzenia klinicznego ważnem jest, że w sprawie wznoszenia się ilorazu $\frac{C}{N}$ główną rolę odgrywa przemiana węglowodanowa (cukier) oraz przemiana tłuszczowa (aceton, kwas acetooctowy, kwas β-oksymasłowy). Przyczem stwierdzono, że pomimo odliczenia ilości węgla cukrzycowego i ketonowego, iloraz $\frac{C}{N}$ w tych razach o wiele jeszcze przewyższa normalny (0,6—0,7), dochodząc do 2, co przemawiałoby za tem, że poza cukrem wydzielają się jeszcze z moczem znaczne ilości innych substancyj, obfitujących w węgiel, które wprawdzie są w związku z przemianą węglowodanową, lecz nie są glukozami (kwas glikorunowy, kwas szczawiowy oraz inne bliżej nieokreślone substancje).

Wysoki iloraz $\frac{C}{N}$ stwierdzony został przez autora również w awitaminozach, i to niezależnie od obecności większej ilości związków, obfitujących w węgiel (mocznik, kwas aminowy, kreatyna i t. p.), co wraz z innemi zaburzeniami pośredniej przemiany węglowodanowej wskazywałoby na to, że i tutaj, jak przy cukrzycy, wzmożona ilość wadliwie utleniającego się węgla moczowego, jest w pewnym związku z zaburzeniem utleniania cukru. I przy awitaminozie stwierdzono również obniżenie wymiany gazowooddechowej. Wobec zaś tego, że przy awitaminozie zazwyczaj brak cukromoczu, na zboczenie przemiany materji przy tej sprawie autor zapatruje się jako na stan przedcukrzycowy, a raczej jako na lekką postać cukrzycy, w której dochodzi tylko do wydzielania się wzmożonej ilości nieredukujących, pochodnych — węglowodanowych substancyj.

Do kategorji więc *karbonurji dysoksydatywnej* zaliczyć należy nietylko cukrzycę, lecz i awitaminozę. Ścisłe zaś badanie moczu na wadliwie utleniający się węgiel *(dysoxydabeler Kohlenstoff)* nieraz wykryć nam może inne jeszcze ciężkie zaburzenia przemiany węglowodanowej, nie dochodzącej do cukromoczu.

Kliniczne objawy zaburzeń tych bywają rozmaite: schudnięcie lub wadliwy przybytek na wadze pomimo dostatecznego odżywiania się; otyłość; zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, przewlekłe zapalenia wielu nerwów *(polyneuritis)*; czyraczność, różne dermatozy, charłactwo.

Rozpoznanie omawianej sprawy może być postawione na zasadzie ścisłego badania przemiany materji w odpowiednio urządzonych pracowniach. Pod względem rozpoznawczym i leczniczym nie bez znaczenia jest stwierdzony przez autora fakt, że w pewnych przypadkach udało się zapomocą insuliny doprowadzić zbyt wysoki iloraz $\frac{C}{N}$ do normy.

Puterman (Sosnowiec).

Surg. Gynec. a. Obst.
1925. T. XL. Nr. 6.

F i n n e y a. F i n n e y. **Gruźlica języka.** Na podstawie obserwowanych przypadków autorowie podają że:

1. Z 15 przyp. gruźlicy, było 5 pierwotnych (więc bardzo duży odsetek).
2. W 2 tylko przyp. była sprawa u kobiet, w 13 zaś u mężczyzn.
3. Ból nie jest wybitnym objawem gruźlicy języka, mianowicie był on bardzo silny zaledwie w 1 przyp., szybko się rozwijającym (7 tygodni), bezpośrednio po porodzie, — i mniej silny w 2 innych przypadkach.
4. W większości przypadków występowała sprawa w średnim wieku.
5. Nie można stwierdzić specjalnego miejsca języka, w którem gruźlica chętniej się rozwija.

De M a r t e l. **Uwagi nad techniką wycięcia żołądka.** Autor podaje sposób wykonania resekcji żołądka zapomocą przyrządu, przez siebie obmyślanego. (Szereg rysunków objaśniających sposób autora).

M a y o W **Stosunek śledziony do pewnych przewlekłych skaz krwotocznych.** W 10 przyp. o typowych objawach *purpura thrombocythopenica* usunięto śledzionę; — wypadku śmierci nie było. Stan chorych przed zabiegiem był opłakany, przez powtarzane jednak stosowanie przetaczania krwi, poprawił się otyle, że można było przystąpić do usunięcia śledziony. Wyzdrowienie następowało w każdym przypadku szybko. W 72 godzinach płytki dochodziły do liczby prawidłowej.

P e t i l l o. **Ureterocele.** Przedstawione 4 przypadki, wyleczone przez przepalenie i cewnikowanie moczowodów, (Przytem podane są ładne zdjęcia). Autor jest zwolennikiem tego właśnie leczenia.

P r i m p r o s e. **Guzy w następstwie diverticulitis.** W 4-ch przyp., w których znaleziono duże guzy w okolicy esicy, będące w łączności z nią i silnie zrośnięte z kośćmi miednicy, powodujące zwężenie lub zupełną niedrożność jelita grubego, wykonano przetokę jelitową. W następstwie tego guzy zmniejszały się do tego stopnia, że przetoki można było zamknąć, poczem chorzy czuli się dobrze. (Dwóch z nich żyje 15 lat po zabiegu nie doznając żadnych dolegliwości). Przed zamknięciem powłok brzusznych brano zawsze próbny skrawek do badania drobnowid., przy którem stwierdzono tkankę zapalną.

S m i t h a, L a c k u m. **Arthrodesis subastragaloid.** Zabieg ten wykonano w 223 przypadkach. Z tego 155 kontrolowano po upływie 6 miesięcy do 7½ lat. W zabiegu tym uwzględnia się fakt, że kość skokowa jest najbardziej ustaloną kością stopy i że ruchomość boczna lub zniekształcenie mają miejsce poniżej niej. Ruchomość ta zostaje wyłączona przez ustalenie kości piętowej i łódkowatej ze skokową i sześciennej z kością piętową.

S e e g e r. **Kamica trzustkowa.** U mężczyzny 62-letniego, który od dłuższego czasu cierpiał na bóle w dołku podserc., promieniujące ku łopatce prawej i u którego okolica woreczka żółciowego była nieco bolesna, rozpoznano: zapalenie woreczka żółciowego bez kamicy; przy zabiegu jednak okazało się, że woreczek jest zupełnie prawidłowy, natomiast stwierdzono poza krzywizną mniejszą żołądka w trzustce kamień. Kamień ten wydobyto po nacięciu miąższu trzustki; był on wielkości 1·6×0·7×0·5 cm.; otwór w trzustce zamknięto kilkoma szwami. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Z 22 podobnych przypadków, przytoczonych przez autora z piśmiennictwa śmiertelność wynosi zaledwie 8·5 procent; jest to więc zabieg bezpieczny.

L e s t e r, M i l l i k e n a. V o g t. **Ustne podawanie soli sodowej tetrajodphenolphtaleiny w cholecystographiji.** Ustne podawanie wymienionego połączenia chemicz., celem uwidocznienia woreczka żółciowego dało wyniki dobre; — jest to przytem sposób nie dający tych nieprzyjemnych objawów, co dożylne wprowadzanie środka.

1925. T. XLI. Nr. 1.

P a r k e r a. A d s o n. **Ucisk na rdzeń pacierzowy i jego korzonki z powodu osteoarthritis hypertroph.** Autor streszcza swe obserwacje z 8 przypadków następująco: we wszystkich przypadkach sprawa miała charakter ogniskowy i zajmowała 1 do 4 kręgi; (u jednego chorego kręgi szyjne, — u trzech piersiowe a u czterech lędźwiowe). Sprawa mogła być spowodowaną przez proces zakaźny w kości lub przez uraz. Objawy są podobne jak w guzach pozardzeniowych, lecz ból jest mniej samoistny a bardziej zależny od ustawienia, ruchów, — wysiłków i t. d. Roentgenologiczne obrazy mają tylko jedno znaczenie t. j. wykluczają inną sprawę. U 5 chorych otrzymano przy nakłuciu lędźwiowem żółty płyn; u 6 stwierdzono częściowe lub zupełne zamknięcie kanału rdzeniowego. Sprawa ograniczoną była do kilku tylko kręgów a polegała na przeroście kości, przyrody zapalnej, powodującym powolne a stałe zwężanie kanału kręgowego. Wprawdzie różniczkowe rozpoznanie między tą sprawą a guzami rdzenia jest trudne, to jednak nie wpływa na leczenie które w obu przypadkach musi być chirurgiczne. Przeciwuciskowa *laminectomia* wykonywana przez autorów dawała wyniki dobre, lecz co do ostatecznego rokowania nie mogą oni swego zdania narazie wypowiedzieć.

C a u l k. **Naczyniaki pęcherza i moczowodu.** Autor przedstawia przypadek naczyniaka ściany pęcherza, jakoteż tętniącego naczyniaka jamistego moczowodu, naśladującego raka pęcherza, nie nadającego się do zabiegu. Oba nowotwory usunięto z wynikiem pomyślnym. Naczyniaki pęcherza są b. rzadkie a moczowodu wogóle nie są dotychczas obserwowane, tak że przypadek autora jest pierwszy.

H a l p e r i n. **Pooperacyjny zapad płuc.** Jest to sprawa dająca się łatwo rozpoznać, następująca najczęściej po zabiegach jamy brzusznej. Najbardziej charakterystycznym objawem jest przemieszczenie serca ku zajętej części; jeżeli zajęta jest strona lewa, wtedy koniec serca jest wyczuwalny w pasze, — jeżeli połowa prawa, to na prawej linji sutkowej; klatka piersiowa po stronie zajętej jest zapadnięta i nieruchoma. W jaki sposób sprawa powstaje bliżej nie wiadomo, czy jest pochodzenia nerwowego, czy też oskrzelowego z powodu zatkania światła wydzieliną; w każdym razie należy po zabiegu unikać ściskania opaską brzucha i dolnej części klatki piersiowej.

T a t a k s. **Leczenie rivanolem.** Do użytku klinicznego używano stężenia 1:500 do 1:2,000. Wyniki w poszczególnych sprawach dadzą się streścić następująco:

1. W ropniach ograniczonych wynik pomyślny pod względem szybkości wyleczenia i wyniku kosmetycznego; nie tak dobry w ropniach gruczołów (*mastitis, lymphadenitis, hydradenitis*).
2. W *empyema thoracis* i zakażeniach kostnych — pomyślny.
3. W zapaleniu otrzewnej były stosowane rivanolowe płukania. Z powodu jednak małej ilości przypadków, wniosków wyciągnąć nie można.
4. W postępującej ropowicy, czyrakach, czyrakach gromadnych wyniki nie są zadawalające. Wycięcie czyraka i szew przy wytworzeniu wału antysept. było w kilku przypadkach pomyślne.
5. W róży śród- i podskórne utworzenie pierścienia około pola zajętego dawało wynik wyraźnie pomyślny.
6. Szybko postępujący skórny wąglik w dwu przypadkach został powstrzymany.

Janik (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e k l i n i c z n e w dn. 17 marca 1925 r.

Przewodniczący Prezes Kol. B. S a w i c k i.

1. Kol. J. R u t k o w s k i pokazuje **roentgenogram żołądka** chorej, która pod wpływem depresji umysłowej połykała w ciągu 2 tygodni gwoździe, śruby etc. Podczas operacji wyjęto z żołądka 170 gwoździ 12 igieł do szycia i inne przedmioty żelazne. Stan chorej obecnie jest zadowalający — wraca ona do zdrowia.

Dyskusja: Kol. K. Z i e l i ń s k i stwierdza że chora musiała być psychopatką. Kol. K a c z y ń s k i przypomina przypadek własny z przed kilku lat, kiedy operował więźnia z powodu połknięcia dużej ilości żelaziwa, pochodzącego z łóżka więziennego. K. usunął mu około 2½ kg żelaziwa z żołądka. Kol. H i g i e r stwierdza, że chorzy ci są to przeważnie psychopatycy. Kol. G l u z i ń s k i przypomina przypadek podobny prof. Rydygiera. Pewien chirurg algierski podaje, iż jeden ze szczepów tubylczych uprawia kult połykania gwoździ podczas uroczystych modłów. Jeden z tubylców połknął w życiu swojem około 2.000 gwoździ a zaledwie 3 gwoździe, zalegające w żołądku, były usunięte drogą operacji. Kol. S a w i c k i przypomina przypadek własny, kiedy młoda kobieta, będąc w ciąży, i chcąc wywołać poronienie, połknęła dużą ilość śrótu, wskutek czego nastąpiło śmiertelne zatrucie ołowiem, podczas sekcji stwierdzono znaczny uchyłek żołądka, wyżłobiony przez śrót. Kol. R u t k o w s k i podaje że II. Klinika ma stałą pacjentkę, która już kilkakrotnie łykała gwoździe, igły, opaski płócienne i była już 8 razy z tego powodu na klinice operowaną.

2. Kol. B r o n o w s k i wygłosił wykład p. t. »**Kilka słów w sprawie ostrej niedomogi mięśnia sercowego**«. Sprawozdawca stwierdza na wstępie rzadkość przypadków nagłego postępowania niedomogi mięśnia sercowego skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych, a jeszcze rzadszą możność obserwowania tych przypadków w klinice. Następnie B. przytacza kilka przypadków tego cierpienia: 1) 3 żołnierzy padło ze zmęczenia podczas forsownego marszu na terenie piaszczystym. Referent stwierdził u tych chorych następujące objawy: częste nieprawidłowe oddechy, nadmiernie wątłe, małe, nikłe przerywane tętno, stan nieprzytomny, brak głosu, wykrztuszanie z kaszlem krwawej pienistej wydzieliny, wymioty krwawe, brak sinicy powłok, brak rozdęcia żył szyjnych; nadmierne rozdęcie lewej komory serca i lewego przedsionka. Sekcja jednego ze zmarłych żołnierzy potwierdziła rozpoznanie kliniczne. 2) Kierownik budowlany skutkiem nadmiernego biegania po rusztowaniach domu zasłabł nagle na I piętrze. Objawy: Znaczna sinica powłok, rozdęcie żył szyjnych, duszność, nieprawidłowe, powierzchowne oddechy, tętno szybkie, nikłe przerywane, rozszerzenie obu komór serca, krwawe wymioty, wykrztuszanie kwawej pienistej wydzieliny. Klinicznie postawiono rozpoznanie obrzęku i przekrwienia płuc. 3) Zając, zgoniony przez psa na polowaniu padł, przy objawach przekrwienia płuc, rozszerzenia lewej komory serca, oraz w ostatnich chwilach wydzielał krwawą pienistą ciecz z pyska. 4) Osoba lat 17 tu, dotknięta zwężeniem i niedomykalnością lewego otworu sercowego żylnego, skutkiem forsownego biegania

po piętrach nagle dostała niedomogi lewej komory sercowej, której towarzyszyły, przekrwienie płuc, gwałtowne wykształcanie krwawej pienistej wydzieliny w ogromnej ilości oraz wymioty krwawe. Chora blada, zimna, tętno ponad 160 nikłe, ledwo wyczuwalne, oddech ponad 60 powierzchowny. Kol. Gordziałkowski z Instytutu Weterynarji podał prelegentowi kilka przypadków sekcyjnych koni, padłych wskutek zagnania w wojsku lub na wyścigach. Zawsze stwierdzić można było bądź udar apoplektyczny, bądź też znaczne rozszerzenie lewej komory serca i przekrwienie i obrzęk płuc.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń B. wnioskuje:

1) Skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych u ludzi i zwierząt, nawet zupełnie zdrowych, a tembardziej u chorych (serce, nerki), może powstać gwałtowna i wybitna niedomoga mięśnia sercowego, przyczem rozdęciu znacznie częściej ulega lewa komora, niż obie komory serca jednocześnie. Wykształcanie obfitej pienistej krwawej wydzieliny ma miejsce skutkiem raptownego nawału krwi do płuc oraz skutkiem nadmiernego ciśnienia krwi w sieci włosowatej płucnej. Krwawe wymioty zaś są skutkiem tego, iż według Küttner'a, istnieją połączenia pomiędzy drobnemi tętniczkami płuc i przełyku. 3) B. stwierdza że względnie w nielicznych tylko przypadkach ostrej niedomogi mięśnia sercowego towarzyszy krwioplucie i wymioty krwawe, i sądzi że pewne przyczyny sprzyjają tym objawom, jak n. p. szok psychiczny, słabe utkanie sieci włosowatej płuc oraz t. zw. **nabłonka oddechowego** pęcherzyków płucnych, osłabienie i wyczerpanie sił życiowych całego ustroju.

Jeżeli przyjmie się to ostatnie przypuszczenie, może zrozumiałem się stanie zdanie Cohnheim'a, że »ludzie nie umierają z powodu obrzęku płuc, lecz obrzęk płuc ma miejsce z powodu agonji«.

W dyskusji Kol. Pawiński. Ostra niedomoga serca występuje zwykle w 2-ch postaciach: jako duszność i obrzęk płuc lub jako angina piersiowa. Niekiedy nawet przy wielkich wysiłkach fizycznych może nastąpić pęknięcie serca lub aorty. Przypadki niedomogi serca u ludzi zdrowych zdarzają się bardzo rzadko a to z tego powodu że serce posiada nie tylko siłę zapasową bardzo znaczną, lecz i samopomoc polegającą, między innemi, na zapobieganiu wysokiemu ciśnieniu tętniczemu drogą podrażnienia n. depresor cyoni, obniżającego ciśnienie. Głównem źródłem niedomogi serca jest nadmierne ciśnienie tętnicze wywołane forsownem skurczeniem mięśnia. Serce, ściślej mówiąc lewa komórka, nie jest w stanie wówczas przezwyciężyć tego ciśnienia i ulega rozszerzeniu, poczem następuje zastój krwi w płucach i obrzęk płuc. Kol. Michalski przypomina że Fisher z Cincinatti otrzymał obrzęk płuc w każdym przypadku podwiązania tętnicy oskrzelowej królików. Kol. Grundzach tłomaczy sobie wymioty krwawe w przypadkach ostrej niedomogi serca nie tylko połączeniem naczyń płuc i przełyku. Odgrywa tu rolę I-o podrażnienie ośrodka wymiotowego, II-o połykanie dużych mas wodnisto krwawych z płuc, III-o przekrwienie bierne żołądka i krwawienie z pękniętych naczyń żylnych.

Kol. Higier zastanawia się, dlaczego tak wielki materjał ludzki, jaki dała wojna i sporty, nie został dla badań należycie wyzyskany. Kol. Sawicki zaznacza, że w chirurgji spostrzegano przypadki ostrej rozstrzeni mięśnia sercowego przy położeniu Trendellenburg'a. S. widział takie 2 przypadki. Kol. Pawiński spostrzegał podany przez kol. Sawickiego przypadek przed paru dniami.

3. Kol. Semerau i Misiewiczówna wygłosili wykład p. t. »**Patogeneza skaz krwotocznych**« (ukaże się w druku).

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

X. Posiedzenie w dniu 27 marca 1925 r.

Przewodniczący: Kol. Zgórski.
Obecnych 104 członków.

1. Przewodniczący wita jako gościa p. dyrektora Zakładu pensyjnego urzędników prywatnych.

2. Kol. Pappée wygłasza »**O ubezpieczeniu pensyjnem lekarzy**«. Prelegent, uzasadniając faktami potrzebę ubezpieczenia lekarzy na wypadek choroby, niezdolności do pracy wskutek wieku, głównie zaś konieczność zapewnienia egzystencji wdowom i sierotom, o których nędzy świadczą jaskrawe przykłady, przechodzi pokrótce historję usiłowań, podejmywanych w tym kierunku przez Towarzystwa a ostatnio i Izby lekarskie. Wyrazem tych starań było założenie przez b. Izbę Wschodnio Galicyjską Kasy chorych lekarzy, przez Związek lekarzy t. zw. Kasy pogrzebowej i t. d. Instytucje te jednak, oparte na dobrowolnem przystępowaniu członków, odpowiadały tylko w minimalnej części zadaniu, gromadząc u siebie stosunkowo niewielką ilość członków. Opierając się na nowej ustawie o Izbach lekarskich w Państwie polskiem, dozwalającej na utworzenie instytucyj ubezpieczeniowych z charakterem obowiązkowym, Lwowska Izba Lekarska wprowadziła od 1 kwietnia 1924 Kasę chorych dla lekarzy, obejmującą wszystkich członków Izby. Referent podaje w dłuższym wywodzie zasadnicze podstawy, na jakich Kasa się opiera, przytacza ważniejsze artykuły obowiązującego regulaminu, normy opłat i świadczeń, i stwierdza, że Kasa po roku istnienia rozwija się normalnie, a członkowie na wypadek choroby zgłaszają się coraz liczniej i z usług Kasy korzystając, wyrażają Komitetowi zadowolenie z istnienia Kasy. Z początkiem roku 1925, Rada Izby, wykonywując swoje poprzednie uchwały, i idąc dalej po linji idei ubezpieczenia, poleciła Zarządowi wprowadzenie w życie Kasy pensyjnej dla wdów i sierót, jakoteż emerytury dla lekarzy na wypadek niezdolności do pracy. Kasa ta, z przyczyn od Zarządu Izby niezawisłych, rozpoczyna swą czynność od 1 kwietnia 1925 r. Tu prelegent kreśli plan finansowy, oparty na fachowych obliczeniach asekuracyjno-technicznych, przytacza ważniejsze artykuły regulaminu, zasadnicze i wielokrotne opłaty i świadczenia Kasy; wykazuje na podstawie porównań, że Kasa pensyjna przy tych samych opłatach, daje korzystniejsze świadczenia, aniżeli Tow. asekuracyjne, co jest zrozumiałem ze względu na wielkie koszta administracji i pominięcie kwestji zyskowności. Uzasadnia następnie potrzebę ustanowienia niskiej normy zasadniczej ze względu na obowiązujący przymus należenia i ułatwienia wpisu lekarzom młodszym, co nie wyklucza możności podwyższenia opłat i świadczeń, w miarę ustalania się bytu poszczególnego członka. Omawia następnie szczegóły odnoszące się do wszystkich kategoryj ubezpieczeń t. j. na wypadek starości, dla wdów i sierót, wysokość rent, kwestję jednorazowej odprawy, zakupna lat i t. d. Następnie przechodzi prelegent do omówienia projektu ubezpieczenia lekarzy sanockich, który w międzyczasie wniesiono do Izby, omawia jego dodatnie i ujemne strony, i przedstawia krytyczne oświetlenie tego projektu, dokonane przez fachowych znawców techniczno-asekuracyjnych, z którego wynika, że projekt ten nie jest nowy, że stosowany dawniej w wielu istytucjach okazał się niepraktycznym, finansowo nie wytrzymałym a nadto nie zapewniający trwałości świadczeń.

Kończy apelem, by ogół lekarzy zechciał zrozumieć potrzebę zabezpieczenia bytu sobie samym a przedewszystkiem wdowom i sierotom, które bardzo często pozostają po śmierci swych żywicieli w nader opłakanych stosunkach materjalnych. Znajomość tych stosunków i chęć trwałego im zaradzenia, była przewodnią myślą dla Zarządu Izby w chwili stwarzania tych instytucyj.

W dyskusji zabierali głos kol. Zakrzewski, Zalewski, Nowicki, Zgórski i dyrektor Zakładu pensyjnego.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 6 maja 1925 r.

Inż. Architekt Puterman z Poznania, jako gość, wygłosił odczyt pod tyt.: **Budownictwo szpitalne na Zachodzie — w związku z projektowaną budową Szpitala Okręgowego IV-go w Łodzi.** Prelegent omawia historję budownictwa szpitalnego od czasów najdawniejszych po dzień dzisiejszy. Za najlepszy typ szpitala uważa kompleks budynków niewysokich, najwyżej 2—3 piętrowych pawilonów o salach niewielkich. Odczyt ilustrowany masą przeźroczy, przedstawiających najwybitniejsze szpitale w Europie i Ameryce.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Gliksman, Mogilnicki, Tenenbaum, Mikłaszewski, Smoleński i Manteuffel. Inż. Puterman w odpowiedzi zaznacza, że ambulatorja przy szpitalach powinny być budowane w oddzielnych budynkach. System Pasteura jest rozreklamowany: fakt, że nie było zakażeń, należy tłumaczyć nie tyle budową, ile odpowiednim dobrym personalem. Szpital o wielkich salach jest tańszy, niż szpital o salach małych. Małe szpitale są tańsze, ale nie mogą mieć tych urządzeń, jakie ma szpital duży. Należy unikać kanałów wentylacyjnych. W ustępach stosuje się wentylację wyciągową, w kuchniach — przez dach. Wyciągi nie są wskazane. Exhaustor często się psuje. Najlepszą jest silna wentylacja naturalna.

Posiedzenie w dniu 20 maja 1925 r.

Uroczysta Akademja ku uczczeniu ś. p. prof. Antoniego Mikulskiego. Odczytano treść przemówienia Prezesa Dra Sterlinga, wypowiedzianego na posiedzeniu z dnia 29 kwietnia.

»Zmarł człowiek wysokiej kultury etycznej. Nie był on z tych, którzy, czyniąc dobro, oczekują prędzej czy później nagrody, ani z tych, którzy odruchowo oszczędzają sobie widoku nieszczęścia — i ten motyw wewnętrzny jest u nich impulsem do t. zw. dobrego czynu. Kultura etyczna Zmarłego była wyrazem całej jego istoty duchowej. Niema potrzeby zgłębiania abstrakcyjnego tych źródeł etyki, wystarczy przykład z jego życia, z okresu pobytu w Łodzi. W dniu 5 grudnia 1914 roku, w dzień inwazji do Łodzi, niemcy bombardowali szpital dla obłąkanych w Kochanówce. Nie trzeba fantazji wielkiej, by sobie wyobrazić, jak wyglądała ta gehenna szpitala dla obłąkanych, płonącego pod gradem szrapneli. Tu, w tym momencie wykazał niezapomniany Zmarły, jak umiał czynić dobrze. Przeprowadził swoich chorych pieszo do miasta. Umieścił ich w byłem więzieniu, a sam zamieszkał w sąsiedztwie. W tych okropnych głodnych i zimnych pierwszych dniach okupacji wyszukał i podściółkę pod chorych, i żywność, i opał, i sprzęty, i naczynia. W tych dniach ogólnego lęku i popłochu ani na chwilę nie przestał czynić dobra powierzonym sobie chorym. Tu, w takiej chwili ujawniła się owa wyższa kultura etyczna Antoniego Mikulskiego«.

1. Kol. Frenkiel wygłosił referat: »**Działalność naukowa prof. Antoniego Mikulskiego**«.

Zmarły profesor opisał szereg interesujących przypadków, omawiając przytem krytycznie cały szereg niezmiernie ważnych zagadnień, jak związek psychozy z działalnością gruczołów dokrewnych, zagadnienia konstytucji psychopatycznej i jej oznak i t. p.; ze stanowiska psychjatry analizuje w sposób naukowy t. zw. literaturę psychopatyczną, metody nauczania w szkołach (*mnemonica*); ze stanowiska lekarza analizuje homoseksualizm i wypowiada swoje postulaty, dotyczące odnośnego prawodawstwa; wskazuje na rolę, jaką może odegrać w ruchach tłumu jednostka psychopatyczna. Bezpośrednia obserwacja chorych w szpitalu pozwala nam na nader interesujące uogólnienie w stosunku umysłowo chorych do wielkich zadań wojennych. W sposób naukowy omawia szereg zagadnień, dotyczących leczenia chorób umysłowych (nukleina, luminal). Na specjalną uwagę zasługują jego prace nad badaniem tętnienia mózgu. Szereg cennych spostrzeżeń swoich o epidemji śpiączki, a głównie o jej objawach psychicznych, jest tematem szeregu jego odczytów i prac naukowych. Najulubieńszym tematem jego prac naukowych jest eksperymentalna psychologja. Na podstawie badań, przeprowadzonych w pracowniach naukowych w Kulparkowie, Kochanówce i Monachjum, ogłasza liczne prace o inteligencji, uwadze, spostrzeganiu i pojmowaniu, o poczuciu systemu, posługując się często własnemi metodami badania, lub modyfikacjami, przystosowanemi do naszych warunków. W pracach tych oprócz bezpośrednich wyników badań daje krytyczny przegląd piśmiennictwa i wypowiada swoje ogólne poglądy na tak ważną dziedzinę badań i metodyki w psychjatrji. Doskonałe znawstwo literatury, długie godziny poświęcone tym badaniom, czynią go autorytetem w polskiej nauce w tej dziedzinie i pozwalają na źródłowe opracowanie podręcznika psychologji dla medyków. Wszystkie prace naukowe prof. Mikulskiego nacechowane są prostolinijnością w traktowaniu zagadnień, ogromnym krytycyzmem i pozbawione są wszelkiej przesady. Wszystkie stanowią cenne wzbogacenie wiedzy naszej i trwały dorobek naukowy. Przedwczesna śmierć prof. Mikulskiego stanowi niepowetowaną stratę dla nauki.

2. Kol. Siwiński wygłosił referat: »**Zasługi prof. Antoniego Mikulskiego dla szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce**«.

3. Kol. E. Herman wygłosił referat: »**Prof. Antoni Mikulski, jako pedagog**«.

Prelegent w nader serdecznych słowach wspomina sympatyczną postać Zmarłego profesora, którego każden z jego asystentów, nawet późno w nocy, mógł zastać w bibljoteczce szpitalnej, pochylonego nad książką. W czasie obchodu chorych prof. Mikulski miewał wykłady w formie pogadanek, które pozostawiały niezatarte piętno na umysłach słuchaczy. Zmarły profesor nigdy nie narzucał tematów do pracy naukowej swoim uczniom, lecz bezwiednie podsuwał im ulubione tematy dzięki niezwykłej sympatji, jaką w nich budził.

Na zakończenie sekretarz odczytał mowę, wypowiedzianą nad grobem Zmarłego profesora przez kol. M. Maczewskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 17 czerwca 1925 r.

1. Kol. Szwajg pokazuje chorego z **nowotworem złośliwym gałki ocznej**; nowotwór rozwinął się z dolnej powieki.

2. Kol. Liniecki pokazuje chłopca 19-letniego, wyglądającego na lat 12 z objawami **infantilismus**: głos dziecięcy, narządy płciowe słabo rozwinięte, zdjęcie rentgenowskie czaszki zmian w przysadce nie wykazało.

3. Kol. Zórkowski wygłosił odczyt: »**Znaczenie jonów dla spraw biologicznych**«. Treść nie nadaje się do streszczenia.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Frenkiel, Kunig i Kryszek.

Posiedzenie naukowe w Szpitalu Anny—Marji w dniu 24 czerwca 1925 r.

1. Kol. A. Margolisowa pokazuje **cztery przypadki rozstrzeni oskrzeli u dzieci**, skierowane do szpitala z rozpoznaniem rozpadowej gruźlicy płuc.

2. Kol. Dobrowolska pokazuje chorą lat $1\frac{1}{2}$ »**Plamicę Werlhofa**«.

3. Kol. Iwaszkiewicz pokazuje dziewczynkę z guzem górnej części lewego podudzia wielkości pomarańczy, rozpoznanym rentgenologicznie, jako mięsak. Badanie kawałka guza, wyciętego na operacji, wykazało **budowę kilaka**. Wassermann we krwi ++++. Po kuracji neosalwarsanem i kalomelem obwód łydki znacznie się zmniejszył i guz wyczuwa się.

4. Kol. Frenkiel pokazuje przypadek **zaburzeń równowagi**, występujący przy dotykaniu palcem nosa i zamykaniu oczu. Brak zmian organicznych. Rozpoznanie: *Hysteria*.

5. Kol. Dyninson wygłasza referat: »**O porażeniach połogowych**«.

6. Kol. Lewiówna omawia **mieszanki lecznicze**, wydawane obecnie przez »kroplę mleka«.

7. Kol. Frenkiel omawia spostrzegany w praktyce szpitalnej **przypadek tężca przewlekłego**.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 8. kwietnia 1925.

Lekarze drohobyckiego Obwodu Związku L. P. P. żalą się na nieznośne ustosunkowanie do pow. Kasy chorych w Drohobyczu, podając, że są marnie wynagradzani i zbytnio obarczeni. Uchwalono zwrócić się o wyjaśnienia do Zarządu Kasy chorych i ofiarować interwencję Zarządu Izby.

Obwód Związku L. P. P. w Tomaszowie Mazowieckim doniósł, że w czasie trwania zatargu tamtejszych lekarzy z Zarządem Kasy chorych sprowadzono 4 lekarzy zamiejscowych za interwencją Związku lekarzy kasowych we Lwowie. Wyjaśnienia Związku lek. kas. uznano za niewystarczające i postanowiono przesłuchać tych kolegów, którzy podpisali wyjaśnienie.

Następnie uchwalono umieścić w P. Gazecie Lek. sprostowanie twierdzenia, zawartego w sprawozdaniu Krakowskiego Ogręgu Zw. L. P. P., jakoby wolny wybór lekarza w sanockiej Kasie chorych został wprowadzony za interwencją Związku; stało się to dzięki zabiegom Zarządu Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący odczytuje pismo, podpisane przez 13 cywilnych lekazy lwowskich, w którem donoszą, że do okr. Szpit. wojskowego we Lwowie bywają przyjmowani za wysoką opłatą chorzy cywilni, co z jednej strony powoduje brak miejsca w szpitalu dla osób wojskowych, a z drugiej strony stwarza niewłaściwą konkurencję dla lekarzy niezajętych w szpitalu wojskowym.

W dyskusji zarysowały się dwie opinje: jedna zmierzająca do uzyskania zakazu przyjmowania osób cywilnych do szpitali wojskowych, druga do uchylenia wysokich opłat składanych przez chorych cywilnych. Uchwalono odnieść się o wyjaśnienie do D. O. K. Lwów, oraz o opinję do wszystkich Izb lek.

Następnie załatwiono kilka spraw osobistych, jakoto: Dr. S. w Krośnie c. Dr. S. we Lwowie, Dr. K. c. Dr. L. w Sieniawie, Dr. C. c. Dr. R. we Lwowie, doniesienie przeciw Dr. S. o firmowanie zakładów techników dentystycznych i inne przekroczenia. Wydano opinję w sprawie tymczasowego pozwolenia na wykonywanie praktyki lek. i dwie opinje co do wysokości honorarjum lekarskiego. Wreszcie uchwalono interwenjować w sprawie zażalenia 3 lekarzy okręgowych z powodu niewypłacania im poborów i z powodu zbyt niskiego wynagradzania ich za czynności przy epidemjach.

Posiedzenie Zarządu w dniu 22. kwietnia 1925.

Województwo Stanisławowskie, mając wskutek zarządzenia Ministerstwa opracować i ogłosić cennik poborów lekarskich i personalu pomocniczego, prosi o opinję. Uchwalono w odpowiedzi powołać się na uchwałę Rady Izby z 2. listopada 1924.

W sprawie leczenia osób cywilnych w okr. Szpitalu wojskowym we Lwowie weszło drugie pismo od jednego z Towarzystw naukowych lekarskich we Lwowie. Nadeszło także wyjaśnienie z D. O. K. Lwów.

Przewodniczący zdaje sprawę o dalszej spłacie długu zaciągniętego na kupno domu Izby.

W sprawie lekarzy sprowadzonych ze Lwowa dla Kasy ch. w Tomaszowie Mazowieckim przesłuchano jednego z lekarzy, którzy mieli objąć czynności w Tomaszowie, i dwóch lekarzy ze Związku lekarzy kasowych we Lwowie, poczem uchwalono pod adresem Związku lekarzy kasowych wyrazić ostrzeżenie, aby w przyszłości był ostrożniejszy w udzielaniu swego pośrednictwa, zaś lekarzy, którzy mieli objąć czynności, wezwać do złożenia pisemnego oświadczenia, że i kiedy zrzekli się posad w Tomaszowie.

Następnie załatwiono jedno zażalenie chorego na lekarza i jedno zażalenie lekarza na aptekarza, tudzież wydano dwie opinje w sprawie koncesji na apteki.

W końcu rozpatrywano prośbę asystentów uniwersyteckich o zwolnienie z Kasy pensyjnej. Uchwalono odpowiedzieć, że Zarząd Izby zasadniczo jest przeciwny zwolnieniu, ale jest skłonny traktować prośby indywidualnie.

Posiedzenie Zarządu w dniu 6. maja 1925.

W obecności przewodniczącego Sądu Izby Lwowskiej i jednego z zastępców przewodniczącego Sądu przeprowadzono dyskusję celem unormowania sposobu przekazywania spraw przez Zarząd Izby Sądowi Izby. Sąd Izby zażądał mianowicie, aby Zarząd Izby w każdej sprawie, która ma być skierowaną do Sądu Izby, powziął najpierw uchwałę przekazującą i dokładnie sprecyzował dane oskarżenie z powołaniem się na paragraf ustawy lub regulaminu względnie kodeksu deontologji lekarskiej i z odpisem tej uchwały przekazywał kompletne akty Sądowi Izby. Referent Zarządu był zdania, że przekazanie sprawy Sądowi następuje wskutek powzięcia przez Zarząd uchwały, że sprawa ma być oddana do osądzenia Sądowi, którato uchwała nie jest niczem innem, jak uchwałą przekazującą. Dochodzenia wstępne podejmuje Zarząd w tym celu, aby wyjaśnić, czy sprawa nadaje się do Sądu, nie zaś w tym celu, aby sprecyzować oskarżenie, co zdaniem referenta jest zadaniem organów Sądu Izby: rzecznika dyscyplinarnego i sę-

dziego śledczego. To zdanie referenta podzieliła większość członków Zarządu. Powzięcie uchwały odroczono do następnego posiedzenia.

Następnie omawiano sprawę ściągania grzywien nałożonych przez Sąd Izby.

Sprzeciw jednego z kolegów przeciwko obowiązkowi należenia do Kasy chorych przy Izbie Lekarskiej skierowano do Sądu Izby jako fakt niezastosowania się do obowiązującego zarządzenia Izby.

Na żądanie Izby Skarbowej we Lwowie ułożono listę kandydatów do Komisji odwoławczych dla podatku majątkowego we Lwowie, Stanisławowie i Tarnopolu.

Wpłynęła prośba o zatwierdzenie cennika lekarskiego, który uchwalili koledzy w Tarnopolu. Ze względu na to, że cennik jest przeciętny i obowiązywać będzie tylko lekarzy zamieszkałych w Tarnopolu, zatwierdzono nadesłany projekt.

W końcu załatwiono jedną sprawę zatargu między chorym a lekarzem o wysokość honorarjum.

Posiedzenie Zarządu w dniu 13. maja 1925.

Przewodniczący podnosi sprawę organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów gminy m. Lwowa. Prezydjum miasta pragnie, aby lekarze miejscy spełniali te czynności za pewnem wynagrodzeniem, a specjaliści byli z wolnego wyboru. Kasa chorych m. Lwowa wniosła protest przeciwko stwarzaniu tej nowej organizacji, wychodząc z zapatrywania, że funkcjonarjusze miejscy mają być ubezpieczeni w Kasie chorych. Województwo Lwowskie rozstrzygnęło na korzyść Kasy chorych. Magistrat m. Lwowa ma zamiar sprawę wnieść do Trybunału administracyjnego. Mówca oznajmia, że na posiedzeniu Rady miejskiej, której jest członkiem, ma zamiar przemówić przeciwko ubezpieczeniu w Kasie chorych, a za wolnym wyborem lekarza. Po przeprowadzeniu dyskusji zgodzono się na zapatrywanie przewodniczącego.

Interesujący fakt przytacza jeden z mówców, że mianowicie jedna z filji Banku Polskiego zawarła z Kasą chorych umowę, na mocy której prowadzi leczenie swoich funkcjonarjuszów własnym kosztem, a różnicę wynikającą z obliczenia własnych kosztów i należytości ustawowej Kasy chorych, wypłaca Kasie chorych niejako tytułem opłaty za zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia funkcjonarjuszów w Kasie chorych. Pomoc więc lekarska na koszt własny w tym przypadku jest tańsza, niż opłata kasowa, jakkolwiek we wspomnianej filji Banku Polskiego w ordynacjach postępuje się liberalnie.

W sprawie przekazywania spraw Sądowi Izby, omówionej obszernie na posiedzeniu Zarządu Izby w dniu 6. maja 1925, powzięto uchwałę, że Zarząd zastosuje się do życzenia Sądu Izby w przypadkach, gdzie będzie możliwe sformułowanie oskarżenia na podstawie materjału posiadanego przez Zarząd.

Następnie omawiano ponownie sprawę leczenia prywatnych chorych w okr. szpitalu wojskowym we Lwowie; wydano opinję w sprawie prośby jednego z kolegów o zamianowanie go znawcą sądowym, jakoteż opinję co do wysokości honorarjum lekarskiego w jednym przypadku; załatwiono skargę chorego na lekarza, zatarg dwóch kolegów między sobą i przekazano jedną sprawę firmowania zakładu technika dentystycznego przez lekarza Sądowi Izby.

Kolega zarządzający kamienicą Izby zdaje rachunek za czas od 1. lutego do 12. maja 1925. Czynsze za 4 miesiące wynosiły (wliczając czynsze zaległe) 1917 zł, wydatki administracyjne 444 zł, czysty dochód był 1473 zł (miesięcznie 368 zł), co się równa oprocentowaniu kapitału 6.3% rocznie. Dochód należy podwyższyć o wartość mieszkania, które zajmują Zarząd i instytucje ubezpieczeniowe Izby.

W końcu przyznano 19 wdowom i sierotom po lekarzach zapomogi w ogólnej sumie 885 zł.

Posiedzenie Zarządu w dniu 27. maja 1925.

Powzięto uchwały w sprawie zwolnienia 4 lekarzy od opłat izbowych i wykreślenia jednej lekarki z Izby Lek.

Przewodniczący odczytuje pismo Zarządu Izby Lwowskiej wystosowane do N. I. L. w sprawie noweli do ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby; następnie pismo N. I. L. w sprawie nowelizacji ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej z prośbą o nadesłanie opinji. Ostatnią sprawę uchwalono rozważyć na osobnem posiedzeniu Zarządu z uwzględnieniem dawniejszego projektu Izby Małopolski Wschodniej.

Odnośnie do projektu ustawy dentystycznej referent oświadczył się za jednolitem nauczaniem dentystyki w Państwie Polskiem oraz za zwinięciem Państw. Instytutu dentystycznego w Warszawie w obecnej postaci i przekształceniem go na klinikę stomatologiczną Uniwersytetu Warszawskiego. Referent oświadcza się przeciwko uprawnieniu lekarzy dentystów i dentystów typu rosyjskiego (zubnoj wracz, dentist) do wykonywania praktyki w Małopolsce. W sprawie przynależenia tych osób do Izb lekarskich oświadczyli się obecni członkowie Zarządu Izby, częścią za, częścią przeciw. Silnie akcentowano w dyskusji, że dentystyka, jako jedna z gałęzi medycyny, musi podlegać tymsamym normom w nauczaniu i specjalizacji, jak inne działy medycyny. Uchwalono odczytany referat i przebieg dyskusji przedłożyć Naczelnej Izbie Lekarskiej.

W końcu wydano jedną opinję w sprawie wysokości honorarjum lekarskiego i powzięto uchwały: w sprawie zatargu między dwoma lekarzami i w sprawie skargi na jednego z lekarzy o rzekomo nieludzkie obejście się z położnicą.

Posiedzenie Zarządu w dniu 3. czerwca 1925.

N. I. L. komunikuje reskrypt Ministerstwa spr. wewn., Gen. Dyrekcji sł zdr., w którym podniesiono, że Rada Lwowskiej I. L. uchwalając przejście do porządku nad projektem cennika lekarskiego, dostarczonym przez Województwo Lwowskie, działała wbrew art. 21. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Cennik uchwalony na sezon 1925. przez lekarzy zdrojowych w Lubieniu przyjęto do wiadomości.

Lwowskie Tow. Ginekologiczne nadesłało druk zawierający uchwały powzięte na zgromadzeniach w dniach 5., 12. i 26. maja 1925. w sprawie przestrzegania zasad deontologji lekarskiej, w sprawie nadużywania tytułu specjalisty ginekologa-akuszera i w sprawie Kas chorych.

Po dłuższej dyskusji uchwalono zawiadomić Lw. Tow. Ginekologiczne, że Zarząd Izby z przyjemnością dowiedział się o usiłowaniach zmierzających do obrony godności stanu lekarskiego, atoli nie może przyjąć do wiadomości uchwał Towarzystwa w sprawie tytułu specjalisty, ponieważ nie są one oparte na postanowieniach ustawowych i w danym razie nie mogłyby być przeprowadzone przymusowo.

Sprawa przyjmowania do szpitali wojskowych chorych cywilnych weszła po raz czwarty na porządek dzienny. Referent podnosi, że prócz Izb lekarskich warszawsko-białostockiej i poznańsko-pomorskiej wszystkie inne Izby nadesłały opinje i że opinje te są zgodne ze stanowiskiem Izby Lwowskiej. Projekt memorjału, przedłożony przez referenta, dał podstawę do szerokiej dyskusji, w której z jednej strony podnoszono dobrodziejstwa dla ludności cywilnej płynące z współpracy szpitali wojskowych w leczeniu chorych nie wojskowych, z drugiej strony zwracano uwagę na niewłaściwość pobierania przez lekarzy szpitalnych honorarjów osobnych od chorych cywilnych i na brak instrukcji regulującej sprawę. Uchwalono wysłać do Min. spraw wojsk. pismo z propozycją odwołania pozwolenia na przyjmowanie chorych cywilnych do szpitali wojskowych w tych miejscowościach, gdzie nie zachodzi tego potrzeba, a utrzymania w mocy pozwolenia tylko tam, gdzie niema szpitali cywilnych lub gdzie liczba łóżek w szpitalach cywilnych jest niewystarczająca. Nadto w piśmie ma być wyrażona prośba o wydanie instrukcji. Odpisy będą wysłane do N. I. L. i do tych Izb, które solidaryzowały się ze stanowiskiem Izby Lwowskiej, z prośbą o podpisanie memorjału.

Następnie rozpatrywano jedną sprawę lekarskiego partactwa fryzjera i powzięto uchwały w sprawie zwolnienia dwóch lekarzy od opłat izbowych, w sprawie jednego zażalenia na lekarza i jednego zatargu lekarzy, w sprawie reklamowania się jednego z kolegów w sposób uwłaczający godności lekarza, wreszcie wydano opinję co do udzielenia koncesji na aptekę publiczną.

Posiedzenie Zarządu w dniu 10. czerwca 1925.

Redakcja miesięcznika „Lekarz Polski“, wychodzącego w Warszawie, nadesłała numer okazowy i prosi o nadsyłanie komunikatów z Izby. Uchwalono zaprenumerować pismo.

Projekt cennika lekarskiego, nadesłany przez Województwo Tarnopolskie, po porównaniu z cennikiem Województwa Lwowskiego, uznano za nadający się do przyjęcia.

Na doniesienie lekarzy Lwowskiej I. L. praktykujących sezonowo w Krynicy, że Izba Krakowska żąda od nich pełnej opłaty izbowej pod zagrożeniem egzekucji, uchwalono doradzić załącym się Kolegom, aby opłatę uiścili i wnieśli rekurs z powołaniem się na postanowienia art. 18. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, na mocy którego lekarz nie może należeć do dwóch Izb lekarskich.

Projekt pisma Prezydjum Izby do Marszałka Sejmu w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach chorych przyjęto do wiadomości.

Przewodniczący Izby w dniu 10. VI. wziął udział w posiedzeniu zwołanem przez Komisję Sejmową dla zbadania działalności Lwowskiej Izby Skarbowej. Mówca podniósł na posiedzeniu, że do Izby wpłynęły liczne zażalenia na zbyt wysoki i nierównomierny w rozmaitych Inspektoratach podatkowych wymiar podatku, nadto zwrócił uwagę na to, że w niektórych komisjach szacunkowych niema delegatów lekarzy. Ze sfer skarbowych zauważono, że lekarze są stosunkowo niżej opodatkowani, niż n. p. drobni przemysłowcy i rękodzielnicy.

Komitet wykonawczy Kasy pensyjnej Izby przedkłada wniosek, aby dla kobiet lekarek opracować inną normę opłat do Kasy pensyjnej, gdyż mężowie ich nie będą korzystali z ubezpieczenia wdowiego — wypada więc pobierać od kobiet lekarek tylko opłaty na ubezpieczenie starcze, inwalidzkie i sieroce. Uchwalono sprawę przedłożyć z wnioskiem przychylnym najbliższemu Zebraniu Rady Izby.

Następnie rozpatrywano sprawę zakładu fizyko-terapeutycznego, otworzonego przez Dr. R. w T. Powzięto uchwały w sprawie jednego zatargu między lekarzami, w sprawie zażalenia Sądu państw. na lekarza i zażalenia aptekarza na lekarza. Wydano dwie opinje w sprawie wysokości honorarjum lekarskiego. Udzielono zapomogi 2 wdowom po lekarzach, każdej 50 zł.

W końcu Przewodniczący podnosi sprawę przygotowania wyborów do Rady Izby Lek., które przypadają z końcem r. 1925., po upływie trzechletniej kadencji obecnej Rady I. Pierwszą czynnością będzie ogłoszenie dnia wyboru i listy uprawnionych do głosowania.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Zjazd koleżeński. Lekarze, którzy ukończyli studja lekarskie w Warszawie w roku 1890, proszeni są o podanie swych adresów niezwłocznie celem omówienia sprawy Zjazdu koleżeńskiego. Zgłoszenia przyjmuje dr. Cz. Stankiewicz, Złota 3, w Warszawie.

x W sprawie podatku dochodowego. Z wielu stron dają się słyszeć skargi lelarzy na Urząd podatków i opłat skarbowych w Warszawie, który, nie licząc się z warunkami, w jakich obecnie żyjemy, uznaje za możliwe podnosić, niekiedy bardzo znacznie, stawki podatku dochodowego na rok bieżący w stosunku do opłacanych w r. 1924. Rzecz jasna, iż podobne postępowanie Urzędu skarbowego wywoła długi szereg reklamacyj, najzupełniej uzasadnionych, co przysporzy władzom skarbowym pracy i kłopotu. Mamy nadzieję, iż Ministerstwo Skarbu, uwzględniając ciężkie położenie materjalne, w jakiem znajduje się ogół lekarzy w związku z przeżywanym przez kraj kryzysem finansowym, okiełzna nadmiernie wybujały a krzywdzący fiskalizm swych niższych organów, rozumiejąc dobrze, że »z pustego nie naleje«.

x Z Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne członków Towarzystwa odbyło się w dniu 8 października b. r. Porządek dzienny obejmował sprawę wyborów do II. Rady Izby Lekarskiej oraz odczyt prof. W. Grzywo-Dąbrowskiego: Zagadnienie sztucznego przerwania ciąży.

x Szpitale Warszawskie. »Kronika Warszawy« podaje ciekawe dane, dotyczące szpitali warszawskich. Otóż liczba łóżek etatowa wynosi w Warszawie ogółem 5193. Największą liczbę łóżek posiada Szpital Starozakonnych (1094), po nim idzie Szpital Dz. Jezus (1046). Najmniejszym z 17 szpitali warszawskich jest Zakład położniczy św. Elżbiety (50 łóżek). Podług oddziałów łóżka dzielą się w sposób następujący:

Oddziały: Wewnętrzne 1571, dla ostrozakaźnych 387, dla chroników20, chirurgiczne 1073, urologiczne 40, ginekologiczne 191, położnicze 414, oczne 174, gardlane 41, skórne 281, wenerycżne 260, nerwowe 152, psychjatryczne 460, obserwacyjne 65, dla pokąsanych 65 łóżek. W zestawieniu powyższem uderza niepomiernie niska liczba łóżek, przeznaczonych dla chorób kobiecych i chroników.

x Ze Szpitala Dzieciątka Jezus. Magistrat zatwierdził plan sytuacyjny Szpitala Dz. Jezus z rozmieszczeniem budynków istniejących oraz projektowanych w najbliższym czasie inwestycyj. Szpital Dz. Jezus, zdaniem sfer kompetentnych, wymaga stanowczo rozszerzenia i powiększenia zgodnie z wymaganiami nowoczesnej higjeny. Plan, sporządzony przez architektę Borawskiego, przewiduje budowę pawilonu wodoleczniczego mechanoterapji i roentgenologji z salami chorych, budowę pawilonu obserwacyjnego, dobudowę sal operacyjnych i inne roboty budowlane.

x Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego. Podług sprawozdania z działalności Miejskiego Instytutu Higjenicznego za czas od 1 stycznia 1915 r., w okresie tym wygłoszono z ramienia Instytutu 67 odczytów (107 godzin wykładowych) w celu spopularyzowania najważniejszych zagadnień sanitarnych. Odczyty te wygłaszane były w lokalach organizacyj społecznych i zawodowych i cieszyły się zainteresowaniem. Przeważnie odbywały się one cyklami, obejmującemi sprawy najważniejsze dla ludności miasta: walkę z chorobami zakaźnemi, gruźlicą, walkę z alkoholizmem, higjeną pracy zawodowej, pierwszą pomoc w nagłych wypadkach, higjenę życia codziennego i t. d. Cykl wykładów poprzedzała zwykle pogadanka o budowie ciała ludzkiego. W omawianym okresie zorganizowano trzymiesięczny kurs sanitarny dla harcerek warszawskiej chorągwi harcerskiej, który ukończyło 45 dziewcząt, otrzymując świadectwa.

x Opieka nad dzieckiem i matką. W Mokotowie przy ul. Puławskiej uruchomiono stację opieki nad dzieckiem i matką przy istniejącym »Ośrodku Zdrowia«. Przychodnia dla matek i dzieci ma na celu systematyczne oględziny niemowląt i dzieci, udzielanie wskazówek co do żywienia, higjeny osobistej oraz zapobieganie chorobom wieku dziecięcego. Przychodnia ma pielęgniarki, które odwiedzać będą rodziny w ich domach, wpajać zasady higjeny i pouczać matki, jak chować dzieci, aby je ustrzec od chorób i śmierci. Stacja opieki nad matką i dzieckiem w Mokotowie powstaje jako jeden z działów »Ośrodka Zdrowia«, ufundowanego przez jen. dyr. służby zdrowia, min. pracy i opieki społecznej, magistratu m. st. Warszawy, państwową szkołę higjeny przy wydatnej pomocy fundacji Rockefellera. Współpracę przyobiecała również Kasa chorych m. Warszawy. Do komitetu organizacyjnego wchodzą: dr. Czesław Wroczyński, jeneralny dyrektor służby zdrowia, Dr. Krakowski, naczelnik wydziału opieki nad młodzieżą i dziećmi w Min. pracy, dr. W. Bogucki, naczelnik wydziału magistratu m. st. Warszawy; dr. J. Celarek, dyrektor państwowego Zakładu higjeny, i p. Bevier przedstawiciel fundacji Rockefellera.

x Przychodnia przeciwmalaryczna. Staraniem stacji higjeny zapobiegawczej w Mokotowie otwarto bezpłatną przychodnię przeciwmalaryczną, w której chorzy otrzymywać będą wskazówki zabezpieczenia od zimnicy, chorzy zaś na zimnicę korzystać będą z bezpłatnego leczenia oraz specjalnego badania krwi. Przychodnia czynna jest we wtorki, czwartki i soboty od godz $8^{1}/_{2}$ do 10 godz. rano.

Sanatorjum dla gruźliczych na Helu. Magistrat m. st. Warszawy wystąpił do Min. rolnictwa z wnioskiem o wydzierżawienie miastu na lat 30 placu na Helu pod budowę sanatorjum dla gruźlików. Potrzebne na ten cel fundusze wstawiono do budżetu wydziału na r. 1926.

x Z Uniwersytetu Warszawskiego. Zawdzięczając uprzejmości Sekretarjatu Uniw. Warsz., podajemy do wiadomości listę studentów, ktorzy w roku akademickim 1924/25 ukończyli studja lekarskie i otrzymali dyplomy: Abramowicz Maurycy Moszek, Adamski Jan Władysław, Amaterdamski Dawid Salomon, Augustyn Stanisław, Aranowicz Izrael, Arjan Aleksander, Bromak Szmul Jankiel, Balukiewiczówna Marja Irena, Budzyński Eugenjusz Sylwester, Brokhusen Wilhelm Wacław, Barciński Jeremi Michał, Berliner Dawid, Biernacka Marta Józefa, Budlewski Kazimierz, Borkowski Wilhelm; Bogusławska Aniela Franciszka, Blumental Nechuma, Bogusławska Halina Celestyna, Bibrowski Mojżesz Aron, Badowski Piotr Walenty, Borajkiewicz Michał, Ciszkiewicz Henryk Fortunat, Czarnecki Jan, Chmielewski Kazimierz, Ciechanowski Aleksander, Cesarz Józef, Cywiński Karol Marjan, Ceremov Zewojin, Chylewski Włodzimierz Robert, Długa Salomon, Dąbrowski Bazyli Henryk, Dobrowolska Jadwiga, Dębski Walenty Antoni, Donatt Władysław Gotfryd, Dreszer Ryszard Alfred, Doroslowacki Dymitr, Thomson-Długosiewiczowa Janina Eugenia, Dzwonkowski Ludwik, Dąbrowska Jadwiga, Dziewczepolski Abram, Danejkówna Aleksandra, Dawidson Moszek, Erlichówna Marta Anna, Edelman Samuel, Eljasberg Michał, Eysymontt Tadeusz Maciej, Fiszmann Fewel, Feldman Mojżesz, Ferneberg Abe, Fiderkiewicz Alfred, Frenkiel Bhaim Izrael, Forbent Chil vel Henryk, Fajnberg Mortchel, Fajnsztajn Ludwik, Flancerówna Rasza, Flery Witold, Grzybowski Józef, Gauze Jan, Gorfinkiel Jozue Juljan, Goldinberg Majer, Gelbfisz Benjamin, Gleichgewicht Fajwel.

Dalszy ciąg listy podamy w następnych numerach.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek, dnia 6. listopada r. b. w sali wykładowej Kliniki lekarskiej (Pijarów 4) o godzinie 6-tej wieczorem. Porządek dzienny: 1. Pokazy chorych. 2. Wykład Kol. J. Greka: »Sepsis meningococcica«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Zmarli.

Dr. Górski Ludwik, lekarz Kasy Chorych m. Warszawy, zmarł dnia 15 sierpnia r. b. przeżywszy lat 64.

Dr. Lenartowicz Piotr, wybitny lekarz prowincjonalny, zmarł w Pułtusku.

Dr. Kirnsztajn Józef, major Wojsk Polskich, naczelny lekarz 8-go pułku artylerji polowej w Płocku.

Dr. Sadowski Michał, b. redaktor »Medycyny«, b. lekarz naczelny szpitala Wolskiego w Warszawie, zmarł w wieku w lat 68.

Prof. Dr. Józef Kazimierz Ziemacki, prof. chirurgji, pierwszy prorektor Uniwersytetu Stefana Batorego, zmarł w Wilnie.

Nr. 45. 8 listopada 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. J. GREK. Lwów.

Sepsis Meningococcica [1]).

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Zakażenie dwoinką Weichselbauma, opisaną przez tegoż autora w roku 1887. dać może bardzo zmienne objawy anatomiczno-kliniczne, zależne od jadowitości zarazka, a także od odporności zakażonego ustroju. Dwoinka meningokokowa, jak to wykazały badania bakterjologiczne Albrechta i Ghona, a także badania anatomo-patologiczne Westenhofera sadowi się przedewszystkiem w jamie nosowo-gardzielowej nie dając żadnych objawów miejscowych lub też wywołując mniej lub więcej ostry nieżyt błony śluzowej. W pewnych sprzyjających warunkach może dwoinka meningokokowa dostać się *per continuitatem* do oskrzeli, płuc, ucha środkowego, przez kanał noso-łzowy do worka spojówkowego i wywołać tamże swoiste zapalenie. Przyjmowano zarazem przez czas dłuższy, że i do opon mózgowych przedostaje się dwoinka przez blaszkę sitową kości sitowej, a następnie przez otoczki limfatyczne wzdłuż nerwów czaszkowych. Przeciw takiemu zapatrywaniu przemawiał jednak fakt, iż prąd limfy idzie nie od jamy nosowo-gardzielowej ku jamie czaszkowej, lecz w kierunku odwrotnym. W ostatnich czasach ogłaszane przypadki wskazują, iż dwoinka meningokokowa może również wtargnąć do krwiobiegu, a wtedy wywołuje posocznicę bez lub z umiejscowieniem się w którymś z narządów wewnętrznych. Najczęstsze umiejscowienie się — to opony mózgo-rdzeniowe, a więc drętwica karku, tak częste schorzenie wywołane przez ten zarazek.

Do niedawna jeszcze znaliśmy tylko jeden typ dwoinki meningokokowej Weichselbauma i ta uważaną była jako jedyny czynnik patogenetyczny tego schorzenia. Badania licznych autorów w ciągu ostatnich lat kilkunastu wykazały jednak, iż dwoinki Weichselbauma pod względem serologicznym różnią się między sobą tak, iż obecnie rozróżniamy kilka typów meningokoków, a mianowicie: typ A, B, C, i D, z których każdy w pewnych warunkach wywołać może zakażenie zupełnie do siebie podobne pod względem klinicznym i anatomicznym.

W okresie wstępnym meningokok dostawszy się do ustroju znajduje się prawie stale w wydzielinie jamy noso-gardzielowej. Nie tylko chorzy z powodu meningokokcemji, lecz również i jednostki zdrowe, które pozostawały w styczności z chorymi mogą nosić w swej jamie noso-gardzielowej swoiste zarazki, a tem samem być niebezpiecznemi dla otoczenia.

Czas trwania meningokoka w jamie noso-gardzielowej jest bardzo różny. Niektórzy autorowie obliczają go na przeciąg około dni 15-stu, w niektórych przypadkach znika zarazek już po 5—6 dniach, w innych znowu daje się stwierdzać przez przeciąg nawet i kilku miesięcy — fakt dużego znaczenia ze względu na zaraźliwość jakoteż na zapobieganie.

W etjologji zakażenia meningokokami ważną rolę odgrywa wiek. Dzieci i osobniki młode płacą zwykle największy haracz w tej chorobie, jednak i wiek starszy nie jest również w zupełności oszczędzany. Nędza, niedostateczne odżywianie się, złe warunki mieszkaniowe i higjeniczne tłumaczą nam dostatecznie częstość przypadków tego schorzenia po miastach, a przedewszystkiem w klasie robotniczej i ludności ubogiej. Sprzyjać będzie zasadniczo zakażeniu ciężka praca i przemęczenie, a także i pora roku; najwięcej przypadków zdarza się w zimie lub z początkiem wiosny.

Umiejscowienie się i obecność meningokoka w wydzielinie noso-gardzielowej tłumaczy zaraźliwość i sposób szerzenia się tej choroby przedewszystkiem przez styczność chorego ze zdrowym. Przez mówienie, kichanie, kaszel chorzy rozsiewają wokoło siebie cząsteczki wydzieliny noso-gardzielowej, w której znajdują się zarazki i w ten sposób zakażają twarz, ręce, ubranie osób zdrowych, znajdujących się w ich otoczeniu. Ten bezpośredni sposób zakażania uważany jest słusznie za najczęstszy. Zakażenie pośrednie jest już mniej częste z powodu małej odporności życiowej meningokoka wydalonego na zewnątrz. W pewnych jednak przyp. zarazek osłonięty wydzieliną noso-gardzielową zachować może swoją żywotność czas dłuższy, nawet 36—48 godzin i w tych przypadkach bielizna, ubranie, pościel mogą być przyczyną szerzenia się zakażenia. Ten jednak sposób zakażania się jest znacznie mniej częsty i groźny aniżeli bezpośredni.

Meningokok dostawszy się do ustroju, do jamy noso-gardzielowej wywołuje mniej lub więcej ostre objawy nieżytu nosa. Natężenie tego nieżytu może być różne. W pewnych przypadkach nieżyt błony śluzowej objawiać się będzie obfitą wydzieliną z nosa wodnistą, a nawet ropną, trwać może dni kilka, a nawet i dłużej. W innych znowu przypadkach objawy nieżytu są bardzo lekkie, charakteryzują się jedynie przez swą uporczywość. Nierzadko zmiany na błonie śluzowej są tak nieznaczne, iż nie zwracają nawet uwagi chorego. Badaniem przedmiotowem stwierdzić można wówczas przekrwienie, zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej jamy noso-gardzielowej, wydzielinę gęstą i lepką, czasami nawet ropną, a zawierającą meningokoki.

Z jamy noso-gardzielowej, gdzie meningokok początkowo się sadowi i rozmnaża, wtargnąć on może w dalszym ciągu do krwiobiegu i wywołać posocznicę meningokokową. Według zdania niektórych autorów zapalenie nagminne opon mózgowych poprzedzane jest zawsze okresem dłużej lub krócej trwającej meningokokcji. W niektórych przypadkach meningokokcja rozwija się samoistnie pod postacią posocznicy czystej, wywołując rozmaite powikłania, jako następstwo zakażenia meningokokami, opony mózgo-rdzeniowe pozostają nietknięte. Przypadki takie choć nie częste, nie są wyjątkowe, pojawiają się od czasu do czasu wśród epidemicznie występującego nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, a wówczas rozpoznanie nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Występować mogą jednak w przypadkach odosobnionych i wtedy rozpoznanie natrafiać może na pewne trudności.

Z punktu widzenia klinicznego posocznica meningokokowa przebiegać może pod pewnemi postaciami i wśród pewnych objawów. Opierając się na pracach autorów francuskich, którzy pod tym względem rozporządzają największym odnośnym materjałem klinicznym, możemy rozróżnić następujące postacie:

Postać gwałtowna, piorunująca rozwija się szybko wśród ogólnego niedomagania i znużenia, silnego dreszczu z następową wysoką gorączką, silnego podniecenia, majaczenia, a nawet drgawek o typie epileptoidalnym. Twarz chorego sino-blada, jak również kończyny. Na skórze mniej lub więcej obfita wysypka plamista lub petociowa,

[1]) Wykład zgłoszony na XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie 1925 roku.

mniej lub więcej wyraźne podskórne wylewy krwi. Szybko występujący zapad, oddech Cheyne-Stokes'a i śmierć wśród tych objawów już w 24—36 godzinach od czasu wystąpienia pierwszych objawów.

Postać ostra częstsza aniżeli poprzednia przedstawiać może różne typy. Przedewszystkiem forma krwotoczna zaczynająca się dreszczami i szybkiem wzniesieniem ciepłoty wśród uczucia silnego niedomagania. Już w kilka godzin po pierwszych objawach na tułowiu i brzuchu, na wewnętrznej stronie ud, a także w okolicy stawów pojawiają się wybroczyny rozmaitej wielkości i kształtu, często zlewające się ze sobą. Wystąpić mogą i wylewy krwi podskórne mniej lub więcej rozległe. Objawy te po pewnym czasie mogą ustąpić i następuje wyleczenie. Częściej jednak wśród utrzymującej się wysokiej gorączki, rozległych wybroczyn podskórnych, występują krwotoki jelitowe, krwawienia z dróg moczowych, częste a obfite biegunki, wymioty, a wreszcie zapad i śmierć.

Postać durowa, jak już sama nazwa wskazuje, przybiera często formę duru brzusznego. Ciepłota podnosząc się stopniowo lub też po jednym lub kilku dreszczach przechodzi w gorączkę stałą. Wyraźne objawy ze strony przewodu pokarmowego, jak silnie obłożony język, wzdęcia brzucha, biegunka, a także ostry obrzęk śledziony. Na skórze brzucha pojawiają się różowe guzki, zupełnie podobne do różyczki duru brzusznego. W niektórych przypadkach widzimy na skórze charakterystyczne zmiany, wspólne zresztą dla każdego typu zakażenia ogólnego, pod postacią rumienia wielokształtnego lub guzkowego, także bóle w stawach, a nawet ostre zapalenie stawów. Objawy te łagodniejąc cofnąć się mogą zupełnie, o ile powikłanie jakieś nie sprowadzi katastrofy.

W pewnych przypadkach posocznica meningokokowa przebiega pod postacią podostrą, przewlekłą, trwającą przez szereg tygodni, a nawet i wiele miesięcy. Objawy kliniczne tej postaci podobne do objawów form poprzednich, jedynie tylko mniej są nasilone. Ciepłota o typie zwalniającym lub przepuszczającym. Chorzy uskarżają się na brak apetytu i ogólne osłabienia. Często wyraźne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, jak zaparcie stolca lub biegunki. Ostre zmiany w stawach, białkomocz, a wreszcie zmiany na skórze pod postacią rumienia rozmaitego kształtu i wielkości.

Krzywa gorączki u niektórych chorych przypominać może także gorączkę zimniczą i składa się wówczas z trzech klasycznych okresów, a więc: ogólnego niedomagania, bólu głowy i silnych dreszczów, szybkiego podniesienia sie ciepłoty, do 40 stopni C. i wyżej, która po kilku godzinach spada wśród obfitych potów. Postać tę, przypominającą żywo napad zimniczy, nazwali Chevrel i Bourdinière postacią rzekomo-zimniczą.

Posocznica meningokokowa zazwyczaj bogatą jest w powikłania ze strony narządów wewnętrznych. Ze strony narządu oddechowego spotykamy się często z zapaleniami płuc nieżytowemi lub odoskrzelowemi, surowiczem lub ropnem zapaleniem opłucnej. Zarazkiem wywołującym te schorzenia jest zwykle meningokok, czasem inny drobnoustrój wtórnie towarzyszący zakażeniu.

Do rzadkich powikłań należą zmiany ze strony narządu krążenia jak zapalenie wsierdzia lub też osierdzia. Schottmueller w przypadku wrzodziejącego zapalenia wsierdzia potrafił wyhodować z owrzodzeń na zastawkach meningokoka w czystej hodowli.

Na szczególniejszą uwagę zasługują zmiany w aparacie limfatycznym, przedewszystkiem w przypadkach ciężkich, zwłaszcza u dzieci, a więc powiększenie gruczołów limfatycznych także krezkowych, kępek Peyer'a, wyraźne powiększenie śledziony.

Zapalenie torebek stawowych przebiega często pod postacią zapaleń surowiczych lub ropnych, atakując najczęściej stawy kolanowe lub skokowe.

Schorzenia narządu trawienia, spotykane szczególnie w przypadkach ciężkich, objawiają się uporczywemi biegunkami, których przyczyny szukać należy w schorzeniu aparatu limfatycznego przewodu pokarmowego. Spotykano również wyraźne powiększenie wątroby.

Bardzo rzadkiem powikłaniem jest schorzenie nerek. Częściej spotykamy się z zapaleniami jądra, przyjądrza lub pęcherzyka nasiennego; drobnoustrojem wywołującym jest meningokok.

We krwi we wszystkich przypadkach stwierdza się wybitną leukocytozę obojętnochłonną.

W ostatnich kilku miesiącach mieliśmy sposobność spostrzegać w Klinice trzy przypadki posocznicy meningokokowej. Zaznaczyć należy, że wszyscy trzej chorzy, aczkolwiek sprawa chorobowa trwała już u nich przez czas dłuższy, zgłosili się do kliniki ambulatoryjnie, szukając porady. Przebieg choroby, momenty, które pozwoliły nam na rozpoznanie, a także wyniki lecznicze przedstawiam w krótkości poniżej.

Przypadek I.

M. W. l. 41., kupiec w Podwołoczyskach, przyjęty do kliniki dnia 16. II. 1925. w wywiadach podaje:

Brak dziedziczności. W 2-gim roku życia ropień na lewej powiece dolnej, operowany, od tego czasu lekki wytrzeszcz gałki ocznej lewej. Poza tem nie chorował. Początek obecnej choroby dnia 2-go stycznia br. wśród silnych dreszczów, a następnie gorączki do 40° C., która utrzymywała się bez zmiany przez trzy dni. Od czwartego dnia choroby typ gorączki przepuszczający — po dreszczach zwyżka ciepłoty do 40° C. trwająca około 6 godzin, następnie spadek ciepłoty do normy wśród obfitych potów i stan bezgorączkowy przez 16—18 godzin. Dziewiąty i dziesiąty dzień choroby zupełnie bez gorączki. Od 11 dnia choroby tj. od 12. I., aż do czasu przybycia do kliniki codzienne krótsze lub dłuższe dreszcze z następowemi wzniesieniami ciepłoty powyżej 39° C., po 6—8 godzinach spadek wśród potów. W 4-tym dniu choroby zauważył chory pojawienie się wysypki na całem ciele, także na głowie, dłoniach i podeszwach, wysypki guzkowo-plamistej, o zabarwieniu różowem, ciemno czerwonem, a nawet sinem, wielkości ziarna soczewicy do wielkości fasoli, wysypki znikającej i pojawiającej się na nowo. Przez pierwsze trzy tygodnie żadnych dolegliwości podmiotowych, łaknienie dobre, sen spokojny, dokuczały mu tylko codzienne dreszcze jak również poty przy spadku ciepłoty. W 4-tym tygodniu choroby gwałtowne bole głowy połączone z nudnościami, początkowo ból połowiczy po stronie prawej, następnie ból całej głowy. Ból głowy najgwałtowniejszy w okresach bezgorączkowych. W ostatnich dniach przed przybyciem do kliniki natężenie bolów mniejsze, w dniu przybycia do kliniki bole głowy ustąpiły zupełnie.

Chorób wenerycznych nie przebywał, alkoholu nie nadużywał.

Stan obecny przy przyjęciu do kliniki:

Mężczyzna dobrze zbudowany, miernie odżywiony. Skóra na twarzy i kończynach, szczególnie na częściach wyprostnych, na tułowiu i plecach, na krzyżach, łydkach i grzbiecie stóp pokryta licznemi guzkami i plamkami barwy od blado-różowej do żywo-czerwonej, wielkości od ziarnka soczewicy do wielkości grochu, a czasem niektóre nawet do wielkości grosza. Pojedyncze plamki i guzki widoczne na dłoniach i podeszwach.

Czaszka bez zmian. Sztywności w karku niema. Lewa gałka oczna nieco więcej na zewnątrz wysadzona. Spojówki nastrzykane, źrenice bez zmian. Lewy fałd noso-policzkowy nieznacznie wygładzony. Język obłożony, na bokach i koniuszku różowy, wilgotny. Narząd oddechowy bez zmian. Granice serca prawidłowe, nad wszystkiemi ujściami słyszalne tony czyste, akcja serca przyśpieszona, tętno dość dobrze napięte, miarowe, ilość tętna 100 uderzeń na minutę, przy temperaturze 38'9° C.

Wątroba w linji sutkowej dwa palce niżej łuku, średnio twarda, nie bolesna. Śledziona poniżej łuku dobrze macalna, dość twarda, o brzegu nieco grubszym. Brzuch badaniem zmian nie przedstawia. Gruczoły pachwinowe macalne, drobne, nie bolesne. Badanie per rectum zmian nie wykazuje. Odruchy kolanowe utrzymane.

Chory przytomny, uskarża się jedynie na ogólne osłabienie i uczucie znużenia.

W moczu białko i cukier nie obecny, chlorki w ilości prawidłowej, odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie pod mikroskopem: nieliczne, dobrze zachowane ciałka czerwone krwi, pojedyncze wałeczki szkliste.

Badanie cytologiczne krwi, pobranej w okresie gorączki wykazuje: C. czerw.: 4,025.000, C. białych: 15900. Hemgl.: 70 Talqu. Wskaźnik: 0.90. Leukocytów obojętnochłonnych: 84'4% (w tem: wielokształtnych: 70'4%, pałeczkowych: 13'6%, młodych: 0'4%). Leukocytów kwasochłonnych: 0'4%, Leuk. zasadochłon-

nych: 0%. Limfocytów małych: 11'6%. Monocytów i przejściowych: 3'6%.

Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgi'ego: ujemny.

Odczyn Gruber-Widala na dur drzuszny, dur rzekomy A i B i prątek okrężnicy dwukrotnie: ujemny.

Kilkakrotne badania krwi na obecność plazmodjów zimniczych i krętków duru powrotnego pozostały ujemne.

Trzykrotne posiewy krwi, przeprowadzane w dniach 19. II., 7. III. i 18. III. bakteryj chorobotwórczych nie wykazały.

Dwukrotnem badaniem wydzieliny noso-gardzielowej na płytkach z agar-ascites i na płytkach z agar z krwią-wyhodowano dość liczne gronkowce, łańcuszkowce i pneumokoki. Meningokoków nie wykazano.

Przez czas pobytu chorego w klinice ciepłota zachowuje się jednolicie (patrz tablica). Codziennie po krótszym lub dłuższym dreszczu podnosi się dość szybko do 40° C, czasami nawet wyżej, w niektórych dniach tylko powyżej 39° C, utrzymuje się na tej wysokości przez 10—12 godzin, aby następnie opaść do normy wśród obfitych potów. Tętno zawsze o dość dobrem napięciu, w okresach gorączkowych przyśpiesza się powyżej 120 uderzeń na minutę, w okresach bezgorączkowych waha się około 100.

Wysypka, opisana powyżej, pod postacią wykwitów o rozmiarach wielkości główki od szpilki do wielkości jednego grosza, o charakterze rumienia, gdzieniegdzie nieco wystająca ponad powierzchnię skóry niezmienionej, o zabarwieniu różowem, ciemnoczerwonem, a nawet i sinem. Wysypka ta pod uciskiem blednie, wraca jednak szybko do zabarwienia poprzedniego. Wykwity te umiejscawiają się oprócz tego dookoła torebek włosowych, szczególnie na kończynach górnych tak po stronie wyprostnej jakoteż zginaczy, prowadzą miejscami do wytworzenia się małych pęcherzyków, nieprzekraczających wielkości główki szpilki, o wejrzeniu żółtawem. Wysypka ta w okresie bezgorączkowym blednie znacznie, niekiedy nawet znika zupełnie, pojawia się natomiast w większej lub mniejszej ilości podczas narastania gorączki.

Krew pod względem cytologicznym badana wielokrotnie wykazuje stale te same zmiany. I tak pobierana czyto w okresie narastania gorączki, czy gorączki stałej, wykazuje stale zwiększoną liczbę ciałek białych krwi w ilościach od 15.000 nawet do 22.000 w 1 cm³ przy znacznem odsetkowem zwiększeniu leukocytów obojętnochłonnych od 84% nawet do 91% i obecności leukocytów kwasochłonnych w ilości 0'4—1%. W okresach bezgorączkowych ilość ciałek białych spada nawet do normy, do ilości prawidłowych pod względem odsetkowym obniżają się leukocyty obojętnochłonne, zwiększa się natomiast nieco ilość leukocytów kwasochłonnych, niekiedy nawet do 2%.

W często badanym moczu nie stwierdza się zmian żadnych oprócz osadu, który zawiera stale skąpe ilości dobrze zachowanych ciałek czerwonych krwi i pojedynczych wałeczków szklistych.

Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn jasny, wypływający pod małem ciśnieniem, pod względem cytologicznym i bakterjologicznym prawidłowy.

Podmiotowo, chory w okresach bezgorączkowych prócz uczucia pewnego wyczerpania i osłabienia nie skarży się na żadne dolegliwości. Apetyt utrzymany, stolce wolne, w ilości 2—3 dziennie. Wraz z pojawieniem się dreszczów i następową gorączką chory robi się apatyczny i przygnębiony, uskarża się na uczucie silnego osłabienia, bole umiejscowione szczególnie w stawach kończyn dolnych. Odmawia wówczas przyjmowania pokarmów częścią wskutek niechęci do jadła, częścią z powodu obawy wymiotów, które w okresach gorączkowych często dokuczają choremu.

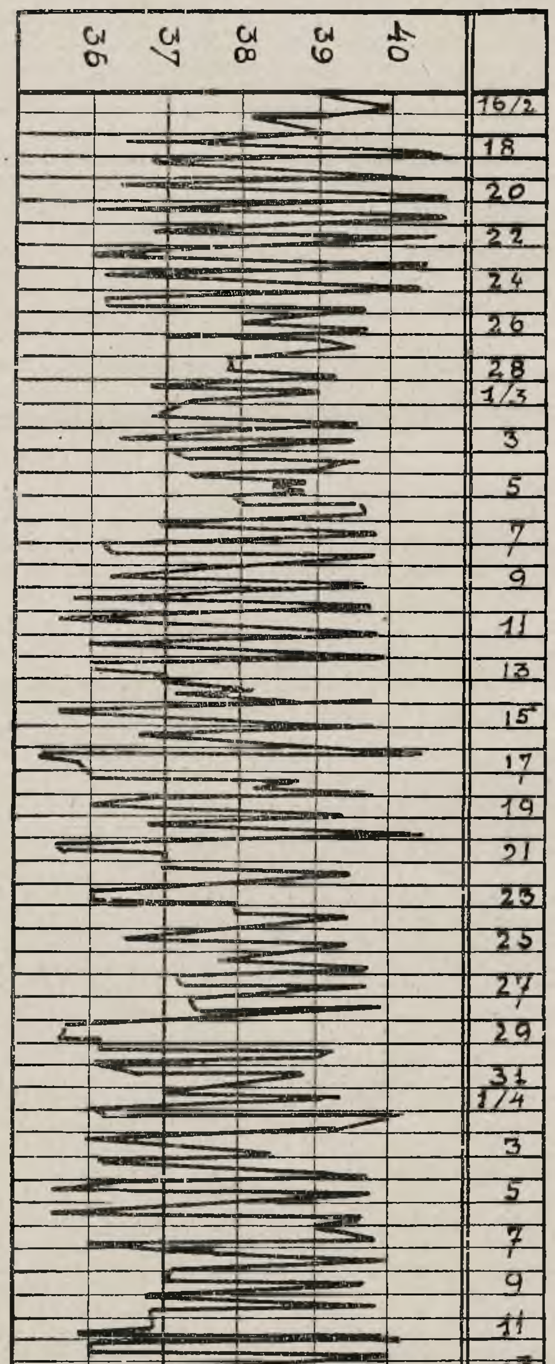
W czasie tak długiego okresu chorobowego stosowano kolejno cały szereg środków leczniczych. Preparaty srebrowe jak Argokol. Argochrom nie dały żadnego wyniku, podobnie Trypaflawina jak i Neo-salvarsan, zastosowany jednorazowo w ilości 0'30 gr. Bez wyniku pozostały również wstrzykiwania dożylne 40% urotropiny.

1. IV. z posiewu krwi i naciętych wykwitów skórnych wyhodowano w pracowni Zakładu biologji ogólnej (Prof. Dr. W e i g l) dwoinki, podobne morfologicznie do dwoinek Weichselbauma, ponieważ jednak dwoinki te w następnej generacji się nie rozwinęły nie można było rozpoznania ustalić drogą serologiczną.

Dnia 8. IV. przeprowadzono ponowny posiew krwi[1]) na pożywce buljon-ascites. Z posiewu tego wyhodowano czystą hodowlę dwoinek odpowiadających morfologicznie meningokokom Weichselbauma. Odczyn Lingelsheima dodatni. Aglutynacja z wysokowartościowemi surowicami wykazuje: A: 1:200 +, B: ujemna, C: 1:100 +.

Wobec braku odpowiedniej surowicy zastosowano autoszczepionkę. Ośmiokrotne zastrzykiwania szczepionki pozostały jednak bez jakiegokolwiek wpływu na przebieg schorzenia.

Dnia 23. IV. wstrzyknięto dożylnie 35 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej typu: A., wyrabianej w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie. Zabiegu dokonano w czasie podniesionej ciepłoty. Bezpośrednio po wstrzyknięciu surowicy silne dreszcze, tętno przyśpieszone, twarz i kończyny sine, pokryte zimnym potem, wymioty. Podskórnie olejek kamforowy i koffeina. Ten ciężki stan chorego trwał około pół. godziny, w cztery godziny po wstrzyknięciu ciepłota spadła.



Następnego dnia tj. 24. IV. dreszcz i zwyżka ciepłoty do 39'8° C. przy tętnie 132 uderzeń na minutę. Powtórne wstrzyknięcie surowicy w ilości 20 cm³ dożylnie i 20 cm³ domięśniowo, które chory zniósł zupełnie dobrze, bez żadnych przypadłości.

25. IV. Skargi chorego na ból i nieznaczną sztywność karku. Stan bezgorączkowy, wykwity na skórze skąpe, bledsze aniżeli

---

[1]) Ten posiew krwi jakoteż i następne badania bakterjologiczne u dwóch innych chorych wykonano w Państwowym Zakładzie Higjeny (Doc. Dr. G ą s i o r o w s k i).

poprzednio. Wstrzyknięto dożylnie 20 cm³ surowicy, bez żadnych dolegliwości.

26. IV. Chory w dalszym ciągu bez gorączki, tętno 80. Wysypka na skórze znikła prócz kilku bladych wykwitów na tułowiu. Mocz prawidłowy, jedynie w osadzie bardzo nieliczne ciałka czerwone krwi i pojedyncze wałeczki szkliste.

Badanie krwi wykazuje: 8050 ciałek białych, w tem 64% leukocytów obojętnochłonnych, 2'8% kwasochłonnych, 1'2% zasadochłonnych, 26'8% limfocytów i 5'2% monocytów i przejściowych.

27. IV. Podmiotowo chory czuje się zupełnie dobrze. Stan bezgorączkowy, tętno 76. Nieznaczny ból w karku, lekko zaznaczona sztywność w karku. Na skórze żadnych wykwitów zauważyć nie można. Śledziona sięga poniżej łuku, twarda, niebolesna.

Dożylne wstrzyknięcie surowicy w ilości 20 cm³, bez żadnych następowych objawów.

30. IV. Stan podmiotowy zupełnie dobry, żadnych dolegliwości. Ciepłota prawidłowa, tętno 76. Śledziona mniejsza, sięga do łuku, niebolesna. Na skórze żadnych zmian zauważyć nie można.

4. V. Bole w kończynie dolnej prawej i w okolicy stawu biodrowego prawego. Ciepłota 37'5° C., tętno 88.

6. V. Bole poprzednio opisane ustały zupełnie, ciepłota prawidłowa, stan podmiotowy zupełnie dobry.

10. V. Chory zdrów zupełnie, bez jakichkolwiek dolegliwości opuszcza klinikę.

P r z y p a d e k II.

S. P. lat 35, adwokat w Czortkowie, przyjęty do kliniki dnia 22. maja, 1925. w wywiadach podaje:

Ojciec zmarł w następstwie choroby płuc, matka z nieznanej choremu przyczyny, rodzeństwo zdrowe. W dzieciństwie przebył odrę, w 14. r. życia „katar szczytów płucnych". Przed 6. laty przebył dur powrotny, przed 5-ciu dur brzuszny. Obecna choroba rozpoczęła się 12. kwietnia, br. dreszczami, gorączką, bolami głowy i uczuciem ogólnego osłabienia. Równocześnie wystąpiło żółte zabarwienie na białkówkach i na skórze, które po kilku dniach ustąpiło. Gorączka wieczorami podnosiła się do 39° C., a nawet do 40'3° C, nad ranem wśród obfitych potów spadała do 36° C., czasami i niżej. W 4-tym dniu choroby zauważył chory na skórze wysypkę plamistą, utrzymującą się dotychczas, która występywała wyraźniej w okresach gorączki, w godzinach bezgorączkowych bladła lub też znikała zupełnie. Prócz uczucia ogólnego osłabienia dokuczają choremu bole w rękach i nogach, potęgujące się czasem do tego stopnia, iż nie może rąk wyprostować. Z początkiem choroby stolec zaparty, obecnie prawidłowy. Alkoholu nie używa, pali miernie, z chorób wenerycznych przebył trypra.

S t a n o b e c n y.: Mężczyzna średnio zbudowany, licho odżywiony. Skóra blada, wilgotna, naczynio-ruchowo pobudliwa, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Na tułowiu, brzuchu, kończynach górnych i dolnych dość liczne plamki i guzki różowe, lekko wzniesione ponad poziomem, blednące pod uciskiem i natychmiast po odjęciu palca przybierające swą poprzednią barwę. Guzki te obfitsze są na kończynach zwłaszcza dolnych, i w okolicach stawów. Kształt i wielkość tych guzków rozmaity; owalny, okrągły, wieloboczny, od wielkości główki szpilki do wielkości dwugroszówki. Głowa bez zmian. Brak sztywności w karku. Gałki oczne prawidłowo ustawione i ruchome, źrenice równe, oddziaływują na światło i przystosowanie. Nerwy twarzowe bez zmian. Język wilgotny, lekko obłożony, błona śluzowa gardła zaczerwieniona, migdałki nie powiększone. Narząd oddechowy prócz objawów lekkiego, rozlanego nieżytu, zmian nie przedstawia. Serce w granicach prawidłowych, nad ujściami czyste tony. Ciśnienie krwi 95 R. R. Brzuch lekko wysklepiony, w górnych partjach na ucisk tkliwy. Wątroba pod łukiem macalna, przy ucisku lekko tkliwa. Śledziona macalna pod łukiem. Badanie przez odbytnicę zmian nie wykazuje. Odruchy kolanowe utrzymane.

Skargi chorego jedynie w kierunku ogólnego osłabienia i znużenia.

W moczu zmian żadnych wykazać nie można.

Badanie cytologiczne krwi, pobranej podczas gorączki 38° C. wykazuje: C. czerwonych: 4,690.000. C. białych: 18.500. Leuk. obojętnochłonnych 76'8% (w tem wielokształtnych: 72%, pałeczkowatych: 3%, młodych: 1'8%), Leuk. kwasochłonnych 0'4%, Limfocytów małych: 20'8%, Monocytów i przejściowych 2%.

Badanie na plazmodja zimnicze i krętki duru powrotnego ujemne.

Odczyny aglutynacyjne na dur brzuszny, dur wrzekomy A i B jakoteż odczyn Weil-Felix'a: ujemne.

Badaniem bakterjologicznem przez posiew na płytkach wydzieliny noso-gardzielowej obecności meningokoków nie stwierdzono.

Podczas dalszego pobytu chorego w klinice codziennie po mniej lub więcej zaznaczonym dreszczu podnosi się dość szybko ciepłota do 39° C. lub wyżej, w niektórych dniach nawet do 40° C., utrzymuje się na tej wysokości przez czas około 10-ciu godzin, następnie opada do normy, wśród obfitych potów.

Wysypka, opisana powyżej, guzkowo-plamista, podczas okresów gorączkowych znacznie obfitsza aniżeli w godzinach bezgorączkowych. Niektóre guzki zwłaszcza na kończynach dolnych na ucisk bolesne. Wielkość plamek i guzków różna, dochodzi nawet do wielkości dwuzłotówki.

Kilkakrotnie badana krew zachowuje się jednolicie; w okresach gorączkowych wykazuje leukocytozę obojętnochłonną, podobną jak w powyżej przytoczonem badaniu pierwszem; w okresach bezgorączkowych ilość ciałek białych spada do liczby 6—7.000, ilość procentowa leukocytów neutrochłonnych poniżej 60%, zwiększa się przytem ilość leukocytów kwasochłonnych.

Dnia 6. VI. z posiewu krwi na pożywce bulion-ascites wyhodowano dwoinki, odpowiadające morfologicznie dwoinkom Weichselbauma, ponieważ jednak dwoinki te w drugiej generacji się nie rozwinęły, nie można było rozpoznania ustalić drogą serologiczną.

Stan ogólny chorego, przebieg ciepłoty bez zmian.

Dnia 8. VI. z powtórnego posiewu krwi na pożywce bulion-ascites wyrastają znowu dwoinki, odpowiadające morfologicznie dwoinkom Weichselbauma. Agar zwykły pozostał jałowy. Odczyn Lingelsheima dodatni. Aglutynacja z wysoko wartościową surowicą meningokokową wykazuje: A: 1:50 +++, 1:100 ++, 1:200 +, 1:400 —. B: 1:50 +, 1:100 —, 1:200 —. Stwierdza się wobec tego obecność meningokoków typu: A.

11. VI. wstrzyknięto choremu surowicę meningokokową typu A w ilości 20 cm³ dożylnie i 20 cm³ domięśniowo. W dwie do trzech minut po wstrzyknięciu ból w okolicy lędźwiowej, lekka sinica na twarzy, chłodne kończyny. Po mniej więcej dziesięciu minutach objawy powyższe ustąpiły.

12. VI. Stan bezgorączkowy. Z obfitej poprzednio wysypki na skórze zauważyć się dają skąpe, przybladłe wykwity stare. Mocz bez zmian. Podmiotowo stan chorego zupełnie dobry. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy domięśniowo.

13. VI. Stan bezgorączkowy, wysypka na skórze znikła zupełnie. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy dożylnie i 20 cm³ domięśniowo. W godzinach popołudniowych po dość wyraźnym dreszczu podniesienie się ciepłoty do 39° C., jednocześnie na tułowiu wysypka guzkowo-plamista.

14. VI. Znowu podniesienie się ciepłoty do 40° C. i spadek jej po 12 godzinach wśród obfitych potów.

15. VI. Na skórze tułowia nieliczne przybladłe wykwity. Stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto 25 cm³ surowicy dożylnie i 25 cm³ domięśniowo bez jakichkolwiek następowych przypadłości.

17. VI. Od czasu ostatniego zastosowania surowicy stan bezgorączkowy, na skórze żadnej wysypki zauważyć nie można, samopoczucie dobre. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej dożylnie i 20 cm³ domięśniowo bez żadnego ogólnego odczynu.

18. VI. W godzinach popołudniowych bez dreszczy podniesienie się ciepłoty do 38° C. W okolicy stawów nadgarstkowych i skokowych swędząca, plamista wysypka. Plamy wielkości pięciogroszówki do wielkości dwuzłotówki, zlewające się razem. Nieznaczny ból w stawach nadgarstkowych i stawie barkowym lewym. Chory określa, iż obecny stan gorączkowy wywołuje u niego odmienne niż dawniej objawy podmiotowe.

19. VI. Stan bezgorączkowy. Plamy barwy różowej w okolicy stawu łokciowego lewego i stawu kolanowego. Stan podmiotowy zupełnie dobry.

22. VI. Ciepłota stale normalna. Na kończynach górnych i dolnych, szczególnie w okolicach stawowych pojawia się jeszcze plamista, swędząca wysypka, która po kilku godzinach znika zupełnie. Samopoczucie zupełnie dobre.

Badanie krwi wykazuje: C. białych: 6.750. w tem 49% leukocytów obojętnochłonnych i 8'2% kwasochłonnych.

24. VI. Stan podmiotowy chorego zupełnie dobry, żadnej wysypki na skórze zauważyć nie można.

27. VI. Chory czując się zupełnie zdrowym, opuszcza klinikę.

P r z y p a d e k III.

W. G. lat 16. zamieszkały w Rawie Ruskiej, przyjęty do kliniki dnia 14. maja 1925. w wywiadach podaje:

Brak dziedziczności. Dotychczas zawsze był zdrów. Przed ośmiu tygodniami zachorował wśród silnych dreszczy, bolu głowy i gorączki dochodzącej do 40'2° C. Gorączka opadła po kilku godzinach wśród silnych potów, pozostawiając ogólne osłabienie. Od tej pory dreszcze i gorączka powtarzały się mniej więcej co dwa dni stale w godzinach porannych. Z biegiem czasu pojawianie się dreszczy i gorączki zaczęło się przesuwać w godziny popołudniowe, a nawet wieczorne. W czwartym dniu choroby w czasie narastania gorączki wystąpił silny ból w kolanie i w okolicy stawu skokowego, który to ból ustąpił po kilku godzinach wraz ze spadkiem ciepłoty. Od tej pory przy każdorazowej zwyżce ciepłoty pojawiały się stale bole w okolicy różnych stawów kończyn dolnych lub górnych z wyjątkiem tylko stawów biodrowych. Mniej więcej w trzy tygodnie od początku choroby wystąpił silny ból w okolicy potylicy, karku i krzyżów, który wzmagał się przy siadaniu, zaś tracił na natężeniu przy spokojnem leżeniu z przykurczonemi nogami. Powyższe bole utrzymywały się przez jakiś czas bez wyraźniejszego związku z narastaniem lub opadaniem gorączki, poczem ustąpiły zupełnie. Powtarzającym się bolom w stawach nie towarzyszyły obrzęki ani też zaczerwienienia skóry tem mniej jakieś utrudnienie ruchomości. Na kilka dni przed przybyciem do

kliniki zauważył chory przy pojawianiu się gorączki na skórze tułowia i kończyn, a przedewszystkiem w sąsiedztwie stawów wysypkę plamistą, dochodzącą do wielkości ziarnka fasoli, która zaróżowiała się wyraźnie na szczycie gorączki; bladła zaś lub ustępowała całkowicie ze spadkiem ciepłoty.

Stan obecny przy przyjęciu chorego do kliniki: Chory o budowie kośćca drobnej, licho odżywiony. Skóra blada, miernie wilgotna, naczynioruchowo żywo pobudliwa. Na tułowiu, więcej na kończynach, szczególnie w okolicach stawów i na częściach wyprostnych niezbyt liczne guzki różowe, lekko wzniesione nad powierzchnię, blednące za uciskiem, wielkości od ziarnka prosa do ziarnka grochu, kształtu owalnego, okrągłego i wieloboczne.

Głowa miernie ruchoma na boki i ku tyłowi, ruchy czynne i bierne ku przodowi nieco upośledzone z powodu bolesności i pewnej sztywności mięśni karkowych. Gałki oczne prawidłowo ustawione i ruchome. Źrenice równe, dobrze oddziaływują na światło i na przystosowanie. Nerwy twarzy bez zmian. Język wilgotny, nie obłożony, błona śluzowa gardła nieco zaczerwieniona, prawy migdałek lekko powiększony, bez zmian zapalnych. Gruczoły na szyi i karku wielkości fasoli, niebolesne. Kręgi szyjne na ucisk wyraźnie tkliwe. Narząd oddechowy bez zmian. Granice serca prawidłowe. Nad końcem serca dwa tony, pierwszy z podmuchem, zresztą tony czyste. Tętno dość dobrze napięte, ilość tętna 102 uderzeń na minutę przy ciepłocie 38° C. Wątroba macalna palec niżej łuku, niebolesna, śledziona macalna, sięga do łuku. Brzuch badaniem zmian nie przedstawia. Odruchy kolanowe żwawe. Objaw Kerniga zaznaczony.

Chory przytomny, uskarża się jedynie na uczucie osłabienia. W moczu białka i cukru niema, chlorki w ilości prawidłowej, odczyn dwuazowy ujemny, osad bez zmian.

Badanie cytologiczne krwi dnia 16. V., pobranej w okresie gorączki dochodzącej do 38° C. wykazuje: C. czerwonych: 4,345.000. C. białych: 23.000, Hmgl. 84 (Sahli) Leuk. obojętnochłonnych: 79'2% (w tem młodych: 0%, pałeczkowych 2'4%), Leuk. kwasochłonnych 0,4%. Leuk. zasadochłonnych: 0'4%. Limfocytów małych: 16%. Monocytów i przejściowych: 4%.

Badania na plazmodja zimnicze i krętki duru powrotnego ujemne.

Odczyny aglutynacyjne na dur brzuszny. dur wrzekomy A i B, jakoteż odczyn Weil-Felix'a: ujemne.

W preparatach jakoteż w hodowli stwierdzono prawidłową florę bakteryjną jamy noso-gardzielowej. Dwoinek Weichselbauma nie znaleziono.

Wykonane nakłucie lędźwiowe wykazuje: Ciśnienie nieco wzmożone, wypuszczono około 20 cm³ płynu jasnego, przejrzystego. Posiew płynu mózgo-rdzeniowego: jałowy.

Posiewy krwi, wziętej dnia 16. V. i 26. V. w okresie narastania gorączki, pozostały jałowe.

Ciepłota zachowuje się jednolicie. Codziennie po silnym dreszczu, zwykle w godzinach przedpołudniowych. wzrasta ciepłota powyżej 39° C., a nawet i 40° C., utrzymuje się na tej wysokości około 10 godzin, następnie opada wśród obfitych potów. Ponieważ czas pojawiania się dreszczów i gorączki nie występuje stale w pewnych godzinach, a okres międzygorączkowy przedłuża się nieco czasem, zdarza się również i dzień bezgorączkowy. Podczas gorączki występują stale mniej lub więcej wyraźne bole w stawach kończyn dolnych lub górnych, wzmagające się szczególnie przy ruchach, bole te znikają wraz ze spadkiem ciepłoty.

Wysypka o charakterze rumienia, opisana powyżej, w okresie gorączki bardzo obfita, z chwilą spadku ciepłoty częściowo znika zupełnie, częściowo wyraźnie blednie. Najobfitsza wysypka zauważyć się daje szczególnie w okolicy stawów, w tych miejscach dochodzi często do wielkości złotówki.

W czasie podniesionej ciepłoty stwierdzić można pewną sztywność w karku jakoteż zaznaczony objaw Kerniga, oba te objawy tracą znacznie na natężeniu lub też znikają zupełnie wraz ze spadkiem gorączki.

Krew cytologicznie zachowuje się typowo. W okresie gorączki wyraźna leukocytoza, dochodząca nawet do 23.000 ciałek przy znacznem odsetkowem zwiększeniu leukocytów obojętnochłonnych do 86% i obecności leukocytów kwasochłonnych. W okresach bezgorączkowych ilość ciałek białych obniża się do 10.000—12.000, spada ilość odsetkowa leukocytów obojętnochłonnych, wzrasta natomiast ilość leukocytów kwasochłonnych.

Podmiotowo chory w okresach bezgorączkowych prócz uczucia pewnego osłabienia nie skarży się na żadne dolegliwości. W czasie podniesionej ciepłoty chory przygnębiony i apatyczny, narzeka na dokuczliwe bole w stawach, wzmagające się przy ruchach biernych lub czynnych, odmawia przyjmowania pokarmów.

12. VI. Dożylnie 0.20 Mercurochrom'u (5 miligr. na kg. wagi ciała). Po wstrzyknięciu ciepłota doszła do 40'6° C., nieznaczne podrażnienie do kaszlu, lekkie majaczenie.

13. VI. Chory bez gorączki, wysypka ustąpiła zupełnie.

14. VI. Bole w brzuchu, biegunka.

15. VI. Lekki ból gardła; na prawym zaczerwienionym migdałku widoczne dwa czopki. W godzinach popołudniowych dreszcz i gorączka do 39'9° C. Wysypki na skórze zauważyć nie można. W nocy spadek gorączki wśród obfitych potów.

16. VI. Wśród dreszczy zwyżka ciepłoty do 38° C., jednocześnie na skórze wysypka guzkowo-plamista, bole w stawach, a więc nawrót poprzednich objawów.

18. VI. Z posiewu krwi, wziętej dnia 11. VI. na pożywce bulion-ascites wyhodowano dwoinki, morfologicznie odpowiadające dwoinkom Weichselbauma. Odczyn zlepny: A: 1:50 +, 1:100 +. B: ujemny.

Wstrzyknięto surowicę typu: A. w ilości 15 cm³ dożylnie i 15 cm³ domięśniowo. Bezpośrednio po wstrzyknięciu bole w okolicy krzyżów, ściskanie i ból w okolicy serca, duszność, bladość twarzy z wyraźnem zasinieniem warg, uszu i nosa. Częstość tętna nie uległa wybitniejszej zmianie, pojawiła się natomiast nieznaczna niemiarowość. Po kilku minutach powyższe objawy ustąpiły, zaś w 10 minut później po silnych dreszczach gorączka do 39° C., która po kilku godzinach wśród potów opadła.

19. VI. Wstrzyknięcie surowicy 10 cm³ dożylnie i 20 cm³ domięśniowo, bez żadnych następowych objawów.

20. VI. Dreszcze i gorączka, wyraźna wysypka na skórze. Wstrzyknięcie 15 cm³ surowicy dożylnie i 15 cm³ domięśniowo. Bezpośrednio po zabiegu sinica, oddechy przyśpieszone, tętno 140—160 na minutę, nad sercem głuche tony. Chory niespokojny, wylękniony, uskarża się na silne bole w krzyżach i ucisk w okolicy serca. Po kamforze i koffeinie, zastosowanej podskórnie, objawy powyższe ustąpiły.

21. VI. Dreszcze i gorączka, na skórze obfita wysypka.

22. VI. 10 cm³ surowicy dożylnie i 20 cm³ domięśniowo, który to zabieg zniósł chory zupełnie dobrze.

27. VI. Stan chorego bez zmiany. Zastosowano po raz wtóry dożylnie Mercurochrom w ilości 0.18 gr. na dawkę. Bezpośrednio po wstrzyknięciu duszność, nieznaczny kaszel, ból w krzyżach, oddech przyśpieszony, tętno 140 na minutę, lekka sinica. Objawy te po kilku minutach ustąpiły.

28. VI. Gorączka jak poprzednio. Wyraźny ból w stawie nadgarstkowym i ramieniowym. Prócz wysypki guzkowo-plamistej, opisanej powyżej, szczególnie w okolicy stawów wysypka plamista, silnie swędząca, wielkości 5—20 groszówki, znikająca dość szybko po wystąpieniu.

3. VII. Stan jak poprzednio. Dożylnie 2 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej. Bezpośrednio po wstrzyknięciu wyraźna sinica na twarzy, lekki obrzęk около powiek, i otworu nosowego. Oddech przyśpieszony, nieznaczny kaszel, tętno 120, spadek ciśnienia krwi z 114 na 80 R. R. Chory niespokojny, wylękniony, uskarża się na ściskanie w okolicy serca. W dwie godziny po pierwszem wstrzyknięciu 10 cm³ surowicy dożylnie i 20 cm³ domięśniowo. W dwie minuty po wstrzyknięciu powyżej opisane objawy powtórzyły się, ustąpiły jednak bardzo szybko po zastosowaniu podskórnem olejku kamforowego i koffeiny.

4. VII. 20 cm³ surowicy dożylnie i taką samą ilość domięśniowo z następowemi zaburzeniami jak przy poprzedniem wstrzyknięciu, jednak o znacznie mniejszem nasileniu.

6. VII. Codzienne dreszcze i gorączka. Wysypka guzkowo-plamista bardzo obfita, utrzymuje się z tem samem nasileniem także w godzinach bezgorączkowych. Kąpiel o ciepłocie 32° R. przez 15 minut z następowem owinięciem w koce. Po kąpieli poty bardzo obfite.

10. VII. Stan bez zmian. Codziennie kąpiel o ciepłocie 32° R. i owijanie w koce. Z posiewu krwi wyhodowano czystą kulturę dwoinek meningokokowych typu: A.

Z powodu opróżnienia kliniki na czas feryj przeniesiono chorego na Oddział zakaźny Szpitala powszechnego. Dalszą obserwację przebiegu schorzenia, którą poniżej podaję, zawdzięczam kol. Dr. Bratterowi, sekundarjuszowi Szpitala, który mi użyczył odpisu historji choroby.

12. VII. W porze południowej dreszcz i gorączka 39'4° C., która po trzech godzinach wśród potów ustąpiła. Osutka utrzymuje się. Dożylnie 4 gr. urotropiny 40%.

13. VII. Kąpiel 31° R. przez 20 minut, owinięcie w koce na pół godziny, obfite poty. W ciągu dnia 6 gr. 40% urotropiny dożylnie. Przez cały dzień ciepłota prawidłowa.

14. VII. Po lekkich dreszczach ciepłota podniosła się do 38° C. Urotropina i kąpiel jak dnia poprzedniego.

15. VII. Najwyższa ciepłota po lekkich dreszczach 37° C. Leczenie jak dnia poprzedniego.

16. VII. Stan bezgorączkowy. Urotropina doustnie 6 gr. dziennie.

21. VII. Stan bezgorączkowy utrzymuje się. Kąpiele ciepłe co drugi dzień, urotropina na wewnątrz 2—4 gr. Osutka na skórze w małej ilości.

25. VII. Osutka znikła. Chory czuje się zupełnie dobrze.

29. VII. Zdrów opuszcza szpital.

Powyżej naprowadzone trzy przypadki przedstawiają nam klasyczny obraz rzekomo-zimniczej postaci posocznicy meningokokowej. Fakt, iż te trzy przypadki, pochodzące zresztą z rozmaitych okolic kraju, w ciągu trzech miesięcy dostały się pod obserwację naszej kliniki, świadczyłby dowodnie, że posocznica meningokokowa nie należy do schorzeń rzadkich, a raczej za mało jest rozpoznawaną. Roz-

poznanie tego schorzenia nie będzie trudnem podczas panującej epidemji drętwicy karku, w przypadkach zaś, pojawiających się sporadycznie rozpoznanie ułatwi pamiętanie o istnieniu takiego cierpienia, a tem samem wyczerpanie odpowiednich środków, które pozwolą na właściwe rozpoznanie.

Przebieg schorzenia we wszystkich naszych przypadkach był podobny. Choroba rozpoczynała się nagle, wśród wyraźnego dreszczu i wysokiej gorączki, która już po paru dniach przybierała formę gorączki przepuszczającej. Drugim objawem rzucającym się w oczy była wysypka grudkowo-plamista, o postaci rumienia wielokształtnego rozsiana po całem ciele, przeważnie jednak na kończynach, obficiej w okolicach stawów. Wysypka ta bladła, a nawet znikała w okresach bezgorączkowych, wraz ze wzrostem gorączki pojawiała się mniej lub bardziej obficie, przybierając na zabarwieniu różowem, a nawet ciemno-czerwonem. Bolesność w stawach, pojawiająca się i znikająca zależnie od ciepłoty, leukocytoza neutrofilna we krwi, stan podmiotowy chorych w okresach bezgorączkowych niestosunkowo dobry wobec długotrwałego i ciężkiego schorzenia, kazały nam myśleć o posocznicy meningokokowej, nie pozwoliły jednak na pewne rozpoznanie bez badań bakterjologicznych.

Przy dzisiejszym stanie techniki bakterjologicznej rozpoznanie posocznicy meningokokowej opierać się musi tylko na dodatnim wyniku posiewu krwi. Stwierdzenie obecności meningokoków w płynie mózgo-rdzeniowym nie pozwala na rozpoznanie posocznicy, będzie tylko wskazywać wraz z gorączką, wysypką i innemi objawami na drętwicę karku. Również i kultury otrzymywane z wydzieliny jamy nosogardzielowej, a wykazujące obecność meningokoków nie mogą mieć rozstrzygającego rozpoznawczego znaczenia, wszak doświadczenie poucza, iż szczególnie w czasie panującej epidemji w dość znacznym odsetku przypadków stwierdza się obecność meningokoków u osób zdrowych, które mogły mieć jakąkolwiek styczność z odpowiednimi chorymi. Jednorazowo przeprowadzony posiew krwi z wynikiem ujemnym posocznicy meningokokowej nie wyklucza. Wszak w naszym pierwszym przypadku trzy pierwsze posiewy krwi pozostały jałowe, a dopiero przy czwartym udało się wyhodować meningokoki, co pozwoliło na pewne rozpoznanie. Podobnie i w trzecim przypadku dopiero trzeci posiew krwi dał wynik dodatni. Krew do posiewów staraliśmy się pobierać nie na szczycie, a raczej w okresie narastania gorączki.

Rzeczą ważną ze względu na leczenie będzie prócz wykazania meningokoków we krwi również i oznaczenie typu, do których one należą, aby ewentualnie użyć odpowiedniej surowicy. Jeżeli posiew krwi zawiedzie, można się uciec do sposobu podanego przez P i c k'a i B e n d a, a także i autorów francuskich, którzy podają łatwy sposób wczesnego rozpoznania posocznicy meningokokowej. W wyciętych cienkich skrawkach skóry z okolicy wykwitu, na preparatach mrożonych i odpowiednio barwionych wykazać można dwoinki Gram-ujemne, które odpowiadają meningokokom. N e t t e r w posiewie limfy uzyskanej z naciętych wykwitów wyhodowuje w odpowiednich przypadkach meningokoki.

Powikłanie posocznicy meningokokowej drętwicą karku, stwierdzoną badaniem cytologicznem i bakterjologicznem płynu mózgo-rdzeniowego, ułatwi w odpowiednich przypadkach rozpoznanie.

Rokowanie w posocznicy meningokokowej zależne jest od postaci pod jaką występuje. Postacie piorunujące dają rokowanie jak najgorsze. Postacie ostre, trwające zazwyczaj dłużej, czasami i kilka tygodni dają rokowanie nieco lepsze, gdyż jakkolwiek cierpienie to zazwyczaj kończy się śmiercią, opisywane są jednak przypadki wyleczenia. Przypadki podostre jakoteż przewlekłe dają zwykle rokowanie dobre, choroba jednak wlec się może nie tylko przez wiele tygodni, ale nawet i miesięcy. Z naszych trzech przypadków najkrótszy czas trwania choroby wynosił przeszło dwa miesiące, najdłuższy zaś cztery miesiące. L e m i e r r e i P i e d e l i è v r e opisują przypadek posocznicy meningokokowej trwający 11 miesięcy, a zakończony śmiercią wskutek powikłania drętwicą karku.

Co się tyczy leczenia posocznicy meningokokowej, to jak nasze doświadczenie poucza, mamy w surowicy swoistej potężną broń przeciwko tej chorobie, o ile tylko tej surowicy użyjemy umiejętnie i wytrwale. Stosować należy duże dawki surowicy dożylnie i domięśniowo, do 40 cm³ dziennie. Wynik leczniczy w naszych dwóch pierwszych przypadkach był doskonały. U pierwszego chorego, po cztero miesięcznem trwaniu choroby, w którym to czasie stosowanie szeregu środków leczniczych, między innemi argo i trypaflawiny, urotropiny dożylnie, a także i swoistej szczepionki pozostawało bez żadnego efektu dodatniego, zastosowana surowica, częściowo domięśniowo w ilości 120 cm³ w przeciągu czterech dni, przyniosła zupełne uleczenie. Podobnie doskonały wynik leczniczy osiągnęliśmy i u drugiego naszego chorego, u którego nastąpiło wyleczenie po użyciu 180 cm³ surowicy swoistej dożylnie i domięśniowo w przeciągu 7 dni.

Niestety zawiodła nas surowica w przypadku trzecim, pomimo stosowania dawek większych i przez czas dłuższy, zużyto w tym przypadku 190 cm³ surowicy. Nie lepszy wynik leczniczy dał nam również zastosowany dożylnie mercurochrom. Wyleczenie w tym przypadku nastąpiło podczas stosowania dożylnego 40% urotropiny i gorących kąpieli z następowem zawijaniem w koce. Ten sam środek nie dał nam pożądanego wyniku u pierwszego naszego chorego.

W każdym razie w przypadkach posocznicy meningokokowej, stwierdzonej bakterjologicznie, nie należy nigdy zaniedbać leczenia surowicą swoistą odpowiedniego typu. W razie braku świeżej surowicy swoistej autorowie francuscy radzą użyć innych surowic leczniczych, w pierwszym rzędzie surowicy antidyfterytycznej.

Piśmiennictwo:

1) S a l a m o n. Berl. klin. Woch. 1902. — 2) M a r t i n i u. R h o d e. Berl. klin. Woch. 1905. — 3) M a r k o w i s c h. Wien. klin. Woch. 1906. — 4) L i e b e r m e i s t e r. Muench. med. Woch. 1908. Nr. 38. — 5) N e t t e r. Arch. de Médecin. 1909. — 6) C h e v r e l et B o u r d i n i è r e. Soc. med. des hôpitaux. 1910. — 7) L o i z e l e u r et M o n z i o l s. Bull. de soc. med. des hôpitaux. 1910. — 8) B i t t o r f. D. med. Woch. 1915. — 9) B i t t o r f. Muen. med. Woch. 1916. 10) G h o n. M. med. Woch. 1916. — 11) Z e i s s l e r u. R i e d e l. Deutsche med. Woch. 1917. Nr. 9. — 12) N e t t e r. Soc. méd. des hôpitaux. 1917. — 13) P. L. M a r i e. Soc. méd. des hôpitaux. 1917. 14) B r e t t e. Thèse de Lyon. 1918. — 15) Ch. D o p t e r. Méningococcie. Nouveau Traité de Médecine. 1920. — 16) S i m c h o w i c z T. Neurologja Polska. T. VI. 1922. — 17) F r e n k e l B. Neurologja Polska. T. VI. 1922. — 18) R i b i e r r e, H é b e r t et B l o c h. Annales de Médecine. T. VI. Nr. 5. — 19) L e m i e r r e et P i e d e l i è v r e. Bull. de la soc. méd. des hôpitaux. 1922. — 20) G a n d y et B o u l e n g e r-P i l e t. Bull. de la soc. méd. des hôpitaux. 1922. 21) S i m c h o w i c z T. Warsz. Czasop. lek. Nr. 4. 1924. — 22) A. G l u z i ń s k i. Pol. Gaz. lek. Nr. 28. 1925.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka przewodu pokarmowego [1].

Z II. Kliniki lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Antoni G l u z i ń s k i.

Dzięki ulepszonym w ciągu ostatnich lat 15—20 klinicznym, roentgenologicznym i pracownianym sposobom badania, jesteśmy obecnie w stanie rozpoznać raka przewodu pokarmowego wogóle, a żołądka w szczególności w znacznie wcześniejszym okresie jego powstawania, niż dawniej. Ustalenie rozpoznania w porę, a co za tem zwykle idzie, odpowiednie leczenie schorzenia, umożliwia przeprowadzenie systematycznej walki z rakiem, rokującej lepsze wyniki niż przed laty 20. Jednakże przyznać musimy, że jeszcze i teraz w licznych przypadkach rozpoznajemy nowotwór złośliwy

[1] Odczyt wygłoszony w Sekcji Rakoznawczej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, Warszawa. 1925 r.

zbyt późno, gdyż zarówno badania kliniczne (włącznie z używanemi metodami endoskopowemi), jakoteż roentgenologiczne, tak samo jak badanie treści żołądkowej, kału i t. d. dość często nie daje nam możności odróżnienia objawów podmiotowych i przedmiotowych, wywołanych przez powstający nowotwór od takich samych lub podobnych objawów spowodowanych przez rozmaite inne schorzenia. Zrozumiałem jest zatem dążenie licznych badaczy do stwierdzenia jakichś cech ogólnych lub miejscowych swoistych dla schorzenia złośliwego, a tem samem umożliwiających jego wczesne rozpoznawanie.

Dość liczny zastęp badaczy wychodzi z założenia, że nowotwór złośliwy jest wyrazem nieznanego nam bliżej ogólnego schorzenia ustroju. Inni są zdania, że przy tworzeniu się, rozroście i częściowym rozpadzie nowotworu, do soków ustroju przedostają się ciała swoiste, które wywołują znów odpowiednie oddziaływanie ustroju. W miarę coraz głębszego przenikania pojęć fizyczno-chemicznych i zapatrywań chemji koloidowej do biologji wogóle, a do patologji w szczególności, mnożą się przypuszczenia, z różnych stron i z rozmaitą mocą przekonywania wypowiadane, że powstawanie nowotworu złośliwego jest w związku z pewnemi zmianami w fizyczno-chemicznych warunkach wewnątrzkomórkowych i pozakomórkowych, z zachwianiem równowagi koloidowo-jonowej pomiędzy oddzielnemi częściami składowemi komórki lub też pomiędzy komórką, a jej otoczeniem. Ramy niniejszego odczytu nie pozwalają mi na przytoczenie nawet kilku przypuszczeń, dość prawdopodobnych i wypowiadanych ze stron autorytatywnych. Zaznaczę tylko, że większość nowoczesnych prób serologicznych i innych, wprowadzonych przez różnych autorów, opiera się na przypuszczeniu, że miejscowe schorzenie złośliwe zależy od ogólnych zmian właściwości chemicznych, zaczynowych, fizyczno-chemicznych, koloidowych i t. d. soków i wydalin ustroju, które to zmiany są bądź przyczyną, bądź skutkiem, bądź też zjawiskami ogólnemi, towarzyszącemi miejscowemu schorzeniu złośliwemu.

Do najbardziej znanych metod serologicznych należą: 1) odczyn precypitacyjny (Kelling 1), Engel i Pribram 2), Martens 3), Maragliano 4) i t. d.; 2) osadowy z lecytyną (Porges i Mayer 5) lub glikocholanem sodu; 3) odczyn zmętnienia (Freund i Kaminer 6); 4) odczyn izohemolityczny (Crile 7), Richartz 8), Janeway 9) i t. d.; 5) heterohemolityczny (Kelling 10), Sterling-Okuniewski 11) i t. d.; 6) odczyn z jadem kobry (Calmette 12), Kraus 13), Ranzi 14), Zubrzycki 15) i inn.; 7) odczyn z odchyleniem dopełniacza (Dungern 16), Kelling 17) i inn.; 8) odczyn antytrypsynowy (Brieger 18), Trebing 19). Heide 20), Bergmann i Mayer 21) i inn.; 8) odczyn Abderhaldena 22); 10) odczyn nadczułościowy (Pfeiffer i Finsterer 23), Jamanouchi 24) i inn.); 11) komórkowy (Freund i Kaminerówna 25) i t. d.; 12) meiostagminowy (Ascoli i Izar 26) i inn.); 13) epifaninowy Weichardt 27); 14) hygrom i fizyczny (Capparelli 28); 15) Bothelho 29) i cały szereg innych. Założenia, sposoby wykonania i wynik tych prób i wielu innych są powszechnie znane i nie będę się nad niemi zatrzymywał. Celem pracy niniejszej jest głównie zwięzłe streszczenie własnych doświadczeń po pierwsze z jedną z prób serologicznych, mianowicie podaną przez Abderhaldena i jego współpracowników, po drugie z pewnemi zjawiskami towarzyszącemi rakowi przewodu pokarmowego wogóle, a żołądka w szczególności.

Przystępując w r. 1913 do wykonania próby Abderhaldena znalazłem w piśmiennictwie parę odnośnych sprawozdań mniej lub więcej entuzjastycznych (Frank i Heimann 30), Gambaroff 31), Brokman 32), Kabanoff 33), obok innych, odmawiających tej próbie wszelkiej wartości klinicznej, a nawet teoretycznej. Jak wiadomo, w myśl poglądów Abderhaldena, wszelkie obcokrwiste ciała (zarówno białko i jego pochodne, jakoteż węglowodany i t. d.), które dostają się do krwiobiegu drogą pozajelitową, wywołują w ustroju powstawanie zaczynów mniej lub więcej swoistych, zapomocą których ustrój rozszczepia obcokrwiste ciała na ich, bardziej dla niego obojętne części składowe. Wskutek odmiennej przemiany materji komórek nowotworowych, do krwi ustroju dotkniętego nowotworem, mogą dostać się ciała białkowe o składzie nieprawidłowym (obcokrwiste), co znów według Abderhaldena powinno spowodować powstawanie swoistych zaczynów nastawionych na rozszczepianie tych ciał białkowatych, pochodnych pierwoszczy komórek nowotworowych. By wykazać obecność tych zaczynów w odnośnej surowicy, wystarcza poddać odpowiednio przygotowaną tkankę nowotworową działaniu surowicy i zapomocą dializy i próby ninhydrynowej wzgl. zapomocą polarymetru lub interferometru i t. d.) badać czy w wyniku otrzymuje się produkty rozkładu białka. Zapomocą dializy zbadałem ogółem 100 przypadków, pośród których było 35 przypadków raka rozmaitych narządów, głównie przewodu pokarmowego; pojedyncze przypadki nowotworowe wielce różniły się między sobą pod względem wielkości, złośliwości klinicznej, daty powstawania nowotworu, obecności przerzutów, stopnia ogólnego charłactwa i t. d. Wyniki moich badań są następujące 34):

1) W przeważającej większości przypadków nowotworowych stwierdziłem, po zmieszaniu odnośnych surowic z tkanką rakowatą, w dializacie produkty rozkładu białka t. j. ciał o mniej lub więcej złożonych pierścieniach peptynowych (t. zw. peptonów).

2) U znacznej większości ludzi zdrowych, względnie dotkniętych rozmaitemi schorzeniami oraz w nieznacznej mniejszości przypadków z nowotworem złośliwym (2 na 35) nie udało się wykazać rozszczepiania białka tkanki nowotworowej.

3) W pewnym odsetku (10%) przypadków fizjologicznych (głównie u kobiet ciężarnych) oraz u ludzi dotkniętych różnemi cięższemi schorzeniami, zetknięcie się odnośnych surowic z preparatem tkanki rakowatej powoduje powstawanie ciał peptonowych.

Nie wchodząc w roztrząsanie zagadnienia, czy przyczyną oczywistego odmiennego zachowania się większości surowic ludzi rakowatych jest w istocie obecność w nich swoistych zaczynów, czy też jakieś inne właściwości tych surowic, należy uznać, że obecności złośliwego nowotworu w ustroju towarzyszą pewne zmiany w surowicy krwi, dające się uchwycić w większości przypadków zapomocą metod dostępnych nam już obecnie.

Sposób Abderhaldena, tak samo jak inne próby serologiczne i t. d. mają na celu wykrycie ogólnych zmian w sokach lub wydalinach ustroju, towarzyszących wszelkiemu schorzeniu złośliwemu, bez względu na to, gdzie ono jest umiejscowione. W ciągu ostatnich lat kilkunastu, szereg badaczy zwrócił uwagę na pewne mniej lub więcej swoiste zmiany ogólne lub miejscowe, które w pewnym odsetku przypadków można stwierdzić przy schorzeniu złośliwem pewnych narządów. Zwłaszcza rak przewodu pokarmowego a w szczególności rak żołądka był i jest przedmiotem odnośnych badań.

Już Kelling (l. c.) twierdził, że odczyn heterohemolityczny występuje częściej przy rakach przewodu pokarmowego. Grafe i Röhmer 35) wykazywali, że wyciąg eterowy z treści żołądka rakowatego ma silne właściwości hetero- i izohemolityczne, podczas gdy takiż sam wyciąg z treści żołądka nierakowatego nie posiada tych właściwości. Grafe i Röhmer przypuszczają, że czynnikiem wywołującym rozpuszczanie krwinek jest kwas olejowy, przedostający się do żołądka przy rozpadzie tkanki rakowatej. Inni autorowie potwierdzili spostrzeżenie Grafe'go i Röhmera, jednakże okazało się, że w niektórych, coprawda niezbyt licznych przypadkach fizjologicznych, treść żołądkowa także posiada własności lityczne, zaś w niektó-

rych przypadkach raka żołądka własności tych nie stwierdza się.

W końcu roku 1922 znalazłem krótką wzmiankę Josepha Sailora 36), że we wszystkich prawie przypadkach raka narządów brzusznych stwierdzał wystąpienie cukromoczu po doustnem podaniu większej ilości cukru, tak, że uważał objaw ten za potwierdzenie rozpoznania raka. Ciekawe spostrzeżenie Sailora podało mi asumpt do sprawdzenia tolerancji węglowodanowej w przypadkach nowotworów złośliwych zwłaszcza usadowionych w jamie brzusznej. Wobec tego, że stężenie cukru we krwi jest bardziej miarodajnym wskaźnikiem tolerancji węglowodanowej niż jego zawartość, względnie brak w moczu, postępowałem w ten sposób, że po doustnem podaniu 100 gr. cukru gronowego na czczo, określałem zapomocą metody Banga, stężenie cukru we krwi po $^1/_4$, $^1/_2$, 1, 2, 3 godz.

Wyniki były następujące 37):

1) We wszystkich prawie przypadkach raka narządów jamy brzusznej, których krew żylna, nim dostanie się do krwiobiegu ogólnego, przechodzi drogą żyły bramnej przez wątrobę, przecukrzenie krwi było nader wybitne i trwało powyżej 3 godzin. Cukromocz w tych przypadkach występował nie tak stale (mniej więcej w 70% przypadków).

2) U ludzi zdrowych względnie dotkniętych różnemi schorzeniami, wreszcie u ludzi cierpiących na raka narządów nie należących do dorzecza żyły bramnej, przecukrzenie pokarmowe było znacznie mniejsze i trwało mniej niż 3 godziny w znacznej większości przypadków (80%). Cukromocz pokarmowy był objawem nieczęstym (wszystkiego 20% przypadków).

Stwierdzona zmniejszona tolerancja węglowodanowa w przypadkach raka żołądka, jelit, trzustki t. j. narządów należących do dorzecza żyły bramnej, znajdująca swój wyraz w przecukrzeniu pokarmowem krwi, dowodzi prawdopodobnie, że nowotwór wydziela pewne ciała wpływające na miąższ wątrobowy w kierunku zmniejszania jego sprawności czynnościowej.

Do takich samych mniej więcej wyników doszli autorowie francuscy (Ramond, Paturier i Zizine 38) i inni), którzy ogłosili swoje doświadczenia jednocześnie ze mną względnie nieco później.

Zmniejszona tolerancja węglowodanowa nie jest, rzecz jasna objawem swoistym dla raka przewodu pokarmowego, jednakże, jej stwierdzenie w przypadkach, w których nie wchodzą w rachubę inne schorzenia połączone z nadmiernem przecukrzeniem pokarmowem krwi, względnie z cukromoczem pokarmowym — może służyć, jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Rak żołądka, jako najczęstsza postać raka przewodu pokarmowego, był szczególnie często przedmiotem badań autorów. Wobec względnie łatwej dostępliwości żołądka dla badań czynnościowych, endoskopowych i t. d. rozpoznać rak żołądka można obecnie stosunkowo wcześnie. Mimo to zbyt często jeszcze spotykamy przypadki, w których nie możemy rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z wrzodem, z ciężką niedomogą wydzielania, ciężkim nieżytem i t. d., czy też z rakiem. Zarówno chemiczne i drobnowidowe badanie treści żołądkowej, jak gastroskopja, badanie stolca na utajone krwawienia, roentgenoskopja i t. d. i t. d. często nie są w stanie rozstrzygnąć wątpliwości klinicysty. Nie jest to też zbyt dziwnem; toż nieraz dopiero histologiczne badanie preparatu osiągniętego przez autopsję *in vivo* czy *post mortem* jest w stanie rozstrzygnąć zagadnienie, tak n. p. wykrywając na krawędzi typowego przewlekłego wrzodu niewielkie grupy komórek o cechach zwyrodnienia złośliwego. Doniesienie Moynihana, poparte ogromnym materjałem klinicznym, że w 19% przypadków operowanych przezeń przewlekłych wrzodów żołądka stwierdzał histologicznie zwyrodnienie rakowate, dowodzi dosadnie, że nasze sposoby wczesnego rozpoznawania raka są jeszcze bardzo dalekie od doskonałości.

Metody Gluzińskiego 40), Salomona 41) sposób Neubauera i Fischera 42), ulepszony przez Kuttnera i Pulvermachera 43) i t. p. miały na celu wypełnienie tej luki w naszych środkach rozpoznawczych. Metoda Gluzińskiego, jak wiadomo, opiera się na założeniu, że w schorzeniu rakowatem żołądka, wydolność wydzielnicza jest zmniejszona, wskutek czego po dokładnem kilkakrotnem przepłukiwaniu żołądka, można wykazać zwłaszcza po obciążeniu go bardziej obfitym pokarmem próbnym, brak lub znaczne zmniejszenie zawartości kwasu solnego. Według Salomona treść żołądka rakowatego zawiera więcej białka oraz produktów jego rozkładu, niż we wszelkich innych schorzeniach. Wreszcie Neubauer i Fischer wykazali obecność peptaz t. j. zaczynów peptolitycznych w soku większości żołądków rakowatych. Te trzy próby stanowią dość często cenne pomocnicze środki rozpoznawcze w przypadkach wątpliwych .

Badając własności fizyczno-chemiczne treści żołądkowych w różnych schorzeniach czynnościowych i organicznych żołądka, stwierdziłem pewne charakterystyczne dla raka żołądka zachowanie się wskaźnika refraktometrycznego i napięcia powierzchniowego treści żołądkowej, a mianowicie 44):

a) Na czczo wskaźnik refraktometryczny przesączonej treści jest większy niż we wszelkich innych schorzeniach żołądka; przeciętnie napięcie powierzchniowe treści jest mniejsze niż w innych sokach żołądkowych czystych t. j. nie zawierających większych domieszek żółci, krwi i śluzu zewnętrznego").

b) Treść wydobyta w $^3/_4$ godzin. po spożyciu przez chorego odpowiednio przygotowanego białka jaja kurzego i 100 cm^3 wody przekroplonej wykazuje znacznie mniejszy wskaźnik refraktometryczny niż na czczo, zaś napięcie powierzchniowe jest przeciwnie większe niż na czczo. Natomiast w olbrzymiej większości innych schorzeń żołądka względnie w przypadkach z żołądkiem prawidłowym, w treści wydobytej po próbie białkowej wskaźnik załamania był większy niż na czczo, zaś napięcie powierzchniowe mniejsze. Jedynie w przypadkach połączonych z niedomogą wydzielniczą, lub z nadmiernie szybkiem opróżnianiem się żołądka wskaźnik refraktometryczny zmniejszał się, jednakże nigdy w tak znacznym stopniu, jak w raku.

Odmienne zachowanie się właściwości fizyczno-chemicznych treści żołądka rakowatego było tak stałe, że na tej zasadzie mogłem ustalić, względnie wyłączyć rozpoznanie raka w 173 zbadanych przypadkach, pośród których było 18 przypadków raka żołądka, przyczem we wszystkich bez wyjątku przypadkach rozpoznanie odpowiadało wynikom sekcji, względnie operacji, względnie dalszemu przebiegowi klinicznemu.

Nie mogę przytaczać tu założeń teoretycznych na których opiera się podana przeze mnie próba. Zaznaczę tylko, że wysoki wskaźnik refraktometryczny, a także niskie napięcie powierzchniowe treści żołądkowej wydobytej na czczo jest niezawodnie skutkiem: a) zmniejszonej wydolności ruchowej żołądka rakowatego, b) obecności większej ilości cząsteczek białkowych o dużym wskaźniku refraktometrycznym, c) obecności peptaz roszczepiających obecne w żołądku cząsteczki białkowe na mniejsze cząsteczki, które w sumie jeszcze bardziej zwiększają wskaźnik refraktometryczny, rozpuszczalnika, niż białko nierozszczepione, d) pewnych bliżej nieokreślonych właściwości tkanki rakowatej, zwłaszcza wskutek odmiennej przemiany materji (rozszczepianie cukru gronowego, odmienne zachowanie się tłuszczów i lipoidów i t. p.).

Zmniejszenie się wskaźnika refraktometrycznego oraz zwiększenie się napięcia powierzchniowego w treści żołądka rakowatego, wydobytej w $^3/_4$ godz. po spożyciu białka, polega najprawdopodobniej na: 1. zmniejszonej wydolności wydzielniczej i trawiennej żołądka rakowatego, wskutek której zmniejszenie się wskaźnika refrakto-

metrycznego zawartości żołądkowej wywołane przez nowo przybyłe 100 cm³ wody przeważa znacznie nad jego wzrostem wywołanym przez zaczynowe trawienie jednocześnie wprowadzonego białka, 2. na odmiennym przebiegu ruchów żołądka, wsysania i roli odźwiernika w przypadkach raka żołądka.

Stwierdzone zachowanie się właściwości fizycznochemicznych treści żołądkowej w przypadkach raka żołądka jest tak dalece charakterystyczne, że wprowadzenie tej metody do diagnostyki raka żołądka jest bezwzględnie wskazane.

Piśmiennictwo.

1) Kelling. Arch. f. Verdkrkh. 1912. t. XVIII. z. 3. — 2) Engel i Pribram. cyt. wg. Sterlinga-Okuniewskiego. Med. i Kron. Lek. 1913. — 3), 4) Mertens, Maragliano, ibidem. — 5) Porges i Mayer, ibidem. — 6) Freund i Kaminer, W. Kl. W. 1911. — 7) Crile, cyt. wg. Zubrzyckiego, Przegl. lek. 1918. 2. — 8) Richartz, cyt. wg. Sterling-Okuniewskiego, l. c. — 9) Janeway, cyt. wg. Zubrzyckiego, l. c. — 10) Kelling, l. c. — 11) Sterling-Okuniewski, Med. i Kr. Lek. 1912. 37. — 12) Calmette, cyt. wg. Zubrzyckiego i Sterlinga-Okuniewskiego, l. c. — 13) Kraus, Graff i Ranzi, W. kl. W. 1911. — 14) Ranzi (książka Krausa i Leraditi'a „Handbuch der Technik und Methodik d. Immunitätsforschung", 1911. — 15) Zubrzycki, Przegl. Lek. 1918. 2, 4, 5. — 16) Dungern, Münchn. med. Woch. 1912. 20. —17) Kelling, l. c. — 18) Brieger i 19) Trebing, cyt. wg. Zubrzyckiego i Sterlinga-Okuniewskiego, l. c. — 20) Heide, ibidem. — 21) Bergmann i Mayer, cyt. wg. Zubrzyckiego, l. c. — 22) Abderhalden, Abwehrfermente d. tierischen Organismus. 1909. — 23) Pfeifer i Finsterer, cyt. wg. Ranzi, l. c. — 24) Jamanouchi, cyt. wg. Sterling-Okuniewskiego, l. c. — 25) Freund i Kaminer, l. c. — 26) Ascoli i Izar, M. m. W. 1911. 25. Berl. Kl. W. 1911. 39 i inn. — 27) Weichardt i Kümmel. M. m. W., 1911. 32. — 28) Capparelli, wg. Zeitschr. für Immunik, l. — 29) Botelho, . — 30) Frank i Heimann, Berl. kl. W., 1913. 14. — 31) Gambaroff, Münchn. m. W. 1913. 30. — 32) Brokmann, The Lancet, 1913, str. 1385. — 33) Kabanoff, Münchn. med. W., 1913. 41. — 34) S. Cytronberg, Mitteil aus d. Grenzgb. d. Med. und Chir., 1914. XXVIII. 2. — 35) Grafe i Röhmer, cyt. wg. Sterlinga-Okuniewskiego, l. c. — 36) Joseph Sailor, Journ. of. Am. Med. Assoc. 1922. 79, 15. — 37) Cytronberg, Polsk. Arch. med. wewn. 1924. I. L. 3. — 38) Ramond, Paturier i Zizine, La Presse Med., 1923. N. 11. — 39) Moynihan, The Lancet, 1923. — 40) Gluziński, Mitt. a. d. Gr'gb., 1902. X. W. kl. W. 1912. 522. — 41) Salomon, D. m. W. 1903. XXXI. 546. — 42) Neubauer i Fisher, D. A. f. kl. Med. 1909. XCVII. z. 5/6. — 43) Kuttner i Pulvermacher, Berl. klin. W. 1910. 47, 45. — 44) Cytronberg, odcz. w Warsz. Tow. Lek. 1925. 19 maja, w druku: Les Archives des Maladies de l'apparel Digestif.

Dr. JAN OFFENBERG. Warszawa.

O stosowaniu metody osłuchowo-dotykowej w rozpoznawaniu schorzeń jamy brzusznej.

(Odczyt, wygłoszony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie, dn. 14. lipca 1925 r.).

Metoda badania, polegająca na jednoczesnem stosowaniu osłuchiwania i opukiwania (*Perkussio-Auscultatio*), przy udoskonaleniu techniki, wykazuje tyle niewyzyskanych wartości, że zasługuje ze wszech miar, by zachęcić szerszy ogół lekarzy do posługiwania się tą metodą i do dalszego jej doskonalenia.

Odmianę tej metody pod nazwą „Osłuchiwanie szmerów dotykowych" miałem możność omówić w roku zeszłym na łamach „Polskiej Gazety Lekarskiej (N. 35. r. 1924)". Metoda ta polega na ocenianiu szmerów, dochodzących do uszu naszych podczas osłuchiwania, gdy jednocześnie palcem dotykamy powierzchni terenów, które poddajemy badaniu.

Podałem wówczas historję tej metody oraz wykazałem, jakie znaczenie praktyczne posiada ta metoda w badaniu stanu narządów klatki piersiowej.

Obecnie pragnę się podzielić wynikami stosowania metody osłuchowo-dotykowej w badaniu narządów jamy brzusznej.

Przedtem jednak należy przypomnieć, na czem oparta jest zasada tej metody, jaki jest cel oraz na czem polega technika metody, w szczególności w zastosowaniu do badania stanu jamy brzusznej.

Zasada: Podczas osłuchiwania odgłosów dotykowych — szmery dotykowe, słyszalne na całej przestrzeni terenów powietrznych, zanikają odrazu, gdy dotykający palec wkroczy w granicę terenu bezpowietrznego.

Zestawiając wyniki te z wynikami zwykłej perkusji, przekonywamy się, że miejsca wygaśnięcia szmerów dotykowych ściśle odpowiadają linji bezwzględnego stłumienia odgłosu opukowego.

Cel, dający się osiągnąć powyższą metodą: zapomocą metody osłuchowo-dotykowej mamy możność oznaczania granic terenów, resp. narządów bezpowietrznych, oceniać ich wielkość, kształt, umiejscowienie.

Technika: Ustawiamy słuchawkę dwuuszną (*phonendoskop*) w obrębie narządu powietrznego w znacznem oddaleniu od badanego terenu, a palcem lub jakiemś innem narzędziem, naprz. dermografem — zlekka dotykamy skóry, przebiegając w kierunku od terenu powietrznego ku bezpowietrznemu. Linję wygaśnięcia wszelkich odgłosów oznaczamy dermografem; będzie to linja, odpowiadająca granicy narządu bezpowietrznego.

Metoda ta posiada tę dogodność, że daje możność kilku osobom jednoczesnego badania i wzajemnego kontrolowania siebie (badanie zbiorowe): każdy badający ustawia swoją słuchawkę w pobliżu słuchawki drugiego i wszyscy otrzymują wrażenie z odgłosów, powstających od dotykania skóry palcem przez osobnika badającego.

Technika badania brzucha: Badając brzuch zapomocą metody osłuchowo-dotykowej, przekonaliśmy się, że osiąga się najlepsze wyniki, gdy słuchawka jest umieszczona w znacznem oddaleniu od badanego narządu: widocznie — dla dokładniejszego chwytania rozmaitych odcieni wrażeń słuchowych potrzebne jest pewne oddalenie od źródła zjawisk akustycznych, tak samo — jak perspektywa jest niezbędna dla wrażeń wzrokowych.

W celu zaznajomienia się ze stanem narządów, znajdujących się w górnej połowie brzucha, ustawiamy słuchawkę nad pępkiem, a jeszcze lepiej — nad spojeniem łonowem, palcem zaś dotykamy skóry ruchami rytmicznemi, posuwając się od dołu ku górze, ku granicom wątroby, śledziony i t. d. Tam, gdzie zaczyna się cisza, jest dolna granica tych narządów.

Dla zbadania zaś dolnej połowy brzucha — ustawiamy słuchawkę w dołku podsercowym, a palcem (ew. dermografem) dotykamy skóry w kierunku od góry ku dołowi i notujemy chwilę resp. miejsce zniknięcia szmeru.

W ten sposób dają się oznaczyć nietylko wymiary poprzeczne ciała bezpowietrznego, lecz też i boczne. Rzadko dla określenia granic bocznych, musimy ustawiać słuchawkę z boku brzucha, a wtedy palcem dotykającym posuwamy się od zewnątrz ku linji środkowej ciała.

Wyniki badania: Posługując się powyższą techniką podczas badania narządów jamy brzusznej, osiągamy cały szereg wyników, które dają możność wnioskowania w sposób dokładniejszy, aniżeli zwykłe opukiwanie, czy w jamie brzusznej zachodzą warunki prawidłowe czy też zmienione.

W stanach normalnych jesteśmy w możności tą metodą oznaczyć granicę wątroby, śledziony, przestrzeń półksiężycową Traube'go i dolną granicę żołądka.

Badanie wątroby: Poszukując dolnej granicy wątroby, badamy ją na linjach: środkowej ciała, przymostkowej prawej, sutkowej i pachowej prawej; lewą granicę określamy z łatwością, badając przestrzeń Traube'go, górna zaś granica wątroby odpowiada dolnej granicy prawego płuca, którą się oznacza podług wskazówek, omówionych przeze mnie poprzednio w N. 35 Pol. Gaz. Lek. z r. 1924 w rozdziale o badaniu klatki piersiowej.

Zupełnie analogicznie oznacza się granice śledziony: granicę dolną odszukujemy, posuwając się dotykającym palcem od dołu w kierunku łuku żebrowego, prawą granicę odszukuje się w przestrzeni Traube'go, górna — odpowiada dolnej granicy lewego płuca na linji pachowej.

W badaniu stanu narządów jamy brzusznej wielce pożyteczne jest zaznajomienie się ze stanem przestrzeni półksiężycowej Traube'go, a że zapomocą metody osłuchowo-dotykowej daje się ona określić wprost precyzyjnie, przeto nigdy nie należy w tych razach badania tego pomijać. Dzięki tej metodzie mamy możność w sposób najczulszy stwierdzać wymiary tej przestrzeni, a co za tem idzie wykrywać zmiany, zachodzące w wymiarze lewego płatu wątroby i w śledzionie. W tym celu jednak musi być ustalona ściśle granica tej przestrzeni w stanach normalnych, innemi słowy musi być ustalona granica lewa dla wątroby i prawa granica dla śledziony w obrębie tej przestrzeni u ludzi zdrowych.

Dotychczasowe poszukiwania nasze, czynione zapomocą metody osłuchowo-dotykowej, każą ustalić granicę dla lewego płatu wątroby w obrębie przestrzeni Traube'go w miejscu przecięcia łuku żebrowego przez linję przymostkową lewą, dla przedniego zaś brzegu śledziony — linję pachową przednią. Wszelkie odchylenia od tego świadczą o zmianie jaka nastąpiła z winy wątroby lub śledziony, o ile nie wejdą w grę inne sprawy chorobowe (guzy żołądka, wysięk w jamie opłucnej i t. p.).

W oznaczaniu granic żołądka zadowalamy się określaniem dolnej granicy, jako najbardziej miarodajnej.

Pamiętając, że metoda osłuchowo-dotykowa wykazuje dokładnie granicę tylko pomiędzy narządem powietrznym i bezpowietrznym, musimy uczynić z żołądka, a przynajmniej z części jego, narząd bezpowietrzny przez podanie choremu do wypicia na czczo conajmniej 1 szklanki płynu (ciepłego) i wówczas zbadać chorego w położeniu pionowem. Tak samo zresztą postępowali Penzoldt-Dehio, gdy zapomocą zwykłego opukiwania badali granice żołądka oraz podatność ścian jego (rozciągliwość).

Zbadawszy chorego przed podaniem płynu i nie stwierdziwszy nigdzie zanikania szmeru dotykowego, spostrzegamy, że po przyjęciu płynu zjawia się pas, gdzie wszelkie akustyczne wrażenia, pochodzące od dotyku, wygasają; w ten sposób zaznacza się górna i dolna granica płynu w żołądku; dolna granica płynu — odpowiada dolnej granicy żołądka[1].

Sprawdzając wyniki te zapomocą promieni Roentgena, przekonaliśmy się, że Roentgen wykazuje nieco niżej dolną granicę żołądka. Przypuszczać należy, że promienie Roentgena, jako przebiegające w kierunku nie równoległym, lecz pod kątem, trafiają w swym rzucie na ekran nieco nazewnątrz od rzeczywistej granicy badanego narządu. Stąd ta różnica.

Oznaczanie granicy żołądka możemy połączyć z badaniem jego sprawności mechanicznej, należy tylko w określonych odstępach czasu sprawdzać poziom przyjętego przez badanego osobnika płynu. Wyników tych jednak obecnie nie podajemy, gdyż te badania nasze są jeszcze w toku.

Gdyśmy teraz poznali zasadę metody osłuchowo-dotykowej, jej cel, technikę oraz przekonali się o możliwości osiągnięcia tą drogą zupełnie pozytywnych wyników w badaniu narządów jamy brzusznej w stanach normalnych, staje się zrozumiałem, że metoda ta daje możność stwierdzania również i wszelkich odchyleń od normy w stanie jamy brzusznej.

Na zasadzie kazuistyki naszej, pochodzącej w głównej swej części z oddziału S. Bronowskiego (Szpital S-go Ducha), mogliśmy dojść do przeświadczenia, że metodą osłuchowo-dotykową dają się rozpoznać następujące stany chorobowe w jamie brzusznej:

1) Powiększenie lub zmniejszenie wątroby, ewentualnie jej przemieszczenie.
2) Powiększenie woreczka żółciowego.
3) Powiększenie śledziony.
4) Przemieszczenie dolnej granicy żołądka.
5) Zmieniony stan przestrzeni półksiężycowej Traube'go, zależny od zmiany wielkości wątroby lub śledziony lub od nagromadzenia płynu nad przeponą.
6) Przepełniony pęcherz moczowy.
7) Powiększoną macicę.
8) Guzy jajników.
9) Inne guzy jamy brzusznej.
10) Wolny płyn w jamie brzusznej.

W końcu podajemy wnioski, do których doprowadziły nas dwuletnie poszukiwania i obserwacje, poczynione na chorych ze schorzeniami jamy brzusznej, badanych w celach rozpoznawczych zapomocą metody osłuchowo-dotykowej.

1. Wyniki metody osłuchowo-dotykowej zgadzają się z wynikami, otrzymywanemi zapomocą zwykłego opukiwania i wyczuwania (palpatio).

2. Metoda jest czulsza od zwykłego opukiwania.

3. Praktyczna wartość metody zwiększa się, gdy zwykłe opukiwanie oraz wyczuwanie nie dają żadnych wyników, n. p. u osobników bardzo otyłych lub z bardzo napiętemi ściankami brzusznemi.

4. Oznaczanie granic żołądka zapomocą omawianej metody posiada wyższość nad badaniem zapomocą wydymania — ze względu na bezpieczeństwo i łatwość zastosowania, a w braku Roentgena metoda ta może do pewnego stopnia zastąpić badanie granic żołądka promieniami X.

5. Metoda osłuchowo-dotykowa jest pożyteczna w oznaczaniu płynu wolnego w jamie brzusznej, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy zwykłem opukiwaniem lub drogą wywoływania chełbotania osiągamy wyniki wątpliwe.

6. Jeżeli dla rozpoznania schorzenia jamy brzusznej niezbędne jest ścisłe ustalenie linji, ew. całej konfiguracji ciała bezpowietrznego (chorobowo zmieniony narząd, guz, ascites), a zapomocą zwykłych metod nie jesteśmy w stanie oznaczyć tych konturów, wówczas metoda osłuchowo-dotykowa może przyjść z pomocą i zadanie powyższe spełnić z wielką dokładnością.

[1] Zrozumiałem jest, że dolną granicę płynu w żołądku odszukujemy, ustawiając słuchawkę nad spojeniem łonowem, palcem zaś dotykamy skóry brzucha, krocząc od dołu ku górze, granicę zaś górną płynu oznaczamy odwrotnie: słuchawkę umieszczamy w dołku podsercowym, palcem zaś dotykającym posuwamy się od góry ku dołowi.

Z praktyki.

Doc. Dr. Stefan STERLING-OKUNIEWSKI. Warszawa.

O znaczeniu odruchu oczno-sercowego i o zastosowaniu praktycznem ucisku gałek ocznych*).

W 1908 r. Aschner zwrócił uwagę na ciekawy fakt, iż pod wpływem ucisku jednej, zwłaszcza prawej, lub obydwu gałek ocznych, następuje zmniejszenie częstości uderzeń tętna. Przez kilka lat tą sprawą fizjologiczną zajmowano się mało i dopiero w 1913—1914 latach we Francji poświęcono odruchowi oczno-sercowemu wiele prac zarówno teoretycznych, jak i klinicznych w celu zbadania wartości i znaczenia jego pod względem klinicznym. Z badań tych wynika, iż ucisk gałek ocznych wywiera najbardziej widoczny wpływ na czynność serca, poza tem jednak — obok zaburzeń w stanie ogólnym (uczucie zimna, ciepła, kolka kiszkowa, nudności, wymioty, bóle i zawroty głowy) — wywołuje dość często zaznaczone objawy oddechowe t. zw. odczyn oczno-oddechowy lub oczno-przeponowy), niekiedy prowadzi do zmian w odruchach ścięgnistych i skórnych,

*) Wygłoszone na XII. Zjeździe Lek. i Przyr. w Sekcji medycyny wewnętrznej.

a nawet powoduje zjawianie się w moczu składników patologicznych (białko, cukier u padaczkowych).

W celu wywołania odruchu, pod względem technicznym, należy w pozycji leżącej ucisnąć choremu obie jego gałki oczne w ciągu 15—30 sekund (ewentualnie licząc do 20—30) bądź palcami wskazującemi badacza, bądź zapomocą specjalnego przyrządu — uciskacza, t. zw. „compresseur oculo — cardiaque" (firmy Boulitte w Paryżu). U zdrowych ludzi i u zwierząt w kilka sekund po rozpoczęciu ucisku następuje prawie stale zwolnienie tętna — przeciętnie o 6—12 uderzeń na minutę u ludzi, u psów zaś — 30—40 uderzeń. W niewielkim odsetku przyp. (około 4%), zwłaszcza u kobiet, zamiast zwolnienia tętna, spostrzega się nieznaczne jego przyśpieszenie. W okresie odruchu spostrzega się niekiedy odchylenia od prawidłowych czynności mięśnia sercowego: zaburzenia w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem, wyrażające się w wydłużeniu przerwy między skurczem przedsionków i komór, a w wyjątkowych przypadkach może nawet nastąpić całkowita — 5—6 sekundowa — przerwa w czynności serca. Zdarza się, iż od dłuższego ucisku następuje rozkojarzenie w czynności przedsionków i komór, przyczem występują skurcze, nie przechodzące na komory i naodwrót, komory kurczą się jednocześnie lub prawie jednocześnie z przedsionkami; w pewnych przypadkach bradykardji prawdziwej, skurcze przenoszą się nawet w kierunku odwrotnym, t. j. z komór na przedsionki (*rythme inverse* — Petzetakis). Oprócz zmian w częstości tętna notowano jeszcze zmiany w wielkości tętna i w ciśnieniu krwi — według jednych badaczów następuje zmniejszenie amplitudy tętna i parcia krwi (Loeper, Mougeot), według innych — zwiększenie.

Po wstrzyknięciu 1 mgr atropiny po 10 min. odruch oczno-sercowy zostaje zniesiony (natomiast odruch oczno-oddechowy trwa w dalszym ciągu), ciśnienie krwi — odruch „*oculo-vaso-moteur*", jak go nazywa Petzetakis, może się zmniejszyć, powiększyć lub pozostać bez zmiany. Po wstrzyknięciu 1 mgr pilokarpiny odczyn się wzmaga, w narkozie chloroformowej ginie dopiero w bardzo głębokiem uśpieniu, a w eterowej pozostaje bez zmiany. Adrenalina (1 mgr) według spostrzeżeń własnych — zazwyczaj nie wywiera wpływu na odczyn oczno-sercowy.

Co do teoretycznych podstaw odruchu, to nie są one łatwe. Już Aschner, a następnie inni autorzy francuscy (Guillaume i inni) tłumaczyli odruch oczno-sercowy w ten sposób, iż podnieta z gałki ocznej przenosi się drogą nerwu trójdzielnego do istoty szarej rdzenia przedłużonego, gdzie podrażnia szereg ośrodków, a mianowicie ośrodek nerwu błędnego, współczulnego i przeponowego, czego wynikiem są zmiany w krążeniu i oddychaniu; przeważa, naturalnie, odruch oczno-sercowy, ale — jak już wspomniano — obok niego występuje również odruch oddechowy i naczynio-ruchowy. Że istotnie nerw trójdzielny stanowi drogę dośrodkową, przekonały przypadki neuralgji tego nerwu, w których w celach leczniczych dokonywano wycięcia kawałków nerwu pomiędzy opuszką, a węzłem Gassera, odruch po stronie z uszkodzonym nerwem trójdzielnym znikał, po stronie normalnej pozostawał bez zmiany[1]). Natomiast w przypadkach jednostronnego schorzenia nerwu trójdzielnego odruch, według J. A. Barrégo i L. Crasema, zachowuje się rozmaicie: niekiedy znika, niekiedy pozostaje bez zmiany, i to zarówno po stronie chorej jak i zdrowej. W powstawaniu specjalnie odruchu oczno-sercowego przyjmuje udział według jednych autorów wyłącznie nerw błędny, według innych — również i nerw współczulny. W każdym razie odczyn normalny, wskazuje w ustroju normalnym na przewagę układu, hamującego czynność serca, nad przyśpieszającym; może jednak wystąpić przyśpieszenie, wówczas musimy liczyć się z przewagą układu współczulnego (*st. sympathicotonicus*).

Naturalnie, przystąpiono do badania odruchu w różnych stanach chorobowych, zwłaszcza układu nerwowego. Nastąpił długi szereg prac Lesieur, Verneta i Petzetakisa, zwłaszcza ostatniego, Loepera i Mougeota, samego Mougeota i w. inn. Okazało się, iż odruch oczno-sercowy w wielu stanach chorobowych ulega zmianom: to zostaje znacznie wzmożony, jak w padaczce, gdzie spostrzegano zahamowanie czynności serca (w jednym przyp. do 14 sek.), to zostaje całkiem zniesiony, jak w wiądzie rdzenia, w porażeniu połowiczem (wogóle brak zmian w tętnie po ucisku gałek ocznych znamionuje, według wielu autorów, cierpienie kiłowe układu nerwowego), bądź wreszcie odmienionym (*inverse*) — zamiast zwolnienia następuje przyśpieszenie tętna, jak to spostrzegałem w licznych przypadkach gruźlicy (podrażnienie układu współczulnego). Bardzo ciekawe są spostrzeżenia autorów francuskich, zwłaszcza Mougeota, co do odruchu oczno-sercowego w różnych postaciach częstoskurczu. Odruch bywa stale zachowany w częstoskurczu, zależnym od niedomogi mięśnia sercowego, nawet w ciężkich stanach, w tachykardji, zależnej od zaburzeń w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, oraz w przypadkach bez widocznego tła anatomicznego, w t. zw. tachykardji nerwowej. Natomiast nie występuje odruch oczno-sercowy w częstoskurczu, powstającym wskutek: 1) porażenia nerwu błędnego (przy zwężeniu ujścia żylnego lewego), 2) spraw zapalnych w otoczeniu nerwu błędnego (tętniak aorty z zajęciem tkanki śródpiersia), 3) zatrucia ośrodka, regulującego czynność serca (gruźlica), 4) wskutek kiły w późnych jej okresach, z zajęciem ośrodków mózgowych lub opon.

Być może, stosowanie odruchu oczno-sercowego, pomimo tych badań, nie stanowi jeszcze dostatecznie opracowanego środka rozpoznawczego dla kliniki; zwłaszcza jeśli odruch ten — jak twierdzi A. Kobryner — nie jest objawem stałym i niezmiennym u tego samego osobnika, lecz w ciągu bardzo krótkiego czasu może się zmieniać (z dodatniego stawać się odwróconym i t. d.). Jednak z czasem dalsze badania może ustalą pewne stany, w których posługiwanie się odruchem będzie miało znaczenie diagnostyczne.

Natomiast jako środek leczniczy ucisk gałek ocznych niewątpliwie może znaleźć pewne zastosowanie. Już przed wojną Loeper i Weil uciskali gałki oczne w niektórych cierpieniach nerwowych pochodzenia opuszkowego; a więc u chorych, miewających skurcze gardzieli, przełyku i wpustu żołądka, w napadach dychawicy, w bolach stenokardjalnych, a zwłaszcza podczas uporczywej czkawki, kichania lub męczącego ziewania — autorzy ci spostrzegali wybitną i trwałą poprawę. Dziś stwierdzić możemy na podstawie własnego doświadczenia i danych z piśmiennictwa, iż uciskanie gałek ocznych posiada znaczenie praktyczne w szeregu najrozmaitszych niedomagań lub przykrych przedmiotowo objawów.

1. W przebiegu czkawki epidemicznej w 1920 r. we Francji środki lecznicze, jak morfina i jej pochodne, eter, eter amylowalerjanowy, walerjana, kamfora, beladona, kokaina, chloroform naogół zawodziły. Natomiast ucisk gałki ocznej, jak to na dużym materjale stwierdzili Sicard i Paraf, a co potwierdzili również inni, może powstrzymać napad czkawki. W trzech przypadkach czkawki epidemicznej z pośród pięciu, spostrzeganych przeze mnie w 1922 r., istotnie tylko drogą ucisku gałki ocznej udało się powstrzymać dłużej już trwającą czkawkę (w jednym przypadku 24 godz., w drugim trzy doby) po kilku uciśnięciach gałek w przerwach kilkunasto minutowych; nie ulega żadnej wątpliwości, że dolegliwy ten objaw ustąpił wskutek zastosowania tego prostego rękoczynu.

2. Czkawkę, występującą w przebiegu wielu chorób zakaźnych, zwłaszcza, gdy nie powstaje ona wskutek podrażnienia lub zapalenia otrzewnej, można dość często powstrzymać jedynie drogą uciskania (niekiedy powtarzanego) gałek ocznych. W ten sposób udawało mi się wielokrotnie u chorych na tyfus brzuszny, czerwonkę, dur plamisty usunąć ten bardzo nieraz męczący chorego objaw. Natural-

nie, zdarzają się przypadki, w których ucisk zawodzi, widywałem natomiast takie, gdzie było niewątpliwie lekkie podrażnienie otrzewnej, a po kilkurazowym ucisku, czkawka — *propter hoc* czy *post hoc* — ustępowała.

3. Czkawkę, która bardzo często występuje z łatwością u dzieci wskutek wielu przyczyn (n. p. wskutek szybkiego ruchu, wskutek łechtania lub uporczywego i gwałtownego śmiechu i t. p.) zazwyczaj można powstrzymać od jedno lub parorazowego ucisku gałek.

Prawdopodobnie udałoby to się uczynić i u dorosłych w stanach, ujmowanych pod nazwą — „mioklonji histerycznej“ lub „paramioklonji neuropatycznej“.

4. Napady częstoskurczu napadowego (*tachycardia paroxysmalis*) udaje się przerwać po parorazowym ucisku gałek ocznych. Przy stosowaniu ucisku na samym początku zjawiania się napadu można doprowadzić do napadu poronnego, a stosując ten sposób w ciągu dłuższego czasu można wreszcie doprowadzić do całkowitego zaniku choroby. W jednym takim przypadku u 36-letniej chorej z inteligencji, o doskonale rozwiniętej zdolności samospostrzegania, u której liczba uderzeń serca i tętna na minutę podczas napadu dochodziła do 180—200, a nawet wyżej, po bezskutecznem podawaniu najrozmaitszych leków drogą systematycznego stosowania ucisku gałek ocznych udało się od dwóch lat powstrzymać napady; subjektywnie osoba ta uważa się za wyleczoną. U drugiej chorej tego rodzaju napady występują rzadziej i są mniej uciążliwe.

Z tych kilku punktów wynika, że ucisk gałek ocznych posiada w pewnych razach zastosowanie praktyczne. Być może, odruch oczno-sercowy nie daje tego, czego się od niego spodziewano, pod względem klinicznym, bezsprzecznie stanowi jednak ciekawe zjawisko biologiczne, uciskanie zaś gałek nie jest bez znaczenia jako środek leczniczy.

Dr. med. Stefan BAGIŃSKI. Wilno.

Przyczynek do leczenia gorączki gruźliczej.

Charakter gruźlicy, zależny od siedliska prątków, jest tak różny, że dotąd nie posiadamy żadnego swoistego środka do zwalczania tej choroby, której nasilenie w powojennych czasach wymaga wielkiego wysiłku nietylko lekarzy, lecz i całego społeczeństwa.

W niniejszej notatce pragnę zwrócić uwagę ogółu lekarzy na pewny pod względem działania, a przytem zupełnie nieszkodliwy oraz łatwy do zastosowania środek, jakim jest Elbon „Ciba“.

Jest to pod względem chemicznym cynamoilo-para-oksyfenylo-mocznik i w obiegu znajduje się w postaci tabletek bez smaku, o słabo aromatycznym zapachu, nie rozpuszcza się w wodzie, natomiast łatwo się rozpuszcza w lipoidach. W ustroju rozpada się na kwas cynamonowy i oksy-fenylo-mocznik, pierwszy o wybitnem działaniu bakterjobójczem, drugi zaś o własnościach przeciwgorączkowych. W dalszym procesie kwas cynamonowy utlenia się, tworząc kwas bedźwinowy, który znów łącząc się z glykokolem daje kwas hipurowy i w tej postaci wydziela się z moczem. Co zaś do jądra fenylo-mocznika, to następuje rozkład na niższe związki aminofenolu znane jako wybitne leki przeciwgorączkowe. Badania moczu w zupełności potwierdziły powyższą drogę rozkładu.

Z tego wynika, że w Elbonie „Ciba“ mamy szczęśliwe połączenie dwóch tak ważnych dla leczenia gruźlicy czynników jak odkażanie i działanie przeciwgorączkowe.

Badania na zwierzętach stwierdziły niemal zupełny brak własności trujących; króliki znosiły przez długi czas ogromne dawki — 4 grm. na kg. wagi.

Przekonałem się, że Elbon najkorzystniej działa podawany 4 razy dziennie po 1 tabletce; po kilku tygodniach wystarczają 3 tabletki dziennie. Dawki mniejsze dają wyniki mniej pewne. Chorzy znoszą ten przetwór dobrze, a wobec braku smaku i zapachu zażywają go chętnie. Już po pierwszej tabletce daje się zauważyć ułatwione wykrztuszanie; wkrótce plwocina staje się bardziej płynną i przejrzystą; lecz wynik swoisty występuje dopiero po tygodniowem conajmniej, leczeniu. Przedewszystkiem daje się zauważyć łagodny, lecz trwały spadek ciepłoty o 0,1—0,2° na dobę. Po kilku tygodniach ciepłota opadała do 37,2° i w tych granicach utrzymywała się czas dłuższy. Spadku gwałtownego nigdy nie zauważyłem tak, jak to bywa przy zwykłych lekach przeciwgorączkowych.

Stan ogólny chorych ulega znacznej poprawie, samopoczucie polepsza się, humor powraca, a łaknienie i siły zwiększają się. Waga ciała, która zwykle opadała, utrzymuje się na jednym poziomie, a w dalszym ciągu powoli przybywa, w spostrzeganych przypadkach średnio o 400 do 700 grm. tygodniowo, oczywiście przy wzmożonem odżywianiu.

Ilość drobnoustrojów różnego rodzaju, a w tem i prątków Kocha, ulega zmniejszeniu, plwocina oczyszcza się. Szczególnie wybitnie występuje zmniejszenie ilości drobnoustrojów w przypadkach nieprątkujących, zmniejsza się również ilość morfologicznych składników plwociny.

Badanie fizykalne stwierdza stopniowe znikanie objawów chorobowych w płucach, lub przynajmniej zahamowanie procesu. Nie wszystkie coprawda obserwacje uważam za ukończone; niektóre trwają już od 6 miesięcy, a chorzy nadal zażywają Elbon. Pomimo tak długiego okresu leczenia, nie zauważyłem szkodliwego działania.

Dla przykładu przytaczam najbardziej typowe historje choroby.

E. A. uczennica, lat 18. — Chora od 2 lat. Rok pobytu w uzdrowisku, gdzie wykonano prawostronną odmę. W końcu 1924. r. prawostronne zapalenie płuc z wysiękiem do jamy opłucnowej. Jako beznadziejnie chorą zabrano ją do domu. Początek mego leczenia 12 lutego 1925. waga 40 kg. Ciepł. 39,2° wieczorem. Nieznaczne krwioplucie. Brak apetytu, znaczne osłabienie, od 4 miesięcy nie opuszcza łóżka. Przedmiotowo ustalona sprawa chorobowa w obydwu płucach; w prawem większy obszar zajęty, liczne zrosty opłucnowe. Jam rozpadowych obszernych niema. Rozpoznanie: **Phtisis pulmonum declarata, fibro-caseosa, progrediens acuta** (wdł. podziału Sterlinga). Elbon 4 razy dziennie po 1 tabletce.

26. V. wyjechała na wieś. Elbon 3×1 tabletce. W ciągu trzechmiesięcznego pobytu na wsi nie gorączkowała. Od sierpnia Elbonu nie używa wskutek niemożności nabycia preparatu na wsi. Plwocina nie badana.

W ciągu 3 miesięcy leczenia przybyło na wadze 2·5 kg. Ciepłota prawie w granicach normy. Znaczne polepszenie. Badanie fizykalne stwierdziło zahamowanie sprawy chorobowej, która dotąd szybko rozprzestrzeniała się na zdrowe okolice. Liczba prątków zmniejszyła się z 4—5 na 1—2 w polu widzenia.

M. K. — 25 lat, urzędniczka. Siostra przed paru dniami zmarła na gruźlicę. Kaszel od kilku miesięcy. Osłabienie, brak łaknienia, poty, apatja. Początek leczenia 15. III, ciepłota 37,3° wieczorem. Waga 49 kg. Przedmiotowo stwierdzono zajęte oba szczyty liczne rzężenia. W plwocinie prątków niema, lecz znajduje się mnóstwo innych drobnoustrojów. Rozpoznanie: **Phtisis pulmonum incipiens.** Zastosowano 3 tabletki Elbonu dziennie.

Obecnie czuje się bardzo dobrze. Kaszel ustał. Nieznaczna ilość plwociny zrana, drobnoustrojów bardzo mało. Łaknienie dobre, samopoczucie wspaniałe. Przybyła na wadze 3 kg. Wyjechała na wieś. Dalszych obserwacyj co do niej narazie brak.

Inne przypadki miały podobny przebieg.

Główne wrażenia, wyniesione z tych kilku (7) spostrzeżeń streścić mogę w sposób następujący:

1. Niesłusznie zaniedbana metoda Landerera stosowania podskórnie kwasu cynamonowego została nad wyraz pomyślnie zreformowana w Elbonie, dając możność w sposób wygodny i nieszkodliwy odkażać płuca, zajęte sprawą chorobową.

2. Cennemi są własności Elbonu ze względu na rozrzedzanie plwociny i ułatwienie wykrztuszania.

3. Tak energiczne leki przeciwgorączkowe jak pochodne z grupy para-aminofenolu w Elbonie zachowują

się nad wyraz łagodnie, niezawodnie dzięki wprowadzeniu do związku tego mocznika.

4. Zmiany objektywne idą w parze z litycznym spadkiem gorączki i wyrażają się też w poprawie samopoczucia chorych, którym nieszkodliwe i wygodne leczenie przywraca wiarę w swoje siły i w powrót do zdrowia.

5. Im dalej posunięta jest sprawa chorobowa, tem dłużej czekać trzeba na spadek ciepłoty, aczkolwiek już po krótkim czasie, nawet w okresach późniejszych zauważyć można poprawę.

6. Elbon nadaje się do leczenia gruźlicy w okresie I. i II., a wymaga długotrwałego i nieprzerwanego stosowania, aż do dnia, kiedy gorączka nie powraca mimo przerwy w podawaniu.

Wykłady i odczyty.

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Uwagi w sprawie rozpoznawania bakterjologicznego zakażeń rzeżączkowych.

(Z Miejskiej Pracowni Bakterjologicznej m. st. Warszawy).

Zakażenie rzeżączkowe stanowi teren, na którym spotykają się klinicysta i bakterjolog. Skuteczna praca kliniczna winna opierać się na należytem wykorzystaniu zdobyczy pracowni bakterjologicznej, gdyż wtedy tylko będzie ona miała trwały grunt i oparcie. Pod tym kątem widzenia chcę poddać analizie krytycznej kilka spraw, dotyczących rozpoznawania bakterjologicznego zakażeń rzeżączkowych.

Zapatrywania na rozpoznawanie, jego sposoby oraz metodykę, z biegiem czasu ulegały zmianie. Początkowa tendencja opierania rozpoznawania na wyłącznem badaniu drobnowidowem, po ustaleniu faktu możliwości osiągnięcia hodowli dwoinki wiewiórowej na podłożach odpowiednich, zachwiała się nieco, wysuwając konieczność badania bakterjologicznego, zwłaszcza w przypadkach niewyraźnych lub z małą ilością dwoinek wiewiórowych w wydzielinach. Jednakże trudności wyszczepienia dwoinki wiewiórowej, brak pewnej i ścisłej metodyki doprowadziły do tego stanu, jaki panuje niemal do chwili obecnej, kiedy się w pracy klinicznej polega przedewszystkiem na badaniu drobnowidowem.

Gdy chodzi o badanie dwoinki wiewiórowej, drobnowidowe, morfologiczne, punktami podstawowemi oparcia są: kształt dwoinki wiew., jej stosunek do barwienia sposobem Grama, oraz sposób ułożenia.

Jeszcze w początkowym okresie badań nad gonokokiem Bumm zaznaczył, że typowy kształt poszczególnych ziarenkowców z wklęśnięciem na powierzchniach zetknięcia się, może się zmieniać na okrągławo-owalny, zatracając przez to swoją typowość; tego rodzaju zmiany zaznaczono zwłaszcza dla hodowli dwoinki wiewiórowej na podłożach sztucznych; już w pierwszych pokoleniach poza ustrojem ludzkim kształt typowy w stopniu większym lub mniejszym ulegał zanikowi.

Jeśli chodzi o zmianę kształtu dwoinki wiewiórowej, stwierdzaną drobnowidowo w wydzielinach z ustroju ludzkiego, to była ona naogół zaznaczana rzadko.

W ustroju chorym szereg czynników rozmaitych oddziaływa na dwoinki wiewiórowe, umieszczone na powierzchni błon śluzowych lub w warstwach głębszych tkankowych (siły obronne ustroju, współżycie z innemi drobnoustrojami i i.). Lecz nadto, w przypadkach zakażenia rzeżączkowego poddawanych leczeniu, w rachubę winien wchodzić i czynnik oddziaływania rozmaitych środków leczniczych bakterjobójczych, stosowanych na zakażonej błonie śluzowej. W tym względzie, jedną z pierwszych wskazówek zawdzięczamy Krzyształowiczowi, który w r. 1894 poruszając sprawę znaczenia metody Janet'a w leczeniu rzeżączki, stwierdza w pewnych przypadkach po zastosowaniu solut. kal. hypermanganici 1:4000 ilościowe zmniejszenie gonokoków w wydzielinach, utratę wyraźnych konturów, pojawienie się postaci dwoinek nietypowych, które uważać należy za zwyrodniałe postacie gonokoków; o podobnych zmianach dwoinek wiewiórowych nadmienia Bröse. Jednakże sprawa zmian morfologicznych gonokoka w ustroju nie wzbudziła większego zainteresowania. Jedynie Herzog, wytrwale broniący swego punktu widzenia na jaglicę, jako odmianę zakażenia rzeżączkowego, podał zmiany zwyradniające gonokoka, zachodzące wewnątrz-komórkowo, polegające przedewszystkiem na tworzeniu dwoinek znacznie odbiegających od przeciętnej wielkości — tworów karłowatych oraz olbrzymich (microgonococcus, gigantogonococcus). Aczkolwiek zapatrywanie na te twory zwyradniające, jako na ogniwo łączące gonokoka z chlamydozoa Provazeki, nie zostało przyjęte, jednakże spostrzeżenia nad morfologją oraz zdolnością gonokoka do zaznaczania w ustroju zmian zwyrodniających stanowią fakt niezaprzeczalny.

Zmiany morfologiczne dwoinek wiewiórowych po zastosowaniu przetworów bakterjologicznych, doświadczalnie i na materjale klinicznym stwierdza Markus, podając, że argent. nitricum i protargol (w rozt. 1:1000—2000) po 5' oddziaływaniu na hodowle dwoinek na agarze z płynem puchlinowym dają wybitne zmiany wsteczne. Nadmanganian potasu (rozt. 1:1000 do 1:5000) po 10' daje wybitne zmiany wsteczne. Systematycznie, z dnia na dzień, badając wydzieliny chorych leczonych rozmaitemi substancjami chemicznemi oraz przemywaniami gorącemi, stwierdził on identyczne z powyższemi zmiany zwyrodniające, polegające na powstawaniu postaci karłowatych lub olbrzymich okrągłych, źle albo wcale się nie barwiących barwikami ogólnie używanemi.

Badając w większej ilości systematycznie preparaty z pochwy, w przewlekłych, trwających od lat kilku i stale leczonych stanach zapalnych pochwy (vulvo-vaginitis) wieku dziecięcego, miałem możność spostrzegania postaci zwyrodniałych gonokoka przeważnie ułożonych wewnątrzkomórkowo (microgonococcus, gigantogonococcus). U mężczyzn tego rodzaju zmiany spostrzegałem o wiele rzadziej i wyłącznie tylko w zakażeniach przewlekłych.

Fakty wyżej podane wystarczają, aby stwierdzić, że w ustroju zakażonym można spostrzegać dwoinki, ulegające zmianom zwyrodniającym bądź samoistnie, bądź też po zadziałaniu przetworów leczniczych bakterjobójczych.

Te postaci zwyrodniałe, odbiegające znacznie od typowych kształtów gonokoka, występujące przedewszystkiem w przypadkach przewlekłych i leczonych, stanowią znaczne trudności w rozpoznawaniu drobnowidowem, na preparatach wydzielin. Częstokroć takie twory, nie brane pod uwagę i niedość dobrze znane osobom wykonywującym badanie, ulegają przeoczeniu i powodują nieprawidłowe orzeczenie wyniku.

W ten sposób badanie drobnowidowe, posiadające pewną wartość w rozpoznawaniu zakażenia rzeżączkowego w przypadkach wyniku dodatniego, znajduje dodatkowe zastrzeżenie ze względu na możliwość istnienia nietypowych postaci zwyrodniałych dwoinek.

Przy badaniu drobnowidowem hodowli dwoinki rzeżączkowej na sztucznych podłożach poczynić należy te same zastrzeżenia. W pracach swoich miałem już sposobność do szczegółowego omówienia tej sprawy. Otóż z możliwością występowania odmian zwyrodniałych gonokoka winniśmy sie liczyć przy hodowaniu dwoinek na podłożach sztucznych. Pomimo licznych rozmaitych podłóż, dwoinki z trudem zachowują swoją żywotność poza ustrojem ludzkim. Warunki środowiska na każdem podłożu sztucznem o tyle są gorsze, że dwoinki bądź wcale nie rosną, bądź też z trudem dostosowują się do tych nowych warunków. Temu okresowi dostosowywania się w znacznej części przypadków towarzyszą objawy chorobowe, drobnowidowo zaznaczane przez mniej lub więcej wybitną inwolucję.

Każda hodowla na podłożu sztucznem szybko zatraca typowy kształt osobników poszczególnych, w postaci zaznaczonych wyżej zmian zwyrodniających, występujących już w pierwszych pokoleniach. Pojedyncze szczepy zaznaczają zmiany wsteczne w stopniu o wiele dalej posuniętym. Postacie inwolucyjne w tym przypadku mają kształty wydłużone, laseczkowate, ze zgrubieniami maczugowatemi, o długości do 8 mm. i średnicy nie zawsze prawidłowej. Wobec tego iż zmiany wsteczne obejmują nie wszystkie osobniki szczepu, przy badaniu drobnowidowem daje się spostrzegać ogromna rozmaitość kształtów. Rozmaity stopień zwyrodnienia poszczególnych ziarenkowców dwoinek lub czworniaków rzeżączkowych powoduje powstawanie dziwacznych niekiedy, tworów.

O ile badając drobnowidowo taki szczep na podłożach sztucznych zwłaszcza w pierwszem pokoleniu, spotka się podobne zmiany wsteczne, to tylko przy należytej znajomości tych zmian można stwierdzić przyrodę wiewiórową szczepu. W doświadczeniu własnem nie od pierwszego szczepu zdołałem zorjentować się w istotnym stanie rzeczy. Zmiany wsteczne, spostrzegane niekiedy w ciągu kilku pokoleń z rzędu, ustępują przy dalszem hodowaniu i dwoinka wraca do właściwej sobie na podłożach sztucznych morfologji. Nie wiedząc początkowo o istnieniu i ewolucji zmian inwolucyjnych w hodowlach gonokokowych traktowałem je jako przypadkowe i obce gonokokowi, bądź też jako zanieczyszczenia. Dopiero w dalszym ciągu spostrzeżeń ustaliłem istotną wartość tych zmian wstecznych. Przypuszczać można, że niedostateczna znajomość tych zmian inwolucyjnych nieraz stanowiła i w chwili obecnej jeszcze stanowi przyczynę orzeczenia ujemnego przy rozpoznawaniu bakterjologicznem.

Te zmiany wsteczne w hodowlach dwoinek wiewiórowych, stanowią osobliwość, o której pamiętać należy przy badaniu drobnowidowem hodowli dwoinek, zwłaszcza w pierwszych pokoleniach.

A więc morfologja dwoinek przy badaniu preparatów wydzielin, jakoteż przy badaniu preparatów z hodowli ulega niekiedy wybitnym odchyleniom od kształtów typowych.

Drugą cechą podstawową i charakterystyczną dwoinki wiewiórowej, stanowi stosunek jej ujemny do barwienia sposobem Grama. Cecha ta w olbrzymiej większości przypadków wypada prawidłowo. W pewnych jednakże warunkach staje się ona chwiejną; dotyczy to wyżej zaznaczonych postaci wstecznych, powstają-

cych przy zadziałaniu na dwoinki wiewiórowe szkodliwych czynników zewnętrznych. Postacie inwolucyjne, przechodzące prawdopodobnie, jednocześnie ze zmianami morfologicznemi pewne zmiany biochemiczne, zaznaczają te ostatnie przez chwiejny stosunek do barwienia sposobem Grama. Im wybitniej zaznaczają się zmiany wsteczne tem wyraźniej wystąpić może wynik dodatni barwienia sposobem Grama. Skala dodatniości w tym przypadku jest bardzo szeroka. Przy barwieniu preparatu z wydzielin tylko wyjątkowo stwierdzić możemy osobniki Gramo-dodatnie, częściej wynik badania jest chwiejny, wątpliwy. W preparatach szczepów, ulegających wybitnym zmianom wstecznym można spostrzegać mniejszą lub większą ilość dwoinek zabarwionych dodatnio według Grama, zawsze jednakże jednocześnie stwierdza się dwoinki barwiące się prawidłowo. Nie każda komórka drobnoustrojowa zmieniona wstecznie daje wynik dodatni barwienia podług Grama. Częstokroć spostrzega się wybitnie zwyrodniałe dwoinki, barwiące się jednakże prawidłowo. Potwierdzając istnienie Gramo-dodatnich postaci dwoinek z całą stanowczością winienem jednakże zaznaczyć, że ta cecha stanowi zwykle objaw przemijający. Nie widziałem i nie mam dowodów na to, aby istniały Gramo-dodatnie odmiany dwoinek. Odnośnie do tych ostatnich P. S c h i r c h składa Gramo-dodatniość na karb istnienia u dwoinek otoczki, barwiącej się dodatnio podług Grama, gdy komórka gonokoka pozostaje zabarwioną gramo-ujemnie. Sprawa ta zresztą przedstawia się jeszcze bardzo niewyraźnie i wymaga wyjaśnienia i sprawdzenia.

W ten sposób i druga cecha dwoinek wiewiórowych ulega pewnym wahaniom i może wypadać niestale. Wartość jej praktyczna pozostaje względną.

Trzecią cechę gonokoka stanowi jego ułożenie. Dwoinka jako ziarenkowiec dwuosiowy (coccus diaxillaris) posiada typowe ułożenie czworniacze. W ustroju ludzkim nie zaznacza się to ułożenie charakterystycznie, występując przeważnie w postaci dwoinek, lecz w hodowlach, zwłaszcza w pierwszych pokoleniach obecność ułożenia czworniaczego (chociażby częściowego) stanowi jeden z rysów charakterystycznych gonokoka. W hodowlach dłuższy czas przechowywanych na podłożach sztucznych zanika niemal całkowicie typ ułożenia czworniaczy, gonokoki układają się bądź wyłącznie dwoinkami, bądź niekiedy gronkowcowo. Typowe pod innemi względami szczepy gonokoków wyjątkowo mogą występować od pierwszego pokolenia w ułożeniu łańcuszkowcowem. Stwierdzić więc należy, że typowe ułożenie czworniacze gonokoków też ma swoje zastrzeżenia.

Jeśli teraz zreasumujemy wyniki analizy krytycznej podstawowych punktów oparcia przy badaniu drobnowidowem gonokoka, to musimy stwierdzić, że rozpoznanie drobnowidowe łatwe jest wyłącznie w przypadkach typowego ułożenia się, typowych kształtów oraz prawidłowego barwienia się dwoinek sposobem Grama. O ile zaś zachodzą pewne odchylenia od typu ustalonego, należyta ocena i określenie natury tworów spostrzeganych wymaga specjalnej wprawy i wielkiej ogłędności przy wydaniu orzeczenia. Lecz nawet o ile uznamy miarodajność wyniku badania drobnowidowego w przypadkach o cechach typowych drobnoustroja, nie powinniśmy zapominać, że mikroflora cewki daje nam niekiedy postacie, odpowiadające drobnowidowo cechom gonokoka. Tylko dalsze systematyczne badanie, zwłaszcza hodowla, daje możność ustalenia natury drobnoustroju. Mogą pod tym względem wchodzić w rachubę microc. catarrhalis, oraz szereg postaci ziarenkowcowych (gronkowcowych). Te ostatnie postacie zwłaszcza należy mieć na widoku w przypadkach rzeżączki przewlekłej, kiedy w cewce poza gonokokiem stwierdza się drobnoustroje, pasorzytujące bądź stanowiące zakażenie wtórne.

O ile uwzględnimy wszystkie te okoliczności — przyjdziemy do wniosku, że tylko w ostrych przypadkach zakażenia rzeżączkowego, przy obfitych, charakterystycznych gonokokach, rozpoznanie drobnowidowe jest miarodajne i łatwe; w przypadkach zakażenia przewlekłego może być ono stosowane z uwzględnieniem poczynionych zastrzeżeń.

Badanie bakterjologiczne wydzielin w celu otrzymania hodowli gonokoka nie zawsze jest łatwe. Do otrzymania hodowli gonokokowych podawano niezliczoną ilość najrozmaitszych pożywek, jednakże w praktyce bakterjologicznej zastosowanie szersze znalazły agar z płynem puchlinowym (lub płynem z wodniaka jądra), oraz agar z krwią (w stosunku 1 cz. na 2—3 cz. agaru) Białko rodzime w rozmaitych odmianach stanowi część składową stałą tych pożywek. Jednakże wynik badań bakterjologicznych do ostatnich czasów nie jest zadowalający i daje się osiągnąć w nieznacznym stosunkowo odsetku (w materjale własnym nieco wyżej 30%). Na tak niepomyślny wynik składają się przyczyny rozmaite, w których szeregu, własności osobnicze szczepu, nie ulegające ujęciu ściślejszemu, odgrywają rolę niemałą. W celu uniknięcia czynników, oddziaływujących ujemnie, używać należy dla hodowania wyłącznie świeżo sporządzonych pożywek (nie ulegających wyschnięciu) o odczynie odpowiednim, oraz wykonywać szczepienie materjału bezpośrednio w pracowni bakterjologicznej z natychmiastowem umieszczeniem pożywki w cieplarce (bądź też zabezpieczaniem pożywki przenoszonej z innego miejsca do pracowni przed szkodliwem działaniem znacznych wahań ciepłoty otoczenia). Mocz otrzymany jałowo jako materjał do badania bakterjologicznego musi być szczepiony możliwie szybko po otrzymaniu, gdyż dwoinki wkrótce ulegają rozpuszczeniu.

W przypadkach o wyniku dodatnim typowy wzrost, cechy kolonij, oraz wynik badania drobnowidowego, z uwzględnieniem zastrzeżeń wyżej poczynionych, umożliwia stwierdzenie przyrody gonokokowej hodowli otrzymanej.

Jak wynika ze stanu obecnego metodyki hodowli gonokokowych, otrzymanie szczepu możliwe jest nie w każdym przypadku. Zwłaszcza znaczne trudności napotyka się w badaniu przypadków rzeżączki przewlekłej, utajonej.

Wobec trudności przy posiewach, winny wzbudzić zainteresowanie niedawno ogłoszone prace G i s c a r d'a, omawiającego szczegółowo na podstawie doświadczenia własnego sprawę biologji gonokoka, hodowanie na podłożach, skład tych ostatnich, oraz osiągnięte wyjątkowo pomyślne wyniki. Według G i s c a r d'a gonokok w pierwszem pokoleniu wymaga dwóch podstawowych części składowych pożywki: kwasów aminowych wolnych, oraz witamin. Kwasy aminowe stanowią substancję odżywczą, konieczną do utrzymania żywotności gonokoka, używa ich autor w postaci „pepton aminée", lub też peptonu pankreatycznego (specjalna marka); im więcej kwasów aminowych zawiera pepton, tem lepszy wzrost gonokoka dają pożywki. Pożywki zawierające kwasy aminowe zaspokajają całkowicie wymagania szczepów gonokokowych w pokoleniach późniejszych; pierwsze zaś pokolenia, zdaniem G i s c a r d'a wymagają obecności witamin, podniecająco oddziaływujących na ich wzrost. W pożywkach swoich G i s c a r d używa witaminy w. postaci odwłóknionej krwi ludzkiej umieszczonej na powierzchni agaru skośnego w próbówkach w ilości 5—8 kropel; aby powierzchnia agaru przesiąknęła witaminami probówkę pozostawia się w pozycji pochyłej w ciągu godziny. Materjał badany zasiewa się oczkiem platynowem rysami na powierzchni pożywki. W 100% przypadków rzeżączki ostrej oraz przewlekłej, przy obecności gonokoka na preparatach barwionych, według G i s c a r d'a po 24—36 godz. występuje obfity wzrost gonokoka, niemal zawsze w czystej hodowli i nieznaczna ilość materjału wystarcza dla posiewu.

W próbie zastosowania metodyki G i s c a r d'a stwierdziłem, że istotnie wynik dodatni można osiągnąć na jego pożywce ze znaczną łatwością (6 dodatnich na 8 badanych). Wzrost na pożywce zwykle dobry, zanieczyszczenia nie przeszkadzały otrzymaniu hodowli czystej.

Co do znaczenia wysuniętych przez G i s c a r d'a czynników (kwasy aminowe, witaminy) poczynić winienem pewne zastrzeżenia. Stosując równolegle z agarem podług G i s c a r d'a agar zwykły zwilżony krwią odwłóknioną otrzymałem wzrost gonokoka wcale zadowalający. Znaczenie krwi odwłóknionej chciałbym potraktować przedewszystkiem jako białko rodzime, nie zaś jako wyłącznie czynnik witaminowy. Próby zwilżenia powierzchni agaru innym czynnikiem witaminowym — sokiem cytrynowym zobojętnionym, dawały ledwo dostrzegalny wzrost gonokoka, którego żywotność szybko ulegała zanikowi. Istota roli krwi odwłóknionej w pożywkach G i s c a r d'a pozostaje jeszcze do wyjaśnienia.

Jednem z najodpowiedzialniejszych i najtrudniejszych zadań, z jakiemi lekarz praktyczny ma do czynienia w zakresie chorób wenerycznych, jest powzięcie decyzji o wyleczeniu rzeżączki. Zwłaszcza wielką wagę posiada to orzeczenie w sprawie zezwolenia na zawarcie małżeństwa. Mamy już w chwili obecnej dość wiadomości z zakresu patologji rzeżączki, aby twierdzić, że postacie utajone, pozornie wyleczone, nie mogą być rozpoznane z pewnością na drodze badania klinicznego. Niekiedy lekarz praktyczny zwraca się o pomoc do bakterjologa. Dla bakterjologa jest to też jedna z czynności najbardziej odpowiedzialnych. Zdając sobie sprawę z braków istniejących dotąd w metodyce stwierdzenia obecności dwoinki wiewiórowej, wiedząc o trudnościach jakie napotyka niekiedy badanie drobnowidowe, bakterjolog, przed powzięciem ostatecznej decyzji o wyleczeniu, winien zastosować zabieg rozpoznawczy, wskazany obecnie w tym celu. Prace G u e p i n'a wykazały, że w znacznym bardzo odsetku rzeżączki utajonej, pozornie wyleczonej, można stwierdzić obecność gonokoka, o ile się podda badaniu bakterjologicznemu nasienie, gdyż właśnie w pęcherzykach nasiennych zachowują się one dłużej. Posiewy nasienia, zebranego na jałowej płytce P e t r i'ego wykonywa się na powierzchni pożywek ogólnie używanych przy hodowaniu gonokoków, po dodaniu do próbówki z pożywką skośną kilku kropel nasienia umieszcza się próbówkę tak, aby cienka warstwa nasienia pokrywała powierzchnię pożywki w ciągu 6—8 godzin. Dalsze hodowanie odbywa się w pozycji pionowej. Jeszcze lepsze wyniki, podług G i s c a r d'a otrzymuje się na buljonie witaminowym. Duży materjał kliniczny podany przez szereg autorów (Barbellion, Maginger, Le Füz, Lebreton, Raucayrol i i.) stwierdza, że u znacznej części pozornie wyleczonych osobników wykrywa się gonokoka w hodowlach nasienia. Winniśmy więc stwierdzić, że metodyka bakterjologicznego badania w porównaniu z metodyką drobnowidową rokuje nam lepsze możliwości przy wyjaśnieniu istotnego stanu zakażenia rzeżączkowego. Metodykę posiewów nasienia uznać można za najdalej posuniętą kontrolę wyleczenia, jaką w chwili obecnej można osiągnąć. Tylko powtórne, systematyczne badania z zastosowaniem prowokacji upoważnić mogą do orzeczenia o wyleczeniu zakażenia

rzeżączkowego. Współpraca klinicysty i bakterjologa ułatwić może decyzję ostateczną w tej sprawie.

Piśmiennictwo:

1) Barbellion. Journ. de méd. de Paris. T. 41. N. 1, 1922. 2) Bröse. D. m. W. 1894. N. 16, 18. — 3) Bumm. Der Mikroorg. d. gonorrh. Schleimhautkrankh. Wiesb. 1885. — 4) Giscard. Journ. d. Urologie. T. XVII. N. 1. 1924. — 5) Herzog. Virch. Arch. B. 212, 1913. — 6) Krzyształowicz. Przegl. Lek. 1897. N. 43—45. — 7) Lebreton. Revue de méd. T. 39. N. 3. 1922. — 8) Ławrynowicz. Spostrzeżenia nad morfologją i biologją gonokoka. Prace komisji lekarskiej Poznańskiego Tow. Przyj. Nauk. T. II., zesz. IV. — 9) Ławrynowicz, Sirotinin, Korobkowa. Medyc. Dośw. i Społ. T. II. Zesz. 5—6. — 10) Markus. Wracz. Dieło. 1924. N. 10. — 11) Roucayrol. Journ. d' Urologie. T. XVII. N. 1. 1924. — 12) Paulo Schirch. Arch. brasil. de med. oct. 1923. (według refer. we Wracz. Gaz. 1925. Nr. 4.).

Oceny i sprawozdania.

Dr. H. Braeuning: **Die Ansteckung mit Tuberkulose und ihre Verhütung.** Lipsk. 1925.

Broszura ta o 95 stronicach jest 25-tym zeszytem bibljoteki, wydawanej przez prof. Lydję Rabinowitsch p. t. „Tuberkulose-Bibliothek". Autor, który jest dyrektorem miejskiego szpitala dla gruźliczych i lekarzem naczelnym opieki nad chorymi płucnymi w Szczecinie, podjął w tej pracy gruntownie zagadnienie zakaźności gruźlicy. Rozpatruje sprawę zakaźności wogóle, kto zakaża, kto zostaje zakażony i jaką drogą przechodzą drobnoustroje z ustroju chorego do zdrowego. W dalszym ciągu przechodzi sprawę praktycznego przeprowadzania ochrony w mieszkaniu chorego oraz poza mieszkaniem, i omawia sprawę wychowania higjenicznego, odosobnienia oraz wyniki zabiegów ochronnych. Przytem wygłasza autor liczne własne oryginalne poglądy, oparte na własnych badaniach. Tak n. p. w nowoczesnym sporze o zakaźności otwartej i zamkniętej gruźlicy przytacza własne spostrzeżenia i argumenty, dowodzące, że chorzy z zamkniętą gruźlicą nie są bardzo zakaźnymi dla otoczenia. Także otwarta gruźlica według badań autora, okazuje różne stopnie zakaźności, odpowiednio do tego, czy towarzyszą jej objawy nieżytowe, a w następstwie rozpylanie kropel. Dowodzenia poparte są licznemi cyframi i tablicami.

Naogół książka bardzo pożyteczna, wprowadzająca czytelnika gruntownie w całokształt zagadnień, związanych z walką z gruźlicą. Styl cokolwiek ciężki, ale sposób przedstawienia ścisły i rzeczowy.

Dr. Blassberg (Kraków).

K. Hintze: **Sexual und Fortpflanzungshygiene.** Lipsk. Kurt Kabitzsh. 1925.

Zagadnienia z zakresu higjeny płciowej ujął autor w sposób krótki i bardzo przystępny, zrozumiały nawet dla tych czytelników którzy nigdy nie zajmowali się powyższemi zagadnieniami. Zrozumiałem jest, że wiele fachowych i trudnych do zrozumienia zagadnień, zwłaszcza z dziedziny dociekań nad sprawą dziedziczenia, musiał autor celowo pominąć. W ten sposób jednak praca jego zyskuje na przejrzystości i zrozumiałości. Autor zajmuje się w pierwszych rozdziałach określeniem popędu płciowego, powstawaniem i prawidłowym jego rozwojem, jakoteż jego zboczeniami chorobowemi, omawia po krótce znaczenie chorób wenerycznych dla sprawy rozradzania się i dziedziczności, poczem w ostatnich trzech rozdziałach omawia tę ostatnią kwestję nieco obszerniej. Sposób ujęcia przedmiotu jasny i zrozumiały przyczynia się w znacznej mierze, że praca ta nie będzie tylko przypomnieniem powyższych zagadnień płciowych dla lekarzy ale i zrozumiałą dla ogółu pragnącego się zapoznać z zagadnieniami z teorji dziedziczności.

F. Walter (Kraków).

S. Jessner: **Diagnose und Therapie der Gonorrhoe beim Weibe.** Lipsk, Kurt Kabitzsh. 1925.

Jessnera krótkie podręczniki z dziedziny nauki o chorobach skórnych i wenerycznych cieszą się w gronie lekarzy praktyków ustaloną opinią. Po raz pierwszy omawiany przez autora temat o wiewiórze u kobiet, cechują te same zalety jak i poprzednie przez niego omawiane tematy. Po zwięzłem i jasnem przedstawieniu objawów chorobowych wiewióra u kobiet, omówiwszy dokładnie możliwe powikłania w sposób krótki i przejrzysty, poświęca autor drugą połowę swej monografji opisom sposobów leczenia, podając wypróbowane, praktyczne metody. Jedynie wiewiórowi u małych dziewcząt poświęca stosunkowo mało miejsca. Powyższa monografja napisana przez doświadczonego dermatologa odda niewątpliwie doskonałe usługi w zorjentowaniu się w tym tak trudnym do leczenia dziale chorób wenerycznych, zwłaszcza, że temat ten w podręcznikach chorób wenerycznych, prawie zawsze traktowany jest pobieżnie, a większe monografje pisane są przez ginekologów.

F. Walter (Kraków).

A. Clerc. **Les arythmies en clinique** Tom I. Str. 403. Figur 205. Wyd. Masson et C-cie. Paryż 1925.

Dzięki metodom graficznym, które tak rozlegle zastosowano do analizy przypadków schorzeń serca, widzimy w tym dziale medycyny ogromny postęp w ostatnich latach przy ocenie klinicznej dotyczących przypadków. Szczegółowe badanie graficzne pozwoliło nam przedewszystkiem dokładnie umiejscowić zaburzenia w poszczególnych odcinkach serca i wykazać zmiany we funkcji mięśnia sercowego w każdym przypadku klinicznym, zmiany które decydują o ostatecznym wyniku schorzenia. Może najwięcej zaś metody graficzne przyczyniły się do rozjaśnienia genezy objawu najciekawszego w całej kardjologji, to jest niemiarowości (arytmji) serca. Metody te dały nam możność naukowego podziału arytmji i pozwoliły ocenić znaczenie jej dla kliniki chorób serca tak, że arytmja serca nie jest już dziś dla nas zagadką morfologiczną, jak to było przed laty.

Książka A. Clerc'a, ucznia Vaquez'a we Francji, oparta głównie na własnych badaniach graficznych autora, daje nam jasny pogląd na dzisiejszy poziom wiedzy o rozmaitych postaciach, niemiarowości serca, omawiając równocześnie znaczenie kliniczne tych zaburzeń i dając ogólne wskazówki lecznicze, dotyczące tego objawu.

Po wstępnych zwięzłych uwagach anatomicznych i fizjologicznych tematu autor omawia szczegółowo przedewszystkiem nowe metody graficzne i zwraca baczną uwagę zwłaszcza na badanie elektrokardjograficzne, które jak wiemy, jest dziś aparatem nieodzownym dla każdego kardjologa. Bez elektrokardjografu lokalizacja procesu w mięśniu sercowym i ocena jego znaczenia klinicznego jest wprost niemożliwa. Dla objaśnienia dalszych wywodów klinicznych Clerc przytacza w pracy liczne krzywe, przeważnie czerpane z własnych spostrzeżeń, popierające w łatwy sposób analizę autora. Bez nich zrozumienie wywodów metody jest niemożliwe. Bez badań graficznych jakże aproksymatywnym wydaje się każdy sąd w przypadku schorzeń serca, tego uczy nas książeczka Clerc'a. W części szczegółowej autor omawia poszczególne postacie kliniczne niemiarowości serca, więc: niemiarowość zatokową; skurcze dodatkowe; zaburzenia przewodnictwa wśród mięśnia sercowego; zwolnienie i przyśpieszenie akcji serca; falowanie przedsionków; niemiarowość zupełną; drżenie komór serca; naprzemienność skurczów serca i niemiarowość złożoną, nie dającą się często szczegółowo zanalizować. Temat więc zamierzony wyczerpuje zupełnie.

Treść ułożona logicznie, sposób dowodzenia jasny to wszystko, co książkę czyni wartościową i tak konieczną dla każdego lekarza lub ucznia, dążącego do opanowania najnowszych zdobyczy w tym dziale chorób wewnętrznych. Z tych względów monografję Clerc'a możemy polecić każdemu, który zajmuje się tym działem; ale także przyda się ona i praktycznemu lekarzowi. Znajdzie on tam drogowskaz przy osądzie przypadków niejasnych, z któremi spotkać się może może tak często w klinice, czy w życiu praktycznem.

M. Franke (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. IX. Zeszyt 2. 1924. r.

B e r g e r i U n t e r s t e i n e r. **Wpływ ostrych zakażeń na ciała białkowate zawarte w surowicy. Badania przy leczeniu porażenia postępującego zimnicą.** Leczenie porażenia postępującego zimnicą stwarza warunki dozwolonego eksperymentu na człowieku dla zbadania przebiegu i mechanizmu ostrego zakażenia. Punkt wyjścia dla badań stanowi czas przed zakażeniem, potem można dokładnie ustalić czas wystąpienia pierwszych zmian i badać w okresie wylęgania choroby oraz śledzić stan tych chorych długo po ustaniu zakażenia. Autorowie przedstawiają bardzo szczegółowo swe wyniki badań przeprowadzane na czterech chorych i dochodzą do następujących wniosków: W okresie wylęgania, bezpośrednio po zastrzyku, występuje hipoproteinemja t. j. zmniejszenie się koncentracji całego białka, zawartego w surowicy oraz względne zwiększenie się globulin z powodu zakażającego zastrzyknięcia obcej krwi. W okresie gorączki z początku brak wpływu, ale ku końcowi gorączki występuje zakaźna hipoproteinemja t. j. ogólna ilość białka z 8—9% spada na 5% oraz względne zwiększenie się globuliny, które z normalnego procentu 20—35, maksymalnie 40% potęguje się na 47—55%. W okresie zdrowienia spadek białka utrzymuje się przez 1—10 dni po ustaniu gorączki.

* * *

U w a g a r e f e r e n t a: W Polsce analogiczne badania w suchotach płucnych przeprowadził U r y s o n na oddziele Dra S. S t e r l i n g a w Łodzi.

Zeszyt 3.

D. M a r k o. **Studjum kliniczno-roentgenologiczne nad przykręgowym trójkątem stłumienia Koranyi'ego-Rauchfussa.** Objaw K o r a n y'i e g o - R a u c h f u s s a polega na tem, że przy wysiękowem zapaleniu opłucnej i przy rozległych masywnych naciekach powstaje po stronie zdrowej przy kręgosłupie stłumienie o kształcie trójkąta, którego podstawa przechodzi w stłumienie wątroby i nerki, linja środkowa leży na wyrostkach ościstych kręgów i przechodzi w stłumienie wysięku, a zewnętrzna skośna granica jest zmienna. Stłumienie potęguje się od zewnątrz ku kręgosłupowi i przeponie. Wysokość i podstawa tego trójkąta bywają zmienne. Zdania co do przyczyny powstawania tego trójkąta są podzielone. Jedni dopatrują się przyczyny w przemieszczeniu śródpiersia, inni uważają ten trójkąt za przejaw czysto akustyczny.

Autor badał ten objaw na 27 przypadkach, śledząc roentgenologicznie za przemieszczeniem śródpiersia, przyczem zwracał szczególną uwagę na kontrastowy obraz przełyku, na kształt, położenie i wielkość trójkąta, oraz stłumienie, pochodzące od wysięku i na jego obraz roentgenologiczny. Dochodzi on do przekonania, że płyn wysiękowy lub bardzo rozległy masywny naciek, przez to, że ku dołowi się zagęszcza i silnie przylega do kręgosłupa, wywołuje i potęguje to stłumienie. Dlatego też trótkąt ten napotykamy tylko w tych przypadkach, gdy chodzi o bardzo masywne i szeroko do kręgosłupa przylegające nacieki jak n. p. przy zapaleniu płuc i przy ropniach. Zdaniem jego chodzi tu tylko o objaw czysto akustyczny, tak jak to pierwotnie twierdził K o r a n y i a nie o przemieszczenie śródpiersia.

L e m e š i ć. **Wpływ różnych gatunków białek na skład soku dwunastniczego.** Autor prowadził w klinice wewnętrznej Uniwersytetu w Belgradzie badan a nad wpływem białka mlecznego, roślinnego i mięsnego na skład ludzkiego soku dwunastniczego, — zapoczątkowane przez prof. I g n a t o w s k i e g o. Doszedł do wyników następujących:

1. Wartości kwasowe w dwunastnicy są przy doprowadzaniu mięsa znacznie wyższe niż przy białku mlecznem i roślinnem — a naogół w znacznym stopniu zależą od stanu kwasoty żołądka.

2. Siła fermentacyjna soku dwunastniczego bywa najwyższą i najdłużej utrzymuje się przy mięsie. Jest ona mniejszą i trwa krócej przy białku roślinnem, ale bywa przytem zawsze wyższą jak przy węglowodanach, tłuszczach i mleku. Obraz niższej proteolitycznej wartości tłuszczu aniżeli białka pozostaje w przeciwieństwie do badań szkoły P a w ł o w a, która właśnie podkreśla silne działanie drażniące tłuszczów na fermenty trzustki.

3. U niedożywionych chorych z wrzodem dwunastnicy podawanie przetworów białkowych roślinnych i mlecznych, specjalnie z obfitym dodatkiem masła, jest pożądane.

L o r a n t. **Insulina a przybytek wagi ciała.** Przy leczeniu insuliną występuje bardzo szybko przybytek wagi ciała. Sądzono, że polega on na czystej retencji wody, gdyż zatem przemawiała szybkość przybytku wagi ciała i pojawianie się obrzęków w niektórych przypadkach z początku leczenia. Badania autora, wykonane w pragskiej klinice prof. S c h m i d t a, obalają to przypuszczenie. U dwóch chorych, leczonych insuliną, badał on codziennie bilans przemiany materji i oznaczał wagę ciała. Z badań tych wynika, że zatrzymanie wody jest czynnikiem równorzędnym z innemi przejawami przemiany materji. Krzywa bilansu wody jest równoległą do krzywej bilansu azotu i soli, aczkolwiek nie idzie równomiernie. Nasuwa się przypuszczenie, że istnieje przyczynowy związek tej równoległości poszczególnych krzywych bilansowych.

T. X. Zeszyt 1. 1925 r.

W o r o n o f f i R i s k i n: **O leukocytozie u prawidłowych ludzi i psów.** Od czasu klasycznych badań M i e c z n i k o w a istnieją nader liczne badania nad leukocytozą, a mimo to są sprzeczne zdania co do leukocytozy trawiennej, co do ilości leukocytów w 1 mm³ krwi i co do wahań liczby leukocytów podczas całego szeregu godzin. Badania tego rodzaju, zapoczątkowane przez Dra K o b r i n e r a w klinice dońskiej prof. Z a w a d z k i e g o, autorowie kontynuowali po tegoż przeniesieniu się do Warszawy. Liczenie uskuteczniano równocześnie w dwóch pipetkach, pobranych z opuszki palca u normalnego człowieka a nadto u psów. Badania rozpoczynano o 7-mej godzinie i uskuteczniano je co godzinę przez 25—26 godzin. Podczas tego badany leżał już od poprzedzającego wieczora spokojnie w łóżku i nie pobierał żadnych pokarmów ani płynów. Wyniki nakreślali w krzywych, w których pozioma była podzielona na 25 części, odpowiadających 25-ciu godzinom doświadczenia, a pionowa na 8 części, z których każda odpowiadała jednej tysiączce leukocytów. Tą drogą otrzymali krzywe leukocytów o wahaniach, obracających się w amplitudzie 90 do 150%. Wszystkie krzywe leukocytozy miały falisty przebieg, przyczem liczba wzniesień okazała się ściśle indywidualną. Na podstawie swych badań przeczą oni istnieniu leukocytozy trawiennej u dorosłego człowieka w tym sensie, jakoby ona była w bezpośrednim związku przyczynowym z wchłanianiem ciał pokarmowych lub soków trawiennych. Natomiast przyjmują, że u dzieci i młodych zwierząt powstaje taka leukocytoza trawienna, która przechodzi potem w leukocytozę nawykową. Zwyczaj jedzenia o pewnej porze wywołuje także podczas głodzenia znaczne wzmożenia liczby leukocytów w pewnych porach, zbliżonych do zwyczajnego przyjmowania pokarmów. Są to nawykowe wzmożenia leukocytów. Oprócz tych nawykowych wzmożeń istnieją też odruchowe wzmożenia, zależne od różnych zewnętrznych podrażnień, związanych ze sprawą karmienia. Tak zwana leukocytoza trawienna nie jest zjawiskiem stałem i nie jest związaną bezwarunkowo z wchłanianiem produktów trawiennych i wydzielniczych, lecz jest ona raczej odczynem warunkowym, a doświadczenia autorów dowodza olbrzymiego znaczenia przyzwyczajenia dla ustroju.

Blassberg (Kraków).

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

Tom 43. Zeszyt 5/6.

I s t v a n v. G ő u c z y. Budapeszt. **Oddechanie jako wskaźnik zdolności funkcjonalnej serca.** Wszystkie funkcjonalne metody mające na celu badanie siły serca polegają ogólnie na zasadzie, że obciążamy serce stałą znaną pracą i badamy, czy po wykonaniu tej pracy wystąpią objawy wskazujące na utajoną niedomogę serca.

Próby te, powinny być nieskomplikowane — zupełnie proste.

Jedną z takich prób — teoretycznie uzasadnioną — a prostą do wykonania — podał autor. Przez kilka dni oznacza się w pozycji leżącej czas, przez który chory może wstrzymać oddech, poczem poleca się choremu przejść przez salę długości 11 metrów tam i z powrotem z szybkością mniej więcej taką, by droga nie trwała dłużej niż 30—32 sekund. Po wykonaniu tej pracy chory wzgl. badany wykonuje głęboki wdech — poczem wydech i na szczycie wydechu zatrzymuje oddech. Czas zatrzymania oddechu oznacza się w sekundach. Na podstawie badań przeprowadzonych na 96 osobnikach okazało się, że zdrowy człowiek może wstrzymać oddech w pozycji leżącej przeciętnie 22—25 sek., po wykonaniu zaś powyższej pracy w pozycji stojącej 15—18 sek. Próbę określa autor jako dodatnią, o ile badany może wstrzymać oddech po wykonaniu pracy w pozycji stojącej 12 sek. względnie mniej.

Punktem wyjścia w tej próbie jest wydech, bo wówczas wyłączone zostają bodźce drogą nerwu błędnego zdążające do ośrodka oddechowego. Czas zatem potrzebny, by pobudliwość ośrodka oddechowego uzyskała stopień nasilenia potrzebny do wywołania u chorego wdechu — zależny będzie od silnej woli chorego i od szybkości gromadzenia się gazów we krwi i to w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do ostatniej. Im wolniejsze jest krążenie — tem szybciej pobudliwość ośrodka oddechowego osiągnie ten stopień nasilenia, w którym wdech musi ustąpić wbrew woli chorego. Czas zatem zatrzymania oddechu zależny będzie od szybkości krążenia — a dodatni wynik próby może wskazywać na stan utajonej niedomogi serca,

Trzeba jednak pamiętać, że można dodatni wynik próby otrzymać także w przypadkach ciężkiej blednicy, i w chorobach płuc.

A. P. Winogradov — Odessa. **Wpływ niektórych leków na wydzielanie żółci.** Autor zakładał psom trwałą przetokę woreczka żółciowego. Po upływie 1-go miesiąca, gdy zwierzę już odpoczęło i zaczęło przybierać na wadze — autor przystępował do drugiej części doświadczenia. Podawał badany lek — zbierał żółć z 24 godz. przy pewnej określonej diecie i badał ją jakościowo i ilościowo. Otóż autor przekonał się, że:

1, salol przy dawce dziennej 0·9—1·8 nie wpływa zupełnie na wydzielanie żółci, natomiast przy dawce dziennej 3,0—4,5, wywołuje znaczne zwiększenie ogólnej ilości żółci, nadto powoduje znaczne dość rozcieńczenie przy równoczesnem zmniejszeniu się procentowem składników stałych. Działanie salolu w ten sposób t. zn. w dużych dawkach podawanego, trwa jeszcze kilka dni po odstawieniu tegoż leku.

2. Podobnie działają salipyryna i fenacytyna.

3. Antipyryna działa też tylko w dużych dawkach przyczem zwiększa ilość żółci i składników stałych, przez co żółć staje się gęstszą,

4. nie wpływają zupełnie na wydzielanie żółci piramidon, lactofenina — *cascara sagrada.*

W e i c k s e l i G e b h a r d t — Lipsk. **Usunięcie śledziony a regeneracja u psa.** Psy użyte do doświadczeń były tej samej wagi i tej samej mniej więcej wielkości.

W I-szej części pracy autorowie wykonywali splenektomję i bezpośrednio przeprowadzali badania krwi,

U wszystkich psów bezpośrednio po operacji stwierdzili nieznaczną oligocytemję 1—2 dni trwającą — którą odnoszą do utraty krwi podczas operacji. Po 2 dniach już ilość erytrocytów wracała do stanu przed operacją — nigdy nie zjawiała się policytemja — równocześnio zjawiały się normoblasty i erytrocyty Yolly'ego. Pierwsze znikały w ciągu 8 dni — drugie utrzymywały się dłuższy czas. Dalej obserwowano zmniejszenie się ilości Hb i ta doświadczalnie wywołana anemja wraz z polichromatofilnemi komórkami również utrzymywała się do 2 miesięcy. Ilość leukocytów stale wzrastała do 4—5 dnia — z chwilą spadku leukocytozy do wartości przedoperacyjnej zjawiała się nieznaczna limfocytoza. Ilość płytek już w 28-m dniu po operacji wzrastała najwyżej o 20% — ale również przejściowo.

Zbierając te obserwacje — autorowie twierdzą, że już po 4—6 tyg. od operacji, obraz krwi wracał zupełnie do normy, prócz utrzymującej się jeszcze pewien czas nieznacznej anemji z polichromazją i erytrocytami Yolly'ego.

W II-giej części swych doświadczeń autorowie badali wpływ śledziony na przemianę gazową. Używali zwierząt zdrowych z utrzymaną śledzioną i bez śledziony — i nie zauważyli żadnej różnicy — żadnego wpływu śledziony na przemianę gazową.

W III-ciej wreszcie części zabijali zwierzęta będące 1 mies., 2 mies. — $^1/_2$ r. — 1 r. — 2 l. po splenektomji. Nie zauważyli żadnych zmian makro- i mikroskopowych w gruczołach limf. i organach wewn. Jedynie u niektórych psów zauważyli nieznaczne zwiększenie się ilościowe komórek Browna-Kuppfera.

Brak wybitniejszych zmian po usunięciu śledziony tłumaczą autorowie tem, że śledziona jest tylko ogniwem w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, który zaraz obejmuje funkcje zastępcze po usunięciu śledziony — nie ulegając wybitniejszym zmianom histologicznym wzgl. chemicznym.

Czapnicki (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 21. lutego 1925 r.

Przewodniczy: kol. R o ż k o w s k i.

1. Kol. B r a m wygłosił pracę: **„Diatermja i zastosowanie jej w lecznictwie“.**

Po omówieniu podstawowych zasad elektryczności, prądu Tesli i prawa Nernsta (drażniące działanie elektryczności w ustroju ludzkim jest proporcjonalne do natężenia prądu i odwrotnie proporcjonalne do pierwiastka z liczby częstotliwości) — mówca określa diatermję, jako zabieg, polegający na wprowadzeniu wgłąb ustroju ciepła, wytworzonego prądem o dużej częstotliwości, względnie niskiem napięciu o dużem natężeniu. Brak skutku drażniącego przy prądzie o takiem natężeniu tłumaczy się tem, że prąd ten nie wywołuje elektrolizy, równocześnie jednak wytwarza intenzywnie ciepło, podlegające prawu Joule'a. Głównym czynnikiem, przeciwdziałającym nadmiernemu ogrzewaniu tkanki, jest krwiobieg.

Mówca przechodzi następnie do strony technicznej i podkreśla, że osobnicze uczucie człowieka jest najlepszym sposobem dawkowania ciepła.

Działanie diatermji dzieli się na 3 części: działanie na nerwy czuciowe, nerwy ruchowe względnie mięśnie i naczynia krwionośne, czyli 1) uspokajające i uśmierzające ból, 2) zmniejszające napięcie, rozkurczowe i 3) wywołujące przekrwienie, pobudzające przemianę materji i ułatwiające wchłanianie. Wychodząc z tych założeń, mówca uważa za wskazane stosowanie diatermji w następujących przypadkach: neuralgia brachialis et ischjadica, angina pectoris. dyspragia intestinalis, intermittens, myalgja lumbalis, cardio-pyloro et enterospasmus, arthritis chronica, osteo-arthritis deformans et arthritis chronica progressiva. Ze schorzeń płuc zaleca się stosowanie diatermji w poniższych sprawach: bronchitis chronica, asthma bronchiale, pleuritis exsudativa et fibrinosa. Bardzo wdzięczną dziedzinę dla diatermji stanowią niektóre choroby ginekologiczne, n. p. przewlekłe i podostre zapalenia macicy i jej przydatków oraz brak miesiączki. Poza tem diatermja jest wskazana przy arteriosclerosis, dysbasia angio-sclerotica, gangrena arteriosclerotica, endarteritis obliterans et angio-neurosis. Diatermja jako elektrokoagulacja znalazła duże zastosowanie w chirurgji, rhino- i laryngologji, jak również w urologji. Po omówieniu sposobów chirurgicznej diatermji mówca zaleca szerokie stosowanie diatermji, której istotą jest ciepło — najelementarniejsza i najogólniejsza postać energji życiowej (streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy: S t a w n i c k i, B a t a w i a, St. K o n, K o n a r i mówca. Kol. S t a w n i c k i zaleca stosowanie diatermji w leczeniu rzeżączki u kobiet wobec niezadowalających wyników innych sposobów leczenia. Kol. St. K o n zaleca w tej sprawie ogledność, ponieważ w swojej praktyce nie otrzymał dobrego wyniku od tej metody. Kol. B a t a w i a zaznaczył różnicę w pojmowaniu tej metody przez niemców i francuzów; ci ostatni biorą rzecz szerzej; oprócz działania ciepła uznają działanie mechaniczne prądu (étincellagé); obok dużego natężenia prądu może być i duże napięcie, stąd różnica aparatów niemieckich i francuskich. Zdaniem kol. K o n a r a do spraw skutecznie leczonych przez diatermię należy tak zw. pseudo-appendicitis oraz sprawy narządów trawiennych, powstałe na tle zaburzeń nerwowych, natomiast wrzód żołądka nie nadaje się do tej metody.

W odpowiedzi mówca zaznacza, iż ostra rzeżączka nie nadaje się do leczenia diatermją, w przypadkach zaś przewlekłych zapaleń przymacicza wyniki są bardzo dobre.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. marca 1925 r.

Przewodniczy: kol. Rożkowski.

1. Kol. Koniecpolski pokazał dziecko 18-letnie z **objawami nietypowej hypothyreozy:** ślady obrzęku śluzowego, brak inteligencji (je gorycze, bierze do ust przedmioty gorące i t. p.); po leczeniu thyreoidyną dziecko chodzi, rozwój fizyczny dość dobry.

2. Kol. Bram a) pokazał **chorą na raka sutka:** przed **3. laty wykonana była operacja** odjęcia sutka, z następnem naświetlaniem — pomimo to nawrót; operowano powtórnie — znowuż nawrót i stan chorej nie pozwalał na operację (liczne guzy nowotworowe). Od pół roku chora leczy się szczepionką anti rakową (novantimeristen Schmid'a) z wynikiem bardzo pomyślnym: dawne guzy znikają, nowych niema, waga ciała przybyła; b) przemawia w sprawie poczynienia pierwszych kroków w walce z rakiem na prowincji; przewodniczący popiera projekt powołania miejscowego Komitetu do walki z rakiem. Powołani zostali do Komitetu koledzy: Wrześniowski, Koniecpolski, Bram i St. Kon.

3. Kol. Wrześniowski pokazał chorą w kilkanaście dni po operacji z powodu **gastro-enteroptozy,** wyjaśniając na naszkicowanym rysunku momenty szkodliwe u takich chorych: 1. trudność opróżniania się żołądka i 2. zaleganie kału w nisko opadającej poprzecznicy. Wykonano dwie operacje (dwa cięcia powłok brzusznych): żołądek podniesiono i umocowano za pomocą szwów materacowych, kiszkę cienką (ileum) wszyto do esicy. Stan chorej odrazu się poprawił.

4. Kol. Łokczewski omówił przebieg (typowy) spostrzeganej **ciąży zaśniadowej i porodu** u 42-letniej wieloródki (9-ta ciąża), leczonej poprzednio z powodu niedomogi mięśnia serca (obrzęki); macica w 4 miesiącu ciąży wielkości 6 miesięcznej; przy porodzie cały zaśniad graniasty wyłonił się samoistnie, większego krwawienia nie było. Pokaz zaśniadu i omówienie powstawania i znaczenia zaśniadu groniastego.

W dyskusji przemawiali koledzy: St. Kon, Goldman i Grünwaldówna, kol. St. Kon, zgadzając się na postępowanie zachowawcze przy porodzie zaśniadowym, zaleca wyskrobanie macicy oględnie wobec braku pewności, czy nie pozostały w macicy resztki zaśniadu, i obawy nowotworu złośliwego w następstwie. Tegoż zdania jest kol. Goldman, zalecając nadto wczesne usunięcie czynne zaśniadu tam, gdzie stwierdzono obecność gron, Koleżanka Grünwaldówna zwraca uwagę na niebezpieczeństwo skrobania macicy w podobnych przypadkach, zaleca postępowanie konserwatywne.

5. Kol. Goldman wygłosił odczyt: „**O zaburzeniach w miesiączkowaniu i ich leczeniu**".

Poglądy ostatnich lat co do wpływu wydzielania wewnętrznego jajników na miesiączkowanie zmieniły się i obecnie wiemy, że jajniki dają tylko pobudkę śluzówce macicznej do zmiany przedmiesiączkowej. Samo zaś krwawienie wraz z resztą objawów klinicznych miesiączki występuje już niezależnie od wpływu jajników i jest zależne od szeregu czynników natury konstytucyjnej, od innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, jak tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej, grasicy, od układu nerwowego ośrodkowego, wegetatywnego i współczulnego. Te ostatnie zaś czynniki podlegają znów wpływom hormonów jajnikowych, mamy więc przed sobą koło zależności wzajemnych. Według ostatnich badań na wydzielanie wewn. jajników składają się: po 1. ciałko żółte miesiączkowe i ciążowe; Seitzowi udało się wyeliminować z ciałka żółtego dwie antagonistycznie działające substancje: luteolipoid i lipaminę, z których pierwsza działa hamująco, druga zaś pobudzająco na krwawienie maciczne. Drugim tworem wydzielania wewn. jajników jest gruczoł śródmiąższowy (glandula interstitialis), który się rozwija głównie w drugiej połowie ciąży i u małych dzieci — to zn. wtedy, kiedy niema ciałka żółtego. 3-im czynnikiem wydzielania wewn. jajników jest zanik pęcherzyków pierwotnych i wyrosłych, który zaczyna się już w życiu płodowem.

Istnienie zaburzeń czynnościowych w miesiączkowaniu jest obecnie bezsporne. Bardzo często jeden typ zaburzeń przechodzi w drugi. Aby znaleść źródło tych zaburzeń czynnościowych, należy sprawdzić czynność jajników, następnie innych gruczołów o wydzielaniu wewn. układu nerwowego autonomicznego i współczulnego, jakość krwi i t. d.

Działalność jajników sprawdzamy badaniem ogólnej konstytucji chorej. A więc: krótki tułów, długie kończyny, niedorozwój narządów płciowych, niedostatecznie wykształcone 2- i 3-rzędne cechy płciowe przemawiają za zmniejszoną czynnością jajników. Oznakami wzmożonej czynności hormonów jajnikowych są: wczesne zjawienie się i późne zniknięcie miesiączki, wybitnie wyrażone cechy płciowe, a wszczególności duża macica. Przy rozpoznawaniu przyczyn zaburzeń czynnościowych w miesiączkowaniu należy również zwrócić uwagę na sprawność wydzielniczą innych gruczołów: tarczycy, przysadki mózgowej, nadnerczy, grasicy, na chemizm ustroju, stan jakościowy krwi i krzepliwość, na oba układy nerwowe. W większości przypadków zaburzenia te występują równocześnie z zmianami w układzie nerwowym (zaburzenia naczynio-ruchowe, neurastenia, histeria) lub razem z nieprawidłową konstytucją ustroju (dziecięcość, heteroseksualne typy, asthenia universalis status thymicolymphaticus), z zaburzeniami w wydzielaniu wewn. równie często widzimy równocześnie zmiany w chemizmie ustroju (zaburzenia przemiany materji, otyłość, toksykozy), w składzie krwi (blednica, niedokrewność, zmiany krzepliwości).

Na powyższych podstawach ogólnych oparte jest zwalczanie zaburzeń czynnościowych w miesiączkowaniu, stosowaniem odpowiednich wyciągów z narządów o wydzielaniu wewn. stosuje się serjami zastrzyknięć glanduovin, glanduitrin, stosuje się wyciągi z ciałek żółtych, jak ago-systomensinę „Ciba" opozones Lumière-corps jaune ovaire, extr. corp. lut., lutelipoid Richtera.

Nieraz osiągano dobry skutek energją świetlną lub też zastrzykiwaniem skoncentrowanego płynu Ringera przy dysmenopoly- i hypermenorrhoe; prawdopodobnie płyn Ringera wywołuje rozpad płytek, wzmaga krzepliwość krwi i zmniejsza nadmierne krwawienie.

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 kwietnia 1925.

Przewodniczy: kol. Rożkowski.

1. **W dyskusji** nad odczytem kol. Goldmana: „**O zaburzeniach w miesiączkowaniu i ich leczeniu**" przemawiali koledzy: St. Kon, Łokczewski, Koniecpolski, Rożkowski i Edward Kon.

Zdaniem kol. St. Kona nie można klasyfikować wszystkich krwawień miesiączkowych wyłącznie z punktu widzenia teorji hormonów, jak to uczynił mówca; krwawienia, naprzykł., w okresie przekwitania powstają na tle sklerozy naczyń ;uwzględnić należy tło, na jakiem powstają krwawienia, a więc zaburzenia tętnicze, żylne i kapilarne.

Kol. Łokczewski zaznacza trudności w stosowaniu praktycznem nowych poglądów.

Kol. Rożkowski wskazuje poza teorją hormonów na inne czynniki, mające wpływ na omawianą sprawę, są to: wpływy psychiczne, stanu krwi oraz ogólnej konstytucji ustroju.

Kol. Edward Kon zna przypadek, gdzie przy stałym braku miesiączki kobieta zachodziła w ciążę — stosunek więc owulacji do menstruacji nie jest dostatecznie wyjaśniony.

W odpowiedzi mówca zgadza się, że istotnie nie podobna usystematyzować z jednego punktu widzenia wszystkich zaburzeń w miesiączkowaniu; sprawa jest skomplikowana wpływem innych gruczołów o wydzielaniu wewn., wpływem układów nerwowych i stanów podświadomych (Freund).

2. Kol. Stefan Kon pokazał **łożysko o postaci pierścienia,** otrzymane przy porodzie czesnym i samoistnym. Preparat został przesłany do kliniki położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Przypadek będzie ogłoszony w „Ginekologji Polskiej".

3. Kol. Koniecpolski odczytał pracę: „**czynnik rasowy w ostrych chorobach zakaźnych w świetle statystyki Miejskiego szpitala dla zakaźnych w Częstochowie.**

Mówca podał opracowaną szczegółowo statystykę szpitalną za lata 1915—1919 oraz 1921—1923 zachorzeń na dur brzuszny, dur osutkowe i płonicę, notując osobno chrześcian i żydów, mężczyzn i kobiety. Stwierdzoną mniejszą śmiertelność w chorobach zakaźnych wśród ludności semickiej tłumaczy mówca pewną konstytucją rasową, przekazywaną dziedzicznie (tak zw. prawa Mendla), Konstytucja ta ma bezpośredni związek z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem; obejmuje więc zespół właściwości ustroju, wyrażający tę lub inną korelację gruczołów. Wnioski mówcy brzmią:

1. Statystyczne dane Miejskiego Szpitala dla zakaźnych w Częstochowie stwierdzają, że ludność aryjska choruje częściej na dur osutkowy, dur brzuszny i płonicę, aniżeli ludność semicka.
2. Śmiertelność w tych chorobach wśród kobiet jest niższa.
3. % śmiertelności w chorobach zakaźnych, w szczególności w durze osutkowym, jest wśród ludności semickiej znacznie wyższą.
4. Ten lub inny wynik w przebiegu choroby zakaźnej jest uzależniony od szeregu czynników takich, jak cechy konstytucyjne (dziedziczność, wiek i t. d.).
5. Konstytucja rasowa ma bezwzględny wpływ na pewną odporność żydów w przebiegu chorób zakaźnych.

W dyskusji przemawiali koledzy: Szaniawski, Wasilewski, Rożkowski i mówca.

Kol. Szaniawski zwraca uwagę, iż mniejszy % dzieci semickich choruje na choroby przemiany materji; pomimo odporności wrodzonej dzieci już po 3 miesiącach życia są skłonne do chorób zakaźnych.

Kol. Wasilewski zauważył, że pomimo, iż dzieci semickie często mają objawy skrofuliczne, gruźlicę wśród nich widujemy daleko rzadziej.

Kol. Rożkowski sądzi, że dla wnioskowania ścisłego w omawianej kwestji odporności rasowej nie wystarcza sama statystyka szpitalna, obejmująca liczby przypadków zachorzeń: niezbędnem jest obliczenie % chorób i śmiertelności w stosunku do całej ludności miasta; odmienna odporność rasowa nie ulega wątpliwości; inaczej przebiega gruźlica u ludności semickiej (sprawa zbadana już przez Dr. Biegańskiego), u semitów zaznaczyć należy skłonność do spraw włóknistych, korzystną w walce z gruźlicą, natomiast wrażliwość układu wegetatywnego.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 17. czerwca 1925.

Doszło do wiadomości Zarządu, że przy Izbie Rękodzielniczej we Lwowie ma powstać Kasa mistrzów. Po przeprowadzeniu dyskusji postanowiono odnieść się do Izby Rękodzielniczej o wyjaśnienie, na jakim przepisie ustawowym ma się opierać Kasa mistrzów i czy ubezpieczenie w niej ma być przymusowe; nadto umieści się w P. Gazecie Lekarskiej ostrzeżenie dla Kolegów, aby nie wchodzili w układy z Izbą Rękodzielniczą w sprawie Kasy mistrzów, dopóki Izba Lekarska nie ogłosi swojego postanowienia.

Następnie powzięto uchwałę co do mieszkania w domu Izby, które w bezpośredniem sąsiedztwie lokalu Izby ma się opróżnić.

Sprawę firmowania zakładu technika dentystycznego przez jednego z członków Izby przekazano Sądowi Izby.

Na podstawie wyniku dochodzeń stwierdzono, że doniesienie o rzekomo nieludzkiem obchodzeniu się z położnicą jednego z kolegów — którato sprawa była już przedmiotem debaty na posiedzeniu Zarządu w dniu 27. maja 1925. — okazało się nieuzasadnionem.

W końcu przystąpiono do opracowania opinii do zamierzonej nowelizacji ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i ustawy o Izbach lekarskich. Referent podnosi w przemówieniu wstępnem, że nie jest należycie unormowana ewidencja lekarzy i że należy żądać, aby lekarzom, którzy nie zgłosili się w Izbie, nie przysługiwało prawo wykonywania praktyki, dalej, że w ustawie brak postanowień zapewniających przeprowadzenie zarządzeń Izby i że należy szczegółowo rozważyć stanowisko i kompetencje Naczelnej Izby Lekarskiej.

Odnośnie do ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej podniesiono brak w ustawie określenia pojęcia praktyki lekarskiej, co należałoby uzupełnić, poczem uchwalono propozycje co do zmian w art. 2. 3. 4. i 9. tej ustawy.

W szczególności w debacie nad art. 3. wyrażono zdanie, że lekarz zgłaszający wykonywanie praktyki u władzy administracyjnej I. instancji powinien tej władzy przedłożyć następujące 3 dokumenty: dyplom lekarza, dowód dokonanej rejestracji i zaświadczenie wpisu do Izby lek. Uznano także za konieczne, aby niezgłoszenie się do wpisu w Izbie było karane grzywną.

Dalszą debatę odroczono.

Posiedzenie Zarządu w dniu 24. czerwca 1925.

Na zaproszenie Sekcji prasowej XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wybrano delegatem Izby prof. Nowickiego.

Województwo Stanisławowskie nadesłało ogłoszony cennik lekarski. Postanowiono zwrócić uwagę na to, że niektóre pozycje cennika są zbyt niskie.

W sprawie wyborów nowej Rady Izby uchwalono: art. 17. ustawy o Izbach lekarskich interpretuje się w ten sposób, że przy wyborach do Rady I. decyduje większość względna. Następnie oznaczono dzień wyborów na 20. grudnia 1925., a najpóźniej do 15. września 1925. ogłosi się w P. Gazecie Lekarskiej termin wyborów i listę uprawnionych do głosowania. Odbitki listy wyszle się do wszystkich starostw w obrębie Izby Lwowskiej, nadto w dziennikach umieści się notatkę, że lista lekarzy uprawnionych do głosowania na członków Rady Lwowskiej Izby lek. jest ogłoszona w P. Gazecie Lek.

Następnie rozpatrywano zażalenie Dr. H. z powodu, że w pewnym zakładzie zdrojowo-kąpielowym nie respektuje się jego ordynacji i poddaje się je kontroli lekarza zakładowego. Żalący się jawił się osobiście na posiedzeniu, a po udzieleniu przez niego wyjaśnień powzięto uchwałę, że ze stanowiska lekarskiego nie jest dopuszczalne ograniczenie swobody ordynacji Dr. H.

Stosunki lekarzy pow. Kasy chorych w Drohobyczu, zilustrowane w zażaleniu drohobyckiego Obwodu Związku Lekarzy P. P., które były już omawiane na posiedzeniu w dniu 8. IV. 1925., przedstawił referent także w oświetleniu Zarządu Kasy chorych i protokołu z lustracji dokonanej przez delegata Okr. Urzędu ubezpieczeń we Lwowie. Lekarze kasowi w Drohobyczu mają wprawdzie znaczne dochody, ale są zbytnio obarczeni pracą, która z konieczności musi być powierzchowna, przypada bowiem zbyt wielka liczba ubezpieczonych na jednego lekarza i zbyt wiele ordynacyj na jednę godzinę pracy lekarza; stąd wynika, że część ubezpieczonych nie korzysta z pomocy lekarzy kasowych. Na wynagrodzenia lekarzy Kasa wydaje zbyt mało, znacznie poniżej normy 20% z dochodów brutto, przyjętej przez sfery lekarskie i zarządy wielu Kas chorych. Stosunki te skłoniły jednego z mówców do podniesienia koniecznej potrzeby rychłego opracowania i ogłoszenia przez Izbę norm pracy i skali płac dla posad lekarskich na zasadzie art. 22. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Uchwalono odnieść się do Zarządu Kasy chorych w Drohobyczu o odpis umowy z lekarzami i regulaminu dla lekarzy kasowych.

Następnie powzięto uchwały w sprawie zwolnienia jednego lekarza od opłaty izbowej, w sprawie prośby o odroczenie uiszczenia grzywny nałożonej przez Sąd Izby, w sprawie zażalenia lekarza na Kasę chorych w B. i w sprawie firmowania zakładu technika dentystycznego przez lekarza; wreszcie wydano jednę opinię co do wysokości honorarjum lekarskiego.

Nr. 46. 15 listopada 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. W. TYCZKA asystent kliniki.

O niezborności mioklonicznej oczu. (Opsoklonja).

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Z chaosu zaburzeń ataktycznych móżdżku A. Thomas i Babiński wydzielili, pierwszy dysmetrję, drugi asynergję. Na tem też klasyfikacja zaburzeń ataktycznych się kończy. Że wymienione objawy nie wyczerpują całości zaburzeń ataktycznych, że samo pojęcie dysmetrji jest za ogólnikowe, o tem świadczy choćby świeża praca Freyównej wskazująca, że obok dysmetrji ogólnie pojętej przez Thomasa i Babińskiego, obok dysmetrji przedsionkowej i przedsionkowo-móżdżkowej,, w zakresie samej dysmetrji można rozróżnić pewne stałe odmiany ściśle się orjentujące według trzech zasadniczych płaszczyzn ciała. Słuszność koncepcji Freyównej, wydaje się oczywistą; ona wszak odrazu wyjaśnia, dlaczego w razie pewnych zaburzeń móżdżku chorzy stale sięgają palcem za wysoko lub za nisko, dlaczego inni uderzają bezwzględnie w policzek, ona wreszcie tłumaczy, w prosty sposób bradyteleokinezę. W niniejszej pracy podjęliśmy próbę wyodrębnienia rodzaju ataksji dotychczas nieopisanego. Punktem wyjścia było spostrzeganie niezwykłych zaburzeń ruchowych ze strony oczu. Tem samem praca ta jest zarazem przyczynkiem rejestrującym jedno z rzadkich zaburzeń ataktycznych oczu. Studjum nasze, poruszając sprawę ataksji gałek ocznych, wkracza więc równocześnie w dziedzinę, przez neurologję prawie nie opisywaną.

Przypadek*) tyczy się kobiety 26-letniej, z rodziny zdrowej, która w dzieciństwie nie chorowała i była zdrowa, aż do ostatnich czasów. Chorób wenerycznych nie przechodziła, trzy razy rodziła, nie roniła.

Choroba, z powodu której chora zgłosiła się na klinikę, zaczęła się nagle w połowie grudnia r. z. wśród bólów kłujących w plecach i gorączki 38° C. trwającej przez jeden dzień. Po trzech dniach wstała, czując się zupełnie zdrową; po tygodniu jednak bole wróciły, zjawiły się zawroty głowy i osłabienie takie, że z trudnością chodziła i, aby nie upaść, musiała się chwytać przedmiotów. Stan taki trwał około 10 dni, poczem chora z powodu wzmagającego się osłabienia i zawrotu położyła sie do łóżka. W dwa dni później zaczęła widzieć jak przez mgłę. Przywołany wówczas felczer zwrócił chorej uwagę na ciągłe, burzliwe ruchy gałek ocznych i powiek, z których do tego czasu chora nie zdawała sobie sprawy. Wkrótce potem wystąpiło drżenie głowy, mniejsze kończyn. Na trzy dni przed przyjściem do kliniki dołączyły się stałe nudności i wymioty.

Stan przedmiotowy z dnia 23. I. 1925 r.: W stanie wewnętrznym nie stwierdza się zmian godnych uwagi. Stan nerwowy: źrenice równe, okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływują prawidłowo. Bystrość wzroku obu ócz i dno prawidłowe. Gałki oczne są w stałym niepokoju polegającym na szarpiących skojarzonych ruchach obu gałek o dość dużej amplitudzie. Ruchy te odbywają się przeważnie w płaszczyźnie poziomej, często wychylenie gałek ku lewej stronie jest przytem rozleglejsze. Drgania gałek występują w szybkim, nierównym rytmie. Często bywają gałki po serji ruchów poziomych nagle podrywane ku górze, poczem opadają i przez krótką chwilę trwają w spokoju, albo odrazu przechodzą w dawne drgania poziome.

Przy krańcowych ustawieniach w kątach szpar powiekowych ruchy są o wiele mniej gwałtowne i zmieniają sie o tyle, że obok szybkich ruchów poziomych, zjawiają się ruchy rotacyjne i pionowe. Niepokój gałek przy spojrzeniu w górę i ku dołowi nie ulega natomiast zmianie. Próba na zbieżność wyraźnie wzmaga szarpiący charakter ruchów. Przy zamkniętych powiekach ruchy gałek trwają. Stwierdzono je także we śnie. Nagłe zagadnięcie chorej, zbliżenie światła do oczu, silniejsze pobudzenia słuchowe, i t. p., nasilają niepokój gałek. Tym wszystkim pobudzeniom towarzyszy pewien odczyn afektywny zalęknienia. Współcześnie z nasileniem ruchów mimowolnych gałek dokonuje się często bardzo żywe mruganie, czasem także ruchy marszczenia czoła i unoszenia brwi do góry. Obok niepokoju gałek ocznych istnieje lekkie drżenie głowy i palców rąk. Chora często zapobiega drżeniu głowy przez podparcie jej. Wszystko, co wzmaga niepokój gałek, wzmaga drżenie, i głowy, i palców. W tułowiu, ani w k. k. d. drżeń nie stwierdza się. Nieznaczny niedowład dolnej gałązki prawego nerwu VII. W zakresie innych nerwów czaszkowych stosunki prawidłowe. Zresztą stwierdzamy jeszcze u chorej lekkie objawy móżdżkowe ze strony lewych kończyn, mianowicie: hipotonję, niezborność, wyraźne samoistne mijanie kończyny górnej na zewnątrz, i zaznaczone padanie tułowia na lewo. Chód trochę jak na szczudłach z szerokiem rozstawianiem nóg, które nieco wyrzuca, za mało zginając je w kolanach, przytem usztywnienie tułowia i karku, z głową lekko pochyloną ku przodowi. Mowa jakby łkająca, eksplozywna, często podczas mowy, lecz także niezależnie od niej, widać drgania włókienkowe w okolicy podbródka i prawie nieuchwytny, masywny tremor całej prawej strony twarzy.

Dla uzupełnienia należy dodać, że przepłukiwania uszu zimną wodą nie wywierały przez cały czas obserwacji najmniejszego wpływu na niepokój oczu. Oczopląs nie pojawiał się nigdy, nawet w razie użycia bardzo dużych ilości wody, odczyny padania i mijania wypadały zaś prawidłowo. Odczyn podmiotowy był bardzo słaby. Zmiany ułożenia głowy w przestrzeni i wobec tułowia były bez wpływu na ruchy kloniczne gałek.

Brak objawów oponowych. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie ujemny, brak odczynu benzoesowego, cytologicznych i chemicznych zmian w płynie m. rdz., w szczególności prawidłowa zawartość cukru.

Po trzymiesięcznym pobycie w klinice stan chorej wyraźnie się poprawił. Obecnie z końcem kwietnia niepokój gałek ocznych utrzymuje się nadal, jednak w znacznie słabszym stopniu. Występuje on teraz tylko przy zmianie nastawienia oczu, zamierzonej lub odruchowej, i to przy rozpoczęciu ruchu jest najgwałtowniejszy, gdyż do ruchu w płaszczyźnie poziomej dołączają się szarpiące ruchy pionowe. W ciągu ruchu np. gdy chora patrzy na przesuwający się palec, niepokój z czasem słabnie, dopiero jednak zmniejsza się wybitnie, a nawet zupełnie ustaje na różnie długi okres czasu, z chwilą ustalenia się gałek w jakiejś pozycji. Jest to w pewnym związku z kierunkiem nastawienia gałek. I tak, przy krańcowem spojrzeniu na prawo niepokój gałek ustaje najszybciej, a przerwy w ewentualnych następnych serjach ruchów są najdłuższe. Przy patrzeniu wprost ruchy mimowolne również dość szybko ustają, jednak przerwy są krótsze, Natomiast przy krańcowem spojrzeniu na lewo, niepokój gałek ustaje bardzo późno i przerwy są bardzo orzelotne. Drżenia głowy ani kończyn już się nie stwierdza, brak też drżeń w twarzy. Chodzi obecnie znacznie pewniej; objawy móżdżkowe jednak utrzymują się nadal, chociaż w natężeniu nieco mniejszem. Samopoczucie wcale dobre.

W przypadku tym na pierwszy plan występuje niepokój gałek ocznych odmienny od zwykłego drżenia gałek, t. zw. oczopląsu. Oczopląs bowiem cechuje się rytmem, tutaj zaś ruchy są arytmiczne, nagłe szarpiące. Rozległość wychylenia w różnych rodzajach oczopląsu nie jest zwykle tak znaczna, jak u naszej chorej, wreszcie oczopląs występuje raczej przy krańcowych ustawieniach i to wówczas, kiedy gałki po skończonym ruchu znajdują się w pozycji nastawczej. W naszym przypadku niepokój gałek w pierwszych dniach obserwacji klinicznej był najbardziej nasilony przy nastawieniu środkowem, natomiast wybitnie słabszy i odmienny przy krańcowych ustawieniach na boki. Obecnie, gdy ruchy naogół są słabsze, a przerwy między ruchami dłuższe, występuje niepokój oczu dopiero po wyprowadzeniu gałek z pozycji spokoju, przyczem nasilenie tego niepokoju jest największe na początku ruchu, słabnie w miarę jego trwania i ustaje z chwilą nastawienia oczu na stałe. Wreszcie przeciw jakiemukolwiek związkowi ruchów w naszym przypadku z oczopląsem przemawia brak wpływu próby cieplikowej na te ruchy.

W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy niepokój gałek, jaki spostrzegamy u tej chorej nie jest rodzajem mio-

*) Przedstawiony na posiedzeniu Tow. Neurol. Warsz. w marcu i maju 1925 r.

klonji mięśni ocznych, objawem zbliżonym do mioklonji obserwowanych np. w nagminnem zapaleniu mózgu na mięśniach tułowia i kończyn. Przypuszczenie to nasuwa się tem więcej, że jak z niżej podanego piśmiennictwa wynika, podobne ruchy gałek spostrzegano właśnie u chorych z mioklonjami mięśni tułowia i kończyn. Przeciw mioklonicznemu pochodzeniu niepokoju gałek w naszym przypadku przemawia atoli charakter ruchów. Brak jest w nich bowiem rytmiki tak często cechującej mioklonję mózgową, ruchy są za nagłe, za szybkie, za częste, za zmienne i nie są samoistne, bo zależą od zapoczątkowania ruchu i od pobudzeń zewnętrznych, a wreszcie ustają w spokoju.

Jak już wyżej wspomniałem, w piśmiennictwie, bardzo zresztą skąpem, znaleźliśmy kilka tylko przypadków z podobnemi objawami ze strony oczu, i to wyłącznie w polskiej literaturze.

Orzechowski wspomina o kilkunastoletniej dziewczynce z przewlekłem zapaleniem ucha środkowego, która zachorowała nagle wśród bolu głowy i śpiączki dwudniowej. Po 2 dniach wystąpiło trzęsienie głowy i trzepotanie się oczu. Ruchy gałek ocznych, które nas przedewszystkiem interesują, były zupełnie podobne do ruchów w naszym przypadku; jedynie nasilenie ich było początkowo większe, mianowicie ruchy gałek chwilowo zatracały prawidłowe skojarzenie, każde oko drgało „na własną rękę" powstawał szał oczu, stąd nazwa opsochorji nadana objawowi przez Orzechowskiego, a opsoklonji dla tychże ruchów, gdy przebiegały z zachowaną koordynacją gałek. Ruchy gałek istniały także we śnie. Potęgowały się pod wpływem afektu, nagłego zbliżenia palców, przy leżeniu z zamkniętemi oczyma i przy ruchach głowy, nie były zależne od mrugania. Obok niepokoju gałek spostrzegał Orzechowski grę skrzydełek nosowych, drganie warg i mimowolne ruchy w zakresie mięśni szyi, tułowia i kończyn, wybitnie nasilające się pod wpływem lęku. Mowa łkająca, wybuchliwa, a podczas niej często drganie w podbródku, więc tak samo, jak w naszym przypadku. Zresztą stan neurologiczny, prócz objawu Oppenheima i osłabienia odruchów brzusznych po lewej stronie, był ujemny. Chora wyleczyła się w ciągu 5 tygodni. Prawdopodobne rozpoznanie: *encephalitis cerebelli.*

Goździewski przytacza przypadek, dotyczący trzyletniego chłopca, który zachorował nagle wśród wysokiej ciepłoty i dreszczy. Po pięciu dniach wstał jako zdrów, lecz wkrótce zjawiło się drżenie nóg tak silne, że chodzenie stało się niemożliwe. W rok potem Goździewski stwierdził u tego chłopca ogólne drżenie tułowia, kończyn i głowy, występujące w pozycji siedzącej, stojącej, przy chodzeniu, a nawet w skutek samych zleceń zmiany pozycji, czemu zawsze towarzyszył paniczny lęk. W spokoju nie było żadnych tego rodzaju zaburzeń. Ponadto stwierdzało się asynergję tułowia, wyrzucanie stóp i nadmierne rozginanie kolan podczas chodzenia. Obok tych objawów stwierdził Goździewski wstrząsające ruchy gałek ocznych, zjawiające się przy zamierzeniu nastawienia oczu na przedmiot z początkiem ruchu. Orzechowski, który ten przypadek obserwował, uważał ruchy gałek za identyczne z ruchami spostrzeganemi we własnym przypadku.

Przypadek o bardzo podobnych objawach obserwował Mikułowski. Była to dziewczynka lat 4, która zachorowała nagle wśród gorączki i usztywnienia karku. Wkrótce potem chora ta wykazywała silny niepokój gałek ocznych, identyczny z niepokojem u naszej chorej, pojawiający się i nasilający się wśród podobnych okoliczności. Przy próbach siadania i chodzenia występowało wybitne drżenie kończyn dolnych, polegające na zginaniach i prostowaniach w stawach biodrowych i kolanowych. Brak zresztą innych zaburzeń neurologicznych, w szczególności ataksji przy badaniu w innych warunkach. Obok tych ruchów spostrzegał Mikułowski poprzez skórę to tu, to tam, ruchy falujące powierzchni brzuśców mięśniowych, czego nie było widać, gdy dziecko leżało w spokoju. Po dwóch miesiącach wypisana ze znaczną poprawą.

O przypadku Flataua i Sterlinga wspominamy na końcu, w ich bowiem spostrzeżeniu niepokój, zresztą niemal identyczny z objawami gałkowemi wszystkich wymienionych już przypadków, nie wiązał się z zapoczątkowaniem i przebiegiem ruchów dowolnych, czy odruchowych, miał natomiast ścisły związek z mruganiem powiek, czego w żadnej innej obserwacji nie notowano. Charakter zaburzenia był więc prawdopodobnie współruchowy. Drżeniu gałek towarzyszyły dość często słabe ruchy miokloniczne w mięśniach czoła. Mimo zaznaczonej różnicy przypadek tych autorów ma prawdopodobnie pewną nić głębszego powinowactwa z resztą przypadków tu przytoczonych, także ze względu na pozostałe objawy: drżenie wibracyjne, miokimję i mioklonję. Przypadek dotyczył dziewczynki dwuletniej z pneumokokowem ropnem zapaleniem opon m. rdz. Niepokój mięśniowy ogólny stanowił kombinację nieustannych niemal ruchów mioklonicznych i jakby pląsawiczych, z ruchami o charakterze drżenia wibrującego, to jakby podskórnego falowania włókien mięśniowych. Niepokój gałek ocznych polegał na występowaniu od czasu do czasu kilku szybkich wibrujących drgnięć, przypominających trzepotanie ptaka, które występowały tylko w związku z mruganiem lub opuszczaniem powiek, późniejsze losy dziecka są nieznane.

W przypadku Schlesingera, prawostronnego obwodowego porażenia nerwu twarzowego i podjęzykowego wskutek potyfusowego zapalenia ropnego przyusznic, występował niepokój gałek na sposób współruchowy. Mianowicie podczas przymykania powiek zjawiały się ruchy gałek w płaszczyźnie poziomej. Różniły się one jednak tem, że były powolne.

Tylko zewnętrzne podobieństwo do ruchów mimowolnych naszego przypadku wykazuje oczopląs skojarzony Stransky'ego, znajdywany przezeń w nerwicach. W przypadku Stransky'ego przy wysiłku zamykania powiek wbrew oporowi zewnętrznemu zjawiały się drobne drgania gałek. Objaw ten wydaje się nam rozczłonkowaniem fizjologicznego współruchu Bella. Objaw Bella dokonuje się przy próbie Stransky'ego w etapach odpowiadających poszczególnym serjom wysiłku inerwacyjnego zamknięcia powiek, co w sumie daje obraz drżenia. Chodzi więc tu o zupełnie odmienny mechanizm fizjologiczny.

Ogniwem łączącem już na pierwsze wejrzenie przypadek tu opisany z przypadkami Orzechowskiego, Goździewskigo i Mikułowskiego, a także może z przypadkiem Flataua i Sterlinga są niezwykłe mimowolne ruchy gałek ocznych, morfologicznie we wszystkich identyczne. Sądzimy, że odpowie celowi wyróżnienie ruchów gałek tego typu od innych np. atakticzno-dysmetrycznych i od różnych postaci oczopląsu przez odrębną nazwę: opsoklonji, która w najcięższych przypadkach zaburzenia dochodzi do szału nieskoordynowanych ruchów, do opsochorji. O ile można się opierać na dotychczasowej, tak skąpej kazuistyce, należy wnosić, że opsoklonja wynika z pewnego swoistego zaburzenia ruchowego. Przemawia za tem ta okoliczność, że we wszystkich niemal przypadkach powtarzają się mniej więcej te same lub zbliżone zaburzenia ruchowe, także poza sferą gałkową: drżenia, miokimje i ponadto mioklonje. Pojawiają się one albo samoistnie, w przypadku Flataua i Sterlinga, albo przy zapotrzebowaniach statycznych tułowia (Orzechowski, Goździewski, Mikułowski), albo także pod wpływem bodźców zmysłowych albo afektów, do których nasi chorzy są bardzo podatni, albo wreszcie podczas mowy (nasz przypadek).

W przypadkach opsoklonji, w których wogóle było możliwe chodzenie, notowano stale chód móżdżkowy, i to czasem z wybitną asynergją tułowia. Uderzało przytem, że zresztą objawów móżdżkowych nie było, lub były one

mało nasilone (Goździewski, nasz przypadek). Chód móżdżkowy i pozycja móżdżkowa w staniu, wszędzie w tych przypadkach obecne, wystarczają, by w braku innych objawów neurologicznych, takich, jak poraźne, czuciowe, rdzeniowe, mózgowe, wreszcie w braku pewnych i wybitniejszych znamion, zaburzeń pozapiramidowych, objawy zasadnicze tej grupy przypadków odnieść z dużem prawdopodobieństwem do zmian anatomicznych móżdżku, względnie pewnych jego torów. W myśl nasuwającego się przypuszczenia, że i opsoklonja ma jakiś związek z zaburzeniami móżdżku, możnaby wyzyskać, że w naszym przypadku objawy móżdżkowe dotyczyły lewej strony, opsoklonja zaś nasilała się właśnie przy spojrzeniu w lewo. Z drugiej strony musimy podkreślić, że przy bardzo ubogiej symptomatologji tej grupy przypadków spotykamy tu obok siebie objawy same przez się niezwykłe: opsoklonje, miokimję, i mioklonję mięśni szkieletowych, nadmierny afekt przy zmianie pozycji i nadmierne oddziaływanie ruchowe na banalne bodźce zmysłowe. Sądzimy, że nie prosty przypadek uszeregował obok siebie te objawy, lecz wspólna przyczyna, wspólny mechanizm powstawania i morfologiczne pokrewieństwo.

Zazwyczaj zaburzenia móżdżkowe sprowadza się do dwóch zasadniczych objawów — do dysmetrji i asynergji. Pierwsza wynika z utraty zdolności regulowania ruchów w zakresie kierunku i rozległości. Druga polega na niedostosowaniu się pożytecznego przemieszczenia odcinków kończyny w obrębie jednego lub kilku stawów w czasie i przestrzeni wówczas, gdy główny ruch dokonuje się w innym stawie. Do tego przybywają ruchy wahadłowe zjawiające się w ciągu przebiegu zamierzonego ruchu, najczęściej przy i po jego zakończeniu.

Ruchy te mogą występować samodzielnie lub komplikują dysmetryczne czy asynergiczne zaburzenie. W pierwszym przypadku stanowią one same przez się o ataksji: jest to więc trzeci rodzaj ataksji, częstokroć pochodzenia móżdżkowego. Tu właśnie należy t. zw. drżenie zamiarowe. Zdaje się nam, że pewnej odmianie takich ruchów wahadłowych odpowiadają główne objawy tej grupy przypadków, którą się tu zajmujemy, mając na myśli przedewszystkiem zaburzenie ruchowe gałek ocznych.

Wahadłowe ruchy móżdżkowe wynikają wogóle z zaburzenia harmonji zespolenia inerwacji, zależnej od podniet proprjoceptywnych i inerwacji dowolnej. Zaburzenie to, o ile chodzi o schorzenia móżdżkowe, ma najczęściej miejsce przy wygasaniu inerwacji kinetycznej, więc w chwili przejścia jej w inerwację statyczną. W naszym przypadku zaburzenie ruchów gałek istnieje przez cały czas kinetycznej inerwacji i w tem właśnie tkwi swoistość zaburzenia. Duże nasilenie wahadłowych ruchów upodabnia je do mioklonji, w naszych przypadkach ma to miejsce, o ile chodzi o gałki oczne. Natomiast o ile zaburzenie jest bardziej dyskretne — wytwarza ono widocznie skłonność tylko do tremorów, n. p. w mięśniach tułowia naszego przypadku. Za pochodzeniem ataktycznem ruchów gałek przemawia w szczególności w naszym przypadku fakt, że w okresie poprawy popadały gałki w drgania tylko z chwilą wyprowadzenia ich z równowagi statycznej, czy to na rozkaz, czy przy ruchach przygodnych, czy też przy zmianie nastawienia gałek wskutek zadziałania bodźca zmysłowego. Możliwe, że w przypadku Flatau a-Sterlinga ataksja miokloniczna oczu była tak mało zaznaczona, że towarzyszyła ona tylko przemieszczeniom gałek, dokonującym się współruchowo. Możliwe atoli także, że nasilania się niepokoju w ich przypadku podczas mrugania, a w naszym podczas zamknięcia oczu było następstwem zatracania się spokoju statycznego gałek z tą chwilą, gdy traciły oparcie trwałe o pewien punkt pola widzenia, z którym były niejako związane podczas rozwarcia powiek. Przy maksymalnem nasileniu zaburzenia gałkoruchowego najmniejsze, wprost niedostrzegalne, a normalnie nieuniknione wychylenia z pozycji spokoju, mogą powodować tę ataksję oczu. Wtedy mamy ją obecną, nawet w pozornym spokoju, jak to było z początku choroby w przypadku naszym i przypadku Orzechowskiego.

Ataksje miokloniczne oczu uważamy za następstwo obrażenia pewnych torów móżdżkowych lub ośrodków móżdżku, mających połączenie z jądrami nerwów gałko-ruchowych. Obrażenie analogicznych ośrodków i torów czuwających nad ruchami mięśni szkieletowych sprowadzić może, naszem zdaniem, miokloniczną ataksję kończyn i tułowia, która w przypadkach przez nas omawianych albo wyrażała się słabo albo tylko wśród pewnych warunków n. p. w pozycji pionowej tułowia. Należałoby stąd wnosić, że w przypadkach opsoklonji tylko część domniemanych torów, i to włókna gałkowo-ruchowo-móżdżkowe, przedewszystkiem ucierpiały przez sprawę anatomiczną. O tem, że mioklonje w pewnych przypadkach mogą być rzeczywiście pochodzenia móżdżkowego, świadczą zresztą spostrzeżenia Ramsay'a, Hunt'a o „dyssynergji móżdżkowej mioklonicznej" w przypadkach z drżeniem i mioklonjami, wynikającemi z dyssynergji pojętej w sposób zbliżony do tu przedstawionego.

Na podstawie obserwacji przypadków tu omówionych, i przytoczonych rozważań, sądzimy, że należy wyodrębniać ataksję miokloniczną, jako szczególną postać, jak się zdaje nieczęstą, ataksji móżdż. Wynikałoby stąd, że mioklonje, obok innych źródeł, mogą czerpać swe przyczyny powstania z zaburzeń móżdżkowych. Ataksja miokloniczna i drżenie móżdżkowe wynikają z niemożności odpowiedniego ustalenia statycznego n. p. przy staniu i chodzie, i z niemożności odpowiedniej adaptacji kinetycznej w czasie ruchu odcinków kończyn, a ponadto także może z ruchów kompensacyjnych, mniej lub więcej dowolnych. Zaburzenie rozgrywa się między przeciwniczo działającemi grupami synergistów. Ponadto może istnieć brak skojarzenia móżdżkowego skurczów mięśni należących do tej samej grupy synergistów. Prowadzić to musi do mioklonji, tem gwałtowniejszej i tem mniej regularnej. Dalej idąc, nie można odrzucić z góry przypuszczenia, że móżdżek ma także wpływ na harmonijne kojarzenia się skurczów poszczególnych wiązek mięśniowych nawet jednego brzuśca w jeden równoczesny skurcz całego brzuśca. Przy zaburzeniu mechanizmu, czuwającego nad zharmonizowaniem skurczów wiązek, może zajść tego rodzaju zaburzenie, że jedne wiązki będą kurczyły się prędzej, drugie później, różne wreszcie wiązki z różną siłą i z różnym czasem trwania skurczu. W ten sposób powstawałyby drżenia wiązkowe i włókienkowe. Obok więc drżeń wiązkowo-włókienkowych obwodowych, których część uzależnia Orzechowski od neuronów sympatycznych, obok takichże drżeń pochodzenia pozapiramidowego, musieliśmy rozróżniać jeszcze grubą i drobną mioklonję zależną od umiejscowienia sprawy anatomicznej w pewnych torach rdzeniowo-opuszkowo-móżdżkowych.

Na tem miejscu nie chcielibyśmy pominąć jednego drobnego szczegółu, który może mieć w tym związku pewne znaczenie. Chora nasza nie czuła i dotąd nie uczuwa mimowolnych ruchów gałek. Objawu tego nie można u niej tłumaczyć zaburzeniami czucia głębokiego, bo gdzieindziej zaburzeń takich u chorej nie obserwowaliśmy. Z drugiej strony wiadomo, że chorzy cierpiący na bardzo silną mioklonję czasami nie zdają sobie z niej sprawy; (Sicard, Orzechowski), pod tym więc względem zachowanie się ruchów gałek w tym przypadku i w pewnych przypadkach mioklonji obwodowej byłoby identyczne.

W myśl tego, cośmy wyżej powiedzieli, doszukujemy się siedziby anatomicznej schorzenia w przypadkach opsoklonji w torach móżdżkowych, nie będąc w stanie ściślej określić, o który z nich chodzi. Musi to być naturalnie jedna z dróg móżdżkowych, która zawiaduje także statyką mięśni gałek ocznych, droga znajdująca się w pobliżu jąder nerwów gałkoruchowych, względnie dróg zawiadujących kojarzeniem ruchów gałek, więc będąca opodal pęczka podłuż-

nego tylnego lub w nim samym przebiegająca. W każdym razie zmiana anatomiczna w grupie przypadków opsoklonji musi się ograniczać do bardzo małej przestrzeni, wobec braku innych objawów móżdżkowych, a stosunkowo słabego nasilenia tych, które są.

O ile chodzi o rozpoznanie w opisanym przez nas przypadku to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mamy do czynienia z zapaleniem mózgu najprawdopodobniej sporadycznem, a nie nagminnem, chociaż za tem ostatniem mogłyby przemawiać niektóre dane z wywiadów i początek, równoczesny z pojawieniem się tegorocznej epidemji. Brak jednak całego szeregu innych objawów: jak kilkudniowej przynajmniej zwyżki ciepłoty, przyśpieszenia tętna, znanych objawów psychicznych, bolów wszystkich objawów ocznych zresztą spotykanych w tej postaci, a natomiast obecność zaburzenia gałek właśnie całkiem niezwykłego rodzaju, zdaje się przemawiać przeciwko tej postaci zapalenia.

Znamiennem jest także, że prawdopodobnie we wszystkich opisanych przypadkach miało się także do czynienia z tłem zapalnem. W szczególności w niniejszym przypadku, w przypadku Orzechowskiego i Mikułowskiego chodziło o t. zw. nieropne zapalenie mózgu.

Piśmiennictwo:

Frey Ł.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 15. 1925 r. — Flatau-Sterling: Neur. Pol. T. I. Zesz. VI. Maj—Czerwiec. 1911. — Goździewski: Lwowski Tyg. Lek. Nr. 17. 1913 r. str. 229. — Mikułowski: Praca oddana do druku. Przegląd pedjatryczny. 1925. — Orzechowski: Lwowski Tyg. Lek. Nr. 18. 1913 r. str. 243. — Orzechowski: Neur. Pol. T. VIII. Zesz. I. 1925. — Hunt, I. Ramsay: Zentr. f. d. G. N. u. Psych. Heft 29. 1922. — Stransky: Neurol. Centralbl. 1901. 786.

Wykład kliniczny.

Dr. med. Henryk GROMADZKI, adjunkt kliniki. Warszawa.

W sprawie rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego [1]).

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Czyżewicz.

W Klinice Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, od połowy września 1921 roku do 1-go lipca 1925 roku wykonaliśmy naogół 97 cięć cesarskich, a mianowicie:

76 cięć nadłonowych (w dolnym odcinku macicy),
11 cięć klasycznych i
10 cięć pochwowych (podług Dührsena).

Przy cięciach nadłonowych raz jeden zmuszeni okolicznościami wykonaliśmy następowe wycięcie macicy oraz 4 razy stosowaliśmy zapobiegawcze zeszycie brzegów otrzewnej ściennej z brzegami otrzewnej trzewnej, rozciętej na przedniej ścianie macicy, (podług Frommego).

Przy cięciach klasycznych w dwóch przypadkach operowaliśmy podług Sellheima, wytwarzając przetokę maciczno-skórną.

Zejść śmiertelnych matek mieliśmy 7, t. j. 7,2%.

Wskazaniem do cięcia cesarskiego klasycznego, wzgl. nadłonowego było zwężenie kanału kostnego miednicy 58 razy, 50 razy miednica płaska, przeważnie krzywicza, 3 razy miednica skośnie zwężona, 2 razy miednica osteomalatyczna, 1 raz miednica kręgozmykowa (spondylolistetyczna), 1 raz miednica ogólnie jednostajnie zwężona i 1 raz miednica mała przy mikromelji).

Rzucawka porodowa potwierdzona w każdym poszczególnym przypadku badaniem krwi, skłoniła nas do wykonania cięcia cesarskiego w 15 przypadkach, łożysko przodujące — w 8-u, wreszcie rak szyi macicznej, agonja po ataku apoplektycznym, stan po operacyjnem usunięciu jednej nerki, grożące pęknięcie macicy przy położeniu poprzecznem, duży przodujący włókniako-mięśniak szyjki macicy i blizna macicy po uprzedniem wyłuszczaniu włókniako-mięśniaków — po jednym razie.

Po cięciu cesarskiem wykonanem z powodu zwężenia miednicy mieliśmy zejście śmiertelne w jednym przypadku z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej, które rozwinęło się prawdopodobnie na tle ropnego zapalenia stawu kolanowego, istniejącego u chorej już przed operacją. T. zw. absolutne wskazanie do cięcia cesarskiego zmusiło nas w danym przypadku do wykonania zabiegu, co do którego rokowanie było *a priori* jak najgorsze.

Po cięciach cesarskich klasycznych i nadłonowych wykonanych z powodu rzucawki porodowej straciliśmy 4 chore. We wszystkich tych przypadkach przyczyną śmierci była rzucawka sama w sobie, a śmierć następowała wkrótce po rozwiązaniu, przy objawach obrzęku płuc, przed odzyskaniem przez chorą przytomności.

W przypadkach, w których wykonaliśmy cięcie cesarskie z powodu łożyska przodującego, straciliśmy jedną chorą, która była operowana *in extremis* — bez tętna — i zmarła przed dokończeniem operacji na stole operacyjnym.

Siódmy wreszcie i ostatni przypadek zejścia śmiertelnego po cięciu cesarskiem mieliśmy również na stole operacyjnym. W przypadku tym była operowana ciężarna umierająca po ataku apoplektycznym.

Cięcia cesarskie pochwowe wykonaliśmy z następujących wskazań: 5 razy z powodu rzucawki w ciąży, po 2 razy — z powodu zapalenia nerek i gruźlicy płuc, wzgl. krtani i raz jeden z powodu grożącego pęknięcia macicy i niepodatności zbliznowaciałego ujścia macicy.

Przez cięcia klasyczne i nadłonowe (86) uzyskaliśmy w 83 przypadkach dzieci żywe, w tem 3 pary bliźniąt. W trzech przypadkach wydobyliśmy dzieci w ciężkiej zamartwicy, z której nie udało się nam ich docucić. Stało się to 2 razy w przypadkach miednicy zwężonej płaskiej po długiej czynności porodowej, która poprzedziła zabieg operacyjny i raz, w przypadku cytowanym powyżej agonji, po ataku apoplektycznym.

Po cięciach cesarskich klasycznych i nadłonowych spostrzegaliśmy następujące powikłania połogu: 1 raz *parametritis*, 1 raz *peritonitis diffusa* przypadek zakończony śmiercią) oraz 1 raz *fistula vesico-vaginalis* w przypadku, w którym wykonaliśmy po cięciu cesarskiem wycięcie macicy. Przetoka moczowa została potem zamknięta operacyjnie.

Cięcia cesarskie pochwowe z wyjątkiem dwóch przypadków, w których wydobyliśmy przy pomocy kleszczy płody żywe (*rigiditas ostii et ruptura uteri imminens* oraz *eclampsia*), wykonaliśmy w przypadkach, w których płody były jeszcze niezdolne do życia samoistnego.

Po cięciach cesarskich pochwowych nie spostrzegaliśmy żadnych powikłań połogu.

Zestawienie powyższe z przestraszającą cyfrą 7,2% śmiertelności wymaga komentarzy, tembardziej, jeżeli mamy mówić o rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego i szukać uprawnień do tego rozszerzenia w materjale własnym.

Zdaniem naszem nasze przypadki zejść śmiertelnych po cięciach cesarskich nie dyskredytują zupełnie tego zabiegu i tylko wówczas mogłyby go dyskredytować, gdyby istotnie były bezpośredniem następstwem operacji. W naszym materjale widzimy 4 zejścia śmiertelne spowodowane rzucawką porodową, której rozwiązanie rodzących nie zdołało już ukrócić, co zresztą potwierdziło pośmiertne badanie zwłok; jeden przypadek dotyczy kobiety skrwawionej do ostateczności z powodu łożyska przodującego, która przybyła do kliniki ze słabemi oznakami życia; robiliśmy cięcie cesarskie, bo jedynie po tym zabiegu można było się spodziewać utrzymania gasnącego życia; badanie pośmiertne w danym przypadku ustaliło jako przyczynę śmierci ostrą niedokrwistość wszystkich narządów; raz operowaliśmy konającą po napadzie apoplektycznym, ściśle więc biorąc

[1]) Według referatu wygłoszonego w Sekcji Ginekologiczno-Położniczej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. R. 1925.

wykonaliśmy cięcie cesarskie na stygnących zwłokach. W powyższych zatem przypadkach nie można mówić o śmierci po cięciu cesarskiem. Jeżeli poza tem zważymy, że i w ostatnim przypadku śmierć nastąpiła wskutek rozlanego zapalenia otrzewnej, powstałego u chorej, która przed wykonaniem cięcia cesarskiego ze wskazań bezwzględnych cierpiała na ropne zapalenie stawu kolanowego, to dojdziemy do przekonania, że i w tym przypadku nie można winić operacji o spowodowanie zejścia śmiertelnego. Każdy inny sposób rozwiązania danej chorej krył w sobie to samo niebezpieczeństwo dla matki, z tą tylko różnicą, że jedyne tylko cięcie cesarskie gwarantowało wydobycie żywego dziecka, które też przez wykonanie operacji uzyskaliśmy.

Te pozorne 7,2% śmierci po cięciach cesarskich, to jeszcze jeden z dowodów, że medycyny na statystyce budować nie można. Wyniki zabiegów operacyjnych nie mogą być identyfikowane z następstwami chorób leczonych tą, czy inną metodą. Spotykamy się jednak z takiem identyfikowaniem dość często nie tylko w kołach laików, ale niestety i w kołach lekarskich, które winnyby bardziej krytycznie na te sprawy patrzeć.

Jeżeli uprzytomnimy sobie pobieżnie ewolucję wskazań do cięcia cesarskiego, pominąwszy zresztą czasy starożytne i średniowieczne, to przekonamy się, że zaczęła się ona stosunkowo niedawno. Wszak niezbyt odległe są te czasy, w których cięcie cesarskie było uznawane za tak ryzykowną operację, że wykonanie jej było wydarzeniem nielada, nawet dla wziętego i doświadczonego położnika, nietylko u nas, ale nawet i u innych narodów. Że tak było istotnie, pamiętamy wszyscy, a najlepszym tego dowodem są liczne publikacje kazuistyczne ogłaszane przez autorów cieszących się jeszcze dzisiaj najlepszem zdrowiem i powodzeniem o „wykonanych z powodzeniem dla matki i dziecka" cięciach cesarskich. (Z. Endelman 1903, Wł. Jakowicki 1913, Radwańska 1914, St. Zaborowski 1913 i w. i.).

Pojęcia nasze co do stopnia niebezpieczeństwa cięcia cesarskiego dla matki uległy zasadniczym zmianom w ciągu dwóch ostatnich dziesiątków lat i to tak radykalnie, że w stosunkowo krótkim czasie zgodziliśmy się na uznanie wskazań bezwzględnych do cięcia cesarskiego, do których zaliczyliśmy w pierwszej linji zwężenia miednicy 2-go stopnia, niektóre przeszkody zasłaniające kanał rodny, zwężenia i zniekształcenia części miękkich rzucawkę porodową i wreszcie łożysko przodujące.

Nie od rzeczy będzie przy tej sposobności zastanowić się nad tem, co właściwie spowodowało tak późne zliberalizowanie pojęć naszych na wskazania do cięcia cesarskiego, pomimo pełnego zrozumienia i praktycznego stosowania zasad Semmelweisa, Listera i Pasteura w położnictwie współczesnem? Przecież to ci trzej pionierzy medycyny dzisiejszej wybili te wrota, od których poszły drogi dla ewolucji, która się dopiero w naszych oczach odbywa.

Bez wątpienia, że technika cięcia cesarskiego odegrała tutaj rolę pierwszorzędną. Kiedy wykonywano cięcie cesarskie klasyczne z wytaczaniem macicy przed powłoki brzuszne, lub z otwieraniem jej *in situ*, nietrudna w zasadzie operacja była bardzo niebezpieczna ze względu na wielką łatwość zakażenia jamy brzusznej. Kiedy więc cięcie cesarskie klasyczne było jedyną operację umożliwiającą wydobycie z macicy płodu z pominięciem kanału kostnego miednicy, położnik specjalista, jednocześnie internista i pedjatra wiedział o technice operacyjnej tyle tylko, ile mu zdołał wpoić wiadomości teoretycznych profesor chirurgji podczas studjów uniwersyteckich, lub trochę więcej. Wyrobienie techniczne tegoż specjalisty nie poprawiło się wiele do chwili, kiedy Latzko ogłosił swe prace o cięciu cesarskiem w dolnym odcinku macicy, które z punktu widzenia techniki operacyjnej jest zabiegiem o wiele trudniejszym od cięcia klasycznego, lecz pod wielu względami korzystniejszym i lepszym. Nic więc dziwnego, że specjalista położnik, który tymczasem pozbył się narzuconej mu pedjatrji, musiał z konieczności rzeczy patrzeć na cięcie cesarskie jako na zabieg ciężki i ograniczał jego wykonywanie do minimum.

Rozwój ginekologji jako specjalności odrębnej, a nadewszystko ginekologji operacyjnej, oraz organiczny jej związek z położnictwem sprawił, że lekarze poświęcający się tej specjalności poczęli coraz bardziej szkolić się w technice operacyjnej, dzięki czemu mamy już dzisiaj cały zastęp specjalistów położników-ginekologów — doskonałych operatorów, dla których technika cięcia cesarskiego w jego najprzeróżniejszych modyfikacjach nie jest obca. Stało się to poniekąd dzięki temu, że my lekarze Polacy poszliśmy pod tym względem po tej samej linji rozwoju, jaką sobie obrali Niemcy, którzy wyodrębnili ginekologję operacyjną i ginekologję jako specjalność z chirurgji i połączyli te gałęzie medycyny z położnictwem. Droga, na którą wstąpiliśmy, pozwoliła nam wyszkolić tych specjalistów, których już posiadamy i daje nam rękojmię na przyszłość, że ze szkół naszych w dalszym ciągu wychodzić będą coraz to nowi ludzie, przygotowani do wykonywania swej specjalności według wymagań doby obecnej. W tych warunkach możemy śmiało myśleć o dalszej ewolucji wskazań do cięcia cesarskiego, winniśmy to nawet poczytywać za swój obowiązek moralny wobec ludzkości.

Francja n. p. poszła po innej drodze rozwoju. Tam położnictwo stanowi specjalność odrębną, zamkniętą w sobie. Ginekologję, a w szczególności ginekologją operacyjną zajmują się tam wyłącznie chirurdzy, nic więc dziwnego, że położnicy francuscy, nie posiadając w swem gronie ludzi z wyrobioną techniką operacyjną, w dalszym ciągu uważają cięcie cesarskie za zabieg wyjątkowo ciężki i w dalszym ciągu stoją przy dawnych ciasnych wskazaniach do tej operacji. Mam to wrażenie, że dopóki nie zejdą z tej drogi, po której idą, nie będą mogli myśleć o tak szerokiem zastosowaniu cięcia cesarskiego, na jakie ono ze wszech miar zasługuje.

Jeżeli staniemy na gruncie współczesnego położnika-ginekologa polskiego, to możemy z czystem sumieniem powiedzieć, że cięcie cesarskie, a przedewszystkiem cięcie cesarskie przezotrzewnowe nadłonowe (w dolnym odcinku) jest operacją technicznie łatwą, mało ryzykowną zarówno dla matki, jak i dla płodu, bodaj że jedną z mniej ryzykownych operacji położniczych, jeżeli jest wykonane *lege artis* i w odpowiedniej chwili.

Ramy krótkiego referatu nie pozwalają mi na przeprowadzenie porównawczych zestawień co do ryzykowności i wyników tych różnych położniczych zabiegów operacyjnych, które konkurują z cięciem cesarskiem. Wiem jednak z pewnością i jestem o tem przekonany, iż większość doświadczonych położników podzieli me zdanie co do tego, że z takiego porównywania cięcie cesarskie wyszłoby z całą pewnością zwycięsko. Przecież nikt mi chyba nie zaprzeczy, że niejednokrotnie ciężkie kleszcze wysokie, lub wymóżdżenie, albo też rozkawałkowanie płodu są operacjami o wiele cięższemi, bardziej ryzykownemi od przeciętnego cięcia cesarskiego, które poza tem że minimalnie naraża na szwank życie i zdrowie matki, pozwala rokować z nieomylną prawie pewnością życie noworodka niezbyt pewne po kleszczach wysokich, a niemożliwe do utrzymania przy wszystkich zabiegach pomniejszających jego ciało w celu wydobycia na zewnątrz.

Zdaniem mojem cięcie cesarskie winno być wykonywane wszędzie tam, gdzie **ze strony matki** jej stan wymaga natychmiastowego rozwiązania przy niedostatecznie przygotowanych częściach miękkich kanału rodnego i gdzie **ze strony płodu** z jakichkolwiek powodów poród żywego

dziecka *per vias naturales* według dzisiejszego stanu wiedzy położniczej jest niemożliwy lub nieprawdopodobny.

Trudność ustalenia ścisłych wskazań polega na tem, że operator winien w każdym poszczególnym przypadku liczyć się z warunkami miejscowemi i starać się przynajmniej, o ile warunki życiowe go do tego nie zmuszą, nie operować w tych razach, w których *a priori* rokowanie jest złe. Zastrzeżenie to nie dotyczy rzecz oczywista tych przypadków w których cięcie cesarskie musi być wykonane z t. zw. wskazań bezwzględnych.

Precyzowanie wskazań, jak to dotychczas robiliśmy uważam nietylko za zbyteczne, ale nawet za szkodliwe. Mając na względzie powyżej przytoczone zasady wytyczne, winniśmy indywidualizować w każdym poszczególnym przypadku. Ażeby jednak indywidualizacja ta była możliwa, ażeby decyzja powzięta miała wartość, należy wymagać od tych, którzy decydować będą, nietylko sprawności w technice operacyjnej, ale i wszechstronnej wiedzy z zakresu położnictwa teoretycznego, a głównie fizjologji porodu i jego mechanizmu. Tylko ten, kto posiada głębokie wykształcenie teoretyczne przy dużem doświadczeniu praktycznem, będzie w stanie zorjentować się w każdym poszczególnym przypadku, co będzie łagodniejsze dla rodzącej i jej płodu, czy np. wysokie kleszcze, czy poród samoistny, czy też cięcie cesarskie. Pomimo, że decyzja winna nastąpić zazwyczaj szybko, bo nieraz różnica 15 minut może poważnie zaważyć na szali, przed ostateczną decyzją należy rozważyć wszystkie pro i contra.

Nie należy przy tem nigdy postępować szablonowo i nie upierać się przy zasadach, które lubo błąkają się w postaci wskazówek praktycznych lub przeciwwskazań rzekomych, nie mają nic wspólnego z wiedzą położniczą i jako takie tylko szkodę wyrządzać mogą.

Dla przykładu wspomnę np. o zdaniu, które słyszałem z ust niejednego położnika praktyka, że odejście wód jest przeciwwskazaniem do cięcia cesarskiego. Tak bynajmniej nie jest. Istnienie komunikacji otwartej jamy jaja płodowego ze światem zewnętrznym winno być oceniane *ad casum*; w poszczególnych przypadkach może ono być istotnie przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu, w iluż jednak razach po odejściu wód można z czystem sumieniem wykonać z powodzeniem cięcie cesarskie, posiłkując się w razie wątpliwości różnemi metodami, uniemożliwiającemi przedostanie się zawartości jaja płodowego do jamy otrzewnej, począwszy od jej osłonięcia serwetami, przez zeszycie brzegów otrzewnej ściennej z brzegami rozciętej na macicy otrzewnej trzewnej podług Frommego, do wytworzenia przetoki maciczno-skórnej podług Sellheima włącznie. Wszystkie te metody stosowaliśmy na Klinice Położniczo-Ginekologicznej z zupełnem powodzeniem i nadal stosować je będziemy w odpowiednich przypadkach.

Do czego zmierza postawienie wskazań do cięcia cesarskiego w sposób powyższy?

W odpowiedzi na to pytanie zastrzegę się przedewszystkiem przed posądzeniem o *furror operativus*.

Każdy z doświadczonych położników niewątpliwie spotkał się w swej działalności z takiemi przypadkami, w których poród przebiegał książkowo, zakończył się jednak przyjściem na świat martwego dziecka. Na Zjeździe Ginekologów Polskich w roku 1923 Prof. Rosner wspomniał o takich właśnie przypadkach, w których z niewiadomych i nie dających się ustalić powodów płód zamiera nawykowo z chwilą wystąpienia bólów porodowych u kresu normalnej ciąży. Prof. Rosner wypowiedział się za tem, żeby w takich przypadkach wykonywać cięcie cesarskie, nie czekając na zamarcie płodu. Każdy z doświadczonych położników zapewne miał również w swej obserwacji starsze pierwiastki, u których przy najnormalniejszej miednicy odchodziły przedwcześnie wody, poród potem trwał nieskończenie długo, a efektem końcowym było martwe dziecko. W przypadkach takich cięcie cesarskie uratowałoby z pewnością życie dziecka, nie narażając zupełnie matki. Przykładów takich z praktyki możnaby przytoczyć całe szeregi, w których niema zupełnie klasycznych wskazań do cięcia cesarskiego, a w których operacja ta wykonana w porę zapobiegłaby z całą pewnością utracie życia płodu, który przecież ma równe prawa do życia, jak i matka. (Rosner).

Postawienie sprawy wskazań do cięcia cesarskiego w sposób powyższy ułatwi niejednokrotnie i przyśpieszy decyzję, szczególnie w tych razach, w których mniej doświadczony położnik spotka się z podobnym przypadkiem. Jeżeli bowiem kwestja wskazań do cięcia cesarskiego pozostanie nadal w tem samem stadjum, w jakiem się znajduje obecnie, to takiemu właśnie lekarzowi nigdy na myśl nie przyjdzie, że w danym przypadku cięcie cesarskie może w sposób zupełnie łagodny zapobiedz katastrofie. Jeżeli jednak zamiast pamiętać sprecyzowane wskazania, będzie znał powyższą formułę, to nawet wtedy, gdy nie będzie się czuł na siłach do wykonania cięcia cesarskiego, a zda sobie sprawę z niebezpieczeństwa zagrażającego życiu matki lub płodu, nie zawaha się przed wezwaniem na naradę kolegi bardziej doświadczonego, który sprawę rozstrzygnie i skieruje postępowanie na właściwe tory.

Że z tego tylko korzyść dla społeczeństwa wyniknąć może, nikt mi chyba nie zaprzeczy.

Z praktyki.

Dr. Med. W. MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Rzadki zespół opso-miokloniczny u dziecka w przebiegu zapalenia mózgu.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Doc. Szenajch Wł.

Spostrzeżenia, tyczące się występowania mioklonji w przebiegu cierpień układu nerwowego ośrodkowego u dzieci, są rzadkie.

W lecie 1924 r. miałem sposobność obserwować na oddziale szpitala Karola i Marji dla dzieci przypadek, którego przebieg kliniczny pozwalam sobie opisać.

Krzysia C. lat 4, przybyła do szpitala dn. 15. VII. 1924., skierowana tamże, przez lekarza z powodu podejrzenia drętwicy karku. Dziecko zachorowało nagle przed dwoma dniami, 13. VII., wśród wysokiej gorączki, dreszczów, bolów głowy i wymiotów. W drugim dniu choroby, 14. VII., zauważyli rodzice i przywołany lekarz sztywność karku i oczopląs. Dziecko na pięć dni przed chorobą (t. j. 8. VII.) upadło z łóżeczka na podłogę i uderzyło się w główkę, było jednak przez następne dni (t. j. do 13. VII.) zdrowe i wesołe. Rodzice dziecka zdrowi.

Badanie stwierdza: dziecko przytomne, dobrej budowy i dobrego odżywienia (wzrost 1 m. 2 cm., obwód klatki piersiowej 50 cm., obwód czaszki 47 cm.). Kościec bez zmian chorobowych. Temperatura 38°, tętno 132, miarowe, dobrze napięte. Odczyn skórny Pirquet'a dodatni. Układ gruczołowy bez zmian. Jama ustna, gardło, nos, wolne. Tony serca czyste. Płuca, narządy jamy brzusznej, bez zmian.

Dziecko leży prawie stale w jednej pozycji, dość nieruchomo. Trzyma ono główkę ku tyłowi odchyloną. Na próbę odchylenia jej ku przodowi napotyka się na opór z powodu wyraźnej sztywności karku.

Objaw Kerniga i policzkowy Brudzińskiego ujemny, natomiast karkowy Brudzińskiego zaznaczony. Źrenice dość wąskie, na światło oddziaływują. Odruch rogówkowy obecny. Brak zmian w obrębie mięśni twarzy. Mięśnie tułowia i kończyn o prawidłowem napięciu. Ruchy kończyn są możliwe, z siłą dostateczną. Ruchy badane w ułożeniu leżącem są zborne, brak w szczególności drżenia zamiarowego. Brak bolesności mięśniowej przy ucisku. Odruchy ścięgnisto-okostnowe z górnych kończyn i odruchy kolanowe, zachowane, odruch ze ścięgien Achillesa i odruchy brzuszne, zachowane, odruchu Babińskiego, Mendla-Bechterewa i Oppenheima brak. Brak zaburzeń czucia dotyku (bolu i temperatury). Gałki oczne mają ruchy zachowane we wszystkich kierunkach. Przytem przy patrzeniu w górę, na boki i ku dołowi występują w skrajnych położeniach gałek wahadłowe ich drgania o równych wychyleniach.

Najbardziej uderzającym objawem są mimowolne ruchy gałek, zjawiające się bez względu na ich ustawienie i niezależnie od samego faktu inerwacji dowolnej. Polegają one na nagłych, gwałtownych, wprost szarpiących ruchach gałek, nierównych, to krótkich, to bardzo rozległych, przeważnie dokonywujących się w płaszczyźnie poziomej, kończących się najczęściej, po serji takich poziomych wychyleń w jedną to w drugą stronę, nagłem wzniesieniem ku górze, a po niem — opadnięciem oczu do płaszczyzny poziomej, pośredniej, w której się zwykle znajdują. Zazwyczaj są to ruchy skojarzone, t. j. jedno i drugie oko przemieszcza się gwałtownie w jedną, a potem w drugą stronę, wyjątkowo jednak skojarzenie ruchów zatraca się. Ma to miejsce zwłaszcza przy nasileniu częstości i szybkości ruchów. Wówczas każde oko zosobna drga to w jedną i tę samą stronę, to każde w odmiennym kierunku, to w płaszczyźnie poziomej — to znowu jedno wychyla się gwałtownie ku górze i opada, gdy drugie wybiega ku górze; wśród szarpiących ruchów gałki nagle się zbiegają, to rozchodzą. Całokształt tego obrazu ruchowego sprawia chwilami wrażenie niezwykłego, nieregularnego tańca oczu, bez przesady mówiąc — szału gałek ocznych. Ruchy mimowolne oczu są niezależne od ułożenia głowy i ciała i nie pozostają w związku z naturalnem mruganiem powiekami. Udało się natomiast ustalić, że najczęściej drgawki oczu występują w związku z afektem dziecka, że wtedy pojawiają się w stopniu najsilniejszym i tak długo trwają, póki się dziecko nie uspokoi. Dziecko wogóle wykazuje znaczną lękliwość, ujawnia ją wyrazem twarzy przy najspokojniejszem zagadnieniu z naszej strony, a idzie z tem w parze zjawienie się serji mioklonji oczu. Gdy dziecko jest pozostawione samemu sobie i obserwowane tylko z oddali, ruchów oczu zwykle niema. Zjawiają się one i w tych warunkach czasami, jak się zdaje, wówczas, gdy się dziecko czemś w otoczeniu zainteresuje, albo gdy grymas niepokoju przebiegnie po jego twarzy. Przy zamkniętych powiekach dają się drgawki obserwować w tem samem natężeniu, jak i przy otwartych. We śnie również występują, jakkolwiek mniej często.

Badanie dna oka (Dr. M a t u s e w i c z ó w n a), zmian patologicznych nie wykazuje.

Badanie otjatryczne (Dr. P i e n i ą ż e k), zapomocą kaloryjnego drażnienia przewodu słuchowego, stwierdza zupełną niezależność oczopląsu od pobudzeń przedsionkowych.

Mowa dziecka jest nieco łkająca, prawdopodobnie pod wpływem zalęknienia, jakie występuje wskutek naszego zbliżania się do niego. Pokarmy przyjmuje chętnie.

Dziecko z trudem daje się nakłonić do siadania i na samą wzmiankę o tem ujawnia paniczny lęk. Przy ruchach wykonywanych w celu podniesienia się z pozycji leżącej — chora usztywnia kark i tułów, a w mięśniach barków i kończyn górnych i dolnych występują grube drgania pęczkowe.

Przy próbie postawienia na nogi, co udaje się tylko przy podtrzymywaniu przez otoczenie, dziecko głośno płacze i krzyczy z przerażenia i usztywniając tułów drży na całem ciele, najwięcej w kończynach dolnych, które ustawia na szerokiej podstawie. Pozostawione sobie, przytrzymuje się silnie zapomocą rąk poręczy łóżka. Przy bliższej obserwacji można się przekonać, że drganiom ulegają głównie kończyny i to dolne, i że te drgawki polegają na zgięciach i prostowaniach w stawach biodrowych i kolanowych dość szybko po sobie postępujących, to po jednej, to po drugiej stronie. Ruchy te ciągle zagrażają dziecku upadkiem, stąd prawdopodobnie lęk ujawniany w tej mierze, gdy się dziecko postawi na nogi. Obok tych ruchów spostrzega się poprzez skórę to tu, to tam ruchy falujące w różnych brzuścach mięśniowych, których w pozycji dziecka leżącej nie widzieliśmy.

Przy nakłuciu lędźwiowem wydobyto 20 cm.³ płynu jasnego, przeźroczystego, pod miernem ciśnieniem. Nonne-Apelt dodatni, Pandy dodatni. Ciałek białych w 1 mm.³ — 38. W odwirowanym osadzie brak krwinek czerwonych, obecne białe ciałka w stosunku: 7 limfocytów na 3 wielojądrzaste, zresztą komórki śródbłonkowe, brak bakteryj. Barwienie sposobem Ziehl'a nie stwierdza obecności prątków Kocha. Posiew płynu jałowy. Refraktom: 1,3350. Badanie krwi: Hg: 80% Sahli. Cz. ciał. 4,300.000. b. ciał. 10,000. wielojądrz. 70%, limf. 18%, przejść. 11%. eozyn. 1%. W moczu diazoreakcja dodatnia, aceton obecny.

Dn. 17. VII. Ciepł 37,8°. Tętno 120, równe. Przytomność stale zachowana, łaknienie zadawalające, sen niespokojny, brak dolegliwości podmiotowych. Zresztą badanie przedmiotowe nie stwierdza zmiany poprzedniego stanu.

Dn. 19. VII. Ciepł. 37,4°. Tętno 120. Mniejsza sztywność karku, mniejszy lęk. Po posadzeniu dziecka na łóżku drżenie mięśni utrzymuje się, podobnie jak i oczopląs. Stan sił, apetyt — dobry. Sen lepszy.

Dn. 21. VII. Stan bezgorączkowy. Tętno 96. Dziecko siada przy naszej pomocy, przyczem okazuje mniejsze drżenie. Po postawieniu na nogi dziecko utrzymać się jeszcze nie może i drżąc na całem ciele — trzyma się kurczowo rączkami poręczy łóżka. Oczopląs nieco rzadszy.

Dn. 25. VII. Dziecko siada o własnych siłach na łóżku, pomagając sobie rękami. Przytem nie płacze. Stawanie nie udaje się bez wywołania silnego płaczu i równoczesnego drżenia w członkach. Odruchy kolanowe zniesione.

Dn. 28. VII. Oczopląs mniej częsty i mniej gwałtowny. Także lęk przy próbie stawania mniejszy, jakkolwiek chodzenie bez pomocy nie udaje się i połączone jest z drżeniem członków. Dziecko skarży się na ból pod prawem kolanem. Prawa kończyna dolna okazuje nieznaczne zmiany zanikowe i jest nieco słabsza niż lewa. Odruchy kolanowe zniesione.

Dn. 3. VIII. Oczopląs znikł prawie zupełnie. Dziecko samo chodzi, stawiając szeroko nogi i jakkolwiek jeszcze drży, nie zdradza lęku, jak dotąd, ale przeciwnie, nabiera zaufania w swoje siły. Odruchy kolanowe osłabione.

Dn. 8. VIII. Stan poprawy utrzymuje się przy dobrem łaknieniu i wesołem usposobieniu.

Dn. 10. VIII. Dziecko wypisuje się ze szpitala zdrowe do domu.

W dwa miesiące po przebytej chorobie badane dziecko nie wykazywało żadnych zmian chorobowych i cieszyło się zupełnem zdrowiem.

Oczopląs, który obserwowaliśmy u chorej, nie pokrywał się z typowym obrazem oczopląsu przedsionkowego (*nystagmus vestibularis*), złożonego z dwóch faz, jednej powolnej i jednej szybkiej, ale przeciwnie cechował się drżeniem gałek w obu kierunkach, więc na prawo i na lewo, lub w górę i ku dołowi z tą samą szybkością. Stanowił on więc t. zw. oczopląs wahadłowy (*Pendelnystagmus Uhthoffa*), w odróżnieniu od oczopląsu przedsionkowego, dwufazowego czyli wstecznego (*Rucknystagmus*), w którym oba odmienno-kierunkowe wychylenia mają różną szybkość przebiegu.

Jakkolwiek panuje pewien chaos pojęć o oczopląsie wśród neurologów i oftalmologów, to jednak pod względem mechanizmu powstawania oczopląsu wogóle wiadomo, że nie tylko błędnik i nie tylko obwodowy narząd optyczny są jedynemi miejscami, które jego powstawanie powodują, ale że wchodzić może w tym względzie w grę każde miejsce całego połączenia między narządem przedsionkowym, jądrem Deitersa, jądrem Bechterewa, i tylnym pęczkiem podłużnym, a przedewszystkiem móżdżek. Wreszcie i jeden i drugi rodzaj oczopląsu może być wyrazem niedowładu mięśni gałkowo-ruchowych i to prawdziwego niedowładu poszczególnych mięśni, albo też niedowładu skojarzonych ruchów gałek. Obok więc wymienionych już możliwości powstania oczopląsu wahadłowego w naszym przypadku, trzebaby się liczyć także z zależnością jego od stanu lekkiego niedowładu spojrzenia na boki, w górę i ku dołowi. W takim atoli razie musielibyśmy byli otrzymać przy badaniu cieplikowem — tak przynajmniej zazwyczaj bywa — zbaczanie oczu w kierunku płukanego ucha, czego w naszym przypadku nie było.

Drugim najbardziej interesującym objawem opisanego tu przypadku były ruchy mimowolne, występujące niezależnie od oczopląsu i niezależnie też od unerwienia dowolnego gałek ocznych, dla których znaleźliśmy jeden tylko czynnik potęgujący, względnie wywołujący, mianowicie stany afektu. Możnaby je nazwać — o ile nie chce się stwarzać terminu specjalnego, który i tak niewieleby więcej mówił — w myśl terminologji proponowanej przez Orzechowskiego opsoklonja. Przy szczególnem nasileniu ruchów dochodziło do ich rozkojarzenia i do gwałtownych, wyrywających ruchów gałek w różne strony. Wówczas mieliśmy przed sobą szał oczu, opsoklonję, jak ten stan Orzechowski określa.

Ruchy gałek ocznych identyczne, lub zbliżone do tych, któreśmy tu opisali w naszej historji choroby, należą do bardzo rzadkich, bo prócz przypadków obserwowanych, jak wspomnieliśmy wyżej, przez Orzechowskiego, istnieją tylko zbliżone obserwacje Flataua-Sterlinga, Goździewskiego, podobny też był przypadek Tyczki, przedstawiony niedawno w Tow. Neurol. Warszawskiem. W niektórych z tych obserwacyj, podobnie jak w naszym przypadku, uderzało wzmożenie emotywności chorych, wpływ afektu na napady opsoklonji, wreszcie chorych trudno było nakłonić do siadania i stawania. Powodem tego była, jak się zdaje, obawa chorych przed upadkiem, ten zaś zagrażał im w związku z zachwianemi warunkami równowagi. Chorzy rozstawiają silnie stopy, a kończyny dolne załamują się w kolanach —

to prostują, drgają, jakby dotknięte mioklonją nagminnego zapalenia mózgu, wreszcie po powierzchni mięśni przebiega od czasu do czasu falujące drżenie grubych pęczków. Uderzająca jest analogja zachowania się przy staniu naszego przypadku z przypadkami Orzechowskiego, Goździewskiego i Tyczki. Najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z niezwykle nasiloną ataksją statyczną pochodzenia móżdżkowego. Ruchy drgające kończyn mogłyby być wyrazem, albo ataksji jako takiej, albo usiłowań celowych chorych poprawienia swej złej statyki. Na jedno i na drugie są one może za gwałtowne. Liczymy się przeto z możliwością, że ruchy te w kończynach, łącznie z drżeniem grubowiązkowem, stanowią pewną całość samoistną i że z drugiej strony nietylko objawowo, ale i patogenetycznie pokrewne są z opsoklonją i opsochorją naszego przypadku i podobnych przypadków polskich autorów. Temsamem i zaburzenie gałek ocznych, podobnie jak ataksję dolnych kończyn, uzależniamy od zaburzenia mającego siedzibę w móżdżku, względnie w torach, najściślej z nim związanych funkcjonalnie. Że raczej zaburzenie to zlokalizowane jest w jakimś jednym torze móżdżkowym, przemawiałby zatem brak innych objawów móżdżkowych poza oczopląsem wahadłowym. O tem, że mioklonje w pewnych przypadkach mogą mieć rzeczywiście pochodzenie móżdżkowe, świadczą spostrzeżenia Ramsay-Hunt'a, który opisywał szczególne postacie zaniku móżdżku i torów móżdżkowych, przebiegające klinicznie z objawami, wśród których na poczesne miejsce wysuwały się mioklonje mięśni szkieletowych.

W myśl tego cośmy powiedzieli, doszukujemy się siedziby anatomicznego schorzenia w naszym przypadku w torach móżdżkowych, nie będąc w stanie ściślej określić, o który z nich chodzi. Musi to być jedna z dróg móżdżkowych, która czuwa także nad statyką mięśni gałek ocznych, więc znajdować się musi w pobliżu jąder nerwów gałkowo-ruchowych, względnie dróg zawiadujących kojarzeniem ruchów gałek, wśród tych zaś przedewszystkiem mamy na myśli pęczek podłużny grzbietowy. W każdym więc razie zmiana anatomiczna sadowić się przeto musi na bardzo ograniczonej przestrzeni trzonu mózgowego. Poza tem należy liczyć się z możliwością zmiany anatomicznej, miąższowej lub korzonkowej, niewielkiego natężenia w rdzeniu, która tłumaczyłaby zniknięcie odruchów kolanowych lekkiego stopnia, zanik rozlany jednej kończyny dolnej, objawy, które miały znaczenie tylko epizodyczne. Co do zasadniczej zmiany warunkującej naczelne objawy obrazu chorobowego, pojmujemy ją jako mózgową, za czem przemawia, w braku innej etjologji, nagły początek z gorączką i pomyślne zejście. Ponieważ ruchy w kończynach i ruchy gałek ocznych, określane tu przez nas w braku innej nazwy jako mioklonja, dalekie są od zwykłych ruchów tejże nazwy w nagminnem zapaleniu mózgu, które tam są dość stałe, o pewnym rytmie, niemal niezależne od jakichkolwiek wpływów i nigdy w tak gwałtowny sposób nie nagabują gałek ocznych, sądzimy, że chodzi tu o przypadek sporadycznej ***encephalitis***, o podłożu więc etjologicznem innem, niż w t. zw. zapaleniu „ś p i ą c z k o w e m". Zresztą brakło innych, znamiennych dla tej sprawy, tak licznych zresztą objawów. Lekkiej limfocytozie płynu mózgowo-rdzeniowego nie przypisujemy więcej samodzielnego znaczenia wobec braku przekonywających innych dowodów klinicznych, któreby można było odnieść do sprawy zajmującej także opony.

Znaczenie przyczynowe urazu dla powstawania nieropnego zapalenia mózgu, jest jeszcze przez naukę pod wielu względami niewyjaśnione. Liczne badania doświadczalne neurologów stwierdzają bez wątpliwości, że takie zapalenie mózgu może powstawać skutkiem urazu i to skutkiem zwykłej kontuzji głowy. Z drugiej strony wiemy, jak często wywiady rodzinne w przypadku pewnego nawet zakażenia, przynoszą lekarzowi niepotrzebnie niezawsze ścisłe wskazówki o rzekomym urazie. Co do etjologji naszego przypadku, musimy zaznaczyć, że w miesiącu lipcu i sierpniu, na niewielkim oddziale wewnętrznym naszego szpitala, mieliśmy sposobność obserwować równocześnie aż cztery przypadki zapalenia mózgu u dzieci, które we wszystkich razach przebiegały łagodnie i które, jakkolwiek niepotwierdzone pozytywnym wynikiem bakterjologicznym, niewątpliwie odpowiadały jakiejś zakaźnej postaci zapalenia mózgu. Z tego powodu, jakkolwiek obraz chorobowy opisanego tu przypadku charakteryzował się przedewszystkiem szczególnemi zaburzeniami ruchowemi, to jednak mieliśmy prawo samą chorobę ująć w związek korelacji z panującym chwilowo *genius epidemicus*. Niemniej mamy prawo przypuścić, że uraz głowy, jaki według zgodnych wywiadów obojga rodziców miał mieć miejsce u dziecka, mógł mieć znaczenie jako *punctum minoris resistentiae* i ułatwić przez to osiedlenie się zarazków chorobotwórczych — tak, jak o tem pouczają doświadczenia Ehrenroot'a.

Piśmiennictwo:

O r z e c h o w s k i, G o ź d z i e w s k i. Lwowski Tyg. Lek. Nr. 17. XXXVIII. pos. nauk. z dn. 19. XII. Tow. Lek. Lwów. — F l a t a u i Wł. S t e r l i n g. Neurologja polska. T. I. z. V. 1911. — G o l d f l a m. Neurol. Centralbl. 1892. — Z y l b e r l a s t - Z a n d o w a. Lekarz wojsk. Nr. 20. 1921. — S c h a r n c k e. Archiv. f. Psych. 1922. 65 Bd. 1—3 H. — F. M o r i t z. Die Krankheiten der periph. Nerven, des Rückenmarkes u. d. Gehirns. Lehrb. d. in. Medizin. — J. M e r i n g. O p p e n h e i m. Lehrb. d. Nervenkrankheiten. Berlin. 1913.

Dr. MUSIAŁ Albin.

Wągr w ciele szklistem w przypadku rozsianej wągrowatości całego ustroju, zwłaszcza mózgu z obustronną tarczą zastoinową i połowiczem widzeniem *).

Ż kliniki Okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: prof. Dr. B e d n a r s k i.

Dnia 2. IV. 1925 r. przyjęto na klinikę okulistyczną chorą A. R. lat 25, rel. rz. kat., żonę rolnika, z powiatu Skałackiego. Z wywiadów dowiadujemy się, że chora od kilku miesięcy cierpi na gwałtowne bóle głowy, które występują u niej co kilka dni. W czasie napadów chora jest zamroczona, prawie nieprzytomna, pozostaje bez ruchu, w przerwach między napadami chora czuje się zupełnie dobrze. Przez cały czas swej choroby widziała dobrze, dopiero od pięciu dni przed przybyciem na klinikę zaniewidziała na oba oczy.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Ruchomość oka prawego nieznacznie upośledzona w zakresie mięśnia odwodzącego. Źrenice szerokie, lewa nieco szersza, na światło tak bezpośrednio jak i współczulnie nie oddziaływują, oddziaływują natomiast przy zbieżności.

Badanie wziernikiem: Oko prawe: Tarcza nerwu wzrokowego przekrwiona i obrzękła, o granicach zatartych, naczynia żylne grube, pokręcone, łukowato zaginają się na obrzękłej tarczy nerwu wzrokowego. Na samej tarczy, jak i w okolicy stwierdza się wypocinę szaro-białą, przykrywającą naczynia. Na wewnątrz i ku górze od tarczy nerwu wzrokowego stwierdza się owalny pęcherz w ciałku szklistem, wielkości 5—6 tarcz. Pęcherz napięty, o brzegach ostro odgraniczonych, zabarwieniu biało-lazurowem, na obwodzie nieco opalizującem. Na równiku we wnętrzu pęcherza w części jego górnej widać miejsce ograniczone biało-żółte, tworzące jak gdyby jądro owego pęcherza, odcinające się wyraźnie w pęcherzu. Od miejsca tego występuje nieznaczna wypustka na zewnątrz pęcherza. Cały pęcherz zdaje się być w połączeniu z siatkówką, swą ścianą tylną zwróconą do niej. Siatkówka sama w okolicy pęcherza jak w okolicy tarczy nerwu wzrokowego wykazuje objawy zapalne. Ciałko szkliste oka pr. nieznacznie zmętniałe.

Oko lewe: Tarcza nerwu wzrokowego przekrwiona i obrzękła o granicach zatartych. Naczynia żylne przekrwione i pokręcone. Na tarczy nerwu wzrokowego, jak i w otoczeniu liczne, drobne wybroczyny. Naczynia tętnicze prawidłowe.

Bystrość oka pr. w chwili przyjęcia: ruchy ręki przed okiem tylko po stronie skroniowej. — Oka lewego: palce tuż przed okiem również po stronie skroniowej. Dnia następnego V. pr. 5/20 szkła nie p. Czyta J. Nr. 8. V. 1. 5/30. szkła nie p. czyta z trudnością.

Pole widzenia dośrodkowego znacznie zwężone i t y l k o p o s t r o n i e s k r o n i o w e j n a o b u o c z a c h u t r z y m a n e. Barwy zupełnie dobrze rozpoznaje.

---

*) Preparat gałki ocznej i mózgu przedstawiony na posiedzeniu Lw. T. L. dnia 31. X. 1925.

Badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna ujemne.

Skład krwi: Ciałek czerwonych 5 mil. 500 tys. Ciałek białych 2 tys. 500, eozynochłonnych 9%, zasadochłonnych 0%, obojętnochłonnych 53%, limf. 31%, przejściow. 7%.

Badanie neurologiczne na oddziale W. III. Szpitala powszechnego prym. Dr. Domaszewicz.

Chora wzrostu średniego, dobrze odżywiona. Czaszka umiarowa, na opukiwanie nigdzie niebolesna. Nieznaczna sztywność karku. Źrenice szerokie. W zakresie nerwów mózgowych można stwierdzić niedowład mięśnia odwodzącego oka prawego, niedowład prawej gałązki ustnej nerwu twarzowego, oraz gorsze unerwienie prawego łuku podniebiennego.; głos matowy, mowa monotonna, nosowa.



K. g. prawa okazuje nieznaczne zmniejszenie siły ruchowej w porównaniu do lewej i wyraźną hipertonię oraz podwyższenie odruchów okostnowo-ścięgnistych. Odruchy brzuszne po prawej mniej żywe niż po lewej.



K. D. Siła ruchowa mniejsza po prawej niż po lewej, tamże wyraźna hipertonja. Odruchy kolanowe i Achillesa żywsze po stronie prawej. Objaw Babińskiego wyraźny po prawej.

Czucie powierzchowne i głębokie w całym ustroju bez zmian. Chód na szerokiej podstawie o charakterze móżdżkowym. Przy próbie Romberga chora mocno się chwieje i pada ku przodowi na stronę prawą.

Chorej wykonano sztuczną odmę czaszkową, jednakowoż z powodu prawdopodobnie niedrożności aquaeductus Sylvii, powietrza na zdjęciu nie wykazano w zakresie komór. Wypuszczono jedynie około 40 cm. płynu mózgo-rdzeniowego.

Badanie płynu mózgo-rdzeniowego:
Ciśnienie więcej niż średnie.
Barwa: wodojasna.
Wygląd przeźroczysty.
Włóknik: nieobecny.
Krew: Nieliczne ciałka.
Ciałka białe 38/3 dużych i małych limf. 4/3 leukocytów.
Pandy: ++.
Ross Jonnes: + po 30 sekundach.
Nonne Apelt: zmętnienie.
Veichbrodt: silniejszy.
Globuliny: 1:25.
Białko całkowite: 0.10%.
Odczyn złota: } krótka krzywa paralysis progresiva.
„ mastix.: }
Odczyn Wassermanna w płynie: ujemny.

Obraz wziernikowy w naszym przypadku był tak charakterystyczny, że na pierwszy rzut oka można było postawić rozpoznanie wągra w ciałku szklistem, mimo braku początkowo ruchów główki.

Cysticercus celulosae tworzy pęcherzyk niebieskawo przeświecający kształtu owalnego. Wymiar podłużny wynosi od 6—20 mil., poprzeczny 5—10 mil. Wymiar podłużny w kierunku włókien mięśniowych. W środku równika znajduje się białe nieprzeźroczyste jądro, wgłębiona szyjka i główka. Najczęściej sadowi się w tkance łącznej między mięśniami prążkowanemi u świni zwykle otoczony osłonką tkanko-łącznową, powstałą wskutek drażnienia w miejscu usadowienia się w ustroju. Najczęściej sadowi się u świni, na grzbiecie, udach i języku. W jamach wyścielonych błoną surowiczą, może być zupełnie wolny. (bez osłonki). Nadto spotkać go można pod skórą, w mózgu, rdzeniu kręgowym, w oku, wątrobie, śledzionie, płucach, nerkach w sercu, a nawet gruczołach chłonnych. Obok świni znachodzi się u świń dzikich, owcy, sarny, psa, kota, szczura, niedźwiedzia, małpy i u człowieka. U człowieka znachodzi się przy istnieniu *Taenia sol.* w przewodzie pokarmowym. Wówczas przy ruchach antiperistaltycznych dostaje się jeden z członów do żołądka, tu ulega strawieniu, a jajka dostają się przez ścianę żołądka do krwiobiegu, albo też co więcej jest prawdopodobnem jajka wprost jamą ustną dostają się do żołądka z pokarmem. U zwierząt mogą występować w tak wielkiej ilości, że powodują zanik mięśni. Mogą ulegać wreszcie zwyrodnieniu, zserowaceniu i zwapnieniu.

Co do wzrostu, to wedle Leukarta po 8-miu dniach pęcherzyki dosięgają 0'03 mil., jednak stanowią jeszcze twory zbite, bez światła wewnątrz. Po 36 dniach 1—3 mil. długie i już z zawiązkiem główki. W drugim miesiącu wytwarzają się smoczki i haczyki. Po 2½ miesiącach rozwój zupełny.

Cisticercus o ile dostanie się do krwiobiegu może usadowić się w każdej części oka. Już w r. 1806 Nedan opisał go w oczodole, Sömmering w r. 1830 w przedniej komorze oka u człowieka, 1888 Baun pod spojówką oka, Süchel w powiekach (1846). W r. 1854 Graeffe w ciałku szklistem i poza siatkówką. Wągr powiek tworzy mały elastyczny bezbolesny guz o powierzchni gładkiej, bez objawów chełbotania, nie zrośnięty ani ze skórą, ani z częściami głębszemi, wielkości soczewicy lub orzecha. W spojówce tworzy pęcherzyk okrągły lub owalny, z odcieniem żółtym pośrodku, w przeciągu kilku tygodni znacznie się powiększa. Na twardówce najczęściej sadowi się w kąciku wewnętrznym gałki. W komorze przedniej pojawia się najczęściej bez otoczki (nagi) łatwo go poznać po wyglądzie zewnętrznym i po ruchach. Może wypełnić rozrastając się całą komorę oka i powodować utratę wzroku. Tutaj można go pomieszać z wysiękiem do komory. O ile usuniemy go z komory wcześnie drogą operacyjną, udaje się wzrok uratować. Cięcie rogówkowe musi być dość duże, aby sam mógł łatwo się wydostać na zewnątrz, gdyż ani pensetą ani haczykami jego delikatnej budowy nie uchwycimy. Może się usadowić tuż pod soczewką z tyłu lub nawet w samej soczewce. Na dnie oka sadowi się najczęściej poza siatkówką, po jej przebiciu dostaje się do ciałka szklistego. Pierwszym objawem usadowienia się w siatkówce jest nagłe upośledzenie widzenia. Początkowo widzimy wziernikiem w siatkówce biało-niebieską plamę, większą od tarczy nerwu wzrokowego stopniowo powiększającą się w swoich wymiarach, przybierającą postać pęcherzyka, którego ściany na obwodzie nieco opalizują. Często wykazać można ruchy. Może zmieniać miejsce, wędrować po oku, pozostawiając za sobą ślad owej wędrówki w postaci smugi. Powiększając się może, powodować znaczne odklejenie siatkówki. W ciałku szklistem początkowo dobrze widoczny, z rozrostem zasłania go otaczająca go delikatna otoczka i męty. Usadowiony w plamce żółtej, może naśladować początkowo zator tętnicy środkowej siatkówki. Przypadki wągra w oczodole zdarzają się rzadziej niż śródgałkowe, chociaż i tutaj niezbyt często się znachodzą. O ile się zdarzają to najczęściej w ciałku szklistem, drugie miejsce stanowi siatkówka, także spojówka. Najrzadziej zdarza się w soczewce. Przypadek wągra w so-

czewce opisał Graeffe w r. 1866 początkowo ze znakiem zapytania. Możliwość istnienia wągra w soczewce wykazały dalsze spostrzeżenia Surowa w r. 1902 i Matusowskiego w r. 1903. Objawy jakie występują po usadowieniu się w oku oprócz upośledzenia nagłego wzroku, często widzenie czarnych punktów w polu widzenia. Chory Haltenhoffa zegarmistrz 38-letni zgłosił się z rysunkiem dokładnym przez siebie narysowanym, który odpowiadał dokładnie obrazowi wziernikowemu wągra w oku. Dostawszy się raz do oka wzrasta, aż do pełnego rozwoju, o ile wcześniej nie ulegnie obumarciu, działa przytem jako ciało obce, powodując zmiany zapalne zwłaszcza w siatkówce i naczyniówce, zmiany wysiękowe o charakterze zapalnym. Zmiany w siatkówce i naczyniówce nie są wynikiem działania toksycznego, co potwierdzają badania histologiczne Oblatha z Triestu w r. 1907. Stan zapalny w oku jest następstwem działania drażniącego pasorzyta, a nie drobnoustrojów, gdyż zapalenie musiałoby wystąpić natychmiast z chwilą wtargnięcia drobnoustrojów z przewodu pokarmowego wraz z pasorzytem.

W wędrówce z przewodu pokarmowego do oka zostaje niejako pozbawiony drobnoustrojów z przewodu pokarmowego. Wedle Lebera o ile występuje później zapalenie to tylko dlatego, że wskutek drażniącego działania, jakie ten pasorzyt w oku powoduje, oko stanowi *locus minoris resistentiae* dla usadowienia się następowo drobnoustrojów, które się tutaj z prądem krwi dostały, a które w zwykłych warunkach się tutaj nie sadowią. Twierdzenie swe popiera doświadczalnie, wkładając danego pasorzyta po wyjęciu z oka na pożywkę, ta pozostawała jałową. Jeśli to samo powtarzał po późnej infekcji w oku, okazywała się niejałową. Usadowiony w osłonkach rdzeniowych lub mózgu, może dawać objawy podobne do tych, jakie dają guzy mózgowe, podobnie jak to miało miejsce w naszym przypadku. Henneberg opisał przypadek 28-letniego mężczyzny, który od $3^1/_2$ lat cierpiał na ból głowy, nagle wystąpiła ślepota, w następstwie zapalenia nerwów wzrokowych, głuchota, napady epileptyczne, brak odruchów ścięgnistych, przykurcze rąk i nóg; przy obdukcji znaleziono zapalenie opon mózgordzeniowych, a w wybujałościach jak i w zgrubiałych osłonkach resztki bezkształtnych mas wągra. W r. 1909 Jakoby asystent kliniki okulistycznej we Wrocławiu opisał dwa przypadki wągra mózgu z tarczą zastoinową wielkiego stopnia. Pole widzenia początkowo prawidłowe, zaczęło się ścieśniać współśrodkowo w miarę pogarszania bystrości wzroku. (Rozpoznanie sekcyjne.).

Co do częstości występowania wągra w oku to wedle Graeffego w Niemczech zdarza się 1:1000 chorych ocznych, w Rosji 1:100.000 (Ziemiński). K. W. Lepnin z kliniki okulistycznej w Charkowie podaje w r. 1901 — 1:60.000 chorych ambulatoryjnych. Następny przypadek zdarzył się dopiero w r. 1907. We Włoszech zdarza się bardzo rzadko (Rampoldi) również na Węgrzech (Csapodi). W Polsce pierwszy przypadek obserwowany w r. 1865 przez Jodko-Narkiewicza. Talko do r. 1900 zebrał 48 przypadków w Polsce, w tem dwa przypadki podwójne w oku. Z tych 14 podspojówkowych, 2 w oczodole, 2 w komorze przedniej, w ciałku szklistem 17, podsiatkówkowo 13. Większa ilość u kobiet (33) niż u mężczyzn (14). U żydów 11. u katolików 34, w trzech przypadkach wyznania nie podano. Na klinice naszej od r. 1911 jest to pierwszy przypadek, a więc 1:100.000 chorych ambulatoryjnych.

Od początku istnienia kliniki, a więc od roku 1898 jest to piąty przypadek wągra. Cztery poprzednie omówione przez prof. Macheka w r. 1910 na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Z tych trzy usadowione na spojówce gałkowej, czwarty dotyczył oczodołu wywołując porażenie mięśni oka.

Obserwacja naszej chorej w klinice, w zupełności pokrywała się z objawami, jakie chora i otoczenie chorej podawało. Co parę dni występowały gwałtowne bóle głowy, w czasie których chora leżała na wznak, prawie nieprzytomna, przyczem można było stwierdzić znaczną sztywność karku, tętno znacznie zwolnione wynosiło od 40—50 uderzeń na minutę. W przerwach między napadami chora czuła się wcale dobrze, tak iż można ją było spokojnie badać. Nieznaczne ruchy główki wągra, można było widzieć w drugim tygodniu od chwili przyjęcia chorej na klinikę. — Natomiast z całą dokładnością tak samą budowę główki i szyjki, jakoteż i ruchy mogliśmy oglądać dnia 29. IV wieczorem. Widok wziernikowy wprost wspaniały. Ruchy te polegały nietylko na wysuwaniu główki, ale główka wykonywała ustawiczne zwroty, jużto ku przodowi w kierunku ciałka szklistego, już to ku tyłowi w stronę siatkówki, nadto na boki kładąc się na ścianę pęcherza. Na główce widoczne wyraźnie we wzierniku smoczki. Główka wraz z szyjką długości $1^1/_2$-rej tarczy nerwu wzrokowego. Na szyjce wyraźnie zaznaczone wcięcia (karbowanie). Następnego dnia chora nieprzytomna przez cały dzień. Rano dnia 1. V. wstała i czuła się zupełnie dobrze, prosiła nawet o wypisanie z kliniki chcąc wracać do domu. W chwilę później nastąpił nagle zgon.

Rozpoznanie kliniczne przesłane do Zakładu anatomji Patologicznej opiewało: *Cisticercus corporis vitrei oculi dextri et disseminatus cerebri. Oedema papillae nervi optici in atrophiam vertens oculi utriusque-hemianopsia nasalis.*

Protokół badania sekcyjnego L. 366. 2. V. 1925. Prosektor: Dr. Schusterówna.

Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne.

Cisticerci disseminati meningum et cerebri, musculi, cordis et muscul. pectoralium. Oedema meningum et cerebri. Hyperaemia et oedema pulmonum. Hyperplasia apparatus lymphatici totius. Thymus persistens.

Status thymico-lymphaticus.

Obraz badania sekcyjnego: W mięśniach klatki piersiowej, jakoteż w mięśniu prostym brzucha, stwierdza się dość liczne wągry.

Opona twarda: przekrwiona, napięta.

Zatoki żylne: Obfita krew płynna.

Opony miękkie: przekrwione, nieco obrzękłe, pod oponami w zakresie całego mózgu widać liczne pęcherzyki wypełnione jasną cieczą z widoczną wewnątrz żółtą plamką, wielkości ziarna prosa aż do małego grochu, zupełnie charakterystyczne wągry. Dla zachowania preparatu, mózgu nie przecinano w całości, tylko zbadano komory boczne III. *aquaeductus Sylvii* i komorę IV., w których zmian nie wykazano.

Wzgórki wzrokowe rozcięto po obu stronach: znaleziono w nich liczne duże wągry, szczególnie w dolnych częściach ułożone. Również znaleziono wągry w substancji szarej kory w okolicy ośrodków ruchowych, jeden w móżdżku w półkuli prawej, następnie na podstawie mózgu w okolicy skrzyżowania nerwów ocznych.

Grasica niezanikła, dość dobrze zachowana wśród tkanki tłuszczowej.

Osierdzie gładkie, lśniące, w zakresie komory lewej z tyłu widać jednego wągra wielkości główki od szpilki.

Mięsień ścienny i brodawkowy blady, dość kruchy, wśród mięśni szczególnie beleczkowych komory lewej stwierdza się kilka wągrów.

Aparat limfatyczny wszędzie przerosły. Stan grasiczno-limfatyczny.

W przewodzie pokarmowym *Taenia solium* nie wykazano.

Gałkę oczną wyłuszczono w 4 godziny po śmierci i utrwalono. Po utrwaleniu przecięto cięciem równoległem do tęczówki poza soczewką, dla uzyskania preparatu anatomicznego. Po przecięciu i rozchyleniu połówek można było zauważyć wągra umiejscowionego w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego nieco ku równikowi, połączonego ścianą tylną pęcherza z siatkówką, tak jak za życia przypuszczaliśmy. — Siatkówka wszędzie dobrze przylegająca do naczyniówki, nigdzie śladu odchylenia. W okolicy pęcherza jak i tarczy nerwu wzrokowego wypocina zapalna. Ciałko szkliste jak i wypocinę usunięto ostrożnie dla zupełnego uwidocznienia wągra.

Wymiary wągra w linji poziomej 5, tak samo w pionowej.

Rozpatrzmy teraz pokrótce objawy jakie u naszej chorej istniały za życia, na podstawie badań sekcyjnych. Po otwarciu czaszki stwierdziliśmy znaczne napięcie i przekrwienie opon mózgowych, przekrwienie mózgu, następstwem czego musiało być podniesienie ciśnienia śródczaszkowego, zwłaszcza, że opony na całej powierzchni mózgu usiane były wągrami tak, że możnaby mówić o *meningitis cysticercosa*, a to wszystko razem musiało powodować objawy mózgowe, czego wyrazem znaczne bole głowy, sztywność karku, bradycardia, tarcza zastoinowa, rozszerzenie źrenic, które tak często spotykamy przy guzach mózgu, a które często jest wyrazem podwyższonego ucisku śródkomorowego zwłaszcza w komorze IV. Podwyższonym uciskiem śródkomorowym również możemy wytłumaczyć niemożność dostania się powietrza do komór przy sztucznej odmie czaszkowej, mimo, że aquaeductus Sylvii na sekcji

okazał się drożnym. Co do prawostronnego osłabienia kończyn, to przyczynę tegoż możemy odnieść do zmian w *thalamus opticus*, gdzie stwierdziła sekcja liczne i dość duże wągry, które mogły uciskać na *capsula interna*, ewentualnie do zmian w samych centrach ruchowych, gdzie znaleziono bardzo liczne duże wągry, zwłaszcza po lewej stronie półkuli mózgowej. Niedowład mięśnia odwodzącego oka prawego wywołany uciskiem na nerw VI, na podstawie czaszki, przy przejściu przez oponę. Co do objawów móżdżkowych, objawu Romberga, padania na stronę prawą, te wytłumaczone są zmianami w prawej półkuli móżdżku. Wągr znaleziony na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych dawałby objawy *hemianopsia temporalis*. W naszym przypadku istniała *binasalis*, jednak w kąciku zewnętrznym po stronie lewej znaleziono wągra, który uciskał na nerw wzrokowy, powodując nawet ścieńczenie w tem miejscu: prawdopodobnie musiał istnieć i po stronie drugiej, który jednak przeoczono przy sekcji. — Wągry znalezione na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych jak i po stronie zewnętrznej tłumaczą nam objawy, jakie istniały za życia u chorej, a mianowicie: chora czasem zupełnie nie widziała, albo widziała tylko połowiczo, co zwykle u chorej przeważało.

Co do leczenia wągra śródgałkowego to pozostaje ono tylko operacyjne. Wprawdzie L. D o r w r. 1909 usuwa wągra podsiatkówkowego zapomocą elektrolizy; po jednorazowem przepuszczeniu prądu stałego o sile 5-ciu miliamperów w ciągu 5-ciu minut pęcherz zmarszczył się i zwinął do tego stopnia, że oderwana siatkówka przykleiła się z powrotem na całej przestrzeni, a jako ślad pozostała niewielka tylko plamka. Dalsze jednak doświadczenia między innymi i W i c h e r k i e w i c z a nie potwierdziły tego leczniczego działania prądu. Nadto D i a n o u x w r. 1910 podaje przypadek wyleczony wewnętrznie zapomocą *Extr. fil. mar. aether.* podając dziennie 3—4 kapsułki po 0.5 gr. w ciągu 71 dni z częstemi przerwami. Sposoby te niepewne, najczęściej zawodzą. Nadto pozostaje możliwość, że obumarły wągr w dalszym ciągu jako ciało obce będzie działał szkodliwie w oku. Z przeglądu przypadków w piśmiennictwie wynika, że jedynem racjonalnem postępowaniem przy wągrze śródgałkowym pozostaje zabieg operacyjny. Zabieg ten powinno się wykonywać dość wcześnie, po poprzedniem najdokładniejszem umiejscowieniu usadowienia się wągra. Operuje się zwykle cięciem południkowem i dość dużem, dochodzącem do 8 mil. długości. Najłatwiej dostępne dla operacji są wągry usadowione podsiatkówkowo, daleko trudniej usadowione w ciałku szklistem.

Co do naszego przypadku to o zabiegu operacyjnym nie mogło być mowy, ze względu na ciężkie objawy mózgowe. Objawy mózgowe jak i cały obraz badania neurologicznego przemawiał za istnieniem guza mózgowego, z głównemi zmianami w móżdżku. Rozpoznanie więc kliniczne oparte było tylko na stwierdzeniu wągra w oku.

Piśmiennictwo:

1) H o r n e r Ref. Nagel. 1871. — 2) K o ś m i ń s k i. Medycyna I. 12. — 3) S z m i d. Ref. Nagel. 1873. — 4) H o c k. Mittheil. d. ärztl. Vereins zu Wien Bd. III. Nr. 6. p. 93. — 5) H i r s c h l e r. Szemeszel. Nr. 3. Ref. H. — 6) D e r b y. Nagel. 1874. Str. 293. — 7) R e y n o l d s. Ref. H. Lerby Nagel. 1874. St. 339. — 8) P o n c e t. Gaz. medicale de Paris. Nr. 10. Ref. Nagel. 1874. St. 465. — 9) B e r g e r. A. M. Klin. Monatsbl. f. Augheille. XV. S. 257. — 10) F u c h s E. Klinik. v. Artt. in Wien. — 11) K r i e s. Mitteilungen aus der Augenklinik zu Halle v. Graefes Asch. f. Opth. XXIV. S. 148. — 12) N a r k i e w i c z - J o d k o. Gazeta Lekarska. 1877. — 13) S z u m a n n. Gesellsch. f. Natur und Heilk. zu Dresden. Sitzung vom 20. III. 1878. — 14) P o l l a k J. Wien med. Presse St. 1480. — 15) E l i a s b e r g. J. S. Inaug. Diss. Berlin. — 16) G r a e f f e Alf. v. Graeffes Arch. f. Opth. XXIV. S. 209. — 17) V o g l e r. Arch. f. Augenheille. IX. S. 27. — 18) P r z y b y l s k i. Gazeta Lekarska. 1880. 19) C s a p o d i. Pest. med. chir. Presse p. 865. 1884. r. — 20) G r a e f f e A. v. Graeffe v. Arch. f. Ophth. XXXI. S. 33. — 21) G r a e f f e Alfred. Kl. Monatsbl. f. Augenheils. September. 1892. — 22) K u h n t. Arch. f. Augenheil. XXIV. p. 205. — 23) G r a e f f e Alfred. Kl. Monatsbl. f. Augenheil. S. 267. — 24) T a l k o J. Nowiny Lekarskie. Nr. 5. — 25) T e g e n s. Kl. Monatsbl. f. Augenheil. S. 434. — 26) S w a r z. Münch. med. Wochenschr. S. 1580. 1900. r. 27) T a l k o J. Cysticercus oka w Polsce. Postęp okulistyczny Nr. 12. — 28) W a d z y ń s k i. Cysticercus oka podsiatkówkowy. Postęp okulistyczny. Nr. 8—9. Nr. 12. — 29) M a c h e k. Lwowski Tygodnik lekarski. 1910. Str. 281.

Dr. Karol TOKARSKI. Warszawa.

Przypadek symetrycznej gangreny skóry ramion.

Ze szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie, z oddziału Dr. med. B. J a k i m i a k a.

W dn. 12. czerwca 1925 r. przywieziono do szpitala. W. O., lat 32, żonę robotnika. Średniego wzrostu, silnej budowy, dobrego odżywienia, zawsze była zdrowa. Cztery porody prawidłowe, obecnie karmi 5-ty miesiąc, miesiączki dotąd nie miała. Przed tygodniem doznała nagle silnych bólów w brzuchu i wymiotów. Bole były przeważnie w prawem podżebrzu, wymioty powtarzały się, gorączkowała. Ze strony narządów klatki piersiowej nic szczególnego. Tętno 120 — miarowe, średniego napięcia. Wątroba na dwa palce poniżej łuku żebrowego, twarda, bolesna; pęcherzyk wyczuwalny, bolesny, bardzo bolesna okolica pod pęcherzykiem. Inne okolice jamy brzusznej niebolesne. Język wilgotny, obłożony. Żółtaczkowe zabarwienie białkówek. Zaparcie stolca.

Rozpoznano zapalenie przewodów żółciowych. 14. VI. Nie uskarża się na bole w okolicy wątroby, natomiast uskarża się na silne bole w kończynach górnych. Na powierzchniach zewn. obydwóch ramion symetryczne sine podbiegnięcia: na prawej kończynie 8x16 cm, a na lewej 4x8 cm. Kilka podobnych sinych podbiegnięć w okolicy lewego stawu ramieniowego i w okolicy rękojeści mostka. 15. VI. — 17. VI. W miejscach wylewów na ramionach zjawiają się pęcherzyki wielkości łebka szpilki wypełnione surowiczym płynem. W okolicy mostka podbiegnięcia giną. Herpes labialis. Pęcherzyk żółciowy słabo wyczuwalny, bolesny. 18. VI. — 20. VI. Zaznacza się charakterystyczna linja demarkacyjna: gdy podbiegnięcia przyjmują charakter czarnych, martwicowych, suchych strupów, to wokoło tych strupów widoczna i wyczuwalna jest linja wypukła, koloru drzewa mahoniowego, grubości w przekroju 2 mm. Przytomność znacznie zamroczona, na pytania nie odpowiada, ciężko oddycha i robi wrażenie głębokiego tyfusowego zamro-



Ryc. 1.

czenia. Tętno — 100, drobne, miarowe. 21. VI. Przytomniejsza. Skarży się na ból gardła. Obrzęk migdałków, szare naloty na nich. Badanie mikrosk. wykazuje angina Vincenti. Bole ramion zginęły. 22. VI. — 25. VI. Diazoreakcja ujemna; próby Widala na tyfus brzuszny, paratyfusy A i B ujemne. 26. VI. Na ramieniu prawem martwica skóry właściwej i tkanki podskórnej sięga głęboko, obfite ropienie. (Rys. 1.). Na ramieniu lewem sprawa ulega gojeniu się pod strupem, na sucho. (Rys. 2.). Załączona fotografja prawej kończyny górnej nie przedstawia obrazu dość wypukle, gdyż w chwili zdejmowania opatrunku dla dokonania fotografji, prawie cała obumarła czarna tkanka oddzieliła się i pozostała na opatrunku. Badanie oscillometrem Pachona nie dało ścisłych liczb, gdyż badanie było dla chorej bolesne, należało opaskę gumową nakładać na warstwę

gazy i chora nie siedziała spokojnie. W każdym razie badanie wykazało ciśnienie niskie i różnicę pomiędzy nx i mn małą. 29. VI. Posiewy krwi pozostały jałowe. 4. VII. Furunculus nasi. 14. VII. Na



Ryc. 2.

miejscu małych podbiegnięć krwawych na rękojeści mostka i na linji stawowej ramienia lewego widoczne białe gładkie blizny. 15. VII. Chora opuszcza szpital zdrowa, o własnych siłach z okolicą wątroby niebolesną i w granicach normalnych, z opatrunkiem jeszcze ropiejącego prawego ramienia i już ze zbliznowaceniem skóry lewego ramienia.

Chora W. O. w przeciągu czterech tygodni prawie jednocześnie przebyła ostre, gorączkowe, cierpienie wątroby, angina Vincenti i symetryczną gangrenę obydwóch ramion. Należy sobie zadać pytanie, czy powyższe cierpienia stoją w przyczynowym związku i w jakim? Odpowiedzieć na to pytanie według ścisłych klinicznych metod badania nie można; sądzę jednak, że można się pokusić o klinicznie rozumowane objaśnienie.

Symetryczna gangrena przez swą symetrję świadczy o sprawie ośrodkowej i powstała na drodze naczynioruchowej, współczulnej, zwężającej naczynia. System nerwu współczulnego być może już od urodzenia mniej odporny został pobudzony, podrażniony albo bezpośrednio przez nieznane nam bliżej jady gorączkowe, albo też pośrednio na drodze przełomu hemoklastycznego. Souques i Réné Moreau zauważyli, że w chorobie Rayneauda przełom hemoklastyczny poprzedza obwodowy skurcz naczyniowy, jako przyczynę całego zespołu objawów gangreny. Pod nazwą przełomu hemoklastycznego rozumieć należy według Widala swoiste zachowanie się ustroju, dotkniętego niedomogą wątrobową po wprowadzeniu do żołądka na czczo 200 gr — 300 gr mleka. W ciągu 20 minut do $1^1/_2$ godziny następuje we krwi obwodowej spadek liczby leukocytów mniej lub więcej wybitny, zamiast jak to bywa normalnie wzrost tej liczby, ciśnienie tętnicze obniża się, gdy normalnie wzrasta lub nie zmienia się, krzepliwość krwi wzrasta. Przełom hemoklastyczny zauważono i w wielu innych przypadkach i zaburzeniach. I w naszym przypadku poprzedzające cierpienie wątroby mogło przygotować podłoże na którem następczo jady lub angina Vincenti zadziałała na ośrodki nerwu współczulnego, wywołując na ramionach, zamartwiczy skurcz naczyń.

Oceny i sprawozdania.

L. Poncet. **Vaccination Obligatoire ou Vaccination Facultative contre les Maladies Typhoides et contre le Choléra dans vingt-huit pays d'Europe.** Lyon. 1925. Cena 10 franków franc. (Essai d'enquête internationale par l'Esperanto).

Bardzo oryginalna, obszerna, a nader cenna i pożyteczna lyońska teza doktorska, w formacie dużej ósemki, o 196-ciu stronicach.

Autor urządził zapomocą języka Esperanto międzynarodową ankietę naukowo-lekarską na temat obowiązkowego lub warunkowego, fakultatywnego szczepienia ochronnego przeciw gorączkom tyfoidalnym i cholerze, i rozpatruje w języku francuskim wyniki szczegółowe tej ankiety, operując bardzo poważnemi źródłowemi wiadomościami i datami. Wyróżnia on kraje, w których szczepienie ochronne przeciwtyfusowe nigdy nie było i obecnie nie jest obowiązkowem, jak: Albanja, Danja, Gdańsk, Estonja, Norwegja, Niderlandy, Portugalja, Szwecja, Szwajcarja. Dalej są kraje, w których szczepienie takie, aczkolwiek nieobowiązkowe, znalazło szerokie zastosowanie, jak: Wielka Brytanja i Irlandja. Następnie idą kraje, w których to szczepienie było lub jest obowiązkowe, a to przeważnie w armji lub w czasie wojny albo podczas epidemji. Do tych należą: Niemcy, Austrja, Belgja, Bułgarja, Hiszpanja, Finlandja, Grecja, Węgry, Włochy, Łotwa, Litwa, Polska, Rumunja, Jugosławia, Czechosłowacja i Rosja Sowiecka. W końcu przedstawia w osobnym rozdziale stosunki we Francji, oraz postulaty dla dalszego obniżenia liczby schorzeń i śmiertelności. Każdy rozdział zawiera cyfry i daty, dające obraz ważności i stosunek procentowy omawianych chorób w danych krajach, przyczem przedstawione są szczegółowo odnośne ustawy, dekrety, okólniki i regulaminy, oraz o ile możności także porównawcze zestawienia wyników szczepienia. Poza tem jeden rozdział osobny poświęcony jest rozpatrywaniu praktycznej wartości Esperanta dla medycyny i przytoczone są korzystne opinje w tym kierunku pierwszorzędnych współczesnych powag i autorytetów francuskich, n. p. między innymi prof. C. Richeta, Courmonta, Vanvertsa, Pick'a, Bazy'ego, Lumiere'a, Roux'a i innych. Przy pomocy Esperanta udało się autorowi uzyskać dokładne wiadomości z 28 krajów, podczas gdy analogiczna ankieta, urządzona przed dwoma laty przez zasobny w środki i autorytatywny Międzynarodowy Urząd Zdrowia publicznego, uzyskała tylko wiadomości z 15-tu krajów. Z powyższych powodów, oraz dla swej wysokiej wartości naukowej, praca Dra Ponceta jest podstawową i źródłową, czyli jak się wyraził prof. Rochaix, »stanowić będzie *vade mecum* wszystkich higjenistów«.

Dr. M. Blassberg (Kraków).

Kment. **W sprawie gruźliczego zapalenia opon ze szczególnem uwzględnieniem jego genezy.** (Tuberkulose-Bibliothek Nr. 14. Lipsk 1924., nakł Bartha). Str. 54.

Na podstawie badań anatomo-patologicznych i bakterjologicznych w 34 przypadkach dochodzi Kment do następujących wniosków:

1) W ostrej gruźlicy ogólnej, szerzącej się drogą krwionośną, znajdują się gruzełki prosówkowe opon miękkich u dzieci w połowie przypadków, u dorosłych w jednej piątej części przypadków. 2) Histologicznie stwierdza się gruzełki w splotach naczyniowych komór w 59%, w oponach miękkich w 66,7%. — 3) Gruźlicze zapalenie opon nie jest sprawą współrzędną z gruźlicą prosówkową ogólną, lecz sprawą wtórnie od niej zależną. — 4) Gruźlicze zapalenie opon powstaje przeważnie wtórnie przez zakażenie cieczy podpajęczynówkowej od (wcześniej, drogą krwi zakażonych) splotów naczyniowych, rzadziej — przez zakażenie tej cieczy od gruzełków samejże opony. — 5) Gruźlica splotów naczyniowych jest prawie zawsze krwio-pochodna, wyjątkowo powstaje jako następstwo ognisk gruźliczych w mózgu. — 6) Typowe zapalenie gruźlicze opon, (przeważnie) usadowione na podstawie mózgu, łączy się zawsze z gruźlicą splotów naczyniowych lub jest od niej zależne. Inaczej usadowione zapalenia wychodzą z odosobnionych ognisk gruźliczych opony miękkiej, które powstają albo jako przerzut drogą krwi, albo przez posunięcie się na oponę

sprawy gruźliczej z mózgu lub opony twardej. — 7) W gruźliczych sprawach opon przeważa proces wysiękowy, gruzełki zaś z tworami olbrzymiemi zdarzają się tylko w niektórych przypadkach. — 8) Prątki gruźlicze znajdują się obficiej w ogniskach jednostajnie zserowaciałych. — 9) Odróżnienie gruźliczego zapalenia opon od gruźlicy prosówkowej mózgu jest najczęściej niemożliwe. — 10) Guzy serowate mózgu spotyka się w pierwszym roku życia przy gruźliczem zapaleniu opon często, w późniejszym wieku rzadziej.

S e d l m a y e r. **Badanie plwociny gruźliczej.** (Tuberkulose-Bibliothek Nr. 11. Lipsk. J. A. Barth). Str. 68.

W przejrzystej formie zestawia autor wszystkie nowoczesne najpraktyczniejsze sposoby badania plwociny gruźliczej.

c.

D e t l e f f N e u m a n n - N e u r o d e. **Säuglings-Gymnastik.** Leipzig 1925. Nakł. Quelle&Mayer.

Żywienie oseska stanowi we współczesnej nauce o fizjologji i higjenie tego okresu życia tak nieproporcjonalnie wielki obszar, że wszelkie inne układy ustrojowe poza pokarmowym usunięte zostały naprawdę w cień. Odnosi się to równie do układu statycznego oseska, pomimo że rola jego, a w szczególności rola układu nerwowo-mięśniowego w patogenezie krzywicy, tej choroby społecznej, do niedawna zdawałoby się związanej wyłącznie z opaczną przemianą fizycznochemiczną kośćca, jest przecież podstawową. Założenie teoretyczne, że krzywica i inne zboczenia rozwojowe okresu niemowlęcego nie są wyłącznie schorzeniem kośćca lecz i układu mięśniowego — doznało praktycznego pogłębienia przez wprowadzenie w życie systemu gimnastyki dla osesków specjalnie pomyślanej. Zadaniem jej jest, przez wzmocnienie drogą ćwiczeń fizycznych układu mięśniowego oseska, zarówno zapobieganie rozwojowi krzywicy w wieku dla niej predysponowanym jak i leczenie cierpienia już rozwiniętego. Ponadto gimnastyka taka ma wpływ pobudzający na rozwój całego ustroju, czego nie można pominąć milczeniem. Do nowoczesnej terapji krzywicy posługującej się lampą kwarcową, dietetyką, dodawaniem witamin C i tranem rybim dołącza się jeszcze środek najracjonalniejszy i najdzielniejszy. Twórcą systemu jest Detleff Neumann-Neurode, major w służbie czynnej armji niemieckiej, b. nauczyciel wojskowego Instytutu gimnastycznego a obecnie kierownik Zakładu gimnastycznego dla niemowląt i dzieci w Berlinie. Klinicznie przebadał system Dr. Szapski asystent prof. Langsteina w Berlinie. W ten sposób utorowano gimnastyce drogę już w niemowlęctwie a więc tam gdzie jej zbawiennego wpływu jeszcze, nawet w kołach lekarzy, niedoceniano czy doceniać nie chciano.

Książeczka Neumann-Neuroda podaje najpierw ogólne zasady gimnastyki osesków a następnie w sposób zwięzły, zrozumiały dla ogółu matek, dla których jest ona przedewszystkiem przeznaczoną, technikę poszczególnych ćwiczeń w liczbie 14. Doskonałe ryciny objaśniają poszczególne ćwiczenia, zresztą bardzo proste. Ćwiczenia te, obejmujące kończyny, tułów, klatkę piersiową, kręgosłup i t. p. przeprowadza się codzień przez 5—10 minut.

Byłoby nader pożądanem by czytelnikowi polskiemu dano do rąk przekład polski dziełka, by szerszy ogół szczególnie matek, lekarzy, wychowawczyń zapoznał się z zasadami gimnastyki osesków, która, jak zdrowy rozum dyktuje jest jednym z kardynalnych postulatów higjeny dziecka we wczesnym jego okresie.

Krajewski (Katowice).

A. H a u e r. **Das unreine Blut.** O. T h o m a l l a. **Innere Sekretion.** (Aerzliche Beratung zur Ergaenzung der Sprechstunde Nr. 14. i 15.). Lipsk. 1925. C. Kabitzsch. Cena nie podana.

Broszura H a n e r a o 73 stronicach z 4 barwnemi tablicami, jest pracą popularną; nie za ciężka dla laików, ale nie tak popularna, aby jej medyk i lekarz z korzyścią dla siebie przeczytać nie mogli. Autor zajmuje się powszechnie przyjętem wyrażeniem popularnem o »nieczystej krwi« i daje właściwy obraz najrozmaitszych zmian krwi, opierając się na ścisłych danych i najnowszych zdobyczach z dziedziny fizjologji i patologji krwi. Sposób pisania zajmujący. Lektura pożyteczna zwłaszcza dla medyków i lekarzy, którzy pragną bez zagłębiania się w dociekania naukowe, nabrać w postaci krótkiego repetitorjum, wglądu w dzisiejszy stan fizjologji i kliniki hematologicznej.

Praca T h o m a l l i o 107 stronicach z ilustracjami, przedstawia teorję hormonów i jej praktyczne, wielostronne znaczenie w nowoczesnej medycynie. Dość znaczna część poświęcona jest wydzielaniu wewnętrznemu gruczołów płciowych, oraz teorji i doświadczeniom S t e i n a c h a i argumentacji zwolenników i przeciwników tej teorji. Oparta jest wyłącznie na faktach naukowych, ujętych popularnie i w sposób zajmujący.

Blassberg (Kraków).

A. H a i m. **Bakteriolyse.** Ósemka, stron 83. Nakład C. Kabitzsch. Lipsk 1925; stanowi zeszyt ósmy »Moderne Biologie« pod redakcją Mucha.

Autor w pierwszej części podaje współczesny pogląd na zjawisko d'H e r e l l e'a; treści tej, jako rzeczy ogólnie znanej nie uwzględniam tutaj. W drugiej części omawia *b. cytoloticus.* Jest to bakterja należąca do grupy *mesentericus,* na którą zwrócił uwagę M u c h, z powodu jej własności rozpuszczania bakteryj i komórek zwierzęcych. Własności rozpuszczania nie są wyłącznie skierowane przeciw jednemu drobnoustrojowi, ale dotyczą różnorakich ustrojów nawet beztlenowców i bakteryj wytwarzających zarodniki. *B. cytoloticus* w przeciwieństwie do bakterjofaga rozpuszcza nietylko żywe ale i nieżywe drobnoustroje. Nietylko *b. cytoloticus,* ale i przesącz jego hodowli, ma własność rozpuszczania. Znaczenie przesączu niewielkie, ponieważ rozpuszczanie słabe — a lisyna w przeciwieństwie do bakterjofaga d'H e r e l l e'a rozmnażać się nie da. Najważniejszą cechą litycznych własności *b. cytoloticus* — powtarza autor za M u c h e m — jest to, że hodowle rozpuszczone zachowują własności antigenów, czego dowodzą doświadczenia na zwierzętach i wstrzykiwanie doskórne u człowieka. Ze względu na te własności *b. cytoloticus* podjęto próby stosowania jego preparatów w leczeniu rozmaitych chorób. Próbę stosowania w lecznictwie preparatów *b. cytoloticus* uważa autor za coś zupełnie nowego, a to ze względu na mechanizm działania jaki przypisuje *b. cytoloticus.* Sam autor jednak podaje, że stosowanie preparatów *b. cytoloticus* w czerwonce, w durze, zakażeniu prątkiem okrężnicy, w gruźlicy, w sprawach na tle zakażenia gronkowcem, paciorkowcem, dwoinkami rzeżączkowemi i t. d. nie odpowiada przesłankom teoretycznym.

Streszczając swe uwagi o zjawiskach d'H e r e l l e'a i M u c h a, uważa jedno i drugie za odkrycia, które powinny wywrzeć wielki wpływ na nasze dotychczasowe zapatrywanie w zakresie pojęć biologicznych. Odkrycia powyższe dowodzą istnienia bardzo żywotnych sił w drobnoustrojach, z których to sił mogą wyższe organizmy odnosić korzyści.

Kostrzewski

Przegląd piśmiennictwa.

The Journal of the American Medical Association.

T. 84. 1925. Nr. 5.

G e o r g e F a h r M i n n e a p o l d y. **Schorzenia serca w obrzęku śluzakowatym. (Myxoedema).** Opis przypadku obrzęku śluzatowatego u kobiety 46-letniej dotkniętej niewyrównaną wadą zastawki dwudzielnej, z obrzękami surowiczemi kończyn , wysiękiem w jamie brzusznej i t. d. Suchość skóry, wypadanie włosów, obrzęki zjawiły się jeszcze przed 11-tu laty. Leczenie naparstnicowe, wzgl. środkami nasercowemi — okazało się bezskuteczne. Dopiero podawanie gruczołu tarczykowego dało wynik wprost zdumiewający. Wymiary teleroentgenogramu z początku Ml = 11,0; Mr = 8,0; L = 17,0; wykazują po 12-dniowem podawaniu tarczycy: Ml = 10,6; Mr = 6,8; L = 15,7; dwa miesiące później Ml = 8,6; Mr = 4,1; L = 14,5; zaś 6 tygodni po przerwaniu leczenia tarczycą znów Ml = 10,5; Mr = 5,9; L = 15,2, po powtórnem rozpoczęciu leczenia tarczycą — w 5 tygodniu Ml = 8,5; Mr = 4,2; L = 14,7, obrysy serca z *myocarditis acuta* okazują zazwyczaj rozstrzeń wszystkich komór, rów-

nież i serce chorych z obrzękiem śluzakowatym ma te same kontury, drobne wysięki osierdziowe dają wprawdzie podobny obraz na ekranie, przy większych zaś wysiękach podstawa serca bywa o wiele szersza. Równolegle ze zmianami serca pojawiają się także zmiany liczby zasadniczej przemiany materji; niemniej cechujące są i elektrokardjogramy. Drugi przypadek okazał również po 5-cio tygodniowem podawaniu tarczycy (»Thyroidextract«) á 0,3, trzy razy w ciągu dnia, znaczne zmniejszenie się wymiarów serca z Ml = 10 na 8; z Mr = 5,7 na 4,3; z L = 16,6 na 14,5 = zaś łuku tętnicy głównej z 6,8 na 6,2.

Wnioski autora opiewają:

I. W obrzęku śluzakowatym zdarzają się przedmiotowe i podmiotowe objawy schorzenia serca, — (nieraz szereg lat) które nie ustępują pod wpływem odpoczynku ani naparstnicy lecz leczą się skutecznie przeworami tarczycy.

II. Cechuje serca chorych na obrzęk śluzakowaty nadzwyczaj wielka rozstrzeń wszystkich komór serca i brak ujemnej T elektrokardjogramu w postawie I. Rozstrzeń znika szybko a fala T staje się dodatnią pod wpływem leczenia tarczycą. W okresie przemiany ujemnej w dodatnią falę T, istnieje okres dwufazowości fali T. Niektóre przypadki okazują rozszczepienie i przedłużoną Q-R-S grupę opóźnionego przewodnictwa śródkomorowego. Nieprawidłowość ta również znika pod wpływem leczenia tarczycą. Wszystkie przypadki autora okazywały ujemną Q-R-S grupę w postawie III. podczas trwania wyraźnej rozstrzeni serca,

III. Ujemna Q-R-S grupa w postawie III. uważana przez wielu jako cecha przerostu lewej komory, staje się dodatnią w tych przypadkach po leczeniu tarczycznem, stwierdzając tem samem, że ujemna Q-R-S grupa w III. postawie, nie pochodzi od przewagi mięśnia lewej komory*).

Nr. 9.

William H. Harris i Donovan C. Browne, **Glistnica robaczkowa (Oxyuris vermicularis), jako czynnik przyczynowy w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** Już w r. 1634 opisał Fabricius ludzki ten pasorzyt, później Santorini wr, 1724. Pierwszy zaś Miecznikow przed dwudziestu kilku laty z naciskiem wskazał na związek czerwiów jelitowych z zapaleniem wyrostka. Badania przeprowadzone z wszelkiemi ostrożnościami obejmują 121 przypadków wyrostów operowanych z *appendicitis subacuta* lub *app. chronica*, spostrzeganych klinicznie. Z tych w 22 przypadkach stwierdzono obecność większej lub mniejszej ilości *oxyuris*, przeważnie samiczek, w części podstawowej, rzadziej w końcowej części wyrostka. W niektórych przypadkach całe czerwie tkwiły w błonie śluzowej albo też tkwiła w niej tylko $^1/_2$ — $^3/_4$ pasorzyta. Opisawszy dokładnie zmiany patologiczne i makroskopowe i drobnowidowe wyrostków — dodawszy, że i w zdrowych wyrostkach stwierdzano nieraz *oxyuris* — wypowiadają autorowie następujące wnioski ważniejsze: Studjum stanu chorobowego (makroskopowego i histologicznego), wyrostków robaczkowych zawierających glistnice, okazuje niezbicie, że glisty te posiadają ściśle oznaczone chorobotwórcze działanie w powstawaniu zman wyrostka. Pomijanie *oxyuris* jako czynnika wywołującego *appendicitis*, pochodzi wogóle z braku subtelniejszych studjów makro- i mikroskopowych wyrostka robaczkowego. Doniosłą jest rzeczą uwzględnić we wszystkich przypadkach zapalenia wyrostka z nawrotami, — możliwość, że *oxyuris vermicularis* może być czynnikiem przyczynowym. Poza częstością *oxyuris* w zapaleniu wyrostka robaczkowego, nie stwierdzono wogóle zbyt rozpowszechnionej częstości tych czerwiów w trzewiach ludzkich.

*) W znakomitem dziele Assmana (Klinische Röntgendiagnostik d. inneren Erkrank. III. wyd. 1924. pag. 45—46) znajdujemy oprócz wzmianki o przypadku Zondeka — w którym tyreoidyna znakomicie na serce podziałała, jeszcze opisany własny przypadek autora: obrzęku ślnzakowatego, typowego z niedomogą serca (obrzęk powiek, suchość skóry, sinica wargi, małżowin usznych, skóra nieco żółtaczkowata, ciepłota ciała 35, 2—4 C°, tętno 50, R. R-95—100 mm Hg. —, zwolnienie czynności umysłowych i fizycznych). Ortodiagram stwierdza rozszerzenie sylwetki sercowej w całości, znaczne zaokrąglenie łuku lewej komory, Mr = 5,9; Ml = 10,8; Tr = 16,7; L = 16,6. Naparstnica okazała się bezskuteczną, zaś trzy tygodniowe leczenie tyreoidyną usunęło nietylko wszelkie objawy obrzęku śluzakowatego ale i wymiary serca doszły do liczb prawidłowych (Mr = 4,2; Ml = 8,5; Tr = 12,7; L = 13,2). Również znikły i sinica, żółtaczkowata cera, a ciepłota i RR. wróciły do stanu prawidłowego. (Przypisek sprawozdawcy).

Nr. 11.

Youmans and Greene. **Tężyczka żołądkowa leczona chlorkiem amonu** (z oddz. wewn. klin. w Michigan). U kobiety 50-letniej operowanej wskutek kamicy żółciowej (*Cystectomia)* zjawiły się w parę miesięcy później, obok ciężkich dolegliwości żołądkowych, wymiotów, ketonurji, wreszcie objawy śpiączki (*semicoma*) i wybitna tężyczka w dłoniach i stopach, »Chvostek« wyraźny. Po bezskutecznem stosowaniu fizjolog, rozczynu soli kuchennej i litra 2% glukozy w fizjolog. rozczynie soli kuchennej, zastosowali autorowie dnia następnego śródżylnie 400 cent. 0,82% rozczynu chlorku amonu — przekonawszy się przedtem czy rozczyn ten wytwarza z krwią chorej hemolizę. Poprawa widoczna, objawy tężyczki ustąpiły w zupełności — tak iż następnego dnia można było wykonać operację (gastroenterostomję tylną) przyczem stwierdzono silne grube zrosty żołądka z wątrobą, obejmujące i dwunastnicę — nie dające się usunąć. Gdy po operacji zjawiły się lekkie kurcze dłoni zastosowano znów infuzję z 2100 sześć. cent. fizjologicznego rozczynu soli kuchennej oraz 400 sześć. cent. 0,82% rozczynu chlorku amonu śródżylnie. Chorą w dobrym stanie wypisano, krew zawierała wtedy 625 mg. chlorków na litr.

W przypadku tym, tężyczka żołądkowa jako następstwo zwężenia odźwiernika ustąpiła po dożylnem wstrzyknięciu 400 sześć. ctm. 0,82% rozczynu chlorku amonu — bez działań ubocznych, z następową dalszą poprawą stanu ogólnego. — Chlorek amonu nie ma zadania zastąpić zabieg chirurgiczny w zwężeniu organicznem odźwiernika — w przypadkach podobnych do opisanego jest to cenne leczenie chwilowe i przedoperacyjne.

Stosowanie przepłukiwania żołądka (chyba celem opróżnienia rozdętego żołądka tuż przed operacją) lnb stosowanie alkaljów jest przeciwwskazanem w tężyczce żołądkowej.

G. E. Brown & L. G. Rowntree. **Prawostronne tętnienie t. dogłowowej w przypadkach znacznej hipertensji** (z klin. Mayo, w Rochester). U kobiet z ciśnieniem krwi znacznego stopnia (skurcz. 264, rozk. 134; 220—120; 186—130; 200—118; 280—140) ze schorzeniem serca, miażdżycą, puchliną, — stwierdzili autorowie wybitne tętnienie ograniczone do dolnej prawej okolicy szyi poniżej m. mostko-obojczykowo-sutkowego. Tętnienie to pochodzi od załamania się wzgl. wygięcia się na zewnątrz prawej tętnicy dogłowowej, powstałego jako wyrównanie tętnicy wydłużonej wobec zmniejszonej odległości, z powodu w górę uniesionej t. głównej. Tętnienie udziela się również i przylegającym częściom miękkim. Dokładna znajomość takich tętnień i ocena ich mechanizmu przyczynowego, ułatwi ich stwierdzanie i rozpoznanie.

Pisek (Lwów).

American Journal of Ophthalmology.

Vol. 7. 1924. Nr. 7.

Hanford McKee. **Kilka słów w sprawie patologji naczyniówki.** Autor po kilku uwagach o anatomji naczyniówki przechodzi do spraw zapalnych, które dzieli na ropne i wysiękowe. Przy zapaleniu ropnem naczyniówki spotyka się we wszystkich warstwach naczyniówki rozległe nacieczenia leukocytami wielojądrzastemi i wysięk ropny, które w miarę wzrastania przechodzą w panoftalmię. Zapalenie wysiękowe naczyniówki wyraża się w następujących zmianach:

1. nawał krwi w naczyniach,
2. nacieki limfocytów,
3. obrzęk,
4. wędrówka barwika do siatkówki.

Autor przechodzi w krótkości poszczególne rodzaje zapalenia naczyniówki uwzględniając ich obraz histologiczny. Współczulne zapalenie jagodówki wykazuje: zniszczenie naczyń, ograniczony obrzęk, rozległe, rozlane nacieki limfocytów. Kiła wrodzona lub nabyta jagodówki okazuje wszelkie cechy ostrego lub przewlekłego zapalenia. Gruźlica naczyniówki występuje w 2 postaciach, jako gruźlica prosówkowa i jako

guzki gruźlicze pojedyncze lub całe konglomeraty gruzełków. Wytwarzanie się tkanki kostnej w naczyniówce jest końcowym degeneracyjnym stanem wszelkich zapaleń plastycznych. Rozwój jej jest o typie okołookostnowym. Mięsaka naczyniówki spotykamy w 2 rodzajach, jako guz ograniczony i jako rozlany nowotwór. Ta druga postać jest bardzo rzadką. Mięsak naczyniówki jest zawsze pierwotny, w przeciwstawieniu do nowotworu — raka, który w naczyniówce jest zawsze wtórorzędny,

Sanford Withers. **O wartości leczenia radem w okulistyce.** Autor na wstępie wyróżnia tkankę wrażliwą i tkankę oporną na działanie promieni radu. We wszystkich tkankach wrażliwych na działanie promieni radu stwierdza się następujące cechy:

1. niezróżniczkowana postać komórek,
2. szybki ich wzrost i rozrost (bardzo liczne figury mitozy),
3. duża zawartość chromatyny w jądrach komórek,
4. bogate unaczynienie (liczne naczynia świeżo wytworzone, słabe),
5. brak zrębu lub istoty międzykomórkowej.

Wszystkie prawie te cechy posiadają komórki i tkanki o typie wydzielniczym. Tkanka mniej wrażliwa, bardziej oporna na działanie promieni radu okazuje wręcz przeciwne cechy: postać komórek ściśle zróżniczkowana, wzrost powolny (mało figur mitozy), jądra komórek zawierają mało chromatyny, unaczynienie tkanki naczyniami trwałemi dostosowanemi do jej czynności. W rodzajach poszczególnych tkanek pomiędzy najmniej i najwięcej opornemi na działanie promieni radu (jak komórki płciowe, leukocyty, komórki mięśniowe i włókna nerwowe) spotyka się pośrednie rodzaje zależnie od okresu rozwoju tkanki. Promienie radu działają wybiórczo na chromatynę jąder komórek. Autor wylicza poszczególne rodzaje nowotworów i schorzeń ócz i dzieli je na 5 grup. W pierwszej grupie zaleca bezwzględne stosowanie leczenia radem. Do niej należą: *carcinoma basocellulare, epithelioma corneae, glioma, lymphosarcoma, sarcoma gigantocellulare, chloroma, morbus Hodgkin'i, angiomata* (wszelkie rodzaje), katar wiosenny spojówek *(conj. vernalis)* Druga grupa obejmuje te nowotwory i schorzenia, w których leczenie radem obok innego leczenia przynieść może bardzo pomyślne wyniki, do nich należą: *adenocarcinoma gruczołów łzowych, carcinoma microcellulare, melanosarcoma, adenosarcoma, fibrosarcoma, chondroma, osteoma, actinomycosis, blastomycosis, lupus vulgaris et erythematodes.* W trzeciej grupie autor pomieszcza te schorzenia, w których można stosować radium, ale liczyć się zawsze należy z jego szkodliwem działaniem, a mianowicie: w przypadkach zaćmy rozpoczynającej się, stosowanie radu może powstrzymać proces a nawet w pewnym odsetku przypadków cofnąć zaćmienia. Dalej w przypadkach skrzydlika, *naevus, papilloma xanthelasma,* bliznowca, jaglicy zwłaszcza w powikłaniach rogówkowych. Czwartą grupę stanowią przypadki, w których stosowanie radjum może być usprawiedliwione pomyślnemi wynikami w podobnych patologicznych sprawach o innem umiejscowieniu. Zapalenie pryszczykowe spojówek i rogówki, gruźlica spojówki i rogówki, *keratokonus* (zamiast przypalenia wierzchołka rogówki), zapalenie woreczka łzowego przewlekłe po operacji od strony nosa, gdy ziarniny zamykają swobodny odpływ do nosa, zapalenie wrzodziejące brzegów powiek, wreszcie przypadki przerzutów nowotworów złośliwych do oczodołu lub gałki ocznej, gdy chodzi tylko o utrzymanie wzroku do końca życia chorego. Do piątej grupy zalicza autor przypadki zapobiegania przed lub pooperacyjnego, dalej przypadki ciężkie niewyleczalne, w których działanie radu uśmierza bole.

Gyula Fejér. **Przejściowa ślepota wskutek zatrucia gazem świetlnym.** Gaz świetlny w wysokim odsetku zawiera tlenek węgla, dwutlenek węgla i metan (CO, CO_2, CH_4). Tlenek węgla posiada zdolność łączenia się z hemoglobiną w 200 razy krótszym czasie aniżeli tlen i tem tłumaczy się wysoki odsetek śmiertelności po zatruciu gazem świetlnym (76,13%). Autor podaje przypadek zatrucia gazem świetlnym, w którym wystąpiła ślepota obu ócz. Po kilku dniach przy stosowaniu KJ wzrok całkowity powrócił (5 5). Przejściową utratą wzroku odnosi autor do wybroczyn krwi w korze mózgowej w okolicy ośrodka wzrokowego albo do przejściowych zmian w samej korze mózgowej wskutek zaburzeń wywołanych zatruciem CO.

Karelus (Kraków).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.
Bd. V. H. 5.

Ziemke. **O przypadkach śmierci po stosowaniu roztworów adrenaliny.** Wobec częstej nadwrażliwości przy stosowaniu adrenaliny zwłaszcza podskórnie, n. p. u osób otyłych, ze stanem grasiczo-limfatycznym, również w stanach gwałtowniejszego podniecenia, n. p. przed operacją, doradza autor być ostrożnym w dawkowaniu adrenaliny, stosowanej często w większych ilościach przy znieczulaniu miejscowem, wraz z nowokainą. Autor opisuje kilka przypadków śmierci w następstwie za dużych dawek adrenaliny; w jednym przypadku, po udowodnieniu winy, został lekarz zasądzony za przekroczenie dawki maksymalnej.

Schächtelin. **Przypadki nagłych śmierci przez pęknięcie samoistne tętnicy głównej.** W odpowiedzi na pytanie, czy występuje samoistne pęknięcie tętnicy głównej o ścianach niezmienionych, czy też zawsze istnieją choćby drobnowidowe zmiany w ścianie naczynia, są zdania autorów podzielone. Na podstawie swoich 9-ciu przypadków autor twierdzi, że pęknięcie aorty występuje zawsze tylko przy ścianach zmienionych, i to przez miażdżycę, kiłę, usposabia zaś do pęknięcia wąskie światło naczynia, często też marskość nerek, która powoduje podwyższenie ciśnienia krwi. W jednym przypadku przyczyną pęknięcia tętnicy głównej były ostre zmiany zapalne w ścianie na tle ogólnego zakażenia krwi. Jako najczęstszą przyczynę pęknięcia serca uważa autor miażdżycę naczyń wieńcowych z następowemi zmianami w mięśniu sercowym.

Lühring. **Niezwykły przypadek otrucia arsenem.** Wobec małej ilości arsenu, wykazanego w narządach zmarłego, autor nie uznaje otrucia za przyczynę śmierci, nawet mimo wykazania arsenu w osadzie naczynia, w którem denatowi podano kawę z trucizną.

Berg. **Siła przebijająca pocisków rewolwerowych w żywem ciele** Czy po postrzale nastąpi przestrzał, czy też pocisk utkwi w ciele, zależy nie tylko od kalibru pocisku jak sądzi Kipper, ale i od naboju, który w powojennych pociskach często jest gorszej jakości. Zniekształcenie pocisku w ciele nie musi hamować siły przebijającej, wobec czego siła ta nie jest znacznie większa przy pociskach o płaszczach metalowych w porównaniu z pociskami ołowianemi, które łatwiej ulegają zniekształceniu. Kształt, wielkość, twardość pocisku, jego szybkość, obroty, można określić, ale nie można obliczyć oporu tkanek żywych, dlatego wyniki postrzałów zwłok, nie zbyt zgadzają się z doświadczeniami sądowo-lekarskiemi.

Walcher. **Ocena sądowo-lekarska zatoru powietrznego w małem i dużem krążeniu krwi ze szczególnem uwzględnieniem zatoru powietrznego w mózgu.** U kobiety, która nagle zachorowała wśród objawów mózgowych, po próbach spędzenia płodu przy pomocy pomp, stwierdzono po śmierci, która nastąpiła po trzech dniach choroby, badaniem histologicznem zatory powietrzne w mózgu. Przyczynę dość późnej śmierci tłumaczy autor tem, że powietrze dostawszy się do macicy między błony płodowe a ścianę macicy, mogło tam pewien czas pozostać i dopiero przy ruchach ciała dostało się do otwartych żył; dostanie się powietrza do tętnic mózgu znajduje w danym przypadku swoje wytłumaczenie w otwartem *foramen ovale.* Co do techniki sekcyjnej w przypadkach spędzenia płodów, podejrzanych w kierunku zatorów powietrznych w mózgu, to wobec trudności wyjęcia mózgu bez wytworzenia sztucznych baniek w naczyniach mózgowych, radzi autor najpierw oglądnąć żyły jamy brzusznej, potem badać serce na zawartość powietrza, następnie otworzyć ostrożnie czaszkę i oglądać naczynia mózgowe *in situ.* Można też w tym celu badać dno oka wziernikiem, gdy niema zmętnienia rogówki. Badanie histologiczne mózgu jest wskazane w przypa-

dkach przewlekłych. Wskutek zmiany ułożenia zwłok może nastąpić pośmiertne przemieszczenie banieczek powietrza np. z serca do naczyń. Objawy kliniczne zatorów powietrznych w mózgu są to najrozmaitsze objawy mózgowe.

Dr. Szulisławska (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Zeszyt 19. Treść: Dr. H. Rudziński: O leczeniu przewlekłych postaci gośćca stawowego. – E. Brzezicki: System paleokinetyczny w świetle badań lat ostatnich. — A. Nowiński: O masowej pielęgnacji niemowląt. — St. Karpiński: Samolot na usługach medycyny.

Pedjatrja Polska. T. VI. Zeszyt III. Treść: H. Frenklowa: O stosowaniu siarki w przewlekłym gośćcu stawowym u dzieci. — Wł. Mikułowski: O truduościach rozpoznawczych gruźlicy u dzieci. — St. Kramsztyk: O niektórych czynnościowych objawach serca u dzieci. — J. Niepokojczycka: Przypadek wścieklizny u 3-letniego dziecka. — P. Szaniawski: Przypadek ostrej limfatycznej białaczki u 8-letniej dziewczynki. — S. Samet-Mandelsowa: Przypadek Icterus familiaris neonatorum gravis u noworodka 3-dniowego.

Klinika oczna. T. III. Zeszyt III. Treść: J. Drak: Przypadek gruczolaka torbielowatego rąbka spojówki. — K. Karelus: O podnabłonkowem barwieniu rogówki. — S Mirecki: Przyczynek do leczenia pełzającego wrzodu rogówki. — J. Zurkowski (Kielce): O stopniach periskopijności szkieł. — K. Koliński: Przypadek wytrzeszczu z zakrzepem żyły środkowej siatkówki wskutek krwotoku pozagałkowego. — J. Ruszkowski: Wyniki 100 operacyj Lagrange'a, wykonanych z powodu jaskry prostej i przewlekłej. — J. Frankowska: Działanie ezeryny na oczy normalne. — M. Likiernik: O stosunku jaglicy do innych chorób.

Ginekologja Polska. T. IV. Zeszyt VII—IX. Treść: Sprawozdanie z obrad Sekcji Położnictwa i Ginekologji XI Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w dn. 13, 14 i 15 lipca 1925 r. – Z. Monsiorski: Podstawy zapobiegania zakażeniom połogowym oraz ich leczenia z uwzględnieniem powikłań przypadkowych połogu natury zakaźnej. — H. Sołowij: O rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego brzusznego. — J. Szymanowicz: O rozgraniczeniu wskazań do operacyjnego leczenia raka szyjki macicznej. — H. Beck: Próby uodpornienia przeciw zakażeniu połogowemu. — H. Gromadzki: W sprawie operacyjnego leczenia niedrożności jajowodów. — T. M. Keller: Uwagi o leczeniu gruźlicy przydatków macicy i otrzewnej. — K. Bocheński i E. Meisels: Naświetlania roentgenowskie w ostrych i przewlekłych wysiękach przymacicznych. — M. Zwejgbaum: Notatki językowe i terminologiczne.

Walka z Gruźlicą. Nr. 3. Treść: St. Rudzki: Wrażenia z Danji. — Związek przeciwgruźliczy. Zadania Związku i Statut.

Wychowanie Fizyczne. Nr. 3 i 4. T. VI. Treść: K. Jonscher: O przeciążeniu młodzieży szkolnej. — S. Szuman: Jak lekarze szkolni mogą przeciwdziałać przeciążeniu uczniów nauką szkolną. — J. Ozięblowski: W sprawie przeciążenia młodzieży szkolnej. — St. Ciechanowski: Powszechne wychowanie fizyczne jako podstawa przygotowania ludności do wojny. — Tenże: Rola lekarza w wychowaniu, w szczególności w wychowaniu fizycznem. – T. Jaroszyński: Rola psychologa w wychowaniu fizycznem. — E. Piasecki: Wychowanie fizyczne w szkołach akademickich. — Wł. Osmólski: Poradnie sportowe. — Z. Wyrobek: Organizacja gier ruchowych w Rzpltej. – F. Fidziński: Koła sportowe młodzieży szkolnej. — T. Strumiłło: Uwagi o obozach letnich przysposobienia wojskowego młodzieży.

Polska Dentystyka. T. III. Nr. 5. Treść: H. Garczyński: Sprawy ropne jamy ustnej w oświetleniu bakterjologicznem. — S. Podwiński: Leczenie zębów z przetokami.

Zdrowie. Nr. 7—8. S. Kościuszkowa: Bezwodnik kwasu węglowego rozpuszczony w wodzie i jego znaczenie higjeniczne.

Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka«. Nr. 8. Treść: W. Miklaszewski: Próba statystyki nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej. — Sekcja Raka i »Wystawa Nowotworów« na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich. — Br. Bartkiewicz: Wpływ najnowszych poglądów z zakresu biologji raka na leczenie jego teraz i w przyszłości. — I. Grundzach: Rak a nauka o witaminach. — Br. Wejnert: Rak w stosunku do innych chorób przewodu pokarmowego.

Lekarz Polski. Rok I. Nr. 5. Treść: St. Tubiasz: Gospodarka sanitarna samorządów miejskich na podstawie budżetów z r. 1924 (dokończenie). — Wł. Głuszkiewicz: Świadectwa lekarskie. — W sprawie zakresu działania Izb Lekarskich. — O należytościach znawców lekarzy w postępowaniu sądowo karnem. — Ze Zjazdu delegatów Związku Lekarzy Rządowych w P. P. odbytego we Lwowie 13 -14.IX.1925. — Cennik poborów lekarskich woj. Poznańskiego oraz na obszarze Delegatury Rządu w Wilnie. — Taksa lekarska na terenie woj. Nowogrodzkiego.

Podręcznik chorób zakaźnych pod redakcją L. Karwackiego, M. Michałowicza, St. Rudzkiego i St. Sterling-Okuniewskiego. Zesz. I. cz. II. i Zeszyt III. Książnica-Atlas r. 1924.

Pamiętnik Polskiego Tow. balneologicznego. Rok 1925. Nakładem Pol. Tow. balneol.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (S. F. Lehmann). 1925. Z. g. Cena 2 M.

Treść: 1) Prof. dr. Müller-Hess i dr. Hey: Przegląd prac z medycyny sądowej i społecznej. 2) Koetsch: Medycyna przemysłowa.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 marca 1925 r. wspólnie ze Sekcją Sanitarną Tow. Wiedzy Wojskowej.

Przewodniczący kol. Majewski.
Obecnych 163 członków i zaproszonych gości.

Odczytano protokół z posiedzenia w dniu 4. III. i 11. III. Przyjęto na członka kol. Juljana Morawskiego. Przewodniczący wita w serdecznych słowach licznie przybyłych lekarzy wojskowych i członków Towarzystwa ochrony przeciw walce gazowej.

1. Kol. ppłk. Maciąg omawia dane kliniczne zaś kol. Olbrycht dane **anatomiczno-patologiczne w przypadku pierwotnego raka płuca prawego** u 34-letniego oficera.

Następnie pokazują roentgenogramy, preparat makroskopowy narządów klatki piersiowej, preparaty mikroskopowe z plwociny i płynu otrzymanego przez nakłucie klatki piersiowej, wreszcie preparaty histologiczne nowotworu.

W dyskusji kol. Kader zaznacza, że spostrzegał 3 przypadki nowotworów płuc. Jeden za czasów swego pobytu na klinice prof. Mikulicza we Wrocławiu. Chorym był wówczas elew kliniki. 2-gi przypadek na klinice chirurg. w Krakowie: chory z ogromnym guzem – oba płaty lewego płuca były zajęte przez nowotwór. 3-ci przypadek w Rosji: nowotwór prawego płuca. Punkcja, robiona grubą igłą przez klatkę piersiową, wykazała liczne komórki — nie płucne. Autopsja wykazała zajęcia nowotworowe prawego płuca bez przerzutów. Kol. Hirsch spostrzegał 5 przypadków nowotworów płucnych: u mężczyzny 60-letniego, u kobiety 48-letniej i 3 przypadki w jednej rodzinie (woźnego uniwersyteckiego). Ojciec i jedno dziecko z nowotworem lewego płuca — drugie dziecko z *epulis sarcoma tosa.*

2. Kol. podpułk. Nadolski wygłasza odczyt p. t. »**Zasady walki i obrony gazowej**« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Wachholz zaznacza, że w Krakowie zawiązało się Towarzystwo dla ochrony przed walką gazową, Towarzystwo jednak ledwo wegetuje, ponieważ nie wzbudziło większego zainteresowania w społeczeństwie. Kol. Kader proponuje, aby wykład podobny urządzić dla szerszej publiczności. Radzi sprawę tę lepiej zorganizować. W Wilnie zawiązało się Towarzystwo dla walki z gazami, które się podobno bardzo dobrze rozwija. Prelegent potwierdza, że Towarzystwo zawiązane w Krakowie nie cieszy się zbytniem zainteresowaniem, natomiast wykłady urządzane w szkołach publicznych cieszyły się bardzo żywą frekwencją.

Posiedzenie naukowe wspólnie z Franko-Polskiem Towarzystwem lekarskiem w dniu 25 marca 1925 r.

Przewodniczący kol. Majewski. Obecnych 40.

Kol. Majewski wita po dłuższem serdecznem przemówieniu wygłoszonem w języku francuskim, przybyłego z Francji prelegenta, poczem

Dr. Romeuf wygłasza odczyt p. t. »**Etude du coeur et des réactions elastiques de l'aorte d'aprés la courbe oscillométrique de billard**«.

Posiedzenie naukowe wspólnie z Tow. technicznem i Kołem Architektów w dniu 1 kwietnia 1925r.

Przewodniczący kol. Majewski. Obecnych 38.

Przewodniczący wita przybyłych gości i dziękuje prelegentowi za poniesione trudy w związku z przyjazdem do Krakowa i wygłoszeniem tu odczytu, budzącego zrozumiałe zainteresowanie wśród krakowskich sfer klinicznych i szpitalnych.

1. Inż. Puterman wygłasza odczyt p. t. »**Budownictwo szpitalne na Zachodzie**«. Odczyt ten, objaśniony obficie obrazami świetlnemi, wywołał duże zainteresowanie, które zaznaczyło się długotrwałą żywą dyskusją.

Posiedzenie naukowe w dniu 22. kwietnia 1925 r.

Przewodniczący Kol. Szymanowicz. Obecnych 79.

Przewodniczący wygłasza dłuższe wspomnienie pośmiertne o zmarłym członku Towarzystwa ś. p dr. Walerjanie Momidłowskim, podnoszac Jego zasługi na polu społecznem, co obecni uczcili przez powstanie.

Przyjęto na członka kol. Feliksa Jasionka.

1. Kol. Blassberg wygłasza odczyt p. t. »O nowoczesnem leczeniu« (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Kostrzewski wskazuje, że empirją gardzić nie należy, dalej wskazuje na paradoksy które nieraz wynikają z naukowego postępowania, opartego jedynie na spekulacji myślowej. Kol. Szumowski zaznacza, że bezpośrednią poprzedniczką w końcu w. XXIII. dzisiejszej medycyny naukowej nie była empirja, jak sądzi prelegent, lecz także medycyna na swój sposób naukowa i pełna racjonalizmu, oparta tylko na mniejszej ilości faktów naukowych, eksperymentalnie stwierdzonych. Gdy mowa o racjonaliźmie należy odróżniać postępowanie »racjonalne« t. j. słuszne, oraz postępowanie »racjonalistyczne«, w którem istotną cechą jest rozumowanie, czasami błędne. Mowca ma wrażenie, że prelegent cokolwiek niedocenia znaczenia empirji, jeżeli pod tą nazwą będziemy rozumieli doświadczenie ludzkie, najszerzej pojęte (Erfahrung). Taka empirja jest niezbędnym składnikiem wszelkiego badania naukowego. Lekceważenie empirji w medycynie sprawia, że autorowie tak często ogłaszają prace oparte na wyrozumiałych przesłankach, ale nie poparte dostateczną ilością zaobserwowanych przypadków. Jakże często czyta się prace oparte na kilku lub kilkunastu przypadkach pozytywnych, których autorowie zapominają, że wynik pozytywny mógł być przypadkowy i że następne 2-3 setki przypadków mogły być wszystkie negatywne. Medycyna, czyniąca zadość wszystkim wymogom naukowym powinna być w równej mierze racjonalna jak i empiryczna.

W dalszym ciągu dyskusji przemawiali kol. Leuchter, Eisenberg i Markowa.

Kol. Blassberg w przemówieniu końcowem w odpowiedzi kol. Kostrzewskiemu i Szumowskiemu podnosi, że nie leżało na linji jego wywodów zajmowanie się określeniem, czy empirja czy nowoczesne naukowe zasady lecznictwa stoją wyżej. W tym względzie zgadza się w zupełności z wywodami kol. Eisenberga, że one ze sobą ściśle się łączą. Z drugiej strony w odpowiedzi na przemówienia kol. Leuchtera i koleżanki Markowej nie chce też wchodzić w szczegóły, czy ta lub owa grupa leków nowoczesnych jest dobrą, albo czy ten lub ów leczniczy kierunek nowoczesny utrzyma się także w przyszłości. Stwierdził tylko i zailustrował w swoim wykładzie zasadniczy fakt, że nowoczesne lecznictwo z nihilistycznego przeszło w bardzo aktywne i przeszło z czystej empirji na drogę poszukiwania ogólnych praw naukowych, obejmujących zjawiska lecznicze, oraz że pod wpływem tych badań naukowych powstały liczne nowe leki i kierunki lecznicze.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 21 kwietnia 1925 r.

Przewodniczący prezes Kol. B. Sawicki.

1. Kol. Misiewiczówna wygłosiła wykład p. t.: **Badanie ciśnienia żylnego w klinice** (przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. Modrakowski kładzie nacisk na wielkie znaczenie badania ciśnienia żylnego dla fizjologji i patologji krążenia. Dotychczas zaniedbano takie badania zarówno w pracowni fizjologicznej, jak i w klinice. W razie niedomogi prawego serca rośnie ciśnienie żylne, gdyż odpływ z żył do przepełnionych zalegią krwią komór prawego serca — jest utrudniony. Istnieją jednak stany zwiększonego napięcia mięśnia sercowego, gdy włókna mięśnia dopiero pod wpływem wzmożonego ciśnienia dopływającej krwi rozciągają się i pozwalają na odpowiednie napełnienie prawego serca krwią żylną. To zdarza się n. p. w razie znacznie zmniejszonej zawartości CO_2 we krwi. Badania Sterling'a, pracy serca na preparacie płuco-sercowym, na podstawie których podał autor swoje »prawa pracy serca«, — były wykonane przy nadmiernej wentylacji płuc. To zmusiło go do stosowania b. wysokiego ciśnienia żylnego, w celu napełnienia prawego serca krwią. Oprócz wydolności mięśnia sercowego ma też bardzo duże znaczenie skład krwi dla wysokości ciśnienia żylnego. Prelegentka sama stwierdziła, że przy zmniejszonej lepkości krwi ciśnienie żylne daje liczby niższe od normy. Kol. Januszkiewicz prosi o wyjaśnienie, czy prelegentka porównywała absolutne liczby, które otrzymała swoją metodą, z liczbami, otrzymanemi metodą krwawą. W klinice terapeutycznej wileńskiej metoda krwawa, stosowana przez użycie Claud'a do badania płynu mózgowo-rdzeniowego, dawała w badanych przypadkach liczby nieogólnie jsze. Co do stosunku i wpływu parcia tętniczego na ciśnienie żylne, to należy z pewną ostrożnością i zastrzeżeniami przyjmować tę zależność, gdyż wiemy, że stan tętniczek w niektórych przypadkach, wzmagając ciśnienie tętnicze, może obniżać jednocześnie ciśnienie w sieci włoskowatej. Kol. Michalski podnosi, że wartość praktyczną tej metody stanowi głównie możność odróżnienia obrzęków pochodzenia nerkowego od obrzęków powstających z powodu niedomogi mięśnia sercowego. Kol. Gutowski zauważa, że do czynników utrzymujących, ciśnienie tętnicze zaliczamy pracę serca, pewną określoną ilość krwi i jej stan fizyko-chemiczny oraz opory w tętniczkach względnie w kapillarach. Wysokość ciśnienia na przebiegu układu krwionośnego świadczy o pokonaniu oporów a zarazem o zużyciu popędowej energji serca. Ciśnienie żylne ulega powiększeniu przy utrudnionym odpływie żylnym, zmianach czynności serca i zmniejszonych oporach obwodowych. Przypadki kliniczne, które prelegentka przytoczyła całkowicie potwierdzają powyższe ujęcie ciśnienia żylnego. Kol. Misiewiczówna odpowiada, że w pewnej ilości przypadków były wykonane badania równolegle sposobem krwawym i bezkrwawym. Czynnik pozasercowy w zmianach ciśnienia żylnego, rzecz jasna, musi mieć znaczenie tak w sensie skurczu patologicznego naczyń włoskowatych, jak i zmian składu krwi n. p. zmian lepkości lub zmniejszenia się liczby elementów komórkowych krwi. Przypadek niedokrwistości wyleczonej potwierdził to wyraźnie. W obserwowanych przez siebie przypadkach, prelegentka skurczu naczyń nie spotykała.

2. Kol. Walc wygłosił wykład p. t. »**Powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego**« (wyszło w druku »Polski Przegląd Chirurgiczny«. Tom IX. Zeszyt 2).

Dyskusja: Kol. L. Zembrzuski spostrzegał przypadek u 12-letniego chłopca, dotkniętego ostrym napadem zapalenia wyrostka robaczkowego i operowanego w ciągu 24 godzin. Krwiomocz po upływie 7 dni od operacji. Krew nie była zmieszana z moczem, lecz ostatnie krople moczu były silnie zabarwione krwią. Dolegliwości żadnych chory nie doznawał. Krwiomocz ten trwał 3—4 dni, poczem ustąpił i w ciągu roku więcej nie występował. Z. sądzi, że w etjologji krwiomoczu w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego — należy uwzględnić kamicę. Kol. Skłodowski. Zwraca uwagę na spostrzeżenia kol. Zembrzuskiego, krew bowiem w danym przypadku najwidoczniej pochodziła z pęcherza. Wobec tego należałoby zwracać uwagę i na krwawienia z innych narządów moczowych. Kol. Walc w odpowiedzi zaznacza że krwawienia po operacji wyrostka robaczkowego Anschütz dzieli na nerkowe, pęcherzowe i moczowodowe. Prelegent sądzi, że w przypadku kol. Zembrzuskiego należałoby zwrócić uwagę, czy nie mieliśmy do czynienia z polipem pęcherzowym.

Posiedzenie kliniczne w dniu 5 maja 1925 r.

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki.

1. Kol. Radwan i Piaszczyńki wygłosili wykład p. t. »**Z patologji chirurgicznej okolic wątroby**«, podając 2 przypadki torbieli rzekomej okolicy lewego płata wątroby, oraz przypadek **torbiela gruczolowego wałeczkowo-komórkowego, brodawczakowego trzustki.**

W dyskusji: Kol. Sawicki stwierdza, że 2-gi przypadek kol. Piaszczyńskiego nasuwa co do swej etjologji pewne wątpliwości. S. nie wyłącza możliwości istnienia wrzodu żołądka na krzywiźnie małej. Bywają przedziurawienia żołądka, o których chorzy dowiadują się dopiero po przedziurawieniu. Owrzodzenia przedziurawione mogą się zagoić samoistnie. W roku zeszłym widział S. przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka; podczas operacji natrafiono na duże zbiorowisko treści żołądka w otrzewnej; a wobec ciężkiego stanu chorego założono tylko sączki, nie zakrywając pękniętego wrzodu, owrzodzenie zagoiło się w tym przypadku samoistnie, chory wyzdrowiał, lecz po roku zmarł na gruźlicę. Na sekcji stwierdzono b. małe niezupełnie zagojone owrzodzenie w okolicy odźwiernika. Przypadek ten potwierdza, że owrzodzenie przedziurawione może się zagoić samoistnie. S. stwierdza że pęknięcia i krwotoki samoistne w wątrobie są nader rzadkie. Kol. Leśniowski podnosi, że stroną najciekawszą tego przypadku jest etjologja tworu torbielowatego. Bardzo szczegółowe badanie Roentgenem żołądka nie wykazało żadnych zmian. Trudno sobie wyobrazić przedostanie się treści z pękniętej dwunastnicy nad wątrobę, gdybyśmy przyjęli tę chwilę etjologiczną powstania opisanej torbieli. W cieczy zawartej w torbieli znaleziono żółć — w treści żołądka żółci nie stwierdzono. Chora czuła się poprzednio zupełnie dobrze, najmniejszych objawów ze strony żołądka nie miała. Kol. Piaszczyński podkreśla, że w przebiegu pooperacyjnym, przez sączek założony do jamy torbieli — wydzielała się ciecz z dodatkiem żółci, badanie zaś kilkakrotne treści żołądka — nigdy żółci nie wykazywało.

2. Kol. Krauze wygłosił wykład p. t. »**W sprawie napięcia układu nerwowego roślinnego w stanach tarczycowych**«.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5 stycznia 1925 r.

Przewodniczący Kol. Drożdż.
Obecnych 17 członków i 7 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
2. Kol. Drożdż i Jaworski pokazują chorą z **nowotworem rdzenia**, operowaną przez kol. Jaworskiego z wynikiem pomyślnym (rzecz przeznaczona do druku).
3. Kol. J. Cymberg przedstawia **odlew przełyku, wykrztu-**

szony przez chorą, która w celach samobójczych napiła się stężonego kwasu siarkowego.

4. Kol. Jaczewski przedstawia przypadek **zrogowacenia ciemnego acantosis nigricans**, choroby rzadkiej. Chory przybył do szpitala z powodu świeżej kiły. Przy badaniu zauważono ciemne zabarwienia skóry z jasnemi brózdami na szyi, pod pachami, tylnej stronie dłoni i około pępka. Chory skarży się na dolegliwości żołądkowe. W znacznej liczbie przypadków tego rodzaju stwierdzano nowotwory złośliwe w jamie brzusznej.

5. Kol. Czerwiński przytacza przypadek **ciąży zamacicznej, trwającej 11 miesięcy**. Płód leżał swobodnie w jamie brzusznej; po operacji wyjęto bardzo duży płód (4700 gr), łożysko wielkie (970 gr), oddzielenie łożyska było bardzo trudne z powodu olbrzymiego krwotoku.

W dyskusji kol. Gąsiorowski przytacza podobny przypadek, spostrzegany przez siebie.

6. Kol. Drożdż odczytuje **zaproszenie T-wa Lek. francusko-polskiego na II-gi Kongres Lekarski Francusko-Polski** w Paryżu i proponuje, aby członkowie, chcący wziąć udział w Kongresie, zgłosili się do niego w ciągu tygodnia.

7. Kol. Cywiński wygłosił odczyt: **Krzywica w świetle nowych badań**. Przytaczając na wstępie poglądy Marfana, który uważa za najczęstszą przyczynę krzywicy kiłę, poczem dopiero idą zaburzenia trawienia, gruźlica i t. d., referent przechodzi do omówienia prac Mellendy, kóry chciał uczynić z krzywicy awitaminosę, poczem omawia doświadczenia na zwierzętach lekarzy amerykańskich (Mac Callum'a, Sinemonds'a, Shippley'a, Park'a, Kess'a), zatrzymuje się dłużej nad djetą 85 Pappenheymer'a, i wyprowadza wnioski o wysunięciu w patogenezie krzywicy na pierwszy plan fosforu, a nie wapnia. Dalej referent przytacza nowe prace o stanie lekarzy baltymorczyków i zatrzymuje się dłużej nad działaniem promieni słonecznych i lampy kwarcowej w krzywicy doświadczalnej i u dzieci. Porównanie krzywicy doświadczalnej z krzywicą ludzką, pomimo pewnych różnic rozstrzyga na korzyść tożsamości obu tych cierpień, przyczem w krzywicy doświadczalnej chodzi o niedobór fosforu pokarmowego, w krzywicy ludzkiej zaś chodzi o brak wchłaniania fosforu. Dalej sprawozdawca zatrzymuje się nad przyczynami tej hypofosfatemji i mechanizmem jej powstawania, poczem zwraca uwagę na konieczność walki z krzywicą, jako chorobą społeczną, i na wzór zagranicy proponuje zaopatrzyć stacje opieki nad niemowlętami w lampy kwarcowe. W końcu sprawozdawca zapoznaje zebranych z przebiegiem dyskusji w sprawie krzywicy na zjeździe pedjatrów, który niedawno odbył się w Paryżu.

W dyskusji zabierali głos kol. Garbaczewski, Mędrkiewicz, Arnsztajn, Wąsowski, Jaczewski, Distler i prelegent.

Posiedzenie naukowe w dniu 19 stycznia 1925 r.

Przewodniczący Kol. Drożdż.
Obecnych 14 członków i 6 gości.

1. Kol. Jaworski pokazuje **kamień** usunięty u chorej, u której rozpoznano kamień, uwiezgnięty w wspólnym przewodzie żółciowym. Po otwarciu jamy brzusznej woreczek wypełniony był żółcią, przewód wątrobowy był bez zmian, przez dwunastnicę wyczuwalny był kamień, przecięto fałd otrzewnowy, odsunięto dwunastnicę i odsłonięto część pozadwunastniczą, kamień wepchnąć się nie dał. Wówczas po zacięciu brodawki Vater'a usunięto kamień. Drenażu nie robiono. Przebieg dobry.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

3. Kol. Drożdż zawiadamia, iż kol. Biernacki i kol. Drożdż zgłosili udział w Kongresie lekarskim francusko-polskim.

4. Kol. Drożdż odczytał odezwę Komitetu **do zwalczania raka** i prosił o poparcie poczynań Komitetu.

5. Kol. Brzeziński zdał **Sprawozdanie rachunkowe** Pracowni Anatomo-patologicznej do 1 stycznia 1925 r.

6. Kol. Drożdż wygłosił referat: **»O nowotworach rdzenia«** Zaznaczając, iż z cierpień organicznych układu nerwowego leczenie nowotworów rdzenia jest jednem z najwdzięczniejszych pól dla neurologa referent, mówi o podziale nowotworów rdzenia, zastanawia się dłużej nad symptomatologją nowotworów zewnątrz i wewnątrzrdzeniowych, wspomina o cierpieniach, które mogą sprawiać trudności przy rozpoznaniu, omawia obszerniej objawy Licard-Foix i Queckenstedt'a podnosi zdobycze ostatnich lat w kierunku rozpoznania nowotworów rdzenia przez zastrzykiwanie lipjodolu do kanału kręgowego, mówi o powikłaniach pooperacyjnych, nakoniec wspomina o próbach leczenia nowotworów rdzenia promieniami Roentgena lub radium bez poprzedniej operacji.

W dyskusji zabierali głos kol. Jaworski, Cywiński i Sitkowski.

7. Kol. Morozowa zdała **sprawozdanie z działalności Pracowni Anatomo-Patologicznej.**

Posiedzenie naukowe w dniu 2. lutego 1925 r.

Przewodniczący Kol. Drożdż.
Obecnych 15 członków i 5 gości.

1. Kol. Kozinkowski pokazuje 2 chorych, *a)* kilkuletnie dziecko, które miało **wypadnięcie jelita grubego i cienkiego** przez ranę po jakiejś operacji brzusznej. Dn. 24 stycznia operacja, przy operacji okazało się, iż była wynicowana cała kątnica i część jelita cienkiego; odprowadzono wynicowanie. Wynik bardzo dobry;

b) chłopca, **postrzelonego siekańcem w jamę brzuszną**. Dostarczony na stół operacyjny w 12 godzin po wypadku. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono 6 dziur w kiszkach cienkich, 2 w grubych i 2 w żołądku. Dziury zaszyto. Wynik dobry.

2. Szef Sanitarny O. K. II. pułk. Szymański omówił **sprawę ewakuacji chorych i rannych** z pola bitwy **na aeroplanach** i podniósł sprawę zorganizowania Koła Oficerów Rezerwy, poczem postanowiono aby Zarządy T-wa Lekarskiego i Związku Lekarzy omówiły sprawę stworzenia Koła Oficerów Rezerwy.

3. Odczytano bieżącą korespondencję.

4. postanowiono przystąpić, w myśl artykułu w Polskiej Gazecie Lekarskiej, podpisanego przez prof. Nowickiego i prof. Frankego, do Związku Towarzystw lekarskich, który to związek miałby między innemi za zadanie wydawania biuletynów Towarzystw lekarskich.

5. Kol. Rupniewski wygłosił I część referatu **»O wrzodach przebijających żołądka i dwunastnicy** według N. Mondor'a i S. Lauret'a«.

Sekretarz *Dr. St. Witkowski*

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 27. sierpnia 1925.

Obecni: Przewodniczący: Bączkiewicz, Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Na wniosek Przewodniczącego postanowiono wystosować do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memorjał w sprawie wody do picia, z której korzystają mieszkańcy Rzeczypospolitej Polskiej, i w sprawie inicjatywy ze strony Rządu co do budowania ustępów po wsiach. Co do pierwszej sprawy, chodziłoby na razie o przeprowadzenie rejestracji studzien i urządzeń, dostarczających wody do picia.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano projekt Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, z prośbą o ocenę i przedstawienie uwag na piśmie do dnia 27. VII. r. b. Postanowiono wystosować odpowiedź, że, ponieważ projekt wymienionej Ustawy był przesłany Izbie Naczelnej w przeddzień terminu zwrotu, przeto uwagi co do tego projektu Ustawy nie mogły być przez Zarząd Naczelnej Izby poczynione.

Od Izby Łódzkiej otrzymano pismo w sprawie powoływania lekarzy na komisje poborowe z prośbą, ażeby Izba Naczelna zwróciła się do władz miarodajnych z żądaniem wydania dodatkowych wyjaśnień, ściśle określających poszczególne paragrafy ustaw i rozporządzeń w tej sprawie.

Postanowiono przedewszystkiem rozpatrzyć odnośne ustawy i rozporządzenia w celu wystąpienia z odpowiednim memorjałem do Władz.

Od Izby Łódzkiej otrzymano pismo z uwagami co do artykułu pana Hilarowicza, umieszczonego w czasopiśmie „Lekarz Polski", a dotyczącego sprawy kompetencji Izb lekarskich.

Postanowiono odpowiedzieć Izbie Łódzkiej, że w sprawie tej Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej będzie mógł się wypowiedzieć dopiero po naradzie z radcą prawnym.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej Przewodniczący otrzymał pismo w sprawie zatargu tej Izby z Uniwersytetem w Poznaniu.

W związku z tą sprawą postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o przesłanie dokumentów tego zatargu.

Od Dr. Wrześniowskiego z Częstochowy otrzymano pismo w sprawie zorganizowania dla wszystkich Izb lekarskich ogólnej Kasy Pogrzebowej.

Pismo to przekazano Dr. Guranowskiemu dla oceny i przedstawienia swych uwag.

Posiedzenie Zarządu w dniu 15. września 1925.

Obecni: Przewodniczący: Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano wykaz specyfików farmaceutycznych i preparatów organoterapeutycznych z prośbą o przesłanie wykazu wszystkim Izbom Lekarskim. Prośbę tę postanowiono uwzględnić oraz postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z przedstawieniem, ażeby na przyszłość ograniczyć pozwolenia na dowóz takich specyfików zagranicznych, które albo są zbędne, albo też mogą być zastąpione krajowemi.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano projekt rozporządzenia o utworzeniu Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogrodzkiej z prośbą o wyrażenie przez Naczelną Izbę zgody na połączenie obszarów okręgu administracyjnego wileńskiego i Województwa Nowogrodzkiego w jedną Izbę lekarską.

Postanowiono zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdro-

wia, że Izba Naczelna zgadza się na projektowane połączenie wymienionych obszarów w jedną Izbę lekarską.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z zawiadomieniem o podaniu się do dymisji sędziego zastępcy Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Gawłowskiego i z prośbą o rozstrzygnięcie sprawy tej zgodnie z art. 19. i 30. Ustawy o Izbach Lekarskich.

Zarząd N. I. L. postawione przez Dr. Gawłowskiego motywy uznał za wystarczające i zwolnił go ze stanowiska sędziego zastępcy N. I. L.

O decyzji tej postanowiono zawiadomić Prezydjum Sądu N. I. L.

Od Izby Warszawsko-Białostockiej otrzymano pismo z prośbą o wypowiedzenie się w sprawie lekarzy specjalistów. Postanowiono odpowiedzieć, że Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej nie przewiduje żadnych ograniczeń pod względem obierania specjalności przez lekarzy.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie zakresu handlu środkami leczniczemi w składach aptecznych z prośbą o przedstawienie opinji.

Postanowiono odpowiedzieć, że Izba Naczelna podziela pogląd na tę sprawę, wyrażony w artykułach 4. i 5. projektu Ustawy Aptekarskiej.

Co się tyczy projektu Ustawy Drogistowskiej, jest on w całości i w szczegółach tak rażąco sprzeczny z poglądami Izby Naczelnej, że wdawanie się w jego ocenę szczegółową uznano za zadanie zbędne.

Postanowiono powołać komisję w sprawie ubezpieczeń lekarskich, pod przewodnictwem Dr. Guranowskiego.

Do komisji tej postanowiono powołać Dr. J. Zawadzkiego, Dr. Luxenburga i Dr. Mutermilcha.

Postanowiono powołać komisję w sprawie mapy graficznej rozmieszczenia lekarzy pod przewodnictwem Dr. Guranowskiego. Do komisji tej powołano Dr. Boguckiego, Dr. Radziwiłłowicza, Dr. Garlicką i Dr. Bełkowskiego.

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie

Związku Lekarzy Kasy Chorych we Lwowie odbędzie się w niedzielę dnia 29. listopada o godz. 11-tej przedpoł. w lokalu Kasy Chorych przy ul. Brajerowskiej l. 8. Porządek dzienny podany będzie pisemnie.

Prezes: ***Prof. Dr. Marischler.***

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Z powodu faktu podanego do wiadomości Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przez Warszawski Wojewódzki Urząd Zdrowia, że Dr. X. zamieszkały w miasteczku Y. urządził sobie w sąsiedniem miasteczku Z. gabinet lekarski dla przyjęć dorywczych (2 razy na tydzień), w warunkach nieodpowiednich, bez poczekalni i z wejściem, prowadzącem do pokoju przyjęć z pokoju wędliniarki, do którego to pokoju jest wejście albo z kuchni, albo ze sklepu z wędlinami — Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka przypomina swym członkom, aby przy urządzaniu gabinetów lekarskich ściśle przestrzegali zasad higjeny.

Naczelnik Izby: *A. Przyborowski.*
Pisarz Izby: *I. Sochacki.*

Związek lekarzy Zachodniej Polski.
Okręg Związku P. P.

OSTRZEŻENIE.

»W powiatowej Kasie Chorych w Poznaniu istnieje od przeszło dwóch miesięcy stan bezkontraktowy, ponieważ Powiatowa Kasa Chorych nie wypłaciła lekarzom honorarjum od kilku miesięcy. Ostrzegamy Kolegów przed przyjmowaniem w wyżej wymienionej Kasie jakichkolwiekbądź posad bez poprzedniego porozumienia się ze Związkiem Lekarzy w Poznaniu, Aleje Marcinkowskiego 15. II.«

Za Zarząd:

Prof. Dr. Karwowski, prezes. *Dr. Janiszewski*, sekretarz.

OSTRZEŻENIE.

Związek Lekarzy Kasy Chorych we Lwowie przestrzega przed obejmowaniem posad lekarzy dentystów w powiatowej Kasie Chorych w Buczaczu, bez poprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

Kurs uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą".

Z inicjatywy Związku Przeciwgruźliczego, przy poparciu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i w porozumieniu z Wydziałem Lekarskim Uniw. Warsz., odbędzie się 4-tygodniowy kurs uzupełniający dla lekarzy, obejmujący zarys lekarsko-społeczny współczesnej wiedzy o gruźlicy, a przeznaczony zwłaszcza dla lekarzy, mających pracować w pracowniach przeciwgruźliczych.

Dla przeprowadzenia tej myśli zawiązał się Komitet Organizacyjny, w którego skład weszli: Prof. dr. Gluziński (prezes), Generalny Dyrektor Służby Zdrowia dr. Wroczyński, Dziekan Wydz. Uniw. Warsz. Prof. dr. Czyżewicz, Docent dr. Sterling-Okuniewski i Adj. Kl. dr. Szczepański.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia i Związek Przeciwgruźliczy, pragnąc ułatwić pewnej liczbie lekarzy przybycie na kurs, wyznaczyli dla 20 lekarzy stypendja w wysokości 200 zł. dla każdego uczestnika i zwrot kosztów podróży. Nadto 10 lekarzy będzie mogło przejść zajęcia praktyczne na koszt własny, ale bez żadnej opłaty za udział w kursie. Wykłady teoretyczne będą dostępne dla wszystkich za okazaniem karty wstępu wydawanej w biurze Związku Przeciwgruźliczego (Nowowiejska l. 39, od 10—12).

Kurs ten rozpocznie się dnia 23 listopada b. r. o godzinie 16-tej w sali Wykładowej II. Kliniki Lekarskiej Uniw. Warsz. (Szpital Dz. Jezus, Nowogrodzka 59).

Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie świadectwa.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Pamięci Charcot'a. W Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem odbyło się dnia 3 b. m. uroczyste posiedzenie, poświęcone pamięci prof. J. M. Charcot'a. Przemawiał dr. Jarkowski na temat: J. M. Charcot i jego rola w rozwoju neuropatologji.

x Związkowy Zakład Rentgenowski. Kierownictwo Zakładu objął z dniem 1 października r. b. dr. Wacław Sitkowski, dyrektor oddziału rentgenologicznego w Szpitalu Okręgowym Nr. 1 w Warszawie.

x Przychodnie przeciwjaglicze. Staraniem polsko-amerykańskiego komitetu pomocy dzieciom została otwarta przy ul. Brzeskiej Nr. 10 na Pradze pierwsza przychodnia przeciwjaglicza. Niebawem nastąpi otwarcie jeszcze trzech przychodni przeciwjaglicznych, które będą się również mieściły w dzielnicach, zamieszkanych przez ludność uboższą.

x Kursy dla wychowawców. Dwumiesięczne kursy dla wychowawców zakładów wychowawczo-opiekuńczych, zorganizowane przez ministerjum pracy i opieki społecznej z początkiem listopada b. r., mają zapewniony współudział, w charakterze prelegentów, następujących lekarzy: Stanisława Kopczyńskiego, Klemensa Łazarowicza, Tadeusza Jaroszyńskiego, Mieczysława Michałowicza, Władysława Szenajcha.

x Ze Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich powziął myśl wydania wykazu specyfików krajowych, które mogłyby zastępować środki zagraniczne. Dnia 28-go z. m. odbyła się w tym celu narada pod przewodnictwem prezesa Stowarzyszenia dra Bączkiewicza, przy udziale wielu zaproszonych lekarzy.

Z kraju.

x Tow. przeciwgruźlicze w Nowogródku. Z inicjatywy dr. Chrzanowskiego, dyr. Urzędu Zdrowia, powstało w Nowogródku Towarzystwo Przeciwgruźlicze. Na zebraniu organizacyjnem dr. Chrzanowski wygłosił odczyt p. t. »Gruźlica jako choroba i jako zagadnienie społeczne«.

Ze świata.

Dżuma na Bałkanach. Według doniesień pism, w Salonikach wydarzyło się pięć przypadków dżumy. W Macedonji panuje epidemja duru brzusznego i grypy.

Przyczyny śmiertelności. Międzynarodowa statystyka śmiertelności liczy 189 rubryk, wymieniających choroby, wypadki etc., powodujące zgon. Do niedawna automobil nie figurował jeszcze w tych rubrykach. Ale ostatnie rubryki ruchu ludności w Stanach Zjednoczonych za II. półrocze 1924 r. zawierają już tę najnowszą plagę ludzkości: grypa 10,193 zgonów, automobile 10,168 zgonów, tyfus 8,007 zgonów, angina 8,031 zgonów. Statystycy amerykańscy nie są pozbawieni ironji; automobilizm został zaliczony przez nich do rzędu chorób zakaźnych.

Redakcja otrzymała:

W. Medyński: O leczeniu elektrycznością. Nakładem Okr. Zw. Kas chorych. Kraków 1925. — R. Kunicki: Vade-Mecum lekarza praktyka. Wyd. II. Nakładem Okr. Zw. Kas chorych. Kraków 1925. — Sprawozdanie Okr. Zw. Kas chorych w Krakowie za r. 1924 r. Kraków 1925. — Dom Zdrowia w Bystrej. Okr. Zw. Kas chorych w Krakowie. Kraków 1925. — Statut Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie. Kraków 1925. — Katalog biologicznych czasopism zagranicznych, znajdujących się w księgozbiorach instytucyj naukowych w Polsce. Wydawnictwo Instytutu Naukowego. Warszawa 1925.

KONKURS.

MAGISTRAT m. KAŁUSZYNA
ogłasza

konkurs na posadę lekarza miejskiego i szkolnego w m. Kałuszynie z poborami według VIII. kategorji płac urzędników państwowych, samotnego.

Do podania dołączyć należy odpisy dokumentów, oraz własnoręcznie skreślone curriculum vitae.

Pożądana kilkuletnia praktyka. Termin składania podań do 1. XII. (grudnia) r. b. Posada do objęcia od 1. stycznia 1926 r. Podania nieuzasadnione pozostaną bez odpowiedzi.

Burmistrz: (—) *Stasiak.*

KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Nieświeskiego ogłasza konkurs na stanowisko lekarza rejonowego. Uposażenie podług VIII st. służbowego i mieszkanie przy przychodni. Posada do objęcia z dniem 1/XII r. b. Oferty wraz z odpisem świadectw dotychczasowej pracy należy nadsyłać do dnia 20/XI r. b. pod adresem Nieśwież, Wydział Powiatowy.

Nieuwzględnione ofer y pozostaną bez odpowiedzi.

Przewodniczący Wydz. Pow.
Starosta.

Znane wydawnictwo poszukuje do nabycia

rozprawy lekarzy

z dziedziny ich specjalności. Jako całość mają one utworzyć popularne dzieło encyklopedyczne, traktujące o anatomji, fizjologji profilaktyce i terapji (jak również o ich poszczególnych działach jak homeopatji, leczeniu zapomocą elektryczności, o lampie kwarcowej, terapji promieniowej, masażach i t. d.).

Do redagowania tego dzieła poszukujemy również lekarza z powołania, posiadającego rutynę literacką. Łaskawe oferty uprasza się pod: A. 5082 an den „Ala" Haasenstein u. Vogler, Leipzig

Nr. 47. 22. listopada 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

J. DADLEZ, H. LENARTOWSKI. Lwów.

O wpływie naświetlań promieniami Roentgena na ilość kwasu moczowego we krwi i w moczu.

Z zakładu chemji lekarskiej U. J. K., z oddz. wewn. I. i z pracowni roentgenologicznej państw. szpit. powsz. we Lwowie.

Wpływ naświetlań promieniami Roentgena na wydzielanie kwasu moczowego u osobników zdrowych i chorych był już w pierwszych latach zastosowania promieni w lecznictwie przedmiotem licznych badań. Mamy tu na myśli szczególnie prace Blocha, Benjamina, Reussa, Schwarza, Lossena, Morawitza i Rosenbergera 1).

Wyniki autorów nie były jednak zgodne, i dopiero dzięki pracom B o r a k a 2) 3) pytanie to zostało ostatecznie rozstrzygnięte. Okazało się, że u osobników zdrowych, pozostających na diecie bezpurynowej, ilość kwasu moczowego po naświetleniu nie okazuje wahań. Jedynie w 24 godzin po naświetleniu wątroby i śledziony przychodzi do wybitnego podwyższenia ilości kwasu moczowego, w 48 godzin po naświetleniu występuje spadek poniżej normy, trzeciego dnia zaś spostrzega się ponowne podwyższenie, trwające przez kilka dni. Ponieważ wahania ilości kwasu moczowego po podaniu atofanu są niemal identyczne, uważa B o r a k, że pod wpływem promieni Roentgena przychodzi również jak gdyby do wypłukania kwasu moczowego zaadsorbowanego w tkankach.

Odmiennie jednak przedstawia się sprawa przy naświetleniu osobników chorych. Udało się bowiem B o r a k o w i wykazać, że po naświetleniu tkanek chorobowych, wrażliwych na promienie Roentgena, słabą nawet stosunkowo dawką (niektóre tkanki nowotworowe lub wysięki o większej zawartości komórek) występuje wybitne podwyższenie ilości kwasu moczowego w moczu, najprawdopodobniej skutkiem niszczącego działania promieni X. na komórki.

Objaw ten ma doniosłe znaczenie przy określaniu rokowania co do leczniczego wyniku naświetlań, gdyż występuje wyraźnie już po słabej próbnej dawce promieni, brak go zaś zupełnie w przypadkach nowotworów opornych na działanie promieni. B o r a k w wnioskach swoich idzie jeszcze dalej, proponując zużytkowanie opisanego objawu do celów rozpoznawczych, n. p. przy rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy guzem śródpiersia, a tętniakiem, gdzie zwiększone wydzielanie kwasu moczowego po próbnem naświetlaniu przemawiałoby za sprawą nowotworową, a przeciw istnieniu tętniaka.

Z innych autorów również i F r a n c e s c o S e b a s t i a n o 4) zauważył zwiększenie się ilości kwasu moczowego w moczu po naświetlaniu nowotworów.

W pewnem przeciwieństwie do przytoczonych powyżej faktów stoją wyniki H i r s c h a i P e t e r s e n a 5), którzy badali ilość kwasu moczowego we krwi po naświetlaniach promieniami Roentgena. Według spostrzeżeń tych autorów ilość kwasu moczowego we krwi po naświetlaniu osobników zdrowych lub dotkniętych sprawami nowotworowemi nie ulega ani wyraźnym, ani równomiernym wahaniom. Sądzimy jednak, że w tym przypadku małe różnice w ilości kwasu moczowego we krwi uszły uwagi autorów, albo być może nowotwory nie reagowały na działanie promieni.

W doświadczeniach naszych staraliśmy się wyjaśnić kilka zagadnień. Przedewszystkiem chodziło nam o potwierdzenie czy rzeczywiście zwiększone wydzielanie kwasu moczowego po naświetlaniu schorzeń śródpiersia mogłoby mieć pewne znaczenie rozpoznawcze. Wiadomo bowiem, że rozpoznanie różniczkowe pomiędzy guzem śródpiersia, a tętniakiem należy niejednokrotnie do bardzo trudnych. Objawy kliniczne występują często niewyraźnie, a podobnie rzecz się ma przy prześwietlaniu lub na zdjęciu roentgenowskiem, gdzie cechy jakoby charakterystyczne dla jednej lub drugiej sprawy częstokroć zawodzą lub prowadzą do zgoła mylnych wniosków. (C z e p a 6), W a l t e r B o u r g e o i s 7)).

Z drugiej strony badaliśmy równocześnie wahania kwasu moczowego we krwi wychodząc przytem z założenia, że o ile by się udało stwierdzić pewną stałą równoległość w wahaniach ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu u osobników po naświetlaniach promieniami Roentgena równałoby się to uproszczeniu całej metodyki. Do oznaczenia kwasu moczowego wystarczy bowiem 2—3 cm³ krwi odpadłoby więc niedogodne (zwłaszcza u kobiet) oznaczanie kwasu moczowego z całej dobowej ilości moczu. Staraliśmy się dalej przekonać w doświadczeniach przeprowadzonych w związku z wydzielaniem kwasu moczowego po naświetlaniu nowotworów, jak szybki jest rozpad tkanki od chwili zadziałania promieni, i czy rozpad ulega co kilka godzin pewnym nasileniom, dającym się uchwycić. Zatem, czy ilość kwasu moczowego we krwi będzie się wybitnie zwiększała co pewien czas, czy też w razie niedużej lecz stałej destrukcji komórek nadwyżka kwasu moczowego będzie mniejwięcej jednakowa bez względu na czas pobrania krwi.

W tem miejscu należy wspomnieć o badaniach G r i e s b a c h a 8), celem orjentacji jak się zmienia obraz krwi, gdy do obiegu dostanie się kwas moczowy w większej ilości. G r i e s b a c h określał najpierw normę przy zachowaniu diety bezpurynowej, następnie wstrzykiwał dożylnie 0.5 gr kwasu moczowego w roztworze piperazyny i oznaczał kwas moczowy w różnych czasach po wstrzyknięciu. N. p. analiza krwi wykazuje przed wstrzyknięciem 2.72 mg, w 15 minut po wstrzyknięciu 3.50 mg, w 4 godziny 2.75 mg, albo n. p. przed wstrzyknięciem 4.55 mg, w 15 minut potem 5.35 mg, zaś w 2 godziny 4.88 mg i t. d. We wszystkich przypadkach przytoczonych przez autora, kwas moczowy zwiększa się po 15 minutach tylko o 1 mg. Pomijając już fakt, że wstrzyknięty kwas moczowy rozdziela się na ilość krwi wynoszącą około 6% wagi ciała, to w każdym razie nadwyżka na 100 ccm jest mała, bo organizm w tej chwili stara się usunąć nadmiar, o czem świadczy zwiększona ilość kwasu moczowego w moczu dobowym, reszta zaś nie wydalona została zdeponowana w tkankach, i jak wynika z dalszych doświadczeń autora, może być następnie usunięta przez podanie atofanu.

W toku naszych doświadczeń posługiwaliśmy się stale tą samą metodyką:

Chorzy pozostawali na diecie bezpurynowej już 3 dni przed rozpoczęciem oznaczań, oraz przez cały okres dalszych badań.

Analizę moczu przeprowadzaliśmy podobnie jak H o p k i n s, lecz nie w 100 cm³ tylko w 10 cm³ moczu dobowego 9), który to sposób jest szybki i daje gwarancję dokładności bez potrzeby zastosowania poprawek, a ilość znalezionego kwasu moczowego przeliczaliśmy na mocz dobowy. Kwas moczowy we krwi oznaczaliśmy metodą kolorymetryczną B e n e d i k t - F o l i n 10). Zwrócimy tutaj uwagę, że ścisłość oznaczenia zależy od sposobu odbiałczania, ze względu na możliwość związania kwasu w osadzie białkowym. Dlatego przy odbiałczaniu powinno się postępować ściśle według wskazówek F o l i n a t. j. dodawać kwasu siarkowego kroplami, mieszając ciągle pałeczką szklaną. Przy szeregu oznaczań czas odbiałczania winien być zawsze ten sam.

Naświetlania wykonywaliśmy aparatem roentgenowskim Siemens-Universal, rurami M ü l l e r a syst. Coolidge,

przy natężeniu 3 Ma. Zależnie od wskazania leczniczego posługiwaliśmy się sączkiem glinowym 4 mm przy napięciu szczytowem 140 KV, lub sączkiem miedzianym 0,5 mm z dodatkiem 1 mm glinu przy napięciu 180 KV. Dawka powierzchniowa wynosiła 5—7 jednostek Holzknechta. Odległość ogniskowa 23 cm.

Rozpatrując wyniki analiz, otrzymanych w naszych przypadkach stwierdziliśmy, jak to zresztą z góry można było przewidzieć, że naświetlanie śródpiersia u osobników zdrowych, daje wynik zupełnie ujemny t. z. ani w moczu, ani we krwi nie udało się nam wykazać wahań w ilości kwasu moczowego.

Przejdźmy z kolei do wyników analiz otrzymanych w naszych przypadkach po naświetlaniu nowotworów:

Przedewszystkiem chcielibyśmy odpowiedzieć na jedno z postawionych pytań t. j. kiedy zaczynają się oznaki rozpadu tkanek po naświetlaniu, dające się uchwycić w postaci zwiększonej ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu? W tym celu pobieraliśmy krew w pół godziny, w 1 godzinę, w 3 godziny, w 6 godzin i td. po naświetlaniu i stwierdziliśmy, że ilość kwasu moczowego we krwi w dniu naświetlania nie odbiega od normy, o czem świadczy zresztą nie zwiększona ilość kwasu moczowego w moczu dobowym tego samego dnia. Widoczna różnica dała się dopiero zauważyć w dniach następnych, przyczem nadwyżka we krwi wynosiła około 0.4—0.5 mg, różnica w stosunku do ilości przed naświetlaniem dająca się w każdym razie uchwycić przy zastosowaniu metody kolorymetrycznej. Różnica ta występuje bez względu na czas pobrania krwi, gdyż krew pobieraliśmy w rozmaitych godzinach. Rozpad zatem tkanki nowotworowej odbywa się stale od chwili ukazania się pierwszych objawów zwiększonej ilości kwasu moczowego, a produkt rozpadu dając lekką zmianę w obrazie krwi zostaje wydalony drogą nerek, wywołując wybitne zwiększenie w moczu dobowym, występujące stale równocześnie z podwyższeniem ilości kwasu moczowego we krwi, i dochodzące przeciętnie do około 80% pierwotnej wartości. Wreszcie objawem rozpadu po kilkunastu dniach jest zmniejszenie się guza nowotworowego.

Chcąc dokładniej zanalizować opisane powyżej zjawiska, przytaczamy w skróceniu kilka najcharakterystyczniejszych protokołów naszych badań, z których można będzie również wysnuć pewne wnioski co do ich wartości przy różniczkowem rozpoznaniu guzów śródpiersia.

Przypadek I. Chory St. Iz. lat 30.

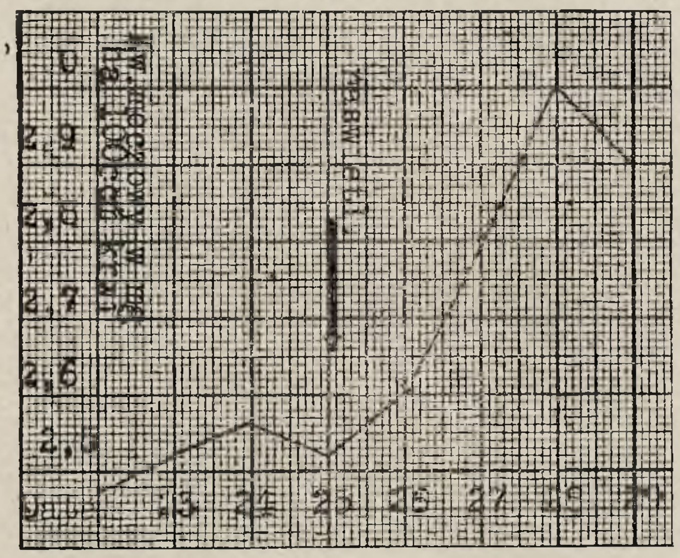
Rozpoznanie kliniczne, poparte również obrazem roentgenowskim brzmi: Lymphogranuloma mediastini.

Przebieg badań:

Tablica I.

Dzień	Mocz dobowy kw. moczowy w *gr*	kw. moczowy w *mg* w 100 *cm* krwi	Naświetlania
22. IV.	0,352 *gr*	2,48 *mg*	
23. IV.	0,367 «	2,52 »	
24. IV.	0.374 «	2,56 »	
25. IV.	0,324 «	2,52 »	naświetl. 5 H / 0,5 Cu + 1 Al
26. IV.	0,428 «	2,6 »	
27. IV.	0,442 «	2,8 »	
28. IV.	0,568 «	3,0 »	
29. IV.	0,573 «	2,9 »	

Wykres I.



Jak wynika jasno z powyższej tabeli oraz wykresu, ilość kwasu moczowego równolegle we krwi i w moczu uległa po naświetleniu wyraźnemu podwyższeniu, co się zupełnie zgadzało z rozpoznaniem klinicznem. W kilka tygodni później zgłosił się chory celem kontroli na oddział, gdzie stwierdzono klinicznie i roentgenologicznie wybitne zmniejszenie się guza.

Przypadek II. Chory F. P., lat 23. Rozp. Lymphosarcoma mediastini et gland. cervic.

W tym przypadku badaliśmy mocz i krew w ciągu całej serji naświetlań leczniczych, nie ograniczając się jedynie do naświetlenia próbnego (Tabela II. Wykres II.) otrzymując wyraźne podwyższenie ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu. Po kilku tygodniach guzy zmniejszyły się znacznie.

Tablica II.

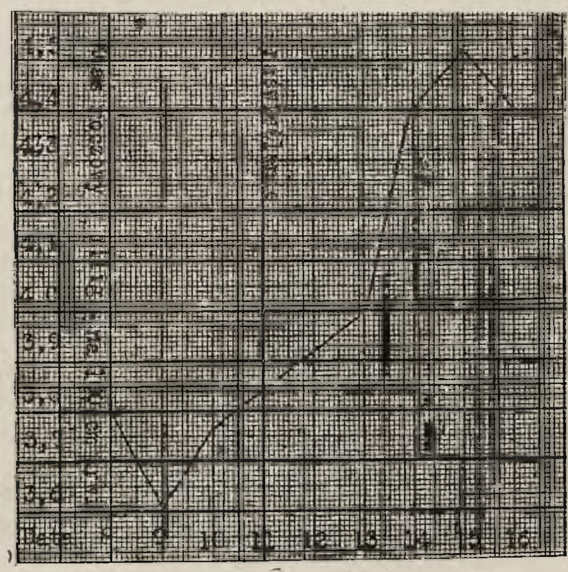
Dzień	Kwas moczowy w moczu dobowym w *gr*	Kwas moczowy w *mg* 100 *cm* krwi	Naświetlania
8. VII.	0,569 *gr*	3,8	
9. VII.	0,621 »	3,6	
10. VII.	0,682 »	3,76	
11. VII.	0,698 »	3,84	naświetl.
12. VII.	0,773 »	3,92	»
13. VII.	0,727 »	4,0	»
14. VII.	0,944 »	4,4	»
15. VII.	1,054 »	4,52	»
16. VII.	1,016 »	4,4	

Przypadek III. Chory P. Z., lat 47.

Objawy kliniczne i roentgenologiczne przemawiają za istnieniem guza śródpiersia, jednakowoż zwłaszcza roentgenologicznie nie można z całą pewnością wykluczyć tętniaka. Wobec objawów uciskowych na tchawicę i naczynia szyjne ograniczyliśmy się początkowo do naświetlenia próbnego

z obawy przed przejściowem powiększeniem się guza po silniejszej dawce promieni.

Wykres II.



Tablica III.

Dzień	Kw. moczowy moczu dobowego w *gr*	Naświetlania
9. V.	0,415	
10. V.	0,342	
11. V.	0,419	
12. V.	0,335	naświetl.
13. V.	0,463	
14. V.	0,556	
15. V.	0,801	
16. V.	0,704	
17. V.	0,656	

Badania krwi ze względów od nas niezależnych nie mogliśmy wykonać. Wyraźne podwyższenie ilości kwasu moczowego utwierdziło w tym przypadku rozpoznanie guza śródpiersia, i skłoniło nas do dalszego naświetlania leczniczego. Stan chorego jednak się pogorszył, i po kilku dniach nastąpiło zejście śmiertelne.

Sekcja zwłok wykazała: Adenocarcinoma gelatinosum thymi metastaes multipl. pleurae, pulmonum ac hepatis.

W powyższym przypadku zachowanie się ilościowe kwasu moczowego również przemawiało za guzem śródpiersia, co też rozpoznanie sekcyjne w zupełności potwierdziło.

Wiemy z doświadczenia, że raki wychodzące z niektórych gruczołów jak n. p. z tarczycy doskonale oddziałują na naświetlanie prom. Roentgena.

Chcąc rozszerzyć zakres naszych doświadczeń, nie ograniczyliśmy się jedynie do spostrzegania schorzeń śródpiersia, zwracając przytem szczególną uwagę na równoległe wahania ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu.

I tak w przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej (Chory H. T.), który jak się później okazało — dobrze zareagował na naświetlania, otrzymaliśmy następujące liczby:

Przed naświetlaniem:
Kwas moczowy w moczu 0,471—0,779 gr.
Kwas moczowy we krwi 3,6—4,0 mg.

Po naświetlaniu:
Kwas moczowy w moczu 1,044—1,189 gr.
Kwas moczowy we krwi 4,48—4,54 mg.

Podobnie sprawa przedstawiała się w naświetlanym przez nas przypadku lymphosarcoma gland. retroperitoneal (chory A. D.), u którego po serji naświetlań leczniczych guzy w jamie brzusznej znacznie się zmniejszyły.

Przed naświetlaniem:
Kwas moczowy w moczu 0,606—0,712 gr.
Kwas moczowy we krwi 3,88—4,18 mg.

Po naświetlaniu:
Kwas moczowy w moczu 0,979—1,088 gr.
Kwas moczowy we krwi 4,24—4,56 mg.

Widzimy więc, że w obu powyższych przypadkach wahania w ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu występują zupełnie równolegle. Dodajemy nawiasem, że w przypadkach, w których naświetlaliśmy ogniska chorobowe w obrębie jamy brzusznej, osłanialiśmy zawsze wątrobę i śledzionę, dla uniknięcia możliwych błędów.

Wyniki naszych doświadczeń, ujęte w całość, uprawniają nas do wysnucia następujących wniosków:

1. We wszystkich naświetlanych przez nas przypadkach, w których otrzymywaliśmy zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu występywało takowe ściśle równolegle także i we krwi. Badanie ilości kwasu moczowego we krwi może nam więc zastąpić doskonale w podobnych przypadkach niedogodne nieraz oznaczanie ilości kwasu moczowego z dobowego moczu. Moment ten nabiera znaczenia zwłaszcza u kobiet, u których zebranie moczu dobowego przedstawia czasem znaczne trudności.

2. Zwiększenie się ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu, występujące stale po naświetlaniu guzów śródpiersia czułych na promienie Roentgena, może nam służyć do ustalenia wątpliwego rozpoznania w tych przypadkach, a zwłaszcza do wykluczenia tętniaka. Wiemy bowiem, że najczęstsze postacie guzów śródpiersia (lymphosarcoma, lymphogranuloma) bardzo łatwo oddziaływują na małe nawet dawki promieni Roentgena. Do wykazania podwyższonej ilości kwasu moczowego wystarczy więc zastosowanie próbnego naświetlenia słabą dawką promieni, które żadną miarą nie może być szkodliwe dla ustroju. i które u osobników prawidłowych (jak wyżej wspominaliśmy) nie wywoła zmiany w ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu.

3. Jak wynika z wspomnianych we wstępie doświadczeń Griesbacha, jednorazowe wstrzyknięcie dożylne 0.5 gr kwasu moczowego w roztworze piperazyny, zmienia obraz krwi na bardzo krótki przeciąg czasu, powodując nadwyżkę kwasu moczowego o około 1 mg na 100 ccm krwi. Gdyby więc w naszych przypadkach po naświetlaniu promieniami Roentgena kwas moczowy przedostawał się do obiegu co pewien czas, mielibyśmy raz zwiększenie, raz normalną zawartość kwasu moczowego we krwi. Tymczasem z chwilą ukazania się pierwszych objawów rozpadu tkanki mniejwięcej 24 godzin po zadziałaniu promieni, nadwyżka kwasu moczowego wynosząca około 0.4—0.5 mg jest stałą i utrzymuje się przez szereg dni bez względu na godzinę pobrania krwi, przyczem w tym okresie nigdy nie zauważyliśmy powrotu do normy. Widocznie rozpad tkanki odbywa się stale, i zanim nadmiar kwasu moczowego wydzieli się drogą nerek, już nowe produkty rozpadu dostają się do obiegu, wywołując trwałe podwyższenie poziomu kwasu moczowego we krwi, dającą w sumie w moczu dobowym przyrost około 80% pierwotnej zawartości. Te dane mogą również o tyle mieć znaczenie praktyczne, że przy przeprowadzaniu analiz nie jest koniecznem pobieranie krwi w pewnej określonej porze dnia, gdyż niezależnie od czasu można wykazać zwiększenie kwasu moczowego w dniach następ-

nych od chwili naświetlania, o ile naturalnie tkanka nowotworowa reagowała na działanie promieni Roentgena.

Piśmiennictwo:

1) Wetterer. Handb. d. Röntgenther. 1922. — 2) Borak. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstr. T. XXXI. Z. 3/4. — 3) Borak. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. T. XXXI. Z. 5/6. — 4) Francesco Sebastiano. Actinotherapia. T. IV. Z. 5. — 5) Hirsch i Petersen. Journ. of americ. med. Assoc. T. LXXX. Z. 21. — 6) Czepa. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. T. XXIX. — 7) Walter, Bourgeois. Bull. et Mem. de la Soc. Anat. 1924. — 8) Griesbach. Biochem. Zeitschr. 101, 172. 1920. — 9) Dadlez. Polska Gazeta Lekarska. Nr. 4. 1925. — 10) Folin. Journ. of Biol. Chem. T. LIV. Z. 2.

Dr. J. LEYBERG. Łódź.

Osmoterapja syfilitycznego płynu mózgowo-rdzeniowego przy pomocy dożylnych wlewań 40% salwarsanizowanej urotropiny.

Doniesienie tymczasowe.

Stężone (hipertoniczne) roztwory chlorku, dwuwęglanu i siarczanu sodu oraz cukru gronowego, wprowadzone do ustroju dożylnie, stwarzają według Bürgera, Stejskala, Nonnenbrucha 1) i in. warunki osmotyczne, które powodują żywszą wymianę pomiędzy wodą, solami oraz ciałami koloidowemi krwi, a sokami tkanek. Tę wzajemną wymianę cieczy rozpoczyna prąd, skierowany ku naczyniom krwionośnym (endosmoza); również i płyn mózgowordzeniowy opuszcza przytem przestrzenie podpajęczynowe, przemieszczając się prawdopodobnie w kierunku szczelin okołonaczyniowych, co powoduje zmniejszenie się ilości, a co za tem idzie — spadek ciśnienia płynu w kanale lędźwiowym.

Według Weed'a i Mc. Kirben'a 2) ciśnienie płynu mózg.-rdz., mierzone wodnym manometrem Claud'a w doświadczeniach na kotach, którym w ciągu 4-ch minut wstrzykiwano 12 cm³ 30% chlorku sodu, w pierwszej chwili podnosi się ze 110 mm. ciśnienia normalnego do 200 mm, następnie w ciągu 10 minut szybko spada do zera, poczem stopniowo się podnosi i po 80 minutach dosięga 50 mm słupa wody. Foley i Putnam 3), którzy potwierdzili powyższe doświadczenia, mogli dowieść, że spadek ciśnienia, otrzymany w ten sposób, trwa jeszcze szereg godzin od początku zabiegu.

Autorowie amerykańscy (Corbus, O'Connor, Lincoln i Gardner) 4) próbują wykorzystać ten spadek ciśnienia w celu łatwiejszego przeprowadzenia do płynu mózg.-rdzen. salwarsanu, podanego dożylnie, wychodząc z założenia, że intensywność zjawisk osmotycznych wzrasta w miarę powiększania się różnicy ciśnień obu środowisk. Postępują oni w ten sposób, że wlewają choremu na czczo 100 cm³ 15% hipertonicznego roztworu soli kuchennej i po 6 godzinach wstrzykują mu dożylnie 0,9 neosalwarsanu. Autorowie ci wypróbowali tę metodę w 28 przypadkach kiły i przekonali się, że istotnie w 26 przypadkach (93%) po godzinie mogli wykazać w płynie arsen w ilościach do kilku setnych miligrama w 1 cm³. Natomiast po zwykłem wstrzyknięciu dożylnem tej samej dawki neosalwarsanu Mertens i Mc. Arthur 3) stwierdzali w płynie zaledwie ślady neosalw. i to tylko w 43% przypadków.

U nas R. Bernhardt 5) mógł wykryć w płynie mózg.-rdzen. chorych leczonych dożylnie salwarsanem arsen w ilościach 0,002 mgr. na 5 cm³ cieczy. B. Frenkel i J. Leyberg 6) w 6-ciu przypadkach płynu kiłowo zmienionego, gdzie warunki przedostawania się leków z krwi do płynu mózg.-rdzen. powinny być korzystniejsze (stan zapalny opon), znajdowali przy pomocy metody Abelina w kilka godzin po dożylnej dawce 0.9 zaledwie dostrzegalne ślady neosalwarsanu.

Naogół zatem musimy przyjąć, że przepuszczalność opon, względnie splotów naczyniowych dla salwarsanu jest bardzo słabą i dlatego zrozumiałe jest ciągłe poszukiwanie nowych metod, zdążających do wzmożenia tej przepuszczalności.

Wlewania dożylne salwarsanu bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowem (Sicard, Dercum) miały również na celu wykorzystanie spadku ciśnienia płynu mózg.-rdzen. w znaczeniu „osmoterapji"; metoda ta, słuszna w założeniu teoretycznem, w praktyce nie mogła się przyjąć, ponieważ spadek ciśnienia należało każdorazowo osiągnąć kosztem nakłucia lędźwiowego, do czego trudno jest chorego skłonić.

Również i wlewania salwarsanu wprost do kanału lędźwiowego (Gennerich), które miały stanowić ostatni etap w poszukiwaniu dróg, zmierzających do dostarczenia oponom możliwie większych ilości salwarsanu, mają, jakeśmy się o tem osobiście przekonać mogli 6), tę ujemną stronę, że stanowią dla chorego zabieg nieprzyjemny, nie dający się powtórzyć niezbędną ilość razy.

Sposób postępowania autorów amerykańskich posiada w porównaniu z tylko co wymienionemi metodami tę zaletę, że zdąża do tego samego celu bez nakłucia lędźwiowego przez uprzednie dożylne wlewanie stężonego roztworu soli kuchennej z następczem dożylnem podaniem salwarsanu („spinal drainage without lumbar puncture").

Metodę tę zaczęliśmy stosować wspólnie z kol. Br. Frenklem w lecie 1922 r. na oddziale chorób nerwowych szpitala wojskowego w Łodzi, ale nieprzewidziane trudności techniczne zmusiły nas wkrótce do zaprzestania jej: 100 cm³ stężonej soli kuchennej, które należy wlać dożylnie czynią metodę tę wykonalną tylko przy silnie rozwiniętych żyłach; w toku wlewania ma się ciągłe trudności z powodu czopowania się igły przez krystalizującą w roztworze sól; po kilku wlewaniach zabieg prowadzi do zamknięcia żył i uniemożliwia dalsze leczenie. Aby ominąć te trudności, uważałem za konieczne zastąpić sól kuchenną innym roztworem, którego znacznie mniejsza ilość przy wstrzyknięciu dożylnem byłaby dostateczna dla wywołania spadku ciśnienia płynu mózg.-rdzen., poza tem roztwór taki nie powinien czopować igły, sam zaś zabieg powinien trwać krótko, aby nie drażnić żyły. Warunkom tym zdaje mi się odpowiadać stężony roztwór urotropiny.

Doświadczenia v. Takats'a 7) wykazały, że 40% urotropina, jako roztwór silnie hipertoniczny, wprowadzona dożylnie już w ilości 10 cm³ powoduje znaczny spadek ciśnienia płynu mózg.-rdzeniowego. Poza tem ze spostrzeżeń O. Sachsa 8) wynika, że urotropina wpływa na wykwity kiłowe w sensie szybkiego resorbowania nacieków swoistych, a ponieważ z łatwością przedostaje się z krwi do płynu (Crowe), należałoby się liczyć z możliwością zachodzenia tu jednoczesnie chemoterapeutycznego uczynnienia (chemoterapeutische Aktivierung-Kolle) zgodnie z poglądem Bürgi'ego 9), który stwierdził, że przy kombinacji kilku leków o różnych punktach zaczepnych*) następuje wzmożenie działania tych leków bez jednoczesnego równie wielkiego spotęgowania ubocznego działania toksycznego.

Chcąc wykorzystać spadek ciśnienia płynu mózg.-rdz., aby drogą osmoterapji łatwiej doprowadzić do płynu nie tylko neosalwarsan, lecz również i bizmut, postępowałem w ten sposób, że uprzednio podawałem choremu kilkakrotnie domięśniowo w odstępach 4-o dniowych nierozpuszczalną sól bizmutową (1 gr Bismogenolu), poczem zrana naczczo robiłem dożylne wlewanie 10 cm³ 40% urotropiny i tegoż samego dnia po sześciu godzinach wlewałem 0,6—0,9 neosalwarsanu w roztworze wodnym.

Po pewnym czasie jednak uważałem za wskazane ten sposób postępowania zmodyfikować dla następujących przyczyn. Pomijając już utrudniającą okoliczność, że przy takiem „dwufazowem" wlewaniu chory ambulatoryjny musiał przychodzić dwa razy dziennie o oznaczonej godzinie, wlewanie

---

*) Działanie urotropiny na nacieki swoiste należy rozumieć nie jako skutek jej działania krętkobójczego (Bucello) 10), lecz prawdopodobnie jako spotęgowanie sił obronnych tkanki zaatakowanej, uczynnionej pod wpływem urotropiny.

neosalwarsanu 6 godzin po zastrzyknięciu urotropiny nie było niczem uzasadnione jako najodpowiedniejszy czas dla dożylnego wprowadzenia salwarsanu, które powinno mieć miejsce podczas maksymalnego spadku ciśnienia płynu mózg.-rdzen. Z doświadczeń W e e d'a i Mc. K i r b e n a 2) wypada, że u kotów maksimum spadku ciśnienia następuje już po 10 minutach od początku zabiegu, nie wiadomo jest jednak (z braku odnośnych doświadczeń), jak się ta sprawa przedstawia u ludzi.

Uważałem dlatego za słuszne przystąpić do prób rozpuszczania neosalwarsanu w 40%-owym wodnym rozczynie urotropiny, aby otrzymany roztwór wlewać dożylnie za jednym zabiegiem i tem samem umożliwić neosalwarsanowi wykorzystanie najodpowiedniejszego czasu dla łatwiejszego przedostania się do płynu.

Neosalwarsan rozpuszcza się w 40% wodnym roztworze urotropiny na zimno powoli, przy stałem skłócaniu proszku pałeczką szklaną, przy lekkiem nagrzaniu — szybko, dając ciecz klarowną cytrynowo-pomarańczowej barwy. Dla wypróbowania tolerancji tego roztworu stosowałem początkowo 0,15, 0,3—0,45 neosalwarsanu w 5 gr. 40% urotropiny; dawki te wszyscy bez wyjątku chorzy ambulatoryjni znosili jak zwykłe roztwory wodne. Następnie przechodziłem stopniowo do dawek 0,5, 0,6, 0,75, 0,9 NS w 10,0—15,0 gr 40% urotropiny. Roztwory te chorzy znosili ambulatoryjnie bez żadnych powikłań ogólnych i bez podrażnienia nerek, donosząc tylko o silniejszem parciu na mocz, które się zjawiało zazwyczaj dopiero w kilka, najczęściej kilkanaście godzin po zabiegu. Przekonało mnie to o n i e s z k o d l i w o ś c i s t ę ż o n y c h r o z t w o r ó w u r o t r o p i n y j a k o *vehiculum* d l a n e o s a l w a r s a n u, a z w i ę k s z o n e p a r c i e n a m o c z k a z a ł o m i p r z y p u s z c z a ć, ż e j e s t t o d z i a ł a n i e u r o t r o p i n y, z a c h o w a n e j w r o z t w o r z e.

Czy urotropina i neosalwarsan, znajdujące się w powyższym roztworze, łączą się ze sobą chemicznie, czy też pozostają bez zmiany, zachowując każde oddzielnie swoje własności, pytanie to może być rozwiązane tylko przez dokładną i mozolnę analizę chemiczną, którą należy pozostawić chemikowi. Na zasadzie teoretycznego rozważania wypada mi tutaj tylko zaznaczyć, że gdyby nawet w roztworze tym zachodziło jakiekolwiek połączenie chemiczne, to wobec faktu, że drobina neosalw. jest przeszło 3 razy (3,37) cięższa od drobiny urotropiny (Ns: urotropiny = 472:140), mogło by to być tylko p o ł ą c z e n i e c z ę ś c i o w e, g d z i e u r o t r o p i n a m u s i a ł a b y p o z o s t a ć w z n a c z n y m n a d m i a r z e: przy łączeniu np. 0,6 Ns. z 4,0 urotropiny (10 cm.³ 40% urotropiny) na jedną cząsteczkę Ns. przypadłoby przeszło 22 cząsteczki urotropiny.
W takim razie ten częściowy związek chemiczny, jak o tem przekonały mnie spostrzeżenia na ludziach, którym roztwór ten podawałem dożylnie, nie posiadałby własności trujących w wyżej podanych dawkach, a w znacznym nadmiarze znajdująca się urotropina, powinna zachować tę rolę, jaką ma tu odegrać.

Powyższe dane, zachęciły mię do systematycznego stosowania dożylnych wlewań neosalw. w 40% roztworze urotropiny w przypadkach kiły z płynem patologicznym. Postępuję przytem w sposób następujący: z początku „ładuję" chorego bizmutem, podając mu trzy razy z rzędu po 1 gr. Bismogenolu domięśniowo w odstępach czterodniowych; po trzeciem zastrzyknięciu następnego dnia naczczo robię pierwsze wlewanie dożylne, 0,6 Ns. na 1-5,0 gr 40% urotropiny, które w dalszym ciągu powtarzam po każdym bizmucie, podnosząc stopniowo dawki Ns. do 0,75—0,9.

Z 42 przypadków kiły z płynem patologicznym, leczonych w ciągu 3-ch lat systematycznie w powyższy sposób, w 10-ciu przypadkach miałem możność kontrolować płyn dwa miesiące po skończonych trzech leczeniach, w ciągu których chory otrzymywał przy każdem leczeniu 12 wstrzyknięć Bismogenolu i 10 wlewań salwarsanizowanej urotropiny. Metoda ta daje mi wyniki zachęcające do jej kontynuowania. Szczegółowe sprawozdanie z dotychczas kontrolowanych i bieżących przypadków będzie ogłoszone później.

Pierwszą wzmiankę o stosowaniu przeze mnie dożylnych wlewań 40% salwarsanizowanej urotropiny zrobiłem na III-cim Zjeździe Pol. Tow. Derm. w Krakowie w czerwcu 1924 r. w dyskusji nad odczytem kol. K a u c z y ń s k i e g o ze Lwowa. W sekcji dermatologicznej XII. Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich polecałem wypróbowanie tej metody na większym materjale, ponieważ metoda ta jako racjonalna w założeniu teoretycznem, a, co najważniejsza, nieszkodliwa, może nam oddać cenne usługi przy leczeniu płynu patologicznego chorych kiłowych. Należy bowiem uprzytomnić sobie, że doprowadzenie do stanu prawidłowego chorego płynu powinno być uważane za nieodzowny postulat „p o r o n n e g o" leczenia późnej kiły nerwowej; a zadanie to, zwłaszcza w przypadkach kiły starszej daty, przy zwykłych metodach leczenia jest trudne i nieraz niewykonalne.

Piśmiennictwo:

1) K. S t e j s k a l. Osmotherapie. — 2) Amer. Journ. of. Physiologie 1919. str. 512. — 3) Amer. Journ. of Physiologie 1920. str. 464. — 4) Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1922. str. 264. — 5) Przegląd dermat. 1924. — 6) Polska Gaz. Lek. 1924. Nr. 42, 43. Przegląd dermat. 1924. Nr. 1. — 7) Arch. für Klin. Chirurgie. T. 125. Zeszyt 3. — 8) Wien. Klin. Woch. 1916. Nr. 32. — 9) Med. Klinik 1912. Nr. 50, 51. — 10) D. Z. f. Chirurgie. 1922. Zeszyt 1—2.

Dr. Franciszek ŁUKASZCZYK. Kraków.
asystent Kliniki.

Badania nad Petrênowską metodą leczenia cukrzycy.

Z II. Kliniki Wewnetrznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr. Witołd O r ł o w s k i.

Doniesienie tymczasowe.

W ostatnich latach podał P e t r é n nową metodę dietetycznego leczenia ciężkiej cukrzycy. Doprowadziły go do tego spostrzeżenia, że postacie ciężkiej cukrzycy są specjalnie wrażliwe na białko, pod wpływem którego zwiększa się u tych chorych nie tylko cukromocz i poziom cukru w krwi, lecz, co ważniejsze i kwasica. Odpowiednio do tego w ciężkiej cukrzycy ogranicza P e t r é n w diecie znacznie białko, podając je z początku leczenia nawet poniżej minimum zapotrzebowania i to w postaci białka roślinnego. Oprócz białka, podaje też niewielka ilość węglowodanów w postaci zielonych jarzyn, niezbędną zaś ilość jednostek cieplnych uzupełnia tłuszczami, które wpływając na wzrost kwasicy, podług jego spostrzeżeń, tylko nieznacznie, a często nawet, ograniczając spalenie białka, obniżają ją. Dopiero po obniżeniu się cukru we krwi do normy, stopniowo i bardzo ostrożnie, rozszerza P e t r é n dietę.

Nad tą metodą pracowałem w Krakowskiej Klinice Wewnętrznej Prof. Witołda O r ł o w s k i e g o w latach szk. 1923/4 i 1924/5. Szczegółowo te badania przedstawię w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tu zaś podam tylko wnioski, do których doszedłem.

Otóż metoda Petréna:

1. usuwa cukromocz, za wyjątkiem postaci bardzo ciężkich,

2. obniża przecukrzenie krwi, często do normy, lecz z szybkością niejednakową,

3. obniża dobową ilość moczu, jego ciężar właściwy i zredukowany oraz kwasotę ogólną.

4. sprowadza mierną acetonurję, która się utrzymuje przez czas długi,

5. poprawia przemianę azotową i bilans azotowy,

6. na tolerancję na węglowodany i białko wpływa w ten sposób, że pozostaje ona bez wydatnej zmiany, lub się podnosi,

7. na wskaźnk refraktometryczny surowicy krwi wpływa niejednakowo podnosząc go lub obniżając,

8. przywraca chorym zdolność do pracy.

Z naszych badań wynika ponadto, że na poziom cukru w krwi u chorych na cukrzycę wpływa ilość nie tylko węglowodanów w pokarmach, lecz i białka. Stąd wynika, że chcąc oznaczyć tolerancję na węglowodany, należy uwzględnić zawsze ilość pobranego białka. Tu zaznaczę, że badania moje nad innymi chorymi na cukrzycę uwydatniły też znaczenie pod tym względem i jakości białka.

Przeszkodę do stosowania leczenia dietetycznego Petrèna przez czas dłuższy stanowi jednostajność pożywienia, oraz ta okoliczność, że zwłaszcza w przypadkach cięższych nie udaje się chorego doprowadzić do równowagi azotowej, tem więcej, że przyswojenie azotu tej diety jest gorsze niż diety mieszanej.

Z praktyki.

Dr. Józef TYPOGRAF. Warszawa.

W sprawie meningokokowego zakażenia krwi.

Z oddziału wewnętrznego „B" Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Ordynator: doc. dr. M. Semerau-Siemianowski.

Dnia 6. VII. 1925. zgłosił się na oddz. wew. „B" Szp. Św. Łazarza chory S. K. lat 47, rzeźnik z zawodu, stały mieszkaniec miasta Mławy. Przybył ze skargami na dolegliwości sercowe, bole w nogach uniemożliwiające chodzenie, gorączkę, wychudzenie i wzrastające osłabienie ogólne. Leczył się dłuższy czas u lekarzy miejscowych, lecz wobec braku jakiejkolwiek poprawy przyjechał do Warszawy.

Wywiady przedstawiają się jak następuje:

Rodzice żyją i pomimo podeszłego wieku są zupełnie zdrowi, rodzeństwo również zdrowe. Chorób przebytych w dzieciństwie nie pamięta. Nagół był zawsze zdrów, wyróżniał się dużą siłą fizyczną. Mając lat 18 wyemigrował do Ameryki, gdzie przebywał 7 lat, następnie zaś wrócił do kraju. Żonaty od 19 lat, żona zdrowa, 10 razy zachodziła w ciążę, 9-ta ciąża zakończona poronieniem, 5-cioro dzieci żyje, są zdrowe, czworo zmarło na ostre choroby zakaźne wieku dziecięcego. W r. 1920 chorował na zapalenie wyrostka robaczkowego; wbrew wskazaniom lekarzy nie zgodził się na zalecaną operację; po przeminięciu okresu ostrego odczuwał przez jakiś czas tępy ból w okolicy kątnicy, który wreszcie minął zupełnie; nawrotów cierpienia nie było. Chorób wenerycznych nie przechodził. Warunki życiowe dobre. Do chwili obecnego zachorzenia palił około 30 papierosów dziennie. W ciągu ostatnich lat nadużywał alkoholu: wypijał przeciętnie ponad szklankę wódki dziennie, a nierzadko i znacznie więcej. Jako rzeźnik odżywiał się przeważnie mięsem.

Dwa lata temu zaczął doznawać dolegliwości ze strony serca; mianowicie, po większym wysiłku fizycznym, jak n. p. dźwignięciu cięższego kawału mięsa, występowało kłucie w okolicy serca, tępy ból oraz duszność uniemożliwiająca mu dalszą pracę i nakazująca natychmiastowy odpoczynek oraz pozbawiająca go możności mowy. Ból był ściśle ograniczony do okolicy serca i nigdzie nie promieniował. Stan taki trwał 1—2 minuty i mijał nie pozostawiając trwalszego śladu, tak, że chory nie zwracał na swe dolegliwości większej uwagi, tembardziej, że były dnie, gdy pracował nawet bardzo ciężko, a pomimo to czuł się dobrze. Napady te występowały nieregularnie, czasem dwa razy dziennie, a czasem były i miesiące, że chory czuł się doskonale. W miarę jednak jak czas upływał, natężenie napadów stopniowo stawało się silniejsze, a dla ich wystąpienia wystarczały już mniejsze bodźce wywołujące. Chory do lekarza jednak jeszcze się nie zwracał, albowiem „nie dawał się chorobie".

Dopiero w końcu maja choroba nagle zmieniła swój dotychczasowy przebieg uważany przez chorego za łagodny. Chory, będąc zgrzany, wypił kufel zimnego piwa i, jak twierdzi, przeziębił się. Czuł, że był rozpalony, miał dreszcze, dopiero teraz uznał, że go „choroba powaliła"; był tak słaby, że musiał się położyć do łóżka. Dwukrotnie zażył, według własnego uznania chininę z aspiryną, które dotychczas pomagały mu zawsze na wszystkie jego dolegliwości, ale tym razem środki te zawiodły i stan jego po tych lekarstwach jeszcze się pogorszył. Na drugi dzień zrana, leżąc w łóżku, chory doznał napadu bolu i duszności sercowej o cechach zupełnie odmiennych niż dotychczasowe: po raz pierwszy zdarzyło się, że napad wystąpił, gdy chory leżał w zupełnym spokoju, następnie, jednocześnie z napadem wystąpiło nieznane mu dotychczas uczucie nieprzezwyciężonego lęku, bojaźń zbliżającej się śmierci; w okolicy serca czuł gwałtowny, kłujący ból. Chory miał wrażenie „jakby mu w piersiach poruszały się jakieś dwa płaskie twory idące od pach ku linji środkowej i w miarę zbliżania się do serca uciskające i miażdżące trzeci okrągły, trzepoczący się twór, znajdujący się w środku". Rozpaczliwy ten stan trwał około minuty. Wezwany lekarz zastrzyknął kamforę i zapisał choremu nitroglicerynę. Do chwili obecnej, w ciągu 6 tygodni, chory miał 6 takich niesłychanie ciężkich, w krańcowym stopniu wyczerpujących go napadów, które występowały w różnych porach dnia lub nocy i w nieregularnych odstępach czasu. W przerwach między napadami czuł się bardzo osłabiony: gdy próbował wstawać, okazywało się, że nie był w stanie chodzić, gdyż doznawał silnych rwących bolów w okolicy łydek, tak, że natychmiast musiał się kłaść z powrotem i bole wówczas łagodniały. Niezależnie od tych prób wstawania miewał przeważnie w nocy napady silnych szarpiących kurczowych bolów kończyn dolnych, a rzadziej i górnych. Bole były prawie zawsze obustronne, szczególnie jednak dokuczała mu lewa ręka i lewa noga. Jednocześnie z napadami bolów miewał zawsze większe lub mniejsze podwyższenie ciepłoty, której regularnie nie mierzył i na którą wogóle nie zwracał większej uwagi. Napadów bolów bez ciepłoty nie było, natomiast podwyższenie ciepłoty bez bolów występowało dość często. Dreszczów chory nie miał, nie pocił się. Z powodu bolów lub z obawy przed niemi chory spędzał noce przeważnie bezsennie. Apetyt stracił zupełnie. Stolec przeważnie zaparty. W stosunkowo krótkim czasie schudł bardzo. Kaszlu ani plwociny nie było. Wobec zupełnej bezskuteczności leczenia odwiedzających go lekarzy oraz ze względu na postępujące osłabienie, wychudzenie i dokuczliwe bole, chory przyjechał do Warszawy i zgłosił się na nasz oddział.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, o miernym stanie odżywienia. Kościec i mięśnie silnie rozwinięte. Błony śluzowe blade. Tkanka tłuszczowa podskórna skąpa. Skóra blado-ziemista. Na powierzchni wyprostnej kończyn górnych, a szczególnie dolnych po 5—10 wykwitów grudkowatych, nieznacznie wyniosłych ponad powierzchnię lub plamistych, barwy różowej, kształtu owalnego, wielkości od ziarna grochu do ziarna fasoli, o spoistości dość miękkiej, nie znikających przy ucisku i dość bolesnych zwłaszcza na stopach. Także wykwity pojedyncze rozsiane po całym tułowiu. (O wykwitach tych chory w wywiadach nic nie wspominał, nie zauważył ich poprzednio i nie potrafi określić, kiedy wystąpiły po raz pierwszy). Gruczoły chłonne nigdzie niemacalne. W chwili badania stan bezgorączkowy. Obrzęków nie stwierdza się. Samopoczucie złe.

Język wilgotny, pokryty białawym nalotem, uzębienie prawidłowe, gardło bez zmian chorobowych. Tarczyca niepowiększona.

Klatka piersiowa symetryczna, wysklepiona, typu rozedmowego. Granice płuc z tyłu na XI. żebrze, z przodu na prawej linji sutkowej na VI. żebrze, dobrze ruchome przy oddechu. Odgłos opukowy jawny, oddech pęcherzykowy, w szczytach nieznacznie zaostrzony. Drżenie i przewodnictwo głosowe prawidłowe.

Układ krążenia. Granice serca prawidłowe, tony czyste, zaakcentowania drugich tonów nad naczyniami nie stwierdza się. Tętno 72 na minutę, miarowe, dobrze wypełnione. Ciśnienie krwi 130/65 mm. Hg. Tętnice promieniowe o przebiegu równym, poza falą tętna nie wyczuwają się. Tętno w tętnicach grzbietowych stopy zachowane, prawidłowe.

Jama brzuszna. Powłoki nie napięte, bolesności na ucisk niema. Wątroba i śledziona niemacalne.

Układ nerwowy. Źrenice równe, okrągłe, oddziałują dobrze na światło i przystosowanie. Odruchy brzuszne, kolanowe i Achillesa prawidłowe. Odruchów patologicznych nie stwierdza się. Zaburzeń czucia niema.

Badanie moczu: mocz przeźroczysty, c. g. 1017, odczyn kwaśny, białka niema, cukru niema. Urobilinogenu ślad. Odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie pojedyncze ciałka ropne i dość liczne moczany bezpostaciowe.

Badanie krwi. Ciałek czerwonych 4250000. Ciałek białych 21200. Wzór c. b.: obojętnochłonne 82%, limfocyty 13%, monocyty 5%, eozynochłonne 0. Hemoglobiny 64%. Kilkakrotne badanie krwi na obecność pasorzytów zimnicy wypadło ujemnie. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Dwukrotnie dokonany posiew krwi okazał się jałowym. Odczyny aglutynacyjne Vidala, Weil-Felixa i na paratyfusy wypadły ujemnie.

Prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena wykazało nieznaczne zacienienie szczytów, nie wyjaśniających się przy kaszlu. Wnęki, serce i pasmo naczyniowe odchyleń od normy nie wykazały.

W ciągu pierwszych dni pobytu w szpitalu chorego pozostawiono dla celów obserwacyjnych bez żadnego leczenia. Ciepłota wykazywała nieprawidłowe skoki, wahające się w nocy i w godzinach rannych około 38°—39°6', w ciągu zaś dnia stan był przeważnie bezgorączkowy; późnym wieczorem gorączka szła zwykle znowu do góry. Krzywa gorączkowa miała wszelkie cechy gorączki posocznicze]. W ciągu dnia w okresach bezgorączkowych chory czuł się względnie dobrze. Dolegliwości sercowe były bardzo nieznaczne, natomiast dokuczały mu zwłaszcza w nocy bole w kończynach dolnych, szczególnie w okolicach wykwitów, z których jedne po 2—3 dniowem trwaniu cofały się zupełnie, nie pozostawiając żadnych śladów, natomiast pojawiały się inne. Były dnie, że wykwity znikały całkowicie.

Reasumując powyższe, widzimy, że mieliśmy do czynienia z chorym, u którego na tle nadużycia alkoholu, tytoniu i mięsa pojawiły się początkowo względnie łagodne objawy dusznicy bolesnej, powikłanej ostatnio przez chorobę gorączkową, mającą wszelkie cechy ukrytego zakażenia krwi; powikłanie to wpłynęło w znacznym stopniu pogarszająco na objawy sercowe, zwiększając bardzo silnie ich natężenie i dołączyło dolegliwości ze strony kończyn dolnych zbliżone do chromania przestankowego. Można było przypuszczać, że nowe objawy bolów w nogach i wystąpienie wykwitów oraz pogorszenie się i zmiana charakteru bolów sercowych były wywołane przez jedną i tę samą przyczynę, mianowicie zakażenie krwi na tle narazie nieznanem i trudnem do stwierdzenia wobec ujemnych wyników wykonanych dotychczas badań laboratoryjnych.

W rozpoznaniu różniczkowem z początku myślano o nietypowej zimnicy. Nieznalezienie jednak we krwi zarodników, nietypowy dla malarji obraz krwi, brak powiększenia śledziony — przemawiały stanowczo przeciwko takiemu rozpoznaniu. Rozpoznanie to *ex juvantibus* również zawiodło, gdyż leczenie chininą żadnego wpływu na przebieg choroby nie wywarło.

Przypuszczenie powolnego zapalenia wsierdzia również zostało odrzucone z powodu braku wady serca, niepowiększenia śledziony, braku krwi w moczu, braku anemji.

Próba leczenia salicylanami w przypuszczeniu, że choroba polega na zakażeniu gośćcowem również żadnego wyniku nie dała.

Dane anamnestyczne, ujemny odczyn Bordet-Wassermanna i brak jakichkolwiek objawów kiły przemawiały przeciwko rozpoznaniu zakażenia kiłowego.

Brak powiększenia gruczołów chłonnych i śledziony oraz brak eozynofilji wykluczały *lymphogranulomatosis maligna.*

O ostrej białaczce również nie mogło być mowy ze względu na brak patologicznych postaci krwinek białych.

Czas trwania choroby, przebieg ciepłoty i ujemne odczyny zlepne wykluczały choroby durowe.

Nieprawidłowa gorączka, bole mięśniowe, objawy skórne, apatja, leukocytoza, przebieg choroby i stan ogólny nasuwały myśl o *periarteriitis nodosa.* Brak jednak zwykłych w tem cierpieniu bolów w podbrzuszu, objawów nerwowych, nerkowych i ze strony przewodu pokarmowego, wybitniejszej niedokrwistości, potów — przemawiały przeciwko rozpoznaniu tej rzadkiej postaci chorobowej.

Dla rozpoznania gruźlicy absolutnie żadnych danych nie było.

Ciepłotę mogłaby powodować sama dusznica bolesna z ew. następczemi ogniskami martwicowemi mięśnia sercowego, lecz na to nie było danych ze strony serca i układu krążenia, które żadnych odchyleń od normy nie wykazywały.

Tak, ostatecznie, pomimo jałowości posiewu krwi najprawdopodobniejszem wydawało się przypuszczenie zakażenia krwi na najczęściej występującem tle łańcuszkowcowem; choremu stosowano przez dłuższy czas dożylnie i przez odbytnicę koloidalne preparaty srebra, również bez żadnego efektu.

Początkowy okres obserwacji oraz dokonywania badań laboratoryjnych i okres leczenia chininą, salicylem i srebrem koloidalnem trwał około 3 tygodni. Stan chorego nie uległ od chwili przybycia prawie żadnej zmianie. W czasie tym chory miał dwa bolesne ataki sercowe, połączone z dusznością, jeden o natężeniu bardzo silnem, drugi słabszy; stosunkowo największą ulgę sprawiało choremu wdychiwanie azotynu amylowego. Wykwity skórne pojawiały się i ginęły, pojedyncze z nich dochodziły do wielkości 2-złotowej monety srebrnej. Choremu najbardziej dokuczały, szczególnie w nocy piekące bole w kończynach dolnych; chory określał ten ból jako wrażenie gorącej taśmy w głębi kończyny. 27. VII. 1925 r. chory począł się skarżyć na ból w prawem jądrze, które okazało się obrzmiałem, wielkości mandarynki i bardzo wrażliwem na dotyk. Obrzmienie to i ból po 4-dniowem trwaniu ustąpiły bez śladu. Ciepłota nadal wykazywała przebieg zupełnie nieprawidłowy, po nielicznych dniach bezgorączkowych stwierdzano szereg dni z gorączką dochodzącą do 39°. W ciągu tych 3 tygodni chory stracił na wadze 2.5 klg.

Wobec ujemnego wyniku dotychczasowego leczenia pomyślano wówczas o bardzo rzadkich i trudnych do rozpoznania możliwościach, mianowicie o zakażeniu krwi meningokokowem lub pneumokokowem, przebiegającem nietypowo, bez umiejscowienia, zwykle właściwego tym drobnoustrojom. Rozpoznania te brano zresztą w rachubę zaraz po przybyciu chorego, nie uwzględniono ich jednak początkowo ze względu na wyjątkową rzadkość podobnych przypadków.

Aglutynacja krwi na meningokoki dała wynik następujący: Aglutynacja ze szczepem typu A w rozcieńczeniu 1:10+, 1:20+, 1:40+, 1:80+. Nie aglutynuje 1:160.

Dopiero to badanie rozstrzygnęło rozpoznanie: *sepsis menigococcica sine meningitide* i umożliwiło zastosowanie racjonalnego etjotropowego leczenia swoistego.

Po zastrzyknięciu domięśniowem 10 cm^3 surowicy przeciwmeningokokowej (A+B), jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej, ustąpiły w zadziwiająco krótkim czasie wszystkie bez wyjątku dolegliwości chorego. Po raz pierwszy od wielu tygodni chory doskonale przespał całą noc i obudził się, według jego słów „jako zupełnie zdrowy człowiek". Ciepłota najwyższa wynosiła 37°2. Zewnętrzny wygląd chorego zmienił się nie do poznania: nie robił on już wrażenia człowieka ciężko chorego, zmęczonego, zniecierpliwionego długiem trwaniem cierpienia; stał się ożywionym, zadowolonym, rzeźkim; sam mówił, że czuł wyraźnie, iż teraz dopiero zastosowano mu odpowiednie lekarstwo. Bole w kończynach ustąpiły zupełnie, wykwity po 2 dniach zniknęły bez śladu aby się już więcej nie pojawić. Na drugi i trzeci dzień chory dostał jeszcze po 1 zastrzyknięciu 10 cm^3 surowicy i wówczas osiągnięto stan bezgorączkowy. Chory czuł się doskonale, łaknienie poprawiło mu się znakomicie, uważał się za zupełnie zdrowego i chciał się koniecznie wypisać. Z trudem udało się go zatrzymać w szpitalu jeszcze przez tydzień. W czasie tym nie stwierdzono żadnych objawów chorobowych. Dolegliwości sercowe również ustąpiły. Chory chodził wiele po bardzo górzystym terenie ogrodu szpitalnego, wchodził szybko i z łatwością kilka razy dziennie na drugie piętro i pomimo tego nie odczuwał duszności ani żadnych sensacyj sercowych. Czyli, że pogorszenie dusznicy bolesnej, które wystąpiło pod wpływem zakażenia meningokokowego, minęło zupełnie, nie pozostawiając żadnych trwałych śladów. Na dokonanie nakłucia lędźwiowego celem zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego chory w żaden sposób nie chciał się zgodzić. 8. VIII. 1925 r. po miesięcznym pobycie w szpitalu chory wypisał się bez żadnych objawów chorobowych podmiotowych ani przedmiotowych.

W przypadku tym myśl o właściwem rozpoznaniu poza gorączką nasuwały swoiste dla zakażenia meningokokowego bole w mięśniach, stwierdzane jednocześnie z atakami gorączki, objawy skórne, spostrzegane prawie we wszystkich opisywanych przypadkach, dość typowy obraz morfologiczny krwi, mianowicie leukocytoza z obojętnochłonną polinukleozą i stosunkowo dobry stan pomiędzy napadami gorączki. Z często występujących w przebiegu posocznicy meningokokowej przerzutów do szeregu narządów miał tu miejsce tylko jeden do prawego jądra. Brak natomiast było najczęściej spotykanych i najważniejszych objawów, mianowicie zajęcia opon i stawów.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość meningokokowego zakażenia krwi bez jednoczesnego zajęcia opon, ze względu na trudności diagnostyczne oraz ważność trafnego rozpoznania, które umożliwia zastosowanie leczenia surowicą i doprowadza do zupełnego wyleczenia, uprzedzając ew. zajęcie opon, występujące czasem po dłuższem trwaniu choroby lub inne groźne powikłania zwykłe dla zakażenia meningokokowego. Dowodzi on, że dwoinka meningokokowa może się przedostać ze swego najczęstszego siedliska — jamy nosowo-gardzielowej wprost do ogólnego krwiobiegu, krążyć w nim przez dłuższy czas i pomimo swego wybitnego powinowactwa do opon nie spowodować ich zajęcia.

Obraz chorobowy, pod którym przebiega meningokokcemja jest bardzo różnorodny i nie wykazuje żadnych cech patognomonicznych ułatwiających rozpoznanie. Może on przypominać dur brzuszny, gościec stawowy, zimnicę, płonicę, odrę, chorobę Werlhofa, zwykłą posocznicę. Przypadki zapalenia opon o przebiegu piorunującym polegają najprawdopodobniej na uogólnieniu zakażenia; o ile nie dochodzi do sztywności karku, rozpoznanie bywa bardzo trudne. Marcovich opisuje przypadek przebiegający pod postacią duru plamistego. Przypadków takich spostrzegano wiele podczas wojny. Zakażenie meningokokowe może przebiegać w sposób podostry, prowadząc do trwającej długie tygodnie gorączki przerywanej lub zwalniającej o charakterze nieprawidłowym. Przypadki takie opisywali: Salomon, Liebermeister, Gohn, Zeissler, Riedel. Chevrel i Bourdinière spostrzegali *erythema nodosum* z gorączką przerywaną jako wyraz meningokokowego zakażenia krwi. Ciekawe jest spostrzeżenie Monziols'a i Loizeleur'a, którzy w przypadku gorączki, opryszczki, bolu głowy i kłucia w boku dowiedli zakażenia meningokokowego i znaleźli meningokoki w płynie opłucnowym. W pewnej części przypadków jak np. Salomona, Bittorf'a, May'a i Portret'a po kilkutygodniowem trwaniu ogólnego niedomagania doszło jednak do wystąpienia objawów oponowych. Cztery przypadki późnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z długotrwałym okresem zwiastunnym w postaci posocznicy meningokokowej opisał w naszem piśmiennictwie Simchowicz. Podobny przypadek ogłosił u nas Frenkel.

Simchowicz odróżnia cztery postacie posocznicy meningokokowej: piorunującą, ostrą, podostrą oraz przewlekłą; pod względem zaś stosunku do najczęstszego schorzenia meningokokowego — zapalenia opon odróżnia również cztery postacie:

1. posocznicę czystą bez zapalenia opon (*Meningococcaemia ameningitica*).
2. posocznicę z późną drętwicą karku (*Meningococcaemia praemeningitica*).
3. posocznicę wtórną występującą w przebiegu drętwicy karku (*Meningococcaemia postmeningitica*).
4. posocznicę z kilkakrotnie powtarzającem się zapaleniem opon (*Meningococcaemia parameningitica*).

Rozpoznanie meningokokowego zakażenia krwi jest bardzo trudnem i przedstawia zdobycz ostatnich lat. Można o niem myśleć wówczas gdy do gorączki dołączają się objawy zwykle spotykane przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych, jak np. wysypki plamiste, różyczka, wybroczyny krwawe, krwawienia z narządów wewnętrznych, obrzmienia stawów i bole stawowe, bole w krzyżu, wzdłuż kręgosłupa, w kończynach. Istotę cierpienia wyjaśnia jednak jedynie posiew krwi lub serodiagnostyka. Wyhodowanie meningokoków ze krwi, które się udaje stosunkowo rzadko, wcale nie jest koniecznie potrzebnem do rozpoznania, w zupełności wystarcza próba zlepna. Netter obserwował siostrę chorego na nagminne zapalenie opon mózgowych; stwierdzono u niej gorączkę, wybroczyny krwawe, rumień wielopostaciowy, krwawienia do kiszek, objawów oponowych nie było żadnych. Płyn mózgordzeniowy był przejrzysty i jałowy. Próba aglutynacyjna na meningokoki wypadła u tej chorej niezwykle silnie dodatnio (1:400) i dowiodła, że chodzi tu o zakażenie meningokokowe. Według Lingelsheima aglutynacja zupełna 1:25, albo niezupełna 1:50 uchodzi za całkowicie miarodajną.

Można również rozpoznawać posocznicę meningokokową zapomocą poszukiwania drobnoustrojów w wycinkach skóry z okolicy wykwitów lub też zapomocą posiewu limfy otrzymanej z tychże wykwitów i wyhodowania z niej meningokoków, wreszcie też zapomocą metody odchylenia dopełniacza.

Rokowanie w przypadkach piorunujących i ostrych jest bardzo poważne; przypadki podostre i przewlekłe rokują znacznie lepiej.

W przypadkach gorączki o ukrytej przyczynie należy przy rozpoznaniu różniczkowem pamiętać o zakażeniu meningokokowem, co jest ważnem szczególnie z tego względu, że wślad za właściwem rozpoznaniem, będąc w posiadaniu tak potężnego środka leczniczego jak surowica przeciwmeningokokowa, możemy zastosować skuteczne leczenie swoiste. Możliwe, że przypadki te nie są tak bardzo rzadkie jak się to wydaje, a to dlatego, że wiele z pośród nich pozostaje nierozpoznanemi. Przypadek meningokokowego zakażenia krwi w którym dopiero po czterotygodniowem trwaniu gorączki wystąpiły objawy oponowe i zakończony wyleczeniem spostrzegał niedawno w praktyce prywatnej doc. dr. Semerau-Siemianowski (doniesienie ustne). Inny przypadek o przebiegu podostrym podobnym do opisanego i również wyleczony surowicą obserwowano w r. 1923 na I klinice wewnętrznej w szpitalu Św. Ducha.

Piśmiennictwo:

A. Gluziński. Pol. Gaz. Lek. Nr. 28. 1925. — T. Simchowicz. Warsz. Czas. Lek. Nr. 4. 1924. — T. Simchowicz. Neurologja Polska. Tom. VI. 1922. — Frenkel. Neurologja Polska. Tom VI. 1922. — W. Biegański. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. 1900. — R. Nitsch. Szczepionki i surowice. 1921. — A. Marcovich. Wr. kl. Woch. 1906. Str. 1312. — H. Salomon. Berl. kl. Woch. 1902. Str. 1045. — G. Liebermeister. M. med. Woch. — Ghon. M. med. Woch. 1916. Str. 944. — Zeissler u. Riedel. D. med. Woch. 1917. Nr. 9. — M. F. Chevrel i M. J. Bourdinière. Soc. med. des Hôpitaux. 1910. XXX. Str. 165. — M. Monziols i M. Loizeleur. Bell. de Soc. med. des Hôp. 1910. XXIX. — Bittorf. M. med. Woch. 1916. Str. 951. — May i Portret. Gaz. des hôp. 1912. LXXXV. Str. 1103. — Netter. Bull. de l'académie de med. 1909. LXII. Str. 106.

Dr. A. LASKIEWICZ. Poznań.

Przypadek kuli karabinowej w oskrzelu prawem u dziecka.

Z pośród ciał obcych twardych, spotykanych w świetle tchawicy i oskrzeli odrębną grupę stanowią przedmioty metalowe, które już po krótkotrwałem zaleganiu mogą wywołać zmiany zapalne przewlekłe w tkance płucnej oraz głębokie odleżyny w ścianie oskrzeli, a oprócz tego wskutek niepodatności samego materjału dają się z trudnością uchwycić i wydostać nazewnątrz. Ciała metalowe cienkie i płaskie jako to: spinki, gwoździki, spinaczki, szpilki, guziki, drobne monety, a dalej ciała metalowe rurkowate, dają się stosunkowo jeszcze łatwiej ująć kleszczami, natomiast ciała metalowe gładkie, kuliste, walcowate lub stożkowate (kula rewolwerowa, karabinowa) przedstawiają dla wyjęcia z reguły znacznie większe trudności. Zwłaszcza w przypadkach, w których światło danego oskrzela nieznacznie tylko przewyższa średnicę największego obwodu wchłoniętego ciała obcego, ujęcie go kleszczami w wymiarze całej jego szerokości staje się wprost niemożliwe bez narażenia ścian oskrzela na cięższe obrażenia. To też zadaniem naszem jest w podobnych przypadkach stworzyć jak najdogodniejsze warunki dla wyjęcia przez odpowiednie ułożenie chorego tak, aby ciało to ujęte kleszczami płytko przy nieznacznie ponad powierzchnią wystającym brzegu (0,5—1 mm.), mogło równocześnie własnym ciężarem przedostać się do końca rury tracheoskopowej i nazewnątrz. Bardziej skomplikowanem staje się nasze postępowanie przy ciałach metalowych kulistych o zupełnie gładkiej powierzchni, zatykających ściśle światło oskrzela (kule rewolwerowe). Tu o jakiemś wyważeniu kuli haczykiem od dołu, względnie uchwyceniu jej zębatemi obcążkami nie może być mowy, to też staramy się innemi sposobami wciągnąć to ciało do wnętrza rury bronchoskopowej. Herb, Tilley i Godllee zastosowali do wydobywania zaklinowanego w świetle oskrzela, twardego ziarna grochu, wacik napojony płynną parafiną, osadzony na długim metalowym zgłębniku, który wprowadzili przez rurę bronchoskopową bezpośrednio na górną

powierzchnię ciała obcego, a następnie nagłym ruchem wciągali to ciało do światła tej rury i nazewnątrz. B o t e y sporządził specjalne rury bronchoskopowe do aspirowania ciał obcych z oskrzela. Wreszcie ostatnio B u m b a z Pragi opisał przypadek wchłonięcia stalowej kuli o 8 mm. średnicy do światła prawego oskrzela u 16-letniego chłopca. Ponieważ w żaden sposób nie było można kuli tej uchwycić kleszczami do ciał obcych twardych, a próby wydobycia dużym elektromagnesem spełzły na niczem, użył wyżej wspomniany autor długiego cewnika angielskiego Nr. 6, przy pomocy którego udało mu się pompą ssącą wciągnąć kulę tę do lejkowatego rozszerzonego jego końca. W dwóch operowanych przezemnie przypadkach wchłonięcia kuli karabinowej do oskrzela u dzieci zdołałem przez ułożenie chorego na wznak z przegięciem całkowitem tułowia w dół oraz na stronę przeciwną zatkanego oskrzela ułatwić sobie zbliżenie się podstawy kuli do końca rury tracheoskopowej co udogodniło mi w znacznej mierze uchwycenie tej kuli przy wystającej na 1 mm. krawędzi jej podstawy.

Przypadek pierwszy dotyczył 9-io letniej dziewczynki, która wchłonęła kulę karabinową francuską do lewego oskrzela. 5-go dnia po przypadku dokonałem wydobycia tej kuli zapomocą tracheoskopji górnej. Przypadek ten został opisany w Pol. Gaz. Lek. Nr. 1. 1924.

Drugi podobny przypadek zdarzył się z początkiem września b. r.

Chory, lat 11., A. An. z Brodnicy pod Toruniem wchłonął nagle podczas głębokiego wdechu kulę karabinową trzymaną w ustach. W dwa tygodnie po przypadku przysłano chorego ze szpitala w Brodnicy z przetoką tchawiczą dolną na oddział chirurgiczny Doc. Dr. N o w a k o w s k i e g o w Poznaniu. Badanie przedmiotowe wykazało: budowa wątła, odżywienie znacznie podupadłe, T. 40°, tętno 120, słabo napięte. Oddech nasilony, przerywany napadami kaszlu, podczas którego wykształsza chory wielką ilość śluzowo-ropnej wydzieliny. Lekkie zaciąganie się trzech dolnych przestworów międzyżebrowych po stronie prawej. Wypuk po całej tej stronie jawny. Szmery oddechowe osłabione, pokryte wilgotnemi rzężeniami. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało obecność kuli karabinowej w oskrzelu prawem, którego światło okazuje wyraźne rozszerzenie. Na odbitce roentgenoskopowej od tyłu ku przodowi widać wyraźnie obrysy owej kuli karabinowej ułożonej skośnie ostrym końcem w dół.
W ułożeniu chorego na wznak z przegięciem całkowitem tułowia w dół oraz na stronę lewą wprowadziłem rurę tracheoskopową przez przetokę tchawiczą do wnętrza znieczulonej tchawicy oraz górnej części oskrzela prawego. Ściany rozszerzonego oskrzela pokryte ziarniną, pochodzącą ze zmienionej zapalnie śluzówki oskrzelowej. Po wycięciu tej ziarniny, zanemizowaniu jej rozczynem z coc.-adren. i usunięciu obfitej śluzowo-ropnej wydzieliny z wnętrza oskrzela mogłem przejrzeć dokładnie całe pole operacyjne. Podstawa tej kuli, poruszającej się wolno w świetle rozszerzonego oskrzela, zbliżyła się całkowicie do końca rury tracheoskopowej tak, że po przeszło pół godziny trwających usiłowaniach mogłem ostrym chwytnikiem do ciał obcych twardych, zachwycić silnie krawędź wysterczającą na 1 mm. ponad podstawę stożka owej kuli, którą następnie już z łatwością wraz z rurą tracheoskopową wydostałem na zewnątrz.

Tak w pierwszym jak i w drugim przypadku stan ogólny chorego po wydobyciu kuli stale się polepszał, ciepłota spadła już następnego dnia do 37.2. a po zastosowaniu wdychiwań 0'3% rozczynu Zinc. sulf. z dodatkiem 0'1% adrenaliny i środków wykształuśnych, także objawy nieżytu oskrzelowego szybko ustąpiły. Ósmego dnia po zabiegu chory opuścił szpital w stanie wyleczonym.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. Stanisław MEYSNER. Zakopane.

O leczeniu odmą sztuczną.

Ze Szpitala Klimatycznego w Zakopanem.

(Sprawozdanie za rok 1924).

W roku 1924 leczyło się w Szpitalu Klimatycznym w Zakopanem 254 chorych płucnych w tem 116 kobiet, 138 mężczyzn. Na każdego chorego przypadało przeciętnie 57 dni leczenia szpitalnego, czyli na każdy dzień w roku przypada przeciętnie 38,8 chorych płucnych.

TABLICA I.

Opuścili szpital	z poprawą	bez poprawy	z pogorszeniem	exitus	Suma
Mężczyźni	30	36	11	5	82
Kobiety	42	14	5	3	64
Mężczyźni	48	3	1	—	52
Kobiety	38	3	—	—	41
Mężczyźni	—	1	—	3	4
Kobiety	—	1	4	6	11
	158	58	21	17	254

Leczenie piersiowo chorych odbywa się według ogólnych zasad higjeniczno-klimatycznych. Prócz tego stosujemy dużo wapna dożylnie; na miesiąc wypada 150—200 zastrzyknięć. Daję dwa razy tygodniowo naogół po 5 ctm; przy krwotokach codziennie po 10 ctm. Z wyników jestem bardzo zadowolony, zwłaszcza przy krwiopluciach, wysiękach i zaburzeniach kiszkowych. Odniosłem wrażenie, że wapno dożylnie wpływa dodatnio na zmniejszenie się ilości plwociny i ułatwia organizmowi przejście z formy wysiękowej do produktywnej. Przy zwykłych zapaleniach opłucnej z wysiękiem o ile należą do II. okresu według R a n k e g o i wykazują silną allergię stosowałem bardzo skutecznie Ektebinę. (Do tej samej kategorji należą także bardzo często flikteny oczne, które tak samo dobrze reagują na tuberkulinę). Przypadki odpowiednie leczę sztuczną odmą.

W czasie od listopada 1923 r. do końca 1924 r. leczyłem w Szpitalu Klimatycznym w Zakopanem 50 chorych odmą sztuczną. Chorzy nasi są przeważnie przyjezdni i pochodzą ze sfer niezamożnych; leczono 30 kobiet i 20 mężczyzn. Czas trwania obserwacji rozciąga się przeciętnie na 128 dni, a wynosił w minimum 16 — w maximum 406 dni.

Następujące tabele podają zajęcie i wiek naszych chorych. Najmłodsza chora miała lat 11, najstarsza lat 44, wiek przecietny był lat 26.

TABLICA II.

Zajęcie		Wiek	
Młodzież ucząca się	13	I. dekada życia	0
zajęcie domowe	13	II. » »	6
urzędnicy	8	III. » »	26
rolnicy	6	IV. » »	16
nauczycielstwo	3	V. » »	2
kolejarze i robotnicy	4		
kupcy	1		
zakonnice (cy)	2		
Razem .	50		50

Z liczby wyżej wymienionych chorych, przyszły dwie chore już ze zrobioną odmą, pięciu chorym w szpitalu zrobił odmę kolega S. Dopełnień wykonałem około 300. Do statystyki nie wliczam tych chorych, których leczyłem odmą ambulatoryjnie i 10 chorych szpitalnych, którym odmy zrobić się nie udało. Przyczyną niemożności założenia odmy były w 6 przypadkach zrosty opłucno-

we stwierdzone klinicznie i roentgenologicznie; u 3 chorych wszystkie metody badania przemawiały za wolną opłucną — nie natrafiłem jednakże na wahania ujemne. Jeden chory zaraz po nakłuciu zemdlał w chwili, kiedy manometr wykazywał wyraźne wahania ujemne. Chory ten później na dalsze próby zgodzić się nie chciał; embolję w tym przypadku można było wykluczyć. O jednym przypadku embolji powiem później.

Do zakładania odmy, jak i do reinsuflacji posługiwałem się prawie wyłącznie aparatem Muralta, ostatnio też znanym aparatem sporządzonym w Zakopanem w firmie Schiele. Stosowałem stale metodę nakłucia według Forlaniniego; używam przeważnie średnio-grubej igły rekordowej. Do założenia odmy i dopełnień używam zwykłego filtrowanego powietrza. Pole operacyjne jodynuję rozcieńczoną jodyną, znieczulam chlorkiem — etylu, otworu nie zalepiam. Zabieg wykonuję, o ile niema gwałtownego wskazania jak np. krwotok w godzinach rannych. Po założeniu odmy trzymam chorego conajmniej tydzień, po dopełnieniu conajmniej 24 godz. w łóżku.

Wskazanie:

Wskazaniem do założenia sztucznej odmy była w 19 przypadkach ostro postępująca sprawa z objawami mniejszego lub większego rozpadu w jednem płucu, gdzie po leczeniu klimatycznem niczego spodziewać się nie należało, lub gdzie wszystkie próby leczenia zawiodły. Wskazanie socjalne zanotowałem 11 razy, to znaczy: proces gruźliczy nie jest tak ciężki, aby przy długotrwałem leczeniu klimatycznem nie mógł się uspokoić. Jednakże chorzy nasi mają bardzo ograniczone środki materjalne i zmuszeni są pogodzić się z możliwością różnych komplikacyj odmowych, aby tylko prędzej móc wrócić na swoją posadę i leczyć się dalej ambulatoryjnie.

W 6 przypadkach zmusiły mnie często powtarzające się krwioplucia do założenia odmy, w 3 przypadkach ciężkie krwotoki zagrażające życiu. Raz założyłem odmę w celu rozpoznawczym, chory jednakże na dalsze dopełnienia zgodzić się nie chciał, tak że rozpoznanie nie zostało ściśle ustalone.

Materjał, który zgłasza się do szpitala jest prawie bez wyjątku bardzo ciężki. Co do określenia formy schorzenia posługiwałem się topograficznym podziałem według Turban-Gerharda, dodając do podziału określenie *Tbc. productiva*, gdzie przeważała tendencja tworzenia blizn, a *Tbc. exsudativa*, gdzie przeważał charakter rozpadowy z wysoką gorączką. Jako osobną rubrykę dodałem jeszcze — *phthisis* florida, czyli według nowej terminologii *caseosa desperata*. Wszystkie formy należą do kategorji III. według Ranke'go.

Okazuje się, że z naszych 50 przypadków przypada według T-g. 36 na grupę III. 14 na grupę II., zaś według charakteru choroby na formę przeważnie włóknistą — 29, na formę przeważnie wysiękową — 18. na t. zw. *phthtisis caseosa desperata* — 3.

TABLICA III.

P. T. Lepsze	Odmowe	I.	II.	III.	Turban-Gerhardt	
	29	—	12	17	Pt. odmowe	Tbc. product.
28		25	2	1	Pt. lepsze	
	18	—	2	16	Pt. odmowe	Tbc. exsudat.
12		4	6	2	Pt. lepsze	
	3	—	—	3	Pt. odmowe	Phtisis caseosa desperata
1		—	1	—	Pt. lepsze	
	50	0	14	36	Pt. odmowe	
41		29	9	3	Pt. lepsze	

Dowiadujemy się dalej, że na 50 przypadków odmy tylko 9 razy płuco lepsze było klinicznie i roetgenologicznie bez objawów chorobowych nie wliczając małych zmian wnękowych z nieznacznemi smugami i małemi drobnemi zwapnieniami.

U 41 chorych płuco lepsze wykazywało zmiany włókniste 28 razy, raz w płucu lepszem stwierdziłem już po założeniu odmy jamę wielkości orzecha włoskiego, co jednakże nie wpłynęło ujemnie na dalszy przebieg odmy. Wskazaniem w tym przypadku były ciężkie krwotoki, tak, że nie było można się długo namyślać. Wynik odmy był świetny.

W 12 przypadkach stwierdzono przy formie wybitnie wysiękowej płuca odmowego także zmiany o tym samym charakterze w płucu lepszem, co oczywiście rokowanie znacznie pogarsza.

Raz zdecydowałem się po naradzie koleżeńskiej na założenie odmy u chorej z ostro rozwijającą się gruźlicą typu *phthisis caseosa desperata* w V. mies. ciąży z wysiękowemi powikłaniami krtaniowemi. W takich przypadkach jakiegokolwiek wyniku oczekiwać nie należy, to też u naszej chorej po założeniu odmy rozwinął się ostry proces zapalny po stronie przeciwnej.

Dobry przebieg odmy zależy przedewszystkiem od dwóch momentów t. j. 1 od płuca lepszego i 2. od tego, czy ognisko chorobowe w płucu odmowem da się ucisnąć lub zapadnie.

Jak wyżej widzieliśmy przedstawia 82% naszych chorych wyraźne zmiany w płucu lepszem; o ile zmiany te są czynne istnieje obawa, że z odmą się pogorszą, ale ani najbardziej dokładne badanie kliniczne, ani roentgenologiczne nie potrafią tego zawsze dokładnie wyświetlić, a dopiero odma poucza nas o faktycznym stanie w płucu lepszem. Jeżeli zmiany wysiękowe w lepszem płucu po pierwszych dopełnieniach znikną, — były albo przeniesione, wtedy Roentgen też dawał wynik ujemny, albo były to objawy autotuberkulinizacji. W ostatnim przypadku jest zwykle tak, że po każdem dopełnieniu, chociaż coraz mniej, zauważyć można pewne przekrwienie w ogniskach po stronie lepszej, jako wyraz odczynu ogniskowego wywołanego przedostaniem się większej ilości autoantygenów z płuca odmowego do krwi. O ile odczyny nie przekraczają znanych granic, mogą wpłynąć dodatnio i po pewnym czasie niewielkie zmiany mogą się zupełnie uspokoić. Inaczej, jeżeli objawy odczynu ogniskowego wystąpią dopiero w ciągu odmy w płucu lepszem w miejscach, gdzie przed odmą zmian chorobowych nie stwierdziliśmy; oznacza to zwykle pogorszenie i nawołuje do wielkiej ostrożności i bacznego śledzenia zmian.

Naogół stwierdzam, że na 29 przypadków gruźlicy włóknistej tylko pięć razy stwierdzono w czasie odmy pogorszenie w płucu lepszem i to przejściowe, tak, że odmy nie było trzeba przerwać i wynik końcowy był dobry.

W rubryce *Tbc. exsudativa* trzeba było w 4-ch przypadkach przerwać odmę ze względu na pogorszenie się płuca drugiego.

Odpowiedź na pytanie drugie, mianowicie, czy ognisko najbardziej chore da się ucisnąć i zapadnie, zależy od zrostów i od rodzaju schorzenia płuca odmowego. Tutaj ogólnikowo można powiedzieć, że sprawy długo trwałe t. j. włókniste wytworzyły nad ogniskiem chorobowem w tych przypadkach zwykle w górnej połowie dość rozległe zrosty. Prócz tego bywają także zrosty ku przeponie. To też prawie wszystkie odmy w przypadkach gruźlicy włóknistej były częściowe, a postacie włókniste, w których odma była całkowita mamy u chorych, którzy bardzo niedawno chorują i których gruźlica rozpoczęła się ostro wysiękowo, a którzy przy wstąpieniu do szpitala już należeli do kategorji włóknistej — t. zw. *tbc. caseosa secundaria fibrosa*.

Formy wysiękowe dają przeważnie odmę całkowitą, lub prawie całkowitą z wyjątkiem u tych chorych, którzy przed ostatniem ostrem pogorszeniem przechodzili schorzenia opłucnej. Odma częściowa nie oznacza bynajmniej, że nie będzie skuteczna. Samo unieruchomienie płuca wpływa dodatnio na proces chorobowy, a dalsze dopełniania przy stałej kontroli roentgenem mogą częściowe zrosty doprowadzić do zaniku, i płuco od opłucnej ściennej oddzielić. Czy odma będzie częściowa, czy też całkowita przewidzieć nie można; przebycie zapalenia opłucnej z wysiękiem przeważnie po tej stronie uniemożliwia założenie odmy. Czasem klinicznie stwierdzamy zupełną nieruchomość granic, roentgenem rozległe zrosty, a odmę otrzymujemy prawie całkowitą, jak to stwierdziłem w dwóch przypadkach.

Jednakże nie zrosty były przyczyną klinicznych i roentgenologicznych objawów, a zapalenie płuc zajmujące cały dół, tak, że część tego płuca wogóle nie oddychała, i z tego powodu nie mogło być objawów ruchomości dolnych granic.

Tam, gdzie z powodu zrostów jama ucisnąć się nieda, a nawet się powiększa, nie należy odmy dalej prowadzić, a chorego należy nakłonić do torakoplastyki.

Ściana jamy staje się coraz bardziej cienka i może lada chwilę pęknąć — wtedy już na plastykę jest zapóźno. Straciliśmy niedawno w ten sposób chorą, która już przez kilka miesięcy nie gorączkowała i dlatego właśnie trudno ją było przekonać, że konieczna jest operacja plastyczna. Pewnego dnia poszła prać sobie bieliznę, uczuła silny ból w boku odmowym, ciepłota wieczorem 40°, nakłucie po kilku dniach wykazało ropę, chora zaczęła pluć wysiękiem. Kawerna pękła — tem samem dalszy los chorej był przesądzony.

Komplikacją w przebiegu odmy najczęściej napotykaną jest wysięk opłucnowy. Stwierdziłem go w 32% wliczając także zupełnie małe tylko roentgenologicznie stwierdzone wysięki. Przypuszczalnie odsetek jest znacznie większy, ale niejedni chorzy byli zakrótko w szpitalu, a wiemy że wysięki powstają czasem dopiero po kilku miesiącach.

W 7 przypadkach na 16 powstał wysięk wśród typowych

objawów ostrego zapalenia opłucnej, był zawsze surowiczy z wyjątkiem dwóch przypadków pęknięcia kawerny. Wysięki rzadko kiedy dochodziły do kąta łopatki. Nakłuwam wysięki, które dochodzą do III. żebra lub jeżeli wpływają ujemnie na dalszy przebieg odmy. Z 14-tu surowiczych odmowych wysięków nakłuwałem tylko 3. Od kiedy przy każdej odmie daję systematycznie wapno dożylnie, mam mniej wysięków, a tam gdzie się pojawiają są mniej ostre i mniejsze. Pojawienie się wysięku nie jest naogół objawem tragicznym, w trzech przypadkach po wysięku zapalnym stwierdziłem wybitną poprawę. To zachęca do stosowania przy odmie leczenia swoistego i ciałami białkowemi. Toussaint już przed odmą daje tuberkulinę, co według autora m. i. ma to znaczenie, że przez dodatni odczyn ogniskowy można po lepszej stronie wykryć ogniska chorobowe.

Nie każde zapalenie opłucnej po stronie odmowej prowadzi do wysięku, a pozostaje suche — najczęściej nad przeponą — *pleuritis diaphragmatica* — jak to w dwóch przypadkach stwierdzić mogłem.

Etjologia wysięków była często dyskutowana. Wysięk niezapalny powstaje prawdopodobnie z powodu podrażnienia opłucnej i mechanicznie przy rozciąganiu zrostów. Zapalny — z powodu przetoki opłucnej (Bard) lub jako wyraz prosówkowych przerzutów do opłucnej albo też jako zapalenie wtórne nad powierzchownem ogniskiem płucnem. Raz obserwowałem powstanie świeżego owrzodzenia w krtani równocześnie z pojawieniem się zapalnego wysięku; u drugiego chorego razem z powstawaniem wysięku ropne gruźlicze zapalenie ucha środkowego. Obydwa przypadki należą do t. zw. *tbc. miliaris discreta* i potwierdzają część teorji Barda. Pewien wpływ przy powstaniu wysięku należy przypisać t. zw. przeziębieniu.

Niemiłem powikłaniem w przebiegu odmy jest krwotok, zwłaszcza jeżeli nie można ustalić, które płuco krwawi i co jest przyczyną krwawienia.

U chorej L. W. założyłem 20. VIII. 1924 r. lewo-stronną odmę z powodu ciężkiego krwotoku. Krwotok się nie powtórzył i ciepłota zaczęła spadać. Odma była kompletna. W drugiem płucu stwierdzało się niewielkie zmiany w górnem polu. Przy 3-em dopełnieniu przeszłem na ciśnienie dodatnie + 4 H_2O, — dwa dni później krwotok. Przypuszczając, że płuco odmowe za mało jest uciśnięte zdecydowałem się na dopełnienie 700 ctm.^{3} przekraczając znacznie ciśnienie dodatnie. (Kontrola roentgenem w danych warunkach była niemożliwa). Śródpiersie było znacznie przesunięte, ponowny krwotok, — po stronie nie odmowej liczne średnie rzężenia w średnim płacie. Wyrównałem ciśnienie na +, krwotok ustał odrazu i już się nie powtórzył. Krwawiło płuco nie odmowe, co roentgen później potwierdził.

Embolję zanotowałem w jednym przypadku, przy próbie założenia odmy lewo-stronnej. Zaraz po nakłuciu manometr wykazywał wahanie płucne, igła była tylko połączona z manometrem. Powietrza nie wprowadzałem. Przerwałem natychmiast zabieg, po dwóch minutach chory zaczął blednąć, stracił przytomność, pot wystąpił na twarzy, czole i piersiach, oddech był zwolniony, źrenice rozwarte nie oddziałujące, tętno prawie niemacalne. Nad zastawką 2-dzielną słychać było przez chwilę głośny szmer skurczowy. Marmurkowatości skóry nie stwierdziłem. Po pięciu minutach nastąpiły drgawki w prawej połowie twarzy i lewej górnej kończynie, jednem słowem sytuacja bardzo przykra. Wszystko to trwało 20 minut, poczem chory odzyskał przytomność. Przez tydzień jednakże czuł się niedobrze, ciepłota podwyższyła się o $^1/_2$ stopnia, skarżył się na brak łaknienia i stracił na wadze. Zresztą żadnych śladów po embolji nie pozostało.

Prócz wyżej wymienionych komplikacji w czasie leczenia odmy stwierdziłem *thrombophlebitis* 1, *abscessus periproct.* 1, mięszane zakażenie dróg oddechowych 1, *otitis media* 1.

W 1-ym przypadku *lymphogranulomatosis* odma stan pogorszyła. U 13 chorych stwierdzono mniej lub więcej rozległe zmiany w krtani, które w 7 przypadkach znacznie się poprawiły równolegle z ogólną poprawą, u 3 chorych stan pozostał bez zmian, a w przypadkach, które po odmie zaczęły znacznie się pogarszać, zmiany w krtani także uległy pogorszeniu.

Ciężkie zmiany wysiękowe w krtani, jak również gruźlica jelit są znanem przeciwwskazaniem do sztucznej odmy, natomiast objawy toksyczne chrypka, poty nocne, rozwolnienie, silne bóle głowy, zaburzenia psychiczne ustępowały szybko tam, gdzie odma była skuteczna.

Jeżeli się przypatrzymy ciepłocie to stwierdzimy bardzo dodatni wpływ odmy:

ciepłota wróciła do normy	»	— 23	chorych
» poprawiła się	»	— 10	»
» pozostała normalna	»	— 5	»
pozostała podgorączkowa	»	— 1	»
» podwyższyła się		— 11	»
		50	

Na wadze przybyło	— 34	chorym
» » ubyło	— 10	»
Pozostało bez zmian	— 6	»
	50	

Równocześnie ze spadkiem ciepłoty do normy poprawiało się samopoczucie, zmniejszała się ilość plwociny i ustał czasem bardzo męczący kaszel. Tam gdzie ciepłota prędko spadała do normy, druga strona była praktycznie zdrowa. Wszyscy chorzy przed odmą prątkowali, prątki straciło zupełnie tylko pięciu chorych. Najlepszy i odrazu widoczny skutek był tam, gdzie odmę zakładałem podczas krwotoku, to też nie straciliśmy do tej pory ani jednego chorego z powodu krwotoku, tam gdzie było można stosować odmę, a krwotoki bywały czasem bardzo niepokojące.

Przy wypisaniu ze szpitala stwierdziłem:

wynik bardzo dobry	— 5	35 dodatnich
dobry	— 21	
średni	— 9	
pozostało bez zmiany	— 5	5 bez zmian
pogorszyło się	— 8	10 pogorszenie.
exitus	— 2	

35 wyników dodatnich na 50 odm wydawać by się mogło świetnym rezultatem, jednakże warunki życia i pracy, nieostrożność samych chorych, brak ścisłej kontroli fachowej, oraz w dobrze uciśniętem płucu czasem cicho rozwijający się proces, pogarszają statystykę znacznie. Tak dowiedziałem się o pogorszeniu stanu zdrowia w 5 przypadkach i o 2-ch przypadkach śmierci z pośród chorych, którzy z dobrym rezultatem opuścili szpital. Z wyżej podanych powodów w ostatnich czasach jestem mniej skłonny do zakładania odmy ze wskazania czysto socjalnego, a stosuję odmę tam, gdzie tego wymaga albo wskazanie życiowe, albo jeżeli chory może conajmniej 2—3 miesięcy pozostać w szpitalu. Leczenie ambulatoryjne daje czasami znacznie gorsze rezultaty.

Reasumując dochodzę do następujących wniosków:

1. Do leczenia sztuczną odmą nadają się rozległe schorzenia jednostronne formy włóknistej lub wysiękowej z praktycznie dobrą stroną przeciwną przyczem w postaciach włóknistych zmiany w płucu lepszem są mniej niebezpieczne, aniżeli w postaciach wysiękowych nieznaczne zmiany przywnękowe, które roentgenologicznie przedstawiają się, jako miękkie cienie i plamki, a klinicznie dają tylko oddech pęcherzykowy z ostrym wdechem i tak samo ostrym i nieco wydłużonym wydechem. Klinicznie stwierdzona nieruchomość dolnych granic, oraz roentgenologicznie stwierdzone zrosty i nieruchomość przepony nie są dowodem, że odma się nie uda. Należy próbować, zdając sobie sprawę, że próba jest niebezpieczna.

2. Odmę stosować należy tylko wtedy, jeżeli leczenie klimatyczne i konserwatywne nie daje zadowalających wyników, i jeżeli chory może pozostać 2-3 miesięcy w ścisłej obserwacji lekarskiej.

3. Przy ciężkich krwotokach odma jest najpewniejszym zabiegiem, który choremu może uratować życie. Nawet przy wyraźnych zmianach w płucu lepszem należy ją stosować chociażby na czas krótki.

4. Przeciwskazaniem jest gruźlica jelit, wysiękowa postać gruźlicy krtani, oraz t. zw. *phthisis caseosa desperata,* nawet gdyby w danej chwili roentgen w płucu lepszem nie wykazywał wyraźnych zmian.

5. Należy unikać przesunięcia śródpiersia, co wywołać może ucisk na drugie płuco. Naogół zaleca się pozostawać przy ciśnieniu ujemnem. Każda odma ma swoje optimum ciśnienia i optimum czasu, w którym trzeba ją dopełniać, aby możliwie uniknąć powikłań.

6. Wysięki wypuszczam, jeżeli wywierają niepożądany ucisk.

7. Niezbędne są częste kontrole roentgenem, (można uniknąć niejednej niemiłej niespodzianki).

8. Niebezpieczeństwo odmy powiększa się z czasem jej trwania. Nawet w dobrze uciśniętem płucu może się rozwijać ognisko, które, jeżeli będzie blizko powierzchni płuca, stale grozi pęknięciem do opłucnej.

9. Tam, gdzie z powodu zrostów jamy ucisnąć nie można, należy chorego oddać w ręce chirurga celem wykonania plastyki, dopóki jeszcze stan ogólny na to zezwala.

Oceny i sprawozdania.

Docent Dr. W. Koskowski. »O nikotynie i paleniu tytoniu«. (»Bibljoteczka higjeniczna«. Zeszyt IX.) Książnica-Atlas. Lwów-Warszawa. 1925. Stron 40.

Niewielka, a bardzo dobrze obmyślana broszurka doc. Koskowskiego wypełnia istotną lukę w polskiem piśmiennictwie popularno-higjenicznem. Zaletą jej jest przedewszystkiem unikanie przesady, częstej w wydawnictwach popularnych, a przedstawienie rzeczy zgodnie ze stanem badań naukowych; przedmiotowa prawda jest najlepszą bronią w walce o zdrowie. Pomysł zachęcenia czytelnika opowieścią o historji tyto-

niu i jego paleniu jest szczęśliwy i należałoby próbować zastosować coś podobnego w innych wydawnictwach popularnych, byleby zachowana była proporcja do właściwej treści. W broszurce doc. Koskowskiego zyskałaby tą treść właściwa gdyby ją nieco rozszerzyć, a to dodając nieco objaśnień, zwłaszcza na str. 31 i następnych a do 36, które dla laików mogą się wydać zbyt zwięzłe. Należałoby też w następnem wydaniu trochę inaczej zredagować ustępy o raku warg i języka, aby ich laik nie zrozumiał przypadkiem w ten sposób, że raki te rozwijają się tylko u takich palaczy, którzy przebyli kiłę.

Dla lekarza może być broszurka doc. Koskowskiego nieraz bardzo pożyteczną, dostarczając mu pewnych faktów jako argumentów, koniecznych w praktyce dosyć często, a nie rozpowszechnionych.

»Bibljoteczka higjeniczna«, wydawana staraniem Towarzystwa higjenicznego we Lwowie, a rozwijająca się pomyślnie, jest piękną kartą w działalności tego zasłużonego zrzeszenia. *c.*

H. Möllgaard: **Ueber die experimentellen Grundlagen für die Sanocrysin Behandlung der Tuberculose.** K. Secher: **Die Behandlung der Tuberculose mit Sanocrysin und Serum nach Möllgaard.** Lipsk 1925. Barth. Cena Rmk 4.

Dwudziesty zeszyt »Tuberkulose-Bibliothek«, wydawanej w Lipsku, w księgarni Bartha, przez prof. Lydję Rabinowicz, obejmuje w broszurze o 100 stronicach dwie prace o sanokryzynie. Pierwsza to praca Möllgaarda, profesora fizjologji we wyższej szkole rolniczej w Kopenhadze, przedstawia podstawy chemoterapji sanokryzyną, jej właściwości chemoterapeutyczne, działanie na ustrój zdrowy i gruźliczy, oraz doświadczenia lecznicze na zwierzętach, ze szczegółowem podaniem przebiegu choroby u zwierząt i wyniku sekcji, oraz zmian, jakim podlegają prątki i tkanki gruźlicze u zwierząt, leczonych sanokryzyną. W drugiej pracy, Secher lekarz naczelny wewnętrzego oddziału w szpitalu Bispebjerga w Kopenhadze, podaje szczegółowo własne obserwacje kliniczne u ludzi, i wskazówki, jak stosować należy u ludzi sanokryzynę, jakie ona wywołuje reakcje i jaki jest jej wpływ na przebieg gruźlicy u ludzi. Pracę tę ilustruje kilkanaście roentgenogramów klatki piersiowej.

Czytelnik ma sposobność w powyższych pracach, pisanych sposobem jasnym i zajmującym, zaczerpnąć wprost u źródła wiadomości o sposobie leczenia sanokryzyną, który w ostatnich czasach nabrał wiele rozgłosu. Podkreślić należy, że obie prace napisane są ściśle rzeczowo i krytycznie i że orjentują czytelnika zarówno co do leczniczych, dodatnich stron działania tego leku, jak również przedstawiają bez osłonek objawy uboczne i ukryte niebezpieczeństwa.

Dr. Blassberg (Kraków)

Felix Mandl: **Chirurgie der Sportunfälle.** Stron 303. Rycin 71, Urban-Schwarzenberg.

Wielki rozwój sportu po wojnie, rozpowszechnienie się jego pewnych gałęzi wśród szerokich mas ludowych i rosnąca z tem równolegle ilość uszkodzeń i zranień, dalej okoliczność, iż niektóre sporty (awjatyka, automobilizm, boks, pikła nożna) uprawiają prawie wyłącznie t. zw. zawodowcy, mogący w razie niezdolności do dalszej »pracy« mieć pretensje do odszkodowań – sprawiły, że lekarze zaczęli się żywiej zajmować charakterystycznemi często uszkodzeniami sportowemi. To zainteresowanie, oraz chęć uzupełnienia wydanego w 1914 roku dzieła Saara »Die Sportverletzungen«, będącego dla autora pierwowzorem, skłoniły go do napisania tej książki.

Autor podaje swoje doświadczenia, zebrane na pokaźnym, bo przeszło 1500 przypadków liczącym materjale zranień sportowych, leczonych w klinice Hocheneggа.

W części ogólnej zajmuje się autor rozpoznawaniem i leczeniem zwichnięć i złamań uwzględniając najnowsze sposoby lecznicze, część szczegółowa poświęcona jest charakterystycznym urazom występującym u osobników oddających się danej gałęzi sportu.

Najwięcej miejsca (około 70 str.) zajmują uszkodzenia powstałe podczas gry w piłkę nożną, sportu dziś najb r ziej rozpowszechnionego, (mała Austrja liczy dziś 260 stowarzyszeń piłki nożnej — w której uczestniczy 60 tysięcy grających). Autor szczegółowo opisuje zranienia zdarzające się w tej gałęzi sportu, podaje rokowanie, sposoby leczenia, kładąc nacisk na osiągnięcie jaknajlepszego wyniku czynnościowego, umożliwiającego choremu dalszą grę w piłkę nożną; w Austrji kwestja ta jest bardzo ważną dla chorego, albowiem ilość t. zw. piłkarzy-zawodowców t. j, ludzi, dla których sport ten jest źródłem utrzymania i zarobku, jest dość duża.

Uszkodzenia powstałe w hokey'u, gimnastyce, tennisie i lekkiej atletyce — oraz zmiany jakie wywołuje uraz przewlekły, często powtarzany są krótko ujęte. Dość szczegółowo napisany jest rozdział o szermierce, do którego to sportu autor zaliczył i walkę na ostro, dając dość dokładne wskazówki — jakiem ma być zachowanie się lekarza przy pojedynku.

Następuje rozdział o zapasach i zawodowych uszkodzeniach zapaśników i rozdział o walce na pięści, sporcie który na Zachodzie uzyskał olbrzymią popularność dystansując nawet piłkę nożną. Typowe u pięściarzy złamania kości śródręcza, zwichnięcia kciuka, wypadki próchnicy kości licowych i ich leczenie, mechanika omdleń na ringu (knock-out) po ciosie w szczękę, oraz ciężkich uszkodzeń kończących się czasami śmiercią zapaśnika opisane są zajmująco i sprawiają że rozdział ten czyta się z dużem zainteresowaniem.

W dalszych rozdziałach zajmuje się autor urazami występującemi przy pływaniu (zwichnięcie stawu barkowego) wiosłowaniu (tendovaginitis), jeździe konnej, turystyce i cyklistyce, automobiliźmie i awjatyce.

Książkę zakończył autor opisem zranień powstających przy uprawianiu sportów zimowych (łyżwy, narty i saneczki).

Książka jest pisana zajmująco, zawiera doskonałe ryciny, świetne zdjęcia sportowe, przedmiot traktuje wyczerpująco, wydana jest starannie.

Książkę z przyjemnością przeczyta chirurg, z pożytkiem lekarz szkolny, spotykający przy obecnym rozpowszechnieniu ćwiczeń sportowych dość często typowe zranienia sportowe u młodzieży. *L. S.* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Journal d'Urologie.

Décembre 1924. Nr. 6.

Emilio Falci. **O zgorzeli nerki.** W współczesnych podręcznikach urologicznych niema wzmianki o tem cierpieniu, które, jakkolwiek samo przez się jest niezbyt rzadkie, bardzo rzadko bywa rozpoznawane. Powodem zgorzeli nerki bywa zawsze zaczopowanie tętnicy lub żyły nerkowej. Z powodu braku krążenia ubocznego zawał najczęściej dotyczy całej nerki lub b. znacznej jej części. Materjał zatorowy dają najczęściej cierpienia wsierdzia lub tętnicy głównej, rzadziej nowotwory, których oderwane cząstki nieraz dają zator wsteczny żyły nerkowej. Badania pośmiertne zmarłych z powodu cierpienia wsierdzia wykazują zawały nerek prawie w 50% przypadków. Bezpośrednio po zaczopowaniu objętość nerki zwiększa się, ażeby potem stopniowo zmniejszać się. Anatomo-patologicznie mamy nerkę zanikłą, o zabarwieniu jednostajnie szarem lub, jeśli powodem był zator żylny — brunatno-czarnem. Na przekroju budowa zupełnie zatarta, istota korowa nie różni się niczem od istoty rdzeniowej. W obrazie klinicznym najtypowszym jest nagły, bardzo gwałtowny ból okolicy nerkowej, przeważnie bez cech promieniowania ku kończynom dolnym, przy jednoczesnym b. ciężkim stanie ogólnym: zapaść, zimne poty, wymioty, t° 39° 40°. W moczu prawie zawsze mamy dużą ilość białka, a często i krwi (nieraz hemoglobiny), który to objaw ustępuje w 3 do 5 dni. Z początku mamy również zmniejszenie ilości moczu, nieraz dochodzące do bezmoczu. Rozpoznanie należy opierać głównie na bolu, jako objawie typowym, nie zaniedbując badania czynnościowego nerek i rozbioru moczu z każdej nerki; stan układu sercowo-naczyniowego mieć będzie szczególne znaczenie pomocnicze dla oceny możliwości utworzenia się zatoru.

Co do leczenia, to właściwe jest wyłącznie leczenie ope-

racyjne, mianowicie usunięcie nerki. Z 22 przypadków przytoczonych przez autora, a zebranych z literatury światowej, tylko w dwóch nastąpiło wyzdrowienie po usunięciu nerki. Oczywiście trwałe wyleczenie możliwe jest tylko w tych przypadkach, w których podkład chorobowy na to pozwala, jak n. p. w przypadku Marion'a gdzie powodem zatoru był skrzep, powstały wskutek poporodowego zapalenia żył kończyny dolnej i z krwiobiegiem przeniesiony do żyły nerkowej.

Roncayrol. **Leczenie rzeżączkowego zapalenia pęcherzyków nasiennych zapomocą diatermji.** Zajęcie pęcherzyków nasiennych w przebiegu rzeżączki jest b. częste. Ostra postać jest tylko przejściowa; pomimo ustąpienia objawów chorobowych, pod wpływem zwykłych sposobów leczenia przy pozornem całkowitem wyzdrowieniu, dwoinki jednak pozostają w pęcherzykach; dopiero hodowla z nasienia, wykonana np. wskutek zakażenia w małżeństwie naprowadza na właściwe rozpoznanie. W wielu przypadkach, w których przy najskrupulatniejszem badaniu dróg moczowych i moczu, a nawet posiewów z osadu moczu nie wykrywano nic — posiewy z nasienia dawały wynik dodatni. Autor przytacza 14 przypadków w których z nasienia wyhodowano dwoinki w tem 4 nieleczono, a 10 leczonych przez długi czas zwykłemi sposobami. We wszystkich przypadkach autor zastosował leczenie zapomocą przegrzewania prądami o wysokiej zmienności (diatermia) stosując 4—15 posiedzeń codziennych. We wszystkich przypadkach osiągnięto zupełne wyleczenie pod kontrolą hodowli nasienia, która pozostała jałową.

Styczeń 1925 r. Nr. 1.

Cirillo. **Częste oddawanie moczu, jako późny objaw kiły dziedzicznej.** Dotychczas zbyt częste oddawanie moczu bez wyraźnego podkładu patologicznego t. zw. *pollakiuria simplex* rozpoznawane bywa jako objaw histerji. Autor na zasadzie własnej obserwacji doszedł do wniosku, że w niektórych przynajmniej przypadkach przyczyną cierpienia jest kiła, a szczególniej kiła dziedziczna. U młodej 27-letniej kobiety, u której istnienie kiły dziedzicznej można było podejrzewać z wywiadów, jedynym objawem chorobowym było oprócz ogólnej niedokrwistości zbyt częste oddawanie moczu (co $^1/_2$ godz.), trwające już od 10 lat, przy pojemności pęcherza około 50,0. Chora leczyła się wielokrotnie bez żadnych wyników. Badanie nie wykazało żadnych swoistych dla kiły dziedzicznej objawów, a jednak odczyn Wassermanna w krwi okazał się wyraźnie dodatni i leczenie swoiste bardzo szybko doprowadziło do zupełnego wyleczenia. Co do mechanizmu powstawania cierpienia autor przypuszcza, że pod wpływem jadów kiłowych następuje uszkodzenie ośrodka w rdzeniu, czy też zmiany w jego chemizmie protoplazmatycznym, dzięki którym staje się on niezależnym od podniet wychodzących z mózgu. Jako skutek niezależności ośrodka rdzenia wytwarza się stały skurcz wypieracza moczu, co wreszcie powoduje ciągły popęd do oddawania moczu.

Blanc. **Dwa przypadki torbieli nerki.** Autor opisuje dwa przypadki torbieli nerki prawie jednocześnie spostrzeganych i rozpoznawanych przed zabiegiem. Są to przypadki dość rzadkie, których rozpoznanie jest wogóle bardzo trudne. Jako główne wytyczne, na których trzeba się opierać, jest ustalenie przy obmacywaniu obecności guza, zwykle dużych rozmiarów, niebolesnego, zaotrzewnowo położonego, będącego w związku z nerką, spoistości płynnej (chełbotanie), jednak przy wprowadzeniu cewnika do nerki nie opróżniającego się. Czynność nerki nie powinna być upośledzona, ani pojemność miedniczki zmieniona. Jako dość typowy, jednak nie konieczny objaw autor podaje łukowate wygięcie odsuniętego na zdjęciu kontrastowem moczowodu przez guz w stronę kręgosłupa, W pierwszym przypadku pomimo upośledzenia czynności obu nerek z powodu przewlekłego stanu zakażenia i krwawień, będących z tem w związku, a trwających od lat 10-ciu, udało się jednak na zasadzie powyższych danych rozpoznanie ustalić.

Levy-Falci. **Wskazania próby fenol-sulfo-ftaleinowej w leczeniu dwustronnej gruźlicy nerek.** W przypadkach dwustronnej gruźlicy nerek zazwyczaj wskazane jest wstrzymanie się od wszelkiego zabiegu. Jednak w niektórych przypadkach musimy kierować się nagłością wskazań, jak n. p. przy niebezpiecznem krwawieniu, zakażonem roponerczu i t. p. Zasadniczo najpoważniejsi badacze zgadzają się na to, że w razie dwustronnej gruźlicy można i należy usunąć nerkę zupełnie zniszczoną i nieczynną, pod warunkiem, że w drugiej nerce zmiany są początkowe i czynność nietylko zachowana, ale nawet wzmożona. Jako ocenę wystarczalności nerki autorzy na pierwszem miejscu stawiają próbę f. s. f. W razie gruźlicy dwustronnej wymagane jest, żeby nerka, która ma pozostać, już przejęła czynność nerki zniszczonej, a więc cyfra f. s. f. dla lepszej nerki powinna być blizka 50 w ciągu 70 minut. Trzy przypadki operowane z cyframi 43, 45, 58 i obserwowane w ciągu roku i dłużej dały wybitną poprawę. Wszędzie stwierdzono zupełne ustąpienie objawów pęcherzowych, przyrost wagi, powrót do normalnej pracy. Przypadek operowany z cyfrą 30 — dał w wyniku śmierć przy objawach mocznicowych na 7 dzień po zabiegu. W 4-ch przypadkach z jeszcze niższemi cyframi f. s. f. wstrzymano się od zabiegu, i wszystkie te przypadki skończyły się śmiertelnie w ciągu 1—3 miesięcy potem. Ocena wartości nerki na zasadzie określenia ilości wydzielanego przez nią mocznika jest nieraz zawodną, ilość bowiem wydzielanego mocznika pozostaje w związku z cyfrą mocznika we krwi oraz chwilowem nadmiernem moczeniem. Wydzielanie zaś f. s. f. jest cyfrą maksymalną, zależną głównie od przepuszczalności komórki nerkowej, jest zatem wiernym wykładnikiem najwyższej czynnościowej wartości nerki.

Rogan. **Przerost gruczołu krokowego i rad.** Podano, 6 spostrzeżeń stosowania radu przy przeroście gruczołu krokowego w przypadkach, w których, przy całkowitem ostrem zatrzymaniu moczu ze względu na zły stan chorego lub też brak zgody, nie można było wykonać doszczętnego zabiegu. Wprowadzono 55 mlgr. radium — pierwiastka w specjalnym cewniku do cewki na 24 godzin i w 4—6 tygodni później powtórnie 55 mlgr. do cewki na 24 godziny i tęż samą dawkę jeszcze w ciągu 12 godz. rozłożoną na cewkę i odbytnicę. W 3 przypadkach z których dwa widziano po 3 latach, jeden zaś w rok po stosowaniu radu stwierdzono zupełnie poprawne oddawanie moczu (zaleganie 0 10,0—20,0) W jednym przypadku po zastosowaniu radu wynik zupełnie zadawalający utrzymywał się prawie przez 3 lata, poczem znowu wystąpiło ostre zatrzymanie moczu i chory zgodził się na zabieg. W pozostałych dwóch przypadkach po zastosowaniu radu, jak poprzednio, nastąpiła poprawa, chorzy zaczęli oddawać mocz, jednak pozostawała zaległość 100—150 gr., tak że w następstwie obaj chorzy byli operowani. Szczegół godny uwagi: Uprzednie stosowanie radu nie wywierało wpływu na wykonanie zabiegu w sensie utrudnienia w wyłuszczeniu gruczołu. Wniosek: w niektórych przypadkach nie nadających się do zabiegu można i należy próbować stosowanie radu. W wyniku zawsze można liczyć na poprawę, czasem zaś następuje zupełny powrót czynności pęcherza.

Marion. **Uwagi o zabiegu usunięcia nerki z powodu gruźlicy.** Autor uważa, że przetoki pooperacyjne przy odpowiedniem postępowaniu zdarzają się bardzo rzadko, a w razie powstania — łatwe są do zagojenia. W czasie operacji trzeba postępować bardzo ostrożnie, żeby nie uszkodzić torebki nerki; moczowód należy obciąć i podwiązać tuż przy nerce, żeby w razie wytworzenia przetoki mieć źródło tejże blizko, a nie w głębi, w miednicy. Oba końce moczowodu starannie przypalać żegadłem. Po odcięciu nerki dokładnie usunąć tłuszcz okołonerkowy, łatwo ulegający zakażeniu. Jeśli przy operacji wylało się nieco zakaźnej zawartości, lepiej ranę zostawić szeroko otwartą. Jeśli usunięcie nerki poszło gładko, zawsze jednak należy zostawić gruby sączek gumowy, który wyjmuje się w 5—10 dni po zabiegu w zależności od ilości wydzieliny. Jeśli po zabiegu utrzymuje się gorączka i można wnioskować, że pochodzi ona z rany — należy ją natychmiast szeroko otworzyć. Jeśli wytworzy się i utrzymuje przez dłuższy czas przetoka gruźlicza, autor radzi wprowadzić do niej odpowiedniej długości laseczkę lapisu i zostawić. Na 4-5 dzień wydzieli się strup, stanowiący jakby odlew przetoki, która wkrótce potem zupełnie dobrze zagoi się. Jeśli mamy zakażoną otwartą jamę pooperacyjną, uporczywie nie gojącą

się, z typową dla gruźlicy powierzchnią, trzeba uciec się do wycięcia całej powierzchni i nałożenie wtórnego szwu. Przetoki moczowe goją się zawsze przez założenie cewnika komornem. Leczenie ogólne, słońce, promienie pozafjoletowe mają duże znaczenie i odgrywają ważną rolę pomocniczą.

Nr. 2.

P. Moure i R. Leibovici **Cięgotka (priapismus) w białaczce.** Dotychczas w literaturze podano 44 przypadki. Autorzy uważają cięgotkę jako niezbyt rzadki a typowy objaw w białaczce. Początek bywa nagły, bez wyraźnego powodu występuje już to w pełnym rozwoju lub nawet pod koniec przebiegu białaczki, już to — najczęściej — jako pierwszy objaw, skierowujący chorego do lekarza. Wzwód członka bywa zazwyczaj zupełny i stały, trwa tygodniami i dłużej, nieraz do śmierci, a nawet i po śmierci chorego. Napięcie i twardość dotyczy ciał jamistych, ciała gąbczaste (opuszka cewki, żołądź) są mało wypełniane i pozostają w spoistości normalnej. Oddawanie moczu, z początku dość znacznie utrudnione, ale możliwe, po kilku dniach staje się łatwiejsze i mniej bolesna. Stan ogólny z powodu dotkliwego bolu, bezsenności, nieco podniesionej ciepłoty jak również z powodu rozwijającego się cierpienia zasadniczego bywa wyraźnie upośledzony. Przy pierwszem już badaniu ogólnem da się spostrzec powiększenie śledziony, a badanie krwi da nam obraz białaczki szpikowej. Rozważając istniejące przypuszczenia co do pochodzenia objawu, autorzy dochodzą do wniosku, że mamy tu do czynienia przynajmniej w początku cierpienia z zakrzepem wrzekomym, powstającym ze skupień żywych białych krwinek. Zakrzep ten w przeciwieństwie do zakrzepu prawdziwego nie zawiera włóknika. Rzeczywiście w leukocytozie wysokiego stopnia następuje największy zastój krwinek białych w okolicach o zwolnionem krążeniu, a do tych należą właśnie ciała jamiste, mniej elastyczne niż ciała gąbczaste. Od tych więc zastojów białych krwinek zależy cięgotka początkowa — później wytwarza się siatka włóknika i powstaje zakrzep prawdziwy. Na tej zasadzie autorzy radzą w dość wczesnym okresie wykonać nacięcia jednego z ciał jamistych u podstawy członka na przestrzeni 2—3 cm.; dopóki niema zakrzepu właściwego, przez cięcie da się opróżnić krwiak z całej rozciągłości ciał jamistych. Ponieważ cięgotka powoduje zupełną niezdolność do pracy, lepiej zaradzić wcześnie, gdyż przy białaczce osobnik po usunięciu tego objawu może pozostawać w ciągu dłuższego czasu zdolnym do pracy. W następstwie prawie zawsze notowano bezsilność płciową tak po zabiegu, jak i bez niego.

T. Bilger — Paryż. **Znieczulenie zewnątrzoponowe (epiduralis) w chirurgji moczowej.** Autor stosował zastrzykiwanie 20 gr. 2% roztworu nowokainy. Przy tej metodzie znieczuleniu ulega okolica krocza i odbytu, moszna i prącie aż do spojenia łonowego; w głębi pęcherz, cewka, dolna część odbytnicy i gruczoł krokowy (niezawsze). Nie ulega znieczuleniu ściana brzuszna i skóra ponad spojeniem łonowem oraz powrózek nasienny, jądro i najądrze. Z tego powodu dla wykonania zabiegu na gruczole krokowym lub pęcherz trzeba dodatkowo znieczulać ścianę brzuszną nad spojeniem. Przy zabiegu na gruczole krokowym ujemną stroną jest brak znieczulenia tłoczni brzusznej, co bardzo przeszkadza przy wyłuszczaniu gruczołu palcem. Przy kruszeniu kamieni pęcherzowych niekorzystnym objawem jest utrata sprężystości pęcherza, dzięki czemu trudno opróżnić pęcherz po zabiegu. Natomiast wszelkie operacje na cewce, zabiegi wewnątrz-pęcherzowe przez wziernik, wziernikowanie w trudnych przypadkach — bardzo dobrze nadają się do tego rodzaju znieczulenia. Dodatnią stroną również jest całkowite bezpieczeństwo metody. Autor na 20 przypadków w 6-ciu nie otrzymał znieczulenia lub było ono niezupełne; przy otyłości pacjenta jest ono technicznie bardzo trudno wykonalne.

G. Marion — Paryż. **Ropowica okołonerkowa nie jest dostatecznie dobrze znana.** Autor dowodzi, że ropowica okołonerkowa często bywa nierozpoznaną, gdyż chirurdzy wahają się w ustaleniu rozpoznania w braku zewnętrznych oznak zapalnych, które widoczne są bardzo rzadko. Rzeczywiście, w wyjątkowych razach tylko widzimy uwypuklenie okolicy lędźwiowej lub nawet zaczerwienienie; w znakomitej większości przypadków tych objawów brak, może nie być nawet podsienie ciepłoty. Głównym objawem jest ból w okolicy lędźwiowej, przy obmacywaniu zaś wyczuwa się płaskie stwardnienie, bardzo bolesne w kącie lędźwiowo-żebrowym. Jeśli chory przytem przed niedawnym czasem przechodził przewlekłe ropienie, najczęściej czyrakowatość, lub też podlegał urazowi, mamy zaś poza tem upośledzenie stanu ogólnego, przy braku zmian w moczu — musimy orjentować się w kierunku ropowicy okołonerkowej. Cała rzecz polega na tem, żeby nie szukać tych objawów, których prawie nigdy nie znajdziemy. Z chwilą kiedy mamy rozpoznanie, można myśleć w leczeniu szczepionką przeciwgronkowcową lub własną, co daje nieraz dobry wynik. Przeważnie jednak, nie czekając dłużej niż 2 tygodnie od początku cierpienia należy uciec się do cięcia, dającego zawsze najpewniejszy wynik leczniczy.

W. Lilpop (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 19 maja 1925 r.

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki

1. Kol. Dąbrowski pokazuje 17-letnią chorą z **wielkiem płaskiem owrzodzeniem dookoła odbytnicy.** Wobec wybitnie dodatniego odczynu Wassermanna, zastosowano leczenie rtęciowe w następstwie czego owrzodzenie prawie się zasklepiło.

2. Kol. Typograf podaje przypadek **pęknięcia tętniaka części zstępującej tętnicy głównej** do lewej jamy opłucnej. Zejście śmiertelne po 3 dniach (pokaz preparatu).

3. Kol. Szczepański wygłosił wykład p. t. **Zasady podstawowej przemiany materji** (*metabolismus*), z pokazami przyrządu Krogh'a.

Dyskusja: Kol. Szulc podkreśla, że komunikat kol. Szczepańskiego jest pierwszą pracą polską w niezmiernie ciekawej dziedzinie badań nad przemianą gazową, za co należy się wdzięczność prelegentowi. Aparat Krogh'a jest szczęśliwem ułatwieniem w zastosowaniu metody badań nad przemianą gazową: dla kliniki ma ujemną stronę, że stwarza dla badanego warunki nienormalne, każąc mu oddychać powietrzem bardzo bogatem w tlen. Metoda Krogh'a jest podobna do metody Benedikt'a, który używa spirometru nieco innej postaci, opartego na tych samych zasadach. Ostatnio prof. Benedikt podał do tego celu bardzo prosty aparat, nazwany przez niego studenckim, a kosztujący zaledwie kilka dolarów. W aparacie tym odbywa się uzupełnianie pochłoniętego tlenu kilkoma poruszeniami pompki automobilowej o znanej pojemności. Krogh przyjmuje, że w tych warunkach, jakie on podaje, współczynnik oddechowy równa się 0,9 jednak jest to rzeczą niedowiedzioną, i należałoby najpierw oznaczyć współczynnik oddechu u osobników normalnych w naszych warunkach wyżywienia. Benedikt oznaczył współczynnik dla studentów amerykańskich na 0,82. Przy badaniach, wykonanych w Wojskowym Instytucie Sanitarnym na oficerach i żołnierzach, współczynnik wypadł średnio około 0,84. Zresztą obliczania wydatku energji należy sprowadzić do jednostki powierzchni ciała, gdyż daje to stosunkowo najmniejszy błąd. Kol. Michalski zaznacza, że dla kliniki aparat Krogh'a zupełnie wystarcza, i ma specjalne znaczenie w przypadkach niejasnych stanów tarczycowych. Kol. Węgierko: przy badaniu chorych niecukrzycowych nie zależy nam na współczynniku oddechowym, gdyż przy pomocy odpowiedniej diety można go doprowadzić do 0,9. W cukrzycy, kiedy współczynnik oddechowy pozostaje stale nizkim, aparat ten nie nadaje się zupełnie. Radzić sobie można w ten sposób, że oblicza się jedynie tylko ilość zużytego tlenu. W badaniach porównawczych ilość tlenu wdychanego, wyrażonego w litrach, w zupełności wystarcza. Najbardziej dodatnią cechą aparatu Krogh'a jest szybkość badania, które nie trwa dłużej, niż 15 minut. Kol. Szczepański stwierdza, że aparat ma swoje dobre i ujemne strony, ale dla kliniki jest bardzo dogodny, gdyż jest prosty w użyciu, badanie zaś nietrwa długo.

4. Kol. Cytronberg wygłosił wykład p. t. **»Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych«.**

Posiedzenie kliniczne w dniu 2 czerwca 1925 r,

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki.

1. Kol. Szymanowski wygłosił wykład p. t. **»O bakterjofagach».**

2. Kol. Zaorski wygłosił wykład p. t. **»Współczesne lecznictwo wrzodu okrągłego żołądka«,**

W dyskusji kol. Michalski podnosi trudności, jakie napotyka leczenie wewnętrzne wrzodów żołądka, przytacza poglądy Moynihana i omawia trudności rozpoznawcze w początkowych okresach wrzodu. Kol. Cytronberg stwierdza, że

w obecnej dobie najbardziej racjonalnem leczeniem wydaje się operacja i leczenie wewnętrzne, wzajemnie się uzupełniające. C. podaje zasady niedawno ogłoszonej operacji Thomas'a: dookoła wrzodu przecina się surowicówkę, podsurowicówkę i mięśniówkę, poczem zaszywa się brzegi rany żołądka, lecząc następczo chorego zapomocą djety Lenhartz'a. Operacja ta ma na celu przecięcie możliwie większej ilości gałązek nerwu błędnego i przez to unieruchomienie wrzodu, co według autora sprzyja bardzo wygojeniu. Według Thomasa wyniki tego leczenia są bardzo dobre. Kol. Sawicki podkreśla, że leczenie djetetyczne nastręcza zwykle duże trudności, nie tylko na oddziałach szpitalnych, lecz nawet w miejscach specjalnie przeznaczonych do leczenia chorób żołądkowo-jelitowych, jak n. p. w Karlsbadzie. Wrzód żołądka niewymaga tak rychłej pomocy operacyjnej, jak n. p. zapalenie wyrostka robaczkowego, niemniej przeto nie należy zwlekać z operacją lat kilka lub kilkanaście, jak to nieraz bywa. S. uważa, że dla wrzodu zwężającego odźwiernik, zupełnie dostatecznym zabiegiem jest zespolenie żołądkowo-jelitowe. Co się tyczy wycinania z zasady części przyodźwiernikowej, to S. uważa, iż lepiej ograniczyć się do wycięcia samego wrzodu tam, gdzie to możliwe, ponieważ w ten sposób nie upośledzamy tak znacznie sprawności trawiennej żołądka. W przypadkach cięższych, gdzie owrzodzenie jest duże i wywołało liczne zrosty — każda z tych operacyj jest przeważnie niewykonalną. S. wątpi, aby proponowana przez Thomasa operacja mogła dać dobre wyniki, ponieważ przecięte nerwy szybko się zrastają. Kol. Zaorski odpowiada, że nie miał na myśli tak szybkiej decyzji poddawania chorych na wrzód żołądka natychmiastowej operacji. Termin ten określa około 3 miesięcy. Z. uważa, że przypadki wyleczone przez zespolenie żołądkowo-jelitowe — wyleczyłyby się również samoistnie. Nawroty po zespoleniach są częste po resekcji odźwiernika i części odźwiernikowej — dotychczas nie są znane. Operacja Thomasa, zdaniem mówcy, nie ma racji bytu, gdyż ośrodki ruchowe żołądka położone są w części oddźwiernikowej, w samej ścianie żołądka. Na klinice II-ej czyniono już próby przecinania ośrodków.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe w dniu 3 kwietnia 1925 r. Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 104 członków.

1. Kol. Rencki przedstawia niezwykły przypadek **splenomegalji**, który zgłosił się w grudniu r. ub. na klinikę, podając, że od roku cierpi na bole w podżebrzu lewem, gdzie zauważył przed pół rokiem guz. Przy badaniu stwierdzono: bladość skóry i błon śluzowych. Płuca i serce bez zmian. Wątroba $1^1/_2$ palca poniżej łuku, śledzionę, niedochodzącą na $1^1/_2$ palca do więzadła Pouparta, a palec na prawo przekraczającą linję środkową ciała, twardą, o powierzchni nie całkiem gładkiej, nieco tkliwą. W żołądku objawy niedomogi wydzielniczej, badanie roentgenologiczne żołądka zmian nie wykazało. W moczu i stolcu zmian nie wykazano. Na podstawie szczegółowych badań krwi, obserwacji chorego, wykluczając poszczególne rodzaje splenomegalji, skłania się R. do rozpoznania **haemagiomatosis lienis**. Wobec ujemnego wyniku dotychczasowego leczenia (arsen, naświetlania promieniami Roentgena), a uporczywych dolegliwości chorego skierowano chorego do kliniki chirurgicznej, w której prof. Schramm wykonał wycięcie śledziony. Obecnie stan chorego znacznie się poprawił.

W dyskusji przemawiali kol. Schramm i kol. Nowicki.

2. Wobec spóźnionej pory wykład kol. Leszczyńskiego odłożono do posiedzenia następnego.

XII. Posiedzenie naukowe w dniu 17 kwietnia 1925 r. Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 98 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia, że do Towarzystwa zostali przyjęci jako członkowie zwyczajni koledzy 1) Jerzy Urbanowicz, 2) Stanisław Bühn, 3) Adam Hełczyński, 4) Stanisław Ostrowski, 5) Zofja Pilewska, 6) Stanisław Brichta, 7) Wincenty Skowroński, 8) Zofja Nowak-Przygodzka.

2. Kol. Laskownicki przedstawia a) chorego, u którego prof. Schramm wykonał w r. 1920 **obustronne wycięcie szczęki górnej z powodu raka**. Jamę nosową odgraniczono wówczas od jamy ustnej w ten sposób, że odpreparowano błonę śluzową z obu wewnętrznych powierzchni policzków i zeszyto ze sobą. W ten sposób uzyskano dwa płaty, tworząc na nowo rodzaj podniebienia. W kwietniu 1924 r. **nastąpił nawrót w postaci guza**, wypuklającego prawą połowę twarzy. Chorego poddano leczeniu promieniami Roentgena, poczem guz znikł; obecnie znów nawrót, znikający podobnież pod wpływem promieni Roentgena;

b) preparat **raka ramienia wstępującego kiszki grubej**, gdzie wykonano rozległe wycięcie kiszki ślepej, części przyległej jelita biodrowego i całej części wstępującej kiszki grubej, zespalając kiszkę cienką z poprzecznicą koniec do boku. Przy oddzielaniu i podwiązywaniu naczyń w krezce natrafiono na **ropień zaotrzewnowy**, leżący na przedniej powierzchni nerki. Ściany zamykające jamę ropnia wielkości jabłka wyjęto wraz z guzem, wykonując dekapsulację nerki na przedniej powierzchni. Był to typowy obraz **ropnia okołonerkowego** takiego, jaki widujemy przy schorzeniach i ciałach obcych w *colon ascendens*;

c) **preparat wycięcia bardzo znacznej części żołądka z powodu raka**. W żołądku guz, wielkości dwu pięści, zajmujący całą część oddźwiernikową okrężnie. Wykonano bardzo rozległe wycięcie żołądka z usunięciem powiększonych gruczołów chłonnych wysoko w części wpustowej żołądka, kikut żołądka zespolono z jelitem czczem sposobem Krönleina. Preparat ten jest dowodem, jak postępuje naprzód technika chirurgiczna, gdyż dawniej takie preparaty uzyskiwano tylko na sekcji. Chora w doskonałym stanie opuściła klinikę;

d) **dwa preparaty wyciętych nerek z powodu roponercza** i omawia metody badań czynnościowych nerek. W obu przypadkach dokładny obraz czynności nerki zdrowej i chorej uzyskano po sondowaniu obu miedniczek i obliczeniu procentowem wstrzykniętego wśródżylnie roztworu fenolsulphophtaleiny. Metoda ta, polecana w ostatnich czasach przez Mariona i stosowana szeroko, na oddziale jego stosowana jest obecnie na klinice chirurgicznej lwowskiej z pełnem powodzeniem.

W dyskusji nad przypadkiem b) zabierali głos kol. Janusz i kol Schramm.

3. Kol. Dobrzański przedstawia **chorego z rakiem krtani, leczonym radem i naświetlaniami Roentgena**. Chory lat 55 obecna choroba zaczęła się w październiku r. 1923, kiedy uczuł w gardle zawadzanie przy połykaniu, przedewszystkiem po stronie prawej, a głos był ochrypły. Z początkiem 1924 r. pojawiły się bole kłójące, które wzmagały się przy połykaniu. Z tem zgłosił się chory w lutym 1924 r. do ambulatorjum tutejszej kliniki. Wówczas można było stwierdzić nierówny na powierzchni rozległy naciek na głośni, głównie jej powierzchni krtaniowej i prawego więzadła. Naciek częściowo wrzodziejący — kliniczny obraz krtani wskazywał na raka krtani. Dla zbadania drobnowidowego wycinka z nacieku, zamówiliśmy chorego, by się zgłosił za parę dni. Chory jednak udał się na klinikę laryngologiczną w Krakowie, gdzie stwierdzono histologicznie nowotwór złośliwy (Ca) i zaproponowano albo operację (wycięcie krtani) albo leczenie radem. Chory zgodził się na leczenie radem i 7. III. 1924. zastosowano mu 3 igły radowe (2 z zewnątrz i 1 wewnątrz) na 48 godzin, a w dwa miesiące znowu 3 igły radowe. Po 2-giem stosowaniu radu wystąpiło zapalenie ochrzęstnej chrząstek krtani, które częściowo zaczęły się wydzielać. W międzyczasie wyłuszczono gruczoły na szyji. Po drugiem naświetlaniu radowem miało badanie histologiczne wykazać zmniejszenie się bujania rakowego. W lipcu proponowano choremu wycięcie krtani, na co tenże nie chciał się zgodzić i we wrześniu zgłosił się do kliniki lwowskiej powtórnie. Stan krtani był wówczas rozpaczliwy: Otwór w chrząstce tarczykowej, obumarcie tejże, obumarte strzępy pokrywały powierzchownie i w głębi. Ten sam obraz częściowego obumarcia tkanek widoczny był przy badaniu lusterkiem krtaniowem; nadto i obrzęk obustronny i upośledzenie ruchomości obu chrząstek nalewkowych. Ponieważ Sargon i Preussing zalecają metodę kombinowaną naświetlania radu z Roentgenem, postanowiliśmy i w tym przypadku ją zastosować tem bardziej, że nie mieliśmy nic do stracenia, a tylko do ewentualnego zyskania i skierowaliśmy chorego do naświetlań promieniami Roentgena — do pracowni kliniki chorób wewnętrznych. Po 7 naświetlaniach, które chory otrzymywał co kilka dni (od 4—10 krtań znacznie się oczyściła, a w listopadzie można było stwierdzić cofnięcie się całkowite nacieku z wyrównaniem blizn na nagłośni i częściowego ubytku wolnego jej brzegu, więzadła były zupełnie wolne od nacieku. Otwór z przodu krtani powiększył się po dalszem wydzielaniu się części chrząstek. Następnie chory znów się nie pokazywał, aż przed miesiącem zgłosił się z tem, że mu przez otwór w krtani pokarmy wyciekają. Po wydzieleniu się 2 części chrząstek, z których jedną rozpoznaliśmy jako chrząstkę nalewkową, z prawego brzegu otworu w krtani widoczna była ziarnina, której widok przemawiał za nawrotem. Wycinek, przesłany do zbadania histologicznego, nie wykazał bujania rakowego. Obecnie znowu stosuje się naświetlania promieniami Roentgena. Ciekawe jest w tym przypadku wypływanie pokarmów przez otwór w krtani — przyczem chory niema zachłystywania się. Początkowo sądziliśmy, że mamy do czynienia z przetoką ku nasadzie nagłośni, dopiero przy dalszej obserwacji mogliśmy się przekonać, że niema tu przetoki, lecz niedostateczne zamykanie się wskutek braku chrząstki nalewkowej i uszczelnienia wejścia do krtani. Rola chrząstki nalewkowej jest więc w zamykaniu wejścia do krtani ważna. Przy ucisku palcem na krtań z przodu chory przełyka lepiej. Można więc ten przypadek uważać częściowo za dodatni efekt stosowania radu i promieni Roentgena, chociaż szkielet chrzęstny krtani uległ znacznemu uszkodzeniu, jakkolwiek jeszcze nieuleczony. Wracając do choroby zasadniczej tego przypadku, t. j. do raka krtani, należałoby się zastanowić, którą z metod leczniczych z dzisiejszego punktu nauki należałoby wybrać. Ramy pokazu nie pozwalają na szersze rozwinięcie tego problemu, wspomnę tylko krótko, że są dwie metody główne t. j. operacyjna i zachowawcza: leczenie radem i promieniami Roentgena. W piśmiennictwie zdania różnych autorów są również podzielone. Fakt jest, że jedna i druga metoda trwałych wyników

nie daje, a jeśli daje, to w bardzo małym procencie. Nie będę przytaczał statystyk pooperacyjnych, bo trwały wynik pooperacyjny po wycięciu krtani jest mały, naturalnie zależy on w znacznej mierze od wielkości nacieku rakowego. Operacyjnej metody trzymają się głównie Niemcy. Francuzi zaś skłaniają się bardziej do leczenia radem i promieniami Roentgena. Sargnon a następnie Preusing zalecają kombinowaną metodę leczniczą: operacyjną — wycięcie krtani i następowe stosowanie radu i promieni Roentgena. Escat i Leval zalecają fenestrację w chrząstce tarczykowej, i następowe stosowanie naświetlań radu. Wendel zestawia wyniki naświetlania promieniami Roentgena, stosowane w 14 przyp. raka w ciągu 7 lat, uzyskał on w 2 przypadkach wynik dobry na 5 lat, inni chorzy umierali po 11—41 miesięcy. Łączna ilość miesięcy po naświetlaniach jest znacznie większa, niż tych po wycięciu. Tak więc i Niemcy skłaniają się do leczenia konserwatywnego. Wrażliwość krtani na naświetlania promieniami Roentgena jest wielka, i te następowe uszkodzenia krtani prowadzą nieraz do śmiertelnych zgubnych skutków. I tak Jungling zwraca szczególną uwagę na niebezpieczeństwo uszkodzenia szkieletu chrząstkowego krtani, przy naświetlaniu ulegają stanowi zapalnemu, rozmiękają i wydzielają się. Podobno przedtem Marschal przed 3 laty zwrócił uwagę na ogromną wrażliwość chrząstek krtani na promienie, aczkolwiek Wendel tych uszkodzeń nie obserwował. W naszym przypadku trudno zadecydować, czy rad i promienie Roentgena spowodowały wydzielenie się chrząstki nalewkowej. Jakkolwiek sprawa z uszkodzeniem krtani po naświetlaniu promieniami Roentgena się przedstawia — to w naszym przypadku mamy także do czynienia z częściowem wydzieleniem się chrząstek, ale zarazem z cofnięciem się nacieku rakowego, i przypadek ten musimy uważać częściowo za wynik dodatni stosowania radu i promieni Roentgena.

W dyskusji zabierali głos kol. S c h r a m m i kol. Z a l e s k i.

4. Kol. S a b a t o w s k i wygłasza wykład: **»O dwufazowości zjawisk w przyrodolecznictwie«**. Dwufazowość, już dawniej w medycynie spostrzegana i opisywana, stała się znów przedmiotem zainteresowania dzięki badaniom nad przebiegiem wstrząsów lekkich. Leukopenja i leukocytoza, spadek ciepłoty i gorączka, hipalgezja i hiperalgezja, to zjawiska występujące po sobie kolejno po bodźcach odpowiedniego nasilenia. Szczególnie wyraźnie spostrzega się taką dwufazowość po bodźcach, stosowanych w przyrodolecznictwie; odnosi się to zarówno do obrazu krwi jak odczynów skórnych, a nawet ogólno-komórkowych. S. wykazał to przy piciu wody zimnej lub gorącej, wzgl. płukaniu nią jelit — odnośnie do obrazu krwi, a także przy piciu lub wlewaniu dożylnem większych ilości wody (o ciepłocie ciała) — odnośnie do odczynu Herxheimera przy osutce kiłowej. Dwufazowością, z przewagą fazy ujemnej lub dodatniej tłumaczy się korzystnie lub niekorzystne działanie bodźców przyrodoleczniczych na ustrój zdrowiejący. Badania naukowe nad sposobem działania tych bodźców były dotychczas nieraz sprzeczne z powodu ujmowania zjawisk w różnych fazach odczynu. (Rzecz ogłoszona w Polskiej Gazecie Lek. Nr. 16 z roku 1925).

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e dniu 18. lutego 1925 r.

Przewodniczący Kol. D r o ż d ż.
Obecnych 14 członków i 1 gość.

1. Przewodniczący zawiadamia o śmierci dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wileńskiego prof. B u r d z i ń s k i e g o, zawiadamia o jutrzejszym pogrzebie jego w Lublinie i wzywa członków do wzięcia jaknajliczniejszego udziału w uroczystościach żałobnych. Pamięć ś. p. prof. B u r d z i ń s k i e g o uczczono przez powstanie.

2. Kol. P ł a s z k i e w i c z pokazuje chorego, u którego rozpoznano **ropień płuca**; potwierdzony prześwietleniem. Zastrzyknięcia neosalwarsanu nie dały żadnego wyniku. Zastosowano odmę i stan chorego znakomicie się poprawił, ciepłota od miesiąca normalna, plwocina wybitnie się zmniejszyła. Prześwietlenie powtórne jamy już nie wykazuje, wykazuje rozlaną ciemną plamę. Chory czuje się dobrze, przybrał na wadze.

W dyskusji zabierali głos kol. B i e r n a c k i, A r n s z t a j n i D z i a m s k i.

3. Kol. J a c z e w s k i pokazuje przypadek ciekawy pod względem rozpoznawczym: chory cierpi od 3 tygodni na ból gardła. Na lewym migdale owrzodzenie o brzegach poszarpanych, pokryte białym nalotem, łuki bez zmian, gruczoły nie powiększone. Referent omawia diagnostykę różniczkową, wyklucza gruźlicę i kiłę i rozpoznaje **angina Vincenti**. Ultramikroskop wykazał spirille, preparaty barwione bacillus fusiformis i spirille. Wassermann i Sachs-Georgi dały ++, możliwie zależne od spirill.

4 Kol. C z e r w i ń s k i pokazuje **preparat ciąży zamacicznej**. Jest to w ciągu miesiąca drugi podobny przypadek. Chora 46 lat, ostatnia miesiączka w lutym 1924 r. na Boże Narodzenie bole porodowe, przybyła do szpitala, bóle ustały. Upłynęło dwa miesiące, w ciągu których 2 razy menses. Badanie wykazało maleńką macicę z lewej strony, z prawej strony duży guz. Ciążę rozpoznano na zasadzie wywiadów, gdyż guz przedstawiał się, jak torbiel. Po wyjęciu guza stwierdzono ciążę jajnikową. U chorej tej stwierdzono prócz tego woreczek żółciowy pełen kamieni i blizny po wrzodzie żołądka;

b) wyjętą **małą macicę** z **rakiem**, zewnętrznie nie wyglądającą na rakowatą, jednak badanie wyskrobin wykazało raka. Nakoniec pokazuje promienie do trąbki.

5. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

6. Odczytano podanie kol. S c h o l t z'a o przyjęcie go w poczet członków T wa.

7. Odczytano korespondencję bieżącą.

8. Kol. R u p n i e w s k i wygłosił II gą część swego referatu **»Wrzody przebijające żołądka i dwunastnicy według H. Mondor'a i S. Lauret'a«**. Sprawozdawca podaje, iż autorowie powyżsi przytoczywszy dane statystyczne częstości przebić i omówiwszy etjologję i anatomję patologiczną cierpienia, przytaczają 4 zasadnicze objawy przebicia: 1) nagły ostry ból, 2) spastyczna kontraktura całej ściany jamy brzusznej, 3) nadczułość powłok ściany brzusznej, 4) przeszłość gastryczna chorego. Prócz tych objawów zasadniczych bywają i dodatkowe, jak: brak stolca i wiatrów, tarcie otrzewnowe, dźwięk metaliczny podczas expirium, zniknięcie tępości wątroby, tętno małe, przyśpieszone, ciepłota z początku normalna, potem podniesiona. Są cztery postacie kliniczne przebicia: 1) przebicie typowe, 2) postacie utajone, 3) zabezpieczone i 4) przebicia tylne otwarte. Śmiertelność bez zabiegu wynosi 95%. Zabieg daje w pierwszych 12 godzinach 60—75% wyzdrowień, od 12-24 godz. 44-45%, po 24 godz. 10-12%.

W dyskusji zabierali głos kol. B i e r n a c k i, C z e r w i ń s k i, A r n s z t a j n, S i t k o w s k i i prelegent.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 4. marca 1925 r.

Przewodniczący Kol. D r o ż d ż.
Obecnych 20 członków i 8 gości.

1. Kol. O s s o w s k i pokazuje chorego, u którego poza uchem i naokoło małżowiny usznej utworzył się guz rakowy, szybko rosnący, pokryty owrzodzeniami. Ponieważ guz do operacji nie nadawał się poddano go naświetlaniom roentgenowskim i po 4 głębokich naświetlaniach w dwóch serjach guz zniknął zupełnie, owrzodzenia się pogoiły.

W dyskusji nad tym przypadkiem zabierali głos kol. D i s t l e r i W i t k o w s k i.

2. Kol. W o ś k o w s k i pokazuje **preparat ciąży zamacicznej**, w czasie operacji, w której okazało się, iż była to ciąża zamaciczna ze skręceniem szypuły.

3. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

4. Odczytano bieżącą korespondencję i zebrano doraźnie na rzecz Komitetu Obchodu 900-lecia Koronacji Bolesława Chrobrego 71 zł.

5. Przewodniczący zawiadomił o liście kol. J a c z e w s k i e g o, zawiadamiającym o przelaniu przezeń stypendjum im. ś. p. ks. biskupa J a c z e w s k i e g o do funduszu Stypendjalno-zapomogowego przy Towarzystwie.

6. Z powodu braku quorum balotowanie kol. S c h o l t z a w myśl regulaminu zostało przeniesione na następne posiedzenie.

7. Kol. W i e s z e n i e c k i wygłosił referat: **»O teorji nowotworów Bard'a«** (autoreferat nie dołączony).

W dyskusji nad tym referatem zabierał głos kol. St. S i t k o w s k i.

Sekretarz *Dr. St. Wilkowski*

Towarzystwo Internistów Polskich.

P r o t o k ó ł W a l n e g o Z e b r a n i a w dniu 12 lipca 1925.

Walne Zebranie Towarzystwa Internistów Polskich odbyło się podczas XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie dnia 12 lipca, 1925 r. w Klinice chorób wewnętrznych.

Prof. G l u z i ń s k i otwiera zebranie krótką przemową a następnie oddaje cześć pamięci zmarłych Kolegów, członków Towarzystwa, a mianowicie Prof. W. J a w o r s k i e g o, Prof. R z ę t k o w s k i e g o, Prof. S o k o ł o w s k i e g o i Dra P a w i ń s k i e g o. Uczczono przez powstanie. Proponuje na przewodniczącego Prof. O r ł o w s k i e g o, na sekretarza Doc. J. G r e k a.

Prof. G l u z i ń s k i zdaje sprawozdanie z dwuletniej działalności Zarządu Tow.. skarbnik Doc. S. Bronowski zdaje sprawozdanie ze stanu kasy Tow.

Prof. G l u z i ń s k i, jako redaktor Pol. Archiwum Medycyny wewn., zdaje sprawozdanie rzeczowe i finansowe, nadmieniając, że stosownie do uchwały Walnego Zebrania w Wilnie są ogłoszone w Archiwum Statut Tow., zatwierdzony przez Min. S. Wew., jakoteż sprawozdanie naukowe ze Zjazdu we Wilnie. Po krótkiej dyskusji sprawozdanie przyjęto jednogłośnie do wiadomości.

Prof. G l u z i ń s k i, zaznaczywszy, że ze względu na swe zajęcia nie może pełnić dalej czynności w Zarządzie, imieniem Zarządu dotychczasowego proponuje skład Zarządu na następne dwa lata. Zebranie, uwzględniając tę prośbę z jednej strony a z drugiej zasługi Prof. G l u z i ń s k i e g o w założeniu Towarzystwa, zamianowało go jednogłośnie, na wniosek Doc. J a n o w-

skiego, dożywotnim prezesem Tow. zaś do Zarządu wybrało: S. Bronowskiego, W. Janowskiego, W. Orłowskiego, A. Puławskiego, E. Reicherównę, Semerau-Siemianowskiego, J. Skłodowskiego, Z. Szczepańskiego i E. Żebrowskiego.

Prof. Gluziński w imieniu Zarządu proponuje na redaktora Archiwum Doc. W. Janowskiego, nadmieniając, że z powodów wyżej podanych nie mógłby się podjąć dalszej redakcji. Zebrani jednomyślnie wybierają Doc. Janowskiego redaktorem Archiwum a zarazem na tegoż wniosek uchwalają, aby w uczczeniu zasług Prof. Gluzińskiego w założeniu Pol. Arch. Medycyny wew. na karcie tytułowej dodawać: »Redaktor honorowy: Prof. Dr. A. Gluziński«,

W miejsce ś. p. Rzętkowskiego wybrano do grona stałych współpracowników pisma Dr. J. Skłodowskiego (Warszawa).

Do komisji rewizyjnej wybrani zostali kol. Bełtowski i kol. Stefanowski.

Na wniosek Prof. Jezierskiego (Poznań) uchwalono by następny Zjazd odbył się w Poznaniu w roku 1927.

Uchwalono referaty główne na Zjazd następny: 1) Dychawica oskrzelowa. 2) Acidoza.

Polecono Zarządowi wybór referentów w terminie do 1. stycznia 1926,

Wybór odpowiedniego terminu Zjazdu oddano do rozstrzygnięcia Zarządowi, między innemi wniosek Koła Internistów lwow., proponujący termin przyszłego Zjazdu podczas Zielonych Świąt.

Koło Internistów krakowskich proponuje umieszczanie w Archiwum także referatów z prac medycyny wewnętrznej. Na wniosek Doc. Bronowskiego polecono Zarządowi, aby w razie możności finansowej wydawać dodatek do Archiwum, zawierający referaty zbiorowe a także i krytyki poważniejszych dzieł z medycyny wewnętrznej.

Na wniosek Doc. Janowskiego upoważniono Zarząd do wypracowania i zatwierdzenia regulaminu dla Archiwum, Skarbnika i t. d. i kierować się tem aż do przyszłego Zjazdu.

Grek, sekretarz.

Zjazd lekarzy Województwa Nowogródzkiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 września 1925 r. w Nowogródku.

Na Prezesa honorowego obrano Dr. G. Chrzanowskiego. Przewodniczy Dr. Z. Domański.

Referaty wygłosili:

1. Dr. L. Rutski. Stołpce. **„Ślepota, jej przyczyny w świetle cyfr w Województwach: Wileńskiem, Nowogródzkiem i Poleskiem“.**

Potrzeba nie tylko leczyć chorych, ale także zwalczać chorobę; ażeby ocenić rozmiary, grozę i straty, jakie narodowi przynosi choroba, potrzeba znać liczbę chorych. Ociemniali stanowią osobną grupę kalectw, potrzebujących opieki specjalnej. Pierwszym obowiązkiem okulisty w naszym kraju jest walka z jaglicą; W zwalczaniu jaglicy trzeba zwracać baczną uwagę na wszelkie nieżyty spojówek.

W 75% chorób oczu przy racjonalnem i w porę przeprowadzonem leczeniu można było uniknąć ślepoty. Po otrzymaniu danych statystycznych z województw: Wileńskiego, Nowogródzkiego i Poleskiego stwierdzono: ogólna liczba ślepych 3.438; zupełnie ślepych 1.142 (33%), ślepych na jedno oko 2.296 (67%). Najczęstszą przyczyną ślepoty były choroby oczu (44%), w tem wskutek ospy 9% chorób oczu; 25% wskutek wypadku — wybicie, wykłucie rogiem krowy, kłosem i t. p., 14% ociemniałych od urodzenia; 13% wskutek przyczyny niewiadomej; 4% wskutek działań wojennych; w tej liczbie umysłowo rozwiniętych 3.256 i tylko 182 umysłowo nierozwiniętych. Obowiązkiem naszych urzędów zdrowia publicznego powinno być wynajdywanie środków zapobiegania szerzeniu się chorób oczu, tworzenie specjalnych przychodni i oddziałów szpitalnych i tworzenie urzędów okręgowych lekarzy-okulistów, którzy mieliby szerokie zadania badań statystycznych wad wzroku, chorób oczu i szerzenie zasad higjeny wzroku.

2. Dr. Z. Domański Nowogródek. **„Walka z gruźlicą“.**

Wychodząc z założenia, że na liczbę zgonów i zdrowie fizyczne narodu potężny wpływ wywiera między innemi gruźlica, autor referatu nawołuje do energicznej walki z tym zaciętym wrogiem ludzkości, przyczem wzywa do zorganizowanej walki nie tylko lekarzy, lecz także Rząd, samorządy i całe społeczeństwo. Dotychczas zaś niema statystyki zachorowań na gruźlicę; trudna jest walka z wrogiem, którego nieznaną jest dokładna liczebność, jak również jakość; konieczność prowadzenia statystyki gruźliczych jest oczywista; autor wzywa wszystkich lekarzy Województwa Nowogródzkiego do ścisłego notowania przypadków gruźlicy, odróżniając spostrzeżenia pierwsze i powtórne, gruźlicę czynną i nieczynną. Przy wyborze środków zwalczania gruźlicy referent zatrzymuje się wyłącznie na tych, które służą całym masom ludzkości i przychodzi do wniosku, że w nieczynnej gruźlicy potężnym, najtańszym i najskuteczniejszym orężem są przychodnie przeciwgruźlicze, rozsiane po wszystkich tych osiedlach, gdzie mieszka lekarz; jako niezbędny warunek dobrych wyników, uzyskanych w przychodni uważa działalność wywiadowczyni fachowej, którąby uważała swą działalność za ideowe posłannictwo. Gruźlica czynna winna być leczona w szpitalach ogólnych, wychodząc z założenia, że 1. siewcy zarazy muszą być odosobnieni; 2. leczenie sanatoryjne jest drogie, niedostępne dla szerokich mas; 3. budowanie specjalnych szpitali dla gruźliczych przy dzisiejszym stanie ekonomicznym jest nieziszczalne; 4. najtańszym środkiem odosobnienia i leczenia czynnej gruźlicy jest dobudowanie przy istniejącym szpitalu kilku-pokojowego pawilonu z wyłącznem przeznaczeniem dla tej kategorji chorych. Obecnie chorzy unikają szpitala ze względu na wysokie koszty. Autor sądzi, że chorzy na gruźlicę winni być leczeni w szpitalach na koszt samorządów i uważa za pożądane, aby sfery miarodajne coprędzej wydały odpowiednie zarządzenia, analogiczne do leczenia szpitalnego ostrych chorób zakaźnych. Należy jednocześnie zwalczać ogólną niechęć lekarzy do przyjmowania chorych gruźliczych do szpitali, spowodowaną obawą „zagwożdżenia“ szpitala na długie miesiące i nikłemi wynikami leczenia. Pierwszą obawę można usunąć przez dobudowanie do istniejących ogólnych szpitali specjalnych pawilonów; pesymizm leczniczy nie jest dostatecznie usprawiedliwiony; przedewszystkiem należy mieć głęboką wiarę, że, podobnie jak po uciążliwej długowiekowej pracy nauczono się skutecznie zwalczać ospę. błonicę, wściekliznę, cukrzycę, przymiot i wiele innych cierpień, tak również przyjdzie czas na gruźlicę; pozatem dzisiaj stosowane zabiegi już wniosły ogromny postęp i należy je tylko szeroko stosować. Wreszcie autor domaga się zaprowadzenia obowiązkowych wykładów z dziedziny higjeny w szkołach średnich i powszechnych i podniesienia ogólnego poziomu kultury. Referent apeluje do ogółu lekarzy, szczególnie mieszkających na głębszej prowincji, do czynnej współpracy tak z samorządem, jako też z całem społeczeństwem, na polu krzewienia poczynań kulturalnych, przypominając, że winien im przyświecać ideał lekarza-obywatela.

3. Dr. Grynberg. Stołpce. **„Kilka ciekawych przypadków z zakresu chirurgji brzusznej“**: a) stwierdzono ogromne powiększenie brzucha, który zawierał wolny płyn bez żadnych objawów ze strony nerek, serca i wątroby, z objawami gruźliczemi w płucach i powiększeniem gruczołów chłonnych. Przypuszczalne rozpoznanie — zapalenie gruźlicze otrzewny, po roztwarciu jamy brzusznej stwierdzono 2 torbiele jajnika, z których jedna była przekręcona na szypule na 180°, mimo skręcenia szypuły zupełny brak dolegliwości; b) przypadek dotyczy kobiety, która od dwóch tygodni ma krwawienie z narządów płciowych, przedtem zatrzymanie regularności w ciągu 4 miesięcy. Macica nieco powiększona, w prawem sklepieniu duży guz, twardej konsystencji, który zupełnie odchylił macicę. Przypuszczalne rozpoznanie — ciąża zamaciczna; po laparotomji — ropień trąbki, zrośnięty z jelitami, który pękł podczas oddzielania; przebieg pooperacyjny pomyślny. Badanie patologo-anatomiczne ustaliło gruźlicę trąbki. Przypadek ciekawy jest dlatego, że nigdzie w organizmie nieznaleziono żadnych objawów gruźliczych; wiadomo zaś, że gruźlica trąbki jest zwykle objawem wtórnym; c) przypadek dotyczy kobiety, ciężarnej w 7 miesiącu, która przed 3-a dniami została **zraniona w brzuch**; wypadły jelita, które były już zupełnie czarnego koloru. Stan bardzo ciężki, tętno nitkowate, facies hypocratica, wymioty, czkawka; mimo beznadziejnego stanu ranę rozszerzono i skonstatowano ranę macicy, z wypadnięciem rączki i pępowiny; ranę macicy rozszerzono, wydobyto dziecko wraz z łożyskiem. Macica przepłukana eterem, zaszyta nagłucho, zrobiono rezekcję wypadniętych jelit, wreszcie zastosowano eter i sączek do zatoki Duglasa. W ciągu pierwszych 5 dni — wymioty, bardzo ciężki stan, Stopniowo stan poprawiał się i chora po miesięcznym pobycie opuściła szpital zupełnie zdrowa.

Dok. nast.

Odezwa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie do Zarządów wszystkich Zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów Leczniczych w Polsce.

Ponieważ ze względów politycznych. jakie poprzedzały odrodzenie naszej Ojczyzny, nauka lekarska była pod wpływem obcych nam czynników, ponieważ wielu naszych lekarzy pobierało nauki na obcych uniwersytetach, przeto nic dziwnego, że wiadomości nasze, dotyczące własności leczniczych naszych zdrojowisk mineralnych, ich urządzeń, wskazań co do ich zastosowania nie są dość rozpowszechnione na ogół wśród lekarzy polskich. Nie znamy dokładnie bogactw, które posiadamy w Zjednoczonej Polsce, nie znamy dokładnie bogactw mineralnych i bogactw sił przyrody, jakiemi rozporządzać możemy dla przywrócenia zdrowia naszych współobywateli. Słusznem jest powszechne nawoływanie, abyśmy zagranicę po zdrowie nie jeździli, abyśmy miljonów zagranicę nie wywozili, zwłaszcza w obecnym okresie przesilenia ekonomicznego popierali własne zdrojowiska, bo posiadamy taką moc różnorodnych źródeł o takiej sile leczniczej, że bez przesady powiedzieć można, iż prawie wszystkie wskazania lecznicze zadowolnić możemy własnemi środkami. Ale by to spełnić trzeba 3 warunków: 1) zainteresowania się lekarzy naszemi zdrojowiskami w szerokiem tego słowa znaczeniu, 2) dobrej chęci i woli ze strony ogółu t. j. niestawiania odrazu wysokich wymagań co do zdrojowisk rodzimych

w porównaniu z pierwszorzędnemi zagranicznemi pomnąc, że nie odrazu Kraków zbudowano. Nie znaczy to, abyśmy mieli oczy zamknięte na wszystkie ujemne strony i niedogodności, ale iżbyśmy zauważone i odczute braki zgłaszali tam, gdzie należy, a nie lekkomyślnie szeroko krytykowali i tym sposobem podważali zaufanie do naszych wód i urządzeń, obniżali wiarę w skuteczność i powagę naszych zdrojowisk, 3) współdziałania, dobrej chęci i kontentowania się małym zyskiem ze strony właścicieli hoteli, willi i pensjonatów. Gdy zagranicą każdy właściciel mieszkania troszczy się o to, aby wszystko czynić, by była zapewniona czystość i wygody kuracjusza, dobra i zdrowa kuchnia, u nas się tylko myśli o tem, jakby jako tako przygotować się, „aby zbyć" na sezon oraz jak najwięcej, nie zarobić a wyzyskać. Gdy zagranicą każdy właściciel myśli o tem jak i w jaki sposób po sezonie inaczej pracować i zarabiać, u nas oblicza się tak, aby zarobki sezonowe starczyły na cały rok.

Powodując się powyższemi uwagami i względami, Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie powziął myśl popularyzowania wiadomości, dotyczących naszych zdrojowisk, a następnie różnych zakładów leczniczych drogą zorganizowania szeregu odczytów z dyskusjami, mającemi na celu wskazanie najpilniejszych potrzeb, zmierzających do podniesienia danej miejscowości leczniczej. Odczyty będą przeznaczone dla lekarzy (wejście bezpłatne) i studentów; kuracjusze mogą być dopuszczani w tej myśli, że oni mogą wykazać życzenia co do warunków pobytu w danej miejscowości. Każdy zakład leczniczy, który zechce wziąć w tem udział, przyszle sam na dany termin swego mówcę, który w krótkim a zwięzłym odczycie, trwającym nie dłużej jak godzinę, przedstawi dane geologiczne i klimatyczne, własności zdrojów, komunikację, urządzenia balneotechniczne, wskazania lecznicze, warunki pobytu, projekty ulepszeń na przyszłość. Po odczycie dyskusja. Postawione desideraty będą skrzętnie notowane i będą przesyłane zarządom wód oraz brane pod uwagę przy wycieczkach do naszych zdrojowisk organizowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w celu poznania naszych uzdrowisk na miejscu. Koszt wysłania mówcy i wynajęcia sali odczytowej obciąża Zarząd Zdrojowiska.

W mniemaniu, że tą drogą przysłużymy się do spopularyzowania naszych zdrojowisk, miejscowości i zakładów leczniczych, że przyczynimy się do ich podniesienia i zainteresowania się niemi ogółu, niniejszym komunikatem przystępujemy do dzieła i zwracamy się do wszystkich zarządów zdrojowisk i zakładów, aby, jeżeli zamierzają przystąpić do tej sprawy, zechciały jak najprędzej zawiadomić Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, Widok 23, czy zgadzają się na wyłuszczone w odezwie warunki t. j. czy przyszlą mówcę, czy pokryją koszta odczytu nb. odczyt może być ilustrowany tablicami, wykresami, przeźroczami, modelami i t. p. Pragnęlibyśmy rozpocząć szereg odczytów po Nowym Roku przed sezonem kuracyjnym.

Rodzi się myśl, czy organizacje lekarskie stolic naszych dzielnic nie podjęłyby się podobnej akcji w porozumieniu z nami, a to dla ułatwienia organizacji.

Sekr. *Dr. Podczaski.* Prezes *Dr. Bączkiewicz.*

Zebranie Lekarzy lwowskich, członków Izby lekarskiej lwowskiej, odbędzie się we środę dnia 25. b. m. o godz. 6-tej wieczorem w sali Rady miejskiej.

Porządek obrad: 1. Zagajenie, 2. Sprawa wyborów Komitetu przedwyborczego dla wyborów do rady Izby lekarskiej lwowskiej.

***Dr. Papée** prezydent Izby.*

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Z Uniwersytetu Warszawskiego. Dalszy ciąg listy lekarzy, którzy otrzymali dyplomy w roku 1924/25:

Grabowski Marek, Goldsztajn Berek, Grochowski Antoni, Gabryjelew Mordka, Grynberg Ignacy, Grzankowski Bolesław, Gelman Gdala, Gąsior Ignacy, Glasman Aron, Gutman Eljasz, Górakiewich Józef, Gielin Dawid, Glikman Mojżesz, Golg Wolff, Goldin Nauma, Gelbfisz Bajnisz, Grojsblat Mojżesz, Higier Stanisław, Hosiasson Stefan, Hołowko Helena, Hopenstadt Szymon, Herc Artur, Hulanicka Marja, Hirszberg Stefan, Hinz Tadeusz, Holendzkc Henryk, Iliński Aleksander, Iberbejn Mojżesz, Januszewski Zdzisław, Jokiel Leopold, Josem Abram, Jasiobędzki Tadeusz, Jasiński Tadeusz, Jokiel Wincenty, Jankowska Halina, Janower Moszek, Jappe Załomon, Jabłoński Józef, Jurowski Konrad, Jakubowski Icek, Jakóbson Mojżesz, Klajn Chaim, Koelichen Jan, Kaczyński Antoni, Krajewski Kazimierz, Kroner Chaskiel, Kurower Łucjan, Kirschbraun Aleksander, Krupiński Zygmunt, Kamiński Mieczysław, Kozłowskł Aleksander, Kahanowicz Borys, Klajer Rubin, Kon Paweł, Kochanowski Jan, Kuczewski Jan, Kwazbart Ludwik, Kagan Mojżesz, Kornelsztejn Józef, Kolago Jan, Kowalczewski Józef, Kamiński Andrzej, Kiliński Marjan, Kagan Simcha, Kehle Leon, Kaszer Jechiel, Korzybski Marjan, Kallman Henryk, Kokal Bożena, Kamińska Jadwiga, Karlsbad Henryk, Klukowski Jan, Kneżewic Isak, Kostic Božidar, Korzyński Kazimierz, Kocen Mieczysław,

x Przychodnia przeciwgruźlicza. Dnia 11 października b. r. została otwarta przy ul. Miodowej l. 1. Przychodnia Przeciwgruźlicza Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego. Nowootworzona przychodnia ma służyć potrzebom szerokiego uświadamiania ludności w walce z gruźlicą oraz ułatwieniu pomocy lekarskiej.

x Walka z jaglicą. W wydziale zdrowia magistratu m. Warszawy odbyła się konferencja w sprawie organizacji walki z jaglicą na terenie m. st. Warszawy. Stwierdzono, że jaglica zwiększa się w ostatnich czasach i że podjęcie walki z nią jest konieczne. W r. 1923 na wszystkie badane dzieci szkół powszechnych (70.000), stwierdzono tylko 80 przypadków jaglicy. Obecnie przeprowadzane są badania dzieci przez lekarzy specjalistów, które dostarczą ścisłych danych. W Warszawie istnieje przytułek dla jagliczych w Czerniakowie, obliczony na 140 dzieci i ten jest zapełniony. Na konferencji zdecydowano, że 1) należy dokonać badań dzieci we wszystkich zamkniętych zakładach opiekuńczych, oraz w chederach; 2) konieczne jest zwiększenie liczby poradni okulistycznych dla dzieci i dorosłych z wyznaczeniem specjalnych godzin dla dzieci w wieku szkolnym, co powinno być również zastosowane w istniejących już przychodniach; 3) należy tworzyć oddziały szpitalne dla chorób ocznych w celu umieszczenia w nich ciężej chorych na jaglicę.

Lwów.

Towarzystwo Miłośników Historji Medycyny powstało we Lwowie 24 października 1925 r. Posiedzenie organizacyjne zagaił prof. dr. Adam Bednarski. Poczem wybrano na wniosek prof. dr. F. Groera komisję, złożoną z prof. A. Bednarskiego, dr. Rudolfa Kotuli dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej i Baworowskich i dr. med. i fil. Józefa Fritza dla opracowania statutu nowopowstałego Towarzystwa.

Dr. J. Fritz wygłosił wykład: Z najstarszych źródeł do dziejów pedjatrji. Dr. W. Janusz referat o E. Goldschmida: Entwicklung und Bibliographie der pathologisch-anatomischen Abbildung 1925.

Pożądana współpraca ogółu lekarzy i historyków lwowskich na posiedzeniach które będą się odbywały raz w miesiącu. Na wniosek prof. dr. W. Nowickiego postanowiono przystąpić do założenia zbiorów dla dziejów medycyny w Polsce. Towarzystwo zwraca się przeto do osób posiadających jakiekolwiek materjały do historji sztuki lekarskiej odnoszące się, jak rękopisy, książki, broszury, narzędzia, obrazy, medaljony i t. d., by zawiadomiły łaskawie o tem wymienioną Komisję, pozwoliły na korzystanie z nich dla prac o jej dziejach, ewentualnie przekazywały je na własność mającego powstać Muzeum dla dziejów sztuki lekarskiej w Polsce. Pamiątki te rozrzucone unikną zagłady i staną się cennym materjałem dla badaczy dziejów tej dziedziny, która w Polsce wielu światowej sławy mężów wydała.

Od Administracji.

Jeszcze raz usilnie prosimy o wyrównanie prenumeraty zalegającej za kwartał IV-ty.

LW. 49.258.
IV.

Ogłoszenie konkursu.

Tymczasowy Wydział Samorządowy ogłasza konkurs na stanowisko Dyrektora Szpitala powszechnego we Lwowie.

Do stanowiska tego przywiązany jest V stopień służbowy wedle postanowień ustawy z 9|X. 1923. o uposażeniu urzędników państwowych, mieszkanie służbowe w naturze, w gmachu szpitalnym na warunkach obowiązujących urzędników państwowych, a nadto prawo pobierania z zapasów szpitala artykułów żywności i opału po cenach kosztów własnych.

Kandydat ubiegający się o to stanowisko winien wykazać:

1. że jest obywatelem polskim,

2. że posiada dyplom doktora medycyny i prawo praktyki lekarskiej w Polsce.

3. że nie przekroczył 40 roku życia (przy odpowiednich warunkach nie wyklucza Tymczasowy Wydział Samorządowy udzielenia „veniam notatis").

4. że posiada nieposzlakowaną przeszłość (świadectwo moralności pod względem etycznym i politycznym, z dołączeniem curriculum vitae).

5. że posiada wszechstronne wykształcenie lekarskie teoretyczne i praktyczne ze szczególnem uwzględnieniem znajomości administracji szpitalnej (dołączyć spis ewentualnych prac naukowych).

6. fizyczną zdolność i dobry stan zdrowia stwierdzony świadectwem lekarza urzędowego do objęcia danego stanowiska.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy wraz z załącznikami w nieprzekraczalnym terminie do dnia 10 (dziesiątego) grudnia b. r. do Tymczasowego Wydziału Samorządowego (Departament IV. sanitarny).

W końcu Tymczasowy Wydział Samorządowy zaznacza, iż stanowisko powyższe obsadzone będzie na 1 rok prowizorycznie, a stabilizacja będzie mogła mieć miejsce po roku zadowalającej służby.

Kandydaci pozostający obecnie w służbie państwowie mają podania wnosić za pośrednictwem swej władzy przełożonej.

Tymczasowy Wydział Samorządowy:

Członek TWS.: *Kędzior.* Przewodniczący: *Pazdro.*

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Podobwodu Bialskiego ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w organizującej się Powiatowej Kasie Chorych w Białej Podlaskiej, bez uprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

L. 3303

Konkurs.

Wydział powiatowy w Lisku rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Cisnej. Bliższe warunki poda Wydział powiatowy do dnia 30 listopada 1925.

Komisarz rządowy: *Mauthner* m. p.

Konkurs

Dyrekcja Kolei Państwowych w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na posadę kontraktowego lekarza w Jaśle

Do posady tej przywiązaną jest płaca miesięczna 600 punktów, jako pobory, 48 punktów, jako ryczałt na podwody, oraz przypadający dodatek ekonomiczny.

Warunki przyjęcia:

1. Obywatelstwo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich i dłuższa praktyka w chirurgji, położnictwie i chorobach wewnętrznych
3. Nieprzekroczony 50-ty rok życia.
4. Normalny słuch i zdolność odróżniania kolorów.

Podania ostemlowane i udokumentowane, należy przedkładać Dyrekcji Kolei Państwowych w Krakowie, Wydział Sanitarny, do dnia 25 listopada 1925.

L: 374/Dyr./25.

Konkurs.

Na podstawie rozporządzenia Tymczasowego Wydziału Samorządowego z dnia 30. października 1925 r. LW. 48371/IV ogłasza niniejszem Dyrekcja Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie konkurs na opróżnioną posadę prymarjusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych.

Do posady tej przywiązane są pobory VII stopnia służbowego funkcjonarjuszów państwowych regulowane ustawą z dnia 9. października 1923 r. Dz. U. Rz. P. Nr. 116 poz. 924 z r. 1923.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, że:

1. są obywatelami Państwa Polskiego, 2. posiadają prawo praktyki lekarskiej, 3. są specjalistami w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych i w tym celu winni kandydaci przedłożyć swoje prace naukowe, tudzież krótko skreślony przebieg życia.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić na ręce Dyrekcji Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie do dnia 10. grudnia 1925 r.

Dyrektor Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie:
Dr. Fuchs.

Nr. 48. 29. listopada 1925 Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI. Kraków.
Dr. M. OSTROWSKI.

O leczeniu porażenia postępującego oraz innych postaci kiły układu nerwowego zimnicą *).

(Z oddz. VI. Szpitala św. Łazarza, prymarjusz Doc. Dr. E. Artwiński).

Doniesienie III.

I.

Przystępując do sprawozdania z wyników leczenia porażenia postępującego zimnicą od marca 1924 r. do końca czerwca 1925 r. uważamy za konieczne podać dane statystyczne, dotyczące chorych, szczepionych w roku 1921 i 1922 gorączką powrotną, objętych doniesieniem I., oraz szczepionych zimnicą od 1922 r. do końca lutego 1924., a objętych doniesieniem II.

Z pośród 10 chorych, leczonych gorączką powrotną, u których uzyskano całkowite zwolnienie objawów chorobowych 7 pozostaje nadal w naszej obserwacji i możemy stwierdzić, że nie wykazują oni żadnych ubytków intellektualnych, podmiotowo czują się zupełnie dobrze i pracują (w swoich zawodach) (inżynier — chemik, dentysta, profesor gimnazjalny, artysta malarz).

U 3 z pośród tych chorych zwolnienia całkowite trwają już dłużej niż cztery lata, a u innych 4 dłużej niż 3 lata. Pozostałych 3 chorych straciliśmy z obserwacji.

Z pośród 70 chorych (objętych II. doniesieniem), leczonych zimnicą, 19 chorych opuściło oddział jako zdolni do pracy zawodowej (grupa A.), 13 chorych opuściło oddział z poprawą, ale z pewnemi ubytkami psychicznemi, jako zdolni jedynie do mniej odpowiedzialnej pracy (grupa B.). Bez poprawy wypuszczono wzgl. przeniesiono do zakładu psychjatrycznego w Kobierzynie 28 chorych (grupa C.).

Ponowne badania osobiste, wzgl. wywiady uzyskane od rodzin wykazują, że z 19 chorych, którzy opuścili oddział jako zdolni do pracy 17 pracuje w swoich zawodach, jeden tj. ośmnasty ma się gorzej, ale pozostaje nadal w opiece domowej, a o chorej dziewiętnastej mimo starań nie uzyskano wiadomości.

Z liczby 13 chorych, którzy opuścili oddział z poprawą niezupełną, 3 zmarło w domu (powodu śmierci nie znamy), 3 chorych pozostaje nadal w tym stanie, w jakim opuścili szpital, stan 6 chorych poprawił sie w domu o tyle, że wrócili do swoich zajęć zawodowych, a o jednym chorym nie uzyskano wiadomości.

Z 28 chorych, którzy opuścili oddział bez poprawy, 6 zmarło w Kobierzynie, 15 pozostaje w zakładach jużto jako postaci stacjonarne, jużto pogarszające się fizycznie i psychicznie, jeden chory ma się o tyle lepiej, że w domu przy ojcu pracuje na roli, ale jest nieco dziecinny i okazuje brak pamięci, stan 2 chorych poprawił się całkowicie i wrócili oni do swoich zajęć, a o 4 pozostałych chorych tej grupy nie uzyskano wiadomości.

Streszczając powyżej przytoczone dane, dotyczące 60 chorych, po odliczeniu 10 zmarłych w czasie leczenia, leczonych zimnicą, widzimy, że prawie wszyscy chorzy, wypuszczeni jako zdolni do pracy, z wyjątkiem jednego, pracują zawodowo, a z pośród 13 chorych, wypuszczonych z oddziału z niezupełną poprawą, stan 6 poprawił się później całkowicie, z pozostałych wreszcie 28, bez poprawy, 3 wróciło do zajęć zawodowych, 2 z nich nie okazuje ubytków intellektualnych, a trzeci z wyraźnemi ubytkami, pracuje jednak jako rolnik.

Dalsza obserwacja okazała więc, że tylko u jednego chorego wypuszczonego w zupełnem zwolnieniu stwierdzono pogorszenie, a u pozostałych, wypuszczonych z poprawą, w wielu przypadkach stan psychiczny uległ dalszej poprawie i chorzy ci wrócili do swoich zajęć.

Procentowo dałoby się to ująć w cyfrach następujących: Zwolnienie całkowite (A) 25, t. zn. 40%, z poprawą niezupełną, ale zdolnych do mniej odpowiedzialnej pracy (B) 5 t. zn. 8'3%; pozostała liczba 51'7% obejmuje tych, którzy zmarli w domu i których stan się nie poprawił.

Zwolnienia trwają od 2½ lat do 1 roku.

W szczególności:

u	1	chorego	utrzymuje	się	poprawa	32 miesiące
»	2	chorych	»	»	»	30 »
»	2	»	»	»	»	25 »
»	6	»	»	»	»	od 20 do 24 miesięcy
»	13	»	»	»	»	» 15 » 20 »
»	2	»	»	»	»	» 12 » 15 »

U 24 chorych, tak z pośród tych, których stan się poprawił, jak i bez poprawy w szereg miesięcy po leczeniu zimnicą przeprowadziliśmy kontrolne badania serologiczne krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego (Odczyn Wassermanna, Nonne-Apelta, pleocytoza), przyczem w 17 przypadkach łącznie z badaniami koloidowemi (mastyks benzoes).

Badania serologiczne przeprowadzone zostały w pracowni serologicznej prymarjusza Doc. Dr. Kostrzewskiego, a badania koloidowe przeprowadził Dr. L. Wander.

W 9 przypadkach odczyn Wa. z surowicą krwi z silnie, względnie średnio silnie dodatniego zmienił się na ujemny. W 7 przypadkach tenże odczyn z płynem mózgowo-rdzeniowym z silnie dodatniego zmienił się na ujemny, a w 4 przypadkach z silnie dodatniego na słabo dodatni, względnie niepewny. W 2 wreszcie przypadkach ze słabo dodatniego zmienił się na silnie dodatni.

W pozostałych przypadkach został bez zmiany.

Odczyn Nonne-Apelta z silnie i średnio silnie dodatniego w 7 przypadkach zmienił się na ujemny, a w 6 przypadkach na słabo dodatni.

Pleocytoza we wszystkich badanych przypadkach, z wyjątkiem 4, uległa albo znacznemu zmniejszeniu się, lub też powróciła do stanu prawidłowego. Jedynie w 4 powyżej wspomnianych przypadkach uległa nieznacznej nadwyżce.

U 17 chorych po przebytem leczeniu zimnicą zbadano płyn mózgowo-rdzeniowy w kierunku odczynów koloidowych, (mastyks i benzoes). Badania te wykazały, że w przeważającej liczbie przypadków typowe krzywe dla porażenia postępującego zmieniły się na krzywe kiły mózgowo-rdzeniowej.

Należy jednak podkreślić, że poprawa stosunków w odczynach serologicznych dotyczy przeważnie chorych, utrzymujących się w zupełnem zwolnieniu, jakkolwiek musimy zwrócić uwagę, że cały szereg chorych, będących w zupełnie dobrem zwolnieniu, ma odczyn Wassermanna z surowicą krwi i płynem mózgowo-rdzeniowym wybitnie dodatni.

II.

Od marca 1924 r. do końca czerwca 1925 r. zakaziliśmy zimnicą 70 chorych. Zakaziliśmy naszych chorych przez dożylne wstrzykiwanie im od 2 do 3 cm^3 krwi, pobranej od chorego w napadzie zimniczym.

---

*) Według referatu wygłoszonego na XII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich dn. 13. VII. 1925.

Pierwsze napady gorączkowe występowały przeważnie między 6 a 9 dniem po szczepieniu. W kilku przypadkach pierwsza gorączka wystąpiła już 2 do 3 dnia, u innych chorych znowu dopiero 15 do 17 dnia.

Wyraźne napady zimnicy z dreszczami i wysoką gorączką bywają poprzedzane u wielu chorych przez kilkudniowe wzniesienie podgorączkowe. Chorzy nasi przebywali średnio od 10 do 12 napadów zimnicy. Ilość godzin gorączkowych u poszczególnych chorych waha się od 135 do 25.

Ciepłota najwyższa dochodziła do 41'5°, średnia 40'5°.

Prawie u wszystkich chorych występowały wyraźne dreszcze przed napadem zimniczym.

Chorzy, szczepieni krwią chorego zimniczego o typie gorączkowym trzeciaczkowym, gorączkowali niejednokrotnie codziennie, czasami tor gorączkowy z opuszczającego zmienił się w codzienny i odwrotnie.

Przeszczepialiśmy ten sam szczep, przenosząc z chorego na chorego 25 razy, i nie zauważyliśmy, aby wyniki lecznicze w miarę dalszych szczepień były gorsze, a gorączka niższa.

U 13 chorych zimnica wygasła samoistnie, w tem u 8 chorych przedwcześnie po 5—7 napadach, a u 5 po 9 do 11 napadach.

Przerywaliśmy napady zimnicze przez podawanie w ciągu 2 do 3 dni chininy wewnętrznie, poczem przeprowadziliśmy leczenie salwarsanowe (2.5—3 gr.). Nigdy nie mieliśmy trudności w przerwaniu zimnicy, ani też nigdy nie spostrzegaliśmy nawrotów zimnicy.

Z pośród 70 chorych, szczepionych zimnicą, 30 opuściło oddział ze zwolnieniem całkowitem, jako zdolni do pracy zawodowej.

Pod względem klinicznym u 20 chorych tej grupy rozpoznaliśmy postać z otępieniem (dementywną), u 6 chorych maniakalną, a u 4 taboparalysis. Wszyscy ci chorzy byli szczepieni w pierwszym roku choroby, średnio w kilka miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów psychicznych. Średnia liczba napadów zimniczych u chorych tej grupy 12, najniższa 6, najwyższa 16. Średnia ilość godzin gorączkowych, przypadająca na każdego chorego tej grupy, 71.

W tej grupie chorych stwierdziliśmy często poprawę mowy, która z utykającej, zamazanej i zwolnionej, po leczeniu zmieniała się na czystą, znacznie wyraźniejszą, oraz poprawę pisma.

W jednym przypadku odnieśliśmy wrażenie, że odczyn źrenic na światło był sprawniejszy. Poprawy odruchów ścięgnowych nie stwierdziliśmy, bóle strzelające, opasujące, prawie zawsze łagodniały, a niejednokrotnie całkowicie znikały.

11 chorych opuściło oddział z niezupełną poprawą, t. zn. w chwili odejścia z oddziału stwierdziliśmy mniej lub więcej wyraźne ubytki intellektualne.

Pod względem klinicznym grupa ta obejmuje 6 chorych z rozpoznaniem taboparalysis, 4 z otępieniem, a jednego z maniakalną postacią porażenia postępującego.

Czas trwania choroby (objawy psychiczne) od roku do 5 lat. Średnia liczba napadów zimniczych do 12. Średnia ilość godzin gorączkowych 76.4.

Trzecia grupa obejmuje 26 chorych, którzy po leczeniu zimnicą opuścili oddział bez poprawy, z wyjątkiem 4, u których stwierdzono jedynie bardzo małą poprawę. — Większość jednak z nich przebywa w tej chwili w zakładach psychjatrycznych.

Klinicznie u 6 chorych tej grupy rozpoznaliśmy maniakalną postać, u 4. taboparalysis, a u pozostałych 14. otępienie (postać dementywną) daleko posunięte. U 6. chorych tej grupy ze względu na stan ogólny byliśmy zmuszeni zimnicę przerwać, a u innych zimnica wygasła sama po kilku zaledwie napadach. — U pozostałych 14. średnia liczba napadów zimnicy wynosiła 10 do 12.

Czas trwania choroby u chorych z tej grupy przed rozpoczęciem leczenia wynosi u 13 chorych niespełna 12 miesięcy, u pozostałych 13 od roku do kilku lat.

Średnia liczba godzin, przebytych w gorączce u chorych tej grupy, wynosiła 56 godzin na jednego chorego. — Czwarta grupa obejmuje 3 chorych, którzy zmarli. — Pierwszy z tych chorych (lat 65) zmarł w pierwszym napadzie zimnicy (sekcja zwłok wykazała daleko posunięte zmiany miażdżycowe i kiłowe w aorcie, oraz przerost lewego serca). U drugiego chorego (lat 43) porażenie postępujące przebiegało z bardzo silnem podnieceniem psychomotorycznem i szybko postępującym rozpadem psychicznym oraz znacznem osłabieniem fizycznem. — (Galopująca postać porażenia postępującego). Chory ten zmarł w czasie drugiego napadu zimnicy. Przebieg u tego chorego był powikłany, gdyż na pośladku wytworzył się duży ropień, który był punktem wyjścia zakażenia ogólnego. U trzeciego chorego zmiany gruźlicze w płucach pod wpływem trzech napadów zimniczych nagle się pogorszyły i mimo przerwania zimnicy po trzecim napadzie gorączki nie opadły, a chory zmarł po kilku tygodniach na oddziale zakaźnym.

Zbierając nasze tegoroczne wyniki, mogliśmy je ująć w następujących liczbach:

Na 70 chorych leczonych zimnicą uzyskano całkowitych zwolnień (zdolnych do pracy zawodowej A) 30 — to znaczy 42.9%, popraw niezupełnych u 11 t. j. 15.7%, bez poprawy 26 t. j. 37.1%, zmarło 3 t. j. 4.3%.

III.

Szczepiliśmy jeszcze zimnicą 9. chorych z zanikiem nerwów wzrokowych w przebiegu wiądu rdzenia, 2 chorych z porażeniem połowiczem na tle kiły, oraz jedną chorą z parkinsonizmem po śpiączkowem zapaleniu mózgu.

U jednego tylko chorego z zanikiem nerwów wzrokowych mogliśmy stwierdzić poprawę, a Doc. Dr. B r u d z e w s k i, który badał chorego przed leczeniem (10. I. 1924) i po ukończeniu leczenia 28. III. 1924 r. stwierdził, że: „Badanie wykazuje istotnie zmianę w objawach ocznych". Oko prawe, które poprzednio 10. I. 1924 r. było amaurotyczne, okazuje dziś poczucie światła, ale tylko dla rozprószonego światła dziennego. Lampy Auera nawet na 15 cm., nie rozpoznaje. — Oko lewe, które widziało palce na 4½ metr., dziś widzi na 5 m., ale przy tak drobnych przedmiotach (badałem znaczkiem Snellena) różnica ½ metra niewiele znaczy jako taka, bo leży w granicach zależnych od oświetlenia. Ogólnie biorąc stan ten sprawia na mnie wrażenie małej poprawy. — Natomiast w polu widzenia nie ma różnicy. — Niebieski kolor widział i widzi chory w tej samej przestrzeni, czerwony widzi żółto, jak i poprzednio. Źrenica lewa lepiej oddziaływa. — O czytaniu jakichkolwiek liter niema mowy. — Stan tarcz jest ten sam".

Dwóch innych chorych oślepło, zanim jeszcze zagorączkowali, po ukończeniu leczenia nie stwierdzono żadnej poprawy.

U 6 chorych z zanikiem nerwów wzrokowych wzrok utrzymywał się w takim stanie, jak i przed leczeniem.

Nie możemy określić, czy zimnica zahamowała lub zwolniła przebieg zaniku nerwów wzrokowych, gdyż nie mieliśmy sposobności badania tych chorych po upływie dłuższego czasu.

U dwóch chorych z niedowładem połowiczym, powikłanym w jednym przypadku niemotą, (senzoryczno-motoryczną), nie stwierdzono żadnej poprawy ani niedowładu, ani zaburzeń mowy.

Chora z parkinsonizmem nie doznała również żadnej poprawy.

W czasie gorączek spostrzegaliśmy u kilkunastu chorych stany majaczeniowe, które znikały ze spadkiem gorączki.

IV.

Podobnie jak i w latach ubiegłych, tak i w obecnym roku sprawozdawczym musieliśmy z obawy, aby zimnica

nie wygasła, szczepić wszystkich chorych, przybywających na oddział w daleko posuniętych okresach porażenia postępującego.

Jak z powyżej przytoczonych danych liczbowych wynika, najwyższy odsetek zwolnień całkowitych otrzymaliśmy u chorych, szczepionych w pierwszym roku choroby. Nie jest to jednak reguła, bo odchylenia widywaliśmy w obu kierunkach, i tak, niektórzy chorzy, szczepieni w pierwszym roku, nieokazywali poprawy, a inni znowu, zdawałoby się zupełnie beznadziejni, odzyskiwali całkowitą zdolność do pracy zawodowej nieraz dopiero w kilka miesięcy po przeprowadzeniu leczenia. Nadmienić jednak należy, że liczba takich chorych była niezmiernie mała.

Za przeciwwskazania dla tego leczenia uważamy:
a) Wiek powyżej lat 60,
b) zmiany gruźlicze w płucach,
c) daleko posunięte zmiany charłacze i miażdżycowe,
d) galopującą postać porażenia postępującego.

Kiłowych zmian aorty (mesaortitis luetica) zgodnie z doświadczeniem kliniki wiedeńskiej nie uważamy za przeciwwskazanie dla tego leczenia.

Konieczny jest natomiast ścisły nadzór czynności serca w okresach gorączkowych, gdyż niejednokrotnie uważaliśmy za konieczne podawanie środków sercowych zarówno w okresie wolnym, jak też i w czasie samych napadów gorączki.

Zestawiając nasze dane o 70 chorych, leczonych zimnicą w latach od 1922 do 1924 r. z danemi o takiej samej liczbie chorych, leczonych od 1924 do 1925 r., możemy stwierdzić, że w grupie A), obejmującej tych chorych, którzy powrócili do pracy zawodowej, liczby są prawie identyczne 40% i 42,9%.

Grupa B) z poprawą, (ale z ubytkami) w roku bieżącym wzrosła prawie podwójnie, bo z 8.3% do 15.7%, przez co zmalała grupa C) (bez poprawy) z 51.7% do 37.1%.

Wreszcie grupa D) (obejmująca zmarłych wskutek leczenia) okazuje poprawę, bo śmiertelność z 14.3% spadła do 4.3%.

Pocieszającą wielce jest rzeczą znaczne zmniejszenie się śmiertelności, co między innemi czynnikami tłumaczymy sobie tem, że o wiele częściej, niż w latach ubiegłych, podawaliśmy naszym chorym przetwory naparstnicy przed i między napadami, a kamforę podskórnie w czasie napadów.

Pragniemy tu podkreślić zgodne liczby w grupie A) (40% i 42.9%), gdyż grupa ta obejmuje tych chorych, którzy dobrze zdali egzamin życiowy, bo potrafili się utrzymać na swoich placówkach.

Należy jednak zauważyć, że przy ścisłem badaniu klinicznem można u pewnej liczby chorych grupy A) stwierdzić ślady przebytego cierpienia (zaburzenia uwagi, zapamiętywania i nieznaczne zaburzenia mowy), które jednak nie przeszkadzają im w wykonywaniu nawet zawodów intellektualnych, wymagających wysokiej sprawności umysłowej.

Oczywiście im praca jest prostsza, tem te ubytki mogą być większe i nie stanowić przeszkody do wykonywania zawodu, ale i odwrotnie.

Na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia, zgodnie zresztą z innymi klinicystami, możemy stwierdzić:

1) Leczenie zimnicą w porównaniu z innemi dotychczas stosowanemi środkami okazało się najlepsze, bo ilość zwolnień jest najwyższa, czas trwania zwolnień najdłuższy i jakość najlepsza.

2) Im wcześniej zaczynamy to leczenie, tem większe możemy mieć nadzieje uzyskania całkowitego zwolnienia.

3) Niebezpieczeństwo dla otoczenia zdaje się być bardzo małe; dotychczas w ciągu czterech lat nie zauważyliśmy żadnego przypadku zakażenia zimnicą od naszych chorych, ani u innych chorych szpitalnych, ani też wśród naszego personalu lekarsko-pielęgniarskiego. — Na podstawie doświadczeń kliniki wiedeńskiej zimnica sztucznie szczepiona, ma być przez widlisze (anopheles) nie przenośna. — Badania w tym kierunku, podjęte na naszych chorych przez Dra B. Pieczonkę, nie zostały jeszcze ukończone, ale jak dotychczas, zdają się one potwierdzać w całej rozciągłości doświadczenie kliniki wiedeńskiej.

4) Porównując nasze dane statystyczne z liczbami, zebranemi na podstawie bardzo bogatego doświadczenia n. p. kliniki wiedeńskiej, to stwierdzamy, że liczby nasze są z temi prawie zgodne.

Gerstmann z kliniki Wagnera na podstawie obserwacji 294 chorych, leczonych w ciągu 1923 r., podaje następujące zestawienie:

Zwolnień całkowitych	38.1%
Zwolnień częściowych	30.6%
Bez poprawy	31.3%

Kończymy nasze sprawozdanie, wyrażając pragnienie, aby ile możności w jak najwcześniejszych okresach porażenia postępującego stosowano i u nas w Polsce leczenie zimnicą, bo jesteśmy głęboko przekonani, że to okaże się dobre i dla naszych chorych i dla ich rodzin.

Wyrażamy tu przypuszczenie, że spopularyzowanie tego sposobu leczenia, wczesne i trafne rozpoznania, oraz szybkie i jedyne dzisiaj racjonalne postępowanie lecznicze zdołają poprawić nasze statystyki i zmniejszyć szeregi tych, którzy do niedawna jeszcze, wchodząc do zakładów psychjatrycznych, wstępowali przez odrzwia, na których śmiało mógłby istnieć napis, który Dante umieścił u wrót piekielnych.

Składamy serdeczne podziękowanie Panu Doc. Drowi J. Kostrzewskiemu za przeprowadzenie badań serologicznych, oraz Panu Doc. Dr. J. Morawskiemu za udzielenie katamnez chorych, znajdujących się w Kobierzynie.

Piśmiennictwo:

1) E. Artwiński. Pol. Gaz. lek. Nr. 15. 1923 r. — 2) E. Artwiński. Pol. Gaz. lek. Nr. 51. 1924 r. — 3) J. Gerstmann. „Die Malaria-behandlung der progressiven Paralyse“ Wien 1925. 4) U. Fleck. Zeit. f. d. ges. Neur. und Psych. B. XCVI. H. 1/3 1925 r. — 5) W. Weygandt. Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych. XCVI. H. 1/3 1925 r.

Dr. Kazimierz PAWŁOWSKI, st. asystent klin. Wilno.

Przyczynek do badania sprawności czynnościowej wątroby.

Z II. Kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Stefana Batorego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Januszkiewicz.

Trudności badania sprawności czynnościowej wątroby wynikają stąd, że narząd ten spełnia w ustroju cały szereg różnorodnych funkcyj. Aby ocenić sprawność wątroby, należy uwzględnić każdą jej funkcję poszczególną, a więc czynność wytwarzania i wydzielania żółci, przemianę azotową, przemianę węglowodanową, funkcję zobojętniania jadów, czynność regulującą stan krwi i t. d. Rzecz oczywista, że tam gdzie komórka wątroby jest zniszczoną, wszystkie jej funkcje zanikają, lecz upośledzenie czynności może nastąpić tylko w pewnym kierunku i wówczas, badając wydolność wątroby jedną jakąkolwiek metodą, możemy wyrobić sobie niedostateczne, względnie błędne nawet pojęcie o stanie narządu.

Zbliżonem do ideału byłoby takie badanie, które uwzględniałoby wszystkie, a przynajmniej ważniejsze funkcje wątroby. Stąd też nic dziwnego, że posiadamy liczne metody, a liczba ich stale wzrasta w miarę udoskonalania techniki badania i pogłębiania wiedzy o różnorodnych funkcjach tego narządu.

Jedną z lepiej poznanych czynności wątroby jest jej rola w przemianie węglowodanowej. Ta okoliczność oddawna została wykorzystaną dla oceny pod tym względem sprawności narządu. Do jednej z najstarszych metod należy

próba Colrata, polegająca na obciążaniu ustroju większą ilością cukrów prostych lub wielocukrów i wykrywaniu ich w poszczególnych porcjach moczu. Od czasu, kiedy technika badania zawartości cukru we krwi została udoskonaloną i uproszczoną, zaproponowano uzupełnić tę próbę całym szeregiem badań krwi na cukier, aby móc określić stopień i czas wzniesienia glikemji oraz powrotu do stanu pierwotnego i w ten sposób ustalić „współczynnik glikemiczny“ oraz t. zw. pole cukrowe.

Strauss zaproponował podawanie lewulozy w coraz większych ilościach i określanie, przy której z nich zjawia się cukier lewoskrętny w moczu.

Filiński wprowadził podawanie miodu z obserwowaniem zjawienia się urobilinurji. Walter radzi przytem jednocześnie badać mocz na obecność cukru.

Próba florydzynowa może również oddać usługi, choć ma ona większe znaczenie dla oceny sprawności nerek.

Wreszcie próba glukuronowa opracowana przez Grimbert'a i Bernier'a, polegająca na podawaniu dużych dawek kamfory i badaniu moczu na obecność kwasu glukuronowego sprzężonego. Próba ta zdaje się być jedną z cenniejszych, gdyż mówi nam jednocześnie o ewentualnem zaburzeniu czynności wątroby w 2-ch kierunkach: przemiany węglowodanowej i funkcji zobojętniania jadów, bo, zdaniem wielu autorów, ta ostatnia jest ściśle zależną od pierwszej.

Nie będę się zatrzymywał na całym szeregu istniejących metod, których zadaniem jest określić stopień sprawności wątroby w kierunku przemiany azotowej, funkcji antitoksycznej, czynności regulującej stan krwi i t. d.

Przejdę do naszych spostrzeżeń w klinice.

Badając zachowanie się cukru we krwi przed i po zadaniu wyskoku u chorych na moczówkę cukrową oraz u ludzi zdrowych, spotkaliśmy się ze zjawiskiem, które zwróciło naszą uwagę. U osobnika zupełnie zdrowego po zadaniu średniej dawki wyskoku (około $^{1}/_{4}$ gr na 1 kg wagi) stężenie cukru we krwi stopniowo wzrasta, dosięga maksimum pomiędzy 3-cią i 4-tą godziną, poczem obniża się znowu i po 2-ch do 3-ch następnych godzinach, wraca do poziomu pierwotnego. U chorych zaś na cukrzycę zaobserwowaliśmy zjawisko zupełnie odwrotne, t. j. wyskok powoduje spadek glikemji, którego maksimum co do czasu odpowiada mniej więcej maksimum narastania u osobnika zdrowego.

W ciągu zaś następnych godzin glikemja znowu się wzmaga.

Ale nie tylko w moczówce cukrowej mogliśmy to stwierdzić, podobne fakty widzieliśmy we wszystkich badanych przez nas przypadkach schorzenia wątroby oraz w całym szeregu przypadków innych schorzeń, w których tolerancja węglowodanowa była upośledzona, o czem mogliśmy się przekonać zapomocą metody obciążania ustroju glukozą względnie lewulozą. Ogółem zbadaliśmy 105 przypadków, znaczna ich ilość była kontrolowana powtórnie lub sprawdzana tolerancją węglowodanową zapomocą przecukrzenia ustroju.

Zebrawszy zbadany materjał według kategorji schorzeń, otrzymaliśmy następujące zestawienie:

1) Zdrowi	10	przyp.
2) Moczówka cukrowa	17	„
3) Żółtaczki nieżytowe i zastoinowe	13	„
4) Kamica żółciowa	10	„
5) Nowotwory i kiła wątroby	4	„
6) Marskość wątroby zanikowa	1	„
7) Hepatitis	4	„
8) Choroby otrzewnej (gruźlica i rak)	3	przyp.
9) Choroby narządów krwiotwórczych	7	„
10) Schorzenia gruczołu tarczowego	3	„
11) Choroby nerek przewlekłe	2	„
12) Zastoina wątroby	2	„
13) Choroby żołądka (dobrotliwe)	14	„
14) Rak przewodu pokarmowego	3	„
15) Gruźlica płuc	7	„
16) Choroby zakaźne ostre	3	„
17) Alkoholizm	2	„
Razem	105	przypad.

Postępowaliśmy we wszystkich przypadkach jednakowo: na czczo t. j. około 14 godzin po ostatnim posiłku pobieraliśmy krew, bezpośrednio potem badany otrzymywał 15—20 gr wyskoku trzykrotnie rozcieńczonego wodą. Śledząc co $^{1}/_{2}$ godziny za zachowaniem się cukru we krwi w całym szeregu najrozmaitszych przypadków, przyszliśmy do przekonania, że zawsze szczyt wzniesienia względnie spadku przypada w jednym mniej więcej czasie, t. j. pomiędzy 3 i 4-tą godziną po spożyciu wyskoku i że wystarczy w tym właśnie momencie, nie uciekając się do częstych badań, pobrać krew powtórnie, aby porównać ilość zawartego w niej cukru z ilością otrzymaną bezpośrednio przed podaniem wyskoku. W ten sposób uprościliśmy sobie metodę po-

TABLICA I.

Zestawienie wyników badania 105 przypadków na zachowanie się cukru we krwi pod wpływem WYSKOKU

L. p.	Rodzaj choroby	Ogólna ilość badanych	Spółczynnik > 1	Spółczynnik < 1
1	Zdrowi	10	10	0
2	Żółtaczki nieżytowe i zastoinowe	13	0	13
3	Kamica żółciowa	10	0	10
4	Nowotwory i kiła wątroby	4	0	4
5	Marskość wątroby zanikowa	1	0	1
6	Zastoina wątroby	3	1	2
7	Hepatitis	5	0	5
8	Moczówka cukrowa	17	0	17
9	Choroby narządów krwiotwórczych	7	1	6
10	Choroby otrzewnej (Rak i gruźlica)	3	0	3
11	Rak przewodu pokarmowego	2	0	2
12	Choroby żołądka i jelit (Dobrotliwe)	13	4	9
13	Gruźlica płuc	7	4	3
14	Choroby nerek przewlekłe	2	0	2
15	Choroby gruczołu tarczowego	3	0	3
16	Wypadki ostre infekcyjne	3	3	0
17	Alcoholismus	2	2	0

stępowania, ograniczając się do dwukrotnego określania cukru, t. j. na czczo i po upływie 3-ch godzin od spożycia wyskoku. Oczywiście badany winien w ciągu tego czasu zupełnie powstrzymać się od wszelkiego pożywienia i pozostawać w stanie spokoju. Otrzymujemy w ten sposób dwie cyfry, odpowiadające stężeniu cukru we krwi przed i po podaniu wyskoku. Iloraz otrzymany przez podzielenie liczby uzyskanej w 3 godziny po spożyciu wyskoku przez liczbę otrzymaną przy badaniu na czczo, czyli współczynnik glikemiczny poalkoholowy w jednym szeregu przypadków okazał się większy, w innych zaś mniejszy od jedności.

Przyjrzyjmy się obecnie wynikom naszych badań (tablica 1).

Widzimy, że u osobników zdrowych współczynnik glikemiczy poalkoholowy zawsze był większy od jedności, natomiast we wszystkich przypadkach cukrzycy jak również w schorzeniach wątroby, oraz w całym szeregu innych schorzeń, w których, jak się okazało, tolerancja węglowodanowa ustroju była obniżona, współczynnik glikemiczny poalkoholowy wypadł mniejszy od jedności.

Fakt zmniejszenia tolerancji węglowodanowej przy wielu cierpieniach został stwierdzony przez cały szereg autorów: badania v. Noordena ujawniły podobne zjawisko w niektórych chorobach nerwowych i umysłowych, następnie w chorobach wątroby i gruczołów dokrewnych. Inni autorzy stwierdzili obniżenie tolerancji cukrowej przy chorobach płuc, opłucnej, stawów, a także podczas ciąży.

Niektóre cierpienia przewodu pokarmowego, zwłaszcza nowotwory złośliwe powodują upośledzenie tolerancji węglowodanowej, czyli według autorów francuskich schorzeniom tym towarzyszy „niewydolność glikolityczna". U nas badania pod tym względem zostały przeprowadzone przez Cytronberga. Nasze badania potwierdziły spostrzeżenia dawniejsze, a oprócz tego stwierdziliśmy metodą przecukrzenia ustroju zmniejszoną tolerancję węglowodanową w przypadkach następujących: obrzęk śluzakowaty, białaczka, zakrzep żyły śledzionowej, żółtaczka hemolityczna.

Z 2-ch przypadków niedokrwistości złośliwej postępującej — jeden okazał się ze zmniejszoną tolerancją, drugi zaś z prawidłową. We wszystkich więc przypadkach tam, gdzie mieliśmy do czynienia ze zmniejszoną tolerancją węglowodanową, współczynnik glikemiczny poalkoholowy okazał się mniejszy od jedności, w przypadkach zaś z prawidłową przemianą cukrową — większy od jedności.

Powyższe fakty zmuszają nas do zastanowienia się, skąd pochodzi ta krańcowa różnica działania wyskoku w jednych i drugich przypadkach.

Nie zatrzymując się na całym szeregu przypuszczeń, które tutaj są możliwe, jak wpływ wyskoku na ośrodki nerwowe, układ parasympatyczny, gruczoły dokrewne, na proces wiązania glukozy przez wyskok i t. d., chcę tylko wskazać na ścisły związek, jaki obserwowaliśmy między schorzeniem wątroby i zmniejszeniem współczynnika glikemicznego poalkoholowego: im cięższe w pojęciu klinicznem było schorzenie wątroby, tem współczynnik glikemiczny poalkoholowy wypadł mniejszy. Ilustruje to kilka przytoczonych przypadków (tablica II.).

Wszystkie niemal istniejące teorje upośledzenia przemiany węglowodanowej wskazują na wątrobę, jako na na-

TABLICA II.

Zdrowi	% cukru przed podaniem wyskoku	we krwi po podaniu wyskoku	Spółczynnik	Żółtaczki	% cukru przed podaniem wyskoku	we krwi po podaniu wyskoku	Spółczynnik
1	0.08	0.110	$\frac{0.110}{0.08} > 1$	1	0.080	0.065	$\frac{0.065}{0.080} < 1$
2	0.110	0.128	$\frac{0.128}{0.110} > 1$	2	0.090	0.078	$\frac{0.078}{0.090} < 1$
3	0 120	0.130	$\frac{0.130}{0.120} > 1$	3	0.120	0.095	$\frac{0.095}{0.120} < 1$
4	0.110	0.128	$\frac{0.128}{0.110} > 1$	4	0.128	0.110	$\frac{0.110}{0.128} < 1$
5	0.100	0.115	$\frac{0.115}{0.100} > 1$	5	0.120	0.08	$\frac{0.08}{0.120} < 1$
6	0.110	0.130	$\frac{0.130}{0.110} > 1$	6	0.130	0.110	$\frac{0.110}{0.130} < 1$
Cukrzyca				Rak wątroby			
1	0.210	0.150	$\frac{0.150}{0.210} > 1$	1	0.085	0.064	$\frac{0.064}{0.085} < 1$
2	0.184	0.142	$\frac{0.142}{0.184} > 1$	2	0.099	0.065	$\frac{0.065}{0.098} < 1$
3	0.275	0.188	$\frac{0.188}{0.275} > 1$	3	0·130	0.105	$\frac{0.105}{0.130} < 1$
4	0.310	0.220	$\frac{0.220}{0.310} > 1$	4	0.136	0.112	$\frac{0.112}{0.136} < 1$
5	0.280	0.200	$\frac{0.200}{0.280} > 1$	—	—	—	—
6	0·295	0.210	$\frac{0.210}{0.295} > 1$	—	—	—	—

rząd odgrywający pod tym względem ważną rolę. — Że wątroba jest jednym z głównych czynników, regulujących przemianę węglowodanową w ustroju, to jest kwestją dzisiaj całkowicie ustaloną. Natomiast jakim przemianom podlega wyskok w ustroju zanim zostanie rozłożony na wodę i dwutlenek węgla, jaki jest jego stosunek do cukru, znajdującego się w ustroju, że w jednym przypadku działa obniżająco, w innym zaś podwyższająco, — tego my dzisiaj z całą pewnością ustalić nie możemy.

Dalsze badania w tym kierunku mogą przyczynić się do wyświetlenia tej ciekawej sprawy.

Z dotychczasowych naszych badań wynika:

1. U osobników zdrowych współczynnik glikemiczny poalkoholowy, t. j. iloraz otrzymany przez podzielenie liczby, oznaczającej zawartość cukru we krwi w 3 godziny po spożyciu wyskoku, — przez liczbę otrzymaną przy badaniu cukru na czczo, — jest większy od jedności.

2. W przypadkach moczówki cukrowej oraz schorzenia wątroby współczynnik glikemiczny poalkoholowy jest stale mniejszy od jedności.

3. Przy schorzeniach innych narządów współczynnik glikemiczny poalkoholowy zachowuje się rozmaicie, zależnie od tego, czy danemu cierpieniu towarzyszą zaburzenia w przemianie węglowodanowej.

4. Określenie współczynnika glikemicznego poalkoholowego może być wykorzystane dla oceny sprawności czynnościowej wątroby, zwłaszcza, że wykonanie jest łatwe i proste; oczywiście z zastrzeżeniem, że dalsze badania, na znacznie większej ilości chorych i w warunkach bardziej rozmaitych dokonane, potwierdzą nasze dotychczasowe wyniki.

Dr. Franciszek ŁUKASZCZYK. Kraków.
asystent Kliniki.

Wpływ insuliny na przemianę materji u chorych na cukrzycę.

Z II. Kliniki Wewnętrznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie. Dyrektor Prof. Dr. Witold Orłowski.

Doniesienie tymczasowe.

Z pośród chorych na cukrzycę, leczonych w latach szkolnych 1923/4 i 1924/5 w Klinice Prof. W. Orłowskiego insuliną, w 9 przypadkach przeprowadziłem codzienne badania przemiany materji. Okres badania trwał u poszczególnych chorych średnio 30 dni. Badania te wykazały, że insulina

1. przedewszystkiem wpływa na acetonurję, później dopiero obniża przecukrzenie krwi oraz cukromocz,
2. obniża wskaźnik diurezy,
3. na ogólną kwaśność moczu wpływa tylko w przypadkach z kwasicą, na kwaśność jonową jest bez wpływu,
4. wybitnie poprawia bilans węglowodanowy,
5. poprawia też bilans azotowy, lecz pod warunkiem dostarczenia ustrojowi dostatecznej ilości jednostek cieplnych, oraz poprzedzającej poprawy bilansu węglowodanowego; nie wyklucza się i bezpośredniego wpływu insuliny na zatrzymanie azotu,
6. o ile choremu dostarcza się dostatecznej ilości jednostek cieplnych powoduje wzrost wagi ciała częściowo przez zatrzymanie wody w ustroju, głównie jednak wskutek poprawy przemiany materji.

Oprócz tego z naszych badań wynika, że

a) niezbędnym warunkiem skuteczności leczenia insuliną jest ustalenie diety, nawet bowiem duże dawki insuliny nie odcukrzają chorego gdy jego dieta przekracza pewien poziom ilości węglowodanów oraz białka. Wybitną rolę odgrywa tu również jakość zarówno węglowodanów jak i białka,

b) stopień stężenia acetonurji nie daje nam jeszcze możności przewidywania śpiączki,

c) objawy tak zwane hipoglikemiczne mogą wystąpić pomimo istnienia cukromoczu i normalnej glikemji.

*) Praca ukaże się w całości w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

Ryg. med. St. KIEŁCZEWSKI. Kraków.
asyst. zakł. anat. patolog. U. J.
Dr. STRYJEŃSKI prymarjusz zakładu. Kobierzyn.

O znaczeniu odczynu Spatza w rozpoznawaniu porażenia postępującego.

Z Zakładu anatomji patolog. U. J. i prosektury Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod kierunkiem Prof. Dr. Ciechanowskiego.

Według sprawozdania w Tow. lek. krakowskiem w dniu 3 czerwca 1925 r.

W roku 1911 opisał Bonfiglio występowanie barwika, zawierającego żelazo w komórkach warstwy zewnętrznej (adventitia) naczyń mózgowych. Pierwszy Hayashi uznał to za charakterystyczne dla porażenia postępującego, a Lubarsch w 1917 roku na przeszło 100 przypadkach potwierdził stałe występowanie w porażeniu postępującem barwika zawierającego żelazo w sąsiedztwie nacieków okołonaczyniowych, nie przypisując mu zresztą większego znaczenia rozpoznawczego, niż obecności nacieków. Uznając również występowanie barwika zawierającego żelazo w komórkach błony zewnętrznej naczyń kory mózgowej za znamienne dla porażenia postępującego, wyzyskał to Spatz do szybkiego rozpoznawania porażenia postępującego na stole sekcyjnym. Podał on metodę badania, która pozwalała szybko i według niego zupełnie pewnie stwierdzić porażenie postępujące na podstawie bardzo charakterystycznego obrazu, który powstaje w korze mózgowej, gdy badany płat mózgu włożymy na kilkanaście do kilkudziesięciu minut do stężonego rozczynu siarczku amonowego.

Jeżeli odczyn jest dodatni, to w korze gołem okiem lub przy pomocy lupy widać punkty ciemno zielone lub prawie czarne na jaśniejszem, zielonem tle kory. Z takich miejsc kory przenosi się na szkiełko przedmiotowe kawałeczek i rozgniata szkiełkiem nakrywkowem; pod mikroskopem widać wówczas ciemno-zielone grudki barwika, leżące wzdłuż ścian naczyniowych kory. Obraz taki pozwala według Spatza stanowczo rozpoznawać porażenie postępujące, jeżeli wykluczyć świdrowicę, (trypanosomiasis), w której odczyn z siarczkiem amonowym wypada dodatnio. Jak stwierdził Spielmayer, obraz histopatologiczny tej sprawy stoi bardzo blisko porażenia postępującego. W innych badanych przez Spatza przypadkach, jako to: zapaleniu opon, zapaleniu mózgowia (encephalitis), stwardnieniu rozsianem, miażdżycy tętnic mózgowych i wreszcie kile mózgu odczyn siarczku amonu wypada ujemnie.

Na zasadzie wyniku tych badań uważa Spatz odczyn z siarczkiem amonowym za zupełnie pewną metodę rozpoznawczo-rozpoznawczą w przypadkach wątpliwych, podkreślając jednocześnie, że cechę charakterystyczną stanowi nie sama obecność barwika (hemosyderyny), lecz usadawianie się jego w komórkach błony zewnętrznej ścian naczyniowych kory mózgowej.

Co się tyczy barwika zawierającego żelazo, to Spatz uważa tę hemosyderynę za krwiopochodną, żelazo w niej zawarte jest więc innego pochodzenia niż żelazo budowlane, tak zwane autogeniczne, rozłożone w całym układzie nerwowym. Szczególnie obfitują w żelazo budowlane ciałko prążkowane, kula blada, substancja czarna Semèringa.

Spatz podkreśla, że ze złogami hemosyderyny można się spotkać także w przypadkach ognisk krwotocznych w mózgu lub małych wybroczyn, powstałych wskutek pękania drobnych naczyń mózgowych, zmienionych miażdżycowo. Ale w takich przypadkach złogi hemosyderyny znajdują się tylko tam, gdzie zostały uszkodzone naczynia.

Wartość rozpoznawczą odczynu Spatza sprawdzał Stieffler na materjale, składającym się z 2 przypadków kiły mózgu, 3 nagminnego zapalenia mózgu, 2 otępienia na tle miażdżycy (dementia arteriosclerotica), oraz 8 przypadków porażenia postępującego, wśród których były 3 przypadki porażenia postępującego o przebiegu szybkim, dające obraz padaczki korowej. We wszystkich przypadkach porażenia postępującego odczyn był dodatni, jak również i w przypadkach o klinicznym obrazie przewlekłym (t. zw. ustalonym „stationär“), w których badanie histologiczne wykazało nieznaczne tylko nacieki komórkowe. Na zasadzie tego uznał Stieffler odczyn Spatza za zupełnie pewny odczyn rozpoznawczy przy badaniu anatomicznem porażenia postępującego.

W 1924 r. próbował Peter zużytkować odczyn Spatza do rozpoznawania klinicznego, badając kawałeczki kory, wydobyte przy pomocy nakłucia sposobem Neissera-Pollaka. Z badań swoich wyciągnął Peter wniosek, że odczyn z siarczkiem amonowym może mieć znaczenie kliniczne przy różniczkowaniu pomiędzy porażeniem postępującem i psychozą wiądową oraz porażeniem postępującem i kiłą mózgu.

Przeciwko metodzie Spatza podnieśli zarzuty Joseffi i Ostertag, z których pierwszy sądzi, że obecność barwika zawierającego żelazo jest tylko oznaką nacieków zapalnych w ścianach naczyń, że zatem możemy się spotkać z dodatnim wynikiem odczynu we wszystkich przypadkach, w których występują zmiany zapalne w naczyniach; Ostertag natomiast nie przeczy, że w przypadkach porażenia postępującego hemosyderyna grupuje się w charakterystyczny sposób w komórkach błony zewnętrznej naczyń kory, mniema jednak, że wykonanie odczynu na świeżym mózgu w sposób podany przez Spatza może czynić rozpoznanie wątpliwem, ponieważ mogą być wówczas wgniecione w korę kawałki opon, w naczyniach zaś opon występują podobne zmiany i w toku kiły opon, co Ostertag udowadnia kilku badanemi przez siebie przypadkami.

Z drugiej strony, jak podnosi Ostertag, zmiany w naczyniach kory mogą być niewielkie i nierównomiernie rozsiane, zwłaszcza w początkowych okresach porażenia postępującego, może się zatem zdarzyć, że do badania zostaną wzięte takie cząstki kory mózgowej, gdzie zmian w naczyniach niema, i wynik odczynu będzie wówczas wieść do wniosków fałszywych. Na tej też zasadzie podaje Ostertag tembardziej w wątpliwość wartość badań Petera na materjale uzyskanym klinicznie przez nakłucie. Pewne znaczenie mógłby mieć według Ostertaga odczyn jedynie wówczas, gdyby go wykonywano na preparatach krajanych z mózgów ustalonych, a nie w preparatach gniecionych z mózgów świeżych, jak poleca Spatz, oraz gdyby do badania używano wycinków z kilkunastu miejsc.

Zarzuty Joseffiego i Ostertaga uważa Spatz za niesłuszne, gdyż jego zdaniem: 1 główne znaczenie ma odczyn makroskopowy, który wykonywa się na wielkich płatach mózgu, zatem i w przypadkach zmian niewielkich i rozsianych zostaną one przy należytem badaniu stwierdzone, preparat zaś mikroskopowy robi się dopiero z wybranych miejsc preparatu makroskopowego;

2. naczynia opon nie mogą zamącać rozpoznania, gdyż można je zdjąć przed wykonaniem odczynu;

3. w żadnej innej sprawie chorobowej, prócz porażenia postępującego, mimo nacieków zapalnych okołonaczyniowych, odczyn nie daje wyniku dodatniego.

Wobec różnicy poglądów na znaczenie metody Spatza dla rozpoznawania porażenia postępującego, podjęliśmy badania kontrolne, mając na uwadze, że gdyby wyniki potwierdziły się na większym materjale, to metoda ta miałaby niezaprzeczenie dla anatomopatologa dużą wartość przy sekcji. Dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, w których zespół zmian anatomicznych, pozwalający przy badaniu pośmiertnem przyjąć porażenie postępujące, jest niekompletny. Przeprowadzając badania staraliśmy się określić w jakim stosunku zostaje wynik odczynu z siarczkiem amonowym do znalezionych zmian sekcyjnych makroskopowych i mikroskopowych, oraz jak przedstawia się odczyn w przypadkach klinicznie przebiegających szybko, w przypadkach bardzo przewlekłych (stacjonarnych) i atypowych.

Materjał zbadany przez nas składa się z 30 przypadków rozpoznanego klinicznie porażenia postępującego, w czem 3 przypadki taboparalysis, oraz 30 przypadków kontrolnych, wśród których znajdują się:

3 przypadki nagminnego zapalenia opon,
2 „ gruźliczego zapalenia opon,
5 „ w których na sekcji znaleziono zmiany kiłowe: w 3 przypadkach tylko w tętnicy głównej i na podstawie języka, w 2 także i kilaki w wątrobie,
2 „ otępienia starczego,
1 „ schizofrenja,
16 „ osobników w starszym wieku z wybitną miażdżycą ogólną i tętnic mózgowych.

We wszystkich 30 przypadkach porażenia postępującego wynik odczynu był dodatni, przyczem w jednym przypadku, należącym do t. zw.postaci stacjonarnych, rozmieszczenie złogów barwika było nierównomierne: w pewnych miejscach obfite, w innych brakowało go zupełnie. Badanie histologiczne wykazało nierównomierne nacieki komórkowe okołonaczyniowe. Przypadek ten dotyczył 49-letniej kobiety, z rozpoznaniem klinicznem porażenia postępującego, u której początek choroby zauważono w roku 1916. Od 8. VI. 1922 r. do śmierci w dniu 6. IV. 1925 r. chora ta pozostawała w zakładzie w Kobierzynie. 9-letni przebieg choroby był bardzo przewlekły, bez zwolnień (remissio). Przy sekcji stwierdzono: fibrosis leptomeningum, atrophia cerebri (1060 gramów), ependymitis granulosa, mesaortitis luetica, arteriosclerosis mediocris gradus.

Przytaczamy jeszcze główne szczegóły dwu przypadków, w których wynik sekcji budził większe zajęcie ze względu na ich przebieg kliniczny.

1. P. W., 61-letni mężczyzna. Zakażenie kiłowe w 1918 r. Objawy porażenia postępującego w 6 lat po zakażeniu, t. j. od roku 1924. W Kobierzynie pozostawał 2 miesiące; przebieg choroby był bardzo szybki. Przy sekcji znaleziono: mózg 1450 gr., bez zmian makroskopowych. W tętnicy głównej nie znaleziono zmian kiłowych, lecz tylko zmiany miażdżycowe. Podstawa języka bez zmian. Badanie mikroskopowe wykazało w korze mózgowej obfite okołonaczyniowe nacieki, złożone z komórek plazmatycznych. Odczyn z siarczkiem amonowym wybitnie dodatni.

2. S. M. 41-letni mężczyzna. Początek choroby w 1920 r.; po leczeniu zimnicą 1½-roczne zwolnienie choroby. Z powodu nawrotu sprawy umieszczony w Kobierzynie, 11. VI. 1924 r. gdzie zmarł 20. X. tegoż roku. Przy sekcji znaleziono zwłóknienie opon miękkich, zanik mózgu (waga 1430 gr.), wygładzenie podstawy języka. W tętnicy głównej kilka nacieków miażdżycowych około ujścia tętnic wieńcowych. Badanie mikroskopowe mózgu: nacieki okołonaczyniowe niezbyt obfite, złożone z komórek plazmatycznych; odczyn z siarczkiem amonowym dodatni.

Należy podnieść, że obfitość złogów hemosyderynowych nie stoi wcale w stosunku prostym do obfitości nacieków okołonaczyniowych: czasem nacieki są małe, jak w opisanych powyżej przypadkach, odczyn zaś z siarczkiem wypada wybitnie dodatnio.

Co się tyczy zmian anatomicznych makroskopowych, to, według częstości występowania, przedstawiały się one w zbadanych 30 przypadkach następująco:

1. zmiany należące do zespołu pospolitego w porażeniu postępującem: fibrosis leptomeningum w 24 przypadkach, atrophia cerebri w 22 przypadkach, ependymitis granulosa w 2 przypadkach;

2. zmiany świadczące o przebytej kile: mesaortitis luetica w 22 przypadkach, gummata hepatis w 2 przypadkach, aplanatio baseos linguae w 10 przypadkach.

Na zasadzie badań naszych możemy stwierdzić, że złogi hemosyderyny w komórkach zewnętrznej warstwy naczyń kory mózgowej występują zawsze w porażeniu postępującem, stanowią zatem ważne kryterjum dla rozpoznania anatomopatologicznego. Badanie metodą Spatza t. j. traktowanie siarczkiem amonowym dużych płatów świeżego mózgu, pozwala łatwo wykryć zmiany także i w tych przypadkach, gdy są one ogniskowe lub słabo naogół wyrażone, jak to się zdarza w przypadkach bardzo przewlekle przebiegających lub okresach wczesnych choroby. Jedna jeszcze okoliczność przemawia za używaniem metody Spatza w każdym badanym sekcyjnie przypadku klinicznie wątpliwego porażenia postępującego: w zespole anatomicznym, którym kierujemy się w rozpoznawaniu, większość cech, jak: zgrubienie kości pokrywy czaszki, zwłóknienie opon, zanik mózgu, małe wodogłowie zewnętrzne i wewnętrzne, zdarzają się również w przypadkach zaniku starczego, ziarnistość wyściółki komór (ependymitis granulosa) spotyka się rzadko w zespole, jak wskazuje przytoczone powyżej zestawienie badanych przypadków. Zyskujemy zatem w metodzie Spatza cenne kryterjum pomocnicze.

(W czerwcu bieżącego roku ogłosił Pette wyniki swoich badań kontrolnych, zgodne z naszemi).

Piśmiennictwo:

1 Ostertag. Münch. m. W. 1924. 42. — 2) Peter. Münch. m. W. 1924. I. — 3) Pette. M. m. W. 1925. 22. — 4) Spatz. Zentr. für Path. 1923. 12, 33. — 5) Spatz. M. m. W. 1924. 47. — 6) Spatz. M. m. W. 1922. 38. — 7) Spatz. Zeits. für N. u. Psych. LXXVII. 1922. — 8) Stieffler. M. m. W. 1923. 22.

Z praktyki.

Prym. Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

O rozszerzeniu przełyku.

(Ectasia oesophagi).

Z oddziału chorób wewnętrznych I. B. Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Z pośród rozszerzeń przełyku należy wyróżnić uchyłki (diverticula) od zwykłych rozszerzeń (ectasia). Uchyłki stanowią ograniczone workowate lub kieszonkowate rozszerzenia ściany przełyku i powstają już to przez wypuklenie ściany wskutek ucisku od wewnątrz światła przełyku; już to przez pociąganie ściany przełyku na ograniczonej powierzchni wskutek procesu chorobowego od zewnątrz działającego. Uchyłki przez wypuklenie są na ogół rzadkie; usadawiają się zawsze w odcinku szyjnym przełyku na granicy gardła i przełyku — i to na tylnej ścianie; przybierają niekiedy znaczną długość i szerokość (13.5 cm) tak, że w stanie wypełnienia ich przez treść pokarmową, uwidoczniają się na szyi jako guzy; wywołują zwężenie przełyku, a nawet i niedrożność dla dalszego przedostawania się pokarmów, a tem samem i zejście śmiertelne przez wygłodzenie (Zenker). Ściana ich składa się głównie ze zgrubiałej śluzówki, podśluzówki i włóknistej otoczki, warstwy mięsnej może w ścianie zupełnie brakować lub ogranicza się ona do nielicznych pęczków w szyjce uchyłka. Odpowiada to powstawaniu takiego uchyłka przez wypuklanie się błony śluzowej pomiędzy rozstąpionemi beleczkami mięśniowemi pod wpływem ucisku od wewnątrz (ciała obce, za duże kęsy pokarmowe, uraz) w tych miejscach przełyku, które już ze względów rozwojowych są mniej odporne.

Uchyłki przez pociąganie są częstsze; sadowią się przeważnie na przedniej ścianie przełyku w okolicy rozgałęzienia tchawicy na główne oskrzela; są małe; nie okazują dążności do znaczniejszego rozszerzania się i bardzo rzadko są przedmiotem rozpoznawania klinicznego. Powstają one przez pociąganie ściany na ograniczonej powierzchni wskutek zrostów. Zwyczajnie na dnie tych uchyłków spotyka się rozmiękły serowaty gruczoł oskrzelowy. Niekiedy przebijają one do tchawicy lub głównego oskrzela i powodują w następstwie zejście śmiertelne przez zgorzel płuc.

Zwykłe rozszerzenia przełyku (ectasia) powstają najczęściej powyżej zwężeń w części wpustowej żołądka lub dolnej części przełyku na tle blizn lub nowotworów, skoro warstwa mięsna ściany ulegnie zwiotczeniu i pokarmy zalegają tamże przez czas dłuższy. Są to wtórorzędne t. z. zastoinowe rozszerzenia, które ze względu na pierwotny proces chorobowy nie budzą większego zainteresowania klinicznego i anatomo-patologicznego. Okazują one zazwyczaj rozszerzenie wrzecionowate całego obwodu przełyku; rzadko są jednostronne i przybierają w końcu postać uchyłków. W odcinkach rozszerzonych ściana przełyku jest mniej lub więcej zgrubiała wskutek przerostu uzupełniającego warstwy mięsnej, wywołanego przez zwolna wzmagające się opory przy przedostawaniu się treści pokarmowej w miejscu zwężonem.

Ważne są natomiast rozszerzenia pierwotne przełyku bez zwężeń anatomicznych, które zajmują cały przełyk lub część jego. Częściowe rozszerzenia przełyku ograniczają się najczęściej do dolnego odcinka i miewają zwykle kształt wrzecionowaty, rzadko postać flaszkowatą. Niekiedy dochodzą one do tak znacznych rozmiarów, iż może się w nich zmieścić ramię dorosłego człowieka. Ściana tych rozszerzeń jest mniej lub więcej zgrubiała i to głównie przez warstwę mięsną, a mniej przez śluzówkę. Przypadek nadmiernego wrzecionowatego rozszerzenia przełyku bez zwężenia wpustu żołądka opisał Luschka u kobiety 50-letniej, która od piętnastego roku życia zauważyła odnośne objawy chorobowe. Długość przełyku wynosiła u niej 45 cm. zamiast 25 cm. — a obwód dochodził do 36 cm. zamiast 7.5 cm.

Dnia 13. VI. b. r. został przyjęty na oddział A. L., uczeń seminarjum nauczycielskiego, liczący lat 18. Według wywiadów obecna choroba rozpoczęła się u niego przed 3 dniami: bolem głowy, dreszczami, wysoką gorączką (39 C.), kaszlem, kłuciem w bokach i ogólnem osłabieniem. Przed dwoma laty miał przebyć zapalenie opłucnej lewej. Rodzice żyją; niema żadnego obciążenia dziedzicznego.

Przebieg choroby przemawiał za grypą u osobnika, okazującego konstytucję gruźliczą *(Influenza. Apicitis bilateralis. Adhaesiones pleuriticae sin. Thorax paralyticus).* W plwocinach niema prątków Kocha. Krew i mocz bez zmian wybitniejszych. Po tygodniu chory przestał gorączkować; zmiany nieżytowe w płucach ustąpiły. Natomiast przy dalszem spostrzeganiu klinicznem wyłoniły się u niego na pierwszy plan zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Wówczas dopiero chory podał, iż od 10 roku życia, a więc od 8 lat doznaje stale trudności w przedostawaniu się do żołądka pokarmów, zwłaszcza stałych, a mianowicie, że pokarmy stałe i płynne po spożyciu zatrzymują się w przełyku na wysokości dolnej części mostka powyżej wyrostka mieczykowatego i że on te zatrzymane pokarmy po pewnym czasie mimowoli napowrót wraca. Stan ten był dla chorego nadzwyczaj przykry i uciążliwy przez cały pierwszy rok; później zaczął się chory do tych warunków przyzwyczajać, zwłaszcza odkąd zauważył, że pokarmy łatwiej przedostają się do żołądka, jeśli najpierw głęboko wciągnie powietrze, a następnie przechyli górną część tułowia ku przodowi i silnie prze, uciskając na dolną część klatki piersiowej; pokarmy stałe muszą być poprzednio rozdrobnione i dobrze pożute. Chory stosuje ten zabieg od 7 lat i dzięki temu życie dla niego stało się znośne.

Dokładne badanie narządów trawienia i jamy brzusznej w dniu 21. VI. br. wykazało co następuje:

Język wilgotny, czysty. Brzuch w górnej części zapadnięty, poniżej miernie wysklepiony; nie bolesny. Dolna granica żołądka sięga do spojenia łonowego; tamże bardzo wybitne pluskanie treści żołądka. Wątroba, śledziona, narząd moczowo-płciowy bez zmian,

Badanie treści wydobytej zgłębnikiem przedstawia następujące wyniki:

22. VI. b. r. Zgłębnik wchodzi na 48 cm. Na czczo otrzymano 200 ccm treści nieuwarstwionej, oddziałującej obojętnie i nie zawierającej wolnego HCL. Po przepłukaniu podano próbne śniadanie Ewalda (szklanka herbaty i bułka); w pół godziny po próbnem śniadaniu wydobyto 150 ccm treści niestrawionej, również o oddziaływaniu obojętnem i bez wolnego HCL.

27. VI. Pluskania w żołądku nie stwierdzono. Zgłębnik wchodzi na 48 cm. Na czczo wydobyto 400 ccm treści półpłynnej, nie uwarstwionej. Po przepłukaniu litrem wody wydostano płyn

czysty. W pół godziny po próbnem śniadaniu Ewalda (200 ccm herbaty i bułka) otrzymano 500 ccm płynu nieuwarstwionego; wolny HCL, kwasota.

1. VII. Na czczo wydobyto zgłębnikiem 200 ccm treści podobnej jak 27. VI. Podano szklankę mleka słodkiego (200 ccm). W pół godziny po wypiciu tej szklanki mleka wydobyto nieco mniejszą ilość mleka, w którem stwierdzono sernik (kazeinę).

9. VII. Treść wydobyta na czczo wykazuje pod drobnowidem: Komórki roślinne (celluloza), kuleczki tłuszczu, nieliczne leukocyty, nabłonek płaski, miazgę bezpostaciową.

Dnia 24. VI. poddano chorego prześwietleniu promieniami Roentgena w Zakładzie roentgenologicznym szpitala św. Łazarza (Dr. Korabczyńska). Wynik badania następujący: Płynna masa obiadu kontrastowego zatrzymała się w przełyku, który jest silnie rozszerzony i tworzy zagiętą pętlę na kształt żołądka. Przez ściany przełyku przechodzą fale robaczkowe przodujące i wsteczne. Poniżej przepony światło przełyku jest silnie zwężone. Drożność tej części jest tak mała, że przy ponownem badaniu po 4 godzinach znajduje się w przełyku jeszcze dużo pozostałości. Równocześnie stwierdza się w dolnym biegunie żołądka również treść kontrastową, z żołądka niewydaloną, przypuszczalnie z tego powodu, że ona ustawicznie powoli napływa z przełyku. Z ułożenia dolnego bieguna żołądka można wnosić, że żołądek jest znacznie powiększony. Czy jest zwężenie odźwiernika, nie można rozstrzygnąć z powodu niemożności przeprowadzenia badania żołądka w tych warunkach przy zwężonym przełyku.



Ryc. 1.
Dolny rozszerzony odcinek przełyku ponad przeponą. (*a*)



Ryc. 2.
Dolny odcinek rozszerzonego przełyku ponad przeponą (*a*), poniżej dolna granica rozszerzonego żołądka (*b*).

Obraz roentgenologiczny i badania treści wydobytej wskazują, iż zgłębnik znajdował się tylko w dolnym odcinku przełyku, znacznie rozszerzonym na kształt żołądka; obecność zaś sernika w mleku wydobytym przez zgłębnik dowodzi, iż treść żołądka przedostawała się napowrót z żołądka do odcinka rozszerzonego przełyku. Przemawiają za tem też i ruchy robaczkowe przodujące i wsteczne w części rozszerzonej przełyku, stwierdzone przy prześwietlaniu. Wobec równoczesnego bardzo znacznego rozszerzenia żołądka należy wnosić, iż przyczyną tegoż jest zwężenie w okolicy odźwiernika tej samej przyrody, co i w części wpustowej przełyku. Samo zwiotczenie ściany żołądka nie mogło wywołać tak znacznego jego rozszerzenia i obniżenia się dolnej granicy żołądka do spojenia łonowego. W tych warunkach żołądek raczej powinien był być skurczony.

Etjologja powstawania pierwotnych rozszerzeń przełyku nie jest dokładnie znana. Eichhorst wprowadza w związek przyczynowy zadziałanie wstrząsów i urazów na klatkę piersiową. Swain spostrzegał rozszerzenie przełyku w następstwie upadku ze schodów. W przypadku Jaffego rozszerzenie przełyku nastąpiło wskutek zaciśnięcia części jego pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym mostka, zwróconym silnie na wewnątrz wgłąb klatki piersiowej, a kręgiem piersiowym niezwykle wysterczającym naprzód. Niekiedy zauważono rozszerzenie przełyku po przebyciu chorób zakaźnych lub wyniszczających wskutek następowego zmniejszenia odporności i kurczliwości warstwy mięsnej przełyku. W przypadku Klebsa stwierdzono stłuszczenie tej warstwy, a w przypadkach Rokitansky'ego, Giessego, Zenkera i t. d., w których był znaczny przerost tej warstwy, przyczyny zwężenia nie można było wykazać.

Również przez stale utrzymujący się skurcz części wpustowej żołądka, wywołany zaburzeniami nerwowemi, może się wytworzyć bardzo znaczny przerost warstwy mięsnej, połączony z rozszerzeniem przełyku (Mikulicz, Meltzer, Leichtenstern). Według Rosenheima naprzód wytwarza się zwiotczenie warstwy mięśnej, a dopiero wtórorzędnie dołącza się skurcz stały części wpustowej żołądka. Natomiast Einhorn odnosi powstawanie pierwotnych rozszerzeń przełyku do zaburzeń w odruchowym mechaniźmie połykania. W prawidłowych warunkach po połykaniu musi się otwierać wpust żołądka, aby pokarmy dostawały się do żołądka. Jeśli w tym odruchowym mechaniźmie nastąpią zaburzenia i we wpuście zatrzymują się pokarmy, dochodzi do rozszerzenia przełyku.

Jurasz upatruje przyczynę dla powstawania skurczu przełyku i następowych jego rozszerzeń nie tylko w nieprawidłowem unerwieniu danego miejsca, ale i w pierwotnych zaburzeniach mikro-anatomicznych i mikro-fizjologicznych komórek mięsnych. Najprawdopodobniej odgrywa też tu rolę brak równowagi w działaniu układu nerwu współczulnego i nerwu błędnego, wrażliwych na działanie różnych szkodliwych czynników bezpośrednio lub pośrednio na drodze odruchowej, a pozostających nadto pod wpływem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i bodźców psychicznych. Właściwość konstytucyjna osobnika nie pozostaje bez wpływu. Według Zaaijera przyczyna skurczu żołądka (cardiospasmus) leży w niedoczynności samego wpustu żołądka, który rozszerzaniem się nie odpowiada na bodźce pokarmowe. Zapatrywanie to poparł Jurasz wynikiem badania drobnowidowego, według którego komórki mięśni gładkich w odcinku zwężonym okazywały wyraźny zanik.

Zenker odnosi powstawanie ograniczonych rozszerzeń przełyku tuż ponad przeponą do życia płodowego; opisał on taki przypadek u noworodka.

W naszym przypadku po bliższem rozpatrzeniu powstanie tak znacznego rozszerzenia w dolnej części przełyku (przypominającego swym kształtem żołądek) i równocześnie bardzo znacznego rozszerzenia żołądka wskazuje najprawdopodobniej również na wadę utworową (stenosis congenita oesophagi in parte cardiaca ss. ectasia insigni partis inferioris oesophagi nec non stenosis congenita ad regio-

nem pylori ss. gastrectasia insigni) i na następową niedoczynność tychże odcinków przewodu pokarmowego na bodźce pokarmowe. Przypadek znacznego rozszerzenia dwunastnicy i żołądka (bez zmian przełyku) na tle zwężenia wrodzonego dolnej części dwunastnicy miałem sposobność spostrzegać na stole sekcyjnym w Zakładzie anatomo-patologicznym U. J. w r. 1919 u dziewczyny 18 letniej, u której rozpoznanie anatomo-patologiczne (prof. Browicz) opiewało: *Stenosis congenita partis inferioris duodeni ss. dilatatione partis superioris duodeni et ventriculi. Cachexia permagna universalis. Hypoplasia cordis.*

Piśmiennictwo:

1) Eichhorst. Handbuch der spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 1905. — 2) Birch-Hirschfeld. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1895. — 3) Rokitansky. Osterreichische Jahrbücher 1846. — 4) Giasse. Uber Oesophagus Erweiterung. Würzburg 1860. — 5) Luschka. Virchows. Archiv. LXII. — 6) Strümpell. Archiv. f. Klin. Med. XXIX. — 7) Zenker. l. c. S. 45. — 8) Leichtenstern. D. med. Woch. 1891. — 9) Ziegler. Lehrbuch der allgem. und spez. patholog. Anatomie. — 10) Mikulicz. D. med. Woch. 1904. 1—2. — 11) Zaaijer. Arch. f. Klin. Chir. Band 130. 1924. — 12) Jurasz. Polska Gazeta Lekarska 1925. Nr. 28.

Dr. Edward MRÓZ. Kraków.
Asystent Zakładu anatomji patol. U. J.

O zarośnięciu ujść dużych tętnic.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Jagiel.
Dyrektor: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zmiany kiłowe sadowią się często w tętnicy głównej, Stadler w badanych 200 przypadkach kiły znalazł zmiany w tętnicy głównej w 82%, Oberndorfer w 7% wszystkich sekcjonowanych zwłok. Zmiany te wywołują bardzo często zarastanie ujść tętnic drobnych, odchodzących od aorty, zwłaszcza tętnic międzyżebrowych, a nierzadko zwężenie lub nawet zarośnięcie ujść tętnic wieńcowych serca. W przeciwieństwie do tego stoi niezmierna rzadkość zarośnięć ujść wielkich gałęzi aorty, jako to tętnicy bezimiennej, podobojczykowej i szyjnej wspólnej lewej.

I tak Fränkel w r. 1880 opisał przypadek zarośnięcia tętnicy szyjnej wspólnej lewej i drugi przypadek zamknięcia zakrzepem tejże tętnicy. Riegel w r. 1887 spostrzegał przypadek bardzo znacznego zwężenia ujść tętnicy szyjnej wspólnej lewej i podobojczykowej lewej, tak, że zaledwie przechodziła bardzo cienka szpilka. Klinicznie w tym przypadku spostrzegano bardzo słabe tętno tętnicy promieniowej i szyjnej. Preisendörfer w r. 1878 podał jeden przypadek zarośnięcia ujścia tętnicy bezimiennej i bardzo znacznego zwężenia tętnic: szyjnej wspólnej i podobojczykowej lewej. Klinicznie: tętno tętnic promieniowych bardzo słabe. Huchard i Pennel opisali w r. 1883 przypadek znacznego zwężenia ujść tętnicy bezimiennej, tętnic szyjnej wspólnej i podobojczykowej lewej. Högerstedt i Nemser w r. 1897 opisali jeden przypadek zarośnięcia ujścia tętnicy podobojczykowej lewej, jeden przypadek zwężenia tętnicy bezimiennej i jeden przypadek zarośnięcia tętnicy bezimiennej. Dejerine i Huet w r. 1888 podali jeden przypadek zarośnięcia tętnicy bezimiennej i równoczesnego znacznego zwężenia tętnicy podobojczykowej lewej, Türk w r. 1901 opisał jeden przypadek zarośnięcia tętnic szyjnej wspólnej lewej, podobojczykowej lewej, wieńcowej serca prawej, bezimiennej i międzyżebrowych górnych. Klinicznie: brak tętna w obrębie tętnic promieniowych i skroniowych, silne tętno w tętnicach biodrowych zewnętrznych. Naczynia podskórne grzbietu silnie rozwinięte, tętnią. Töppich w r. 1921 opisał jeden przypadek zwężenia tętnic międzyżebrowych, równoczesnego zarośnięcia tętnicy szyjnej wspólnej lewej, a jeden przypadek zwężenia tętnicy bezimiennej, tętnicy szyjnej wspólnej lewej, i podobojczykowej lewej. Wreszcie wymienić należy jedno ze spostrzeżeń Kussmaula zamknięcia zakrzepem, a następnie zarośnięcia ujścia tętnicy szyjnej wspólnej lewej. Zajmuje ono odrębne stanowisko, ponieważ zmiany były następstwem ucisku przez guz.

Przypadki więc całkowitego zarośnięcia ujść wielkich gałęzi w łuku aorty opisali: w obrębie jednego ujścia: Fränkel 1. (tętn. bezimiennej), Högerstedt i Nemser 2. (podobojczykowej lewej i bezimiennej), Dejerine 1. (bezimiennej), Töppich 1. (szyjnej wspólnej lewej), razem przypadków 7. Zarośnięcie całkowite w obrębie wszystkich wielkich naczyń odchodzących od łuku aorty opisał Türk w jednym przypadku. Wobec rzadkości tych przypadków nie dziw, że etjologja i patogeneza ich nie jest dotąd wyjaśniona i każde nowe spostrzeżenie musi być zużytkowane do badań w tej sprawie.

Przypadek tego rodzaju zarośnięcia ujść dwóch tętnic wielkich: szyjnej wspólnej lewej i podobojczykowej lewej zdarzył się w roku bieżącym w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. w Krakowie. Dotyczy on 49-letniego wyrobnika J. M. zmarłego na oddziale I. B. szpitala św. Łazarza w Krakowie.

28. III. b. r. zgłosił się do szpitala ze skargami na duszność, osłabienie ogólne, bole w okolicy oczodołu, obrzęki, zawroty głowy, bóle brzucha, trwające od czerwca ubiegłego roku. Przechodził chorobę wysypkową. Żona dwa razy roniła. Troje dzieci zmarło wkrótce po urodzeniu. W szpitalu stwierdzono miedzy innemi odczyn Wassermanna silnie dodatni, tętno 100, nieregularne, na tętnicy promieniowej lewej bardzo słabe, tony serca głuche, a rozpoznano: *Nephrosis chronica, arteriosclerosis, emphysema, tumor hepatis et lienis; status post operationem invaginationis. Lues.* W czasie pobytu chorego w szpitalu wystąpiły ostre objawy wgłobienia jelit. W kilka dni po wykonanej z tego powodu operacji chory zmarł. Sekcję wykonano w Zakładzie anatomji patol. U. J. w Krakowie dnia 4. IV. 1925 r. Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Cicatrix in regione hypogastrica dextra post laparotomiam l. a. f. Peritonitis serosopurulenta probabiliter post invaginationem. Mesenterium et mesosigmoideum longa. Mesaortitis luetica et atheromatosis aortae. Obliteratio luetica arteriae carotis et subclaviae sinistrae. Arteriosclerosis universalis. Aneurysma aortae. Hypertrophia ventriculi sinistri cordis. Emphysema pulmonum. Obliteratio cavi pleurae dextrae et adhaesiones circumscriptae compactae pleurales sinistrae. Amyloidosis lienis et renum.*

Ze szczegółowych danych sekcji przytoczę tylko te, które są w związku z zajmującą nas sprawą chorobową:

Wymiary serca: podłużny 14,5 cm; poprzeczny 11,5 cm; przednio tylny 7,5 cm. Grubość mięśnia sercowego komory lewej 2,2 cm
prawej 0,5 cm

Obwód tętnicy głównej nad zastawkami półksiężycowatemi	14,5 cm
Obwód tętnicy głównej na wysokości łuku	9,5 cm
Grubość ściany tętnicy głównej nad zastawkami	0,2 cm
Grubość ściany tętnicy głównej w łuku	0,2 cm

Część wstępująca i łuk aorty są więc znacznie rozszerzone. Kształt rozszerzonej części wrzecionowaty.

W całej tętnicy głównej bardzo znaczne zmiany miażdżycowe różnego rodzaju obok zmian charakterystycznych dla kiły. W miejscu, gdzie odchodzą od tętnicy głównej tętnica szyjna lewa i podobojczykowa lewa, widać od wnętrza tętnicy głównej tylko nieznaczne, lejkowate zagłębienie, odpowiadające ujściu tętnicy szyjnej wspólnej. Poza tem niema żadnych otworów, któreby odpowiadały ujściom wspomnianych tętnic. Dokładniejsze badanie zgłębnikiem od strony tętnicy głównej i od strony obu tętnic stwierdza zupełną niedrożność, zarośnięcie światła na długości 2 cm w tętnicy szyjnej lewej wspólnej i 1,2 cm w tętnicy podobojczykowej lewej. Światło tętnicy szyjnej od strony obwodowej przedstawia się w postaci lejka, zwężającego się ku miejscu zarośnięcia. Podobnie wygląda tętnica podobojczykowa, tylko ściana z jednej strony jest grubsza. W niezarośniętej części tętnic znaleziono tylko wilgotne, elastyczne, ciemnoczerwone skrzepy pośmiertne. Ujście tętnicy bezimiennej bez zmian.

Badano drobnowidowo skrawki wzięte ze ścian tętnicy głównej 1. nad zastawkami, 2. ze ściany łuku tętnicy głównej, 3. z części wstępującej, 4. ze ściany tętnicy szyjnej lewej wspólnej, 5. ze ścian tętnicy podobojczykowej lewej.

Badanie mikroskopowe stwierdza w aorcie zwykły obraz zmian miażdżycowych i kiłowych w stopniu bardzo wybitnym: niejednostajne zgrubienie błony wewnętrznej ze zmianami szklistemi, martwicą, zwapnieniami, naciekami lipoidowemi, nacieki złożone z komórek plazmatycznych i limfocytów, blizny w warstwie mięsnej i przerwy warstw sprężystych. Na poprzecznym przekroju zarosłych tętnic niema zmian w błonie mięsnej, niema też ani śladu zmian miażdżycowych. Światło wypełnione tkanką

łączną dość wiotką, stosunkowo bardzo obfitującą w komórki, które długą osią leżą przeważnie prostopadle do błony sprężystej wewnętrznej. Ta nowowytworzona tkanka oddzielona jest od błony sprężystej wewnętrznej wąskiem, równem pasemkiem tkanki łącznej o budowie błony wewnętrznej prawidłowej. Wśród tkanki wypełniającej światło znajduje się kilka naczyń włosowatych i tętniczka. Nigdzie niema złogów hemosyderyny. W lejkowatem zwężeniu światła ponad zarośnięciem obraz podobny, tylko światło częściowo utrzymane.

Nasuwają się pytania: 1. w jaki sposób wytworzyć się mogło zarośnięcie 2. czy mogło być wyrównane drogami obocznemi i jakiemi?

W odpowiedzi na pierwsze pytanie dzielą się autorowie na dwie grupy. Zarośnięcia dużych tętnic, odchodzących od łuku aorty, odnosi jedna grupa autorów do miażdżycy (Fränkel, Kussmaul, Preisendörfer, Högerstedt, Nemser, Huchard, Dejerine). Zauważyć należy, że autorzy ci opisywali spostrzegane przez siebie przypadki w czasie, gdy nie odróżniano kiłowych zmian w naczyniach, od zmian miażdżycowych. Znano wprawdzie dawniej przerwy w włóknach elastycznych naczyń, ale te uważano za blizny po pęknięciach w przebiegu mesarteritis arteriosclerotica (Kraft), Wprawdzie Heiberg i Laveran jeszcze w roku 1877 przypuszczali, że nacieki drobnokomórkowe naokoło naczyniowe w środkowej warstwie tętnic są, być może charakteru kiłowego. Dopiero jednak Doehle wyodrębnił obraz mikroskopowy i makroskopowy zmian kiłowych w aorcie w odróżnieniu od zmian miażdżycowych. Z autorów, którzy się później tą sprawą zajęli i gorąco bronili stanowiska Doehlego, wymienić zależy Hellera wraz z uczniami oraz Bendę i Chiari'ego. Od czasu Zjazdu patologów w Monachium w r. 1899 pojęcie „aortis luetica" zdobyło prawo obywatelstwa.

Przypadek Kussmaula oraz dwa przypadki Fränkla rzeczywiście z wszelką pewnością tłomaczyć można sprawami miażdżycowemi, zgodnie ze stanowiskiem tych obu autorów. Przypadków jednak Riegela, Preisendörfera, Hucharda, Högerstedta, Nemsera nie możnaby na podstawie opisu autorów odnieść w myśl ich zapatrywań, stanowczo do miażdżycy. Przypadek Hucharda wobec wieńcowatego ułożenia zmian naokoło ujść, raczej zdaje się być charakteru kiłowego. Högerstedt i Nemser tłumaczą powstawanie zarośnięcia w ten sposób, że główną rolę przypisują zakrzepom przyściennym w przebiegu miażdżycy, która, według nich bardzo często umiejscawia się w obrębie ujść naczyń w łuku aorty. Wspominają wprawdzie, że niemożna stanowczo powiedzieć, czy kiła trzeciorzędna nie sprowadza zmian zarostowych w naczyniach większego kalibru — jednak, ich zdaniem, przyszłe badania raczej przekreślą pojęcie „endarteriitis obliterans luetica" na rzecz miażdżycy.

Druga grupa autorów: Türk, Töpplich, odnosi zarośnięcia do zmian kiłowych. Według Türka nie spotyka się wrodzonych zarośnięć dużych tętnic, nabyte zaś zarośnięcia mogą powstać w przebiegu kiłowej sprawy zniekształcającej i zarostowej (*aortitis resp. arteriitis deformans*) czyto przy ucisku naczyń przez worek tętniaka aorty, co sprowadza zwężenie i ewent. zamknięcie przez zakrzep, czy też w drodze przewlekłych spraw zapalnych zwężających. Sprawy te może wprawdzie bezsprzecznie sprowadzać miażdżyca, jednak i zmiany kiłowe według Türka, przechodząc z aorty na naczynia, mogą sprowadzać ich zarośnięcia i to uważa on w swoim przypadku za prawdopodobniejsze.

Töppich podał nieco inny sposób tłumaczenia tej sprawy. Zmiany kiłowe, toczące się w błonie środkowej aorty oraz tętnic odchodzących od aorty tuż przy ich ujściu powodują rozwój tkanki łącznej okrężnie naokoło ujść tych tętnic; następnie blizny okrężne, kurcząc się, stopniowo zaciskają i zwężają światło ujść. Dołączające się zgrubienie zastępcze błony wewnętrznej dopełnia zamknięcia i zarośnięcia światła. Za rzecz omal że wykluczoną uważa Töppich, by sam rozrost błony wewnętrznej mógł doprowadzić do zarośnięcia tak dużych naczyń, jak pni tętniczych w łuku aorty. Jores, opierając się na piśmiennictwie, dochodzi do następującego wniosku: „Omal nigdy nie przechodzą kiłowe zmiany aorty na naczynia odchodzące od łuku. Jednak czasem zmiany kiłowe mogą przechodzić z aorty na części początkowe naczyń; w tętnicy bezimiennej mogą sięgać do prawej tętnicy szyjnej wspólnej i prawej podobojczykowej (Hölscher). Często bywają ujścia gałęzi aorty zwężone wskutek zmian w ścianie samej aorty. Zwężenie to jest spowodowane przez bujanie błony wewnętrznej. Gdy zgrubiałe brzegi błony wewnętrznej zetkną się ze sobą, wówczas przerzucają się ponad otwory ujść nowe warstwy błony wewnętrznej, (Straub, Redwitz) tak, że potem nie można znaleźć otworów ujść na ścianie aorty".

Co do roli zakrzepów i zatorów, to jedni, jak Högerstedt i Nemser, przypisują im w patogenezie zarośnięć bardzo wielką rolę, przyznając miażdżycy rolę jakoby pośredniczącą. W przypadkach Kussmaula zarośnięcie tętnic szyjnej i podobojczykowej nastąpiło drogą organizacji zakrzepów (przy rozległej i wybitnej miażdżycy). W przypadku Fränkla przyczyną zarośnięcia tętnicy szyjnej wspólnej lewej był prawdopodobnie zator tej tętnicy (przy miażdżycy i tętniaku aorty). W drugim przypadku, tętnica szyjna wspólna lewa była szczelnie wypełniona skrzepami. W przypadku Preisendörfera zakrzepy nie odegrały żadnej roli. Rolę zaś dodatkową odegrały w przypadkach opisanych przez Türka. Töppich nie przypisuje zakrzepom żadnego znaczenia w swoich przypadkach. Jores (w dziele „Herz und Gefässe", Henke-Lubarsch, Str. 625) sądzi, że „we wszystkich dotąd opisanych przypadkach tylko z niewielkiem prawdopodobieństwem można zarośnięcia odnieść do zakrzepów, — w tętnicach średniego kalibru występują zakrzepy rzadko". Chiari zwraca uwagę na częstość skrzepów w miejscu podziału tętnicy szyjnej i odnosi to do często tam się sadowiącej miażdżycy.

Dowodem na to, że stopniowe zwężenie aż do zarośnięcia może obejść się bez udziału zakrzepów, mogłyby być przypadki tak znacznych zwężeń ujść, że można było wprowadzić w nie zaledwie cieńką szpilkę, (jak w przypadkach Preisendörfera i Riegela), a żadnych śladów zakrzepów nie znaleziono.

W naszym przypadku obraz mikroskopowy nie godzi się z żadnem z tłumaczeń wspomnianych autorów. Niema bowiem żadnych śladów miażdżycowego zgrubienia w błonie wewnętrznej zarośniętych tętnic, niema zmian kiłowych w warstwie środkowej tych tętnic, ani ogniskowych, ani tem mniej okrężnych, niema wreszcie żadnych resztek zakrzepów w tkance wypełniającej światło, ani śladów po zakrzepie, jak hemosyderyny, której znalezienie nie jest zresztą samo przez się dowodem poprzedniego zakrzepu.

Pozostawałoby jedynie przyjąć rozrost łącznotkankowy błony wewnętrznej na tle samej kiły bez udziału miażdżycy, bez zakrzepu, bez udziału warstwy środkowej, mięsnej, prostą „endarteriitis proliferans", wiodącą wkońcu do zupełnego zarośnięcia. Na dowód, że takie zarastanie, dochodzące aż do zupełnego zamknięcia, może nastawać w naczyniach większego kalibru, mógłby służyć fakt, że przecież spostrzegano je w naczyniach kończyn, sprowadzające nierzadko zgorzel kończyn (Haga-Japonja). Ch. Thorel („Pathologie der Kreislauforg, Ergebnisse der allg. Pathol. Neunter Jahrg. 1903"), przyznaje, że zmiany zarostowe na tle kiły występują znacznie wybitniej w naczyniach małego kalibru, niż w dużych, że jednak nieuzasadnionem jest ze względu na częste przejściowe postacie ustanawianie granicy między zmianami zarostowemi naczyń małych i większych.

Zamknięcie nagłe tętnicy nie mającej krążenia obocznego lub mającej gałązki oboczne niedostateczne, daje objawy nagle występujących zaburzeń krążenia. Zamknięcie ujścia tętnicy szyjnej wspólnej przez skrzep czy zator, wywołuje w wielu przypadkach objawy mózgowe, porażenia

(niekiedy i śmierć). Sekcja w takich przypadkach stwierdza rozsiane ogniska rozmięknienia w mózgu. Ale w wielu przypadkach, opisanych przez różnych autorów, takie zamknięcia światła tych tętnic nie wywołały, prócz nieznacznych, początkowo występujących zaburzeń, żadnych groźnych następstw. Zamknięcie światła tętnic kończyn wywoływało osłabienia kończyn, słabe tętno i zgorzel kończyn. Przy zamknięciu t. ramiennej zwykle nie dochodzi do zgorzeli. Przy zamknięciu zakrzepem t. bezimiennej i podobojczykowej krążenie się wyrównuje. Könige (M. m. W. 1889. Nr. 29) przedstawił przyp. zamknięcia lewej t. podobojczykowej i jej gałęzi przez zator, gdzie dzięki wytworzonemu krążeniu obocznemu nie doszło do ciężkich zmian, a nastąpił tylko zanik mięśni. Küster, podwiązując dla celów leczniczych tętnicę szyjną wspólną, nie spostrzegał zaburzeń mózgowych. Erb przyjmuje możliwość zaburzeń tylko w przypadkach powikłanych zatorem w obrębie tętnic mózgowych. Gay i Polak podwiązywali nawet obie tętnice szyjne bez złych następstw. Zimmermann i Pilz stwierdzili statystycznie tylko w $^1/_{10}$% przypadków podwiązania tętnic szyjnych, zaburzenia, ale i te podobnie jak Erb odnoszą do zatorów mózgowych. Werner i Gruber dochodzą do wniosku, że zamknięcie światła wielkich tętnic n. p. szyjnych wywołuje tem częściej i tem prędzej objawy zaburzeń mózgowych, im naglej występuje, w miarę zaś powolnie występującego zamknięcia prawie zawsze wytwarza się krążenie oboczne, wcale sprawnie kryjące ujemne skutki zamknięcia głównego toru krążenia.

W przytoczonych przeze mnie powyżej przypadkach zupełnego zarośnięcia ujść dużych tętnic, odchodzących od łuku aorty, albo nie było wyraźniejszych objawów, gdy zarośnięcie odbywało się powoli, bez udziału zatorów i zakrzepów, jak w przypadku Kussmaula, Riegera, Preisendörfera, albo występowały objawy ostre, gdy w ujściu tkwił zator lub zakrzep (jak w przypadku Fränkla). W przypadkach Riegela, Preisendörfera, Türka, Töppicha i naszym tętno w odpowiednich tętnicach było bardzo słabe, a nawet zupełnie znikało. W przypadku Preisendörfera było tętno w obu tt. promieniowych zaledwie wyczuwalne, w tt. szyjnych bardzo słabe, w tętnicach biodrowych bardzo silne, po prawej silniejsze niż po lewej, przyczem jest rzeczą ciekawą, że obustronnie było tętno równoczasowe.

W przypadku Türka: siła w górnych kończynach zmniejszona, bez porażeń, tętno w prawej t. podobojczykowej słabe i małe. Prawa tętnica szyjna wyczuwalna w postaci twardej, słabo (zaznaczonej) tętniącej rury. W prawej t. ramiennej i promieniowej brak tętna. Lewa t. szyjna wyczuwalna, miększa od prawej, ale bez tętna. TT. skroniowe wyczuwalne jako twarde postronki, także bez tętna. W lewej podobojczykowej, ramiennej i promieniowej ani śladu tętna. Naczynia dolnej połowy ciała tętnią bardzo silnie. Na grzbiecie wyczuwalne i widoczne liczne pętle naczyń silnie tętniących. W tt. nabrzusznych dolnej i górnej i t. sutkowej wewnętrznej silniejsze tętnienie.

Högerstedt i Nemser nie mówią nic o objawach klinicznych. Z innych autorów Schrötter („Erkrankungen der Gefässe" Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie Bd. XV.) mówi ogólnie, że przy zamknięciach wielkich naczyń rozwija się krążenie oboczne, które objawia się wkrótce przez silnie wystające, pokręcone, rozszerzone silnie tętniące naczynia.

Ciekawą stronę w takich przypadkach stanowi sprawa krążenia obocznego, bez którego przecież musiałoby tętno w kończynie zupełnie zniknąć i kończyna ulec zgorzeli. Niestety w żadnym z opisywanych przypadków nie zbadano anatomicznie rozwiniętych gałęzi krążenia obocznego. Nie było to możliwe także i w naszym przypadku. Tylko w przypadku Türka spostrzegano klinicznie wytworzone krążenie oboczne. Teoretycznie biorąc, byłyby możliwe następujące drogi krążenia obocznego: przy nierozległem (1—2 cm długiem) zarośnięciu ujścia wielkiego naczynia, odchodzącego od łuku aorty, może być doprowadzony strumień krwi do naczynia, ponad zarośnięciem niezmienionego. I tak ,przy zarośnięciu ujścia tętnicy szyjnej wspólnej lewej, krew może być doprowadzona I. przez tętnicę tarczową górną, gałąź tętnicy szyjnej zewnętrznej, która z tętnicą tarczową górną strony przeciwnej posiada zespolenia. II. przez tętnicę tarczową dolną, gałąź pnia tarczowokarkowego od tętnicy podobojczykowej. Rolę zastępczą za tętnicę szyjną wspólną obejmują tętnice kręgowe. Przy zarośnięciu ujścia tętnicy podobojczykowej, krew może być doprowadzona obocznie przez 1. pień tarczowokarkowy z tętnicy szyjnej wspólnej, 2. z tętnicy biodrowej zewnętrznej, przez tętnicę nabrzuszną dolną, nabrzuszną górną, sutkową wewnętrzną, podobojczykową. Przy zarośnięciu tętnicy szyjnej i podobojczykowej lewej: I. z tętnicy biodrowej zewnętrznej przez nabrzuszną, sutkową podobojczykową, II. z tętnic międzyżebrowych piersiowych przez gałęzie grzbietowe, zespalające się z tętnicą okrążającą łopatkę i tętnicą piersiowobarkową (gałęziami tt. podłopatkowych od tętnic pachowych), III. przez t. poprzeczną łopatki do pnia tarczowokarkowego; tętnica poprzeczna łopatki daje gałęzie barkowe do sieci barkowej; IV. przez tętnicę piersiową długą (art. thoracica longa) i przez tętnicę poprzeczną szyi i jej gałąź, t. grzbietową łopatki, V. przez tętnicę karkową głęboką, gałąź pnia karkowego. Czasem tętnica karkowa głęboka odchodzi od tętnicy kręgowej lub tętnicy poprzecznej szyi. Tętnica międzyżebrowa III odchodząca od tętnicy głównej, ma czasem zespolenie z tętnicą II. miedzyżebrzą, odchodzącą od tętnicy podobojczykowej, przez pień żebrowokarkowy.

Przy wytwarzaniu się (rozwijaniu) dróg obocznych działają prawa fizyczne różnicy ciśnień, (Thoma); wtedy krew z obrębu większego ciśnienia płynie ku tętnicom ponad zarośnięciem, przez naczyńka drobne, coraz się rozszerzające i grubiejące. M. Katzenstein podaje, że naczyńka małe, łączące naczynia centralne z obwodowemi, przy wielkiej różnicy ciśnień w tych układach rozszerzają się, a potem grubieje ich błona wewnętrzna w czasie od tygodnia do 3 miesięcy. Ale i w takim razie, gdy krążenie oboczne drogą zespoleń poprzednio istniejących i zwiększających się nie może się rozwinąć, mogą objąć rolę odtworzenia krążenia naczyńka naczyń (vasa vasorum). I tak Parry opisuje w swych doświadczeniach na owcach, że po podwiązaniu tętnicy szyjnej, wielką rolę w odtworzeniu krążenia obocznego objęły naczynia naczyń, które wyraźnie się rozszerzyły. Potwierdził to Recklinghausen(w „Allgemeine Pathologie des Kreislaufes und der Ernährung". Stuttgart 1883). Alfred Grubauer opisał przypadek, gdzie przy zarośnięciu tętnicy brzusznej, 5 lat trwającem, objęły rolę odtworzenia krążenia obocznego naczynia naczyń. Autor przypisuje, temu większe znaczenie, powołując się nadto na Tiedemanna, Zielonkę, Küttnera, Recklinghausena, Thomę.

Piśmiennictwo:

1) Benda. Verh. d. D. path. Ges. 1903. — 2) Beneke. M. m. W. 1919. 51. — 3) Chiari Verh. d. D. path. Ges. 1903. — 4) Dejerine. Revue de med. 1888. — 5) Doehle. Dissert. Kiel. 1885. — 6) Erb. W. M. m. W. 1904. S. 946. — 7) Fahr. Centralbl. f. Herz. u. Gef. 10. 1908. — 8) Fahr. Virch. Arch. 177. — 9) Fränkel. Virch. Arch. 79. 1880. — 10) Grubauer. Frankf. Zeit. f. Path. 28. 1922. — 11) Gruber u. Werner. D. m. W. 1919. S. 1134. — 12) Högerstedt u. Nemser. Zeit. f. klin. M. 31. 1897. 13) Huchard. Revue de medic. 1883. — 14) Jores. Herz u. Gefässe. Henke-Lubarsch s. 625. — 15) Kaufmann. Lehrbuch d. allg. Pathol. 16) Könige. M. m. W. 1899. — 17) Kussmaul. Deutsch. Klin. 50. u. 51. — 18) Küster. B. klin. W. 1879. — 19) Parry. Experimentaluntersuchungen über die Natur des Pulses. Hannover. 1817. — 20) Pilz. Arch. f. klin. Chir. 9. — 21) Preisendörfer. Virch. Arch. 73. 1878. — 22) Riegel. B. klin. W. 1877. 21. — 23) Recklinghausen. Allg. Path. d. Kreisl. u. d. Ernähr. Stuttgart 1883. — 24) Schrötter. Die Erkrankung. d. Gefässe. 1901. Nothnagels Spez. Path. u. Ther. 15. — 25) Thorel. Ergebn. d. allg. Path. 9. I. Abt. 1903. — 26) Thorel. Ergeb. d. allg. Path. 11. II. Abt. 1907. — 27) Töppich. Frankf. Zeit. f. Path. 25. 1921. — 28) Türk. W. kl. W. 1901. 32.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. K. LIPSKI. Lwów.

Współdziałanie Tymczasowego Wydziału Samorządowego w walce z gruźlicą z szczególnem uwzględnieniem obszaru Województwa lwowskiego.

Referat odczytany na 3. posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą dnia 17. października 1925 r.

Czyta się często w prasie, nawet fachowej, że w dzielnicy małopolskiej nic albo bardzo niewiele działa się na polu zwalczania gruźlicy i że zwłaszcza czynniki do tego powołane, przedewszystkiem samorządowe, niechętnie albo obojętnie odnoszą się do tej tak powszechnie za ważną uznawanej sprawy.

Referat niniejszy ma za zadanie przedstawienie działalności Tymczasowego Wydziału Samorządowego na tem polu, działalności, która rzecz zrozumiała, ograniczyć się musi do zakresu działania i obowiązków ustawą na Tymczasowy Wydział Samorządowy nałożonych.

Szpitalnictwo:

W szpitalach powszechnych i publicznych wszystkich czterech Województw małopolskich leczono:

	chorych z gruź. płuc	chorych na gruźlicę innych narządów	Razem chorych
w r. 1922	3629	3016	6645
„ 1923	3038	3450	6488
„ 1924	3010	3888	6898

Przeciętnie leczono w powyższem trzechleciu rocznie 6677

Dla zorjentowania się w wydatku rocznym, poniesionym przez szpitalnictwo małopolskie na leczenie chorych gruźliczych, przyjmujemy liczby z r. 1924. Ponieważ w roku tym leczono ogółem 6898 chorych na gruźlicę, a średni pobyt chorych w szpitalach małopolskich w tymże roku wynosił 19 dni, przeto było ogółem (6898 X 19) = 131.062 dni leczenia.

Pomnożywszy liczbę tę przez przeciętną taksę leczenia 2 zł 40 gr. otrzymamy (131.062 X 240) = 314.548 zł 80 gr. Liczbę tę można śmiało podwoić, gdyż przeciętny pobyt chorego na gruźlicę w szpitalu wynosi conajmniej około dni 40, więc prawdziwy wydatek na leczenie tej kategorji chorych wynosił w r. 1924 około 600.000 zł czyli 14'5 część całego budżetu szpitalnictwa na r. 1924 t. j. kwoty 8,585.261 zł.

Załączona tabela ruchu chorych, leczonych na gruźlicę w r. 1922, 1923 i 1924 w szpitalach powszechnych Województwa lwowskiego, objaśnia dokładnie liczbę chorych i wykazuje, że szpitale powszechne w temże Województwie leczyły w r. 1924 42.3% wszystkich chorych leczonych na gruźlicę w szpitalach małopolskich, gdyż na 6898—2918 chorych.

Przyczyny tego zjawiska szukać należy nie w zwiększonej procentowo liczbie chorych gruźliczych w szpitalach Województwa lwowskiego, lecz w największej liczbie chorych gruźliczych w szpitalu lwowskim (1258) mimo, że procent chorych leczonych na gruźlicę w tymże szpitalu w stosunku do wszystkich chorych (22.677) jest mniejszy, niż w innych zakładach (5.5%).

Wiadomą jest powszechnie rzeczą, że szpital lwowski nie posiada odpowiedniego pomieszczenia dla chorych gruźliczych i że do szpitala przyjmowani są tylko ci chorzy, którzy muszą być przyjęci; niewątpliwie więc liczba chorych na gruźlicę znacznieby się zwiększyła, gdyby zakład rozporządzał większą liczbą łóżek szpitalnych, przeznaczonych dla gruźlicy. Rzecz to zrozumiała, gdyż Lwów jest nietylko największem miastem w Małopolsce i posiada największy w kraju szpital, lecz także jako taki ściąga znaczną liczbę chorych zamiejscowych, obecnie również z Województwa Wołyńskiego, które nie posiada dostatecznej liczby dobrze urządzonych i prowadzonych zakładów leczniczych. Już przed wojną b. Wydział krajowy rozumiał dobrze konieczność stworzenia przy szpitalu lwowskim osobnego oddziału dla gruźlicy płuc i uzyskał na ten cel od Magistratu miasta Lwowa odpowiedni teren pod budowę pawilonu dla gruźliczych (obok pawilonów zakaźnych); wybuch wojny jednak i obecne stosunki ekonomiczne nie dopuściły dotychczas do zrealizowania tego zamierzenia.

W innych szpitalach Województwa lwowskiego procent chorych, leczonych na gruźlicę, jest również znaczny, w kolejności więc rozbudowy tych zakładów, względnie powiększenia liczby łóżek dla chorych gruźliczych, należałoby zachować następujący porządek:

1) Drohobycz (12.01%) — 2) Przemyśl (11.32%) — 3) Lubaczów (11.31%) — 4) Tarnobrzeg (11.8%) — 5) Bóbrka (10.9%) — 6) Sokal (10.71%) — 7) Jarosław (9.35%) — 8) Rzeszów (8.83%) — 9) Sanok (8.13%) — 10) Sambor (6.33%) — 11) Żółkiew (6.32%) — 12) Krosno (5.63%). —

Rozumie się samo przez się, że chodzić tu będzie przedewszystkiem o rozbudowę pawilonów zakaźnych dla otwartej gruźlicy płuc, gdyż chorzy z gruźlicą narządów innych muszą być przeważnie umieszczani na odpowiednich oddziałach innych.

Przyznać trzeba, że tak Wydziały powiatowe, jak i Magistraty miast, które po myśli ustawy z 28. VII. 1897 r. obowiązane są do pokrycia połowy kosztów rozbudowy fundowanych przez nie szpitali powszechnych, okazują wielkie zrozumienie dla potrzeb szpitalnictwa oraz, że chętnieby spełniły swój obowiązek, gdyby istniała możność uzyskania długoterminowego kredytu na cele rozbudowy szpitali. (Magistrat m. Drohobycza powziął już odnośną uchwałę, Magistrat m. Przemyśla przystępuje już w r. b. do budowy pawilonu zakaźnego na 30 łóżek. Wydziały powiatowe w Tarnobrzegu, Sokalu i Żółkwi powzięły już również odnośne uchwały).

Szpitale w Jarosławiu i Krośnie zostały rozszerzone każdy o 25 łóżek, w Jarosławiu przez przyłączenie miejskiego pawilonu zakaźnego, zaś w Krośnie przez przyłączenie do szpitala pawilonu zakaźnego wybudowanego przez N. N. K. W Żółkwi wybudował Tymczasowy Wydział Samorządowy w r. b. pawilon zakaźny na 30 łóżek na razie z własnych, budżetem przyznanych kredytów.

O dobrej woli i chęci podniesienia szpitalnictwa małopolskiego ze strony Tymczasowego Wydziału Samorządowego nie można również wątpić; działa on nadal w myśl odziedziczonej po b. Wydziale krajowym tradycji, a dowodem tego choćby powzięta w r. b. uchwała na zaciągnięcie długoterminowej pożyczki w Banku gospodarstwa kraj. w wysokości 7,500.000 zł, na cele inwestycyjne w szpitalnictwie. Niestety początkowe nadzieje zawiodły, gdyż wymieniony Bank odmówił w r. b. udzielenia tej pożyczki. Tymczasowy Wydział Samorządowy ma jednak nadzieję pożyczkę tę uzyskać z chwilą poprawy stosunków finansowych Państwa. Z chwilą zwiększenia się liczby łóżek szpitalnych zwiększą się równomiernie również wydatki na utrzymanie chorych, co niewątpliwie znajdzie wyraz w zwiększonym budżecie Tymczasowego Wydziału Samorządowego na Szpitalnictwo.

Tymczasowy Wydział Samorządowy zdaje sobie również dobrze sprawę z tego, że nietylko wielka liczba dobrze urządzonych łóżek szpitalnych stanowi dostateczne pogotowie w walce z chorobami, nurtującemi w społeczeństwie, lecz, że również baczyć należy na dobór lekarzy i odpowiednie wyekwipowanie zakładów, to też Tymczasowy Wydział Samorządowy dokłada, w miarę możności, wszelkich starań, aby zakładom podległym zapewnić jak najlepsze siły lekarskie, zaopatrzyć je w odpowiednie urządzenia lekarskie, aparaty i przyrządy, słowem udostępnić im wszelkie zdobycze nowoczesnej wiedzy lekarskiej. W szpitalach większych na prowincji utworzone będą prymarjaty chorób wewnętrznych.

W Województwie lwowskiem oddział wewnętrzny w szpitalu powszechnym w Przemyślu prowadzony już jest przez prymarjusza internistę, zaś w Drohobyczu nastąpi to po uskutecznieniu zamierzonej rozbudowy szpitala.

Lekarze gminni i okręgowi.

Ustawa z 2. II. 1891 uregulowała w Małopolsce wykonywanie obowiązków sanitarno-policyjnych nałożonych gminom w §. §. 3 i 4 ustawy z dnia 30. IV. 1870 r., a instrukcja służbowa dla lekarzy gminnych i okręgowych wydana przez b. c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z b. Wydziałem krajowym na zasadzie §. 14 ustawy kraj. z 5. października 1906 normuje dokładnie obowiązki lekarzy gminnych i okręgowych. Instrukcja ta nakłada na lekarzy tych obowiązek współdziałania przy wykonywaniu zarządzeń sanit. policyjnych oraz bezpłatnego leczenia chorych, dotkniętych chorobą zakaźną, a tem samem także gruźlicą. Od organów nadzorczych w tym przypadku lekarzy powiatowych oraz powiatowych kół walki z gruźlicą, zależeć będzie, w jakiej mierze i w jaki sposób lekarze ci wciągnięci zostaną do współpracy przy zwalczaniu gruźlicy.

Tymczasowy Wydział Samorządowy rozporządzeniem, wydanem dnia 19. IX. 1925 do wszystkich Wydziałów powiatowych (LW. 41081/25) polecił wezwać wszystkich lekarzy okręgowych do współdziałania z organizować się mającemi powiatowemi Kołami walki z gruźlicą.

Subwencjonowanie walki z gruźlicą.

Przed wojną wstawiał b. Wydział krajowy do swego budżetu odpowiednie kwoty na subwencje dla zakładów leczniczych i instytucyj, zajmujących się zwalczaniem gruźlicy, Tymczasowy Wydział Samorządowy, uznając nadal tę potrzebę, obecnie jeszcze w większym nawet stopniu wstawił na cel powyższy do swego budżetu zeszłorocznego i tegorocznego odpowiednie kwoty, niestety Ministerstwo Skarbu skreśliło te pozycje zupełnie i nie uwzględnia jej przy asygnowaniu dotacji. Wobec tego Tymczasowy Wydział Samorządowy nie ma na razie możności udzielania powyższym zakładom i instytucjom jakiejkolwiek pomocy materjalnej.

Zgodnie jednak z życzeniem Województwa, wyrażonem w piśmie z 28. VII. 1925 L. Z. P. 5005/25, wystosował Tymczasowy Wydział Samorządowy okólnik do wszystkich Wydziałów powiatowych, polecając im zapewnić w budżetach na rok 1926 kwoty na subwencje dla instytucyj, prowadzących walkę z gruźlicą. Czy apel ten odniesie należyty skutek, Wydziałowi Samorządowemu nie wiadomo, gdyż nadzór nad budżetami ciał samorządowych został Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu odjęty i powierzony poszczególnym Wojewodom na podstawie §. 2 Rozp. Minist. Spr. Wewn. oraz Ministerstwu Skarbu z 22. I. 1925. Dz. ust. Nr. 15. poz. 99.

Współdziałanie szpitali powszechnych z Powiatowemi Kołami walki z gruźlicą.

Szpitale powszechne mają zadanie ściśle ustawą z 28. lipca 1897 nakreślone. Ustawa nie przewiduje w szpitalach leczenia ambulatoryjnego. W uznaniu jednak ważności postulatu natychmiasto-

wego podjęcia walki z gruźlicą, oraz licząc się z trudnościami uzyskania odpowiednich lokali, Tymczasowy Wydział Samorządowy byłby skłonny w poszczególnych przypadkach, uwzględniając przedewszystkiem lokalne warunki odnośnych szpitali, udzielać niektórym Pow. Kołom walki z gruźlicą pozwoleń na prowadzenie przychodni w ubikacjach szpitala, jednakowoż pod następującemi warunkami:

1) Kierownikiem Przychodni musi być lekarz szpitalny,

2) personal Przychodni musi się poddać bezwarunkowo regulaminowi, ustanowionemu przez Tymczasowy Wydział Samorządowy w porozumieniu z Dyrekcją szpitala,

3) dla Przychodni będą wyznaczone godziny przyjęć, nie kolidujące z czynnościami lekarzy w szpitalu, ruchem chorych szpitalnych oraz tokiem życia zakładowego.

Oceny i sprawozdania.

Katalog biologicznych czasopism zagranicznych, znajdujących się w księgozbiorach instytucyj naukowych w Polsce. Wydawnictwo Instytutu im Nenckiego. Warszawa 1925.

Pojawienie się powyższego katalogu jest urzeczywistnieniem potrzeby dawno odczuwanej, zebrania wiadomości o piśmiennictwie zagranicznem, znajdującem się w Polsce. W dobie obecnej, gdy z powodów finansowych księgozbiory publiczne, a tem więcej prywatne, nie mogą sobie pozwolić na trzymanie pism perjodycznych w tej liczbie, jak dawniej, informacje, gdzie i jakie pisma się znajdują, jest istotnie rzeczą bardzo cenną. Katalog, wydany przez Instytut im. Nenckiego, czyni zadość tej potrzebie. Nie jest on, co prawda, jeszcze zupełnym, obejmując jednak księgozbiory 95 instytucyj i zakładów naukowych i około tysiąc tytułów, jest cennym nabytkiem szczególnie dla pracowników naukowych.

Katalog obejmuje księgozbiory instytucyj i zakładów naukowych Krakowa (18), Lwowa (17), Poznania (13), Puław (5), Warszawy (32) i Wilna (10), a ułożony jest alfabetycznie według tytułów pism z podaniem przy każdem piśmie instytucji, względnie zakładu w którym się pismo znajduje, numer tomu, zeszytu i t. p. Byłoby bardzo pożądane, by to pożyteczne wydawnictwo było uzupełniane z biegiem czasu w miarę przyrostu nowych pism perjodycznych w instytucjach i zakładach naukowych.

W. Nowicki (Lwów).

M. Erlichówna. **Zarys hematologji dziecięcej.** Warszawa, 1924. Str. 191. Spółka Wydawnicza »Ars Medica«.

Doskonała książka, w której znajdziemy całokształt zagadnień, dotyczących hematologji dziecięcej. Łączy ona w sobie wszelkie zalety pracy napisanej przez autorkę, która obok dużego wykształcenia teoretycznego posiada głęboką kulturę kliniczną. Jej książka odda nieocenione usługi przedewszystkiem nam, pedjatrom-praktykom. Obok wskazówek czysto tecznicznych znajdziemy w niej dane fizjologiczne dla każdego wieku dziecka, wiadomości wyczerpujące z zakresu patologji krwi, jako takiej, i wreszcie zmiany, którym krew podlega w przebiegu innych schorzeń.

Można się spierać z autorką o drobne usterki językowe (n. p. chloromat, limfosarkomat), które usunąć się dadzą z łatwością w następnem wydaniu, ale przyznać trzeba, że rzecz jest napisana językiem dobrym, czyta się z łatwością i zainteresowaniem, podkreślić winniśmy, że jest to praca nawskróś oryginalna, poparta ogromną liczbą własnych spostrzeżeń i badań klinicznych. Jedynym jej błędem jest skromna szata wydawnicza — brak klisz i rysunków. Nie można się też zgodzić z autorką, gdy mówi, że złym objawem prognostycznym w gruźlicy jest zwiększenie się R (str. 152). Już Cieszyński dowiódł, że podnoszenie się wskaźnika refraktometrycznego w przebiegu gruźlicy pozwala na dobre, obniżanie się — na złe rokowanie. (Metody laboratoryjne, ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci — Pedjatrja Polska, tom I. 1921. Str. 231).

T. Kopeć (Warszawa).

Przegląd piśmiennictwa.

Presse Médicale.

Nr. 76.

O arterjotomji przy embolji. Opis przypadku embolji tętnicy ramieniowej u chorej z niedomogą mięśnia sercowego w następstwie długotrwałej hipertonji. Po usunięciu zakrzepu drogą operacyjną w znieczuleniu miejscowem całkowite odzyskanie sprawności chorej kończyny.

Przypadki zawału (w tętnicach łatwo dostępnych) nadają się do leczenia operacyjnego, w przeciwieństwie do przypadków zakrzepu, gdzie sama ściana naczynia uległa schorzeniu. Jedynie przy ciężkim stanie ogólnym możnaby próbować uzyskanie drożności tętnicy przez stosowanie mięsienia, co polecają niektórzy autorowie, jakkolwiek metoda ta przedstawia pewne niebezpieczeństwa, prowadząc łatwo do uszkodzenia śródbłonka naczyniowego.

O ile przy stosowaniu metody operacyjnej, założenie szwów na tętnicy napotyka na trudności, można w pewnych przypadkach ograniczyć się, po usunięciu zakrzepu do podwiązania tętnicy. Postępowanie to usuwa niebezpieczeństwo powiększania się zakrzepu, po wytworzeniu się zaś krążenia obocznego chora kończyna może uzyskać pewien stopień sprawności czynnościowej.

Bayle. **O stosowaniu wyciągów ze śledziony przy leczeniu gruźlicy.** Na podstawie doświadczeń własnych i innych autorów Bayle zaleca stosowanie wyciągów ze śledziony w przypadkach gruźlicy płuc i innych narządów podając w swej statystyce 75% przypadków wyleczonych. Według autora, preparaty te stosowano doustnie lub w formie wstrzykiwań podskórnych lub śródmięśniowych wpływają korzystnie na stan ogólny chorego, wywołując przybytek wagi, powiększenie ilości czerw. ciałek krwi i hemoglobiny, wzrost leukocytozy z powiększeniem się ilości limfocytów i c. kwasochłonnych, zmniejszenie się ilości plwociny, zniknięcie prątków. W zakresie płuc o ile zmiany są wczesne, przychodzi najczęściej do zmniejszenia objawów chorobowych, o ile zaś zmiany są dalej posunięte, podawanie wyciągów śledzionowych sprzyja procesowi zbliznowacenia. Podobnie zachowują się przypadki gruźlicy chirurgicznej.

Preparaty śledzionowe podawał autor doustnie w formie syropu po 4 łyżki dz. lub podskórnie po 5 cm^3 wyciągów naraz, w serjach po 12 wstrzyknięć w przeciągu 22 dni, poczem następował tydzień przerwy. Leczenie trwało przez kilka miesięcy. Autor nie spostrzegał nigdy niepożądanych objawów ubocznych.

Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la Nutrition.

Nr. 1.

A. Hurst. **O zwieraczach przewodu pokarmowego i ich znaczeniu klinicznem.** Rozpatrując szczegółowo budowę anatomiczną i prawidłową czynność zwieraczy przewodu pokarmowego, autor podkreśla ich znaczenie dla prawidłowego przebiegu procesu trawienia. Zwraca uwagę na niedocenianą przez autorów rolę zwieracza wpustu żołądka jakoteż zwieraczy znajdujących się na przejściu jelita czczego w kątnicy i okrężnicy w jelito proste. Prawidłowa czynność zwieraczy, może ulegać zmianom nietylko na tle organicznem ale i czysto funkcjonalnem. W warunkach prawidłowych fala perystaltyczna idąca wzdłuż przewodu pokarmowego, napotykając w swej drodze na zwieracz powoduje rozluźnienie się tegoż i przesunięcie treści pokarmowej. Stan, w którym nie przychodzi do rozluźnienia zwieracza, nazwany przez autora achalazją wraz z wywołanemi przez te zaburzenia wtórnemi zmianami w zakresie przewodu pokarmowego jest przyczyną powstania szeregu obrazów klinicznych jak t. zw. *cardio-* czy *pylorospasmus* czy wreszcie choroba Hirschsprunga.

H. Mogena. **O wydzielaniu barwików z żółcią i znaczeniu tego zjawiska dla badania czynnościowego wątroby.** Na podstawie własnych spostrzeżeń i badań innych autorów, autor omawia wartość kliniczną chromocholoskopji. Najczulszą ze wszystkich prób barwikowych okazała się podana przez Rowntree'go próba z tetrachlor-fenolftaleiną. Badając 24 chorych z cierpieniami wątroby przy istniejącej żółtaczce lub bez niej autor stwierdził u wszystkich po podaniu dożylnem 150 mgr

barwika opóźnienie wydzielania i zmniejszenie ilości wydzielonego barwika w porównaniu do osobników zdrowych. Zastosowane równocześnie inne metody badania czynnościowego wątroby (badanie na obecność urobiliny, hemoklazja trawienia Widal'a, i t. d.) dały wynik dodatni tylko w pewnym odsetku wypadków.

M. Delort et G. Luquet. **Przypadek krwawienia z przewodu pokarmowego.** Opis przypadku z napadowemi obfitemi krwawieniami z przewodu pokarmowego, wyrażającemi się czarnemi stolcami i niekiedy krwawemi wymiotami przy ujemnym wyniku badania radjologicznego. Zabieg operacyjny wykazuje lekkie zgrubienie części odźwiernikowej którą usunięto. Makroskopowo błona śluzowa w tej okolicy wykazuje jedynie drobne wybroczyny, drobnowidowe badanie każe podejrzewać rozpoczynające się bujanie nowotworowe.

Nr. 2.

G. Lion i Le Blaye. **O zwyrodnieniu tłuszczowem błony śluzowej żołądka.** U 80% przypadków badanych na obecność tłuszczu w komórkach błony śluzowej żołądka, wykryto go w większej lub mniejszej ilości.

Obecność kulek tłuszczu w komórkach śluzówki nie jest więc zjawiskiem stałem, ilość ich jest zmienną, a rozmieszczenie nieregularne, obejmujące najrozmaitsze grupy komórek, najczęściej komórki głębokie, zwłaszcza w odźwiernikowej części żołądka. Materjał sekcyjny obejmował zmarłych na najrozmaitsze cierpienia przyczem zależności ilości i rozmieszczenia tłuszczu od rodzaju choroby nie można było zauważyć. Uderza jedynie częstość obecności tłuszczu przy gruźlicy. Ponadto jest ona częstem zjawiskiem przy różnych postaciach *gastritis*.

Przytoczone spostrzeżenia każą obecność tłuszczu w komórkach błony śluzowej żołądka, uważać za zjawisko patologiczne. Mamy tu do czynienia z procesem zwyrodnienia, nie zaś z nacieczeniem, gdyż zmiany te otrzymać się dają na drodze doświadczalnej, przez głodzenie zwierząt.

Nr. 3.

M. R. Castex, N. Romano i I. Beretervide. **O bąblowcu wątroby pod postacią kamicy żółciowej.** Opis przypadku, gdzie u 38-letniej kobiety od szeregu lat pojawiały się napady typowe dla kamicy żółciowej. Pogorszenie się stanu ogólnego wraz z wystąpieniem żółtaczki skłoniły chorą do zasięgnięcia porady lekarskiej. Badanie stwierdziło obecność kamicy żółciowej co zostało potwierdzone badaniem roentgenologicznem. Zabieg operacyjny wykazał stan normalny woreczka żółciowego; z tyłu po za nim znaleziono zwapniałą torbiel bąblowca wielkości pięści, która dając cień w obrazie roentgenowskim stała się przyczyną mylnego rozpoznania.

Występowanie napadów kolki przy obecności bąblowca wątroby, może być wywołane

1) przez istniejącą równocześnie kamicę,
2) przez otwarcie się torbieli do dróg żółciowych.
3) Przez torbiele zamknięte, które uciskają wprost na drogi żółciowe, lub też wywołują skurcz tychże odruchowy.

Oudard i G. Jean. **»Ulcus simplex« jelita cienkiego.** Autorowie określają tą nazwą owrzodzenia nie powstające na tle swoistem ani nowotworowem. Przypadków tych w literaturze znajdujemy niewiele, gdyż zaledwie 56. Owrzodzenia te, umiejscowione zazwyczaj w dolnym odcinku *ileum*, przedstawiają pod względem obrazu anatomicznego 3 typy:

1) Owrzodzenia świeże o przebiegu ostrym, o brzegach cienkich, z brakiem odczynu zapalnego na dnie wrzodu, które mają wyraźną tendencję do przedziurawień.

2) Owrzodzenia o przebiegu przewlekłym, o brzegach zgrubiałych i wyraźnym odczynie zapalnym w otoczeniu, prowadzącym do zrostów.

3) Owrzodzenia zbliznowaciałe.

Objawy towarzyszące obecności wrzodu nie przedstawiają nic charakterystycznego i najczęściej chorzy nie zwracają na nie uwagi.

Dopiero nagle występujące przedziurawienia z następowem ostrem zapaleniem otrzewnej kierują chorych do lekarza.

Co do patogenezy tych owrzodzeń, to przypisywano ich powstanie najrozmaitszym czynnikom, jak urazy, zastoina żylna lub kałowa, zmieniony skład krwi, procesy intoksykacyjne lub metaplazja błony śluzowej jelita. Według autorów przytoczone powyżej czynniki mogą stanowić jedynie moment usposabiający dla zakażenia ściany jelita drobnoustrojami, bądź krążącemi we krwi, bądź znajdującemi się w świetle jelita.

Czeżowska (Lwów).

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. XI. Zeszyt 2. 1925.

E. Stolz. **O ostrych zakaźnych zapaleniach nerek za pośrednictwem krwi (haematogen). Próba ich podziału.** Autor w pracy tej, która pochodzi z kliniki Ortnera we Wiedniu, zajmuje się wyłącznie ostremi schorzeniami nerek, pochodzącemi z zakażenia drogą krwi. Podział ich etjologiczny jest dlatego trudny, ponieważ jeden i ten sam drobnoustrój może wywołać najrozmaitsze postacie zapalenia nerek. Dlatego dotychczas schorzenia nerek klasyfikowano przeważnie ze stanowiska czysto morfologicznego a S. podejmuje próbę klasyfikacji, opartej na jednolitej patogenetycznej podstawie. Droga działania bakteryj jest niejednolita. Mogą one wywołać piemję lub bakterjemję, albo mogą z jakiegoś ogniska ropnego w ustroju wysyłać jady drogą krążenia do nerek. Jaka postać schorzenia nerek powstanie, zależy:

1. Od ilości i jadowitości bakteryj.
2. Od punktu zaczepienia drobnoustrojów.
3. Od możności rozmnażania się drobnoustrojów w nerkach.
4. Od tego, czy krążą we krwi pojedynczo, czy też dostają się do nerek zlepiane przez skrzepy i jako takie naniesione prądem krwi.

Podział autora jest następujący:

I. Grupa: Zapalenia piemiczne, gdy bakterje w dużej ilości zostają naraz drogą krwi wpędzone do kłębków i tworzą zatory. Powstają 3 poddziały; a) Albo drobnoustroje tworzą w bezpośredniem swem otoczeniu zamartwicę a w nieco dalszych miejscach wywołują napływ leukocytów i przekrwienie, względnie obraz ropnia. Jest to grupa przerzutowych piemicznych ropni nerkowych. b) Jeżeli bakterje, jak n. p. przy *endocarditis ulcerosa*, przez masy zakrzepowe zostają zbite a przeto zatykają większe naczynia nerkowe, wówczas powstają przerzutowe piemiczne zatory nerek. c) Jeżeli drobnoustroje, krążąc we krwi w drobnych emulsjach, przechodzą przez kłębki i tworzą zatory dopiero w naczyniach włosowatych cewek lub przebijają do kanalików moczowych, wówczas powstaje ropne wydzielnicze zapalenie nerek.

II. Grupa: Bakterjemiczne zapalenia nerek, usadowione najczęściej w kłębkach. Grupę tę zależnie od jadowitości drobnoustrojów dzieli Stolz na 2 poddziały, a mianowicie: A) Niejadowite lub mało jadowite zakażenia, które mają najczęściej swój punkt wyjścia w migdałkach. W migdałkach bakterje pozostają przez długi czas w zetnięciu z tkankami i wskutek tego straciły na jadowitości. Te zapalenia dzieli on na: a) Ostre zapalenia krwawe, powstające przeważnie przez jednorazowe przedostanie się mikrobów do krwiobiegu, i b) zapalenia cewkowe. B) Zakażenia jadowite. Co do tych to odpowiednio do stopnia skupienia oraz sposobu i miejsca działania bakteryj wyróżnia autor: a) Ogniskowe zapalenia kłębkowe, które powstają w ten sposób, że jadowite drobnoustroje przedostają się z krążeniem, bez zbijania się w kupki, wprost do kłębków, wywołują miejscową nekrozę i uszkodzenie naczyń z krwawieniami. Te schorzenia nerek zwykły powstawać równocześnie z wywołującą je chorobą zakaźną, w przeciwieństwie do rozlanego zapalenia kłębkowego, które n. p. w płonicy i zapaleniach gardła zwykło powstawać dopiero po ustaniu ostrych objawów, w czasie, kiedy już się toczą sprawy immunizacyjne. b) Nieropne zapalenie wydzielnicze, powstaje podobnie jak ogniskowo kłębkowe, ale wówczas, gdy przybłonek cewkowy ulegnie uszkodzeniu a nekroza i sprawa zapalna toczy się w cewkach. c) *Nephritis interstitialis*. d) Ogniskowe zapalenia zatorowo-zakrzepowe.

III Większa grupa to zapalenia toksyczne, które przeważnie sadowią się w cewkach nerkowych. Tu wyróżnia autor: a) Zwyrodnienia miąższowe, b) zwyrodnienia tłuszczowe. *Blassberg* (Kraków).

W. Kl. Woch.
Nr. 42.

E i s l e r i N y i r i. **Roentgenologiczne badania woreczka żółciowego wypełnionego masą kontrastową.** Kontrolne badania metody injekcyjnej Grahama i Colego oraz doustnej Whitakera i Millikena wykazały, że wyniki zdjęć roentgenologicznych poczynionych na woreczkach żółciowych wypełnionych bądź to metodą dożylną bądź doustną solami sodowemi tetrabrom fenolftaleiny nie można uważać jako decydujące w różniczkowem rozpoznaniu cierpień tegoż narządu. Autorowie uważają metodę tę za jeszcze zbyt świeżą i niepewną by móc na jej wynikach polegać.

S o t t e s m a n n. **Odczyn adrenalinowy w krążeniu wielkiem.** By ustalić czy hipertonja spowodowana jest zmianami w naczyniach nerkowych czy też tylko w obwodowych wstrzykiwano dożylnie i podskórnie adrenalinę w ilości 0.001 i obserwowano zachowanie się ciśnienia.

Otóż nie udało się autorom sposobem tym wyodrębnić ściśle pochodzenie hipertonji i ustalić udział w schorzeniu tem naczyń nerkowych.

D e u t s c h. **Wpływ nastrojów psychicznych na energetykę ustroju.** W hipnozie narzucano chorym rozliczne nastroje: przerażenie, wesołość, rozpacz i t. d., i oznaczano ilość zużywanego tlenu, produkowanej energji w kalorjach oraz przyśpieszenia tętna.

Badania wykazały niewątpliwy wpływ funkcyj psychicznych na metabolizm energji; jest on jednak za mało jaskrawy by u jednostek zdrowych w życiu codziennem stać się wybitnem zjawiskiem. Gwałtowne wstrząsy psychiczne działają obniżająco na poziom metabolizmu.

Del B a e r e. **Wydzielanie Neosalwarsanu przez układ śródbłonkowo-siateczkowy oraz jegoż działanie blokujące.** Wstrzykiwania Neosalwarsanu opóźniały wydzielanie czerwieni kongo o 25%. Z tego wnioskować można że neosalwarsan wydziela się także częściowo chociażby układem śródbłonkowo siateczkowym i działa nań hamująco w stosunku do wydzielania drogą tą czerw. kongo.

W e i d i n g e r. **Tabletki Primulinowe.** Autor zaleca miast drogiej *Radix Senegae* stosować *Radix Primulae.* Skutek ma być ten sam a cena leku tego znacznie jest niższa. Firma wiedeńska Phiag sprzedaje takie tabletki zawierające prócz 10% suchej radix Primulae nieco Anyżku i Natr. benz.

Smoliński (Lwów).

Zeitschrift f. Hals- Nasen- und Ohrenh.
T. IX.

S y b r e c h t. **Tutokaina jako środek znieczulający.** Zamiast 20% kokainy używa z dobrym skutkiem na błony śluzowe górnych dróg oddechowych 5% tutokainę. Do zastrzykiwań podśluzowych używa zamiast nowokainy 0,5% tutokainę z dodaniem kilku kropel adrenaliny.

M a r x. **Doświadczalne guzy mózgu a narząd słuchowy.** M. przeszczepił na szczurach mięsaka sztucznie wywołanego z jednego zwierzęcia do mózgu drugiego przez otwór trepanacyjny w czaszce. W jednym przypadku rozwinął się mięsak mózgu a w czterech mięsak móżdżku. Pomimo znacznych rozmiarów guzów i niewątpliwie wzmożonego ucisku śródczaszkowego w uchu wewnętrznem nie stwierdził żadnych zmian.

Archiv f. Ohren- Nasen- und Kehlkopfheilkunde.
T. 112.

B r ü b. **Trypaflawina w leczeniu ropnego zapalenia opon mózgowych.** W czterech przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych po operacji ropienia w jamie czołowej stosował dożylnie trypaflawiną 2%—3% w ilości 20 cm^3. Autor radzi zastrzyknięcia powtarzać 3—4 razy co 3 4 dni przytem stosował w każdym przypadku też nakłucie lędźwiowe wypuszczając 20—25 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeden przypadek skończył się śmiercią, trzy wyzdrowiały.

Annales des maladies de l'oreille etc.
T. 44. Z. 7.

L a n n o i s et J a c o d. **Roentgenoterapja i chirurgja w leczeniu raków górnych dróg oddechowych.** Autorzy radzą stosować naprzód naświetlanie a później operację. Szczególnie dobre wyniki mieli w przypadkach, w których gruczoły chłonne nie były wyczuwalne.

M o u l o n g u e t: **Bóle oczne jak wskazanie do operacji doszczętnej w przypadkach ostrego ropienia ucha środkowego.** M. wskazuje na doniosłość objawu, na który zwrócił uwagę pierwszy Ostmann. Bole uporczywe głębokie oka po stronie zajętej wskazują na poważne powikłania, które mogą wymagać natychmiastowej rozległej operacji.

Zalewski.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XIII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 24 kwietnia 1925 r.
Przewodniczący kol. Z g ó r s k i.
Obecnych 96 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia, że na II. Kongresie lekarskim Francusko-Polskim reprezentuje Lwowskie Towarzystwo Lekarskie kol. Węgłowski i że do prezydjum Kongresu Towarzystwo wysłało następującą depeszę: »La société médicale de Lwów (Leopol) présente au II. Congrès Médical Franko-Polonais ses voeux les meilleurs pour le travail en commun des médecins francais et polonais. Dr. Zgórski, president de la Société médicale de Lwów, Dr. Tyszka, secrétaire annuel«.

2. Kol. R. L e s z c z y ń s k i wygłasza wykład: »Nasze postępowanie i wyniki przy róży«. 1) Mówca podnosi, że niejednokrotnie jako róża bywają rozpoznawane sprawy podobne, jak np. zapalenia naczyń chłonnych, co wpływa na ocenę wyników. 2) O istocie i przyczynie róży nie jesteśmy dotychczas dostatecznie poinformowani. Wiadomo, że wywołuje ją paciorkowiec, jednak inne zapalenia paciorkowcowe skóry różnią się wyraźnie od róży a nadto szczepionki paciorkowcowe nie działają swoiście przy róży. 3) Nie mamy dotąd środka chemicznego, działającego swoiście przeciw róży.

4) Leczenie mogłoby się przyczynić do zwycięstwa ustroju w dwojaki sposób: albo przez uszkadzenie czynnika chorobotwórczego, albo przez wspomaganie napadniętego ustroju. Przekonaliśmy się, że, jak dotąd, pierwsza droga jest beznadziejna, pozostaje więc tylko druga, t. j. wzmaganie sił obronnych ustroju. W tym kierunku szły też usiłowania ostatnich lat. Proteino- i wakcynoterapja nie daje przy róży stałych dodatnich wyników. Szczepionki i autohaemoterapja mogą jednak być niekiedy z pożytkiem stosowane.

5) Co do leczenia miejscowego ogranicza się L. do konsekwentnej antiflogozy (zimne, często zmieniane okłady). Ważniejsze jest leczenie ogólne. Zadaniem jest utrzymanie prawidłowych funkcyj (serca, płuc, nerek, jelit) a nadto wydobycie pewnego nadmiaru energji w ilości równej sile ataku. Do tego celu zmierzała właśnie proteinoterapja. L. stosuje przezornie środki nasercowe, podaje każdemu choremu chininę z kamforą jako analepticum, w końcu z upodobaniem posługuje się większemi dawkami alkoholu z myślą o aktywacji (mobilizacji) sił obronnych ustroju.

6) W ciągu czterech lat przyjęto na oddział skórny kobiecy Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie około 300 przypadków róży. Po odtrąceniu przypadków kończącej się róży, oraz niebędących w rzeczywistości różą zostało 178 przypadków pewnej róży. Z tego 130 na twarzy, 31 na kończynach, 7 na tułowiu, 1 na sromie. Śmierci wogóle było 7, ściśle z powodu róży 1 (róża gardła). Średni czas pobytu 8,8 dni. Dni z gorączką średnio 5,77. Śmiertelność nasza jest 3,9, licząc wszelkie powikłania 0,59 w odniesieniu ściśle do róży. Dla porównania statystyka Kaposiego (214 przypadków w dwu latach) 32 śmierci, t. j. 13,3%). Niewielka ilość powikłań, niski % śmiertelności przemawiają na korzyść przyjętego przez nas postępowania przy róży.

7) Zadaniem najbliższej przyszłości powinno być nowe badanie nad zarazkiem róży, celem sprecyzowania jego indywidualności oraz dążenie do wytworzenia szczepionki rzeczywiście swoistej i swoiście działającej.

W dyskusji kol. S t a u b e r podnosi, że w czasie wojny pracował na oddziale zakaźnym w klinice prof. Wenckebacha we Wiedniu. Przy róży stosowano tam początkowo ichtyol, analeptica, wyniki otrzymywano podobne, jak wskazał prelegent. W czasie wojny zabrakło ichtyolu, zaczęto stosować pędzlowanie lapisem od 2%, 3% — aż do 16%. Mówca stosował pędzlowanie lapisem 8% i 16% u 150 chorych, z rezultatów był bardzo zadowolony. W 60% przypadkach chorzy przestawali gorączkować w przeciągu pierwszych 4—5 dni pędzlowania lapisem, reszta chorych dopiero po 5-9 dniach po licznych pędzlowaniach lapisem. U n n a łączył pędzlowanie lapisem z następowem naświetlaniem słońca. Na zasadzie badań U n n y można orzec, że pędzlowanie lapisem jest naukowo uzasadnione (chemotaxis). Kończąc, mówca wskazuje, że czas trwania choroby jest wybitnie skrócony przy stosowaniu powyższej metody, jak również brak jest szkodliwych działań pobocznych. Kol. F e l s podnosi, że co do rokowania, róża przebiega podobnie jak zapalenie płuc.

W średnim wieku prognoza prawie zawsze dobra bez względu na to, co stosujemy: ichtyol, lapis, czy co innego. U osób starszych — rokowanie jest złe. Również rokowanie złe jest u oseskòw, u których 80% przeważnie kończy się śmiercią. Z komplikacyj najgorsze są na głowie: *phlebitis, gingivitis* — i tutaj nic nie pomaga. Co do leczenia, to 16% lapis stosowano już dawno przed wojną. Przyznaje, że w kilku przypadkach widział po pędzlowaniu lapisem 16%-owym krótszy przebieg schorzenia. Lapis jest lepszy, niż ichtyol. Podnosi, że, gdy róża przechodzi na skórę owłosioną — to przechodzi przez całą głowę. Kol. Grek w czasie wojny spostrzegał dużo przypadków róży; w szpitalu epidemicznym we Lwowie miał stale kilka sal, przepełnionych tymi chorymi. Stosowano u niego w szeregu przypadków wstrzykiwania mleka, chorzy zabieg ten dobrze znosili, jednak bez wpływu na przebieg choroby. Przy stosowaniu lapisu 16%-go w pewnej ilości przypadków nie zauważył wpływu na przebieg i długość trwania choroby. Wyniki, jakie osiągnął przy leczeniu, pokrywają się w zupełności z zapatrywaniami prelegenta. Dobre rezultaty widział jedynie przy stosowaniu często zmienianych zimnych okładów z płynu Burowa, równocześnie podając preparaty salicylowe z małemi dawkami chininy. Wobec bardzo różnego przebiegu róży, jej długości trwania i nasilenia, na specyficzne działania jakichś środków należy zapatrywać się krytycznie. Kol. Pisek: historja leczenia róży jest świetną ilustracją zmieniających się poglądów lekarskich w różnych okresach rozwoju nauki. Nie przesadzimy, gdy powiemy, że $^3/_4$ naszego leczniczego skarbca znalazło w leczeniu róży kolejno czas jakiś zastosowanie z wynikiem bardzo skromnym. Wszak dzisiaj przy stosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, czy też aolanu, czy wogóle proteinoterapji, czy naświetlaniem lampą kwarcową, okładami Burowa, wcieraniem alkoholu, pędzlowaniem silnych roczczynów azotanu srebra, nalewką jodową, stosowaniem wśródżylnie argochromu, trypaflaviny i t. d. i t. d. nie mamy lepszych wyników od tych, jakie osiągano dawniej, pędzlując roztworem półtorachlorku żelazawego lub ichtyolem. Zasługą prelegenta jest przyznanie się otwarcie, że nie mamy właściwie terapji róży i najważniejszem zadaniem lekarza jest podtrzymać odporność chorego, skrzepienie serca już w początkach choroby. W przypadku silnych majaczeń stosował P. (u chorego kolegi) zlewania głowy zimną wodą ze skutkiem doskonałym. Groźne powikłania z objawami mózgowemi nie zawsze każą źle rokować wbrew ogólnemu mniemaniu. U chorych dotkniętych otyłością, rokowanie złe. Przy cukrzycy również — zna jeden przypadek, który — pomimo stosowania insuliny — skończył się źle.

W dyskusji przemawiał jeszcze kol. Zabłocki i kol. Leszczyński.

3. Kol. Rencki przedstawia sprawę budowy domu. Obecna realność, będąca własnością Towarzystwa, przy ul. Zyblikiewicza 6, jest wolna od wszystkich długów i przedstawia z powodu bardzo lichego stanu domu jedynie bardzo korzystnie położony plac pod budowę. Według przedstawionych planów i kosztorysu budowa nowego czteropiątrowego gmachu wraz z salą wykładową kosztować będzie około 260.000 złotych. Znaczną pożyczkę można zaciągnąć w Banku Gospodarstwa Krajowego, a na rozpoczęcie budowy należałoby przystąpić bezzwłocznie do zebrania odpowiednich funduszów. Obok dobrowolnych składek, przyobiecanych subwencyj z funduszów państwowych proponuje R. wypuszczenie pewnej ilości 100 do 200-złotowych akcyj zwrotnych, których coroczne losowanie rozpoczęłoby się dopiero w 5 lat po wykończeniu domu. Dochody z czynszów mieszkalnych, z podnajmywania sali wykładowej, z podniesionych nieco wkładek, wystarczyłyby na amortyzację zobowiązań. Przeszkodą w rozpoczęciu już w bieżącym roku budowy będzie tylko trudność usunięcia mieszkańców obecnej realności i w tym kierunku zarząd winien poczynić odpowiednie starania.

Po dłuższej dyskusji, w której zabierali głos koledzy Zgórski, Sołowij, Fels, Domaszewicz, Zieliński, Andruszewski, Grek, Czernecki i inni, uchwalono zasadniczo przystąpić jaknajrychlej do budowy domu i wnieść podanie o pożyczkę budowlaną.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji. Sekcja rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 31 października 1925. Obecnych 15 członków.

Przedstawiono ozdrowieńców po zabiegach chirurgicznych i ginekologicznych, równocześnie pokazując uzyskane przy operacjach okazy anatomo-patologiczne.

1) Cztery przypadki **zapalenia wyrostka robaczkowego** w okresie przewlekłego zapalenia; w piątym przypadku uzyskany preparat wyrostka okazuje zrosty z siecią i z torbielą jajnikową po stronie prawej, wielkości sporej pięści. Treść torbieli jest zropiała, a zgięty pod kątem 90° wyrostek, okazywał również ropień otrzewnowy, wielkości orzecha włoskiego, leżący pomiędzy ścianą jelita ślepego a wyrostkiem samym. U tych wszystkich chorych wykonano dokładne wydrenowanie jamy brzusznej w okolicy zabiegu, a to drenem gumowym grubości kciuka, wprowadzonym w głąb aż do miednicy małej i sączkiem gazowym, ułożonym obok drenu. Mowca nie żałuje tego postępowania, ale przeciwnie widział w ostatnich czasach przypadek zejścia śmiertelnego na ropne zapalenie otrzewnej i powłok brzusznych u chorej, u której po wykonaniu zabiegu »na zimno« zaszył szczelnie jamę brzuszną;

2) chorą lat 30 po ponownej laparotomji z powodu **nawrotów mięsaka jajnika**, wychodzących z miednicy małej. Pierwszy zabieg wykonano przed 7 latami na klinice ginekologicznej w Krakowie. Rozpoznanie kliniczne którego nam udzielono brzmiało »mięsak jajnika prawego«.

Obecnie cała miednica mała i pół jamy brzusznej wypełnione było guzami nowotworowemi. Liczne zrosty z otrzewną z jelitami i z siecią dały się z łatwością rozdzielić i nowotwór dokładnie odosobnić, przyczem usunięto zupełnie przydatki prawostronne, które były ponownie miejscem wyjścia schorzenia. Czas 7 lat po pierwszym zabiegu świadczy o korzystnym przebiegu cierpienia i usprawiedliwia ponowną operację rozległą;

3) chora lat 40 po usunięciu wielkich **guzów rakowych** (carcin. ovarii) **obu jajników**, tworzących przerzuty w otrzewnej i w tkance pozaotrzewnowej, oraz liczne zrosty z jelitami. W toku zabiegu usunięto wrośnięty w guz wyrostek robaczkowy i odsłonięto nasadę krezki jelita ślepego i wstępującego aż do prawej nerki. Wszystkie zmiany nowotworowe dały się dokładnie usunąć, tylko gruczoły chłonne w krezce jelita ślepego były powiększone i naciekłe, wielkości grochu i małej fasoli, zaciemniały widoki trwałego wyleczenia;

4) chorą lat 25 po operacji **przepukliny udowej**; — w dziesięć godzin po uwięźgnięciu, jelito biodrowe uległo zupełnej martwicy. Jelito wycięto na przestrzeni 30 cm;

5) chorą lat 30 po **przebiciu do otrzewnej wrzodu dwunastnicy**. Przebicie nastąpiło przed 24 godzinami; otrzewna była w całości naciekła a jama brzuszna zawierała obfitą ilość mętnej wypociny. Wrzodu nie można było zeszyć z powodu kruchości tkanek. Zatkano go siecią, którą przytwierdzono kilkoma szwami.

Przebieg pooperacyjny dobry, mimo tego, że chora przebyła ciężkie zapalenie płuc;

6) chorego lat 50 po założeniu zespolenia żołądkowo-jelitowego tylnego z powodu **bliznowatego zwężenia odźwiernika**. Stan obecny bardzo dobry;

7) chorego lat 27 który upadł na wystający pal i doznał **rozdarcia powłok brzusznych**, z wypadnięciem jelit i poprzecznem przedarciem jelita biodrowego, oraz oderwania krezki. Mimo znacznego zanieczyszczenia jelit i 12 godzinnego trwania uszkodzenia, zeszyto rozdarcia i po dokładnem obmyciu roztworem fizjologicznem, odprowadzono do jamy brzusznej — którą następnie szczelnie zeszyto. Przebieg dobry, tylko w powłokach brzusznych powierzchowne ropienie;

8) dwa złamania **kości udowej** leczone wyciągiem, jeden na aparacie »Opas« i drugi zapomocą klamry Schmerca. Aparat »Opas«, nadający się do każdego łóżka, daje bardzo ładne wygojenia; klamra zaś Schmerca ma wiele zalet przed sposobem Steinmana i nie pozostawia żadnych uszkodzeń trwałych;

9) chorego lat 70 z **rakiem odbytnicy**, przyrośniętym do kości krzyżowej. U chorego założono sztuczny odbyt i płukaniami opanowano rozpad i krwotoki z nowotworu;

10) kobietę lat 30; **po usunięciu worka żółciowego z licznemi kamieniami**; chorą tę przyjęto z ciężkiem zapaleniem worka żółciowego i dróg żółciowych, z gorączką i żółtaczką. Po odczekaniu najcięższych objawów, wykonano zabieg polegający na usunięciu woreczka żółciowego i założeniu drenu gumowego do kikuta przewodu woreczka. Zrazu wydzielało się drenem wiele żółci, do 1 litra w dobie. Po dwunastu dniach żółć przestała odpływać, a obecnie po usunięciu drenu przetoka żółciowa zupełnie się wygoiła i chora powróciła do zupełnego zdrowia.

Zebranie uchwaliło odnieść się do Izby lekarskiej lwowskiej o przyznanie obwodowi rzeszowskiemu prawa wyboru drugiego członka do Izby lek., ewetualnie zamianowanie zastępcy oraz uchwaliło ponowny wybór dawnego delegata.

Dr. R. Hinze.

Zjazd lekarzy Województwa Nowogródzkiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 września 1925 r. w Nowogródku.

Dokończenie.

4. Dr. M. Łyczkowski. Nieśwież. **„O przetaczaniu krwi w świetle badań serologicznych"** Pierwsze przetaczanie krwi zostało wykonane w Paryżu w r. 1667 przez J. Denis'a. Od tego czasu stosowano je w medycynie dość rzadko z powodu ciężkich i częstych powikłań. Zawdzięczając ulepszeniu techniki, obecnie stosuje się u ludzi na szeroką skalę, jak o tem świadczą dane literatury: Oehlecker w roku 1924 komunikuje o 400 przetaczaniach, Thiess o 450, Robertson o 500. Znaczenie przetaczania polega przedewszystkiem na przeszczepianiu pierwocin krwi, wobec czego wskazania do niego stanowią nagłe utraty krwi na zewnątrz i wewnątrz, przewlekła niedokrewność różnego pochodzenia, krwawiączka, melaena neonatorum, niedonoszenie noworodków i inne. W ciężkich zatruciach tlenkiem węgla, oparzeniach ciała, mocznicy, drgawkach porodowych Robertson kombinuje przetaczanie krwi z wypuszczaniem. Najlepszą krwią do przetaczań jest

krew normalna, niezmieniona, chociaż obecnie z powodów czysto technicznych używają krwi odwłóknionej lub z dodatkiem cytrynianu sodu w ilości 0,2%. Ilość krwi do przetaczania waha się od 250 cm.^{3} do 1200 cm.^{3} u dorosłych i od 80—150 cm.^{3} u dzieci. Wstrzykują krew u dorosłych dożylnie, u dzieci — do zatoki strzałkowej, do otrzewnej i do żyły jarzmowej. Są 3 sposoby przetaczania: 1. bezpośredni; 2. pośredni i 3. t. zw. autotransfusio. Pierwszy polega na połączeniu naczyń krwionośnych za pomocą szwu, albo rurek Cvil'a, wymaga ogromnej zręczności i uważany jest za metodę idealną (Carrel). Drugi polega na zbieraniu krwi do różnych specjalnych narzędzi (Jeleńkiewicz, Becart, Beck) celem pozbawienia krwi krzepliwości, albo do jakichbądź naczyń, gdzie się krew odwłóknia, cedzi przez gazę lub miesza z cytrynianem sodu i następnie wlewa się dożylnie.

Przetaczanie krwi własnej używa się najczęściej po wylewach krwi do jamy brzusznej, przy pęknięciu ciąży pozamacicznej (H e m p e l), przyczem krew zbiera się przez mały otwór brzucha, miesza z cytrynianem sodu lub cedzi (W ę g ł o w s k i) i wlewa się dożylnie, albo do tętnicy nasiennej. Odnalezienie odpowiedniej krwi stanowi zawsze największą trudność. Pod tym względem stoją najlepiej wielkie zakłady lecznicze w Ameryce, gdzie (wedle Nowosiołowa) istnieją całe kadry ludzi, dających swoją krew za zapłatę (Br. Mayo). W praktyce po większej części wypada zwracać się do blizkich krewnych chorego, chociaż taka krew, według badań lat ostatnich, może być przyczyną śmiertelnych powikłań, wskutek tak zw. izoaglutynin, izohemolizyn. Pod względem obecności izoaglutynin L a n d s s t e i n e r jeszcze w roku 1901 podzielił surowice na trzy grupy: A, B i C. Później J a ń s k i w 1906 r. i M o s s w 1911 r. odnaleźli jeszcze jedną grupę, którą spotyka się najrzadziej; i krew ludzką ostatecznie podzielono na 4 następujące grupy: I. gr. (według M o s s a) nie zawiera żadnych izoaglutynin, ale jej własne krwinki aglutynują się przez surowicę wszystkich innych grup. II. gr. aglutynuje czerwone ciałka III-ej grupy i nigdy — swoje własne, lub tejże grupy II-ej. III. gr. aglutynuje czerwone ciałka II-ej grupy i nigdy swoje własne, lub tejże grupy III. IV. gr. aglutynuje czerwone ciałka wszystkich trzech poprzednich grup i nigdy swoje własne lub inne tejże IV. grupy. H i r s z f e l d i D u n g e r n, na mocy swoich doświadczeń nad uodpornianiem zwierząt, podzielili krew na 4. grupy według biochemicznych cech ciałek czerwonych. Ich grupy odpowiadają grupom M o s s a w następujący sposób: I-sza grupa = AB, II = A, III = B, IV = O. Oprócz izoaglutynin odnaleziono w surowicy ludzkiej t. zw. autoaglutyniny (Białosuknia i Hirszfeld), które zlepiają własne czerwone ciałka i czerwone ciałka tej samej grupy, lecz znaczenia nie mają przy przetaczaniu krwi, ponieważ działają tylko w warunkach niefizjologicznych. Biologiczne cechy krwi, wedle H i r s z f e l d ó w, dziedziczą się zgodnie z prawem M e n d l 'a i do pewnego stopnia charakteryzują poszczególne narodowości i rasy. H i r s z f e l d o w i e pierwsi przeprowadzili badania serologiczne nad rasami ludzkiemi w Macedonji. M y d l a r s k i i H a l b e r ó w n a przeprowadzili takie badania w Polsce (11.480 polaków i 818 żydów). Z tych badań można wnioskować, że cecha A charakteryzuje narody europejskie, a cecha B — narody azjatycko-afrykańskie. U Polaków gr. A spotyka się w 44%, gr. B — w 18,8%, gr. AB w 7%, gr. 0 — w 35%. Przy przetaczaniu krwi, według większości autorów odgrywa rolę grupa czerwonych ciałek dającego, ponieważ izoaglutyniny dającego rozcieńczają się w krwi biorącego (K ü t t n e r, H i r s z f e l d, R u t k o w s k i). Pod tym względem najlepszą krew do przetaczania stanowi kr. gr. 0 = (IV), a objektem do przetaczań — ludzi z gr. krwi AB = (I). Technika określenia grupy krwi, według H i r s z f e l d ó w, jest bardzo prostą i zajmuje nie więcej, jak pół godziny czasu. Zamiast serologicznych badań krwi, niektórzy proponują t. zw. biologiczną próbę (K ü t t n e r, C e h k l e c k e r), która polega na zastrzyknięciu 10 cm^3 krwi dożylnie przed przetaczaniem. Odsetek powikłań śmiertelnych przy przetaczaniu krwi bez badań serologicznych wynosi do 3% w/g R u t k o w s k i e g o. W Nieświeskim szpitalu N. N. K. zbadano na izoaglutynację 175 osobników — przeważnie ze wsi wschodniego pogranicza. W tej liczbie było 7 rodzin, składających się z 24 osobników. Podzielenie krwi na grupy u nich było następujące: I. gr. (= AB) = 8%. II. gr. (= A) = 34%, III. gr. (= B) = 25%, IV. gr. (= 0) = 33%. Z tego można wnioskować, że narodowość pogranicza zajmuje środkową pozycję między narodowościami europejskiemi i azjatyckiemi. Obok bardzo słabych izoaglutynin, w niektórych surowicach znaleziono izoaglutyniny bardzo silne, które działały w rozcieńczeniu 1:160. Z powodu tego autor przyszedł do wniosku, że byłoby bardzo ryzykowne wstrzykiwać każdemu krew gr. IV. (= 0), albo osobnikom z krwią gr. I. (AB) wstrzykiwać każdą krew. Otóż dlatego — w swojej praktyce autor używał przetaczania tylko pomiędzy osobnikami z krwią jednej grupy. Badanie krwi u członków 7-miu rodzin jeszcze raz przekonało autora, że często krew rodziców zawiera izoaglutyniny przeciwko czerwonym ciałkom dzieci (i odwrotnie). Wobec tego autor przyszedł do wniosku, że badania serologiczne na izoaglutyniny muszą być przeprowadzane w każdym przypadku przetaczania krwi nawet pomiędzy blizkiemi krewnemi. Wszystkiego zrobiono w Nieświeskim Szpitalu N. N. K. 5 przetaczań krwi u 3-ch osobników. Jeden z nich miał ciężkie ropienie kości miednicy z zatokami ropy. Drugi — ciężkie ropienie stawu kolanowego z zatokami ropy i trzeci zakażenie krwi po odniesionej ranie. Dwa razy krew wzięto z żyły, trzy razy z tętnicy promieniowej w ilości 250 cc., cztery razy wstrzyknięto krew czystą z pomocą zwykłego aparatu do wlewań, pokrytego parafiną, jeden raz w połączeniu z 0.2% cytrynianu sodu. W dwóch pierwszych przypadkach wyniki przetaczań były bardzo dodatnie, w trzecim przypadku — ujemne.

5. Dr. L. A b r a m o w i c z. Baranowicze. **„Lithopedion, operowane per laparotamiam“.** Włościanka Z., 32 lata, w 9 miesiącu ciąży miała bóle w rodzaju partych, które uspokoiły się po 2—3 dniach; pozatem stopniowo zajęła się ona zwykłą pracą; brzuch począł zmniejszać się, samopoczucie było względnie dobre, tylko czasami przy niektórych ruchach chora odczuwała nieokreślone dolegliwości w dole brzucha. Stan ten trwał 4 lata; wtedy wydzieliny stały się ropnemi i z pochwy wypadło kilka kosteczek. Zapach wydzielin zwrócił uwagę otoczenia i zmusił do zwrócenia się do szpitala. Dokonano cięcia cesarskiego, przyczem okazało się: macica zupełnie ścieńczała i łatwo się rozrywa, znaczna ilość zrostów. Macicę wszyto do rany brzusznej i założono tampon: Płód wyjęty tą drogą zmumifikowany i inkrustowany solami wapna. Okres pooperacyjny bez powikłań.

6. Dr. Wł. M a l i n o w s k i. Słonim. **„Obecny stan pomocy lekarskiej w Województwie Nowogrodzkiem“.** Autor z długiego referatu wyprowadza następujące wnioski: 1) Konieczna potrzeba poprawy bytu lekarzy rejonowych, szczególnie pod względem urządzenia dobrych lokalów ambulatoryjnych, zaopatrzenia ich w środki lecznicze, usługę, powiększenia opłaty personalowi pomocniczemu, zabezpieczenia lekarzy w środki lokomocji i urządzenia przy przychodniach przytułków położniczych na 4 łóżka, ponieważ taki przytułek będzie miał podwójne znaczenie: a) lekarz lepiej i racjonalniej da pomoc położnicy w przytułku, niźli w warunkach wiejskich, w mieszkaniu chorej, gdzie często umiejętność i praca lekarza idzie na marne i ginie rezultat operacji; b) przytułek ma znaczenie pedagogiczne, bo chora przyucza się do czystości, do racjonalnego pielęgnowania niemowlęcia i oprócz tego wyrabia się zaufanie do lekarza.

2) Niezbędne jest powiększenie liczby szpitali, zmniejszenie opłaty w szpitalach, lepsze ich zaopatrzenie, powiększenie personalu pomocniczego i uproszczenie rachunkowości.

3) Wyasygnowanie dostatecznych sum na leczenie chorych psychicznych, potrzeba wybudowania okręgowego szpitala dla umysłowo chorych dla kilku województw kresowych.

4) Sejmiki muszą mieć lekarzy sejmikowych, jako kierowników medycyny samorządowej i żadna uchwała z zakresu medycyny nie powinna zapaść bez wysłuchania opinji lekarza.

5) Konieczna jest reorganizacja istniejącej formy pomocy lekarskiej i wprowadzenie medycyny samorządowej na wzór ziemskiej.

7. Dr. B l a u s t e j n Wilhelm. Nowogródek. **„O jaglicy“.** Statystyka wykazuje, że jaglica w Województwie Nowogrodzkiem stanowi poważną pozycję. Wśród wychowanków schronisk liczba chorych wynosi 30%, w szkołach 20%. Do tępienia jaglicy prowadzi: 1) izolacja i 2) tworzenie zakładów wychowawczo-jaglicźych, 3) rozległe leczenie ambulatoryjne. Ad 1) powinna ograniczać się do przypadków ostrych lub dotyczeć osobników zamieszkujących kwatery zbiorowe. Ad 2) Tworzenie zakładów wychowawczo-jaglicznych jest utrudnione i ograniczone. Ad 3) Leczenie ambulatoryjne jest to sposób najszerzej stosowany mający uzasadnienie w doświadczeniu znawców jaglicy, wykazującem, że jaglica, należycie traktowana, nie jest groźną, dla otoczenia. Co do djagnostyki różniczkowej najtrudniejsze jest odróżnianie nieżytu mieszkowego od jaglicy u osobników młodych, gromadnie przebywających; odnośnie do leczenia: wyciskanie ziaren bez względu na sposób (szczypczykami, ręcznie, pałeczką szklaną), przyśpiesza leczenie. Co do ubytków jaglicznych, niekiedy opaska i maść Kollargolowa daje wbrew zasadzie, dobre wyniki.

Dr. T. Gwiaździński.

Związek lekarzy P. P. Koło Chełmskie.

Sprawozdanie za rok 1923 i 1924.

Koło Chełmskie Z. L. P. P. na początku roku 1923 liczyło członków trzynastu. W tym roku został uzupełniony Zarząd przez wybór bibljotekarza i skarbnika tak, iż skład Zarządu był następujący: przewodniczący Dr. E. Łuczkowski, sekretarz Dr. T. Gniazdowski, bibljotekarz Dr. L. Chomicki, skarbnik Dr. H. Brendel. Koło w latach sprawozdawczych 1923 i 24 ujawniło swą działalność przez urządzanie posiedzeń naukowych z referatami i pokazami, przez porozumiewanie się na zebraniach w sprawach organizacyjnych, zawodowych i społecznych.

Posiedzenia naukowe odbywały się, jak i w latach poprzednich wspólnie z kolegami-lekarzami wojskowymi ze szpitala Okręgowego w Chełmie, należącymi do Sekcji Sanitarnej Tow. Wiedzy Wojskowej. Posiedzeń naukowych odbyło się w Kole 9, w Szpitalu Wojskowym Koło uczestniczyło w 4 posiedzeniach, organizacyjnych i w sprawach zawodowych 10.

Posiedzenia naukowe z odczytami, referatami i pokazami chorych odbyły się następujące:

15. I. 1923. Dr. Fuchs referował o urządzeniach sanitarnych i higjenicznych w Ameryce.

2. Kol. M. Wilenko: **Pasteur jako uczony**, wygłoszone na posiedzeniu w dniu 5. lutego 1923.

Mowca przedstawia działalność Pasteura na tle ówczesnej epoki naukowej, która w dziedzinie bakterjologji rozpoczyna swój żywot od doświadczalnego uzasadnienia witalistycznego pojmowania procesów fermentacyjnych i gnilnych i przedstawia w zarysie walkę między zwolennikami witalistycznej teorji fermentacji i gnicia, a teorji fizykalno-chemicznej z Lietzigiem na czele. Omówiwszy działalność Cagnard-Latoura, Schwanna, Turpina, Helmholza, Schrödera, Dussa z jednej strony, a Gay-Lussaca i Listiga, z drugiej strony przechodzi do omawiania pracy naukowej Pasteura, który swemi genjalnie prostemi doświadczeniami rozstrzygnął ten spór naukowy na korzyść witalistów i dowiódł niezbicie, że fermentacja jest korelatem życia, a nie śmierci, że każdemu rodzajowi fermentacyjnemu odpowiada specjalny rodzaj istot żyjących i że gnicie wywołać mogą również tylko twory żyjące. Na podstawie obserwacji fermentacji octowej Pasteur zrozumiał znaczenie bakteryj dla oksydacji i rolę tychże przy butwieniu w przyrodzie; oto dzięki bakterjom odbywa się w przyrodzie proces oksydacyjny odpadków zwierzęcych i roślinnych na prostsze związki chemiczne, bez którego to procesu krążenie materji w przyrodzie byłoby niemożliwe. Wykryciem anaerobiozy bakteryj i uzasadnieniem doświadczalnem, że heterogenja w przyrodzie nie istnieje, zamyka Pasteur pierwszy okres swej działalności naukowej. Dalsza praca naukowa jest wynikiem zwycięstwa jego teorji.

Drugi okres badań naukowych Pasteura łączy się ściśle ze zwycięstwem teorji witalistycznej fermentacji i gnicia, która musiała się odbić na badaniu przyczyn chorób zakaźnych. Nauka o contagium vivum odżyła na nowo. Pasteur w swoich badaniach ustala ostatecznie pasorzytniczą przyczynę wąglika. Dzięki stosowaniu odkrytej przez Pasteura metodyki czystej hodowli, odkrywa Pasteur lub uczniowie pod jego kierownictwem, szereg bakteryj chorób zakaźnych, a więc bakterje zgorzeli złośliwej, gronkowce ropne, cholerę kur, różę świń. Badania Pasteura nad osłabionemi hodowlami cholery kur stają się praktycznie punktem wyjścia dla nowej gałęzi bakterjologji — dla szczepienia ochronnego leczniczego, a teoretycznie stwarza nowoczesną serologję.

W końcu, pomijając znaczenie praktyczne badań i odkryć naukowych Pasteura, omawia prelegent teoretyczne znaczenie jego badań, które zapewniają Pasteurowi nieśmiertelność.

3. Kol. Gniazdowski. **»Wskazania lekarskie i sposoby zapobiegania lub sztucznego przerywania ciąży«.** Wygłoszone na posiedzeniu w dniu 16 kwietnia 1923.

W praktyce ginekologicznej zdarzają się często przypadki, że zachodzi potrzeba poradzić chorej starać się o zapobieżenie zajściu w ciążę lub w razie istniejącej już ciąży wywołanie sztucznego poronienia ewent. przyśpieszenia porodu. Szczególnie ważną rzeczą jest sprawa zapobiegania, mająca znaczenie do pewnego stopnia zapobiegawcze co do mającej nastąpić ciąży, która niekiedy może zaważyć na losie chorych jako poważne powikłanie głównego cierpienia. W wielu przypadkach lekarze prędzej decydują się udzielać rad i wskazówek co do zapobiegania ciąży, niż na sztuczne poronienie, już to ze względu na trudności techniczne, połączone z tą operacją, już też licząc się z przykremi następstwami, jakie po tej operacji mogą powstać. Z zapłodnienia wynika bardzo często pożądane stworzenie rodziny i zapewnienie trwania niejako własnego jestestwa w dzieciach. Często zaś potomek bywa bardzo niepożądanym gościem, jako nowy ciężar dla niedostatku lub nędzy. W innych razach zastąpienie bywa groźbą ciężkiego schorzenia. a nawet śmierci matki. Stąd wynika potrzeba ograniczenia płodności kobiecej Wskazania do tego mogą być natury czysto lekarskiej lub społecznej.

Przypadków, w których ze wskazań lekarskich niepożądane lub przeciwskazane jest zajście w ciążę, jest bardzo wiele i one wcale się nie pokrywają wskazaniami do przerwania ciąży, których jest bardzo mało. Często kobiety zwracają się do lekarzy z pytaniem, co mają uczynić, aby się nienarazić na groźne następstwa ciąży i porodu. Żaden z lekarzy nieprzypuszcza, że rada »aby się wystrzegano« wystarczy.

Zachodzi pytanie, czy posiadamy środki zupełnie na pewne ubezpładniające kobietę. Takie środki znamy tylko jako środki operacyjne, do których ze względu na niebezpieczeństwo, jakie za sobą pociągają, możemy się uciec tylko w rzadkich przypadkach, w innych zaś rozporządzamy mniej pewnemi środkami ochronnemi. Środki te są wprawdzie bardzo liczne, często jednakże zawodzą i nie zawsze obojętne dla zdrowia. Wywołują. one w pewnych razach, jak wskazały badania Kischa i Jaworskiego szereg ciężkich zaburzeń, głównie ze strony serca, mianowicie całozbiór objawów, zwany »*cardiopathia uterina*«.

Środki ochronne dają się podzielić na następujące grupy:

1) Sposoby, niedopuszczające plemników do pochwy.

2) Środki, wydalające z pochwy świeżo złożone nasienie. Dzieje się to zwykle zapomocą wstrzykiwań pochwowych, wykonywanych tuż po spółkowaniu albo wodą czystą o T. 35° C lub z domieszką octu, kwasu karbolowego, lisoformu, a nawet sublimatu.

3. Środki z pozostawieniem nasienia w pochwie, lecz niedopuszczające zetknięcia się jego z ujściem macicznem. Tu należą: gąbki, tampony, *pessaria occlusiva* i Dra Kafki czapeczki na część pochwową.

4. Środki, dozwalające na zetnięcie się nasienia z częścią pochwową, lecz mające działać zabójczo na plemniki. Środkami takiemi są: ałun, chinina i winian potasowy, jako sól kwaśna (*cremor tartari*), których się używa albo zarobionych z masłem kakaowem lub w postaci proszków.

5. Środki, działające na błonę śluzową macicy, są zawsze szkodliwe.

Co się tyczy sztucznego przerywania ciąży, to i tu, jak w zapobieganiu, wskazania społeczne i wskazania lekarskie — są to dwa zagadnienia różne.

Za wskazania natury społecznej do przerwania ciąży podawane bywają: 1) położenie ekonomiczne rodziców, nie będących w możności utrzymać, dzieci 2) położenie matki, mającej urodzić dziecko nieślubne, 3) zgwałcenie i t. d. Według obowiązujących przepisów prawnych ten tylko lekarz nie podpada karze za przerwanie ciąży, który to czyni w celu odwrócenia od kobiety, w ciąży będącej niebezpieczeństwa grożącego jej życia lub zdrowiu, nie dającego się w inny sposób usunąć.

Do ważniejszych wskazań lekarskich przerywania ciąży należą:

1. Ścieśnienia miednicy II. i III. stopnia, szczególniej jeżeli przy poprzednich porodach rodziły się nieżywe dzieci.

2. Niczem niepowściągliwe wymioty ciężarnych z uwzględnieniem spadku dziennego wagi ciała (ponad 300-gr), zachowania się tętna, ilości i jakości moczu, stopnia wychudzenia i osłabienia.

3. Zapalenie nerek szczególnie przy objawach mocznicowych i zmianach na dnie oka, jak zapalenie i oderwanie siatkówki.

4. Drgawki porodowe (*ecclampsia*). W ostatnich czasach szereg położników, wychodząc z założenia, że rzucawkę najprawdopodobniej wywołują w wielu przypadkach wytwory wymiany materji płodu, zaleca niezwłoczne opróżnienie macicy zaraz po pierwszym napadzie.

5. Choroby serca. Sztuczne wzniecenie poronienia lub porodu przedwczesnego wskazane będą w tych razach, gdy podczas ciąży wzmagają się stale objawy upośledzenia krążenia. Według W. Frey'a, ciężarne czy pierwiastki, czy wieloródki ze świeżemi zmianami zapalenia w sercu, którym towarzyszy gorączka i przyśpieszenie tętna, kwalifikują się do przerwania ciąży, choćby nawet wyrównanie było zupełne.

6. Co do wskazań przerywania ciąży z powodu gruźlicy płuc i krtani, panują między autorami wręcz przeciwne zapatrywania. Jako wielce charakterystyczne należy tu zaznaczyć zapatrywania Pankowa, który na zasadzie krytycznego rozbioru własnych swych i cudzych spostrzeżeń doszedł do następujących wniosków: gruźlica płuc, zdarzająca się obok ciąży w $4/5$ przypadków, jest i pozostaje ujatona i ma wtedy tak małe znaczenie, że nie uprawnia do przerywania ciąży. Natomiast na gruźlicę płuc jawną ma ciąża, poród i połóg wpływ niezmiernie niekorzystny; gruźlica pogarsza się zwykle już w pierwszych miesiącach ciąży, wprawdzie nieznacznie, ale natomiast w drugiej połowie postępuje szybko i często wiedzie do śmierci; dlatego też w przypadkach gruźlicy jawnej wskazane jest wczesne przerwanie ciąży.

Co do samej techniki poronienia sztucznego, to proponowane były rozmaite sposoby. Fellner np. doradza w pierwszych miesiącach ciąży tampowanie jamy macicy zapomocą gazy jodoformowej. Wydobycie płodu na drodze krwawej po 10 tygodniach trwania ciąży zapomocą łyżeczki po uprzedniem rozszerzeniu szyjki, aczkolwiek pozornie upraszcza rzecz całą technicznie, naraża jednak ciężarną, chorą na gruźlicę, na wielkie niebezpieczeństwo.

Inne wskazania chorobowe, jako to: łagodna postać żółtaczki, pląsawica, ostre choroby zakaźne rzadziej dają wskazania do przerywania ciąży.

Wśród poronień sztucznych niepoślednią rolę odgrywają poronienia kryminalne, często zmuszające lekarzy do dokończenia rozpoczętych nieumiejętnie poronień przez szarlatanów.

Na dowód, że do nieuzasadnionych poronień sztucznych przyczyniają się czasami i sami lekarze, służy odezwa, umieszczona w Pol. Gaz. Lek. Nr. 21 r. 1922 pod tytułem: »Lwowskie Tow. Gin. do kolegów nieginekologów«. Z powyższego widać, iż wolno lekarzom podawać i zalecać środki i sposoby przeciwko zapobieganiu i przerywaniu ciąży, lecz jedynie ze wskazań czysto lekarskich. C. d.

Dn. 6. VI. 1923. Dr. Sugatowski. **Pokaz chorych w Szpitalu Miejskim Św. Mikołaja.**

2. VII. Dr. Wilenko. **O ropniach okołonerkowych.** Odczyt został umieszczony w Pol. Gaz. Lek.

28. IX. Dr. Łuczkowski. **O anafilaksji.**

19. XI. Dr. Chomicki. **Cierpienia spojówek na tle pasorzytów.**

Dok. nast.

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

III. posiedzenia, odbyte w sali konferencyjnej Województwa lwowskiego w dniu 17. października 1925.

Obecni P. T. 1) Dr. Mikołajski, Naczelnik Wydziału Zdrowia, 2) Dr. Kuhn, Inspektor lekarski, 3) Dr. Szaynowski, Inspektor lekarski, 4) Dr. Mosler, referendarz lekarski. 5) Dr. Lipski, referent fachowy szpitalnictwa w T. W. S., 6) Dr. Legeżyński, Naczelny lekarz miejski, 7) Prof. Dr. Rencki, Delegat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K., 8) Dr. Szkodziński, dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, 9) P. Ochman, Delegat Okręgowego Związku Kas chorych, 10) Dr. Węgrzynowski, 11) Dr. Kielanowski, 12) Doc. Dr. Sabatowski, Delegaci lwowskiego Tow. walki z gruźlicą, 13) Dr. M. Selzer, Delegat Tow. szerzenia higjeny wśród żydów, 14) Dr. Schleicher, Wiceprezydent m. Lwowa, 15) Dr. Bett, Naczelny lekarz m. Kasy chorych, 16) Dr. Zabłocki, Prezes lwow. Tow. walki z gruźlicą, 17) Pułk. Dr. Hornung, Delegat Szefostwa sanitarnego D. O. K. VI., 18) Dr. Małaczyński, Lekarz powiatowy — Lwów, 19) Dr. Świątkowski, Lekarz powiatowy — Lwów, 20) Dr. Loewy, Lekarz powiatowy — Tarnobrzeg, 21) Dr. Krok, Lekarz powiatowy— Przeworsk, 22) Dr. Dorosz, Lekarz powiatowy — Sanok, 23) P. Żeleński, Starosta powiatu Lwów, 24) Doc. Dr. Gąsiorowski, Dyrektor Filji P. Zakładu Higjeny.

Usprawiedliwi nieobecność: Prof. Dr. W. Nowicki, Doc. Dr. Grek, Gen. Dr. Zieliński, Dr. Kociuba, Dr. Opieński.

Przewodniczy Dr. Mikołajski, który przedstawia zebranym P. Dr. Mikłaszewskiego, Referenta spraw gruźlicy w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, przybyłego z Warszawy na posiedzenie Komisji:

ad 1) Dr. Mikołajski odczytuje protokół poprzedniego posiedzenia, który bez zmian przyjęto.

ad 2) i 3) Dr. Mikołajski odczytuje następujące sprawozdanie:

1) Komitet wykonawczy Komisji odbył posiedzenia w dniach 8. i 13. czerwca b. r., poświęcone sprawie przystosowania wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą do wskazówek Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Osiągnięto pod tym względem zupełne porozumienie z Lwowskiem Tow. walki z gruźlicą i postanowiono przedłożyć Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wniosek utrzymania dotychczasowej półurzędowej organizacji przeciwgruźliczej, jako Ligi Przeciwgruźliczej, a przekształcenie lwowskiego Tow. walki z gruźlicą w Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze dla obszaru miasta Lwowa. Reskr. z 23. czerwca b. r. Nr. Z. H. 3250/25 oświadczyła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, że, biorąc pod uwagę motywy, przytoczone przez Komisję, postanawia zachować istniejącą, półurzędową organizację na terenie Województwa lwowskiego, pozostawiając Tow. walki z gruźlicą akcję w obrębie miasta Lwowa. Dalsze istnienie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą uważa Generalna Dyrekcja Służby zdrowia za niezbędne. W ten sposób ustaliło Ministerstwo podstawy organizacji walki z gruźlicą w naszem Województwie. Organizacja ta opiera się na zatwierdzonych przez władzę statutach Powiatowych Kół walki z gruźlicą. Statuty, jednakowe dla wszystkich powiatów, wymagają pewnych poprawek wobec zmienionego w ostatnich kilku latach ustosunkowania władz. Sprawą tą zajmie się Komitet wykonawczy w czasie najbliższym.

2) 1) Zgodnie z uchwałą Komisji Wydział Zdrowia Publicznego pismem z dnia 5 czerwca 1925 L. Z. P. 3891 przedłożył Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia referat Dr. Moslera o potrzebie otwarcia na koszt Państwa osobnej Przychodni Przeciwgruźliczej we Lwowie dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin.

Na pismo to nadeszła odpowiedź G. D. S. Z. z dnia 25 lipca br. Nr. Z. H. 3571, że „aż do czasu ustalenia definitywnego programu profilaktycznego zwalczania gruźlicy w Państwie, byłoby wskazane, aby funkcjonarjusze państwowi korzystali z istniejących Przychodni Przeciwgruźliczych, prowadzonych przez organizacje społeczne, a wydajnie popieranych przez Rząd".

Pismem z dnia 10 września br. L. Z. P. 5788 upraszał Wydział Zdrowia Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o wskazanie, które to Przychodnie Przeciwgruźlicze na obszarze tutejszego Województwa otrzymały rządowe zasiłki w r. 1924 i 1925, gdyż Urzędowi Wojewódzkiemu dane te nie są wiadome.

Sprawę subwencyj dla Przychodni Przeciwgruźliczych poruczył Wydział Zdrowia także w piśmie z dnia 25 lipca 1925 L. Z. P. 5004, wystosowanem do rąk P. Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia, a którem podniósł, że Województwo lwowskie nie otrzymało w r. 1924 i 1925 żadnej subwencji na walkę z gruźlicą, a w r. 1923 tylko 2 miljony marek, że ludność Województwa lwowskiego wynosi dziesiątą część zaludnienia całego Państwa, że w Województwie lwowskiem gruźlica więcej grasuje, niż w innych okolicach kraju i że w Województwie tem wysiłkiem społeczeństwa i innych czynników od lat kilku daleko więcej się działa na polu walki z gruźlicą, niż w innych Województwach, że jednak uchylanie od 3 lat zasiłku na walkę z gruźlicą z funduszów państwowych zniechęca do ofiarności inne czynniki.

Wydział Zdrowia wyraził zdanie, że jednomierne traktowanie wszystkich Województw byłoby pożądane i że jest wskazane ustanowienie na przyszłość pewnego klucza do rozdziału subwencyj państwowych na walkę z gruźlicą w Województwach poszczególnych.

Podczas bytności we Lwowie w dniu 14 września br. oznajmił P. Generalny Dyrektor Służby Zdrowia, że na r. 1925 przeznaczyła G. D. S. Z. dla tutejszego Województwa 10.000 zł. na walkę z gruźlicą, z czego 5.000 zł nadejdzie w diach najbliższych, a reszta później i że w następnym roku Województwo lwowskie będzie w większej mierze uwzględnione.

W załatwieniu wspomnianego pisma z dnia 10. września br. w którem prosił Wydział Zdrowia Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o wskazanie Przychodni wydajnie subwencjonowanych przez Państwo, zawiadomiła G. D. S. Z. reskryptem z dnia 3 października 1925 Nr. Z. H. 5229/25, że po otwarciu kredytu na październik przyzna zapomogę na walkę z gruźlicą w wysokości 5.000 zł i zażądało planu podziału tej sumy pomiędzy przychodnie za okazaniem, na jakie cele ma być ona użyta.

Sprawozdaniem z 16. października 1925 L. Z. P. 6404 oznajmiono, że z zapowiedzianej subwencyj zamierza się udzielić zasiłku na częściowe pokrycie kosztów utrzymania wywiadowczyń przychodni w Jarosławiu — 1.000 zł, w Jaworowie — 500 zł, w Rzeszowie — 1.000 zł, w Samborze — 1.000 zł, nadto w Rawie ruskiej — 500 zł na częściowe pokrycie kosztów najmu lokalu na przychodnię i przychodni w Sanoku — 1.000 zł na częściowe pokrycie kosztów budowy domu dla przychodni.

Inne przychodnie zamierza się obdzielić z drugiej raty subwencji rządowej w kwocie 5.000 zł, którą P. Generalny Dyrektor Służby Zdrowia zapowiedział w tym roku.

2) Pismem z dnia 12 września br. L. Z. P. 5885/25 zwrócił się Wydział Zdrowia do G. D. S. Z. z prośbą o zgłoszenie uznanej już przez władzę naczelną półurzędowej organizacji walki z gruźlicą do Państwowego Związku Przeciwgruźliczego, jako samodzielnej jednostki terytorjalnej, i zapewnienie jej wszelkich praw na równi z innemi Towarzystwami terytorjalnemi Przeciwgruźliczemi, a w szczególności udziału Wojewody lub w jego zastępstwie Naczelnika Wydziału Zdrowia w posiedzeniach Zarządu Związku i odpowiedniego przydziału zasiłków z funduszów, któremi Związek rozporządza.

Sprawę tę omówił także Naczelnik Wydziału Zdrowia z P. Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia w dniu 14. września i otrzymał zapewnienie, że będzie uwzględniona.

3) Tow. walki z gruźlicą we Lwowie nadesłało do Wydziału Zdrowia propozycję z dnia 4 czerwca L. 240/25 by wspólnie z tem Towarzystwem zwołać na dzień 28 czerwca do Lwowa Zjazd Przeciwgruźliczy Wojewódzki, który zająłby się organizacją walki z gruźlicą w Województwie.

Wydział Zdrowia oznajmił pod dniem 9 czerwca br. L. Z. P. 4055, że nie zamierza zwoływać na dzień 28 czerwca Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego i że organizację walki z gruźlicą w Województwie będzie można omawiać, dopiero wtedy, gdy Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia ostatecznie zadecyduje co do podstaw tej organizacji. Zresztą jest wątpliwem, czy na dzień 28 czerwca mogliby lekarze powiatowi przybyć do Lwowa, gdyż pochłania ich w czerwcu służbowo szczepienie ospy.

Obecnie, gdy G. D. S. Z. już zadecydowała co do podstaw organizacji, można będzie w Komitecie wykonawczym rozważyć myśl zwołania Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego.

4) Wobec ustalenia podstaw organizacji przedsięwziął Wydział Zdrowia Publicznego szereg zarządzeń, by tę organizację ożywić nowym zapałem do pracy i wskazać jej dalsze drogi działania.

P. Wojewoda wydał gorącą odezwę do PP. Starostów. z dnia 9. lipca br. L. Z. P. 4645, wzywając ich do rozwinięcia jak najusilniejszej działalności na polu walki z gruźlicą, podnosząc, że w dziale administracji sanitarnej — walka z gruźlicą wysuwa się na pierwszy plan i że w tej dziedzinie lekarz powiatowy ma najlepszą sposobność okazania swej sprawności służbowej, zdolności organizacyjnej, owocnej inicjatywy i obywatelskiej dbałości o dobro powszechne. Apel ten nie pozostał bez skutku, czego najpiękniejszym dowodem jest należyte ujęcie sprawy walki z gruźlicą w powiecie sanockim, dotychczas zupełnie biernym.

Wydział Zdrowia Publicznego uprosił P. Wiceprezydenta Dr. Schleichera o opracowanie planu walki z gruźlicą w zakresie gminy m. Lwowa. Tymczasowy Wydział Samorządowy o ogólne ujęcie kierownictwa współudziału samorządów w walce z gruźlicą, Prezydjum Kuratorjum Okręgu Szkolnego do zdania sprawy z walki z gruźlicą w szkolnictwie, a Okręgowy Urząd Ubezpieczeń o przedstawienie współudziału Kas chorych w walce z gruźlicą.

Referaty w tym przedmiocie są właśnie na porządku dziennym.

Stwierdzić należy, że u wszystkich wspomnianych czynników napotkano usilne poparcie akcji, że w szczególności T. W. S. wezwał Samorządy komunalne i powiatowe do wyznaczenia w budżetach na r. 1926 odpowiednich dotacji na walkę z gruźlicą, a Okręgowy Urząd Ubezpieczeń czuwa nad tem, aby Kasy chorych brały udział w tej walce bądź we własnych Przychodniach, bądź też przez zakwestjonowanie Powiatowych Przychodni Przeciwgruźliczych.

Zarządzenia te już w niektórych powiatach ujawniły skutek pożądany.

Dr. Miklaszewski wyjaśnia, że w r. 1924 nie udzielono subwencji na walkę z gruźlicą w Województwie lwowskiem z powodu zbyt małego kredytu na cele walki z gruźlicą. W r. 1925 otrzyma Komisja i lwowskie Tow. walki z gruźlicą po 10.000 zł zasiłku, a większe subwencje można będzie wyznaczyć w r. 1926.

Projekt utworzenia Ligi przeciwgruźliczej Województwa lwowskiego nie dałby się urzeczywistnić w ramach ogólnej organizacji walki z gruźlicą, natomiast G. D. S. Z. zgadza się, aby półurzędowa organizacja walki z gruźlicą w tem Województwie pozostała nadal dla powiatów, a obszar miasta Lwowa aby objęło lwowskie Tow. walki z gruźlicą. Półurzędowa organizacja może zgłosić przystąpienie do Związku Przeciwgruźliczego i przez to uzyskać prawa członka Związku.

ad 4) Dr. Węgrzynowski zdaje sprawę z ostatniego posiedzenia Zarządu Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie.

Postanowiono prowadzić w Polsce szczepienie ochronne niemowląt przeciw gruźlicy i w tym celu utworzono osobny Komitet. Osobna konferencja w tej sprawie odbędzię się także we Lwowie.

Omówiono sprawę wyszkolenia lekarzy w zakresie społecznej walki z gruźlicą. Będzie zorganizowany przez Prof. Gluzińskiego w Warszawie 6-cio tygodniowy kurs, na który poszczególne terytorjalne Towarzystwa Przeciwgruźlicze wyszlą słuchaczy.

Jako organ Związku uchwalono wydawać czasopismo p. t. „Gruźlica". We Lwowie będzie zawiązany miejscowy Komitet redakcyjny. Pomimo opozycji Dr. Węgrzynowskiego uznano, że Okręgowe Związki Kas chorych mogą przystępować do Związku w charakterze członków.

II. Zjazd Przeciwgruźliczy ma się odbyć we Lwowie w czasie Targów Wschodnich. Ustalono jako działy referatowe tematy treści biologicznej, klinicznej i społecznej.

Drugi dzień Zjazdu poświęcony będzie Walnemu Zebraniu Związku Przeciwgruźliczego.

Oświadczono się za zmianą typu spluwaczek, proponowanego przez lwowskie Tow. walki z gruźlicą.

W dyskusji nad sprawozdaniem Dr. Miklaszewski wyjaśnia, że szczepienie dzieci przeciw gruźlicy będą się odbywały w klinikach, a w każdem mieście uniwersyteckiem utworzy się dla tej akcji osobny Komitet.

Dr. Mikołajski proponuje, aby ze względu na tę akcję i wogóle na ważność zwalczania gruźlicy wśród niemowląt i dzieci zaprosić do Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą jako specjalistów w tym zakresie: Prof. Dr. Grocra, Doc. Dr. Progulskiego. Doc. Dr. Questa, Prof. Dr. Bocheńskiego i Prof. Dr. Sołowija.

Wniosek ten uchwalono.

Dok. nast

Sprawy zawodowe.

Lubelska Izba lekarska.

Wybory do Rady Izby.

Wydział Wykonawczy Izby Lekarskiej Lubelskiej zgodnie z § 11 Regulaminu I. L. L. podaje do wiadomości, że w dniu 15 listopada b. r. odbyły się wybory do Rady Izby na trzechlecie 1926 1929 wybrani zostali następujący lekarze:

Dr. Modrzewski Jan (Lublin), dr. Brzeziński Adam (Lublin), dr. Drodżdż Wacław (Lublin), dr. Miłaszewski Franciszek (Łuck), Dr. Kujawski Czesław (Lublin), Dr. Łuczkowski Edward (Chełm), dr. Sołłohub Józefat (Włodzimierz), dr. Baliński Karol (Równe), dr. Królewski Wacław (Kowel), dr. Kuropatwiński Aleksander (Drohiczyn), dr. Płaczkiewicz Leon (Lublin), dr. Serdakowski Bronisław (Brześć), dr. Wiszniewski Eugenjusz (Siedlce), dr. ppłk. Jacewski Adolf (Brześć), dr. Jaworski Kazimierz (Lublin), Dr. Nepomucki Florjan (Brześć), dr. Ostrowski Mikołaj (Siedlce), dr. Horodyski Bolesław (Puławy), dr. Zieliński Stanisław (Pińsk), dr. Majewski Antoni (Krzemieniec), dr. Ziembiński Eugenjusz Łuck), dr. Prochorow Mikołaj (Równe), dr. Sotirow Grzegorz (Ostróg), dr. Tenenbaum Henryk (Lublin), dr. Lipiński Włodzimierz (Łuck), dr. Scholtz Edward (Lublin), dr. Skrobiszewski Józef (Hrubieszów).

Pisarz: Dr. *Jaworski.* Naczelnik Izby: Dr. *Modrzewski.*

Izba Warszawsko-Białostocka.

Dnia 29 b. m. odbędą się drugie z rzędu wybory do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na podstawie nowej ordynacji wyborczej, opartej na glosowaniu większościowem. Obecny Zarząd Izby, opierając się na swym regulaminie, powołał Komitet Wyborczy, złożony z przedstawicieli wszystkich zrzeszeń lekarskich na terenie Województw Warszawskiego, Białostockiego i m. Warszawy, celem ułożenia wspólnej listy kandydatów do przyszłej Izby. Na szeregu posiedzeń Komitet uzgodnił listę kandydatów na 56 członków Rady i 28 zastępców, w której wszystkie kierunki myśli lekarskiej są reprezentowane. Fakt uzgodnienia różnych odłamów i kierunków istniejących w świecie lekarskim i wystawienie jednej listy jest niecodziennym a wysoce dodatnim przejawem życia społecznego. Rokuje on również przyszłej Izbie, o ile będzie wybrana na podstawie osiągniętego porozumienia, a nie walk i namiętności wyborczych, możność spokojnej i owocnej pracy dla dobra stanu lekarskiego. Zarząd wzywa członków Izby do solidarnego głosowania na listę, która przesłana będzie wyborcom i do zadokumentowania przez to, że ogół lekarzy, bez względu na kiernnek polityczny, społeczny, czy narodowościowy, może iść zgodnie w pracy dla dobra Ojczyzny i stanu lekarskiego.

Zarząd Izby.

W sprawie wyborów do Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Wobec zbliżających się wyborów do Rady Izby Lekarskiej w dniu 29 listopada r. b., Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wzywa wszystkich swoich członków, którzy dotąd nie otrzymali list głosowania wskutek zmiany adresów, lub też z innych powodów, ażeby zechcieli zgłosić się w tej sprawie do kancelarji Izby, Niecała 7 w godzinach od 9 rano do 3 po poł. (tel. 206-44).

Lista kandydatów na członków Rady i zastępców, uzgodniona przez delegatów wszystkich zrzeszeń lekarskich w Komitecie Wyborczym przy Zarządzie, będzie w czasie najbliższym rozesłana wszystkim członkom Izby. Listę tę, o ile będzie akceptowana bez poprawek, można włożyć do części karty zaklejonej zamiast wypisywać kandydatów własnoręcznie.

Blankiety do głosowania, na wypadek, gdy pierwotnie rozesłane uległy zepsuciu lub zniszczeniu, można otrzymać w kancelarji Izby za pokwitowaniem.

Obwód Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Walne Zebranie członków Obwodu Lwowskiego Zw. Lek. P. P. odbędzie się we wtorek dnia 1. grudniu 1925. r. o godz. 18-tej, w salach Polikliniki przy ul. Lindego 5.

Porządek obrad:

1. Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Tym. Zarządu Obwodu Zw. Lek. P. P.

2. Wgbór Członków Zarządu na rok 1926.

3. Wybór delegacji na Nadzw. Walne Zebranie Lek. Zw. Lek. P. P., które odbędzie się dnia 6. grudnia b. r. w Warszawie.

4. Wnioski i interpelacje.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Z Uniwersytetu Warszawskiego. Dalszy ciąg listy lekarzy, którzy otrzymali dyplomy w roku 1924/25: Kapłan Herson, Karpeliowicz Józef, Kłyko Stefan, Kowalski Teofil, Lauer Szymon, Lech Jan, Lewin Izzak, Kothe Noe, Leoszko Józef, Leoszko Michał, Lewit Kazimierz, Lacher Gabryel, Landau Emil, Litauer Amelja, Lewitter Maksymiljan, Lubczyński Wacław, Lewin Hersz, Lejdo Władysław, Lerner Markus, Lewicka Eugenja, Landau Henryk, Łaski Zygmunt, Łysakowski Stefan, Łapiński Teodor, Łypek Sylwin, Mrozowski Feliks, Maciejewski Kazimierz, Matusiak Stanisław, Milewicz Władysław, Mężyński Piotr.

Kraków.

Dyrektorem szpitala w Gorlicach został mianowany dr. Jan Rybicki, sekundarjusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W roku szkolnym 1924/25 na Wydziale lekarskim U. J. uzyskało stopień Dr. wszech nauk lekarskich 115 osób, w tem 10 nostryfikantów. W tym samym czasie zgłosiło podań o nostryfikację 53 zagranicznych doktorów medycyny, a 2 mgr. farmacji. Na rok szkolny 1924/25 zapisało się ogółem (na wszystkie lata) 535 słuchaczów (słuchaczek).

Sprostowanie.

1. W protokole posiedzenia Tow. lek. Częstochowskiego z dnia 21 marca b. r. zamiast: Kol. Koniecpolski pokazał dziecko 18-letnie powinno być 18-miesięczne.

2. W protokole z dnia 25 kwietnia b. r. w sprawozdaniu z odczytu kol. Koniecpolskiego pod 3. zamiast: % śmiertelności w chorobach zakaźnych, w szczególności w durze osutkowym, jest wśród ludności semickiej znacznie wyższy winno być znacznie niższy.

Klisza druga (rycina dolna) w Nrze 46 str. 975 w artykule dra A. Musiała nie należy do tej pracy.

Zmarli.

Dr. Jan Nowaczyński, docent chorób wewnętrznych U. J. Nekrolog pomieścimy w jednym z najbliższych numerów Pol. Gaz. Lek.

L. 118,925.

OSTRZEŻENIE.

Wobec wygasania z dniem 1. lutego 1926 r. umowy między obecnie pracującymi lekarzami a Kasą Chorych w Tomaszowie Mazowieckim i wobec zamierzeń Komisarza Kasy Chorych pozyskania lekarzy zamiejscowych ze szkodą dla interesów stanu lekarskiego, Zarząd Okręgu Łódzkiego ostrzega kolegów przed wszelkiego rodzaju pertraktacjami z Zarządem Kasy Chorych w Tomaszowie Mazowieckim, bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Związku Lekarzy Obwodu Tomaszowskiego (Tomaszów Mazowiecki, plac Kościuszki 18).

Nieprzestrzeganie tego pociągnie najdalej idące konsekwencje wobec lekarzy, wyłamujących się z pod solidarności zawodowej.

Wydział Wykonawczy Zarządu Okręgu Łódzkiego:

Sekretarz: (—) *Dr. Kryszek.* Przewodniczący: (—) *Dr. Mikłaszewski.*

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Podobwodu Bialskiego ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w organizującej się Powiatowej Kasie Chorych w Białej Podlaskiej, bez uprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

L. 31

Ostrzeżenie!

Koło Chełmskie Związku Lekarzy P. P. ostrzega ponownie Kolegów przed przyjmowaniem posad lekarzy kasowych w Kasie Chorych w Chełmie bez poprzedniego porozumienia się z Zarządem Koła

Sekretarz: *Dr. T. Gniazdowski.* Przewodniczący Koła: *Dr. E. Łuczkowski.*

L. 3203

Konkurs.

Wydział powiatowy w Lisku rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Cisnej. Bliższe warunki poda Wydział powiatowy do dnia 30 listopada 1925.

Komisarz rządowy: *Mauthner* m. p.

L. 4921/VI.

KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Kowelskiego ogłasza konkurs na stanowisko lekarza rejonowego w Brzuchowiczach, powiatu Kowelskiego na następujących warunkach:

Kandydat winien posiadać:

a) obywatelstwo polskie;
b) przynajmniej kilkuletnią praktykę zawodową ze specjalnem uwzględnieniem działu akuszerji;
c) nieprzekroczony wiek 50 lat.

Do posady tej przywiązana jest VIII kategorja płacy urzędników państwowych + 25% dodatku komunalnego.

Termin upływa z dniem 10. grudnia r. b

Należycie udokumentowane podania wraz z curriculum vitae należy nadsyłać do Wydziału Powiatowego w Kowlu.

Przewodniczący Starosta:
(—) *H. Niepokulczycki.*

L. 67740/X/25.

KONKURS.

W Wydziale Sanitarnym Dyrekcji Kolei Państwowowych we Lwowie, jest do obsadzenia posada kontraktowego lekarza specjalisty-chirurga, z uposażeniem według grupy VII, szczebla „A" (Ustawa z 9/X. 1923, Dzien. U. R. P. Nr. 116/1925, poz. 924) wraz dodatkiem regulacyjnym i ekonomicznym, bez dodatku za studja wyższe i wszelkich innych.

O posadę powyższą ubiegać się mogą jedynie lekarze pracujący obecnie jako asystenci Uniwersytetu Lwowskiego, względnie jako asystenci oddziałów szpitalnych lwowskich.

Do podań należy dołączyć metrykę urodzenia, dowód obywatelstwa polskiego, świadectwa z poprzedniej i obecnej pracy, dokument stwierdzający stosunek do wojska oraz curriculum vitae. Podania z wyżej wymienionymi dokumentami należy wnosić do Wydz. Sanit. Dyr. K. P. we Lwowie do końca grudnia b. r.

Dyrekcja Kolei Państwowych, Wydział Sanitarny.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. A. SABATOWSKI. Dr. J. GOERTZ. Lwów.

Wpływ nawodnienia ustroju na cukier krwi [1]).

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. Prof. Dr. M. Franke.

Znaczenie wody jako bodźca ustrojowego jest wciąż jeszcze niezupełnie poznane, choć sprawa ta ma zasadnicze znaczenie tak dla patologji jak i terapji. Badanie też tego zagadnienia z obu punktów widzenia t. j. tak patologji jak i terapji rokuje szybsze postępy niż usiłowania jednostronne, gdyż odczyny patologiczne i terapeutyczne wzajemnie się dopełniają i wyjaśniają.

Szybkie postępy w zakresie tych badań dlatego są bardzo pożądane, że dopiero po wszechstronnem poznaniu działania na ustrój zwykłej wody, wypitej tak w ilościach zwykłych jak i znacznie zwiększonych, będzie możliwem oddzielenie odczynów swoistych po piciu pewnej wody mineralnej od odczynów nieswoistych, zależnych jedynie od wzmożonego nawodnienia ustroju.

Punktem wyjścia niniejszej pracy było spostrzeżenie jednego z nas 1), wykazujące wstrząsową przyrodę odczynu ustrojowego przy wlewaniu dożylnem lub też przy piciu większych ilości wody, tak studziennej, jak przekroplonej lub solanki fizjologicznej („odczyn nawodnienia"). Spostrzeżenia te dowiodły równocześnie, że między wlewaniem dożylnem, a pojeniem przez przewód pokarmowy jest zupełna zgodność co do właściwości odczynu, a jedynie różnica co do jego nasilenia.

Spostrzeżenia nad zachowaniem się cukru krwi przy wstrząsie peptonowym i anafilaktycznym (Achard i Feuillie, Zunz i La Barre i inni) oraz po innych zabiegach, dających działanie wstrząsowe, kazały zbadać także zachowanie się cukru krwi wobec „bodźca nawodnienia" i to przedewszystkiem na osobnikach co do przemiany węglowodanowej zdrowych.

Rozporządzając jedynie materjałem zwierzęcym, użyliśmy do doświadczeń psów, żywionych jednostajnie i trzymanych stale w klatkach, a wlewaliśmy wodę zwykłą źródlaną lub fizjologiczny rozczyn soli kuchennej do żyły lub żołądka rano naczczo (po 20 godzinach głodzenia). Wody używaliśmy o ciepłocie ciała, aby wykluczyć czynnik cieplny, nieobojętny dla cukru krwi. Krew do badań pobieraliśmy z tętnicy udowej w ilościach, które jeszcze na stan cukru krwi nie wpływają (o tem później wspominamy). Unikaliśmy oczywiście wszelkiej narkozy, jako czynnika przecukrzającego krew. Zabiegi na naczyniach krwionośnych robione były szybko i z możliwem oszczędzaniem zwierzęcia, które też zwykle zachowywało się zupełnie spokojnie.

Tak wlewanie dożylne jak i pobór krwi z tętnicy odbywały się zupełnie bez bolu przez szklane kaniulki umocowane na stałe w naczyniach. Zgłębnik żołądkowy zakładaliśmy na 1 godzinę przed rozpoczęciem właściwego doświadczenia, aby móc wykluczyć ewent. wpływ lęku zwierzęcia na cukier krwi przy zgłębnikowaniu.

W jednej serji doświadczeń pobieraliśmy krew tętniczą do parafinowanych probówek i wstawiali zaraz do wirownicy, poczem z otrzymanego osocza, które krzepło, otrzymywaliśmy surowicę. W drugiej serji braliśmy krew do probówek z szczawianem litu, którego używaliśmy w tak małych ilościach aby na oznaczenie cukru nie wpływał (H. J. John 2). Przebieg zmian w ilości cukru był zresztą identyczny, bez względu na oznaczanie czy w surowicy (I. serja) czy też w osoczu krwi (II. serja). Oznaczaliśmy ilość cukru (G.) metodą Folin-Wu. W surowicy krwi ponadto oznaczano wskaźnik refraktometryczny refraktometrem Pulfricha, oraz azot met. Folina. Pozatem wyliczano w ciągu doświadczenia zmiany w ilości ciałek białych i czerwonych. W ciągu dwugodzinnego zwykle doświadczenia pobierano 4 do 5 próbek krwi, przy dłuższych doświadczeniach odpowiednio więcej, na ogół jednak od 30 do 60 cm^3 krwi, licząc już całą stratę wraz ze skrzepami w kaniuli i t. p. Kilkakrotnie opatrywano psa prowizorycznie i badano stan krwi za kilka do 24 godzin, a nawet do 3 dni. Późniejsze takie pobory krwi przez pozostawioną kaniulkę (w ranie prowizorycznie zamkniętej) odbywały się bez żadnych przeszkód, bolu lub niespodzianek jak zakrzepy naczyniowe, ropienia, krwawienia lub obrzęki — a pozwalały zbadać przebieg powrotu ustroju do równowagi.

Przytoczymy tu naprzód kilka charakterystycznych doświadczeń z wlewaniem dożylnem.

Dośw. 16. VI. 1925. Suka wagi 10 kg. naczczo; o godz. 10 min. 45 zaczęto wlewać dożylnie 180 cm^3 fizjologicznej solanki (czyli ilość odpowiadającą czwartej części objętości krwi tego psa). Wlewanie trwało 5 minut. Po 20 minutach cukier krwi opadł z 125 na 119*). W 35 minut po wlaniu podniósł się na 140, a potem zwolna opadł zpowrotem, dochodząc po półtorej godziny od wlania do normy. Krzepliwość krwi była we wszystkich próbkach po wlaniu wzmożona, wartości refraktometryczne lekko się obniżyły (z 53 na 50.5 potem 51.3), ciałka białe wykazały stały przyrost aż do silnej leukocytozy wielojądrzastej, c. czerwone zaś lekki, przelotny tylko spadek (z 5,100.000 na 4,600.000 w pierwszej próbce po wlaniu). Dwufazowy odczyn 3) w zakresie cukru krwi był więc wyraźny, a nie szedł równolegle z objawami rozcieńczenia krwi (refraktometr, erytrocyty), gdyż przecukrzeniu nie odpowiadało bynajmniej zagęszczenie krwi.

Inny pies po wlaniu dożylnem $^1/_3$ części objętości wody wodociągowej ciepłej (w stosunku do objętości krwi) wykazał wzrost cukru krwi stopniowo ze 139 mg % na 161 przy znacznym spadku cyfr refraktometru, bardzo małych wahaniach w ilości erytrocytów i wyraźnie narastającej leukocytozie.

Doświadczeń takich o zgodnym przebiegu odczynów wykonaliśmy siedm. W innych upuszczaliśmy równocześnie z wlaniem wody taką samą ilość krwi. Wzrost cukru krwi był jeszcze silniejszy pod wpływem dwu jednozgodnie działających bodźców.

Praktycznie oczywiście ważniejsze były doświadczenia z wlewaniem do żołądka ciepłej wody wodociągowej lub solanki fizjologicznej. Ilościowo stosowaliśmy ją wedle tego samego wskaźnika t. j. w stosunku do ilości krwi zwierzęcia, którą obliczaliśmy wedle przyjętego klucza jako jedną trzynastą część wagi ciała. Sądzimy też, że w przepisywaniu u ludzi wód mineralnych do picia ten ogólny sposób obliczania dawki w stosunku do wagi krwi byłby fizjologicznie najbardziej uzasadniony.

Podajemy poniżej w skrócie kilka typowych protokołów doświadczeń.

Dośw. 6. VI. Pies wagi 13.5 kg. naczczo. O g. 10. wlano 500 cm^3 wody izotermicznej do żołądka (a więc równą połowie masy krwi zwierzęcia). Po 10 minutach cukier krwi wzrósł ze 130 na 148 mg % dochodząc po godzinie do 163 mg. Erytrocyty,

[1]) Rzecz przedstawiona w Pols. Tow. Biolog. we Lwowie 22. czerwca 1925 r. i na XII. Zjeździe Przyr. i Lekarzy w Warszawie 13. lipca 1925. Doniesienie tymczasowe w Cpts. Rds. Soc. de Biologie 1925. T. XCIII. p. 662.

*) Wahania w tych granicach mogą być wprawdzie także wynikiem niedoskonałości metody oznaczania, jednakowoż częste pojawianie się tego zjawiska w tej samej fazie doświadczenia przemawia stanowczo przeciwko przypadkowości jego.

poza przelotnym wzrostem w 25 min. po wlaniu, nie wykazały zmian liczbowych, pojawiła się leukocytoza (wzrost 60%), wartości refraktometryczne przelotnie wzrosły (po 1 godzinie z 52 na 54), azot resztkowy surowicy lekko opadł. Po godzinie żołądek okazał się zupełnie pusty. Doświadczenie to jest z tego powodu jeszcze ciekawe, że pies ów został przed miesiącem pozbawiony śledziony, a zatem brak wahań w ilości erytrocytów nie może tu iść na karb regulacyjnej czynności śledziony w odniesieniu do krwinek (Barcroft). W tym przypadku przeoczyliśmy fazę hipoglikemiczną. Tenże sam pies w 17 dni później wykazał, przy ściśle takim samym programie doświadczenia, w 20 minut po wlaniu wody do żołądka wzrost cukru z 130 na 136 mg % po godzinie spadek lekki (na 129), a później ponowny, stateczny wzrośt, dochodzący do 145 i trwający do 4 godzin po wlaniu.

Typowszy był inny przypadek, gdzie pies po wlaniu $^{3}/_{4}$ ilości równoważnej krwi do żołądka (wody wodociągowej) dał wstępny spadek cukru z 121 na 117 (po 10 min.) poczem stateczny wzrost do 145 przy spadku wartości refraktometrycznych (z 53.2 na 50.5 i azotu resztkowego (z 25.3 na 23.3).

Wreszcie przytoczyć należy kilka przypadków badań tego odczynu na dłuższą metę.

Pies wagi 20 kg., naczczo, dostał do żołądka 2 dawki wody wodoc. izotermicznej, po 500 cm^3, w odstępie 25 minut. Cukier krwi wzrósł w 25 min. po pierwszem wlaniu z 124 na 148, po drugiem na 155. Po 100 minutach spadek na 142.8. Po 24 godz. poziom 142.8 mg % utrzymał się jeszcze.

Pies wagi 12.5 kg. naczczo dostał litr izotermicznej wody wodociągowej do żołądka w 4 dawkach po 250 cm^3 w ciągu godziny. Cukier krwi rósł statecznie w ciągu wlewań z 135 mg % na 225. (W pół godziny po wlaniu ostatniej dawki stwierdzono, że żołądek był zupełnie pusty). W 6 godzin później cukier krwi wynosił 150 mg%, w 24 godzin po wlewaniu (naczczo) 145 mg %, a w 48 godzin już tylko 122 mg. Oczywiście przez owe dwa dni po owem wlewaniu pies był karmiony, jednakowoż tylko raz dziennie i to zawsze po pobraniu próbki krwi, aby uniknąć pokarmowych wahań w cukrze krwi.

Zaznaczyć musimy, że wlewanie większych ilości izotermicznej wody do żołądka psu nie powoduje zwykle żadnych zaburzeń ogólnych, ze względu na wielką pojemność żołądka psiego, zwykle w stosunku do wagi ciała trzy razy większą niż u człowieka (Sabatowski i Kmietowicz). Trzeba jedynie wlewać powoli i bez wielkiego ciśnienia. Wahań w cukrze krwi nie można więc odnosić do wpływu mechanicznego na trzewia (nadmierne rozpychanie) lub bolu. Tak samo wlewanie dożylne całkiem małych dawek izotermicznej wody jednorazowo (np. 10 do 15 cm^3) nie wpływa na poziom cukru krwi. Oczywistym więc bodźcem jest przepojenie tkanek wodą, gdyż przecukrzenie jest najwyraźniejsze w porze, kiedy objawy rozwodnienia krwi maleją, z drugiej zaś strony przecukrzenie jest zwykle bardzo wyraźne podczas gdy zagęszczenie krwi nikłe i przelotne, o ile wogóle przychodzi do niego w okresie odczynu hiperglikemicznego.

Kusić się o szczegółowe wytłumaczenie mechanizmu powstawania hiperglikemji po przepojeniu ustroju wodą, to rzecz dziś niebezpieczna wobec bardzo niedokładnych jeszcze naszych wiadomości o przyrodzie hiperglikemji wogóle. Nieco światła rzuca jednak na tę sprawę zestawienie bodźców powodujących hiperglikemję lub obniżających ją z powrotem do wartości prawidłowych.

Wspomnieliśmy już, że wstrząsy rozmaitego rodzaju dają u zwierząt ortoglikemicznych hiperglikemję i to o przebiegu dwufazowym zwykle. Wśród wstrząsu cięższego obserwuje się wstępny spadek cukru krwi, po którym następuje w 5 do 8 minut przecukrzenie. Lekki wstrząs daje tylko wzrost cukru, śmiertelny zaś tylko spadek (Zunz i La Barre, Mc. Guigan i Ross, Achard i Feuillie i inni). Mowa tu o wstrząsie anafilaktycznym i peptonowym, atoli dożylne stosowanie novarsenobenzolu u chorych ortoglikemicznych daje także nieraz przecukrzenie krwi (Achard, Binet i Cournand), tosamo widywał Kylin po dożylnym zastrzyku chlorku wapniowego, a Karger po chlorku sodowym, magnezowym lub wapniowym w rozczynach 10 procentowych. Podskórne stosowanie mleka w dawkach, wywołujących gorączkę, powoduje przecukrzenie krwi tak u ludzi jak i zwierząt ortoglikemicznych (Izar, Moretti i Termine, Högler). Przecukrzenie po zastrzyku mleka osiąga swój szczyt po 8 godzinach, a po 24 przechodzi nieraz w lekką hipoglikemję. Przecukrzenie krwi spotykamy stale po silniejszych upustach krwi, przy duszeniu, drażnieniu n. błędnego, współczulnego, kulszowego (u zwierząt, Tournade i Chabrol), przy stosowaniu odmy śródczaszkowej dochodzącej do komór bocznych (Węgierko), po kąpieli szczawnej (CO_2 Arnoldi), po alkoholu (Pawłowski) i t. d.

Z innej strony oświetla sprawę hiperglikemji Bricker. Oto zastrzykując królikowi dożylnie kwas mlekowy wywołuje przecukrzenie, zaś stosując węglan sodowy — powoduje hipoglikemję. U psa beztrzustkowego wywołuje wlaniem dożylnem węglanu sodowego obniżenie wzmożonego cukru krwi aż do normy. Tak duszenie jak i wstrząs (n. p. peptonowy, posurowiczy, po stosowaniu koloidów innych dożylnie) są stanami kwasicy (*acidosis*) (Blachstein, Bigwood, H. de Waele i inni). Przy kwasicy mocznicowej rośnie wyraźnie cukier krwi (Nischi, Neubauer, Grigaut, Wilenko, Rathéry i Bordet i inni), taksamo jak przy zatruciach kwasami mineralnemi.

Ze wszystkiego widać, że przecukrzenie krwi jest funkcją zaburzenia równowagi wegetatywnej opartej o równowagę kwasów i zasad, jak i przeciwważnych układów nerwowych (błędny i współczulny) oraz elektrolitów.

O dalszy krok naprzód posunie nas rozważenie spostrzeżeń z zakresu terapji, poczynionych zresztą nie zawsze w zamiarach terapeutycznych i nie zawsze zdatnych do zużytkowania praktycznego, natomiast dla nas bardzo cennych ze względu na przeciwny wprost punkt wyjścia. Chodzi tu o bodźce, obniżające stany hiperglikemiczne stałe, a więc hiperglikemję cukrzycą przedewszystkiem.

I tak odpowiednikiem spostrzeżeń Brickera z zakresu patologji jest spostrzeżenie Andersena z zakresu terapji. Zauważył on mianowicie, że spadek hiperglikemji u diabetyków po zastosowaniu insuliny, ciał białkowych lub promieni Roentgena trwa tylko tak długo, jak długo trwa stan lekkiej kwasicy (acidosis we krwi) i znika z nastaniem alkalozy.

Novarsenobenzol stosowany dożylnie u diabetyków powoduje czasowy spadek przecukrzenia krwi i zwolnienie czasu krzepnienia (Flandin i Tzank, Achard, Binet i Cournand), taki sam efekt uzyskał Schur zapomocą novasurolu, a Schilling i Arnold zapomocą różnych koloidalnych przetworów rtęci, srebra i bizmutu, podanych dożylnie. (Zatrucia solami metali ciężkich, jak wiadomo, dają hiperglikemję i glikozurję, zaś małe dawki powodują u osobników zdrowych lekki spadek cukru krwi (Schilling i Arnold).

Przejściowo nabrało pewnego rozgłosu stosowanie przy cukrzycy proteinoterapji (Singer, Falta i Högler, Bertram, Grossmann i Sandor, Schilling i Hippe, Pawłowski). Mleko jednakowoż, względnie caseosan, novoprotina i t. d. dają krótkotrwałe obniżki hiperglikemji, a stosowanie większych dawek, powodujące napady gorączki, daje nieraz efekt wprost przeciwny, bo wzrost hiperglikemji (Grossmann i Sandor), a zatem zjawisko przypominające zachowanie się ortoglikemicznych osobników wobec pozajelitowo podanego białka.

Dożylnie stosowany chlorek potasu (Semler), wapnia (Zondek i Ucko), a nawet sodu (Karger) wywołują spadek hiperglikemji u cukrzyczych i to w postaci dwufazowego odczynu (lekki wzrost, potem silniejszy spadek).

Podawanie naczczo wyskoku (w ilości 0.25 g. na 1 kg wagi) obniża cukier krwi u diabetyków oraz w przy-

padkach chorób miąższu wątrobowego (Pawłowski4) i wpływa dodatnio na stan cukromoczu (Neubauer, Benedikt, Török i inni).

Jako odpowiednik spostrzeżeń Węgierki nad odmą śródczaszkową postawić można doniesienia Francuzów nad opadaniem hiperglikemji i glikozurji u diabetyków po upuście płynu mózgo-rdzeniowego (Lhermitte i Fumet, Rathery i Dreyfus-See).

Tak samo przeciwstawić można zjawisku dłużej lub krócej trwającej hiperglikemji po przemarznięciu lub przegrzaniu, osobników ortoglikemicznych zjawisko opadania hiperglikemji cukrzycej po diatermji (Ghilarducci, M. William, Czeżowska i Smoliński6), jak też znowu przecukrzenie krwi u ortoglikemika po kąpieli szczawnej (CO_2) ma swój odpowiednik w obniżającem działaniu takiejże kąpieli (a także poniekąd i zwykłej) na przecukrzenie krwi diabetyka.

Z zestawień tych wynika, co już jeden z nas poprzednio podnosił 3), że te same bodźce, które u zdrowych osobników wywołują odchylenie równowagi wegetatywnej od normy (tu np. od ortoglikemji), powodują u osobników ze zboczoną równowagą powrót do normy. Do bodźców takich zdaje się należeć w pewnych warunkach i woda. Jej znaczenie patogeniczne odnośnie do cukru krwi wykazaliśmy w naszych doświadczeniach, powyżej omawianych, teraz więc wypada jeszcze rozważyć to, co dotychczas o jej znaczeniu leczniczem w cukrzycy jest wiadomo. Oczywiście trzeba odróżniać to, co na poczet samej wody jako takiej zaliczyć można od tego, co może być objawem działania jej bardzo wysokiej lub niskiej ciepłoty lub rozpuszczonych w niej soli i gazów. Przy uwzględnieniu tych kryterjów okaże się ilość spostrzeżeń bardzo szczupłą.

Pawłowski4) podaje, że 60 do 80 cm³ wody wypitej rano naczczo przez diabetyka, nie powoduje jeszcze zmian w cukrze krwi u niego. Glax przeprowadzał w swoim czasie próbę celem oznaczenia o ile pomyślne działanie wody karlsbadzkiej przy cukrzycy zależy od samej wody. Dwu diabetyków poił on codzień rano wodą ogrzaną do 48—58° C. w ilości jednego do półtora litra w 4 dawkach, przyczem zauważył, że ilość moczu i cukru (w moczu) wyraźnie się zmniejszała. Naśladowanie wysokiej ciepłoty wody karlsbadzkiej zaciemnia nieco ocenę wyniku badań ze względu na samą wodę. Reignier, Veil oraz H. Strauss, którzy w ostatnich latach badali wpływ picia wielkich ilości zwykłej wody, nie badali wogóle cukru krwi, a stosowali ilości równe wadze krwi (u człowieka 65 kg. wagi: 5 kg.) u ludzi zdrowych. Arnoldi i Ettinger5) podawali diabetykom rano naczczo 200 cm³ gorącej wody i spostrzegali zwykle po pół godziny spadek przecukrzenia krwi, trwający około 1 godzinę. Doświadczenia z wodą karlsbadzką, rozczynem dwuwęglanu sodowego, siarczanu sodowego, a nawet cytrynianu sodowego dawały zasadniczo te same wyniki, tak, że wodę należy uznać za czynnik zasadniczy, sole za czynnik dodatkowy, wzmacniający odczyn. Autorowie ci uważali spadek przecukrzenia u swych chorych jako wyraz rozcieńczenia krwi, co z naszemi doświadczeniami się nie zgadza i stoi w sprzeczności z nowoczesnemi poglądami na szybkość znikania nadmiaru wody ze krwi. 1). Wreszcie zauważyli Latzel i Stejskal, że wlanie dożylne hipotonicznego rozczynu soli kuchennej wywołało u kilku diabetyków spadek ilości cukru w moczu jak również zmniejszenie poliurji. Lorant 7), który badał wpływ soli sodowych, potasowych i wapniowych na cukromocz u diabetyków, podaje, że nigdy nie zauważył po tych solach wzrostu cukru we krwi podczas, gdy małe dawki soli hamowały cukromocz, a wielkie go jeszcze powiększały. Wynika więc z tego, że nerki przy tych odczynach grały odrębną rolę niż krew i tkanki.

To jest na ogół całokształt doświadczeń terapeutycznych w odniesieniu do roli wody przy cukrzycy. Jak widzimy myśl o działaniu wód mineralnych nie dopuściła czynienia prób z wodą izotermiczną wogóle, a nawet ilość doświadczeń z wodą zwyczajną hipertermiczną (dla żołądka) zredukowała do minimum. Badania dorywcze nad wpływem wód mineralnych na cukromocz, jakich jest sporo w literaturze zdrojowiskowej, uznać trzeba za niewystarczające wobec spostrzeżeń i wywodów Loranta.

Ze wszystkich przytoczonych powyżej bodźców obniżających przecukrzenie krwi, jedynie tylko woda da się stosować łatwo i przez czas dłuższy. Wobec tego, że wody mineralne (do picia i kąpieli) wytrzymały już w tym względzie długoletnią próbę czasu i pomyślnych wyników przy cukrzycy lekkiej (a więc nieodpowiedniej do leczenia insuliną) — sądzimy, że doświadczenia nasze, pomagające wyjaśnić i ustosunkować działanie wody do działania innych bodźców na cukier krwi, dadzą podstawę pod szczegółowsze już badania nad leczniczem działaniem wód mineralnych w cukrzycy.

Piśmiennictwo:

1) Sabatowski: Pols. Gaz. Lek. Nr. 49. r. 1924. — 2) H. J. John. Journ. of Laborat. and Clinic. Med. 1925. pag. 1000. — 3) Sabatowski. Pols. Gaz. Lek. Nr. 16. r. 1925. — 4) Pawłowski. Pols. Gaz. Lek. Nr. 42. r. 1925. — 5) Arnoldi i Ettinger. Klin. Woch. Nr. 42. r. 1922. — 6) Czeżowska i Smoliński. Pols. Gaz. Lek. Nr. 49. r. 1925. — 7) Lorant. Klin. Woch. Nr. 43. r. 1922.

Z. CZEŻOWSKA. J. SMOLIŃSKI. Lwów.
asystenci kliniki.

O wpływie stosowania przegrzewań (diatermji) na przebieg cukrzycy.

Z Kliniki lekarskiej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Równolegle do metod leczenia cukrzycy, idących po linji prac doświadczalnych nad istotą i przyczyną powstawania zaburzeń w przemianie węglowodanowej ustroju, pojawił się od wielu lat szereg prób i spostrzeżeń z dziedziny fizjoterapji, zrazu czysto empirycznych, pozornie odległych od siebie, tak sposobem dawkowania, jak i mechanizmem działania danego środka leczniczego.

Z biegiem czasu, postępy badań śledzących odczyny ustrojowe na bodźce zewnętrzne, tak fizykalnej jak i chemicznej natury, zwłaszcza zaś rozwój nauki o wstrząsie, pozwoliły zestawić i porównać rozbieżne pozornie metody.

Widzimy więc w literaturze szereg prac opisujących korzystne wyniki po stosowaniu bodźców cieplnych, czy to w postaci ogrzewania miejscowego okolicy trzustki (Lépine) czy w postaci kąpieli lub picia wód (Arnoldi, Labbé) czy wreszcie przy stosowaniu diatermji (Ghilarducci, Martin William). Bodźce świetlne (kwarcówka) stosowali z dobrym wynikiem Pincussen, Rothman, Andersen.

Stephan opisuje zmniejszenie cukromoczu przy naświetlaniu promieniami Roentgena okolicy trzustki. Slosse, Goffin i Ingelbrecht widzieli spadek wydzielanego cukru i zmniejszenie kwasicy po stosowaniu ciał radioaktywnych, a mianowicie thorium.

W ostatnich latach wreszcie wywołała wśród autorów niemieckich żywą wymianę zdań wprowadzona i gorąco broniona przez Singera, a zwalczana przez Faltę, Höglera, Bertrama i innych metoda leczenia cukrzycy wstrząsem proteinowym.

Prawie wszystkie przytoczone powyżej metody mają własność wywoływania pewnego zespołu objawów, będącego wynikiem tak zmian w zakresie napięcia układu wegetatywnego i czynności gruczołów dokrewnych, jak i pewnych odczynów humoralnych.

Takiemi charakterystycznemi objawami wstrząsu,

wywołanego czy to przez mechaniczne czy przez fizykalne lub chemiczne bodźce są: zmiany w ciśnieniu krwi i częstości tętna, spadek ilości ciałek białych, zmiany we wzorze leukocytowym krwi i w zachowaniu się wskaźnika refraktometrycznego surowicy, wreszcie zmiany w zakresie poziomu cukru we krwi. Jakość i natężenie poszczególnych odczynów zależy przytem, jak wykazały liczne badania, nietyle od jakościowych, ile od ilościowych różnic przy stosowaniu poszczególnych bodźców, jak też w znacznej mierze od indywidualnych własności osobnika.

Wprowadzenie insuliny do lecznictwa nie zahamowało rozwoju badań nad fizjoterapją cukrzycy. Zjawisko to jest zrozumiałem, jeżeli uwzględnimy niedogodności stałego podawania insuliny, jak też ograniczenie wskazań dla jej stosowania do przypadków ciężkich, względnie powikłanych, tak, że przypadki cukrzycy lekkiej pozostawione są leczeniu dietetycznemu. Wprowadzenie nowego czynnika leczniczego jest więc w każdym wypadku pożądanem, tak ze względów istotnych jak i psychicznych.

Celem niniejszej pracy jest rozpatrzenie wpływu wywieranego przez bodźce cieplne na przebieg cukrzycy. Wybraliśmy przytem dla naszych badań diatermję, ze względu na łatwość stosowania jej u wszystkich chorych, jak i dla uniknięcia czynników ubocznych, jakiemi są: zmiany w nawodnieniu ustroju przy stosowaniu picia wód lub kąpieli. Badania nasze, jak już wspomnieliśmy wyżej, nie są pierwszemi w tym kierunku.

Już w r. 1912 ogłosił Ghilarducci wyniki swych spostrzeżeń nad stosowaniem diatermji w cukrzycy doświadczalnej. U psa pozbawionego trzustki, uzyskiwał przez codzienne stosowanie diatermji na okolicę wątroby znaczny spadek wydzielanego z moczem cukru i przedłużenie życia o 3 tygodnie w stosunku do psa kontrolnego. Mniej wyraźne różnice w wydzielaniu cukru stwierdzał po stosowaniu diatermji na szpik kostny. Do pracy swej dołącza autor uwagi o zachowaniu się ilości dobowych moczu i wydzielanego cukru u dwu chorych na cukrzycę, poddanych przez kilkanaście dni codziennemu przegrzewaniu.

U obu z nich wystąpił znaczny spadek wydzielanego dziennie cukru, czemu, w jednym z przypadków towarzyszyło znaczne obniżenie się dobowych ilości moczu.

Podobne spostrzeżenie ogłosił w ostatnich czasach William Martin, opisując przypadek cukrzycy leczonej diatermją wątroby.

U obu tych autorów brak danych co do czasu trwania uzyskanego polepszenia i zachowania się wydzielanych z moczem ciał ketonowych.

W związku z leczniczem stosowaniem diatermji przy cukrzycy, wspomnieć jeszcze należy o korzystnych wynikach osiągniętych przez Labbégo, Cluzet'a i Chevallier'a przy leczeniu przegrzewaniem zgorzeli cukrzycowej.

Co do tłumaczenia uzyskanych wyników, to Ghilarducci przypisywał je hamującemu wpływowi diatermji na czynność glikotwórczą wątroby, podobnemu do wpływu jaki wywiera trzustka. W słabszym stopniu chodziłoby, według autora o działanie ogólne, wywołujące szybsze spalanie cukru w tkankach. William Martin przypisuje poprawę lepszym warunkom krążenia w narządach regulujących przemianę węglowodanową. Bordier, omawiając powyższe prace, dochodzi do wniosku, że przegrzewanie okolicy trzustki, działając wprost na schorzały narząd, wzmaga jego wydzielinę, ma więc na zawartość cukru we krwi u chorego na cukrzycę ten sam wpływ co wstrzyknięcie insuliny.

Podejmując ponownie opisane powyżej próby, mieliśmy na celu nietylko ich sprawdzenie, ale i przekonanie się przez ścisłą obserwację kliniczną, czy dany odczyn jest typowym dla każdej postaci cukrzycy, czy też istnieją wahania zależne od nasilenia stanu chorobowego, jak też własności indywidualnych chorych. Zależało nam również na stwierdzeniu trwałości uzyskanej poprawy.

O ile chodzi o stronę techniczną zabiegu, to stosowaliśmy stale ten sam bodziec w postaci przegrzania górnej części brzucha prądem szybko zmiennym o natężeniu 1500 M. Amp. przez przeciąg 20 minut. Jako elektrod używaliśmy płyt ołowianych o wymiarach 18 X 8 cm, z których jedną układaliśmy na sucho w okolicy górnych kręgów lędźwiowych, zaś drugą na powłokach brzusznych, na wysokości odpowiadającej położeniu trzustki.

Stosowane w powyższy sposób przegrzanie musimy uważać naogół za bodziec słaby, zważywszy niewielkie natężenie wywołanego odczynu ogólnego. W czasie przegrzewania nie zauważyliśmy nigdy wystąpienia potu na skórze, chorzy tak podczas zabiegu jak i później czuli się zupełnie dobrze. Zmiany w częstości tętna i wysokości ciśnienia krwi były minimalne, faza leukopeniczna krótka i słabo zaznaczona.

Fakt ten przedstawia pewne znaczenie w związku z zachowaniem się wydzielania cukru po przegrzaniu u pewnej grupy chorych, jak zobaczymy to poniżej.

Ażeby zorjentować się co do stopnia odczynu na bodziec powyższy w warunkach prawidłowych zastosowaliśmy przegrzanie górnej części brzucha u trzech osobników zdrowych, obserwując zachowanie się w kilku następnych godzinach tętna i ciśnienia, ilości ciałek białych i wskaźnika refraktometrycznego surowicy, diurezy i wreszcie poziomu cukru we krwi. Rzecz prosta, że wszystkie doświadczenia wykonywane były naczczo.

U wszystkich osobników zdrowych, po zastosowaniu naczczo diatermji, stwierdziliśmy spadek cukru we krwi, który, aczkolwiek nieznaczny i krótkotrwały, stale się jednak zaznaczał.

Co do okresu czasu, to występował on dość nieregularnie. W jednym przypadku już po 20' widzimy obniżenie się poziomu cukru z 0.12% na 0.09%, po dalszych 40' zawartość cukru podnosi się na 0.11%, co musimy uważać za wartość równą początkowej, zważywszy stałe, choć powolne obniżanie się poziomu cukru we krwi u osobników trzymanych naczczo. Po 3 godzinach poziom cukru utrzymuje się jeszcze na tejże wysokości. Następnego dnia, naczczo, wynosi ponownie 0.12%. U dwu następnych osobników zniżka cukru (z 0.11% na 0.09% i z 0.1% na 0.08%) występuje dopiero po 2 godzinach i utrzymuje się równie krótko. Odczyn ogólny był we wszystkich przypadkach normalnych bardzo słaby.

Przed przystąpieniem do doświadczeń na chorych na cukrzycę, ustalaliśmy u wszystkich dietę, przyczem chorzy otrzymywali po 30 kaloryj na 1 kg. wagi z ograniczeniem ilości podawanych dziennie węglowodanów do 50 gr bułki.

Rzecz prosta, iż pewne wahania w otrzymywanych przez nas, a przytoczonych poniżej wynikach, będziemy musieli odnieść do samowolnego uchylania się chorych od ścisłego przestrzegania przepisanej diety. Są to rzeczy trudne do uniknięcia w doświadczeniach na chorych z cukrzycą, którzy naogół trudno nałamują się do dyscypliny klinicznej ograniczającej dowóz pożywienia.

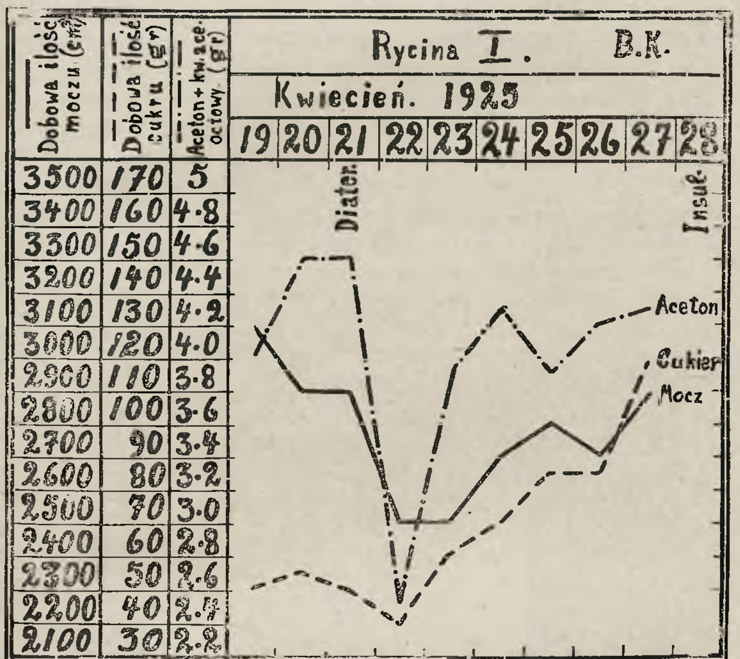
Materjał nasz, obejmujący 10 chorych pozostających przez czas dłuższy w obserwacji klinicznej, składał się z przypadków o rozmaitym stopniu nasilenia objawów chorobowych.

U wszystkich chorych, po ustaleniu wydzielanych dziennie ilości cukru i ciał ketonowych, przegrzewaliśmy w podany powyżej sposób górną część brzucha, bądź jednorazowo, obserwując zachowanie się diurezy, ilości dobowych cukru i ciał ketonowych, w ciągu następnych kilku lub kilkunastu dni, bądź też powtarzaliśmy stosowanie bodźca codziennie. Niekiedy oprócz diatermji miejscowej stosowaliśmy ogólną dla porównania uzyskanych wyników.

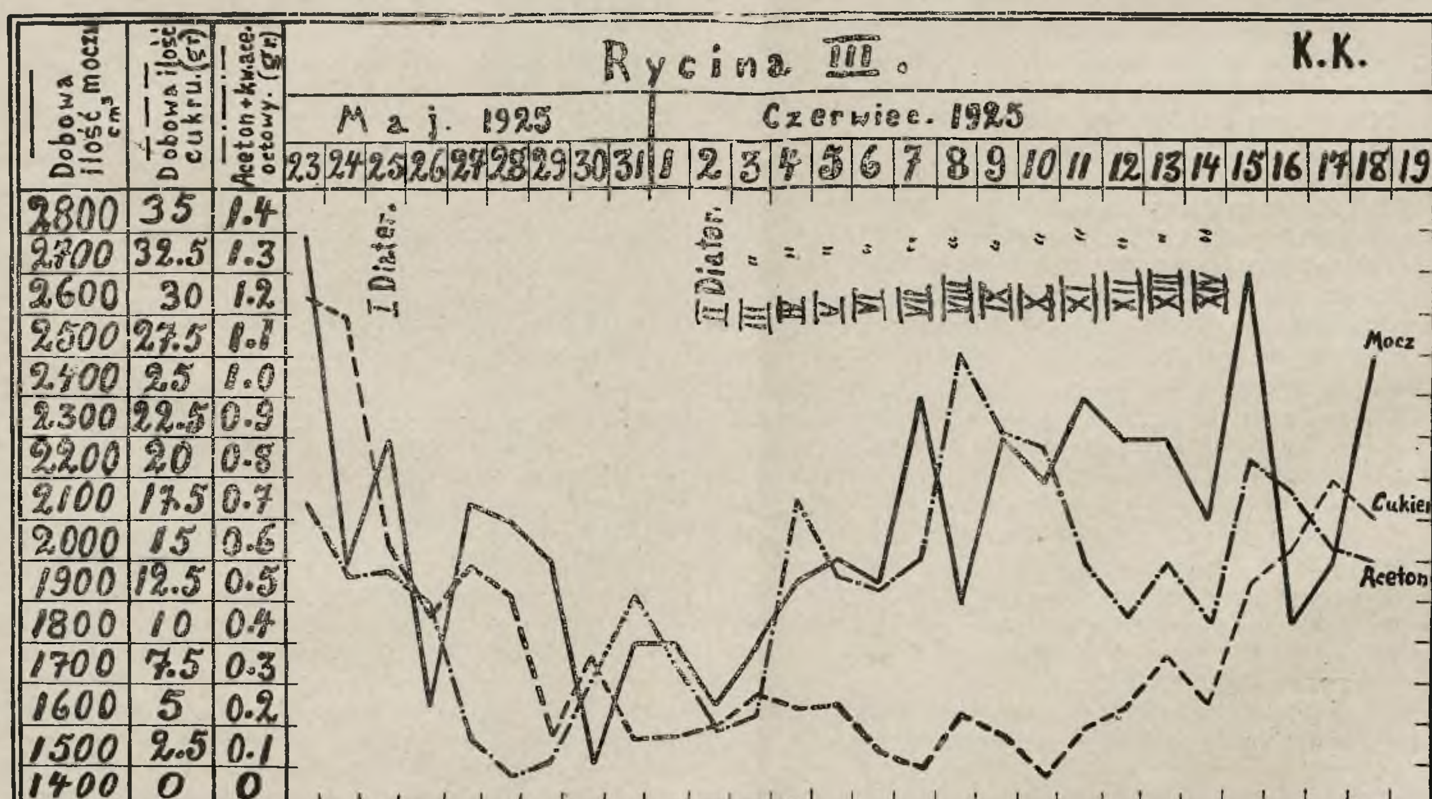
Oznaczenia cukru we krwi wykonywaliśmy zwykle

dwukrotnie naczczo przed zabiegiem, następnie w godzinę, w 3 godziny i w 24 godzin po zabiegu, poczem co kilka dni oznaczaliśmy poziom cukru we krwi naczczo.

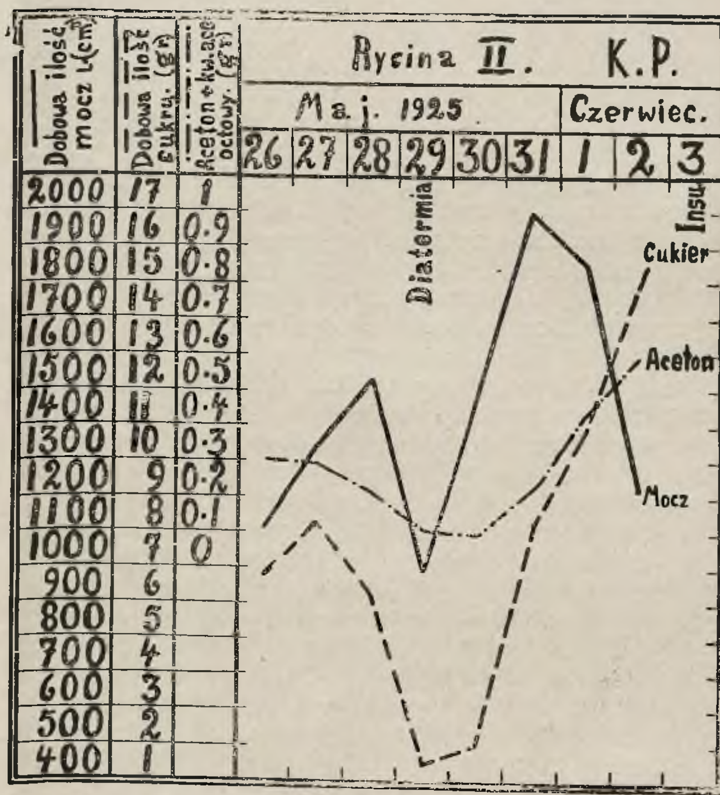
Rozpatrując otrzymane u chorych naszych wyniki, musimy stwierdzić, że dadzą się one ułożyć w pewne grupy: I tak, w czterech przypadkach (Przyp. 1. B. K. lat 30, cukrzyca ciężka; przyp. 2. K. Pl. lat 58, cukrzyca lekka; przyp. 3. K. J. lat 30. cukrzyca o średniem nasileniu i przyp. 4. Fr. T. lat 20. cukrzyca ciężka) widzimy, po zastosowaniu bodźca cieplnego, wyraźny spadek tak diurezy, jak i dobowej ilości cukru i ciał ketonowych. Niekiedy, jak w przyp. 1. (ryc. 1.)



i w przyp. 4-tym występuje on nieznacznie pierwszego dnia, a dopiero na drugi dzień po przegrzaniu osiąga największe



nasilenie, podczas gdy w przyp. 2. (ryc. 2) jest najwyraźniejszym bezpośrednio po zabiegu. Natężenie odczynu jest przytem różne, niezależnie od stopnia schorzenia. Przy rozpatrywaniu otrzymanych wyników uderza nas przytem falisty przebieg odczynu. Po krócej lub dłużej trwającej fazie spadku diurezy, ilości dobowych cukru i acetonu, następuje mniej lub więcej szybki wzrost wszystkich wartości. Okres zmniejszenia się ilości dobowych cukru trwa n. p. w przyp. 1. (cu-



krzyca ciężka) zaledwie 1 dzień, w przyp. 2. (cukrzyca lekka) dwa dni. W obu przypadkach, ilości dobowe cukru już po 4 dniach p r z e k r a c z a j ą przeszło dwukrotnie wartości początkowe. Podobne wahania, jakkolwiek o mniejszem nasileniu, wykazują ilości wydzielanego acetonu.

D w u f a z o w o ś ć odczynów wstrząsowych, która jest dziś zjawiskiem znanem i stwierdzonem przez wielu autorów, zaznacza się więc wyraźnie i na powyższych przykładach.

W przypadku 3. (ryc. 3.) u chorej z cukrzycą średniego

stopnia, spadek ilości wydzielanego cukru utrzymuje się znacznie dłużej, osiągając maksimum natężenia siódmego dnia po jednorazowem przegrzaniu (spadek z 30 gr na 3 gr na dobę). Zastosowując u tej chorej 12 krotnie przegrzanie, w odstępach 24 godzinnych, zdołaliśmy odczyn powyższy przedłużyć do dni 21, poczem, w kilka dni po zaprzestaniu przegrzewań, ilości dobowe cukru zaczynają ulegać powolnej zwyżce. Dalszego przebiegu odczynu nie mogliśmy śledzić, ponieważ chora usunęła się z pod obserwacji klinicznej.

W przypadku 4-tym (cukrzyca ciężka) ilości dobowe cukru ulegają, w czasie stosowanych sześciokrotnie przegrzewań, znacznym wahaniom, osiągając najniższy poziom następnego dnia po przerwaniu zabiegów (spadek z 50 gr na 15 gr dziennie). Podobnie zachowuje się diureza, podczas gdy krzywa acetonu podnosi się nieco w okresie przegrzewań i ulega tylko nieznacznym zmianom. W kilka dni po ostatnim zabiegu, wszystkie wartości zdążają ku znacznej zwyżce, przekraczającej dwukrotnie wartości początkowe. Zauważyć przytem należy, że nagłe podniesienie się ilości acetonu jak i diurezy wyprzedza o dwa dni podwyższenie się ilości cukru.

Tę pewną n i e z a l e ż n o ś ć wahań diurezy jak i wydzielanych ciał ketonowych od dobowych ilości cukru mogliśmy obserwować prawie we wszystkich przypadkach. Wyraża się ona bądź nieznacznym spadkiem ciał ketonowych po przegrzaniu, przy silnem obniżeniu się ilości cukru, (jak w przyp. 2. i 4.) bądź, przeciwnie, gwałtownem zmniejszeniem się ilości acetonu, przy małych wychyleniach w dobowych ilościach cukru (przyp. 1). Niekiedy, jak zobaczymy poniżej, stałemu wzrostowi ilości cukru, towarzyszy stałe zmniejszanie się zawartości acetonu w moczu.

Spostrzeżenia te okazują pewne podobieństwo do przypadków opisanych przez W i d a l a i A b r a m i 'e g o, w których działanie insuliny wykazuje znaczną rozbieżność w stosunku do wydzielanego z moczem cukru i ciał ketonowych. Podobnie U m b e r, opierając się na spostrzeżeniach własnych i innych autorów, podkreśla, występującą często podczas stosowania insuliny, niezależność wahań diurezy od ilości wydzielanego cukru. Spostrzeżenia powyższe mogliśmy i my niejednokrotnie potwierdzić na dość obfitym materjale naszych chorych klinicznych leczonych insuliną.

Przechodząc do omówienia wahań w poziomie cukru we krwi u przytoczonych powyżej chorych, musimy stwierdzić, że w 3 przypadkach (przyp. 1. 3. 4.) zauważyliśmy mniej lub więcej wyraźny spadek cukru, oznaczonego przed przegrzaniem, oraz w 1 godz. i w 3 godz. po zabiegu. Jednak już w 24 godzin później cyfry otrzymane równają się przeważnie wartościom początkowym.

Szczegółowo, przedstawia się przebieg reakcji w sposób następujący:

Przyp. 1.: Przed diatermją C_1=0.22%, — w 1. godz. po diatermji C_2=0.19%, — w 3. godz. C_3=0.18%, — w 24. godzin C_4=0.23%. Po 4-ech dniach poziom cukru naczczo = 0.3%.

Przyp. 3.: C_1=0.16%, C_2=0.14%, C_3=0.14%, C_4=0.17%.

Przypadek 4.: C_1 = 0.27%, C_2 = 0.26%, C_3 = 0.22%, C_4=0.24%. Po 4. dniach naczczo C=0.28%.

Odmiennie przedstawia się przyp. 2. (cukrzyca lekka, ryc. 2.), który wykazuje wzrost cukru we krwi po przegrzaniu:

Przyp. 2.: C_1=0.17%, C_2=0.2%, C_3=0.2%, C_4=0.22%.

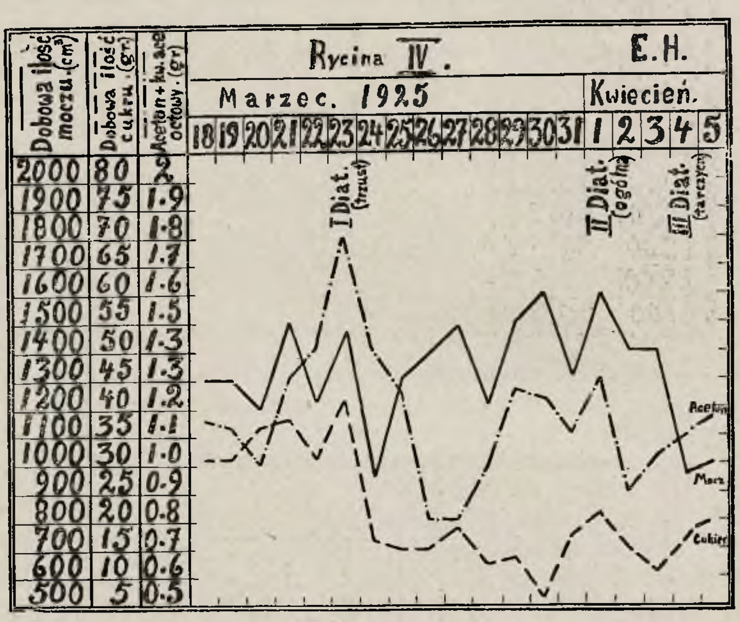
U chorej tej stwierdziliśmy jednak tak w dniu zastosowania diatermji, jak i w dniu następnym wyraźne obniżenie się ilości cukru w m o c z u.

Niezgodność powyższych wyników nasuwa wątpliwości, czy przy oznaczeniach cukru we krwi, wykonywanych w dość d u ż y c h o d s t ę p a c h c z a s u i przez czas stosunkowo krótki, nie uszła naszej uwadze faza odczynu charakteryzująca się spadkiem cukru we krwi. Nie możemy jednak pominąć milczeniem przypuszczenia, że w przypadku tym, bodziec zastosowany wpłynął przedewszystkiem na podwyższenie progu p r z e p u s z c z a l n o ś c i n e r e k dla cukru.

Przechodząc do omówienia dalszych przypadków, leczonych diatermją, musimy zaznaczyć, że u jednego z nich (J. K. lat 60, cukrzyca średnio ciężka, przy równoczesnej miażdżycy tętnic) nie spostrzegliśmy, po jednorazowem zastosowaniu przegrzania w sposób powyżej opisany, żadnych wychyleń, tak w poziomie cukru we krwi, jak i w zachowaniu się dobowych ilości moczu, cukru i acetonu.

Następna grupa chorych, obejmująca 4 przypadki cukrzycy o różnem nasileniu, oddziałuje na zastosowanie tego samego bodźca w sposób wręcz przeciwny, niż grupa pierwsza. Mianowicie, tak diureza, jak ilość wydzielonego cukru i acetonu, ulega w pierwszych 24 godzinach po przegrzaniu mniej lub więcej wyraźnej zwyżce, poczem dopiero następuje obniżenie się wszystkich wartości, różne co do czasu trwania, jak i stopnia natężenia u poszczególnych chorych. Ponadto krzywe poszczególnych odczynów u tego samego chorego wykazują wyraźne różnice w przebiegu, podobnie jak wykazaliśmy to w grupie pierwszej.

Typowym dla tej grupy chorych jest przypadek 5. (E. H. lat 38, cukrzyca średnio ciężka. Ryc. 4.).



Po zastosowaniu jednorazowem przegrzania górnej części brzucha, następuje zrazu podniesienie się, a następnie obniżenie tak krzywej cukru, jak acetonu, utrzymujące się niejednolicie długo. Zastosowanie po raz drugi diatermji tym razem ogólnej, sprowadza odczyn o tym samym typie jak poprzednio, jakkolwiek słabiej nieco zaznaczony. Po raz trzeci otrzymujemy go po zastosowaniu bodźca na tarczycę. Każdemu przegrzaniu towarzyszyło obniżenie się cukru we krwi w następnych godzinach po zabiegu, najmniej wyraźnie zaznaczone po diatermji ogólnej. Poziom cukru we krwi naczczo obniża się wyraźnie w dniu następnym po zabiegu (przy 1. przegrzaniu z 0.208% na 0.13%, przy następnem z 0.208% na0.17%) poczem zwolna następuje podniesienie się do poziomu pierwotnego.

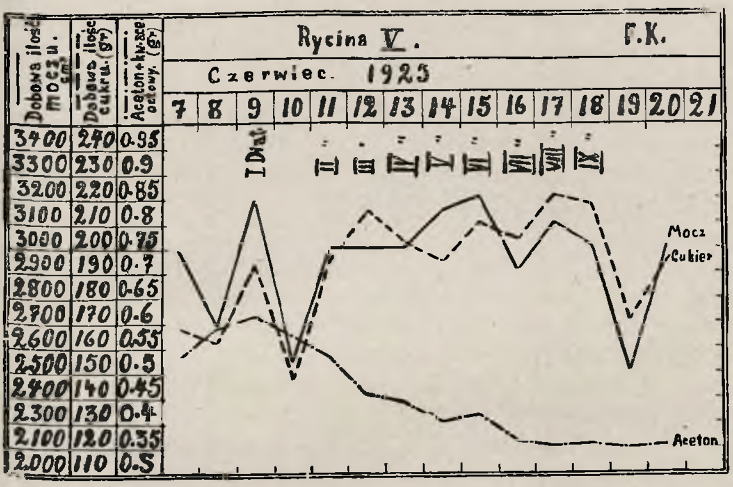
Przebieg powyższego doświadczenia wykazuje dobitnie, iż wywołane przez zastosowanie przegrzania zmiany w przemianie węglowodanowej naszych chorych stanowią c z ę ś ć o d c z y n u u s t r o j o w e g o na dany bodziec, niezależnie od sposobu zastosowania go, nie są zaś wyłącznie wynikiem miejscowego zadziałania na schorzały narząd.

U trzech następnych chorych o podobnym odczynie jak powyżej opisany, zastosowaliśmy szereg przegrzewań codziennie. U wszystkich, jako pierwszy skutek zastosowanego w ten sposób bodźca, zaznacza się stały wzrost tak diurezy, jak i wydzielonego z moczem cukru. Jednakowoż u chorego T. H. (cukrzyca średnio ciężka) zaznacza się po 7 dniach, pomimo dalszego stosowania diatermji, wyraźne

obniżenie ilości wydzielanego cukru, sięgające nieco poniżej wartości początkowych, podczas gdy wartości dla diurezy i acetonu utrzymują się nadal na wysokim poziomie, co zmusza nas do przerwania doświadczenia i zastosowania leczenia insuliną.

U chorej S. K. (cukrzyca lekka) widzimy, przy 10 krotnem, codziennem przegrzewaniu, stały, choć wolno postępujący, wzrost wydzielanego cukru (z 50 na 90 gr na dobę, w przeciągu dziesięciu dni). Diureza wzrasta w przeciągu pierwszych czterech dni, poczem ulega dość gwałtownemu spadkowi i podnosi się aż do końca doświadczenia bardzo nieznacznie. Podobne załamanie wykazuje krzywa acetonu, który w przeciągu pierwszych siedmiu dni powiększył się prawie dwukrotnie. Po zaprzestaniu przegrzewań krzywa cukru obniża się przemijająco, poczem tak cukier jak i aceton wykazują nagły wzrost, tak, że, nie czekając dłużej, zastosowaliśmy i u tej chorej insulinę.

U chorej F. K. (cukrzyca średnio ciężka) widzimy w czasie przegrzewań podniesienie się diurezy i ilości wydzielanego cukru, podczas gdy krzywa acetonu znacznie się obniża (ryc. 5.).



Po zaprzestaniu zabiegów, widzimy krótkotrwałe obniżenie się ilości cukru i diurezy, poczem już następnego dnia występuje znaczna zwyżka obu wartości.

We wszystkich przytoczonych powyżej przypadkach, poziom cukru we krwi ulega, w przeciągu kilku następnych godzin po zabiegu, tylko nieznacznym wahaniom.

U dwu chorych obniża się nieco, u jednej podwyższa bardzo nieznacznie, u wszystkich wykazuje po 24 godzinach lekką zniżkę.

Samopoczucie było, w czasie stosowania diatermji, u wszystkich chorych naogół dobre, z wyjątkiem chorej S. K., u której opisanemu powyżej wzrostowi dobowych ilości cukru i acetonu, towarzyszyło ogólne osłabienie, i częste bole głowy.

Waga w czasie obserwacji chorych ulegała tylko nieznacznym wahaniom, zależnym od wzrostu, względnie obniżenia się diurezy.

Przystępując do streszczenia osiągniętych przez stosowanie diatermji wyników, musimy zauważyć, że są one naogół bardzo zmienne, niekiedy, przy stosowaniu tej samej dawki wręcz przeciwne. Zależności od stopnia nasilenia objawów chorobowych, wieku czy stanu ogólnego chorego nie mogliśmy zauważyć. Fakt ten stoi w zgodności ze stwierdzoną przez wielu autorów różnorodnością odczynów wstrząsowych, uwarunkowaną tak jakością i nasileniem stosowanego bodźca, jak i indywidualną wrażliwością osobnika.

Przy zaznaczającej się we wszystkich naszych przypadkach fazowości odczynu, długość, jak i natężenie poszczególnych wychyleń były u poszczególnych chorych różne, niezależnie od stopnia schorzenia.

Wychylenia wywołane przez bodziec zastosowany po raz pierwszy były przytem zazwyczaj o wiele intenzywniejsze, niż przy bodźcach następnych.

W grupie pierwszej odczynów (obniżenie a następnie podwyższenie badanych wartości) zastosowanie następnego bodźca w fazie pierwszej przedłużało ją, przez co udało się nam podnieść przez czas dłuższy tolerancję na węglowodany.

To samo postępowanie u chorych okazujących drugą grupę odczynów, pogarszało stan chorego, działając w kierunku istniejącego już zboczenia.

Stwierdzenie faktów powyższych pozwala nam wypowiedzieć pewne uwagi co do wartości leczniczej diatermji przy cukrzycy. Nie zaprzeczając korzystnego wpływu, który w pewnych przypadkach można przez stosowanie jej osiągnąć, musimy pamiętać, iż niekiedy zadziałać możemy w kierunku wręcz przeciwnym niż ten, do którego dążymy. Stąd konieczność ścisłej kontroli klinicznej leczonych przypadków. Ponadto znaczne wychylenia w wydzielaniu ciał ketonowych, występujący niekiedy, zwłaszcza w drugiej fazie odczynu nagły wzrost tychże, ograniczają wskazania dla stosowania diatermji do przypadków cukrzycy lekkiej lub średnio-ciężkiej, pozostawiając cukrzycę ciężką do wyłącznego leczenia insuliną.

Piśmiennictwo:

1) H. Bordier. Diathermie et diathermo-therapie. 1923. — 2) Ghilarducci: Bull. del reale acad. med. di Roma 38. 1912. — 3) Martin William. Americ. Journ. of electrotherap. Bd. 41. — 4) Sabatowski. P. G. Lek. 1924. Nr. 23—24. — 5) Tenże. P. Gaz. Lek. 1925. Nr. 16. i 49. — 6) Widal, Abrami, Weill i Laudat. Pr. Médic. 1924. Nr. 24. — 7) Cluzet i Chevallier. Bull. de l'acad. de Méd. 1924. Nr. 32. — 8) Rothmann. Kl. Woch. 1924. Nr. 43.

Dr. med. Piotr DEMANT. Warszawa.

O chwiejności koloidowej osocza pod wpływem silniejszych bodźców fizycznych.

Z II. Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Gluziński.

W pracy p. t. „Wpływ niektórych leczniczych zabiegów fizycznych na odczyn skłaczania osocza krwi" 1) wykazaliśmy z kol. Goreckim, że słabe bodźce fizyczne, jak bańki, lewatywa i t. d., wywołują zmiany w równowadze koloidowej osocza u tych osobników, u których przed zabiegiem można było wykazać pewne zaburzenie równowagi koloidowej tegoż osocza. Zmiany te wyrażały się, bądź w ustaleniu koloidowem osocza u osobników lżej chorych, bądź też w zachwianiu równowagi koloidowej u osobników ciężej chorych. Zabiegi, stosowane przez nas, nie wywoływały natomiast skłaczania osocza krwi u ludzi, którzy przed zabiegiem wykazywali stan zupełnego ustalenia. Wobec tego, że, jak stwierdziliśmy, stan równowagi koloidowej może być zachwiany u ciężej chorych pod wpływem tak niewinnych bodźców fizycznych, jak bańki, lewatywa i t. d., ciekawem było, jak będzie się zachowywać stan koloidowy osocza pod wpływem silniejszych bodźców fizycznych.

Sabatowski i Kmietowicz 2), stosując na psach przemywanie żołądka i jelita grubego zimną wodą, stwierdzali w 15—20 minut po stosowaniu zabiegu spadek ilości ciałek białych z wyraźną przewagą ciałek jednojądrzastych. Im woda, używana do przemywania była zimniejsza, tem okres leukopenji trwał dłużej, a nawet niekiedy kończył się śmiercią zwierzęcia. Stan leukopenji również otrzymywano po przemywaniu żołądka i jelita grubego gorącą wodą. O ile zwierzę przetrzymywało okres leukopenji, to wówczas występował u niego okres leukocytozy wielojądrzastej. Przy stosowaniu tych zabiegów zauważono jednocześnie zmiany w ciśnieniu krwi, krzepnięciu oraz w zawartości cukru we krwi. Bardzo często powyższe przemywanie zimną wodą wywoływało, szczególniej u psów młodych, wstrząs

śmiertelny, jakiego nigdy nie spostrzegano stosując wodę gorącą (45—50° C).

Z doświadczeń tych staje się widocznem, że, im ciepłota bodźca bardziej oddala się od ciepłoty trzewiów, tem większemu wstrząsowi zwierzę ulega.

Kowalski 3), stosując chłodne kąpiele i takież natryski krótkotrwałe u ludzi, zauważył, że u niektórych z nich przy tych zabiegach nie występowało odczynowe przekrwienie skóry, a pozostawała ona bladą, przyczem osoby podlegające zabiegowi, doznawały uczucia zimna, co utrzymywało się nieraz parę godzin. Ciepłota wewnętrzna ciała tych osobników podnosiła się po zabiegu na czas dłuższy. U niektórych osobników zdrowych, jak podaje Kowalski, przy stosowaniu przez kilka dni z rzędu zabiegów zimnych, po krótszym lub dłuższym czasie występowały zaburzenia podmiotowe, jak osłabienie, bóle głowy i mięśni, lekkie dreszcze, połączone ze stanem gorączkowym i przyśpieszeniem tętna. Widzimy więc, że podniety termiczne mogą wywoływać w pewnych razach zmiany, które już wkraczają w dziedzinę patologji i osłabiają odporność organizmu, na co należy zwracać uwagę przy stosowaniu tych zabiegów.

Zaburzenia podmiotowe, występujące po stosowaniu zabiegów termicznych, należą, być może, do zjawisk t. zw. zaziębienia lub przeziębienia 4). Wpływ działania zimna na organizm i rola t. zw. zaziębienia lub przeziębienia przy powstawaniu niektórych chorób są naukowo stwierdzone, chociaż zakres i działanie ich nie są dokładnie znane. Pasteur n. p. szczepiąc wąglika kurom, stwierdził, że są one podatne na zakażenie, o ile uprzednio były poddane długotrwałemu oziębieniu nóg.

Chcąc wykazać skutki działania silniejszych bodźców fizycznych na organizm ludzki przystępuję obecnie do rozważania badań moich nad chwiejnością koloidową osocza.

Chwiejność koloidowa, czyli zaburzenie równowagi koloidowej, osocza, w doświadczeniach moich określałem zapomocą t. zw. „odczynu skłaczania“, który polega na wypadaniu ciał koloidowych z roztworu w postaci kłaczków, po zadziałaniu czynników termicznych.

Po przeprowadzeniu próbnych badań przyszedłem do wniosku, że najodpowiedniejsze dla moich celów, bodźce i czas ich trwania będą następujące: kąpiel zimna 17° do 18° C, od 10 do 15 m., kąpiel gorąca 30—36° C od 15—20 m. i kąpiel elektryczna (lampki) przez jedną godzinę. Bodźce te, jak wykazały późniejsze badania, były wystarczająco silne. Badania przeprowadzałem zrana naczczo między 8 a 12 g., ponieważ przyjmowanie pokarmów może wywierać niekiedy wpływ na stan koloidowy osocza (Węgierko 6).

Badań takich przeprowadziłem 50.

Po pobraniu krwi z palca poddawałem chorego zabiegowi. W pół i dwie g. po skończonym zabiegu powtarzałem branie krwi, ponieważ następstwa każdorazowego zadrażnienia termicznego trwają dość długi czas, niekiedy nawet parę godzin.

Niektórzy chorzy byli poddawani dwu i trzykrotnie różnym zabiegom.

Przystępując do rozważania badań moich muszę zaznaczyć, że w 3-ch przypadkach, w których skłaczania przed zabiegiem nie było w żadnej probówce, po zastosowaniu zabiegu zmian jakichkolwiek nie stwierdziłem.

W 10-ciu przypadkach, w których również nie było skłaczania przed zastosowaniem zabiegu, wystąpiło ono bądź w $^1/_2$, bądź w 2 g. po zabiegu.

W 21 przypadkach przed zabiegiem otrzymałem skłaczanie w 1-ej probówce. Z tej liczby w 19 przypadkach wystąpiło po zabiegu zachwianie w drugiej, trzeciej, a nawet w 4-tej probówce, w 2-ch zaś minimalne przesunięcie w 1-ej probówce.

W 10 przypadkach otrzymałem skłaczanie w pierwszych trzech probówkach przed zabiegiem, po zabiegu pojawiło się ono w 4-ej probówce. W 6-ciu probówkach przed zabiegiem wystąpiło skłaczanie we wszystkich 4-ch probówkach, wobec czego po zabiegu nastąpiło tylko minimalne przesunięcie.

W pracy poprzedniej z kol. Goreckim 1) zaznaczyliśmy, że zachwianie równowagi koloidowej osocza wystąpić może pod wpływem nawet tak niewinnych bodźców, jak

TABLICA I.

L. p.	L. ch.	ROZPOZNANIE	Zabiegi	Skłaczanie		
				przed zabiegiem	w $^1/_2$ godz. po zabiegu	w 2 godz. po zabiegu
1	1	Hyperaciditas ventriculi	kąp. g.	0	0	3
2	»	» »	kąp. z.	0	0	3
3	2	Polyarthritis rheumatica subac.	kąp. g.	3	2. 3. 4.	2. 3. 4.
4	»	» » »	lampki	3. 4.	2. 4.	2 3. 4.
5	»	» » »	kąp z.	2. 3. 4.	2. 3. 4.	2. 3. 3. 6
6	3	T. B. C. decl. fibroso-caseosa progrediens pulm utriusque	kąp. g.	2. 3. 3. 4.	1. 2. 2. 3.	1. 2. 2. 3.
7	4	»	kąp. g.	2. 3. 3. 4.	—	2. 2. 2. 3.
8	»	»	lampki	2. 3. 4. 5.	1. 2. 2. 3.	1. 2. 2. 3.
9	5	Aortitis luetica subs. hypertrophia et dil. ventric. sin. Adyn. m. cordis. laev. gradus. Tumor venost. hepatis.	kąp. g.	1. 2. 3. 5.	2. 3. 3. 4.	1. 2. 2. 3.
10	6	T. B. C. decl. caseosa progred. pulm. utriusque (sanocrysyn). Caverna ad hilum dextr.	lampki	2. 3. 4.	—	2. 3. 3. 4.
11	»	» 2—3 dni po zastrzyku	kąp. g.	3	3	2. 3.
12	»	»	kąp. z.	6	4	3. 7.
13	»	» 8—10 dni po zastrzyku	lampki	2. 4. 5.	2. 3. 4.	2. 3 4. 5.

TABLICA I. (Ciąg dalszy).

L. p.	L. ch.	ROZPOZNANIE		Zabiegi	Składanie		
					przed zabiegiem	w ½ godz. po zabiegu	w 2 godz. po zabiegu
14	7	Endocarditis ulcerosa		kąp. g.	3	3	2. 4.
15	»	» »		lampki	3	2. 3. 4.	1. 2. 3. 6.
16	8	Ulcus ventr. in carcinoma vertens		kąp. g.	2. 3. 4.	1. 2. 3.	1. 2. 3. 5.
17	9	Morsus viperae manus sin.		kąp. g.	3	2. 3.	2. 3. 4.
18	»	» » » »		lampki	3	2. 3. 4.	2. 3.
19	»	» » » » (rekonwalescent)		kąp. z.	0	0	0
20	10	Polyserositis t. b. c.		lampki	4	3	2. 4.
21	»	»		kąp. g.	0	7	3
22	11	Atonia intestinorum		kąp. g.	2	2. 3. 5.	2. 3. 3.
23	»	» »		lampki	3	2. 5.	2. 6.
24	12	Colitis acuta		lampki	0	0	4
25	25	Saturnismus	30—25°	kąp. g.	0	0	0
26	13	»	30—35°	kąp. g.	0	0	0
27	»	»	30—36°	kąp. g.	0	4	0
28	»	»		lampki	0	0	3
29	»	»		kąp. z.	0	7	0
30	14	T. B. C. decl. fibroso-caseosa progrediens pulm. utriusque (sanocryzyn)		kąp. g.	0	2	0
31	»	»		lampki	3	2	2. 3. 4.
32	15	T. B. C. decl. fibroso-caseosa progr. pulm. utriusque. Caverna ad lob. super. pulm. sin. (sanochryzyn)		kąp. g.	7	3. 8.	2. 6.
33	16	Carcinoma bronch dextr. subs. metast. in gland. mediastini		kąp. g.	3. 4. 5.	2. 3. 4.	1. 3. 4. 5.
34	17	Hepatis luetica c. ictero		lampki	2 3. 4. 5.	2. 4. 4. 4.	1. 2 2. 3.
35	»	» » » »		kąp. g.	2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4.	2. 3. 4. 5.
36	18	Bronch. chron. c. emphys. pulmon. Processus atheromatosus universalis		lampki	3	3	2. 8.
37	18	Bronch. chron. c. emphys. pulmon. Processus atheromatosus universalis		kąp. g.	3	3. 4. 5.	3. 7.
38	19	Neurosis		kąp. g.	4	3. 4.	3. 4.
39	»	»		lampki	7	3	3
40	20	Diabetes mellitus		kąp. g.	4	3. 5.	3. 5.
41	»	» »		lampki	3	2	2 4.
42	21	Contusio subs. commotio cerebri		kąp. g.	3	2	3
43	22	Pyelocistitis		lampki	0	0	5
44	»	»		kąp. g.	0	3	5
45	23	Aortitis luetica		lampki	2. 3 6.	2. 3. 4.	2. 3 4.
46	24	Sanus		kąp. g.	4	3. 6.	3
47	25	Endoc. chron. sub. f. insuff. valv. mitral. in stad compens. Epilepsia. Osteomyelitis chron. tib. sin.		kąp. g.	8	2. 4. 8.	2. 3. 5.
48	»	»		lampki	2. 4.	2. 3. 4.	2. 3. 4.
49	26	Bronchiectasiae sub. pr. sin. Emphysema pulm.		kąp. g.	2. 3. 5.	2. 3. 4. 6.	3. 4. 5. 6.
50	»	»		lampki	3. 4.	2. 3.	2. 3. 4.

bańki, i t. d., o ile przed zabiegiem było skłaczanie w 2, 3, i 4-ej probówce.

Z przytoczonych przeze mnie przypadków, w ostatnich 16-tu, takie właśnie skłaczanie przed zabiegiem miało miejsce. Wobec tego, iż po zastosowaniu silniejszych bodźców otrzymałem takie same wyniki jak i przy stosowaniu bodźców słabych — przypadków tych bliżej omawiać nie będę, gdyż fakt ten stwierdziliśmy w poprzedniej pracy. Do tych 16-tu przypadków muszę dodać 3, w których chwiejność koloidowa osocza po zabiegu nie wystąpiła i 2, w których otrzymałem nieznaczne przesunięcie w 1-ej probówce.

Pozostaje zatem do rozpatrzenia tych 29 przypadków, w których skłaczania przed zabiegiem nie było lub wystąpiło ono tylko w pierwszej probówce, (co Węgierko uważa za stan fizjologiczny).

W 10 przypadkach otrzymałem skłaczanie po zabiegu również tylko w jednej probówce, co świadczy o trudności zachwiania równowagi koloidowej tam, gdzie nie było skłaczania przed zabiegiem. Zaznaczyć również należy, że u 3-ch chorych skłaczanie występowało bardzo szybko po skończonym zabiegu, t. j. w pół godziny.

(Przyp. L. 27, 29, 301). U jednego spotęgowało się ono dopiero w półtorej godziny L. 21), u drugiego zaś w dwie g. po zabiegu wystąpiła już dążność ku ustaleniu równowagi koloidowej osocza (L. 44). U pozostałych chorych natomiast występowało skłaczanie dopiero w 2. godziny.

W pozostałych 19 przypadkach, w których przed zabiegiem wystąpiło skłaczanie tylko w 1-ej probówce, widzimy po zabiegu dalsze zachwianie równowagi koloidowej, przyczem zachwianie to występowało bardzo szybko, bo w 1/2 godziny po zabiegu W dwie godziny zachwianie powyższe utrzymywało się jeszcze, a nawet wzmagało, lub też nieznacznie zmierzało już ku ustaleniu.

Nie ulega wątpliwości, że działanie bodźców termicznych na organizm ludzki czy też zwierzęcy wywołuje w pewnych przypadkach objawy, wchodzące w zakres patologji. Przykładem tego są objawy spostrzegane przez Kowalskiego (gorączka, dreszcze i t. d.), Sabatowskiego z Kmietowiczem (wstrząs) i innych.

Ze względu na to, że zachwianie równowagi koloidowej osocza, spotykamy tylko w stanach chorobowych, przeto uzyskanie go po silnych bodźcach termicznych upoważnia do wyciągnięcia pewnych wniosków.

Możliwem jest, że w stanach zaziębienia, (na których powstanie wpływają podobne czynniki, jak te, które używałem w moich doświadczeniach), występuje również zachwianie koloidowe osocza, będące wyrazem stanu chorobowego ustroju.

W każdym razie bodźce termiczne, stosowane również w lecznictwie, muszą być dawkowane w sposób odpowiedni, gdyż, jak wykazaliśmy, pod wpływem słabych bodźców następuje ustalenie się koloidowe osocza 1), czyli działanie korzystne dla ustroju, a pod wpływem silniejszych bodźców — zachwianie równowagi, czyli działanie szkodliwe.

Piśmiennictwo:

1) Z. Górecki i P. Demant. Polska Gazeta Lek. N. 31. r. 1925. — 2) Sabatowski i Kmietowicz. Polska Gaz. Lekarska. Nr. 23. r. 1923. — 3) Kowalski. Przegląd Lekarski. Nr. 4. r. 1909. — 4) M. Blassberg. Polska Gazeta Lekarska. N. 14'15, i 16 r. 1922. — 5) J. Węgierko. Polska Gazeta Lekarska. Nr. 24. r. 1924. — 6) J. Węgierko. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom II. Zeszyt I.

Franciszek KMIETOWCZ iun. Lwów.

Wpływ promieni Roentgena na witaminy.

Z zakładu farmakologji doświadczalnej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

I.

Ostatnie piętnaście lat przyniosło nauce setki prac z zakresu t. zw. witamin. Badania te rozciągnęły się nie tylko na własności chemiczne, oraz związane z niemi etjologiczne i patologiczne, ale także i dynamiczne witamin.

Badano też wpływ energji promienistej na witaminy.

Wśród prac tych w kilku ostatnich latach dają się wyróżnić usiłowania autorów w dwu kierunkach. Jedni starają się promieniami pozafjołkowemi zniszczyć same witaminy, inni chcą temi promieniami witaminy zastąpić.

Pierwszy Zilva w r. 1922 naświetlał promieniami pozafjołkowemi lampy kwarcowej przez 16 godzin witaminę A. i to bez wpływu na jej działanie. Witamina B. była jeszcze odporniejszą. Wytrząsanie jednak witaminy A. z ozonem w ciemności powodowało zupełne jej zniszczenie.

Spinka w 1924 r. naświetlał wszystkie cztery witaminy. Witamina A. w maśle przy dostępie powietrza naświetlana lampą kwarcową przez 20 minut przy 38° C. z odległości 10 cm zostawała zniszczoną. Kontrolne szczury, które ginęły w 50 dniach karmione owsem pozbawionym witamin, po dodaniu masła naświetlonego nie mogły być utrzymane przy życiu i ginęły w 10 dni. Bez dostępu powietrza witaminy A. nie można było zniszczyć. Witaminę B, C i D nie udawało się również uszkodzić promieniami pozafjołkowemi. Podanie tych naświetlonych witamin szczurom i gołębiom chorym na gnilec i beri-beri w krótkim czasie uzdrawiało zwierzęta. Podanie witaminy D. otrzymanej z kiełków pszenicy gołębiom, chorym na beri-beri, obok usunięcia drgawek, powodowało przybieranie na wadze, mimo, że choroba dalej postępowała i z powodu braku witaminy B. wkońcu powodowała śmierć.

Luce przekonał się, że działanie słońca ma przeważający wpływ na zawartość witaminy A. w mleku krów, nad paszą zieloną podawaną krowom w ciemności. Pasza sucha, do tego jeszcze podawana w ciemności, bardzo znacznie obniżała ilość witaminy w maśle.

Druga grupa autorów zaczęła, jak Sheets i Funk 1922, naświetlać chore na krzywicę szczury z wynikiem pomyślnym, a chore na zeskórnienie rogówki bez wyniku. Goldblatt i Soames w 1923 podnieśli, że światło może zastąpić czynnik przeciwkrzywiczy, a zjawisko to polega na tem, że światło wzmaga siłę witaminy, której zapasy zawsze są w ustroju zamagazynowane. Wspomnieć należy, że pierwszym wogóle był Raczyński. który zwrócił uwagę na rolę światła słonecznego w krzywicy. Krizenecki w 1924 r. nie widział jednak żadnego wpływu promieni pozafjołkowych na gołębie, dotknięte przez beri-beri. Chick i Hume przypuszczały syntezę wewnątrzustrojową witaminy A. po naświetleniu kwarcówką.

Od naświetlania zwierząt był jeden krok do naświetlania pokarmów promieniami pozafjołkowemi. Steenbock i Black w 1924 r. naświetlili oliwę i smalec przez 10—20 minut z odległości 80 cm i potrafili niemi zastąpić u chorych zwierząt witaminę A. Naświetlali tak w powietrzu, jak i w atmosferze CO_2 bez różnicy w wynikach. Po 24 godzinach i następnem ogrzaniu do 96° wartość tłuszczów naświetlonych nie zmieniała się.
Webster i Hill w 1924 r. sądziły, że jonizacja powietrza w słojach szklannych, które służyły za pomieszczenie zwierzętom wpływa dodatnio na zdrowienie tychże, Chick i Tazelaar spostrzegły jednak, że jonizacja powietrza przy pomocy emanacji radowej nie dawała rezultatów. Dopiero Hume i Smith udało się udowodnić, że były to umieszczone w słojach jako podściółka trociny drzewne, które naświetlane dziennie przez 10 minut z odległości 70 cm powodowały poprawę i uzdrowienie awitaminozy u szczurów.

Ostatnio György naświetlając mleko kobiece i krowie kwarcówką, przekonał się, że nie tylko czuć je było tranem, ale że samoistnie poprawiało i leczyło ono krzywicę dzieci.

Poza promieniowaniem słonecznem zwrócono się do promieni radu.

Mottram, Cramer i Drew naświetlając radem szczury krzywicze powodowali zahamowanie wchłaniania tłuszczów; po dodaniu jednak witaminy A. lub B. tłuszcz wchłoniony zjawiał się w komórkach zwierząt. Limfocyty odgrywały tu znaczną rolę. Brak witaminy A. powodował spadek płytek krwi z 900.000 na 300.000. Naświetlanie promieniami radu w dużych dawkach dawało te same objawy małe jednak dawki dawały stale przyrost płytek.

W końcu dodać należy, że Villaroel w 1923 roku udowodnił, że witamina B. była aktywatorem dla zaczynów n. p. katalazy, amylazy, takadiastazy, zawsze przyśpieszając reakcje tychże.

II.

Beri-beri powstaje z braku w pokarmach ciała antineurytycznego B., którego dotychczas nie zdołano wyosobnić, mimo usilnych badań w tym kierunku.

Choroba ta klinicznie u ludzi występuje jak wiadomo w formie suchej-porażennej, obrzękowej lub mięszanej.

Beri-beri doświadczalna od czasu odkrycia Eykmana, lekarza kolonialnego holenderskiego w więzieniu na Jawie w r. 1897, badaną była szczególnie na gołębiach i kurach. Ptaki żywione ryżem polerowanym po 15—40 dniach giną wśród objawów niezborności ruchów i porażenia. Do tego dołączają się objawy ze strony przewodu pokarmowego: częste, zielone wypróżnienia z krwią i śluzem. Wyciągi z osłonki ryżowej, zawierające ciało specjalne, już w minimalnej dawce działają w kilka godzin uzdrawiająco na gołębie, bez względu na to, czy to będzie oryzanina japońska, czy torulina, czy antineuryna, czy wkońcu witamina antiberyczna.

Lumiére pierwszy podniósł tezę, jakoby witaminy pobudzały gruczoły do zewnętrznego wydzielania, jako hormony trawienne. Ostatnio Miyader w r. 1921, widział, że u psa awitaminowo żywionego ustało wydzielanie soku z małego żołądka Heidenhain-Pawłowa, wróciło jednak nie tylko po dodaniu witaminy B., ale także i po alkoholu. Działanie więc było nieswoiste.

Cowgill i Mendel w 1921 r. po witaminie B. nie otrzymali pobudzenia wydzielania soku trzustkowego.

Brak tedy wydzielania się soków trawiennych spostrzegany wielokrotnie i głodzenie z powodu nie resorbowania pokarmów przy awitaminozach skłoniły Koskowskiego do pobudzenia gruczołów żołądka, a co zatem idzie i trzustki, przez wstrzykiwanie histaminy podskórnie gołębiom żywionym ryżem.

Histamina jak wiadomo z prac Koskowskiego i Steusinga powoduje obfite wydzielanie soku żołądkowego, szczególnie u ptaków.

Rezultat pracy Koskowskiego streścił się obserwacjami, że 1) sok żołądkowy gołębi głodzonych posiadał siłę trawienną pepsyny słabszą od siły trawiennej soku normalnego, kontrolnego, zawierającego 2 gr. kupnej pepsyny na litr.

2) U gołębi z beri-beri w okresie porażeń pepsyna ginęła w soku żołądkowym zupełnie.

3) U gołębi karmionych ryżem polerowanym przy wstrzykiwaniu histaminy codziennie, siła pepsyny odpowiadała prawie pepsynie normalnej.

U gołębi karmionych ryżem polerowanym, a dostających podskórnie histaminę nie przychodziło do wystąpienia kryz nerwowych. Prawdopodobnie przez zwiększenie hydrolizy, przychodziło do zupełniejszej asymilacji ryżu, a przedewszystkiem do lepszego zużytkowania, jako substancji plastycznej, małej ilości glutenu, zawartego w ryżu polerowanym.

Wkońcu gołębie te ginęły, a to z powodu braku ciał azotowych w ryżu polerowanym, a więc możliwie z trudności w rekonstrukcji tkanek, a w pierwszym rzędzie zaczynów.

III.

Dotychczas nikt nie zajmował się wpływem promieni Roentgena na witaminy. Chcąc uzupełnić tę lukę przystąpiłem do szeregu doświadczeń.

Badając wpływ promieni Roentgena na inwertazę, naświetliłem także i rozczyn 4% cukru trzcinowego. Rozczyn ten zaszczepiłem 0.5 cm^3 inwertazy nie naświetlonej. Obok niego kontrolnie badałem roztwór cukru trzcinowego nienaświetlony i tak samo zaszczepiony. W kilku oznaczeniach robionych co godzinę przekonałem się, że ilość cukru naświetlonego została zinwertowaną w znacznie większej ilości od cukru kontrolnego.

Za szkołą Holzknechta przyjęła się teza, że promienie Roentgena zawsze i stale porażają.

Ponieważ w ryżu polerowanym i przebieranym, zawsze jednak znajdują się znikome resztki osłonki, a z nią i witaminy B., sądziłem, że działając na nią promieniami Roentgena w bardzo dużych dawkach zniszczę ją zupełnie, i w możliwie najkrótszym czasie uzyskam wystąpienie doświadczalnej beri-beri.

Nie uwzględniłem jednak mego spostrzeżenia z naświetlonym cukrem trzcinowym, i już pierwsza serja doświadczenia sprawiła mi niespodziankę.

Mianowicie 4 gołębie karmiłem ryżem polerowanym, naświetlanym co 2 dni dawkami, dochodzącemi od 50—140 jednostek Holzknechta. Inne 4 gołębie, kontrolnie karmiłem ryżem nienaświetlanym.

Gołębie karmione ryżem naświetlanym żyły 125 dni, czyli o 25% dłużej od gołębi kontrolnych, które żyły tylko 100 dni.

Druga serja gołębi po 9 sztuk, potwierdziła pierwotne spostrzeżenie. Gołębie żywione ryżem naświetlanym żyły 278 dni, kontrolne znowu o 25% krócej, bo tylko 224 dni.

Chcąc do minimum doprowadzić ewentualną zawartość witaminy B. w ryżu polerowanym, poddałem go postępowaniu wyciągowemu wodą i alkoholem, suszyłem zaś eterem. Tak spreparowany w ciągu tygodnia ryż podzieliłem na dwie części, z których jedną naświetlałem.

Gołębie serji trzeciej, również po 9 sztuk, karmione ryżem wyciągowym, ale naświetlanym żyły 269 dni, żywione ryżem wyciągowym nienaświetlanym żyły jednak dni 248, czyli o 8% krócej.

W trakcie doświadczeń zwróciłem uwagę na tezę Lumiera, doświadczenia Koskowskiego i moje spostrzeżenie.

Być może, że pod wpływem promieni Roentgena przychodziło do naruszenia struktury wewnątrzdrobinowej skrobji ryżowej, tak, że nawet osłabione zaczyny soków trawiennych u moich gołębi, cierpiących na beri-beri, mogły ją łatwiej hydrolizować. A może naświetlone pożywienie pobudzało zaczyny i działało katalitycznie.

Wobec czego w serji czwartej (po 6 gołębi) sprawdziłem ostatnią możliwość.

Jedne z tych gołębi dostawały zwykły ryż polerowany i żyły 180 dni, drugie dostawały ryż polerowany, ale wyciągowy i żyły 123 dni czyli o 30% krócej.

A więc w doświadczeniach tych miałem do czynienia przedewszystkiem z uczynnieniem witaminy B. promieniami Roentgena. Promienie te wzmogły w resztkach osłonki, pozostałej przypadkowo na ziarnach, wielokrotnie siłę zawartej w niej witaminy.

Chcąc zorjentować się w granicach życia gołębi zapadłych na beri-beri, podaję tablicę ilości dni w maximum i minimum, jakie osiągnięto:

	Max.	Min.	Max.	Min.
I. serja Roentgen	42	24		
Kontrola			39	19
II· Serja Roentgen	45	21		
Kontrola			33	16
III. serja Roentgen	41	23		
Kontrola			37	16
IV. serja zwykły ryż	49	17		
Wyciągowy			30	6

IV.

Jeśli teza Holzknechta jest słuszną, to nie mielibyśmy tutaj do czynienia z aktywacją witamin, ale z porażeniem antiwitaminy, a przez to z uwolnieniem się witaminy od wpływów hamujących.

Wprawdzie Mellanby stwierdza antiwitaminy, ale nie w tych samych środkach spożywczych. N. p. dużo antiwitaminy A. posiada żyto, a nie masło, posiadające witaminę A.

Ze względu na spostrzeżenia Luce, co do wpływu światła słonecznego na witaminy, w serji drugiej przeprowadziłem badanie nad wpływem tegoż na awitaminozę. Po 3 gołębie zostały zamknięte w ciemni fotograficznej i tylko w czasie karmienia ryżem polerowanym zwykłym i naświetlanym świecono światło elektryczne.

Gołębie w ciemności żyły o 16% krócej, od gołębi w pokoju oświetlonym światłem dziennem.

Żywione w ciemności ryżem naświetlanym promieniami Roentgena żyły dłużej od kontrolnych, także umieszczonych w ciemności o 25%.

Wszystkie samce żyły długo i były oporniejsze na powstawanie beri-beri.

Waga ciała w serji II. w pierwszych dwu tygodniach spadała u gołębi, karmionych ryżem naświetlanym o 14%, u gołębi kontrolnych o 20%, po trzech tygodniach o 27%, u kontrolnych o 32%, po czterech tygodniach o 33%, u kontrolnych o 39%. W piątym tygodniu, kiedy wiele gołębi już wyginęło i to szczególnie kontrolnych, licząc jednak wagę wszystkich żyjących i martwych, waga ubytku zbliżyła się do siebie z 37% do kontrolnych 40.6%. Z początkiem siódmego tygodnia ubytek wagi wszystkich już martwych gołębi, karmionych ryżem naświetlanym wynosił 39%, zaś kontrolnych 40.6%.

W serji III. schudnięcie gołębi roentgenowskich wynosiło 45.3% wagi pierwotnej, kontrolnych 43.5%. Mimo to gołębie roentgenowskie żyły o 25% dłużej od kontrolnych.

Dodać muszę, że ciężar gołębi porównywanych był dobierany na gramy, tak, że obie partje różniły się między sobą o 10—50 gr przy ogólnej wadze 3 kg dziewięciu gołębi. To samo odnosiło się do rodzaju i ubarwienia, oraz gatunku.

Gołębie karmione ryżem naświetlanym nie miały typowych objawów nerwowych tak nasilonych i charakterystycznych, jak kontrolne.

Niewątpliwie postępowanie wyciągowe pozbawiało ryż pewnych wartości odżywczych, a również zaburzenia w strukturze drobinowej skrobji ryżu, mogły odegrać pewną rolę obok aktywacji witamin pod wpływem promieni Roentgena.

Mechanizmu procesów i obserwowanych zjawisk nie znamy, a każda dalsza hipoteza stwarza tylko dalsze teorje dyskusyjne.

Każdy rok przynosi rewizje zapatrywań i uzupełnienie spostrzeganych faktów.

Dziwną tylko i zdumiewającą zdaje się być rekompensata biologiczna życia. Na południu, gdzie wiele słońca, ludność używa oliwy, nie zawierającej witamin; na północy polarnej przy braku intenzywnego naświetlenia słonecznego, Eskimosi żywią się dużemi ilościami tranu, zawierającego wiele witamin.

P. Dr. Helenie Strzeleckiej dziękuję uprzejmie za mozolne i długotrwałe naświetlanie dla moich badań ryżu promieniami Roentgena.

Wykłady i odczyty.

Dr. Wł. PODSOŃSKI. Lubień Wielki.

O siarce z uwzględnieniem wód siarczanych lubieńskich.

Siarka i wody siarczane cieszą się zaufaniem od wieków; Hugo Schultz poświęcił opracowaniu farmakologji siarki dziesiątki lat. Obecnie przy potężnym rozwoju fizjoterapji wskazania lecznicze dla stosowania siarki z dniem każdym się rozszerzają.

Badania nad działaniem siarki są trudne, bo siarka znajduje się jako normalny składnik tkanek i wobec tego trudno jej losy w przemianie materji śledzić, a to tem bardziej, że działanie siarki okazuje się dopiero przy dłuższem stosowaniu minimalnych ilości.

Siarka dostaje się do ustrojów roślinnych z gleby jako siarczan wapniowy. W roślinach spotykamy ją w białku jako siarkę zredukowaną, jako pochodną siarkowodoru, jako amino-kwas cystynę. Dwie cząstki cysteiny z resztką siarkowodoru utlenione dają cystynę. Cystyna wchodzi w skład białek, a zwłaszcza tworzących tkanki zrogowaciałe. Ustroje zwierzęce zawierają w każdej komórce siarkę prawie wyłącznie w postaci cystyny białkowej; same nie umieją tworzyć cystyny; musi być ona dostarczona w pokarmie. Chrząstki zawierają kwas chondro-ityno-siarkowy.

Cystyna w ustroju podlega przemianom i po spaleniu zostaje wydaloną jako kwas siarkowy, znajdując się w moczu w postaci daleko utlenionych siarczanów i estrów kwasu siarczanego, stąd też pochodzi kwaśność moczu po spożyciu pokarmów białkowatych.

Drobna część siarki opuszcza ustrój w stanie mało utlenionym jako t. zw. siarka neutralna moczu i jest wyrazem zużycia białka ustrojowego. Przy zwykłem mieszanem pożywieniu przedstawiają się te stosunki następująco: siarczany 2.2, eterosiarczany 0.2, neutralna siarka 0.20. Stosunek procentowy neutralnej do ogólnej siarki zmienia się i waha od 15 do 30%. Alkalja mogą wzmóc wydzielanie siarki. Ogólna ilość wydzielanej siarki stoi w stosunku proporcjonalnym do zużycia białka, jednak ze stosunku wzajemnego mniej i więcej utlenionej siarki nie można wysnuwać wniosków o ekonomji zużycia białka w organizmie. Schmidt twierdzi, że jest pewna równoległość w wydzielaniu siarki neutralnej i ciał nukleinowych.

Drobnoustroje gnilne rozkładają cystynę w warunkach beztlenowych, a ostatecznym przetworem jej bakteryjnego rozkładu jest siarkowodór, który łatwo tworzy siarczki. Dość luźnie w siarczkach związana siarka łatwo może być odszczepianą.

Według Werdera 3) może być siarka w tej formie w jelitach wessaną.

Siarka przyjmuje łatwo wodór i ta właśnie zdolność redukcyjna siarki jest przy procesach utleniania ważną w organiźmie, bo siarka jest w ten sposób potężnym środkiem redukcyjnym i utleniającym, biorącym żywy udział w przemianie materji komórkowej.

Hottinger udowodnił, że siarka przy zwykłej fermentacji drożdżowej wiąże wodór.

Siarka tworzy molekuły o różnej wielkości, roztwory koloidalne o różnym stopniu rozdrobnienia.

Siarczki, które tworzą się najszybciej w alkalicznej reakcji, mają różną zawartość siarki i skutkiem tego siarka przedstawia wysoką wartość ze względu na zdolność do reakcji.

Siarka jest przy procesach oksydacyjnych dobrym środkiem redukcyjnym i znakomitym środkiem utleniającym. Markwalder 4) uważa siarkę za ciało chemiczne działające silnie farmakodynamicznie w śródtkankowej przemianie materji t. j. w utlenianiu i redukcji i dzięki tej własności siarka powoduje utlenienie takich ciał chemicznych, które u reumatyków lub artretyków albo słabo albo wcale nie mogą być utlenione. Stottinger radzi przy leczeniu siarką równocześnie organizm alkalizować, gdyż, jak wspominałem, alkaliczność wzmaga wydzielanie się siarki.

W ten sposób tłumaczymy sobie korzystne działanie siarki u tych chorych.

Pochodna cysteiny daje taurynę, która znajduje się w żółci jako kwas taurocholowy, a ten, wiążąc, powoduje zobojętnienie związków jadowitych powstających w ustroju.

Siarka nastraja więc organizm, ożywiając wśródtkankowy chemizm odżywiania.

Siarkę stosujemy, podając ją wewnętrznie przeważnie jako środek przeczyszczający, także w katarach oskrzeli, lub polecając pić wody siarczane. Zastosowanie ostatnie jest stosunkowo w małem użyciu ze względu na niemiły smak tych wód i awersję niektórych chorych. Wielu chorych przebywających w zdrojowisku Lubień Wielki pije wody siarczane w przypadkach przekrwienia narządów jamy brzusznej, zaparcia stolca, wzmożonej kwasoty żołądka, przy nieżytach oskrzeli i wielu z nich chwali korzystne działanie tej wody. Wodę lubieńską polecałem na zimno, czystą, lub rozcieńczoną zdrojem „słonym“ wody wysowskiej.

Wodą lubieńską chorzy płuczą gardło bardzo chętnie. Inhalacje wody siarczanej rozpylonej systemem Bullinga są bardzo skuteczne w przypadkach, chronicznych nieżytów dróg oddechowych górnych, zwłaszcza w formach przerostowych w krtani 5). Nie wystarczająco jest wytłumaczone, znane korzystne działanie wód siarczanych przy nieżytach oskrzeli. W nieżytach oskrzeli polecają Francuzi pod koniec ostrego okresu dla zmniejszenia wydzieliny 0,30 do 0·50 siarki w lekkiej herbacie lub miodzie (10%) lub wody d'Enghien, Labassère lub Eaux Bonnes w mleku gorącem.

Kąpiele siarczane i borowinowe działają korzystnie na żylaki i wrzody goleni przy żylakach.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę pediatrów na pracę Heubnera 6), który opierając się na pracach francuzkich autorów, stosował wody siarczane Weilbach u dzieci z obłożonym językiem, nieprzyjemnym zapachem z ust, chronicznym nieżytem gardzieli przy równoczesnych zaburzeniach jelitowych i braku apetytu. Poleca on pić 150 gr wody siarczanej na czczo w łóżku, po wstaniu z łóżka znowu 150 gr. i dopiero potem w ½ godziny śniadanie. Ewentualnie wieczorem jeszcze można dać raz 150 gr. Heubner przytacza bardzo ciekawe historje chorób dzieci leczonych, u których już po 2 dniach wystąpiła znaczna poprawa.

Dobre wyniki leczenia kąpielami siarczanemi lub siarką widzi się w chorobach skóry zwłaszcza grzybkowych, w wypryskach chronicznych, acne rosacea, vulgaris, łuszczycy, świerzbie. Przy zapaleniach skóry po salwarsanie polecone jest leczenie thiosulfatem 7). W większości chorób skórnych ordynuje się siarkę w najrozmaitszych preparatach. Z ostatnich publikacji polecany jest przez prof. Maxa a wprowadzony przez firmę Heyden *„Sulfidol Heyden“*, koloidalny wodny preparat siarkowy stosowany w 2—10% rozczynach.

Wspomnę tutaj jeszcze o dodatniem działaniu kąpieli siarczanych u syfilityków po leczeniu rtęcią i u zatrutych ołowiem.

Z powodu działania uspokajającego i wsysającego przyjeżdżają do Lubienia chorzy z chorobami układu nerwowego, jak po porażeniach centralnych i obwodowych po śpiączce paralysis spin. spast., sclerosis multipl., i t. p. i większość chorych jest z leczenia zadowolona.

Ostatnio ogłasza Adamówna 8) z lwowskiej Kliniki chorób nerw. korzystne rezultaty wstrzykiwań 1% siarki w oliwie przy parkinsoniźmie po zapaleniu mózgu. Nadzwyczaj korzystne wyniki osiągamy w Lubieniu w chorobach stawów. Nie wdając się tutaj w chaotyczną nomenklaturę chorób stawów, przyjmuję ogólnie biorąc trzy typy schorzeń stawowych nie biorąc pod uwagę takich jak gruźlicze, po dyfterji, po dysenterji, tryprowe i luetyczne. Pierwsze to są zmiany stawowe skutkiem wypadnięcia soli kwasu moczowego do mazi stawowej (Fritz, Munk.). W dnie prócz zwiększonej ilości kwasu moczowego we krwi, występuje patologiczna fizykalno-chemiczna zmiana koloidów płynów ustroju i tkanek i dopiero te 2 warunki dają możność wystąpienia arthritis urica. (Fritz. Munk) 9). Drugi typ przedstawiają sprawy zapalne stawów i powięzi z wysiękiem surowiczym lub włóknikowym. Trzeci typ przedstawiają zmiany degeneratywne i atroficzne pierwotne stawowe z owrzodzeniami i ubytkami, a dopiero z następową proliferacją i zmianami zapalnemi. Otóż we wszystkich tych postaciach widzi się zdumiewające działanie wód siarczanych (jak to miałem sposobność obserwować u chorych w zdroju lubieńskim) stosowanych w formie kąpieli mniej lub więcej częstych półgodzinnych z następowem jedno lub 2 godzinnem leżeniem w łóżku lub na leżakach.

Dotychczas nie mamy żadnych naukowych danych, ile kąpieli siarczanych w danym przypadku, o jakiej ciepłocie i z jakiemi przerwami stosować mamy. Tutaj indywidualność przypadku i doświadczenie lekarza zdrojowego odgrywa rolę przy dokładnem poznaniu stanu serca i obserwacji sumiennej reakcji pokąpielowej

Reakcja pokąpielowa objawia się natychmiast mniej lub więcej silnem zaczerwienieniem skóry. Im dalsza kąpiel tem skóra łatwiej reaguje i np. po 4 lub 5 kąpieli jest reakcja skórna silniejsza niż po pierwszej. Dokładna obserwacja skóry daje ciekawe obrazy, bo czasami stale przez cały przeciąg leczenia pewne obszary skóry nie ulegają zaczerwienieniu.

Po pierwszych kilku kąpielach chory czuje się lepiej, jest silniejszy, żwawszy. Po 4-tej, piątej lub szóstej kąpieli występuje bardzo wybitne pogorszenie; pojawiają się bole, występują nawet obrzęki stawowe, a nawet pojawiają się stany gorączkowe. Miałem chorych, którzy po kilku kąpielach chodzić nie mogli, mimo, że przedtem zupełnie dobrze chodzili. Chorych tych kazałem do kąpieli zanosić do pokoju. Odczyn taki trwa dni kilka i może się znowu powtórzyć. Ostateczne dodatnie rezultaty leczenia spostrzega się nieraz dopiero w 4 lub 6 tygodni po ukończeniu leczenia.

Fritz 10) chcąc się dowodnie przekonać czy odczyn kąpielowy nie jest kwestją suggestji kąpał chorych w Wildbad w zwykłej wodzie tak, że chorzy o tem nie wiedzieli; cały szereg osób tak kąpanych nie okazywał reakcji ani w czasie kąpieli ani po kąpielach, a ci sami chorzy kąpani później w wodzie mineralnej, (Wildbad) dawali wyraźny odczyn pokąpielowy. A więc przyjmujemy na pewne, że reakcja po kąpielach mineralnych jest fizyczną reakcją organizmu na wody bez wpływu suggestywnego.

Siarka u kąpiących się dostaje się do organizmu drogą inhalacji, a ponieważ siarka działa też intenzywnie na skórę, więc nie jest wykluczone wnikanie jej przez skórę.

Punktem wyjścia podrażnienia organizmu przy kąpielach mineralnych wogóle jest skóra i potrzeba całej serji kąpieli (a więc serji bodźców) by objawiło się to podrażnie-

nie drogą układu wegetatywnego na ogniska zmienione chorobowo 11).

Kąpiele siarczane są bodźcem dla organizmu wydobywającym ukryte energje i zasoby, które byłyby się bez kąpieli, bez bodźca zewnętrznego nie ujawniły.

Osoby nie posiadające zasobów sił żywotnych, nie reagują na kąpiele siarczane, nie mogą odnieść korzyści z tych kąpieli.

Wskaźnikiem, czy chory ma się kąpać, czy nie, jest samopoczucie chorego i obserwacja lekarska. Mimo to od wyżej postawionej reguły spostrzegałem kilka wyjątków tj. że chorzy nie reagowali na kąpiele w sposób wyżej podany, a przecież skutek kąpieli był dla nich korzystny.

Diureza po stosowaniu siarki często wyraźnie się wzmaga.

Badania tonometryczne wykazują po kąpielach lubieńskich w 77% obniżenie wygórowanego ciśnienia krwi.

Badań krwi nie przeprowadzałem dotychczas. Dokładna obserwacja chorego, rodzaju reakcji ogólnej, skórnej przy równoczesnem dokładnem badaniu przemiany materji i krwi także pod względem morfologicznym da nam kiedyś dane, na podstawie których lekarz zdrojowy będzie mógł postępować pewniej w leczeniu niż dotychczas. Na razie odgrywa tutaj rolę tylko doświadczenie. Bürgi 12) podaje, że kąpiele siarczane w Schinznach w Szwajcarji leczą dobrze sprawy gruźlicze kości, że przetoki goją się dobrze i funkcje stawowe się poprawiają. W 4 przypadkach coxitis tbc. leczonych w Lubieniu bez przetok zauważyłem nadzwyczajną poprawę.

Znakomite rezultaty osiąga się przy zapaleniu nerwu kulszowego, wogóle przy wszelkich wysiękach zapalnych jakiejkolwiek przyrody.

Obserwacje nad działaniem kąpieli siarczanych są niesłychanie utrudnione; łatwiejszy wgląd w działanie siarki daje nam leczenie parenteralne siarką.

Stosowanie wstrzykiwań domięśniowych wzgl. wśródżylnych siarki rozpoczęli Francuzi, de la Haye, Piot i inni. Olbrzymie zasługi na tem polu położyli Mayer, Bisch, Handovsky, Heubner, Bürgi i inni.

Początkowo stosowano siarkę 1% w zawiesinie w oliwie wśródmięśniowo (od 0·01 do 0·10 siarki na raz) w odstępach kilkudniowych. Sposób ten był bolesny i wywoływał wysoką gorączkę, co u wyniszczonych długą chorobą było bardzo nieprzyjemne.

Mayer-Bisch wprowadził wstrzykiwanie siarki w formie zawiesiny koloidalnej żelatynowej jako „*Sufrogel Heyden*“ (w ampułkach po 1 i 5 cm³ 0·3%), z czego wstrzykuje się 0·2—0·3, a nawet 0·5 cm³, ponieważ przyszedł do przekonania, że rozczyny pro mille działają równie skutecznie jak procentowe, nie wywołując przykrych objawów. Przytoczone są przypadki korzystnego działania siarki w pleuritis exsud. dla osiągnięcia szybkiej resorbcji. Wstrzykiwania robi się w odstępach 8 dniowych, 5 do 6 injekcyj. O ile 2 pierwsze injekcje nie pomagają, przerwać leczenie.

„*Sulfur colloidale Heyden pro injectione*“ zawiera 5 do 6% siarki w gumie, 0·2—0·5 cm³. Preparat ten rozcieńcza się świeżą wodą przekroploną do 10 cm³ i używa się z tego ½ do 1 cm³ tj. 0·0005 do 0·01 siarki. Przy dalszych injekcjach więcej.

„*Sulfolein Egger*“ stosowane jest wśródmięśniowo na klinice wewn. w Budapeszcie przeciw hypertonji co 3 lub 5 dni od 1 cm³ do 10 cm³ zależnie od ciśnienia krwi. 13).

„*Schwefel diasporel Dr. Volkmar Klopfer*“ Dresden Leubnitz stosuje się wśródżylnie; niebolesny od 1 mg do 10 mg. Wśródmięśniowo od ½ cm³ do 7 cm³ 1‰ rozczynu. Odstępy 3—6 dniowe. 14).

„*Sulfurion Couturieux*“, rozczyn koloidalny siarki zawiera w 1 cm³ 0·002 mg siarki — w ampułkach 3 cm³ używa się go wśródżylnie lub wśródmięśniowo — mało bolesny.

Siarka wprowadzona parenteralnie działa w myśl wspomnianych swych właściwości podobnie jak działają ciała proteinowe na wymianę wody między tkankami a krwią, na koloidy, na skład mineralny tkanek i krwi i na wzajemny ich stosunek, czego wyrazem jest zwiększona diureza.

Mayer Bisch, wstrzykując większe ilości siarki, obserwował zmniejszone wydzielanie siarki neutralnej przy wzmożeniu przemiany materji azotowej, a więc duże zmiany w przemianie materji, będące wyrazem rozpadu białka, zwiększenie wydzielania urobiliny, znaczne zmiany w rozcieńczeniu surowicy i mineralizacji organizmu. Małe ilości siarki, do 5 mg powodują zwiększenie przemiany materji, ze zwiększonem wydzielaniem siarki neutralnej, urobiliny i kwasu glikuronowego. Mayer Bisch obserwował zmianę obrazu krwi pod postacią zwiększenia absolutnej i procentowej ilości zasadochłonnych wielojądrzastych leukocytów i znikanie przejściowe kwasochłonnych przy zmniejszonej ilości limfocytów. 15).

Według Schnayera 16) nie można z obrazu krwi wnioskować o działaniu kąpieli i wynikach kąpielowych.

Grunow badał szybkość opadania krwinek, chcąc z tego wyprowadzić pewne wnioski lecz dotychczas nie ma jasnych wyników.

Wspomniane dokładne badania Bischa, Handovsky'ego, Heubnera Bürgi'ego 17) i innych tłumaczą nam w jaki sposób siarka działa. Obserwacje nasze wykazują, że przy miernych gorączkach występujących jako reakcja, ustępują bole, ruchomość stawów się polepsza i że chore stawy doznają widocznych zmian na lepsze, że występują warunki normalne lub zbliżone do normalnych.

Mając na uwadze regułę Arndta Schulzego, w tym wypadku zupełnie trafną nie należy przedozować dawek siarki i raczej mniej siarki niż za wiele.

Wspomnę jeszcze o stosowaniu siarki samorzutnie przez pacjentów, którzy nie chcieli sobie dawać robić wstrzykiwań. Zamiast wstrzykiwań wsypywali sobie do pończoch kwiat siarczany rano tak, że w ciągu dnia chodzili podeszwą po siarce. U tych chorych ustępywały bole w stawach zwłaszcza na tle artretycznem, chorzy czuli się lepiej. U starszych pacjentów ustawało parcie na mocz.

W jednym przypadku iritis reumatica nastąpiła wyraźna poprawa. Tłumaczę sobie ten dobry wynik wdechiwaniem minimalnych homeopatycznych ilości siarki w formie może siarkowodoru. Przedmioty srebrne noszone przez pacjentów, czernieją, co wskazuje, że osobnik dany znajduje się w atmosferze siarki. Chorzy tacy jednak nie pachną siarkowodorem.

Reasumując przychodzę do wniosku:

Kąpiele siarczane w szczególności lubieńskie przez zawartość stosunkowo wielkich ilości siarki w swej wodzie, bo 1·12 na 10000 siarko-wodoru, wywołują, po odczynowych objawach, trwałe zmiany tak w mineralizacji ustroju jak w składzie krwi i koloidach przez specyficzne działanie siarki na protoplazmę komórki.

Obserwacje moje wskazują, że lepsze rezultaty leczenia osiąga się stosując dietę mleczno-jarzynowo-owocową obfitującą w alkalia i wapno, zwłaszcza przy sztucznie przeprowadzonej alkalizacji ustroju.

Tem lepsze wyniki osiągamy, gdy, jak w Lubieniu prócz kąpieli siarczanych i borowinowych zakład rozporządza wziewalnią par siarczanych emanatorjum radowem i urządzeniami mechano-leczniczemi.

Piśmiennictwo:

1) Bürgi. Klin. Woch. 1925. Nr. 20. — 2) Sabatowski. P. G. lek. Nr. 16. r. 1925. Klimatoterapja i Hydroterapja. 1923. — 3) Kl. Woch. 1923. Nr. 25. str. 709. — 4) Kl. Woch. 1923 - 9 str. 416. — 5) P. G. lek. 1925. Nr. 39. Szmurło.; Przegl. zdroj. kąp. 1925. Nr. 8. Podsoński. — 6) Therap. Mon. Hefte 1908 Dez. — 7) Kl. Woch. 1924. Nr. 11. Str. 461. — 8) Kl. Woch. 1925 — 38. — 9) Spec. Phat. der Krankh. Kraus Brugsch. — 10) Physik. Ther. 30

B. Heft 5. Fritz. — 11) Physik Ther. 30 B. Heft 5 Schober. — 12) Kl. Woch. 1925. — 20. — 13) Rusznyak. Kl. Woch. 1924. Nr. 7. — 14) Dengler. Kl. Woch. 1924. Nr. 8. — 15) Kl. Woch. 1923. Nr. 49. Mayer-Bisch. Zeitschr. f. Kl. Med. 1922. — 94. — 16) Psyh. Ther. B. 30. Heft 5. — 17) Kl. Woch. 1925. — 20. — Bürgi.

Oceny i sprawozdania.

Kwartalnik Statystyczny. Nakładem Głównego Urzędu Statystycznego. Cena 7 zł. Instytucjom państwowym i komunalnym 25% rabatu. Skład Główny i ekspedycja w Głównym Urzędzie Statystycznym, Warszawa, Aleje Jerozolimskie 32

Ostatnio ukazał się zeszyt 2-gi (tom II-gi) Kwartalnika Statystycznego. Na treść zeszytu złożyły się artykuły: Dr. Med. Adama Ciąglińskiego p. t. »Pierwiastek czasu w określeniu prawdopodobieństwa zgonu i natężenia śmiertelności«.

Dr. Jana Piekałkiewicza p. t. »Bilans płatniczy Polski w 1923 r.«.

Edwarda Szturm de Sztrema p. t. »Wskaźnik cen detajlicznych w Polsce«.

Ceny: Wskaźniki cen hurtownych w Polsce. Wskaźniki kosztów utrzymania w Warszawie. Koszty utrzymania w Warszawie. Wskaźniki kosztów żywności w Polsce. Porównanie kosztów żywności w miastach. Ceny hurtowe w Polsce. Ceny artykułów pierwszej potrzeby w handlu detajlicznym. Ceny ziemiopłodów. Ceny ziemiopłodów, paszy i inwentarza żywego. Giełdy zbożowe w Polsce. Ceny bydła na targowiskach miejskich. Reforma Rolna. Parcelacja. (Ukończona parcelacja w/g lat. Parcelacja w/g powiatów. Nabywcy w/g kategorji. Utworzone parcele w/g rodzajów. Prace regulacyjne. Prace regulacyjne ukończone. Likwidacja serwitutów. Podział wspólnot gruntowych. Komasacja gruntów. Zamiana gruntów).

Jak widzimy treść zeszytu zawiera materjały wartościowe o charakterze naukowym, nieobojętnym także dla świata lekarskiego, (Dr. Ciągliński) jednocześnie aktualne, gdyż poza źródłowemi artykułami tablice wymienionych działów obejmują dane do dn. 1. IV. r. b. Szczególnie zasługują na uwagę tablice, dotyczące reformy rolnej, które uzupełniają znakomicie wydawnictwo G. U. St. p. t. »Wielka Własność Rolna«, wykazując co już dotychczas w tej dziedzinie przeprowadzono i co jeszcze przeprowadzić należy.

Przegląd piśmiennictwa.

Fizjoterapja (teorja i praktyka).

Münch. Med. Woch.
1925. Nr. 21.

E. Andersen. **Wspólna mechanika działania promieni Roentgena, ciał białkowych i insuliny.** Po naświetleniu, zastrzyku białka lub insuliny powstaje we krwi stan kwasicy (acidoza), który przechodzi w ciągu kilku godzin w stan alkalozy. Spadek cukru krwi u diabetyków rozgrywa się w okresie acidozy i dlatego A. stara się tę fazę przedłużyć przez odpowiednie swego pomysłu (owsianką) żywienie chorych. Natomiast okres alkalozy trzeba starać się osłabić i skrócić. (W sprawie odwrotnego stosunku kwasicy do cukru krwi u ortoglikemików patrz pracę Sabatowskiego i Goertza w tym zeszycie — przyp. refer.).

Pflügers Archiv. f. d. ges. Physiol.
1925. Bd. 207.

A. Loewy. **Przyczynki do fizjologji klimatu wysokogórskiego.** Badania odnoszą się do dwu zagadnień głównych; po pierwsze, jakie są czynniki działające klimatu już w średnich wysokościach, a po wtóre, o ile da się w tych wysokościach stwierdzić wzrost kwasowości w ustroju, stan wykazany na pewno na wyżynach ponad 3,000 m n. p. m. Badano mechanikę oddechową, zawartość gazów we krwi, ciśnienie krwi, wymianę gazową w spoczynku i pracy, proces przemiany białka i t. d. Pracę podzielono na 4 serje wedle wzniesienia n. p. m. od 450 m., (co 1000 m. wyżej) aż do 3450 m. Ogólnie powiedzieć można na podstawie tej pracy, że spadek ciśnienia powietrza (tlenu) odgrywa w klimacie górskim większą rolę niż to w ostatnich latach uznawać chciano. Działanie to zaznacza się już w średnich wysokościach (wzrost ciśnienia krwi i pogłębienie oddechu, znikające zaraz po odetchnięciu czystym tlenem). Szczególnie czułe na spadek ciśnienia tlenu są: ośrodek oddechowy i szpik kostny. Bilans białka podlega rozmaitym, jeszcze nie sprecyzowanym wahaniom. Już w średnich wysokościach zauważyć można, choć nie u wszystkich badanych, objawy lekkiej kwasicy zaznaczające się w przemianie białka i we krwi. (Jest to bardzo ważne w odniesieniu do wyników leczniczych lekkiej cukrzycy w klimacie wysokogórskim; niektóre przypadki poprawiają się b. wyraźnie. Por. pracę Andersena, powyżej przytoczoną — przyp. ref.).

Wien. Arch. f. innere Med.
1925 Bd. 10.

E. Schill i J. Patai. **Wpływ nawodnienia ustroju na ciśnienie krwi** Zastosowano picie rano naczczo 1·5 litra wody wodociągowej u 20 osobników ze zdrowemi nerkami i narządem krążenia oraz u 54 chorych na nerki. Wybitnych różnic między oddziaływaniem obu tych grup nie było, jedynie tylko osobniki z wysokiem ciśnieniem krwi (ponad 160 mm Hg) wykazywały spadek ciśnienia tego, trwający nieraz przez kilka dni i tem wyraźniejszy, im hipertonja była znaczniejszą. Nie zauważono ścisłego związku między spadkiem ciśnienia krwi a wydatnością diurezy lub, najmniej już wyraźnem, rozcieńczeniem krwi. W przypadkach, gdzie wydzielanie wody przewyższało jej dowóz, spadało zawsze nadmierne ciśnienie krwi. Przyczyna tego zjawiska leży, wedle autorów, w rozszerzeniu naczyń, które stwierdzali kapillaroskopem na paznokciu. Rozszerzenie idzie drogą odruchu w zakresie wegetatywnej regulacji. (Zjawisko to znane jest już hydroterapeutom francuskim od kilkunastu lat i wyzyskiwane dla leczenia hipertonji. T. zw. u Niemców »próba Volharda« wykonywaną jest po lecznicach uzdrowisk francuskich dla stwierdzenia, czy hipertonik nadaje się do leczenia piciem wód. Tak Volhard, jak i Schill i Patai odkryli zjawiska te — po raz drugi. — Przyp. ref.).

Wiener Archiv f. innere Medizin.
1925. Tom XI.

Edelmann. **Doświadczenia z diurezą po wodach Karlsbadzkich.** Autor robił doświadczenia na sobie samym, pijąc rano naczczo 1500 cm sześć. wody karlsbadzkiej (używał różnych zdrojów) w ciągu pół godziny i zbierając mocz co godzinę przez 5 i pół godziny. Przez okres zbierania moczu leżał w łóżku. Żywienie jednostajne, w przeddzień doświadczenia pokarm bezsolny i bezbiałkowy (herbata, sucharki, ryż z jabłkami). W moczu oznaczał ilość, ciężar gat., chlorki, fosforany i mocznik. Używał do prób »Sprudla«, »Mühlbrunu« i »Elisabeth-Rosenquelle« (wszystko wody hipotoniczne wobec krwi) oraz, dla porównania, zwykłej wody wodociągowej. Po wypiciu ciepłej wody mineralnej pojawiała się szybko diureza, rozgrywająca się głównie w pierwszych 2 godz. Ilość moczu bywała nieco mniejsza niż ilość wypitej wody mineralnej i wyraźnie mniejsza niż po zwykłej wodzie zawsze jednak znaczna, gdy weźmie się pod uwagę silną mineralizację wód karlsbadzkich. Ciężar gat. moczu spadał tak silnie jak po zwykłej wodzie (do 1002). Chlorki wydzielały się silniej niż po zwykłej wodzie, tak samo mocznik, zwłaszcza po Sprudlu co może zależy od zawartości soli glauberskiej w tej wodzie. Fosforany wydzielały się tylko nieznacznie obficiej niż po zwykłej wodzie. Jako czynniki sprzyjające diurezie uważa E. obecność we wodach karlsbadzkich soli glauberskiej, wapnia, magnezu i CO_2, hamują diurezę sól kuchenna i węglan sodowy. Przebadanie polskich wód mineralnych co do ich walorów diuretycznych wedle powyższej metody, jest rzeczą pilną i potrzebną — (przyp. referenta).

Cpts. Rds. Soc. de Biologie.
1925. Tom XCIII.

S. Rames i G. Fox. **Rola wody w ustalaniu równowagi kwasowo zasadowej krwi.** Autorzy badali chorych po zabiegach operacyjnych, skazanych na obywanie się bez picia

wody i stwierdzili, że brak dowozu wody powoduje wyraźny stan kwasicy krwi (acidosis). Stan taki ujawniał się bez względu na sposób usypiania chorego przy zabiegu (chloroform, eter, znieczulenie rdzeniowe). Kwasicy tej uniknąć można, podając choremu w przeddzień operacji 2 litry wody do picia, albo stosując hegar kroplowy po zabiegu oraz codziennie 300 do 500 cm^3 fizjolog. rozczynu soli kuchennej podskórnie lub tyleż wody przekroplonej śródmięśniowo. Po takiem napojeniu tkanek zapasy alkaliczne krwi wyraźnie rosły (miareczkowane sposobem Van Slyke). To samo zjawisko kwasicy dają schorzenia odwadniające chorego (silne biegunki, wymioty niepowściągliwe i t. d.). Autorzy badali stosunek nawodnienia ustroju do kwasowości krwi na psach. Stwierdzili naprzód, że 20 centigramów rozczynu 1% kwasu solnego na kilogram wagi psa wystarcza, aby, przy wlaniu dożylnem, spowodować śmierć zwierzęcia wśród ciężkiej kwasicy. Psy którym uprzednio wstrzyknięto dożylnie niewielką ilość wody przekroplonej (poniżej dawki hemolitycznej) lub wprowadzono sporo wody śródmięśniowo, znosiły 70 a nawet 80 centigramów 1% HCl na kilogram wagi! To samo działanie obronne uzyskiwano przy solance fizjolog., solance z glukozą i t. d. Zawsze (27 doświadczeń) stwierdzano silny przyrost rezerwy alkalicznej krwi. Zjawisko to tłumaczą sobie autorzy przy pomocy prawa Arrheniusa, zbyt małem rozwodnieniem rezerw alkalicznych co pociąga za sobą zbyt słabą ich jonizację, to zaś daje przewagę jonom wodorowym (kwasowym). Silny dowóz wody jonizuje zasady, a zatem uczynnia je i przywraca tym sposobem równowagę kwasów i zasad krwi (Autorzy nie podają w jaki czas po zastrzyku wody lub solanki badano stan rezerwy alkalicznej krwi wzgl. dokonywano zastrzyku kwasu, W każdym razie praca ta należy do najkapitalniejszych w bogatym dorobku hydrologji doświadczalnej ostatnich lat. Co do wywodów chemicznych, to można mieć wątpliwości — przyp. ref.).

Le Journ. de Medicine de Lyon.
1925. Nr. 136.

J. Vincent. **Studjum porównawcze nad działaniem siarki i czosnku.** Autor, lekarz w zdrojowisku siarczanem Challes, porównywa działanie czosnku, który dzięki pracom lekarzy francuskich, wrócił dziś znów do skarbca farmakopei — z działaniem siarki i wód siarczanych. Podstawą dla tego zestawienia jest skład chemiczny czynnika działającego w czosnku, a jest nim dwusiarczek dialylu, rozpadający się w ustroju przy wywiązywaniu siarkowodoru, który wydziela się przez płuca. Dalszą podstawą jest działanie przeciwczerwiowe, przeciwgnilne, przeciwnieżytowe i hipotenzywne czosnku i siarki. Czosnek używany był w starożytności przeciw czerwiom (Dioscorides, Plinius) obecnie używany jest we Francji przeciw oxiurom, podobnie jak siarkę przypisywali w tym samym celu Arystoteles i Galen, a obecnie w Challes i Enghien używa się wód siarczanych w postaci płukań jelita grubego przeciw glistnicom. Bakterjobójcze działanie siarkowodoru i wód siarczanych wykazano dla gronkowców, łańcuszkowców, prątka błonicy, gruźlicy i innych. Pracę autorów francuskich na ten temat są w pełnym toku. Co do czosnku, to wykazał Vlaikowicz (1924), że dodatek wyciągu wyskokowego z czosnku w stosunku 25% do buljonu pożywkowego zabija posiewy prątka okrężnicy, duru brzusznego i prątka ropy błękitnej. Pleśnie (aspergillus fumigatus, endomyces albicans) zabija już 16% dodatek wyciągu czosnkowego. Vlaikowicz wykazał też klinicznie, że wydzielina oskrzelowa przy rozmaitych sprawach nieżytowych oskrzeli zmniejsza się przy stosowaniu czosnku (per os) i traci wygląd ropiasty oraz przykrą woń (przy rozstrzeniach oskrzelowych,) co opisali już przedtem Leclerc, Loeper i Lemierre oraz Bonnamour. Podobne wyniki osiąga się stosowaniem wziewań lub piciem wody siarczanej. Nieżyty suche poprawiają się wprost, przy odmianie wilgotnej widuje się zwykle przejściowe pogorszenie ze zwiększeniem wydzieliny. To samo spostrzega się w nieżytach nosa. Wyciąg wodny czosnku, stosowany dożylnie u psa, powoduje spadek ciśnienia krwi, trwający godzinę, zwolnienie tętna a także bezdech w przypadku ponowienia zastrzyku. Spadek ciśnienia i zwolnienie tętna spostrzega się też u człowieka przy stosowaniu wyciągu przez 2 do 3 dni w dawce 30 kropli dziennie. Jednorazowa dawka 50 kropli podnosi ciśnienie krwi. Podobny zupełnie zbiór objawów daje zastrzyk dożylny siarczanki z Challes u królika (Piery, Bonnamour, Milhaud i Guigonnet) lub nasilone wziewanie siarczanki u ludzi (Le Juge i Hanriot). Wszyscy badacze zgodnie podają obniżanie się wzmożonego ciśnienia krwi w leczeniu siarczankami. Liacre i Vincent widywali także wzrost zbyt małego ciśnienia przy tem leczeniu. Połączenia siarki tem silniej działają im mniej zawierają tlenu (Maillard) otóż dwusiarczek diallylu (C_6 H_{10} S_2) nie zawiera go wcale. Stanowi on 60% substancji wyciągu czosnykowego (Wertheim). Wszelkie połączenia siarkowe wydzielają w ustroju siarkowodór, uchodzący przez płuca, jelita i skórę, podobnie jak woń czosnku, która składa się z kilku połączeń siarki. Bliższego wyjaśnienia wymagają jeszcze spostrzeżenia terapeutyczne, że wyciąg z czosnku działa silniej na obniżenie hipertonji jeśli równocześnie chory cierpi na schorzenie wątroby, nieżyt oskrzelowy lub rozedmę płuc. Prawdopodobnie utrudnienie w uchodzeniu siarkowodoru z ustroju gra tu pewną rolę. Nakoniec pewien stan jakby podchmielenia, jaki zauważyć można po wziewaniu siarkowodoru lub rozpylonych wód siarczanych, spotykał Pouillard po nadużyciu czosnku.

Schweiz. med. Woch.
Jg. 55. Nr. 20. 1925.

A. Vogt. **Dalsze badania doświadczalne nad uszkadzającem działaniem pewnych części widma słonecznego na przednie odcinki oka.** Do ostatnich czasów panowało przekonanie, jakoby pozafjołkowa część widma miała wywoływać zaćmę i uszkodzenia siatkówki. Vogt zwalcza ten pogląd, podnosi natomiast szkodliwy wpływ na soczewkę promieni pozaczerwonych, co stwierdził zapomocą licznych doświadczeń na zwierzęciu i popiera zjawianiem się zaćmy u hutników szkła i metali. Szkła ochronne zwykłe dają małe zabezpieczenie, natomiast znakomicie chronią oko szkła niebieskie (z siarczanem miedzi) i żółte, barwione tlenkiem żelazowym.

Strahlentherapie.
Bd. 19. r. 1925.

W. Altschul. **Leczenie roentgenowskie gruźlicy.** Autor zawodowy chirurg, rozporządza znacznem doświadczeniem na polu t. zw. chirurgicznej gruźlicy, leczonej słabemi dawkami przez lekkie zasłony. Dobre wyniki otrzymywał przy gruźlicy gruczołowej, zwłaszcza w przypadkach świeżych, bez względu na istnienie ewent. przetok. Leczenie gruźlicy stawów i kości daje także dobre wyniki, zwłaszcza u małych stawów. Oczywiście koniecznem jest wykluczenie pracy w zakresie chorego stawu. Gruźlica narządów płciowych i otrzewnej również często się leczy, podobnie jak brodawczakowate postacie gruźlicy skóry, natomiast przy toczniu (lupus) wyniki są mniej pewne. (Groedel i Lossen radzą przecież używać ciężkich zasłon, gdyż widzieli przy roentgenoterapji gruźlicy t. zw. chirurgicznej poważne uszkodzenia; p. refer. w Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 39, str. 844. przyp. refer.).

A. Reyn. **Leczenie roentgenowskie a świetlne gruźlicy gruczołowej.** Reyn, członek Instytutu Finsenowskiego w Kopenhadze, nie jest bynajmniej zachwycony wynikami roentgenoterapji. Przy porównaniu wielkiej ilości przypadków, leczonych Roentgenem, ogólnemi i miejscowemi naświetlaniami lampą łukową oraz kombinacją Roentgena i lampy łukowej -- okazało się, że najsłabsze były wyniki wyłącznej roentgenoterapji, lepsze już wyniki leczenia kombinowanego, a najlepsze wyniki ogólnych i miejscowych naświetlań lampą łukową, przy których uzyskał prawie 99% wyleczeń.

Jahrb. f. Kinderheilkunde.
Bd. 107.

C. Falkenheim i P. György. **Leczenie światłem tężyczki.** W czasie leczenia krzywicy lampą kwarcową można spostrzegać ujawnianie się skrytej tężyczki, wzgl. potęgowanie się jawnej. Oba zboczenia leczą się równocześnie naświe-

tlaniem, a to przez naprawę zaburzeń w bilansie wapna i fosforu, które stanowią przyczynę krzywicy i tężyczki. Autorzy podają w czasie leczenia kwarcówką sole wapniowe lub salmiak na wewnątrz.

Bd. 109. r. 1925.

P. Karger. **Przyczynowe znaczenie uszkodzeń świetlnych dla wiosennej tężyczki.** Na podstawie licznych spostrzeżeń własnych dochodzi K. do zgodnego z innymi badaczami wniosku, że pod wpływem działania światła, a zwłaszcza promieni grupy krótkofalistej można ujawnić utajoną tężyczkę lub wywołać nawet jej nawrót, a to przez silną alkalozę, która jest następstwem naświetlań.

Wien. Klin. Woch.
1925. Nr. 17.

R. Latzel i K. Stejskal. **W sprawie działania śródżylnych wlewań hipotonicznych rozczynów soli kuchennej.** Wlanie śródżylne wywołało w przypadku moczówki prostej zmniejszenie ilości moczu, przy moczówce cukrowej zmniejszyło się także wydzielanie cukru, długotrwałe biegunki chwilowo się uspokajały. (Por. pracę Sabatowskiego i Goertza w tym zesz. Pol. Gaz. Lek.; przyp. ref.).

Klin. Woch.
1925. Nr. 44.

S. Hediger. **Serce a klimat wysokogórski.** Spór co do wpływu klimatu wysokogórskiego na chory narząd krążenia trwa właściwie do dzisiaj. Gdy jedni uważają ten klimat za szkodliwy ze względu na większą pracę serca, to inni (Erb, Galli, Nolda, Posselt, Schrumpf, Stäubli, Stähelin) widzą korzyści z pobytu sercowych w górach, oczywiście nie dopuszczając tam wad niewyrównanych ani przypadków dusznicy bolesnej. Hasselbalch i Lindhard stwierdzili w komorze pneumatycznej pod niskim ciśnieniem (około 500 mm Hg), że zmniejszenie ilości tlenu nie zwiększa bynajmniej pojemności wyrzutowej serca (przy spoczynku ciała). Wzrost ciśnienia krwi spostrzega się tylko u niektórych osobników, opada ono przy oddechaniu jakiś czas czystym tlenem (Löwy). Przebieg chorób serca i naczyń u górali nie różni się niczem od przebiegu tych chorób na nizinach (Rocco). Objawy ze strony narządu krążenia, pojawiają się nieraz w wysokich górach (ok. 1500 m. n. p. m.) u ludzi, którzy przedtem nigdy na swój narząd krwionośny się nie skarżyli. Są to zwykle ludzie we wieku 40 do 60 lat, rzadko starsi, nigdy zaś całkiem młodzi Kołatanie serca, duszność z lękiem, bezsenność, czasem extrasystolia i wzrost ciśnienia krwi, przyśpieszenie oddechu i tętna, a nawet sinica — pojawiają się w postaci napadów, niekoniecznie zaraz w pierwszym dniu, ani przy ruchu, owszem, nieraz w nocy. Środki nasercowe są tu bezskuteczne, natomiast dobrze działają środki nasenne i spokój psychiczny. Oczywiście trafiają się przypadki absolutnej nietolerancji na klimat wysokogórski. H. przytacza natomiast 7 przypadków z własnej praktyki w St. Moritz, chorych z poważnemi cierpieniami zastawek i mięśnia sercowego lub aorty, którzy w czasie swego pobytu w tak znacznej wysokości (1800 m) wybornie się mieli, podczas gdy jeden chory »nerwowy« dostawał wciąż przyśpieszenia akcji serca i z tej przyczyny musiał wyjechać. H. jest zgodnie z Loewy'm tego zdania, że zmniejszone ciśnienie tlenu w górach jest czynnikiem uczulającym aparat naczyniosercowy wegetatywny, co odbija się rozmaicie na różnych funkcjach krążenia. I tak zrozumiały byłby wzrost ciśnienia krwi u pewnej grupy ludzi koło pięćdziesiątki, jak i spadek nadmiernego ciśnienia, spostrzegany przez Stäubli'ego pod wpływem klimatu wysokogórskiego. (H. pomija zupełnie wpływ światła słonecznego w wysokich górach, a jestto czynnik dla krążenia krwi bynajmniej nie obojętny jak doświadczenia z lampą kwarcową dowodzą — przyp. ref.).

Presse Médicale.
Nr. 66. 1925.

L. Binet. **Spostrzeżenia fizjologiczne nad chorobą górską.** Rozróżniamy dziś dwie postaci choroby górskiej, postać toksyczną i asfiktyczną. Toksyczna przejawia się uczuciem ogólnego rozbicia, odrętwieniem, obniżeniem czucia, zimnym potem, bólem głowy, nudnościami, wymiotami, zmniejszeniem ilości moczu, nieraz aż do anurji. O ile chorego nie przeniesie się w okolice niżej położone, występuje zapaść. Postać asfiktyczna charakteryzuje się dusznością, sinicą, podnieceniem psychicznem, przyśpieszeniem tętna. Objawy te ustępują łatwo przez wypoczynek lub oddychanie tlenem. W niektórych przypadkach widzi się równocześnie objawy obu grup. Odmianę toksyczną tej choroby uważają H. Guillemard i R. Moog za stan uremiczny spowodowany niedostatecznem spalaniem w ustroju i wytwarzaniem trucizn działających na nerki, co pociąga za sobą zatrzymanie wody, chlorków i ciał azotowych. Ustrój usiłuje przeciwdziałać zatruciu przez wytworzenie nagłej diurezy, co — gdy się uda, ratuje sytuację. R. Bayeux stwierdził też wzmożoną toksyczność moczu w wyprawach wysokogórskich. G. Ferry badał w komorze pneumatycznej wpływ rozrzedzonego powietrza na sobie i zauważył b. wybitną oligurję (600 cm^3 na dobę). Moog wykazał u morświnek, trzymanych w rozrzedzonem powietrzu (odpowiednio do wzniesienia na 4 do 6 tysięcy metrów) wybitny wzrost mocznika krwi. Co do postaci asfiktycznej choroby, to badania prowadzone były przeważnie na Mont Blanc przez tych samych badaczy, a więc Guillemard i Moog oraz Bayeux wykazali zapomocą spirometru, że ze wzrastającem wzniesieniem nad poziom morza ilość powietrza na każdy oddech pobranego maleje. Dla wytłumaczenia zaburzeń oddechowych stworzył P. Bert teorję anoxyhemji, zaś A. Mosso, akapnji. Fizjolog belgijski, P. Héger jest zdania, że główną przyczyną jest zaburzenie w krążeniu krwi płucnem i w sercu. Duszność byłaby więc pochodzenia sercowego. Zwierzęta żyjące w wysokich górach mają serce wyraźnie większe. P. Liebesny wykonywał kapillaroskopię w St Moritz (1800 m) i Schneeberg (1800 m) oraz we Wiedniu i wykazał, że prąd krwi we włosowatych naczyniach wolnieje i staje się gruboziarnistym z wzniesieniem w góry.

R. Bayeux badał płuca królików i morświnek trzymanych na Mt. Blanc, albo pod ciśnieniem odpowiadającem wzniesieniu na 11 tys. metrów. Znalazł on zawsze przerost ścian pęcherzyków płucnych t. j. komórek przybłonka oddechowego. Zmiany te są tem liczniejsze i wyraźniejsze im pobyt w rozrzedzonem powietrzu był dłuższy, a rozrzedzenie silniejsze. Nie są to zmiany spowodowane zimnem. Przerost ten pomniejsza silnie pojemność pęcherzyków a z drugiej strony uciska naczynia okołopęcherzykowe. Zaburzenie dotyczy więc i wymiany gazów i krążenia krwi. (Praca Bayeux ogłoszona jest w C. R. Acad. des Sciences, tom 180; str. 1701 r. 1925.).

Sabatowski (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 29. kwietnia 1925 r. wspólnie z Tow. balneologicznem.

Przewodniczący: kol. Szymanowicz.
Obecnych 54 członków.

Przewodniczący wita serdecznie przybyłych członków Towarzystwa balneologicznego. Zawiadamia, że imieniem Tow. wysłał depeszę gratulacyjną do prof. Dybowskiego z okazji jubileuszu. Prosi o jak najliczniejsze przybycie na odczyt prof. Korczyńskiego p. t.: »Pobyt wypoczynkowy i leczniczy w naszych zdrojowiskach«, mający się odbyć w Tow. lek. w dn. 7. maja.

1. Kol. Wachtel przedstawia przypadek **guza nowotworowego zatoki czołowej,** którego histologiczne badanie, wykazało budowę częściowo mięsaka, częściowo śródbłoniaka. Guz wychodzi z zatoki czołowej po stronie prawej, wypełnia wewnętrzny kąt oczodołu, przesuwając gałkę oczną na zewnątrz. Nadto obejmuje prawą połowę gardzieli, sięgając do krtani tuż ponad struny głosowe. Zaleca leczenie promieniami Roentgena.

W dyskusji przemawiał kol. Schwarzbart i kol. Ciechanowski. Kol. Ciechanowski zaznaczył, że pokazany przypadek jest bardzo ciekawy, ponieważ guzy tego rodzaju (śródbłoniaki) zdarzają się w tem miejscu bardzo rzadko.

2. Kol. Tempka wygłasza odczyt p. t. **»Wpływ Zubera na przemianę azotową, oraz wydzielanie soku żołądkowego i dwunastnicowego«.** (Drukowano w Pol. Gaz. Lek. Nr. 39—41.

W dyskusji kol. Korczyński dziękuje prelegentowi i dyrektorowi kliniki prof. Orłowskiemu za przeprowadzenie pracy tak cennej dla polskiej balneologji. Kol. Skórczewski wspomina o pracy Kmietowicza, zajmującej się wpływem wody Zubera, a przeprowadzonej na psach. Wyniki jej nie zgadzają się z wynikami prelegenta pod względem działania wody Zubera na trzustkę. Przemawiali jeszcze kol. Korczyński, Orłowski i prelegent.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy P. P. Koło Chełmskie.

Sprawozdanie za rok 1923 i 1924.

Dokończenie.

10. I. 1924. Dr. Lipkowicz. **Przyczynek do leczenia zapaleń mózgu u dzieci.**

11. II. 24. Dr. Brendzl — referaty: *a*) **Trzykrotne zakażenie kiłą.** *b*) **Leczenie łuszczycy** (*psoriaris vulgaris*) **wśródżylnemi wstrzykiwaniami salicylanu sodu przy równoczesnem leczeniu miejscowem**

12. I. 1925 r. Dr. Wilenko. **Splenektomja a patologja układu śródbłonkowo-siateczkowego** (autoreferat odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Związku Lekarzy w Chełmie w styczniu 1925 roku).

W świecie zwierzęcym — a głównie u ryb i płazów śledzioną zachowuje własności krwiotwórcze przez całe życie, u człowieka zaś traci w życiu pozapłodowem własność erytro- i trombocytopoetyczną na rzecz szpiku kostnego, zachowując tylko po części własność leukopoetyczną. Znane jest znaczenie śledziony dla chorób zakaźnych i rola ochronna miazgi śledzionowej w doświadczalnem wytwarzaniu nowotworów złośliwych u zwierząt i stąd też rzadki rozwój nowotworów złośliwych pierwotnych i przerzutów w śledzionie człowieka. Badania wykazują pewien związek śledziony z przemianą materji, dalej związek z gruczołami dokrewnemi a głównie przeciwniczy do jajników, a współdziałający do grasicy i tarczycy. Wykazane zostało również znaczenie śledziony dla przemiany żelaza w ustroju w warunkach prawidłowych i patologicznych. Zaburzenia w przemianie tej, polegające prawdopodobnie na niedomodze siderocytów śledziony a może i całego układu śródbłonkowo-siateczkowego, powodują chorobę, znaną pod nazwą hemochromatozy albo diabète bronze. Na tle najnowszych badań wykazać można ścisły związek śledziony i układu ś. s. z przemianą lipoidów (cholesteryna) w ustroju i że na tle bliżej nam jeszcze nieznanych zaburzeń tej przemiany, prawdopodobnie również niedomogi śledziony i układu w. s. przychodzi do choroby zna nej pod nazwą splenomegalia Gaucher. Obok czynności niejako twórczych posiada śledziona także czynności, polegające na niszczeniu ciałek czerwonych (czynność erytroftenicznа wedle Rzętkowskiego) i płytek Bizzozera (czynność trombocytolityczna według Kacnelsona). Czynnościowo śledziona należy do s. z. układu śródbłonkowo-siateczkowego, do którego zalicza się komórki gwiaździste i Browicz-Kupfera w wątrobie, gruczoły chłonne, szpik kostny i naczynia krwionośne. W tych tworach spotyka się właśnie komórki o podobnej budowie histologicznej, którym odpowiadają pokrewne własności czynnościowe. Śledziona ze wszystkich składowych części układu ś. s. zawiera najwięcej tych komórek i dlatego zajmuje przodujące stanowisko w tym układzie. Układ ś. s. odznacza się swoistem powinowactwem do pewnych związków chemicznych, po nasyceniu się któremi może ulec t. zw. blokadzie — to jest niezdolności przyswajania innych związków chemicznych. W toku rozwoju powstały 2 grupy czynnościowe tego układu, śledziona i wątroba (komórki Browicz-Kupfera), jako grupa krwiobójcza, a szpik kostny i gruczoły chłonne, jako grupa krwiotwórcza. Rozdźwięk we współpracy tych obu grup wytwarza szereg obrazów chorobowych. Teorja hormonów nadto przyjmuje, że śledziona wywiera wpływ hamujący na czynność krwiotwórczą szpiku kostnego przez t. z. hypersplenię. Po wykazaniu własności erytroftenicznej pierwszej grupy układu ś. s. zarówno na ludziach przez histologiczne badanie wyciętych śledzion, jakoteż na drodze doświadczalnej na zwierzętach omówione zostają metody miary wy dolności erytroftenicznej śledziony i wątroby. Metoda hematologiczna, metoda Morawitza, polegająca na oznaczeniu zużytego przez krwinki czerwone tlenu, metoda liczenia krwinek czerwonych, jakoteż metoda oznaczania wydzielonego na zewnątrz żelaza nie dają dokładnego obrazu ani zużycia, ani nowotworzenia krwinek czerwonych. Możliwie dokładny obraz erytroftenicznej działalności układu ś. s. daje nam metoda, polegająca na oznaczeniu barwików żółciowych i pochodnych w różnych wydzielinach i wydalinach ciała jako miernik rozpadu hemoglobiny, pochodzącej ze zniszczonych krwinek. Doświadczalnie na zwierzętach wywołać można patologicznie wzmożoną czynność erytrofteniczną układu ś. s. przez zatrucie toluylendiaminą. Wyrazem tego uszkodzenia krwinek czerwonych przez chorobliwie wzmożoną działalność układu ś. s. i jego głównego składnika — śledziony, jest obraz kliniczny, na który składa się żółtaczka, niedokrewność hiper- lub hipochromiczna i zmniejszona odporność osmotyczna krwinek czerwonych. Że śledziona jest istotnie podstawowym czynnikiem działalności układu ś.s. przy zatruciu toluylendiaminą przemawia jej wygląd histologiczny i spostrzeżenie, że po wycięciu śledziony podstawowe objawy zatrucia albo wcale nie występują, albo ze znacznem opóźnieniem. Ilość wytworzonych barwików żółciowych zmniejsza się do połowy odpowiednio do zmniejszonego rozpadu krwinek czerwonych. Obok własności erytroftenicznej posiada pierwsza grupa układu ś. s. — śledziona i wątroba — własność trombocytolityczną. Zmiany jakościowe i ilościowe trombocytów są źródłem chorób głównie z grupy skaz krwotocznych. Płytki zostają wedle nowszych badań w ścisłym związku z aktem krzepnięcia, przyczem uwzględnić należy czas krzepnięcia krwi, czas krzepliwości osocza, kurczliwość skrzepu, czas doświadczalny krwawienia czyli s. z. objaw Duke'a i ewentualnie t. zw. arrhytlemię krwawienia, przebiegającą zgodnie z opóźnionym objawem Duke'a. Niektóre choroby, polegające na patologicznie zmienionej czynności układu ś. s., mają duże znaczenie praktyczne, gdyż przez splenektomję mogą być po części usunięte, po części może wystąpić długotrwała poprawa. Do tych chorób, powstających na tle patologicznie wzmożonej czynności erytroftenicznej układu ś. s., należy w pierwszym rzędzie żółtaczka hemolityczna zarówno wrodzona typu Minkowskiego, jak i nabyta typu Hayema, rodzinne wystąpienie we wrodzonej formie, dalej żółtaczka, obrzęk śledziony a głównie zmniejszona odporność osmotyczna krwinek czerwonych charakteryzują to cierpienie. Zwiększona ilość barwików żółciowych w dwunastnicy, urobilinurja, zwiększona ilość urobilinogenu w kale świadczą dosadnie o zwiększonej patologicznie działalności pierwszej grupy układu ś. s. — grupy erytroftenicznej reprezentowanej przez śledzionę i komórki Browicz-Kupfera w wątrobie. Przytoczenie własnej obserwacji przypadku, należącego do grupy żółtaczek hemolitycznych wrodzonych. Z powodu chorobowo zmienionej czynności erytroftenicznej układu ś. s. w tej chorobie wykonano splenektomję, która dała przynajmniej kliniczne wyleczenie. Dalszem cierpieniem, w którem wykonano splenektomję, była t. z. niedokrewność hemolityczna złośliwa Biermera. Choroba ta polega na patologicznej hiperfunkcji grupy erytroftenicznej układu ś. s. z jednej strony a wrodzonej niewydolności grupy krwiotwórczej tego układu — szpiku kostnego z drugiej strony. Splenektomja dawała często poprawę trwającą do 3 lat objawy jednak ustępowały powoli, splenektomja bowiem usuwa 1 czynnik chorobowy — wzmożoną erytroftyzę, natomiast niewydolność wrodzona szpiku kostnego dalej zostaje. Dobre i trwałe wyniki daje splenektomja przy zbiorze objawów znanych pod nazwą choroby Bantiego (przytoczona własna obserwacja) i przy t. z. marskościach splenomegalicznych, w których wykazano zgubny wpływ na szpik kostny czynników, wychodzących ze śledziony, które upośledzają jego czynność krwiotwórczą. Marskości zanikowe wątroby (Laennca) również nie są uważane za czyste choroby wątrobowe, podobnie jak żółty zanik wątroby, w których wykazano wzmożony rozpad krwinek czerwonych na tle patologicznie wzmożonej czynności śledziony. Patologicznie wzmożona czynność trombocytolityczna układu ś. s. powoduje znowu szereg chorób należących do grupy skaz krwotocznych. Na podstawie badań czasu krzepnięcia krwi, osocza, kurczliwości skrzepu, objawu Duke'a, zmniejszonej ilości płytek, jako wyrazu patologicznie wzmożonej własności trombocytolitycznej układu ś. s. i zaburzenia w akcie krzepnięcia, jakoteż objawu opaskowego Rumpel-Leedea, jako wyrazu zmian naczyniowych, starano się ustalić na nowych zasadach klasyfikację skaz krwotocznych. Najracjonalniejszy to podział Franka, który odróżnia: 1) *trombocytopenia essentialis* Frank, synonim: *purpura trombocytolytica* Kacnelson dawna choroba Werlhoffa. Charakterystyczne cechy tego cierpienia są: wybroczyny krwawe na skórze i błonach śluzowych zmniejszona znacznie ilość płytek. Objaw Duke'a przedłużony, kurczliwość skrzepu upośledzona, objaw opaskowy Rumpel-Leedea ledwie zaznaczony. Frank upatruje przyczynę w zahamowaniu czynności trombocytopoetycznej szpiku kostnego przez hormon śledzionowy, Kacnelson zaś w patologicznie wzmożonej czynności trombocytolitycznej układu ś s. Splenektomja daje wyniki podobnie trwałe, jak przy żółtaczce hemolitycznej. Drugą grupę, wedle podziału Franka, stanowią symptomatyczne złośliwe trombocytopenje, jakie spotyka się w stanach septycznych lub w chorobach, gdzie jeszcze nieznane trucizny, wytwarzające się w ustroju, niszczą elementy morfotyczne krwi. Trzecią grupę stanowią t. z. angiopatje, wywołane przez zmianę ścian naczyniowych; w tych cierpieniach objaw Rumpel-Leedea wybitny; zarówno w drugiej grupie, w której źródłem cierpienia jest zmniejszona wydolność szpiku kostnego, jak i w angiopatjach, splenektomja nie ma znaczenia praktycznego.

Z ważniejszych spraw organizacyjnych, zawodowych i społecznych na posiedzeniach rozpatrywano i rozstrzygnięto następujące:

W końcu roku 1923 na wniosek lekarza powiatowego Dra Paryszewicza grono lekarzy miejscowych rozmaitych specjalności zobowiązało się udzielać pomocy lekarskiej biednym chorym w Ambulatorjum Czerwonego Krzyża raz na tydzień.

Sprawa utworzenia Kasy Chorych w Chełmie była rozpatrywana w r. 1924 na posiedzeniach Koła wielokrotnie. Koło Chełmskie wzięło na siebie obowiązek obsadzenia lekarzami Kasy Chorych po dojściu do porozumienia z Zarządem Kasy.

W Kasie Chorych ma pracować sześciu specjalistów: chirurg, ginekolog, dwóch internistów, dermatolog, okulista i laryngolog.

Na początku roku 1924 na wniosek Koła i za zgodą Sejmiku Chełmskiego, który w $^{2}/_{3}$ częściach subsydjuje Szpital Miejski Św. Mikołaja, wyłoniła się konieczność osadzenia w szpitalu drugiego lekarza obok internisty lekarza chirurga. Z ramienia Koła Chełmskiego wybrano Komisję, która opracowała memorjał o stanie obecnym szpitala i o reformach, jakie należy w nim zaprowadzić. Memorjał ten mówi o obowiązkach i zadaniach kierownika szpitala stosownie do współczesnych wymagań, jako też i o warunkach, na jakich lekarze mogliby przyjąć te obowiązki i godnie się z nich wywiązać. Lekarzem szpitalnym i kierownikiem został mianowany Dr. Parysewicz, który zajął się chorymi wewnętrznymi, drugim lekarzem dla chorych chirurgicznych został wybrany Dr. Urbanowicz.

Koło znajdowało się w stałym kontakcie z Izbą Lekarską Lubelską za pośrednictwem członka Izby, a przewodniczącego Koła Dr. E. Łuczkowskiego.

Na posiedzeniu dnia 6. IX. 1923 przedyskutowano projekt regulaminu Izby Lekarskiej Lubelskiej, co do którego obecni wypowiedzieli się z wnioskami, zastrzeżeniami i odpowiedniemi poprawkami, złożonemi na ręce obecnego członka Izby Dra E. Łuczkowskiego.

Na posiedzeniu zaś dnia 7. XI. 1924 był szczegółowo rozważany projekt statutu Kasy Pomocy Koleżeńskiej Lekarzy Izby Lubelskiej.

Ze spraw zawodowych należy zaznaczyć następujące:

Na kilku posiedzeniach Koła w rozmaitym czasie 1923 i 1924 r. i przy rozmaitych okolicznościach była rozpatrywana sprawa honorarjów lekarskich i wyłoniła się potrzeba możliwego ujednostajnienia pobierania takowych stosownie do wskazówek udzielonych przez Lubelską Izbę Lekarską dnia 8 IX. 1923 r.

Przyjęto do wiadomości i zastosowania się dozwolone przez Izbę Lekarską dnia 8. IX. 1923 sposoby ogłaszania się lekarzy przez umieszczenie w aptekach zbiorowego alfabetycznego wykazu lekarzy i ich specjalności z godzinami przyjęć, jako też rodzaje i sposoby ogłoszeń lekarskich w gazetach.

Wreszcie Zarząd Koła, jako taki lub przez swoich delegatów, zwracał się kilkakrotnie do urzędu Skarbowego w sprawie wysokiego wymiaru podatków lekarzom miejscowym, szczególniej od obrotu i dochód co zostało załatwione z pomyślnym skutkiem.

Z powyższego zestawienia widać, jak ważną jest organizacja dla naszego życia lekarskiego.

Koło Chełmskie, spełniając czynności wielostronne, stara się zaspokoić potrzeby nie tylko kształcenia się, lecz ma za zadanie i sprawy czysto zawodowe, nie pomijając obowiązków społecznych.

Jest nadzieja, iż Koło będzie stale się rozwijać coraz lepiej, im więcej jednostek z członków tego Koła przyjmie udział czynny w pracach dla dobra całości.

Sekretarz: *Dr. Teofil Gniazdowski.*

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

III. posiedzenia, odbyte w sali konferencyjnej Województwa lwowskiego w dniu 17. października 1925.

Dokończenie.

ad 6) Dr. A. Dorosz, lekarz powiatowy w Sanoku, odczytuje referat p. t. **„Zapoczątkowanie organizacji walki z gruźlicą w powiecie sanockim“.** Referatu wysłuchano z wielkiem zainteresowaniem, uznając, że Dr. A. Dorosz rozwinął niezwykłą pomysłowość i że jego poczynania mogą służyć za wzór wszystkim lekarzom powiatowym. Dlatego wyrażono życzenie, aby ten referat był zamieszczony w pismach lekarskich.

W dyskusji Dr. Świątkowski zapytuje, w jaki sposób zamierza Dr. A. Dorosz rozszerzyć akcję z miasta powiatowego na inne gminy powiatu. Doc. Dr. Gąsiorowski podnosi, że w referacie niema wzmianki o wywiadowczyni. Dr. Węgrzynowski prosi o dostarczenie lwow. Tow. walki z gruźlicą druków, których używa Dr. Dorosz celem propagandy. Dr. Krok zwraca uwagę na potrzebę krótkich popularnych pouczeń o gruźlicy, któreby można masowo rozdzielać włościaństwu. Dr. Mikłaszewski nadmienia, że Związek Przeciwgruźliczy opracowuje wzory, potrzebnych druków przy prowadzeniu Przychodni i zawiadamia, że drugi kurs 6-cio tygodniowy dla wywiadowczyń rozpoczyna się w Warszawie 2. listopada br.

Referent w odpowiedzi na wystosowane do niego zapytania oznajmia, że zdał sprawę jedynie o samem zapoczątkowaniu organizacji przeciwgruźliczej i że w 3 miesiącach nie mógł tej organizacji we wszystkich szczegółach ustalić, postępuje jednak według pewnego planu i w miarę uzyskanych środków zajmie się rozbudową dalszą organizacji, tworząc jej ośrodki także w różnych punktach powiatu, a ustanowienie wywiadowczyni uważa za niezbędne.

ad 7) Dr. Legeżyński streszcza swój obszerny referat **o zwalczaniu gruźlicy w zakresie działania gminy miasta Lwowa.**

Referent projektuje utworzenie przy Fizykacie miejskim Urzędu walki z gruźlicą z osobnym lekarzem specjalistą, któremu mają pomagać sanitarjuszki miejskie. Nadto projektuje budowę miejskiej półkolonji leśnej, budowę leżalni leśnej dla leczenia chorych na gruźlicę i urządzenie trzech ogródków dla dzieci w różnych stronach miasta. Oświadcza się przeciw oddaniu baraków epidemicznych na urządzenie szpitala izolacyjnego dla chorych na gruźlicę, baraki bowiem są niezbędne dla zabezpieczenia miasta od szerzenia się chorób zakaźnych, a sam pomysł tworzenia specjalnych szpitali dla beznadziejnie chorych uważa za chybiony.

W dyskusji Dr. Węgrzynowski wyraża życzenie, aby proponowany Urząd walki z gruźlicą działał w porozumieniu z lwow. Tow. walki z gruźlicą, co referent uznaje za konieczne.

Doc. Dr. Sabatowski zaznacza pewną analogię między projektami referenta, a organizacją walki z gruźlicą w mieście Łodzi. Dr. Mikłaszewski, Dr. Sabatowski i inni podkreślają konieczność izolowania chorych na gruźlicę. Dr. Selzer jest za otwieraniem szpitali dla gruźlicy wogóle, a nie dla samej gruźlicy rozpadowej i jest zdania, że tego rodzaju domy dla wymierających (Sterbehaus) okazały się zagranicą niepraktykowanemi i że tego typu zakłady już tam porzucono. Dr. Lipski stwierdza, że dla leczenia gruźlicy są już w szpitalach powszechnych pawilony lub osobne sale.

Uchwalono przyjąć z uznaniem wnioski referenta co do zorganizowania walki z gruźlicą w zakresie działania gminy i wniosek Dr. Węgrzynowskiego, że Komisja uznaje potrzebę powiększenia liczby łóżek szpitalnych w mieście Lwowie dla chorych na gruźlicę.

ad 8) Dr. Lipski referuje **sprawę współdziałania samorządów w walce z gruźlicą na obszarze Województwa lwowskiego.**

Referent wykazuje cyfrowo udział szpitalnictwa w walce z gruźlicą, liczbę chorych na gruźlicę, leczonych w szpitalach powszechnych w Małopolsce, sumę wydatków, z tem połączonych, odsetkę chorych na gruźlicę w stosunku do ogółu chorych szpitalnych, zamierzenia Tymczasowego Wydziału Samorządowego co do dalszej rozbudowy szpitalnictwa, omawia dalej obowiązek lekarzy okręgowych, współdziałanie w walce z gruźlicą i pomoc szpitali powszechnych przy zakładaniu Przychodni Przeciwgruźliczych.

ad 9) Referat Dr. Kociuby o **walce z gruźlicą wśród młodzieży szkolnej i wśród nauczycielstwa** odłożono do następnego posiedzenia Komisji z powodu nieobecności referenta.

ad 10) Dr. Szkodziński zreferował udział **Kas chorych w walce z gruźlicą w Województwie lwowskiem.**

Materjał, zestawiony przez Referenta daje wskazówki co do dalszych zarządzeń szczegółowych Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

ad 11) Dr. Mosler przedstawił **ruch chorych w 27 Przychodniach Przeciwgruźliczych w Województwie lwowskiem w I. półrocze 1925.**

Z przedstawienia tego wynika, że walka z gruźlicą pomimo trudności coraz szersze zatacza kręgi w Województwie.

ad 12) Dr. Selzer przedłożył szereg wniosków, które przekazano Komitetowi do ewentualnego uwzględnienia przy zgłaszaniu tematów na II. Zjazd Przeciwgruźliczy we Lwowie.

Posiedzenie zamknął przewodniczący o godz. 22.

Dr. Mikołajski w. r.

W sprawie wykładów uzupełniających dla lekarzy.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego miał w październiku r. b. organizować wykłady dopełniające dla lekarzy *) lecz wobec zgłoszenia się dwóch tylko słuchaczów, wykłady te nie mogły dojść do skutku. Taki stan rzeczy może zniechęcić Uniwersytet do organizowania wykładów dla lekarzy w przyszłości i pozbawić lekarzy możności uzupełniania tą drogą swego fachowego wykształcenia. Uważam więc tę sprawę za bardzo ważną i wymagającą wyświetlenia.

Szanowny profesor, organizator tych kursów, objaśnia wstrzymanie się większej liczby lekarzy od udziału w wykładach ogólnym kryzysem ekonomicznym, oraz tem, że niedawno się odbył w Warszawie Zjazd lekarzy. Uważam jednak, że pomimo tych przyczyn, których przeceniać nie należy, główna przyczyna jest ta, że wykłady te zorganizowane, jak w zeszłym roku i jak miały się odbyć w roku bieżącym nie odpowiadają potrzebom praktycznego lekarza. Jako słuchacz zeszłorocznych wykładów mogę stwierdzić, co następuje. Oderwane wykłady na jakikolwiek temat z różnych dziedzin medycyny, to są tylko krople w morzu i u słuchaczy pozostawiają wrażenie, że daremnie stracili drogi czas, tembardziej, że dużo z tego, co się mówiło na wykładach, mogli byli przeczytać u siebie w domu. Jeżeli jednak lekarz przyjeżdża na wykłady, to szuka w nich tylko tego, czego nie może mu dać książka, a mianowicie, przedewszystkiem praktycznego zaznajomienia i o ile możliwe osobistego przerobienia różnych zabiegów, co może zachęcić go do stosowania ich w praktyce. Wogóle wykłady powinny dać możność lekarzowi, który nie ma sposobności pracować systematycznie w klinice lub większym szpitalu, zaznajomienia się w kondensowanej postaci ze współczesnym stanem wiedzy w interesującej go dziedzinie wraz

---

*) Patz: P. G. L. Nr. 34; 35 1925 r.

ze wszelkiemi zabiegami, które mogą mieć praktyczne zastosowanie. Dla osiągnięcia tego celu uważam za niezbędne, co następuje:

1. Wykłady powinny się odbywać z każdej dziedziny osobno, przyczem kurs powinien trwać najwyżej 2 tygodnie.

2. Podczas wykładów należy korzystać z materjału nie tylko klinik Uniwersyteckich, lecz i odpowiednich oddziałów szpitali miejskich.

3. Należy zwrócić głównie uwagę na część praktyczną i w razie potrzeby szeroko korzystać z materjału Instytutu anatomicznego celem ćwiczenia na trupach.

Mając na uwadze trudności, związane z wyjazdem za granicę, należy dołożyć wszelkich starań dla udoskonalenia wykładów dla lekarzy w kraju, i wtedy nie ulega wątpliwości, że będą się one cieszyły wielką frekwencją.

Dr. H. Kadysz (Sierpc).

Odezwa Zarządu stowarzyszenia lekarzy Polskich w Warszawie w sprawie II-go Zjazdu przedstawicieli Organizacji Lekarskich w Rzeczypospolitej.

Odmienne warunki bytu lekarzy w okresie niewoli i po odzyskaniu niepodległości i powstaniu naszego Państwa nie mogły pozostać bez wpływu na stanowisko społeczne lekarzy, ich zadania i cele.

Wojna wyrzuciła wielu lekarzy z ich siedzib, przeniosła ich na inny teren działania, szarpiąc często węzły wszelkie ich pracy zawodowej i społecznej; nowa organizacja lecznictwa na podstawie ubezpieczeń społecznych wprowadziła nowe warunki pracy lekarskiej. Nowe ustawodawstwa lekarskie nadały prawa samorządowe naszemu stanowi, ale zarazem nałożyły nowe obowiązki.

Wytworzyły się nowe warunki zdobywania praktyki dla młodych adeptów medycyny i nowe warunki ich pracy zawodowej i naukowej.

Rozwijają się też nowe drogi medycyny państwowej. Są to czynniki, które potężnie wpływają na stanowisko lekarza w społeczeństwie i Państwie, na jego zadania, na jego potrzeby ideowe i materjalne. Są to wszystko sprawy nad któremi należy się zastanowić, rozważyć, wytknąć w nowych warunkach odpowiednie drogi postępowania i zająć, że tak powiemy, a nawet stworzyć odpowiedni front wobec nowych zagadnień i obowiązków zawodowych i społecznych. Wychodząc z tych założeń, Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie powziął myśl zwołania Zjazdu przedstawicieli wszystkich zrzeszeń lekarskich Rzeczypospolitej w najbliższym czasie. Ponieważ w toku obrad mogą się wyłonić desideraty, które nasze organy samorządowe, jak Izby Lekarskie, jedynie będą mogły urzeczywistnić, przeto Zarząd mniema, że Zjazd powyżej proponowany powinien się odbyć z przedstawicielami wszystkich Izb w Państwie. Mniemamy, że tą drogą da się skrystalizować opinję lekarską i zyskać cenną współpracę i kierunek naszego samorządu zawodowego.

Podejmując się organizacji tego Zjazdu nadmieniamy, że rzeczą naturalną będzie, iż do Komitetu Organizacyjnego wejdą przedstawiciele wszystkich zrzeszeń lekarskich w stolicy — nie deklarujemy jeszcze terminu Zjazdu ani też jego szczegółowego programu, natomiast zwracamy się do wszystkich organizacyj lekarskich w Państwie oraz do wszystkich kolegów z prośbą o nadsyłanie swoich uwag i desideratów co do spraw, które należy poruszyć podczas Zjazdu.

Sądzimy, że tą drogą zyskamy cenne współpracownictwo ogółu lekarzy i że na podstawie nadesłanych uwag będziemy mogli opracować wszechstronny program Zjazdu. Przy tem nadmieniamy, że Zjazd będzie apolityczny, mający jedynie na widoku dobro, godność i obowiązki naszego zawodu.

Pozwalamy sobie przypomnieć, że Stowarzyszenie I-szy Zjazd przedstawicieli wszystkich organizacyj w Polsce zwołało w roku 1919. gdy wyłoniły się nowe projekty ustawodawcze ubezpieczeń społecznych.

Gdy jednak nowe ustawy weszły w życie, gdy świat lekarski zajął nowe placówki społeczne i państwowe, gdy nowe powstały warunki bytu ekonomicznego i zawodu przypuszczamy, że nastąpił czas rewizji, pogłębienia i ustalenia naszych poglądów wobec nowych warunków bytu i wyrażenia w wielu sprawach skonsolidowanej opinji lekarskiej i dla tego zwołujemy II Zjazd przedstawicieli organizacyj lekarskich z całej Rzeczypospolitej Polskiej.

Wszelkie uwagi upraszamy nadsyłać pod adresem: Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Warszawa, Widok 23 (a to do dnia 1-go stycznia 1926 r.).

Sekretarz: Dr. T. Podczaski. Przew.: Dr. J. Bączkiewicz.

Ś. p. Prof. TEODOR HERYNG
***1847 — †1925**

Pomimo najcięższych warunków, w jakich znajdowała się polska nauka w czasie niewoli, szczególnie pod jarzmem rosyjskiem, nasz dorobek naukowy był dość pokaźny, a to dzięki wysiłkom woli i zaletom umysłu koryfeuszów naszej wiedzy.

Jednym z takich był Teodor Heryng, wybitny polski laryngolog i uczony o wszechświatowej sławie.

Ś. p. Teodor Heryng, honorowy profesor Uniwersytetu Warszawskiego, był dzieckiem Warszawy, w niej się bowiem urodził w r. 1847.

Po ukończeniu gimnazjum wstąpił do Szkoły Głównej, ukończył zaś Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w r. 1870.

Następnie odbywał studja w Berlinie, w Instytucie anatomji patologicznej pod kierunkiem Virchow'a, potem w Wiedniu w Klinikach Schröttera, Stoerka, Grubera, Politzera, w Paryżu w Klinikach Faurela i Krishabera.

Po powrocie do Warszawy pełnił przez 2 lata obowiązki asystenta w Klinice prof. Ignacego Baranowskiego; pracował też w pracowni chemji lekarskiej prof. Fudakowskiego oraz w Instytucie anatomji patologicznej prof. Brodowskiego i w pracowni histologicznej prof. Hoyera. W roku 1880 otrzymał oddział dla chorób górnego odcinka dróg oddechowych w szpitalu Św. Rocha.

Wrodzony temperament Heryngа parł go do ciągłej pracy twórczej, która ujawniała się w szeregu artykułów naukowych, w czynnem uczestnictwie w zjazdach, w dążeniu do odkryć lub ulepszeń instrumentów lub aparatów, wreszcie w oddawaniu się sportom.

Nie miał spokojnej cierpliwości niemieckiej, umysł jego żywy i niezmiernie wrażliwy miał więcej cech usposobienia i temperamentu francuzów. Posiadał też niezwykły dar wymowy i dużą łatwość obrazowego wypowiadania swych myśli.

Prowadząc oddział szpitalny, zastosowywał najnowsze metody i wynalazki lekarskie, któremi się łatwo entuzjazmował. Na jego oddział, prócz stałych asystentów, uczęszczało zwykle kilku lekarzy miejscowych lub przyjezdnych. Najważniejszem dziełem, z którego możemy wnioskować o pedagogicznych zdolnościach Heryngа, jest jego podręcznik chorób krtani. Wyszedł on z druku w r. 1905, jako wydawnictwo Gazety Lekarskiej pod tytułem »Metody badania chorób krtani«. Są tam bardzo szczegółowo opisane metody badania, znieczulania krtani przed operacjami, następnie metody i przyrządy inhalacyjne wynalazku autora, termoregulator i termoakumulator. Z tego względu dzieło stanowi bardzo cenny podręcznik dla wszystkich lekarzy, a przedewszystkiem dla specjalistów. Należy też uwydatnić gorliwe propagowanie przez Heryngа sportów dla młodzieży przy pomocy odpowiednich wydawnictw, odczytów i własnego przykładu. Sam bowiem był wielkim zwolennikiem i wykonawcą ćwiczeń cielesnych. Pod redakcją jego i dr. Władysława Osmólskiego wyszły dwa wydania dzieła »Higjena sportu«. Miało ono na celu propagandę i naukową stronę sportów.

Heryng był człowiekiem wielostronnym, nie zasklepiał się wyłącznie w medycynie i swej specjalności, lecz interesował się zagadnieniami z innych dziedzin, szczególnie zaś sprawami wychowania fizycznego.

Ulubionym zakresem pracy Heryngа była gruźlica, w szczególności krtaniowa. Sprawie powyższej poświęcił on prawie połowę prac i dociekań naukowych. Sprawa to niewdzięczna i, gdy Heryng ogłosił swe pierwsze spostrzeżenia o wyleczalności suchot krtaniowych, spotkał się ze sceptycyzmem i niedowierzaniem. Podobnie też było z propagowanem przez niego chirurgicznem leczeniem gruźlicy krtani.

Największe powagi, a między nimi słynny laryngolog wiedeński prof. Schrötter, zarzucali Heryngowi zbytni optymizm i entuzjastyczne przedstawianie przypadków. Istotnie Heryng pragnął otrzymać wyleczalność suchot gardlanych, że często zbyt różowo może zapatrywał się na pewną poprawę obrazów nozologicznych.

Można mu jednak przyznać, że nie był zbyt upartym i bezkrytycznym, gdyż uwzględniał po namyśle zdania innych i oprócz umiłowanej metody chirurgicznego leczenia stosował w gruźlicy krtani również inne zabiegi, jako to: kwas mleczny i chromowy, galwanokaustykę, elektrolizę, skaryfikacje nacieków gruźliczych i t. p.

Wracając do czysto naukowej działalności Heryngа, zaznaczymy, że jeszcze jako student Szkoły Głównej ogłosił z pracowni Prof. Hoyera pracę pod tytułem: 1) »O ruchach komórek barwnikowych na zabarwienie skóry u żaby«. Praca ta wyszła w Gaz. Lek. w r. 1868, w rok potem, jeszcze przed ukończeniem medycyny, drukuje w Gaz. lek. 2) »O siarczanie sepsyny dr. Bergmanna«. Pracę tę wykonał wspólnie z Drem Brzezińskim.

Następnie wydaje szereg prac, przeważnie z dziedziny chorób górnego odcinka dróg oddechowych a mianowicie (przytaczamy tylko ważniejsze):

3) »O zaszczepialności gruźlicy«. — 4) »Histologja gruzełka i jego rozwój«. — 5) »O stosunku gruźlicy do zapalenia«. Praca nagrodzona przez Warsz. Tow. Lek. na konkursie im.

Dra Helbicha w r. 1872. — 6) »O ślużotoku Stoerka« (Medycyna 1873). — 7) »O nidigurji« praca wykonana wspólnie z Prof. Fudakowskim (Gaz. Lek. 1874 r.). — 8) »Modyfikacja aparatu Fobolda«. (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1875). — 9) »Poliskop Frourego« (ibidem r. 1880). — 10) »O nowych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych« (ibidem r. 1880). — 11) O chronicznem zapaleniu gardzieli i formie tak zw. bocznego zapalenia« (Gaz. lek. r. 1882). — 12) »O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani« (Gaz. Lek. r. 1882). — 13) »Laryngomycosis leptotricia» (Gaz. Lek. r. 1883). — 14) »Kwas chromowy i jego zastosowanie w chorobach nosa, gardzieli i krtani« (Gaz. Lek. r. 1884). — 15) »Ciała obce w krtani i przełyku«. (Gaz. Lek. r. 1885). — 16) »O owrzodzeniach kataralnych krtani i ich stosunku do gruźlicy« (Gaz. Lek. 1885 r.). — 17) »O rinolitach i ciałach obcych w nosie« (Gaz. Lek. r. 1885) — 18) »Kwas mleczny, jako środek leczniczy przy gruźlicy krtani« (Gaz. Lek. 1886 r.). — 19) »O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności« (Gaz. Lek. r. 1887). — 20) »O prześwietlaniu elektrycznem jamy Highmor'a przy ropotoku« (Gaz. Lek. r. 1889). — 21) »O owrzodzeniach łagodnych garuzieli« (ibidem 1890 r.). Owrzodzenia te noszą również nazwę: »Ulcus pharyngis Heryngi«. — 22) »Gruźlica bł. śluz. nosa« (Medycyna r. 1892). — 23) »Elektroliza przy cierpieniach nosa, gardzieli i krtani« (Przegląd Lek. r. 1892). — 24) »O prześwietaniu żołądka i kiszek« (wspólnie z Drem Reichmanem (Gaz. Lek. 1892 r.). — 25) »Doświadczenia nad wstrzykiwaniem płynów leczniczych do dróg oddechowych« (Protokoły Zjazdu międzynarodowego w Rzymie 1894 r.). — 26) »Autoskopja krtani i tchawicy« (podług Kirsteina) (Med. 1897 r.). — 27) »O wartości leczniczej płukań gardzieli i krtani« (Czasopismo Lek. 1900 r.). — 28) »O nowych metodach i aparatach inhalacyjnych« (Med. 1904 r.). — 29) »Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani«, praca nagrodzona na Konkursie Dr. Helbicha, r. 1905. - 30) »Gruźlica migdałków i gardzieli« (Gaz. Lek. r. 1907). — 31) Nowy sposób sterylizacji mleka z zachowaniem jego fermentów i antytoksyn« (po rosyjsku). — 32) »Gościec krtani« (Med. 1910 r.). — 33) »Leczenie głosu śpiewaczego za pomocą rękoczynów operacyjnych« (Gaz. Lek. 1916 r.). — 34) »O zatruciu gazami« (Pamiętnik Lazaretu miejskiego 1917 r.). — 35) »Bąblica bł. śluz. gardzieli i krtani« (Nowiny Lek. 1892 r.). — 36) »Przeszkody w oddychaniu nosem i ich fatalny wpływ na rozwój fizyczny i intelektualny młodzieży« w r. 1917 nakładem autora. — 37) »Higjena sportu«, dzieło zbiorowe, w 2-ch wydaniach, w którem Heryng opracował działy następujące: pielęgnowanie skóry. odzież sportowa, szkodliwy wpływ alkoholu i tytoniu, sport a płuca i t. d. — 38) »O nowej metodzie sterylizacji wody«.

Ogólna liczba prac Heryngą dochodzi do setki, większość ich była tłumaczona na obce języki — francuski, niemiecki rosyjski i angielski. *Z. Dobrowolski.*

„Wykłady Lekarskie."

Niema bodaj tygodnia, aby któryś z pracowników klinicznych nie miał trudności z drukiem pracy, która nie stanowi większej monografji lub podręcznika, a jednak ze względu na treść i objętość niezawsze nadaje się do tygodników lub miesięczników lekarskich, zwłaszcza, iż ostatnie, wobec drożyzny i ciężkich warunków wydawniczych, wymagają prac krótkich i zwięzłych. Przystępujemy przeto do wydawnictwa, które, mając na uwadze tak piękne w ciągu wielu lat prowadzone przez Redakcję Gazety Lekarskiej „Odczyty Kliniczne", ma stanowić niejako dalszy ciąg wydawnictwa poprzedniego.

Przystępując do tej pracy, chcielibyśmy, aby „Wykłady", podobnie jak dawniejsze „Odczyty", ukazywały się raz na miesiąc i służyły przedewszystkiem do odtworzenia twórczości oryginalnej. Nie zarzekamy się jednak umieszczania w miarę możności również prac autorów obcych.

W pierwszych numerach „Wykładów" ukażą się w druku: Zdz. Szczepański: O sztucznej odmie piersiowej. — Jan Zaorski: Wrzód żołądka. — W. Grzywo-Dabrowski: Przerwanie ciąży. — M. Semerau-Siemianowski: Klinika niemiarowości zupełnej serca. — St. Sterling-Okuniewski: Włóknikowe zapalenie oskrzeli i stosunek tego cierpienia do dychawicy oskrzelowej. — El. Reicherówna: Znaczenie układu wegetatywnego dla medycyny wewnętrznej. — Sew. Sterling: Krwawienia płucne.

Komitet Redakcyjny zastrzega sobie prawo kolejności wymienionych wykładów według swego uznania.

Opłata dla prenumeratorów Polskiej Gazety Lekarskiej o 25% niżej ceny księgarskiej. Cena każdego „Wykładu" będzie zależna od ilości arkuszy druku; dążeniem jednak Komitetu Redakcyjnego będzie, aby pojedynczy (dwuarkuszowy) „Wykład" nie przekraczał ceny 1-go zł, a w miarę rozwoju starać się będziemy o obniżenie ceny.

Komitet Redakcyjny: E. Bruner, W. Czarnocki, M. Jakowicki, T. Kopeć, W. Melanowski, S. K. Pieńkowski, E. Reicherówna, J. Rogoziński, M. Semerau-Siemianowski, S. Sterling-Okuniewski, F. Venulet, F. Wojciechowski. Redaktor: S. Sterling-Okuniewski (Warszawa, Marszałkowska 41.). Sekr. Komit. Redakc.: E. Reicherówna (Warszawa, Królewska 31).

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie urządza cykl odczytów o układzie współczulnym. Porządek wykładów jest następujący: 24. XI. J. Koelichen. — Anatomja układu współczulnego. L. Skubiszewski. — Anatomja patologiczna układu współczulnego. 1. XII. J. Modrakowski. — Fizjologja i farmakologja układu współczulnego. Z. Górecki. — Wstrząs anafilaktyczny a układ współczulny. 15. XII. E. Reicherówna. — Znaczenie układu współczulnego w chorobach wewnętrznych. J. Węgierko. — Znaczenie układu współczulnego w chorobach przemiany materji. 22. XII. J. Kołodziejski. — Obecny stan chirurgji nerwu współczulnego.

Lwów.

Pierwszy Zjazd Okręgowy Lekarzy szkolnych i wychowawców fizycznych, zwołany został przez Tow. nauczycieli szkół wyższych na 6—8 grudnia b. r. Zjazd został zorganizowany przez Sekcję higjeniczną i wychowania fizycznego tegoż Towarzystwa. W programie Zjazdu są referaty pp. prof. dra E. Piaseckiego, Germanówny, Karwińskiego, Świerczyńskiego, dr. Chrapka, T. Dręgiewicza, dr. Kilara i Fr. Kapałki.

Wilno.

Stodwudziestolecie istnienia będzie obchodziło uroczyście Towarzystwo lekarskie wileńskie dnia 13 grudnia b. roku.

Z kraju.

Preliminarz budżetowy na rok 1926 przewiduje z naszych uzdrowisk państwowych czysty dochód w kwocie 1,365.090 złotych. Suma ta ma być inwestowana w rozbudowę Krynicy, Ciechocinka i Buska. Czwarte uzdrowisko państwowe, Szkło koło Lwowa pozostaje na razie w stanie biernym.

Ciechocinek.

Frekwencja w sezonach 1925 roku wyniosła 12 800 osób. W roku bieżącym będzie skończony wodociąg, pobudowany kosztem 1,000.000 złotych. Projektowane inwestycje w ciągu najbliższych lat. Wiercenie źródła Nr. 14, w celu otrzymania gorącej solanki. Pobudowanie nowego pawilonu przy łazienkach Nr. 3, dla kąpieli borowinowych fasonowych i borowinowych okładów. Przeprowadzenie rurociągu w celu sprowadzenia 1/3% radioczynnej solanki z artezyjskiego źródła Nr. 8 do pijalni pod galerją w głównym parku. Urządzenie parku sokolego, dokończenie pola sportowego i dokończenie parku tężniowego. Osuszenie doliny Ciechoc. i rozdzielcza kanalizacja Ciechocinka. Instalacja kanalizacji w istniejących budynkach. Dom Zdrojowy wraz z hotelem z jednej strony i łazienkami z drugiej, połączonych korytarzem. Osobny budynek, przeznaczony wyłącznie dla fizykalnego leczenia i mieszczący na dole oddział wodoleczniczy i oddział elektroleczniczy, a na piętrze oddział inhalacyjny i zanderowski instytut wraz z wewnętrznem urządzeniem. Uporządkowanie dróg i parków, oraz urządzenie przy stawach nowego parku ludowego. Pobudowanie hali targowej z chłodnią. Pobudowanie nowego pawilonu na 100 gazowych wanien. Urządzenie centralnego oświetlenia elektrycznego z przeprowadzeniem podziemnych kabli. Pobudowanie 4-ch galeryj spacerowych w parkach, w celu schronienia publiczności w czasie niepogody. Urządzenie plaży nad Wisłą.

Preliminarz budżetowy Komisji Zdrojowej obejmuje w dochodach i wydatkach po 274,830 zł.

Krościenko n. Dunajcem.

Frekwencja gości w sezonie 1925 nie dopisała, albowiem w roku przeszłym było osób zwyż 1000, tego roku zaledwie 640. Zarząd wystawił willę — pensjonat, w której na obecny sezon przyjmuje gości. Opieka lekarza zapewniona. Rozpoczęto budowę drugiego pensjonatu obliczonego na umieszczenie 100 osób.

Krynica-Zdrój.

Frekwencja Krynicy wzrosła w stosunku do roku 1924 z 15,535 w roku bieżącym na 18,437 osób.

Z nowych inwestycyj, poza pokryciem dachem nowych łazienek, wprowadzono zmianę w przygotowywaniu kąpieli borowinowych ze systemu ręcznego na maszynowy. Jest to początkiem przebudowy łazienek borowinowych. W roku 1925 dowiercono się w dwu nowych szybach szczawy żelazistej z dużą ilością bezwodnika węglowego. Ilość dobowa obu tych nowych źródeł da wody na 400 kąpieli dziennie.

W roku 1926 zostaną w czerwcu oddane do użytku publicznego nowe łazienki mineralne. Nadto kanalizacja całego zdrojowiska zostanie ukończoną. Droga zakładowa zostanie wyasfaltowaną, system podawania wody Zubera zostaje zmieniony przez powiększenie ubikacyj i okien do wydawania wody gratisowej. Komisja zdrojowa objęła budżetem naprawę chodników w większym stylu i nabycie wozu automobilowego do skrapiania ulic. Przy przebudowie krytego deptaku ma Zarząd zdrojowy zamiar zorganizować napełnialnię wód mineralnych i handel niemi. Gmina w bieżącym roku buduje kosztem 150.000 zł. dużą, centralnie ogrzaną halę targową, gdzie będzie skoncentrowany handel owocami, jajami, jarzynami i t. p. obok całego szeregu różnych sklepów. Podnieść należy łatwość dozoru sani

tarnego przy tego rodzajuześrodkowaniu ruchu spożywczego. Sezon zimowy zapowiada się bardzo dobrze. Większy zjazd gości spodziewany jest po 1 grudnia. Budżet Komisji Zdrojowej na rok 1926 zamyka się kwotą 292,000 zł.

Lubień Wielki (pod Lwowem).

Frekwencja w r. 1925 wyniosła 2.000 osób. Wydano kąpieli 50.000. Oprócz lekarza zakładowego Dr. Wł. Podsońskiego ordynowało 5 lekarzy. Łazienek siarczanych i borowinowych urządzonych z pełnym komfortem było 60. W r. 1925 uruchomiono emanatorjum radowe, prócz tego były czynne: wziewalnia par siarczanych systemu Bullinga, zakład Zanderowski, elektro- i helioterapja. Wszystkie źródła siarczane znajdują się już obecnie w ręku właściciela zakładu. W r. 1925 prowadzono w dalszym ciągu regulację rzeki Wereszycy od Komarna ku górnemu biegowi tak, że już wkrótce i Lubień będzie miał uregulowaną Wereszycę a w następstwie tego będzie można przystąpić do drenowania.

W zimie b. r. zakład buduje leżalnię dla przyjeżdżających ze Lwowa celem wypoczynku po kąpieli przed odjazdem. Zakład ma 4 domy mieszkalne z 70 pokojami; w jednym z nich pensjonat. Rozbudowa domów murowanych prywatnych na wsi postępuje z każdym rokiem. W r. 1925 zaprowadzono oświetlenie elektryczne w całym zakładzie.

Rabka.

Frekwencja gości w sezonie 1925 wynosiła 8.337 osób. Wybito 2 nowe szyby solankowe, rozszerzono elektrownię i oświetlono gminy Rabka i Słone, wybudowano halę targową o 14 sklepach. W toku rozszerzenie sieci wodociągowej tak, ażeby zaopatrzyć w wodę wodociągową około 300 domów.

Truskawiec.

W sezonie tegorocznym wykazał Truskawiec frekwencję o paręset osób niższą, niż w roku zeszłym. Złożyły się na to: ciężkie położenie ekonomiczne w kraju i panujące przez całe lato deszcze.

Wśród chorych przeważają, jak zwykle: różne postacie dny i gośćca stawowego, schorzenia serca i naczyń, choroby nerek, pęcherza i przewodu pokarmowego. Ilość przypadków cierpień wątroby i cukrzycy stale z ro'u na rok w zdrojowisku wzrasta. Z urządzeń tegorocznych podnieść należy: zaprowadzenie leczenia diatermją i lampą kwarcową, zakupno nowych wanien porcelanowych dla łazienek I klasy, oddanie do użytku kilku nowych wilij, zaprowadzenie stałej kontroli lekarskiej przy źródłach i w łazienkach. Laboratorjum chemiczno-bakterjologiczne »Serovac« (filja lwowskiego Zakładu) funkcjonowało przez cały sezon. Zamierzone jest w zdrojowisku wprowadzenie sezonu zimowego, a również roboty przygotowawcze do wierceń za nowemi źródłami są w pełnym toku.

Zakopane.

Dnia 3 listopada otwarto w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Lecznicę Nauczycielstwa Polskiego. Wspaniały gmach czteropiątrowy na stokach Gubałówki urządzony jest wedle ostatnich wymogów klimatoterapji. Także Lecznica im. Dłuskich na Gubałówce otwarta będzie tej zimy po dwuletniej przerwie. Budżet zakopańskiej Komisji uzdrowiskowej osiągnie w r. 1926 kwotę 292,000 zł.

Ze świata.

Wiedeńskie uniwersyteckie kursy lekarskie dają w swych ramach sporo miejsca **fizjoterapji.** Na rok wykładowy 1925/26 zapowiedziane są wykłady Doc. Dr. Liebesnego (Physikalische u. physiologische grundlagen der Licht- u. Hochfrequenztherapie), Doc. Freunda (Physikalische Therapie innerer Krankheiten), Prof. Strassera (Hydrotherapie innerer Erkrankungen), Fuhs'a (Stahlentherapie der Hautkrankheiten), Doc. Steina (Physikalische Heilmetoden bei Behandlung der Hauptkrankheiten), Prof. Volka (Lichtpathologie u. Lichttherapie in der Dermatologie).

W zdrojowisku Kissingen odbył się z początkiem września b. r. Zjazd Niemieckiego Związku właścicieli Drukarń. Krótki, wspaniale wydany pamiętnik Zjazdu zawiera wstęp, opisujący Kissingen jako zdrojowisko i tłumaczący cel, jaki przyświecał organizatorom Zjazdu. Oto zebranie w zdrojowisku w czasie poza tłumnym sezonem letnim, daje uczestnikom Zjazdu jaknajściślejsze zbliżenie towarzyskie obok komfortu i bardzo umiarkowanych (z góry umówionych) cen pobytu. Nie dodano, że taki Zjazd stanowi też doskonałą reklamę dla uzdrowiska. Widać to z kart pamiętnika, ozdobionych wspaniałemi rycinami z Kissingen. W Niemczech zwoływanie Zjazdów lekarskich, zawodowych i politycznych do uzdrowisk wchodzi po wojnie coraz bardziej w zwyczaj z wielkiemi korzyściami tak dla uczestników, jak i dla zdrojownictwa. Wartoby raz już i u nas o tem pomyśleć, zwłaszcza, że ambicje goszczenia Zjazdów przez większe nasze miasta już niebawem będą zaspokojone a Zakopane, Krynica, Ciechocinek już dziś mogłyby pomieścić z łatwością tłumne Zjazdy.

Nr. 50. 13. grudnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Stodwadzieścia lat upływa od chwili, kiedyto dwaj najsławniejsi na ziemi wileńskiej lekarze, Józef Frank i Jędrzej Śniadecki, powzięli myśl założenia w Wilnie pierwszego w Rzeczypospolitej Towarzystwa lekarskiego. Wtedyto na pierwszem posiedzeniu inauguracyjnem Towarzystwa wygłosił Śniadecki, chluba Wszechnicy wileńskiej, odczyt „O pożytkach, jakie powszechność z zaprowadzenia towarzystw lekarskich odnosić może“.

Bystry umysł Śniadeckiego zrozumiał należycie już wówczas znaczenie doniosłe istnienia zrzeszeń, które, rozsiane potem po wszystkich ziemiach polskich, gorliwie i pracowicie podtrzymywały i podtrzymują, krzewiły i krzewią zdobycze wiedzy przyrodniczo-lekarskiej, a jako wytrwałe strażnice nauki i etyki lekarskiej trzymały i trzymają wysoko sztandar kultury polskiej.

W najcięższych chwilach bytu narodowego było też Towarzystwo lekarskie wileńskie niewzruszoną jego warownią i ostoją wierną.

Dziś, gdy mija dwanaście lat dziesiątek od powstania pierwszego Towarzystwa lekarskiego w Polsce, z czcią zwraca się myśl w te dawne i chlubne czasy, z pietyzmem przewraca ręka karty historji Wszechnicy i ściśle z nią związanego Towarzystwa lekarskiego wileńskiego i tych mężów, którzy po dziś dzień nieprzestali być wzorem obywatela i lekarza.

Dziś po latach studwudziestu istnienia Towarzystwa lekarskiego wileńskiego polski świat lekarski święci dzień założenia tego najstarszego w Rzeczypospolitej Towarzystwa lekarskiego, a, uznając Jego pełną zasług działalność wiekową, składa Mu hołd i życzenia, by wśród lepszych, niż dawniej, warunków i bytu narodowego podtrzymywało nadal Swą piękną i chlubną tradycję i by nadal tam na Kresach było wytrwałą, jak ongiś, strażnicą kultury i ducha polskiego.

N.

Z powodu jubileuszu Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego.

(1805—1925).

Stolica Litwy — Wilno, od chwili wcielenia przez Jagiełłę na wieczyste czasy do Polski w r. 1385 w myśl zobowiązania, opiewającego, według oryginalnego brzmienia tekstu łacińskiego, „*terras suas coronae regni poloniae perpetuo applicare*“, stanęło odrazu w blasku wyłącznej kultury polskiej.

Sto dwadzieścia lat mija 12. grudnia b. r., kiedy powstało w Wilnie pierwsze w Rzeczypospolitej Polskie Towarzystwo Lekarskie. Dziś więc Wilno obchodzi uroczyście tę wiekopomną i dla dziejów kultury polskiej chwilę brzemienną.

Sto dwadzieścia lat istnienia Towarzystwa, które rozwinęło działalność niezwykle płodną, twórczą i wielostronną — to niezwykle ciekawa stronica z historji wysiłków kilkunastu pokoleń, dążących do jednego wielkiego celu — służenia Nauce i Ojczyźnie. Jak rozwój umysłowy i kulturalny ludzkości przechodzi rozmaite okresy, tak również nowozałożone Towarzystwo, które było wyrazem zbiorowej myśli ludzkiej, musiało przebywać różne koleje; koleje te były tak różne, jak różne i wielostronne były czynniki zewnętrzne na niego wpływ mające. Najważniejszemi były warunki polityczne, które stawiały Towarzystwu Wileńskiemu w XIX. wieku na każdym kroku niesłychane przeszkody w pracy kulturalnej.

Niemniejsze znaczenie dla rozwoju nauki rodzimej mają wyższe szkoły własne i warsztaty naukowe. Tam, gdzie ich niema, nie może kwitnąć nauka i umiejętność, tam rzadko tylko pojawiają się prace oryginalne, tam też zwykle

nauka obca orze, zasiewa i zbiera plony swej pracy. Te trudne okoliczności zewnętrzne tłumaczą ilościowy dorobek naukowy Towarzystwa Wileńskiego, który jednak, mimo wszystko, w najkrytyczniejszych chwilach naszego bytu politycznego było zawsze widomą oznaką, że „jesteśmy i trwamy“. Zwinięcie Uniwersytetu i zamknięcie następnie Akademji Medyko-Chirurgicznej w Wilnie oraz zapędy rusyfikatorskie, usiłujące wprowadzić język obcy do urzędowych sprawozdań naukowych, nie potrafiły złamać i wypaczyć idei, która skłoniła ludzi sercem i umysłem wielkich, obdarzonych wyjątkową intuicją przewidującą, do założenia Towarzystwa lekarskiego w Wilnie. Jeden z współzałożycieli tego Towarzystwa, K. Wagner, na posiedzeniu uroczystem półwiekowego jubileuszu powstania Towarzystwa przemówił w te słowa: „Pod zaszczytną opieką znakomitego niegdyś w całej Europie, hojnie uprzywilejowanego i uposażonego Uniwersytetu, Towarzystwo nasze założyło pierwszy kamień węgielny, pierwszy, mówię, w roku 1805 grudnia 12-go dnia, zarodek bytu i działalności swoich“[1]).

A dalej czytamy, że „pierwszy, iż tak rzeknę, szczęśliwy pomysł założenia Cesarskiego Towarzystwa Medycznego Wileńskiego, winniśmy, jak wiadomo, niezmordowanej gorliwości miłośnikowi Nauki Medycyny, ś. p. Profesorowi Józefowi Frankowi. Na pierwsze jego o tym projekcie hasło, jakby jednym ożywione duchem, jakby iskrą elektryczną, przejęte serca uczonych jego Kolegów, zjednoczyły się zgodnie do tak chwalebnego celu“[2]). Pierwszy historyk Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego, prof. A. Adamowicz, podaje, że „piętnaście osób, przystępujących chętnie do spełnienia tego zamiaru, stało się założycielami Towarzystwa, a mianowicie Becu, Braun, Eneholm, Józef Frank, Gutt, Heimann, Liboschütz, Lobenwein, Matusewicz, Szlegel, Śniadecki, Spitznagel, Wagner i Wolfgang. Tym sposobem powstało najdawniejsze z Towarzystw lekarskich w całej Rosyi i Polsce“[3]). „Pierwszym Prezesem był sławny nasz lekarz i chemik Jędrzej Śniadecki, wice-prezesem Profesor Anatomji Andrzej Lobenwein, a sekretarzem Józef Frank, który się dobrowolnie na dwunastoletnie pełnienie tego trudnego obowiązku poświęcił; następnie był trzykroć Prezesem, zawsze zaś najczynniejszym i najgorliwszym członkiem“[4]).

Wł Zahorski w obszernej monografji „Zarys Dziejów Cesarskiego Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie“[5]), zalicza jeszcze do wymienionych członków prof. Brioteta, który, będąc nieobecnym, nie mógł podpisać się na projekcie ustawy. Dwunastego grudnia 1806 r. odbyło się uroczyste publiczne otwarcie Towarzystwa w bibljotece Uniwersytetu. Po zagajeniu przez gubernatora, prof. Becu odczytał ustawę, a następnie prof. J. Śniadecki wygłosił wykład p. tyt.: „O pożytkach, jakie powszechność z zaprowadzeń Towarzystw Lekarskich odnosić może“. L. Lobenwein: „O przesądach, panujących względem zaszczepiania wakcyny“ i J. Frank: „O zakładach naukowych Wileńskich“. Następnie wszystkim obecnym rozdano odbitki ustawy Towarzystwa, drukowane w języku polskim i francuzkim.

Posiedzenia odbywały się raz na miesiąc, a w przypadkach nadzwyczajnych, szczególnie w razie wybuchu epidemji, zwoływano posiedzenia nadprogramowe, bowiem nie było ani jednej klęski narodowej, ani jednej epidemji w kraju, nad którąby się Towarzystwo nie naradzało, opracowując stosowne wskazówki i śpiesząc zawsze z czynną pomocą dla ulżenia cierpiącym. Zwłaszcza lata wojen Napoleońskich obfitowały w groźne ipidemje, dochodząc swego szczytu w strasznym roku dwunastym, w którym to roku tysiące trupów cofającej się i ściganej armji francuzkiej zaległy ulice i okolice Wilna. 7 grudnia 1812 r. nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa naradzało się nad wyszukaniem sposobów rychłego zbierania z ulic trupów i ich grzebania.

Z wyników prac naukowych Towarzystwa wymienić należy przedewszystkiem obalenie mylnych i szkodliwych teoryj Browna i Broussais, które wszechwładnie podówczas panowały w całej Europie. Dopiero gorące spory i różne wykłady członków Towarzystwa doprowadziły do wykrycia prawdy istotnej.

System Browna odznacza się prostotą. Choroby podzielone zostały na steniczne i asteniczne. Wystarczy zatem postawić rozpoznanie, aby odrazu rozporządzać też zupełnie pewnemi wskazaniami teraupetycznemi[6]).

System Broussais opierał się na twierdzeniu, że wszystkie choroby zależą od podrażnień błony śluzowej kiszek. „Irrytacja i inflamacja“ kiszek były kluczem całej medycyny, kamieniem zaś filozoficznym — pijawki i puszczanie krwi (W. Zahorski). Genjalne wyjaśnienia Jędrzeja Śniadeckiego obaliły również i tę teorję.

W rozpowszechnieniu szczepień ochronnych przeciw ospie w kraju niemałe zasługi położyło młodociane Towarzystwo, wpajając w ludność miejscową żywem słowem i zapomocą prasy zasady najszerzej pojętej higjeny. Higjena szkolna była również żywo omawiana. Badania nad krajowemi bogactwami przyrodzonemi i wodami mineralnemi były ulubionemi tematami rozpraw członków Towarzystwa, któremu w zupełności przypada zasługa odkrycia i zbadania zdrojowisk w Birsztanach, Druskienikach i Stokliszkach. Ono też zapoczątkowało badania naukowo-statystyczne na Litwie.

Rok 1819 zaznaczył się w dziejach Towarzystwa utworzeniem Wydziału farmaceutycznego, dzięki któremu w kraju tak wysoko rozwinęła się wiedza farmaceutyczna.

W r. 1855 Towarzystwo Wileńskie obchodziło najuroczyściej jubileusz półwiekowy, na którym zawiadomiono o rozpisaniu konkursu na pracę o kołtunie z wyznaczeniem nagrody w sumie 500 rs. Prace konkursowe pogrzebały raz na zawsze sporne zagadnienie kołtuna.

Sztandaru etyki lekarskiej strzegło Towarzystwo najtroskliwiej, a historyk Jubilata Zahorski twierdzi, że „naprożnobyśmy szukali jakichś walk, lub sporów osobistych, jakichś spraw, niemających związku z zadaniem Towarzystwa“.

Jednym z najbardziej zasłużonych członków Wileńskiego Towarzystwa był niewątpliwie prof. A. Adamowicz, który obierany był na godność prezesa 30 lat z rzędu. On też zapoczątkował urządzenia bogatych zbiorów naukowych, nadając w latach popowstaniowych cały kierunek naukowy w życiu Towarzystwa. Przeglądając spis byłych członków, znajdujemy w nim szereg sławnych imion. Uczeni ci zagraniczni żywo interesowali się życiem Wileńskiego Towarzystwa i przysyłali prace swoje z prośbą o zaszczycenie ich przez przyjęcie do grona członków. Niektórzy zaś, jak prof. chirurgji z Wenecji Pajola, wygłosił nawet w Towarzystwie Wileńskiem wykład „O wycięciu guza tłuszczowego uda“; Bertrand L., lekarz wojsk francuzkich, wypowiedział: „Mémoire sur l'épidémie, qui a regné en Lithuanie de l'an 1812“. Inni, jak n. p. prof. Mudrow z Moskwy, brał żywy udział w dyskusjach na posiedzeniach Towarzystwa Wileńskiego.

W końcu nie można pominąć milczeniem faktu, że z łona Wileńskiego Towarzystwa powstało, zdaniem prof. A. Wrzoska[7]), pierwsze ściśle naukowe czasopismo polskie, bowiem nie można za takie uważać warszawskiego

---

[1]) Praktyczne postrzeżenia niektórych lekarzy zebrane przez A. Adamowicza. Wilno. Nakładem Józefa Zawadzkiego. r. 1862, str. 132.
[2]) Idem. str. 133.
[3]) Idem. str. 119.
[4]) Idem. str. 120.
[5]) Pamiętn. T-wa Warsz. r. 1897.
[6]) S. Trzebiński. Brownizm w świetle pamiętników Franka. Arch. Hist. i fil. Med. T. I. zesz. II.
[7]) Przegląd Lek. r. 1911. Nr. 28., str. 438.

„Dziennika Zdrowia", który był w całem tego słowa znaczeniu czasopismem popularnem.

Ustawa Towarzystwa Wileńskiego przewidywała w IV. paragrafie, co następuje: „Czynności Towarzystwa ciągle w pewne czasy drukiem ogłaszane będą. Ustanowi się komitet z trzech obranych członków złożony, którego obowiązkiem będzie wybierać pisma, warte druku, i o tych dawać wiadomość Towarzystwu, które o wybranych pismach da wyrok; poczem tenże komitet zajmie się przywiedzeniem do skutku ogłoszenia czynności Towarzystwa".

W r. 1818 Towarzystwo wydaje pierwszy tom „Pamiętników Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego", które odrazu stanęło na wysokim poziomie naukowym, a jednocześnie z niem zaczął wychodzić „Pamiętnik Farmaceutyczny Wileński".

W r. 1821 Towarzystwo zaczęło wydawać, zamiast dwóch dotychczasowych czasopism, jedno tylko kwartalne p. t. „Dziennik medycyny Chirurgii i Farmacji". W celu zapewnienia dla nowego pisma materjału naukowego uchwalono, żeby każdy nowowstępujący kandydat przedstawiał *ad hoc* napisaną dysertację i dopiero po jej rozpatrzeniu Towarzystwo uchwalało, czy ubiegający się może zostać członkiem Towarzystwa. Polityczne warunki r. 1831 położyły kres temu wydawnictwu i dopiero energji prof. Adamowicza zawdzięczać należy, że gromadzący się materjał w archiwum Towarzystwa, został przez niego wybrany i wydany w 5 tomach p. tyt.: „Praktyczne najnowsze postrzeżenia niektórych lekarzy (r. 1846—1862)".

Bezwzględne zwalczanie przez Moskali kultury polskiej na Litwie po r. 1863 zadały niezawodnie cios także temu wydawnictwu. W r. 1896 Towarzystwo Wileńskie obchodziło uroczystość jubileuszową 90-lecia istnienia. Że sprawozdań oficjalnych miesięcznych wynika, że w końcu tego roku liczyło ono 247 członków, a w bibljotece swej posiadało 17.256 tomów, oraz 272 rękopisów, wśród których znajdują się pamiętniki prof. F. Franka.

W okresie popowstaniowym, aż do r. 1913, Towarzystwo zmuszone było ogłaszać sprawozdania urzędowe w języku rosyjskim, a nadto członkowie Dr. Boguszewski i M. Minkiewicz wydawali w r. 1913—1913 polskie pismo p. tyt. „Lekarz Wileński".

Odbudowa Uniwersytetu Stefana Batorego wpłynęła ożywczo na działalność i życie Towarzystwa lekarskiego. W tym też roku jubileuszowym Towarzystwo Wileńskie, wznawiając zwą tradycję dawną, powołało do życia „Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego". Pracowało tedy Towarzystwo Lekarskie Wileńskie w ciągu przeszło wieku nie tylko samoistnie, ale dzięki takim członkom, jak Jędrzej Śniadecki, Józef Frank, Bojanus i wielu innych, przyczyniało się hojnie do postępu i rozwoju nauki polskiej i światowej podnoszenia kultury narodowej, a echo tej pracy nie szło tylko po ziemiach polskich, ale sięgnęło daleko poza rubieże Rzeczypospolitej.

W. Janusz (Lwów).

Prace oryginalne

Dr. Stanisław LASKOWNICKI, Lwów.
asystent Kliniki chirurgicznej.

O powiększaniu się ilości cholesteryny we krwi pod wpływem różnych bodźców i o jej związku z uodpornianiem się organizmu *).

Z pracowni Prof. Danysza (Instytut Pasteura).

Zakażenie i obrona organizmu przed niem, ten zawiły proces biologiczny jest wciąż tematem usilnych badań doświadczalnych i podłożem coraz to nowszych teoryj.

Jak zwalczać bezpośrednio zakażenie działając na drobnoustroje znajdujące się w organiźmie żywym, jak zwalczać je pośrednio przez wzmożenie sił obronnych organizmu, względnie jak ulepszyć metody już do tego celu służące, — oto problemy szukające wciąż rozwiązania. Sztuczne wzmożenie sił obronnych organizmu chorego jest dziś jednym z najpoważniejszych działów lecznictwa nowoczesnego. Proteinoterapja, leczenie wstrzykiwaniami wyciągu z chrząstek stawowych (Sanartrit), wstrzykiwaniami ropy, terpentyny, szczepionek, surowic, wreszcie t. zw. autohemoterapja, spełniająca to samo zadanie, które spełniały dawniej tak często, zwłaszcza u nas, stosowane bańki — oto metody leczenia polegające na podrażnieniu ustroju do obrony przed zakażeniem.

Możność usunięcia zakażenia malarycznego zapomocą chininy, pierwsze uleczenia pozorne przymiotu salvarsanem, niezaprzeczony wpływ szkodliwy optochiny dla pneumokokków w organiźmie, stały się bodźcem do dalszych badań nad możliwością zniszczenia i innych drobnoustrojów bez uszkodzenia samego ustroju. Powstało marzenie o „terapia sterilisans magna", marzenie, które się nie spełniło; wynaleziono szereg środków, które po krótkim już czasie okazały się niespełniającemi swego zadania i właśnie teraz, kiedy od myśli tej odwracają się wszyscy prawie, kiedy Much pisze, „że piękny sen o terapia sterilisans się już prześnił". Joung znajduje nowy środek merkurochrom, którym w znacznej liczbie przypadków powoduje wyleczenie z ciężkiego zakażenia gronkowcowego lub paciorkowcowego — zakażeń, jak dotychczas na wszystkie środki odpornych.

Jak widzimy nie ustają poszukiwania dalej w dwu kierunkach. Wynalezienia środka zabijającego drobnoustroje w organiźmie żywym — wynalezienia środka, któryby odpowiednio pobudzał organizm do obrony.

Zdolność obronna ustroju przed zakażeniem wiąże się ściśle z odpornością jego.

Organizm żywy posiada pewną odporność na zakażenia, odporność wrodzoną, nieswoistą, sprawiającą, że komórki ustroju na każde zakażenie w mniejszym lub większym stopniu oddziałują, broniąc się przed szkodliwem jego działaniem.

Ta wrodzona odporność ustroju na zakażenie — tak miejscowa, jak i ogólna jest wykładnikiem sił obronnych zawartych w osoczu (siły humoralne) i sił, jakiemi dysponują komórki (siły komórkowe) — te siły razem wzięte dają organizmowi większą lub mniejszą zdolność obrony.

Ustrój broni się przed zakażeniem najpierw miejscowo przez wzmożenie leukocytozy na miejscu zakażenia i przez wysięk surowiczy tkanki zakażonej i jej najbliższej okolicy, co objawia się na zewnątrz zaczerwienieniem i obrzękiem, dwiema najbardziej charakterystycznemi cechami t. zw. zapalenia. To zapalenie jest odczynem miejscowym, broniącego się organizmu.

Przy jadowitości drobnoustrojów zakażających, a słabej zdolności obrony ze strony organizmu, dalsza walka odbywa się w naczyniach i gruczołach chłonnych — wreszcie we krwi, co daje już odczyn ogólny w postaci dreszczów, gorączki i zwiększonej leukocytozy.

Jeżeli przyglądniemy się sprawie obrony organizmu w oświetleniu lat ostatnich, to stwierdzić łatwo możemy, że nastąpiło pewne przegrupowanie się pojęć o obronie i odporności organizmu.

Fagocytoza nie wydaje się już dziś podstawą i jedną z najważniejszych sił obronnych ustroju, za jaką ją uważał Miecznikow; przekonania co do skuteczności tego zja-

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu lwowskiego Tow. lekarskiego dnia 1925.
Rzecz przedstawiona przezemnie w skróceniu na posiedzeniu Soc. de Biologie w Paryżu dnia 26 lipca 1924.

wiska we walce z drobnoustrojami, zostały dziś mocno osłabione.

Levaditi na podstawie swych doświadczeń nad fagocytozą paciorkowców dzieli fagocytozę na 4 fazy:

Pierwszą fazą tego zjawiska jest przyczepianie się paciorkowców do ciałka białego (phase d'attachement). Ciałko białe zostaje oblepione wielką ilością drobnoustrojów — zjawisko to uważa Levaditi za czysto fizyczno-chemiczne, niezależne od tego, czy ciałko białe jest żywe, czy nie. Druga faza, to faza wchłaniania drobnoustrojów w ciałko białe (phase d'englobement) — jest to akt leukocyta tylko przyżyciowy — (vital). Fazę trzecią stanowi działalność drobnoustroju wewnątrz protoplazmy ciałka białego. Od siły leukotoksycznej, od jadowitości paciorkowca z jednej strony, od odporności ciałka białego z drugiej strony, zależy wynik walki. Jeżeli ciałko białe okaże się odpornem na leukotoksynę, wydzieloną przez paciorkowca sfagocytowanego — następuje faza czwarta — strawienie drobnoustroju przez ciałko białe. Jak widzimy z tego, samo pochłonięcie drobnoustroju przez ciałko białe nie jest równoznaczne ze śmiercią drobnoustroju. Także i Much uważa fagocytozę za czynnik wielce niepewny w walce ustroju ze zakażeniem. I tak n. p. znanem jest, że w ropie gonokokkowej drobnoustroje prawie wszystkie znajdują się wewnątrz-komórkowo, sfagocytowane, pomimo tego jednak ropa ta jest silnie zakaźna.

Okazało się dalej, że pochłonięte meningokokki, paciorkowce i łańcuszkowce wcale zabite nie zostają. Udowodniono, że prątki Kocha i prątki trądu również nie zostają zabite ani strawione przez ciałka białe, wewnątrz których się znajdują; co do prątków trądu rozważa się nawet możliwość rozmnażania się ich wewnątrz ciałek białych. Drobnoustroje nawet pomimo, że ulegają widocznym zmianom wewnątrz komórek (prątki Kocha) i tracą nawet swą zdolność barwienia się — nie zostają zabite i nie tracą czasem nic ze swej jadowitości.

Widzimy z tego, że intenzywność fagocytozy jako czynnika obronnego organizmu oraz jej skuteczność w walce z zakażeniem zależną jest od stopnia jadowitości drobnoustrojów i od siły czynnika zapomocą którego drobnoustroje walczą z ciałkami białemi (leukotoksyny) z jednej strony, z drugiej strony prawdopodobnie zależną jest i od stanu, w jakim ciałka białe się znajdują, od ich mniejszej lub większej żywotności, a co zatem idzie od mniejszej lub większej siły obronnej.

Z moich doświadczeń nad zakażeniem paciorkowcowem u myszy, gdzie w okolicy zakażenia wywoływałem sztucznie hiperleukocytozę zapomocą kwasu nukleinowego wynika, że hiperleukocytoza w okolicy zakażenia zanadto gwałtownie powstała, jest raczej czynnikiem sprzyjającym, ułatwiającym rozprzestrzenienie się zakażenia w ustroju. Ciałka białe wchłaniają wprawdzie paciorkowce, unoszą je jednak ze sobą do krwi, gdzie prawdopodobnie często giną pod wpływem fermentu leukotoksycznego, wydzielanego przez jadowitego paciorkowca i kto wie, czy wówczas nie stają się nawet dla drobnoustroju pożywką.

W ostatnich czasach przypisują różni badacze znaczne zdolności obrony tkankom stałym organizmu; głównie tkankom stałym przypisuje Much odporność organizmu na zakażenie raz przebyte.

Z tkanek stałych wielkie znaczenie we walce z drobnoustrojami mają przedewszystkiem komórki śródbłonka; komórki te znajdujemy często we wysiękach jam surowiczych, napełnione sfagocytowanemi drobnoustrojami.

Z tkanek stałych biorą udział we walce z zakażeniem komórki śródbłonkowe naczyń, błon surowiczych, komórki śródbłonkowe utkania siateczkowego śledziony, szpiku kostnego i gruczołów chłonnych, wreszcie wielką rolę w tej walce odgrywają wedle Mucha komórki tkanki łącznej podskórnej i skóry; wiemy o tem, że choroby, w których znaczna część walki z zakażeniem odbywa się w skórze (ospa, szkarlatyna, odra, dur osutkowy) wywołują silną i długotrwałą odporność ustroju na zakażenie.

Wspomnieć w końcu trzeba o tkance ziarninowej, tej niezłomnej barjerze organizmu przed zakażeniem względnie rozprzestrzenieniem się go w głąb.

Organizm żywy broni się także zapomocą sił zawartych w osoczu krwi. Tu należą aleksyny Buchnera, bakterjolizyny, cytolizyny, aglutyniny i w końcu opsoniny, które czy to drażniąc ciałka białe, czy też osłabiając drobnoustroje powodują zwiększenie się fagocytozy.

Much dzieli siły obronne ustroju zawarte we krwi na dwie grupy:

1) Ciała rozpuszczone we krwi niewiadomego pochodzenia, t. zw. siły humoralne; 2) ciała rozpuszczone we krwi pochodzenia leukocytarnego — t. zw. siły leukocytarne lub plazmatyczne.

Co do ciał grupy pierwszej wyraża Much przypuszczenie, że są one wytworem komórek stałych organizmu. Ciała grupy drugiej pochodzą z komórek ruchomych, zawarte są w plazmie krwi t. j. we krwi nieściętej, nieodwłóknionej (nazywa je dlatego też ciałami plazmatycznemi) — uwolnionej jednak od elementów morfotycznych — w przeciwieństwie do ciał humoralnych, które znajdują się także i we krwi skrzepłej, a mianowicie: w osoczu. Plazma odróżnia się od osocza tem, że zawiera fibrynogen, który wedle przypuszczenia Mucha jest wytworem leukocytów.

Much, wraz ze swymi uczniami stwierdził, że niektóre drobnoustroje ulegają siłom humoralnym, inne znów siłom plazmatycznym. I tak n. p. jadowite paciorkowce zostają zabite przez siły plazmatyczne — natomiast w osoczu krwi rozmnażają się. Prątki tyfusu i paratyfusu A. zostają przez jedne i drugie siły zniszczone, natomiast prątek paratyfusu B. zachowuje się przeciwnie jak paciorkowiec — ginie w osoczu, rozmnaża się zaś w plazmie. — Różne szczepy prątka okrężnicy zachowują się rozmaicie, jedne zachowują się podobnie jak paciorkowce, inne jak prątek tyfusu, inne znów podobnie jak prątek paratyfusu B.

Wszystkie te ciała razem wzięte tworzą odporność wrodzoną organizmu niezdecydowaną (unbestimmte Immunität).

Przyroda tych ciał jednak, ich skład chemiczny, a często i pochodzenie nie są jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Sprawę tę rozjaśnia nieco Much swojemi doświadczeniami. Much wykazał mianowicie: że przez odpowiednie przygotowanie ciał drobnoustroju uzyskujemy z nich ciała białkowe, ciała tłuszczowe i ciała tłuszczowate (lipoidy). Ciała te nazwał „partialantigenami" i udowodnił, że każdym z tych częściowych antigenów można wywołać obronny odczyn ustroju. Przypuścić więc trzeba, że organizm broni się wytwarzając antiantygen również w postaci białka, tłuszczu i lipoidu.

Lipoidem, którego rola w obronie organizmu zdaje się być bardzo ważną, jest cholesteryna. Na podstawie badań Chauffard'a, Laroche'a i Grigot'a wiemy, że osocze krwi zawiera 1'50—1'80 gr. cholesteryny na litr. Rola, jaką odgrywa cholesteryna w ustroju jest przedmiotem licznych badań ostatniego 10-lecia. Co do ilości i zadania innych lipoidów zawartych w osoczu nie wiele jeszcze posiadamy danych. Chauffard na podstawie swych badań określa normalną ilość lecytyny na 1'15—1'40 gr. na litr osocza, tłuszczów obojętnych i kwasów tłuszczowych na 2'17—2'35 gr. na litr.

Doświadczenia Chauffarda i jego uczniów wykazały, że równolegle ze wzmożeniem się odporności ustroju po przebyciu chorób takich, jak zapalenie płuc, tyfus i t. p. następuje wzmożenie się ilości cholesteryny we krwi.

Fakt ten tłumaczyć można dwojako: albo cholesteryna, a prawdopodobnie także i inne lipoidy są chemiczną postacią pewnych ciał obronnych organizmu, albo też jest ona ciałem pośredniczącem w powstawaniu owych ciał obronnych.

W każdym razie prace Chauffarda wykazały niezbicie związek między ilością cholesteryny we krwi, a procesem uodporniania się organizmu. Ilość cholesteryny zwiększona w okresie zdrowienia wkrótce opada do normy — odporność natomiast trwa czas dłuższy. Ten fakt właśnie tłumaczą Rouzaud i Cabanis w ten sposób, że cholesteryna jest ciałem pomocniczem w tworzeniu się t. zw. anticiał i dlatego stale towarzyszy wszelkim procesom immunizacji organizmu.

Chauffard stwierdził, że ilość cholesteryny we krwi u człowieka zdrowego nie łatwo ulega wahaniom; wzmaga się lekko w ciąży i w okresie popołogowym i podczas miesiączki, pożywienie i praca fizyczna na ilość cholesteryny nie wpływają. Ilość cholesteryny nie zmniejsza się we krwi w zakażeniach lekkich, u osób gruźliczych niegorączkujących jest prawidłową, obniża się natomiast u gorączkujących. Najciekawszem jest zachowanie się cholesteryny w zakażeniach cięższych — w okresie gorączki jest ilość jej obniżona, po spadku gorączki i w okresie zdrowienia ilość cholesteryny we krwi się wzmaga.

Prace Chauffarda dały impuls do dalszych badań nad istotą cholesterynemji i jej stosunkiem do procesów biologicznych, toczących się w ustroju.

Marie wykazał, że cholesteryna wstrzyknięta do krwi królika wywołuje już po 24 godzinach wzmożenie zdolności zlepnej krwi królika.

Clevers stwierdził wahania się ilości cholesteryny we krwi w czasie wstrząsu anafilaktycznego. Parturier stwierdził zależność zawartości cholesteryny we krwi świnek morskich od ciepłoty, w jakiej przebywają. Ducuing, Rouzaud i Soula szukali związku między cholesterynemją a glikemją. Stwierdzono, że ilość cholesteryny we krwi wzrasta w starości i szukano związku między zjawiskiem tem, a procesem miażdżycowym tętnic.

Bardzo ciekawe doświadczenie przeprowadził Marie. Wykazał on, że cholesteryna surowicy normalnej nie przechodzi przez filtr Chamberlanda, o ile przechodzi to w tak małych ilościach, że po powtórnem przesączeniu zwykle już zupełnie udaje się nam ją z przesączu usunąć. Zupełnie jednak inaczej zachowuje się silnie czynna surowica przeciwdyfterytyczna i przeciwtetaniczna — cholesteryna zawarta w tych surowicach przechodzi prawie w całej ilości przez sączek, podczas, gdy znów cholesteryna surowicy mało czynnej po przesączeniu przez filtr Chamberlanda z przesączu znika.

Rouzaud i Cabanis zauważyli, że ilość cholesteryny zwiększa się po wstrzykiwaniach szczepionek. Danysz i Koskowski próbowali zastosować cholesteryne w leczeniu zapalenia mózgu u królików.

Jak widzimy z tego, ilość cholesteryny we krwi mogłaby być w pewnych przypadkach rodzajem miernika zdolności obronnych organizmu, albo też mogłaby służyć do skontrolowania jak też na środki przez nas stosowane, organizm oddziałuje.

Kontrola taka wydała mi się bardzo ciekawą w odniesieniu do t. zw. chemoterapji, którą dziś zalicza się raczej do działu określanego przez Niemców jako „Reiztherapie".

Wedle Mucha chemoterapja działać może 1) w ten sposób, że w ustroju następuje redukcja środka i powoduje powstanie chemicznego połączenia, które staje się w organiźmie bakterjobójczem, choć przedtem sam środek żadnego bakterjobójczego działania in vitro nie okazywał;

2) dany środek nie zabija drobnoustrojów, lecz jego obecność w organizmie przeszkadza ich rozmnażaniu się;

3) dany środek może działać drażniąco na tkanki ustroju, wzmacniając je (arsen) i powodując przez to żywszą obronę organizmu;

4) działaniem wzmocnionych tkanek zabite drobnoustroje powodują wzmożenie się odporności zdecydowanej (swoistej).

Najbardziej prawdopodobnem zwłaszcza w odniesieniu do takich środków, jak: jod, rtęć, bismut, wydaje się trzecie przypuszczenie, to też Much jest tego zdania, że chemoterapja działa podobnie jak proteinoterapja (unabgestimmte Reiztherapie) drażniąc organizm do obrony.

Działanie używanych w ostatnich czasach soli, miedzi i złota (Krysolgan) do leczenia gruźlicy, następnie działanie soli kobaltu, srebra, platyny powodujących znikanie nowotworów złośliwych u zwierząt w ten sam sposób wytłumaczyć należy.

Zjawisko, że zakażenie powoduje zwiększenie się ilości cholesteryny we krwi równocześnie ze wzmożeniem się odporności organizmu, fakt, że ilość cholesteryny wraca wkrótce do normy, odporność zaś pozostaje dalej tłumaczyć by można w następujący sposób: Zakażenie jest bodźcem powodującym obronę organizmu, który walczy z niem zapomocę sił wrodzonych (nieswoistych); ze wzmożeniem się tych sił idzie wzmożenie się ilości cholesteryny we krwi, po okresie zdrowienia następuje demobilizacja sił tych, równocześnie powraca i ilość cholesteryny do normy, pozostaje odporność organizmu swoista wywołana danym czynnikiem zakaźnym (wyrażająca się n. p. w zwiększonej zdolności zlepnej drobnoustrojów, które wywołały zakażenie).

Te wszystkie fakty, jak również fakt stwierdzony przez Walbuma, który wstrzykiwaniami chlorku magnezowego podwyższał siłę bakterjobójczą krwi zwierzęcej, skierowały mnie na drogę poszukiwań czy wstrzykiwania roztworów jodu nie powodują podrażnienia organizmu do obrony i związanej z tem hipercholesterynemji.

Chodziło mi o przekonanie się, czy środki drażniące ustrój takie jak jod, terpentyna w postaci wstrzykiwań, szczepionka nie wywołują także podwyższenia się ilości cholesteryny we krwi. Powiększenie się ilości lipoidów we krwi po wstrzykiwanach płynu Pregla, zawierającego małe ilości jodu obserwowali de Crinis i Mahnert co przytacza Pregl. Pracy de Crynisa i Mahnerta w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem, wobec tego jednak, że po wstrzykiwaniach płynu Lugola do ropni gruźliczych widziałem zawsze u chorych wyraźną poprawę ogólnego stanu, postanowiłem przeprowadzić badania nad tem, czy jod i wogóle środki drażniące organizm nie wywołują powiększenia się ilości cholesteryny we krwi.

Że jod jest środkiem drażniącym o tem wiemy dobrze; obraz jodzicy w postaci ostrego nieżytu dróg oddechowych u człowieka wywołany dużemi dawkami jodu, podrażnienie przewodu pokarmowego u królika objawiające się silnemi i wyczerpującemi organizm biegunkami, stwierdzają to jasno.

Jod jest bodźcem dla organizmu, chodzi tylko o to, by zastosować go w odpowiedniej dawce w myśl prawa Arndt-Schulza, które powiada, że silne bodźce porażają, średnie powstrzymują, słabe ożywiają, a całkiem słabe podrażniają działalność tkanek.

Przedstawię poniżej wyniki doświadczeń nad wahaniami się cholesteryny we krwi pod wpływem różnego rodzaju bodźców, bodźców, które wedle wszelkiego prawdopodobieństwa drażnią organizm do obrony — co stwierdzone zresztą zostało doświadczeniem klinicznem.

Doświadczenia robiłem w następujący sposób: wstrzykiwałem królikom 10—20 ccm. płynu Lugola, 2, 3, 4 i 5 razy, codzień lub w odstępach 2 lub 3 dniowych. Krew była badana przed pierwszem i po ostatniem wstrzyknięciem. Innym królikom wstrzykiwałem wodę jodową 1%-wy roztwór azotanu srebra, roztwór arszeniku, terpentynę, szczepionkę kontrolnym zwierzętom roztwór fizjologiczny soli kuchennej i wodę przekroploną *).

Króliki, którym wstrzykiwałem płyn Lugola w ilości 10 do 15 cm^3 zachowywały się następująco:

---

*) Obliczenia ilości cholesteryny we krwi metodą Grigot'a wykonywała p. Danysz-Michel. Doświadczenia te mają być może tem większą wartość, że p. Danysz nie wiedziała w jaki sposób i czem są traktowane króliki.

Królik Nr.	Ilość cholesteryny ‰ przed wstrzyknięciem	Ilość cholesteryny po wstrzyknięciu	Ilość wstrzyknięć
42	0·29	0·50 !	4 inj.
43	0·395	0·51 !	4 »
44	0·441	0·455	4 »
91	0·202	0·290	1 »
93	0·226	0·278	1
10	0·192	0·375 !	3 »
14	0·395	0·470	3 »
15	0·30	0·620 !	3 »
88	0·208	0·625 !	3 »

Jak widzimy z tego wstrzykiwania roztworu jodu wywołują wzmożenie się ilości cholesteryny we krwi. Około 40% zwierząt oddziałuje na jod powiększeniem się ilości cholesteryny we krwi dwu lub trzykrotnie.

Kilkakrotne wstrzykiwania podskórne(3—4 razy) wody jodowej (1 cm³ 5% nalewki jodowej na 100 cm³ wody) w ilości 10—15 cm³ wywoływały powiększenie się ilości cholesteryny we krwi królików, ale już nie tak znaczne, jak wstrzykiwania płynu Lugola n. p. ze 0'416 na 0'570, ze 0'27 na 0'375 i t. p.

Aby móc rozstrzygnąć czy zwiększenie się ilości cholesteryny we krwi nie zostaje wywołane utratą krwi pobranej do badania w ilości (5—6 cm³) dla królika nieobojętnej i związanego z tem pobudzenia narządów krwiotwórczych do żywszej czynności — przed serją wstrzykiwań brałem krew 2 razy do badania. Ażeby przekonać się, jak zachowuje się cholesteryna we krwi w jakiś czas po zaprzestaniu wstrzykiwań, pobierałem krew do badania kilkanaście dni po ostatniem wstrzyknięciu. Wyniki tych doświadczeń są następujące:

Królik 14. 30. III. wzięto krew a — 0·395 gr. cholester. na litr
4. IV. » » b — 0·416 » « » »
wstrzyknięto 10 cm³ płynu Lugola: 7. IV., 8. IV, 9. IV. i 10. IV.
11. IV. wzięto krew c — 0·470 gr. cholester. na litr
22. IV. » » d — 0·416 » » » »

Królik 15. — ten sam sposób postępowania.
krew a — 0·290 b — 0·30 c — 0·625 d — 0·31 gr.
znaczne powiększenie się ilości cholesteryny we krwi i szybkie opadanie do normy.

Królik 16. — ten sam sposób postępowania, 4 wstrzyknięcia wody jodowej.
krew a — 0·416 b 0·441 c — 0·570 d — 0·68 gr.
znaczne wzmożenie się ilości cholesteryny we krwi, której ilość po zaprzestaniu wstrzykiwań nie zmniejsza się, lecz dalej jeszcze się wzmaga.

Królik 17. — ten sam sposób postępowania (injekcja wody jodowej)
krew a — 0·490 b — 0·47 c — 0·288 d — 0·30 gr.
u królika tego nastąpiło obniżenie się ilości cholesteryny we krwi.

Królik 18. — ten sam sposób postępowania, 4 wstrzyknięcia fizjologicznego rozczynu soli kuchennej po 10 cm³.
krew a — 0·47 b — 0·368 c — 0·50 d — 0·375 gr.
Spadek ilości cholesteryny po upuście krwi po wstrzyknięciach płynu fizjologicznego powrót do normy, poczem znów spadek

Królik 20. — ten sam sposób postępowania, 3 wstrzyknięcia po 10 cm³ 1% rozczynu azotanu srebra.
krew a — 0·46 b — 0·395 c — 0·75 d — 0·357 gr.

Bardzo znaczne powiększenie się ilości cholesteryny we krwi wystąpiło tu wskutek powstania martwicy podskórnej (powięzi i mięśni) w miejscu wstrzyknięć. Królik zginął (3. V.) — sekcja wykazała martwicę podskórną i wysięk w jamie otrzewnowej.

Jak z doświadczeń tych wynika utrata krwi nie powoduje znaczniejszego powiększenia się ilości cholesteryny we krwi — przeciwnie może powodować jej obniżenie.

Kilkakrotne wstrzykiwania podskórne r o z c z y n u f i z j o l o g i c z n e g o s o l i w ilościach 10—20 cm³ nie wywołują znaczniejszego powiększenia się ilości cholesteryny we krwi królika. I tak

n. p. królik		przed wstrzyknięciem		po wstrzyknięciu
n. p. królik	18	przed wstrzyknięciem	0·475,	po wstrzyknięciu 0·50
»	40	» »	0·22	» » 0·24
»	96	» »	0·364	» » 0·395
»	19	» »	0·375	» » 0·457
»	41	» »	0·35	» » 0·52

Po wstrzykiwaniach wody destylowanej króliki zachowywały się następująco:

królik 11 przed wstrzyknięciem 0·365, po wstrzyknięciu 0·425
» 12 » » 0·250, » » 0·253

U królika 19 i 41 nastąpiło wyraźne zwiększenie się ilości cholesteryny we krwi. Powodem tego były nie wstrzykiwania rozczynu fizjologicznego soli, lecz zranienie naczynia krwionośnego igłą i utworzenie się krwiaka (autohemoterapja). Jak widzimy z tego autohemoterapja, a prawdopodobnie i proteinoterapja jest również bodźcem zwiększającym ilość cholesteryny we krwi. Dalsze badania nad tą kwestją są w toku.

Dla porównania wstrzykiwałem królikom 1% r o z c z y n a z o t a n u s r e b r a w ilości 10 cm³ podskórnie, Roztwór ten wywołuje nacieki w ścianie jamy brzusznej, często martwicę tkanki i zapalenie otrzewnej per continuitatem — co razem sprowadza w krótkim czasie śmierć zwierzęcia.

Królik	przed wstrzyknięciem	po wstrzyknięciu
20.	0·46	0·75
48.	0·326	0·50
11.	0·278	0·425
49.	0·34	0·535

Zwiększenie się dość znaczne ilości cholesteryny we krwi królików odnieść należy tylko pośrednio do działania soli srebrowej. Odczyn organizmu w postaci hipercholesterynemji jest ogólnym odczynem organizmu na miejscowo wywołany naciek względnie martwicę.

Wybitnie drażniące leczenie ustroju zapomocą t. zw. abscès de fixation, wywołanego w s t r z y k i w a n i e m t e r p e n t y n y, zachęciło mnie w kierunku badań nad zachowaniem się cholesteryny we krwi w okresie utworzenia się ropnia. Wyniki doświadczeń są następujące:

królik 22 przed wstrzyknięciem 0·383 po 3 wstrzyknięciu 1·05 !
» 34 » » 0·27 » 1 » 0·595
po zniknięciu ropnia 0·22 gr.
» 35 » 0·441 po 1 wstrzyknięciu 1·30 !
po zniknięciu ropnia 0·75 gr.

Królikowi 35 wstrzyknięto 1 cm³ terpentyny 2. V.; 5. V. powstał ropień wielkości orzecha laskowego; badanie krwi wykazało, że ilość cholesteryny wynosi 1·30 gr. na litr. Ropień zmniejszył się, 13. V. wstrzyknięcie 1 cm³ terpentyny nieoczyszczonej, 21. V. martwica skóry w miejscu wstrzyknięcia, pod nią duży ropień — ilość cholesteryny w tym dniu wynosi 0·75 gramów na L. 30. V. królik zginął, sekcja wykazała rozległą martwicę ściany jamy brzusznej, otrzewna gładka, zorganizowane zrosty jelit prawdopodobnie po przebytem zapaleniu wysiękowem otrzewnej wywołanem *per continuitatem* wstrzyknięciem terpentyny w ścianę jamy brzusznej.

Królik 50 przed wstrzyk. 0·42 po 2 wstrzyk. terpentyny 0·625 gr
» 63 » » 0·258 » 2 » » 0·426 »
» 91 » » 0·235 » 2 » » 0.187 »

Królik 91 miał poprzednio wstrzykiwany płyn Lugola, co spowodowało wzmożenie się cholesteryny we krwi ze 0·202 gr. na 0·290 gr. na litr. W dwa miesiące potem ilość cholesteryny we krwi wynosiła 0·235 gr 16. VI. wstrzyknięcie 1 cm³ terpentyny śródmięśniowo w udo, 17. VI. naciek i chełbotanie w okolicy, gdzie wstrzyknięto terpentynę — królik bardzo osłabiony, we krwi pobranej ilość cholesteryny wynosi 0·187 gr.! 20. VI. śmierć zwierzęcia, sekcja wykazuje jako przyczynę śmierci zapalenie płuc płatowe. W tym przypadku zapalenie płuc wywołało obniżenie ilości cholesteryny we krwi, co zgadza się z faktem stwierdzonym przez C h a u f f a r d a, że w okresie gorączki spowodowanej chorobą zakaźną ilość cholesteryny we krwi maleje.

Pozatem z doświadczeń tych widzimy, że w czasie powstawania ropnia poterpentynowego ilość cholesteryny we krwi wzmaga się bardzo znacznie. Żadnym ze środków używanych przezemnie nie udało mi się wywołać tak znacznej hipercholesterynemji u królika (1.30 gr. na L.).

Ponieważ do doświadczeń tych potrzeba było wielkiej ilości królików, postanowiłem ze względów oszczędnościowych używać króliki już raz przedtem traktowane serją wstrzykiwań. Pokazało się jednak, że króliki, które niedawno przebyły serję wstrzykiwań na nowe bodźce albo słabo, albo wcale nie oddziałują, organizm ich zdaje się być wyczerpanym i traci prawdopodobnie na jakiś czas zdolność oddziaływania nawet na bodźce tak silne, jakiemi są wstrzykiwania terpentyny. I tak króliki 14 i 18., z których

pierwszy miał wstrzykiwania płynu Lugola, drugi roztworu fizjologicznego soli, po wstrzyknięciu terpentyny zachowywały się w zupełnie odmienny sposób, niż inne króliki. Królikowi 14. po wstrzyknięciu 1 cm³ terpentyny utworzył się ropień na udzie, ilość cholesteryny ze 0'235 podwyższyła się zaledwie na 0' 31, u królika 18 wstrzyknięcie terpentyny wywołało ropień, ilość zaś cholesteryny spadła ze 0'235 na 0'227.

Fakt wyżej podany stwierdziłem również i w następującem doświadczeniu, gdzie chciałem się przekonać, jak działa arszenik na ustrój królika. Użyłem do tego doświadczenia 4 króliki, dwa nowe oraz króliki 11 i 12, którym przedtem wstrzykiwałem wodę destylowaną; jako następstwo tych wstrzykiwań pozostały u nich pod skórą podwa twarde guzki wielkości ziarnka grochu.

Królik 11. 13. VI. ilość cholesteryny 0·425 gr na L. Dnia 13, 14, 16, 17 i 18. VI. wstrzykiwania natr. cacodylicum 0·01 w 1 cm³ wody, — 19. VI. ilość cholesteryny 0·216 gr. na L.

Królik 12. — ten sam sposób postępowania. 13· VI. — 0·253. 19. VI. — 0·178 gr. cholesteryny na L. podczas, gdy dwa świeże króliki zachowały się przy tym samym sposobie postępowania następująco:

Królik 80. 13. VI. 0·187 19. VI. 0·31 gr.

Królik 81. 13· VI. 0·441 19. VI. 0·625 gr.

Ilość królików użytych do tego doświadczenia jest być może za małą, by móc wyciągnąć z niego wniosek stanowczy, prawdopodobnie jednak stosowanie arszeniku również wywołuje powiększenie ilości cholesteryny we krwi.

W końcu wydawało mi się ciekawem stwierdzenie, czy zachodzi jakiś stosunek między ilością cholesteryny we krwi, a zdolnością aglutynacyjną po uodpornianiu organizmu zapomocą wstrzykiwań szczepionek. Wstrzykiwałem królikom 0'5 cm³ szczepionki paratyfusu B. zawierającej w 1 cm³ 24 miljardy bakteryj; robiłem dwa lub trzy wstrzykiwania w odstępach 2 lub 3 dniowych — krew była badana przed wstrzyknięciem (a) między jedną, a drugą injekcją (b) i w kilka dni po ostatniem wstrzyknięciu.

Wyniki tych doświadczeń są następujące:

		a)	*b)*	*c)*
Królik 46.	— 2 inj.			
	cholesteryna	0·178		0·31
	aglutynacja			1 : 100 +++
				1 : 200 ++
				1 : 400 —
Królik 47.	— 2 inj.			
	cholesteryna	0·24		0·34
	aglutynacja			1 : 100 ++
				1 : 200 —
Królik 13.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·278	0·350	0·350
	aglutynacja	1 : 25 +	1 : 25 +++	1 : 25 +++
		1 : 50 +	1 : 50 +++	1 : 50 +++
		1 : 100 —	1 : 100 +++	1 : 100 +++
			1 : 300 +	1 : 200 +
			1 : 400 —	1 : 400 —
Królik 68.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·384	0·40	0·575
	aglutynacja	1 : 25 —	1 : 25 +	1 : 25 +++
			1 : 50 —	1 : 50 +
				1 : 100 —
Królik 71.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·290	0·227	0·230
	aglutynacja	1 : 25 —	1 : 25 —	1 : 25 —
Królik 73.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·258	0·287	0·230
	aglutynacja	1 : 25 —	1 : 25 —	1 : 25 —
Królik 74.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·395	0·340	0·420
	aglutynacja	1 : 25 —	1 : 25 —	1 : 25 —
Królik 75.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·326	0·250	0·290
	aglutynacja	1 : 25 —	1 : 25 —	1 : 25 —
Królik 17.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·22	5·20	0·20
	aglutynacja	1 : 25 —	1 : 25 —	1 : 25 —

Królik 16.	— 3 inj.			
	cholesteryna	0·214	0·39	0·310
	aglutynacja	1 : 25 +++	1 : 25 +++	1 : 25 ±
		1 : 50 +	1 : 50 +++	
		1 : 100 —	1 : 100 —	

Z doświadczeń *) tych widać, jak prawie z matematyczną ścisłością idzie w parze powiększenie się ilości cholesteryny we krwi ze wzrostem wskaźnika aglutynacyjnego. U królików 71, 73, 75, 74 i 17 wstrzykiwania szczepionki nie wywarły żadnego odczynu — ilość cholesteryny nie wzrosła, surowica zaś ich nawet w stężeniu 1:25 nie zlepiała drobnoustrojów.

U królików 46, 47 nie badano na aglutynację pierwszej porcji krwi, druga porcja wykazuje silną zdolność zlepną nawet w słabych rozcieńczeniach; przypuścić trzeba, że i tu równolegle ze wzmożeniem się ilości cholesteryny nastąpiło zwiększenie się zdolności aglutynacyjnych osocza, po wstrzykiwaniach szczepionki — albowiem surowica krwi królika świeżego aglutynuje prątki paratyfusu B. najwyżej w rozcieńczeniu 1:25, rzadko 1:50.

Z doświadczeń tych widzimy dalej, jak ważnym czynnikiem w obronie organizmu jest mniejsza lub większa jego zdolność oddziaływania, i jak zdolność ta jest różną u poszczególnych organizmów żywych.

Miernikiem tej zdolności oddziaływania organizmu na bodźce jest ilość cholesteryny we krwi, wzmaganie się jej świadczy o silnym odczynie organizmu na wpływy szkodliwe, jak to wyraźnie wynika z zachowania się królików, którym wstrzykiwano szczepionki.

Doświadczeniami temi został również wyraźnie stwierdzony związek między siłami obronnemi organizmu, a ilością cholesteryny we krwi.

Na pytanie, czy jod powoduje podrażnienie organizmu do obrony można śmiało odpowiedzieć twierdząco. Wstrzykiwania roztworów jodowych wzmagają znacznie ilość cholesteryny we krwi królików, przypuścić więc należy, że wzmagają też i odporność organizmu. W tym fakcie głównie szukać należy leczniczych własności jodu.

Sole jodowe, srebrowe, arsen, a wedle wszelkiego prawdopodobieństwa i sole innych metali w pierwszym rzędzie rtęci i bizmutu, działają na organizm podobnie; słusznie Much zalicza t. zw. chemoterapję do rzędu t. zw. leczeń drażniących, do którego należy proteinoterapja, autohemo- i seroterapja.

Najsilniejszym bodźcem dla organizmu wedle moich doświadczeń, opartych na ilości cholesteryny we krwi, jako miary siły odczynu ustroju zdaje się być ropień spowodowany wstrzyknięciem terpentyny.

Wobec tego, że powiększenie się ilości cholesteryny we krwi wywołać można środkami drażniącemi organizm, bardzo różnorodnemi, przypuścić trzeba, że zjawisko hipercholesterynemji wiązać należy raczej ze wzmożeniem się sił obronnych organizmu ogólnych nieswoistych.

Piśmiennictwo:

1) Much. Pathol. Biologie, 1922. — 2) Chauffard, Grigot, Laroche. C. R. de Soc. Biol. 1911, str. 536. — 3) Chauffard, Laroche, Grigot. An. de Medecin 1920. Z. 2. — 4) Marie. C. R. de Soc. Biol. 1921. str. 920. — 5) Heitz. R. C. de Soc. Biol. 1922, str. 1024. — 6) Dusuing, Rouzaud Soula. C. R. de Soc. Biol. 1923, str. 1263. — 7) Parchon. R. C. de Soc. Biol. 1923, 19/XI. — 8) Parturier C. R. de Soc. Biol. 1923. str. 405. — 9) Marie C. R. de Soc. Biol. 1923, str. 504. — 10) Danysz, Koskowski, C. R. de Soc. Biol. 1923, str. 714. T. 89. — 11) Clevers. C. R. de Soc. Biol. 1923. str. 965. — 12) Walbum.

---

*) Doświadczenia te wykonywały 3 osoby, ja wstrzykiwałem królikom szczepionkę i pobierałem krew do badań, pani Danyszowa oznaczała ilość cholesteryny we krwi, oznaczania wskaźnika zlepnego robiła pna Kopciowska, asystentka w pracowni prof. Danysza.

Obie panie pracowały przy oddzielnych stołach i jedna nie wiedziała jakie wyniki uzyskała druga i naodwrót. Pomimo tego wyniki zgadzają się z matematyczną ścisłością. Obu paniom niech mi wolno będzie i w tem miejscu złożyć podziękowanie za łaskawą pomoc w mej pracy.

C. R. de Soc. Biol. T. 80. str. 761. — 13) tenże tom 89. str. 107. — 14) Levaditi. C. R. de Soc. Biol. 1918. str. 407. — 15) tenże. C. R. de Soc. Biol. 1922. T. 74.

Dr. Witold LIPIŃSKI. Kraków.
Dr. Tadeusz KELLER.

Znaczenie rozpoznawcze odczynu Wassermanna z mlekiem położnic.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej. Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.
I Kliniki Położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie. Dyrektor: Prof. Dr. A. Rosner.

Podczas, gdy odczyn Wassermanna z surowicą krwi i z płynem mózgowo-rdzeniowym posiada obszerną literaturę, a wyniki rozlicznych prac wzbogacają ustawicznie serologię kiły, stawiając odczyn w rzędzie metod, niezbędnych w każdym dziale medycyny, to odczyn Wassermanna z mlekiem, dziwnym zbiegiem okoliczności, był przedmiotem badań bardzo nielicznych. Guicciardi, Bauer, P. Bar i Daunay, na podstawie kilku przypadków znajdują, że odczyn Wassermanna z mlekiem może być dodatnim, przyczem zauważyli przeważnie zgodność wyników z surowicą krwi. Dopiero Oluf Thomsen podjął doświadczenia na większą skalę, wykonując odczyn Wassermanna z mlekiem u blizko 100 położnic. Na podstawie wyników swej pracy Thomsen nie wypowiada się jednakowoż ostatecznie co do znaczenia rozpoznawczego odczynu Wassermanna z mlekiem, uznając konieczność dalszych badań. Ponieważ poza Thomsenem nie spotkaliśmy w piśmiennictwie innej pracy, uważaliśmy za wskazane podjąć badania własne.

Odczyn Wassermanna z mlekiem wykonaliśmy na materjale kliniki położniczo-ginekologicznej i krakowskiej szkoły położnych[1]), obejmującym 200 położnic. Równocześnie wykonywaliśmy odczyn Wa. z surowicą krwi tych samych położnic, a w wielu przypadkach, prócz tego, z surowicą krwi pępowinowej. Dla kontroli wykonano również z wszystkiemi surowicami odczyn zmętnienia Meinickiego. Ponieważ odczyn Wassermanna z mlekiem jest technicznie cięższym i wymaga ze względu na trudności przy odczytywaniu wyników pewnego wyszkolenia, podamy pokrótce sposób postępowania, który zapewnił nam otrzymanie pewnych i przejrzystych wyników. Mleko pobrane od położnicy przechowywano krótki czas w lodowni, (najdłużej do dwóch dni), poczem poddawano odwirowaniu na wirówce elektrycznej o 3000 obrotów na minutę. Po 10 minutach wirowania, poprzez warstwę tłuszczu, który zgromadził się na powierzchni, przedostawano się rurką włosowatą do płynu ponad skąpym osadem i zlewano mleko do probówki celem dalszego badania. Część mleka, dla badania w stanie nieczynnym, ogrzewano na łaźni wodnej przez pół godziny w ciepłocie 56° C. Postępując w ten sposób, nie otrzymywaliśmy ani razu mleka ściętego, co podług Thomsena stanowiło znaczną przeszkodę w odczynie, zmuszając go do wytwarzania delikatnej zawiesiny przez wytrząsanie stratów z fizjologicznym roztworem soli. Odczyn Wassermanna tak z mlekiem, jak z surowicami krwi, wykonywaliśmy stale oryginalną metodą Wassermanna, z tą tylko odmianą, (przyjętą zresztą w 1918 r. przez pracownię Wassermanna), że ilość płynu w każdej probówce wynosiła 1 cm.^{3} Poza tem wykonywaliśmy odczyn Wassermanna tak z mlekiem, jak z surowicami krwi w stanie czynnym. Wyniki odczynów z surowicami krwi odczytywaliśmy w godzinę po zhemolizowaniu kontrol, w wyjątkowych razach na drugi dzień, po kilkunastu godzinach w ciepłocie pokojowej. Podobne postępowanie przy odczytywaniu wyników Wassermanna z mlekiem, ze względu na naturalne zmętnienie mleka, dawało wyniki niepewne, wobec tego pozostawialiśmy probówki z mlekiem do trzech godzin od chwili zhemolizowania kontrol w termostacie, poczem trzymano je przez 16 godzin w ciepłocie pokojowej. Dopiero wówczas przystępowano do odczytywania wyników. Doświadczenie pouczyło nas, że przy tym sposobie postępowania wyniki otrzymywane były bez zarzutu.

Równocześnie w każdym przypadku zwracaliśmy uwagę na objawy kliniczne położnicy, na anamnezę w kierunku kiły, wreszcie ewentualne zmiany kiłowe, stwierdzone u płodu. Mimo braku objawów kiłowych klinicznych i ujemnej anamnezy uważaliśmy wybitnie dodatni odczyn Wassermanna, otrzymany z surowicą krwi położnicy w stanie nieczynnym, za rozstrzygający o zakażeniu kiłą. Wskutek późniejszego przyznania się położnicy mieliśmy sposobność stwierdzić w kilku przypadkach, że istotnie zakażenie kiłowe miało miejsce.

Pierwszym etapem naszej pracy było zbadanie, jak się zachowuje odczyn Wassermanna z mlekiem położnic niekiłowych. Chodziło o wyjaśnienie kwestji, której nie rozwiązał Thomsen, t. zn., czy odczyn Wassermanna z mlekiem może mieć rozstrzygające znaczenie rozpoznawcze. W tym celu wykonaliśmy 185 badań mleka położnic niekiłowych. Dla stwierdzenia braku zakażenia kiłą wymagaliśmy, aby poza ujemnemi objawami klinicznemi i danemi anamnestycznemi, był również ujemnym odczyn Wassermanna z surowicą krwi położnicy, i to zarówno w stanie czynnym jak i unieczynnionym. Ujemny odczyn zmętnienia Meinickego uzupełniał badanie serologiczne. Płód donoszony o prawidłowej wadze, musiał również wykazywać ujemny odczyn Wassermanna.

Na 185 badań niekiłowych przypada:

na drugi	dzień	po	porodzie . .	20	badań
» 3	»	»	» . .	37	»
» 4	»	»	» . . .	45	»
» 5	»	»	» . . .	34	»
» 7	»	»	»	35	»
» 9	»	»	»	14	»

Badanie mleka w różnych odstępach czasu po porodzie wydawało nam się wskazanem poza innemi względami, również i z tego powodu, że Thomsen zaznacza jakoby w pewnym odsetku przypadków znajdował dodatni odczyn Wassermanna z mlekiem u niekiłowych karmiących, na drugi i trzeci dzień po porodzie. Zahamowanie, jakkolwiek nie tak wybitne, było jednak, zdaniem jego, zupełnie wyraźne. Takie nieswoiste zahamowanie, chociażby przejściowe, zmuszałoby do pewnych ostrożności. Badania nasze potwierdzają do pewnego stopnia wyniki badań Thomsena. Na 57 badań mleka, pobranych między drugim a trzecim dniem połogu, spotkaliśmy się raz z wyraźnem nieswoistem zahamowaniem.; lecz co ważniejsze, nieswoiste wyniki dodatnie jakkolwiek o słabem nasileniu, mieliśmy również w okresach późniejszych, bo nawet 6 i 10 dnia po porodzie. Nieswoiste wyniki dodatnie wyłącznie z mlekiem czynnem otrzymaliśmy u niekiłowych karmiących: (przy rozcieńczeniu 0,05:1 cm^3).

na drugi	dzień	po	porodzie	1
» 4	»	»	»	3
» 6	»	»	»	3
» 10	»	»	»	1

Czy mimo to nie mieliśmy w jednym lub drugim przypadku z zakażeniem kiłowem do czynienia, nie mogliśmy rozstrzygnąć. Przemawiałoby zatem ewent. ukrywanie faktycznego stanu rzeczy przez położnice.

Do używania rozcieńczenia mleka w stosunku 0,05:1 cm^3, doszliśmy drogą doświadczeń, gdyż sądziliśmy, że jest rzeczą pierwszorzędnej wagi znalezienie tej dawki mleka, która użyta do odczynu Wassermanna, nie dawałaby zahamowań nieswoistych, lecz z drugiej strony była dostateczną, aby wykryć, choćby najbardziej odległe zakażenie kiłowe. Thomsen w pracy swojej podaje, że musi ona leżeć po-

[1]) P. Dr. A. Markowej za uprzejme pozwolenie korzystania z materjału Szkoły położnych składamy niniejszem serdeczne podziękowanie.

TABLICA I.

L. p.	Imię i nazwisko	ROZPOZNANIE KLINICZNE	Dzień połogu	Czy karmi	O. W. z sur.[1])		O. Z. M.[2])	O. W. z mlekiem		Ilość mleka dająca dodatni O. W.
					C.	N.		C.	N	
1	Marja B.	Ciąża 3. Dwa pierwsze porody prawidłowe. Dzieci żyją. Zakażenie kiłą przed rokiem. Leczenie ukończone przed 9 miesiącami. Rodzi płód zmacerowany w 7 miesiącu, wagi 1700 gr.	3	nie	4	4	dodatni	dodatni	dodatni	0.2, 0.1 0.05, 0.025
2	Aleksandra P.	C. 1. Luem negat. wysypek nie miała. Rodzi płód zmacerowany w 7 miesiącu ciąży. Wagi 1700 gr.	6	»	4	4	»	»	»	0.05, 0.03
3	Anna P.	C. 1. Przed rokiem zakażenie kiłą i gonorrh. Kurację ukończyła przed dwoma miesiącami. Rodzi dziecko żywe niedonoszone.	2	tak	0	0	ujemny	»	»	0.06, 0 03 0.015,
4	Marja W.	C. 1. Luem negat. Dwa tygodnie przed porodem usiłowane zgwałcenie. Na obu wargach sromowych mniejszych owrzodzenia pokryte nalotem szarym, obrzęk warg. Powiększenie gruczołów pachwinowych zwłaszcza prawych. Rodzi płód żywy 2300 gr w 9 miesiącu ciąży.	2	»	0	0	dodatni	»	»	0.06, 0.05
5	Stefanja J.	C. 1. wysypka plamista kiłowa na tułowiu. Czasu zakażenia nie zna, nieleczona. Urodziła w 9-ym miesiącu ciąży, płód żywy wagi 1350 gr bez zmian.	6	»	4	4	»	»	»	0.1, 0.05
6	Julja W.	Ciąża 1. Luem negat. Rodzi płód zmacerowany w 9 miesiącu, wagi 2400 gr.	2	nie	3	2	»	»	»	0.01, 0.05 0.025,
7	Anna C.	Ciąża 5. Poprzednie porody prawidłowe. Luem negat. Rodzi płód niedonoszony, wagi 2260 gr., bez zmian, który zmarł na 3 dzień.	5	»	4	4	»	»	»	0.08, 0.04
8	Józefa W.	Ciąża 2. Pierwszy poród kleszczowy. Dziecko donoszone. Luem negat. Rodzi płód zmacerowany, wagi 1300 gr.	5	»	4	4	»	»	»	0.2, 0.1 0.05, 0.025
9	Stanisława K.	Ciąża 2. Pierwszy poród prawidłowy, dziecko donoszone. Rzekomo nie roniła. Luem negat. Płód żywy donoszony, wagi 3200 gr bez zmian.	8	tak	4	4	»	»	»	0.06 0.03
10	Józefa T.	Ciąża 2. Płód żywy donoszony, wagi 3100 gr. pierwszy poród prawidłowy.	4	»	3	1	»	»	»	0.06 0.03
11	Katarzyna S.	Ciąża 1. Imbecillitas. Kiłę przechodziła. Leczona. Bliższych danych nie umie podać. Płód zmacerowany.	2	nie	4	4	ujemny	»	»	0.05 0.025
12	Marja M.	Ciąża 2. Rzekomo nie chorowała wenerycznie. Pierwszy poród przedwczesny w 6 miesiącu. Dwa poronienia. Obecna ciąża prawidłowa, płód wagi 3500 bez zmian.	6	tak	słabo dodatni		«	»	»	0.06 0.03
13	Erua P.	Ciąża 1. Rzekomo wenerycznie nie chorowała. Rodzi płód zmacerowany w 4 miesiącu ciąży.	3	nie	»		dodatni	»	»	0.05 0.025
14	Józefa M.	Ciąża 1. Kiła przed rokiem. Leczenie ukończyła przed 4-a tygodniami. Rodzi płód zmacerowany w 6 miesiącu ciąży.	3	»	4	4	»	»	»	0.05 0.025 0.0125
15	Marja M.	Ciąża 2. Pierwsze poronienie w 3 miesiącu ciąży. Luem. negat. Rodzi płód zmacerowany w 7 miesiącu ciąży.	4	»	4	4	»	»	»	0.05 0.025

[1]) Odczyn Wassermanna z surowicą krwi, czynny, nieczynny.
[2]) Odczyn zmętnienia Meinickiego.

niżej 0.1 cm³ mleka. Wykonaliśmy zatem doświadczenia, używając coraz niższych dawek mleka.

Na 185 badań mleka niekiłowych spotkaliśmy nieswoiste wyniki dodatnie przy użyciu 0.2 cm³ mleka: na 18 badań — 17 razy (13 razy z mlekiem w stanie czynnym, 4 razy z mlekiem unieczynnionem).

Przy użyciu 0.1 cm³ mleka na 32 badań — 16 razy (14 mleko cz., 2 razy mleko nieczynne).

Przeszliśmy zatem do dawek, wobec nieswoistych wyników dodatnich, poniżej 0.1 cm.³

Wyniki nieswoiste otrzymaliśmy:

przy użyciu 0·08 cm³ mleka : na 21 badań . . . . 18 razy
[(mleko c. 16, nieczynne 2 razy)
» » 0·07 cm³ mleka : na 8 badań . . . 1
» » 0·06 cm³ » : » 19 » 3
» » 0·05 cm³ » : » 88 » . . nie otrzymaliśmy zahamowania nieswoistego, z wyjątkiem kilku wyżej wymienionych przypadków z mlekiem czynnem.

Na podstawie powyższych wyników należałoby przyjąć dawkę 0.05 cm.³ mleka za dawkę graniczną. Zahamowanie z tą dawką mleka przemawiałoby w znacznym stopniu za zakażeniem kiłowem. Zahamowania, spotykane przy mleku kiłowych położnic, były niejednokrotnie spostrzegane przy dawkach mleka znacznie niższych.

Przystępujemy do omówienia wyników naszych, otrzymanych przy odczynie Wassermanna z mlekiem u położnic kiłowych. Dodatni wynik odczynu z mlekiem otrzymaliśmy we wszystkich przypadkach kiłowych, przyczem okazało się, że dawka powodująca wyraźne zahamowanie była niejednokrotnie niższą od 0.05 cm.³. Dawki 0.03, 0.025, a nawet 0.015 cm.³ mleka użyte przy odczynie dawały wyraźne zahamowanie. Ponieważ przy użyciu tak nizkich dawek nie spotykaliśmy się nigdy z nieswoistemi wynikami u położnic niekiłowych, przeto dodatni odczyn Wassermanna przy użyciu dawki 0.05, a z w ł a s z c z a n i ż s z y c h, z mlekiem u n i e c z y n n i o n e m, przemawia zdaniem naszem bezwzględnie za sprawą kiłową.

Tablica pierwsza przedstawia wyniki badań mleka położnic kiłowych.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że dodatni odczyn Wassermanna z mlekiem, przy niewątpliwej anamnezie kiłowej, może wystąpić przy ujemnym odczynie Wassermanna z surowicą krwi położnicy. Położnica Anna P. jest tego klasycznym dowodem. Dodatni odczyn z mlekiem wystąpił u niej nie tylko w dawce 0.05, ale i nawet niższych, bo z 0.03, a nawet przy dawce 0.015 cm.³ mleka. Kiłę nabyła przed rokiem, a leczenie ukończyła przed dwoma miesiącami. Urodziła dziecko żywe donoszone, bez zmian chorobowych wagi 3400 gr. Odczyn Wassermanna z surowicą krwi był ujemny tak z surowicą czynną, jak i unieczynnioną. Również ujemnym był odczyn zmętnienia Meinickego. Wynikałoby z tego, że dodatni odczyn Wassermanna z mlekiem utrzymuje się dłużej niż z surowicą krwi, i ustępuje pod wpływem leczenia trudniej. Czy w danym przypadku z dodatniego odczynu z mlekiem położnicy można wyciągnąć prognostyczne wnioski dla matki lub dziecka, nie możemy rozstrzygać. Jeżeli jednak odczyn Wassermanna z mlekiem będziemy uważali za dowód uogólnienia kiły w ustroju, to odczyn ten będzie raczej objawem prognostycznie niekorzystnym, zwłaszcza dla dziecka. Dokładna obserwacja takich dzieci pomimo braku wszelkich objawów chorobowych, bezpośrednio po urodzeniu, mogłaby kwestję tę należycie oświetlić. Ewentualne wystąpienie późnych zmian kiłowych u dziecka rozstrzygnęłoby sprawę znaczenia prognostycznego odczynu w sensie dodatnim. Ponieważ swoisty odczyn dodatni z mlekiem występuje u położnic w stadjum kiły bezobjawowej, utajonej, serologicznie ujemnej, nasuwa się uzasadnione podejrzenie, że odczyn Wassermanna w mleku ustępuje pod wpływem leczenia trudniej. Ujemny odczyn Wassermanna z mlekiem może być zatem rozpoznawczo ważnym wskaźnikiem wyleczenia kiły matki, względnie dawać wskazanie do dalszego leczenia przeciwkiłowego matki.

T h o m s e n, omawiając wyniki swoich badań u kiłowych zaznacza, że nasilenie odczynu ulega znacznym wahaniom, zależnie od tego, czy położnica karmi, czy też nie. Badania jego wskazują, że dodatni odczyn z mlekiem u karmiących występuje jedynie do dnia 5, poczem znika. U niekarmiących kiłowych utrzymuje się znacznie dłużej, w jednym przypadku nawet na 16 dzień po porodzie. Badania nasze

TABLICA II.

Anna P. L u e s l a t e n s.

Dzień połogu	Rozpoznanie kliniczne	Karmi	O. W. z sur. matki		O. Z. Mei.	O. W. z mlekiem		Ilość mleka
			cz.	n.		cz.	n.	
2	C. I. Przed rokiem nabyła lues i gonorrh. Kurację (N. Salv.+Hg) skończyła przed 2 miesiącami. Rodzi płód żywy, donoszony, bez zmian wagi 3400 gr.	tak	ujem.	ujem.	0	dod.	dod.	0.06, 0.03 0.015 ujemny przy 0.0075
5		karmi						0.06 ujemny 0.03
9		karmi				ślad.	ślad.	0.05 ujemny przy 0.025
16		*)				ślad.	ślad.	0.06 ujemny przy 0.03

*) Nie karmi z powodu mastitis

Marja W. L u e s P r i m a r i a.

Dzień połogu	Rozpoznanie kliniczne	Karmi	O. W. z sur. matki cz.	O. W. z sur. matki n.	O. Z. Mei.	O. W. z mlekiem cz.	O. W. z mlekiem n.	Ilość mleka
2	C. I. luem negat. 2 tygodnie przed porodem usiłowane zgwałcenie. Na obu wargach srom. ma owrzodzenia, pokryte nalotem szarym. Obrzęk warg. Powiększenie gruczołów pachw. zwł. prawych. Rodzi płód 2800 wagi w 9 mies. Dziecko nie przyb. w ciągu 2tyg. na wadze, wątłe.	karmi	0	0	dod.	dod.	dod.	0.05
6			3	0	"	"	"	0.06, 0.03
9		"				"	"	0.05, 0.025
13		"				"	"	0.05, 0.025
15		"		1	"	ujem.	ujem.	0.05, 0.025

nie potwierdzają w całej rozciągłości wyników Thomsena. Jak wykazuje bowiem załączona poniżej tabela, otrzymaliśmy wynik dodatni o. W. z mlekiem również poza 5. dniem połogu: a to.

U położnicy Anny P. jeszcze na 16 dzień połogu
U położnicy Marji W. „ 15 „ „
U położnicy Stan. K. „ 12 „ „

Poza dniem 16 spotykaliśmy u karmiących kiłowych stale ujemne wyniki. U kiłowych nie karmiących odczyn Wassermanna z mlekiem utrzymuje się podług Thomsena dłużej. Dodatni wynik mieliśmy również w jednym przypadku na 16 dzień połogu.

Reasumując wyniki naszych badań, stwierdzamy, co następuje:

1. Odczyn Wassermanna z mlekiem wykonaliśmy na materjale 200 położnic, w stanie czynnym i unieczynnionym. Równocześnie dla kontroli wykonaliśmy odczyn Wassermanna z surowicami krwi położnic, a w wielu przypadkach z surowicą krwi pępowinowej. Surowice krwi badaliśmy również przy pomocy odczynu zmętnienia Meinickego.

2. Dodatni odczyn Wassermanna z surowicą krwi położnicy odpowiada zawsze dodatniemu wynikowi odczynu Wassermanna z mlekiem.

3. Swoisty dodatni odczyn Wassermanna z mlekiem może wystąpić u położnicy w kile bezobjawowej, utajonej, pomimo, że odczyn Wassermanna z surowicą krwi położnicy nawet w stanie czynnym, daje wyniki ujemne.

4. Odczyn Wassermanna z mlekiem utrzymuje się dłużej, ustępuje pod wpływem leczenia trudniej, może być wobec tego rozpoznawczo dalszym wskaźnikiem wyleczenia kiły, względnie dawać wskazanie do dalszego leczenia matki.

5. W pierwszych dniach po porodzie (2—3 dnia), a wyjątkowo i później, może odczyn Wassermanna z mlekiem czynnem dawać zahamowania nieswoiste.

6. Swoisty dodatni odczyn Wassermanna z mlekiem utrzymuje się u położnic kiłowych karmiących najdalej do dnia 16 po porodzie, poczem znika, dając wyniki ujemne.

7. Na podstawie blisko 200 badań mlek niekiłowych należałoby dawkę 0.05 cm^3 mleka uważać za dawkę graniczną. Zahamowanie przy użyciu tej dawki mleka, zwłaszcza zaś niższych jak 0.025 i 0.0125 przemawia za zakażeniem kiłowem położnicy.

8. Dodatni odczyn Wassermanna z mlekiem położnicy może posiadać znaczenie prognostyczne nie tylko dla matki ale i dla dziecka. Dokładna obserwacja dzieci matek z dodatnim odczynem Wassermanna w mleku, przy braku objawów kiłowych u dziecka, bezpośrednio po urodzeniu, mogłaby kwestię tę należycie wyświetlić, względnie dać nowe wskazania przy leczeniu kiły dziedzicznej.

9. Należałoby żądać, by u mamek badano prócz surowicy także mleko na odczyn Wassermanna, i wykonywać odczyn w 2 pierwszych tygodniach po porodzie, między 4—14 dniem połogu.

Piśmiennictwo.

Oluf Thomsen. Wassermansche Reaktion mit Milch. Berl. Klin. Woch. 1909. Nr. 46. Str. 2052.

Z praktyki.

Dr. Witołd GRABOWSKI, asystent Zakładu. Lwów.

Rzadki przypadek uchyłka worka osierdziowego.

Z Zakładu Anatomji patologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Nowicki.

Uchyłki worka osierdziowego należą do nieprawidłowości niezwykle rzadkich. W obszernych monografjach poświęconych anatomji patologicznej serca i osierdzia spotyka się zaledwie wzmianki że sprawy takie mogą istnieć. Uchyłki worka osierdziowego interesują nietylko anatoma, jako rzecz rzadka i ciekawa ze względu na mechanizm powstania, lecz także mogą mieć znaczenie i wartość dla klinicysty-roentgenologa, jak tego dowodzi przypadek opisany przez Seidlera (1921 r.). W przypadku tym już klinicznie w prześwietleniu promieniami Roentgena stwierdzono, obok wydłużenia i rozszerzenia tętnicy głównej oraz powiększenia wymiarów serca, twór wielkości jabłka, będący w związku z sercem. Twór ten uważano za guz lub tętniak serca, a bliższe rozstrzygnięcie było niemożliwe. Dopiero sekcja zwłok wykazała, iż był to uchyłek worka osierdziowego wielkości jaja kurzego.

W piśmiennictwie mi dostępnem, zebranem ostatnio przez Schirmera (1923), opisano zaledwie 16 przypadków uchyłków worka osierdziowego. Były to twory różnej wielkości, od wielkości orzecha do wielkości pięści, a nawet o pojemności dość pokaźnej bo 140 gr. (Hart 1837). Wszystkie były w łączności z workiem osierdziowym za pośrednictwem mniejszego lub większego otworu, a budową ściany nie różniły się od reszty osierdzia, lub ścianę ich tworzyła jedynie wewnętrzna blaszka surowicza osierdzia, wypuklona przez otwór w błonie włóknistej.

Większość przypadków należy do drugiej kategorji; mianowicie: są to twory o charakterze uchyłków przepuklinowych (przypadek Harta, Hirda, Cruveilhiera, Rokitańskiego, Cuffera, Coëna, 4 przypadki Rohna). Zaledwie w 3 przypadkach — jeśli wliczymy co dopiero ogłoszony przypadek Lauera — w skład ściany wchodziły wszystkie warstwy osierdzia (Schirmer, Bristov, Lauer). Zaznaczyć przytem wypada, iż nie we wszystkich opisanych przypadkach badano drobnowidowo ścianę uchyłka.



Ryc. 1.
Uchyłek osierdzia (fotograf.).

Przypadek nasz (L. prot. 475/25...) dotyczył kobiety 50-letniej, u której klinicznie rozpoznawano kiłowe zapalenie tętnicy głównej oraz niedomykalność zastawki dwudzielnej. Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Mesaortitis luetica et ectasia partis ascendentis aortae subseq. insuff. valvularum semilunarium eiusdem. Fibrosis myocardii, hypertrophia et dilatatio cordis totius praecipue sin. Catarrhus venostaticus tractus digestivi ac respiratorii. Tumor lienis venostaticus. Cirrhosis hepatis cardiaca. Hydrops universalis. Concretiones perihepaticae. Perimetritis chr. Hydrosalpinx ambilateralis. Diverticulum pericardii.*

Podaję niżej dokładniejszy opis miejscowy: Po otwarciu klatki piersiowej brzegi płuc nieco zaciągają się, a worek osierdziowy jest odsłonięty na dość dużej przestrzeni. Na przedniej powierzchni worka osierdziowego, bardziej na prawym jego brzegu, w odległości czterech palców od przejścia blaszki ściennej w nasierdziową, widoczna jest torbiel wielkości dużego jaja gołębiego o wymiarach $3.8 \times 2.2 \times 2.0$ cm, łącząca się z workiem osierdziowym za pośrednictwem krótkiej, lecz wązkiej szypuły. Torbiel tę wypełnia płyn surowiczy przeźroczysty, który przy ucisku można z łatwością odprowadzić do worka osierdziowego. Ściana torbieli jest gładka, cienka i połyskująca; tkanki tłuszczowej na powierzchni nie stwierdza się. Po otwarciu worka osierdziowego uderza zwiększona ilość płynu i znaczne jego rozdęcie, także, wskutek równoczesnego powiększenia wymiarów serca. Przy oglądaniu od wewnątrz, w miejscu odpowiadającem opisanej torbieli, zauważa się połączenie jej światła z jamą worka osier-

dziowego w postaci małego, krągłego otworka zaledwie drożnego dla główki szpilki. Brzegi tego otworku są gładkie. Nasierdziowa blaszka osierdzia zmian nie wykazuje. Serce jest wybitnie powiększone we wszystkich wymiarach. Tętnica płucna jest bez zmian. Ujście żylne prawe jest rozszerzone, drożne dla 3 palców, zastawki jego są bez zmian, komora i przedsionek prawy są rozszerzone. Mięsień serca jest zgrubiały, mięśnie beleczkowe zaś spłaszczone. Tętnica główna w części wstępującej jest dość znacznie rozszerzona, ściana jej wiotka, a na błonie wewnętrznej widoczne jest włókniste, srebrno-białe pasmowanie, schodzące aż na podstawę zastawek półksiężycowych, które uległy skróceniu. Miejscami widoczne są głębsze i płytsze zaciągnięcia.

Ujście żylne lewe jest rozszerzone. Komora lewa jest znacznie rozszerzona, mniej przedsionek, mięśnie beleczkowe są spłaszczone, a w mięśniu sercowym na rozkroju stwierdza się szarawe, dość oporne, włókniste, rozsiane ogniska.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e ściany uchyłka wykazuje znaczne ścieńczenie warstwy włóknistej osierdzia, którą od wewnątrz pokrywa nabłonek kostkowy, tak jak się to widzi w stanach podrażnienia. Od zewnątrz uderza zupełny brak tkanki tłuszczowej, którą stwierdza się w skrawkach z innych miejsc osierdzia na zewnątrz od błony włóknistej. Naczynia krwionośne w warstwie włóknistej są rozszerzone i obficie krwią wypełnione, a około naczyń widoczne są płaszczowe nacieki złożone z komórek limfoidalnych i plazmatycznych. Miejscami te nacieki zapalne są obfitsze, a wśród nich widzi się także, co prawda nieliczne, leukocyty wielojądrzaste. W jednem miejscu widać ognisko dość ograniczone, wpuklające się do światła uchyłka. Ognisko to wytworzone jest przeważnie z komórek limfoidalnych i plazmatycznych z nielicznemi leukocytami wielojądrzastemi, wśród których stwierdza się rozszerzone drobne naczynia i krew wynaczynioną, a w komórkach sąsiedztwa brunatne ziarnka hemosyderyny. Na brzegu tego ogniska widać jeszcze pokrycie nabłonkiem, w środku zaś jego warstwa nabłonkowa ulega zniszczeniu i ognisko przebija do światła uchyłka. W obwodowych częściach ogniska tego, zwróconych do światła uchyłka, widać poszczególne, bezładnie leżące komórki, odpowiadające złuszczonym komórkom nabłonkowym.

Obraz ten przemawia za przewlekłą, zaostrzającą się sprawą zapalną toczącą się w ścianie uchyłka.



Ryc. 2.
Ściana uchyłka: a) warstwa włóknista; b) naciek krągłokomórkowy; c) przekrwione naczynie krwionośne; d) nabłonek kubiczny wyścielający osierdzie.
Leitz okular. rys. IV. Reichert Objek: 3.

Jasną jest tedy rzeczą, iż w opisanym przypadku mamy do czynienia z uchyłkiem worka osierdziowego. Niewątpliwie najwięcej interesującym jest sposób powstawania i wogóle pochodzenie uchyłków osierdzia. Mechanizm ich powstawania może być jak wiadomo, różny.

1. Mogą one powstawać przez pociąganie — diverticulum e tractione — czego przykładem jest uchyłek opisany przez L u s c h k ę, powstały wskutek pociągania przez wisiorek tłuszczowy. W powstawaniu ich mogą też mieć znaczenie zrosty śródpiersiowo-osierdziowe lub osierdziowo-mostkowe.

2. Drugi rodzaj uchyłków, to uchyłki wrodzone, powstałe w okresie rozwoju osierdzia i naczyń. Mechanizm i przyczyna ich powstania nie są jeszcze dostatecznie znane. Umiejscowienie, jak i wygląd zewnętrzny tych uchyłków, nie wykazuje nic charakterystycznego, a mogą być różne, jak wynika z opisu 3 przypadków ogłoszonych w piśmiennictwie. Ten rodzaj uchyłków jest stosunkowo rzadki i tu zaliczyć należy przypadki B r i s t o w a, S c h i r m e r a i L a n e r a. We wszystkich tych przypadkach ściana uchyłka wykazywała budowę prawidłowego osierdzia i brak było czynników mechanicznych, które mogłyby tłumaczyć ich powstanie, a w szczególności nie było powiększenia wymiarów serca lub zwiększenia ilości płynu. (B r i s t o w e nie podaje opisu serca).

3. Trzeci rodzaj uchyłków powstaje na tle osłabienia ściany osierdzia i następowego wypuklenia. Są to więc *diverticula e pulsione*. Taki uchyłek pulsyjny powstaje wskutek osłabienia ściany na tle konstytucjonalnem, mechanicznem (skaleczenie) lub wreszcie na tle zapalnem i to w tych jedynie przypadkach, w których istnieje pewien niestosunek pomiędzy wytrzymałością ściany osierdzia, a ciśnieniem wewnętrznem. Uchyłki osierdziowe stwierdzano więc przy przerostach i rozstrzeniach serca, a także przy zwiększeniu ilości płynu w worku osierdziowym z rozmaitych przyczyn. Wypuklenie może dotyczyć, jak w większości przypadków, wewnętrznego listka surowiczego, który ulega wypukleniu przez pierścieniowaty ubytek w warstwie włóknistej tworząc uchyłek przepuklinowy, lub co zdarza się rzadziej, dotyczy on warstw wszystkich. Usadowienie takich uchyłków bywa rozmaite na ogół jednak przeważa ich umiejscowienie w dolnej części worka osierdziowego, po stronie prawej, a więc w miejscu narażonem na działanie największej siły.

W opisanym przez nas przypadku brak zmian anatomicznych tłumaczących pochodzenie uchyłka z pociągania pozwala na odrzucenie tego sposobu powstania. Za sprawę wrodzoną trudno jest uchyłek uważać, wobec dostatecznych warunków mechanicznych mogących wyjaśnić jego pochodzenie. Samo powiększenie serca, jak również nagromadzenie płynu w worku osierdziowym, może być jedynie przyczyną „bliższą“ powstania uchyłka, lecz w pierwszym rzędzie miarodajną jest obecność pewnego „*locus minoris resistentiae*“. W przypadku naszym badanie drobnowidowe dostarcza w tym kierunku wskazówek. Widać w skrawkach ze ściany osierdzia toczący się proces zapalny, który stworzył ten „conditio sine qua non“, osłabiając miejscowo ścianę osierdzia, a w szczególności jej warstwę włóknistą. Przy obecności zaś osłabienia ściany powstanie uchyłka mogło zajść pod wpływem mechanicznego działania zwiększonej zawartości worka.

Co się tyczy przyrody zapalnej, sprawy toczącej się w osierdziu, to już badanie drobnowidowe, stwierdzające nacieki około naczyń, złożone z komórek limfocytarnych i plazmatycznych nasuwa przypuszczenie, że są one pochodzenia kiłowego, a popiera to także: wynik sekcyjny stwierdzający rozległą sprawę kiłową w naczyniach, szczególnie w tętnicy głównej, i dodatni wynik odczynu Wassermanna. Ognisko opisane wyżej, wpuklające się do światła uchyłka, ma charakter świeższej zapalnej sprawy wytwórczej mogłoby ono więc odpowiadać dość świeżemu kilakowi, jakkolwiek nie wykazuje wszystkich cech charakteryzujących kilaki.

Zbierając to, co wyżej powiedziano uważać należy uchyłek opisany za ubytek pulsyjny, powstały na tle miejscowego osłabienia ściany osierdzia przez sprawę zapalną, najprawdopodobniej pochodzenia kiłowego; bezpośrednią przyczyną wytworzenia uchyłka było mechaniczne działanie powiększonej zawartości worka osierdziowego skutkiem przerostu i rozstrzeni serca oraz puchliny worka osierdziowego. W przypadku opisanym, obok niezwykłej etjologji, podnieść należy obecność wszystkich warstw osierdzia w ścianie uchyłka, jakkolwiek warstwa włóknista jest dość znacznie zcieńczałą w porównaniu z wymiarami

w innych miejscach i w związku z procesem zapalnym zmieniona.

Piśmiennictwo:

Schirmer. O. Tbl. J. Path. Bd. 34. — Lauer. O. Tbl. J. Path. Bd. 36. — Seidler. Wien. Klin. Woch. 1921.

Dr. Antoni SZURZEC, asystent Zakładu. Kraków.

Wole złośliwe o histologicznej budowie wola niezłośliwego [1].

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Ciechanowski.

Stosunek budowy mikroskopowej nowotworów do ich zachowania się klinicznego nie jest jeszcze do ostatka wyjaśniony. Zwykle uważa się za zasadę, że jeżeli budowa nowotworu jest bardzo zbliżona do budowy tkanki prawidłowej, to można nowotwór uważać za niezłośliwy, a jeżeli oddala się od tkanki prawidłowej, jest nisko zróżnicowana, to nowotwór jest klinicznie złośliwy. Od tej reguły zdarzają się wszakże wyjątki, chociaż rzadkie, jednakże ważne ze względu na określanie rokowania.

Przykładem tego jest następujący przypadek, którego historję choroby zawdzięczamy klinice chirurgicznej U. J.:

36-letniego robotnika operowano w tej klinice w styczniu 1924 r. z powodu wola koloidowego, nie budzącego żadnych podejrzeń co do złośliwości. Od września tegoż roku silne bole w plecach i krzyżach. W listopadzie upadek na plecy; w 3 tygodnie potem zauważa chory guzek wielkości orzecha na krzyżu; odtąd ciągłe bole, chory musi leżeć. W lutym 1925 r. stwierdzono w klinice tuż przy zewnętrznym brzegu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego u dołu twardy przesuwalny guzek wielkości orzecha laskowego. W wycinku z niego stwierdziliśmy częściowo obraz wola koloidowego, częściowo miąższowego, bez żadnych zgoła histologicznych cech złośliwości. W okolicy I. kręgu lędźwiowego powstał guz twardy, który doszedł wielkości jaja kurzego. Badanie neurologiczne 25 lutego 1925 r. wykryło objawy rdzeniowe D. 6. marca operowano guz, badanie nasze i tym razem stwierdziło obraz wola pęcherzykowego, przeważnie bez koloidu w pęcherzykach; dowodem histologicznym złośliwości były znalezione wśród tego utkania szczątki beleczek kostnych. W 3. dni po operacji śmierć.

Sekcja zwłok (L. 162/25 stwierdziła w obu płatach tarczycy po dwa guzki nowotworowe, ściśle odgraniczone od sąsiedztwa, o jednostajnym szarawym przekroju, twardsze w płacie prawym. W tych guzkach znaleźliśmy utkanie poczęści typowego raka, poczęści złożone z gniazd bitych, zbudowanych z komórek drobnych niezróżnicowanych, ale poczęści także utkanie pęcherzykowe, bardzo zbliżone do obrazu zwykłego, niezłośliwego wola koloidowego. Liczne przerzuty znaleziono w płucach, nadto były dwa przerzuty w szpiku kości udowej, jeden w sąsiedztwie IX. kręgu piersiowego od przodu, wreszcie były przerzuty w gruczołach chłonnych przytchawicznych. I tu utkanie było rozmaite, a gdzieniegdzie bardzo wysoko zróżnicowane. Inne szczegóły sekcji pomijam, jako nie mające tutaj znaczenia.

Wole złośliwe mają pospolicie utkanie typowego raka lub mięsaka, wyjątkowo rakomięsaka lub potworniaka, nader zaś rzadko zdarzają się wole złośliwe o cechach histologicznych niezłośliwego gruczolaka, a nawet wprost łudząco podobne do utkania prawidłowego gruczołu tarczowego, mimo to tworzące przerzuty. Dawało to już nawet powód do osobliwego zamieszania pojęć i do paradoksalnego określenia, że „prawidłowa" tkanka gruczołu tarczowego może tworzyć przerzuty. Klasyczny jest pod tym względem przypadek Oderfelda i Steinhausa (Medycyna 1901 i 1902). Bez wykazalnych klinicznie zmian tarczycy rozwinął się w tym przypadku guz w kości czołowej o „typowej" budowie gruczołu tarczowego. Oderfeld i Steinhaus określili go po zbadaniu histologicznem jako „przerzut normalnej tkanki gruczołu tarczowego", a sprostowali ten dziwny pogląd dopiero, gdy później sekcja — oprócz przerzutów w kości ciemieniowej, stawie mostkowoobojczykowym i nawrotu w kości czołowej — wykryła także w tarczycy guz wielkości orzecha laskowego, widocznie istniejący najdawniej, tylko zrazu, przy pierwszej operacji, zbyt mały, by go mogło wykryć badanie kliniczne. Utkanie wszystkich ognisk, znalezionych przy sekcji, miało podobno typ „prawidłowej" tkanki gruczołu tarczowego; zapewne było to utkanie wysoko zróżnicowanego nowotworowego wola koloidowego.

W nowszem piśmiennictwie znalazłem dwa podobne do naszego przypadki, mianowicie:

Reinhardt (Münch. med. Woch. 1917. N. 45) opisał nowotwór węziny tarczycy, sięgający poza mostek. Po 8. latach przerzuty w prawym barku, lewych żebrach, w płucach i w kościach czaszki. Histologicznie wól koloidowy, jednak gdzieniegdzie już lite pasma komórkowe bez światła, wrastające naciekowo w torebkę i otoczenie.

Kamilla Guth (Centralbl. f. allg. Path. Anat. 1922. Nr. 10) znalazła przy sekcji 39-letniej kobiety przerzuty w wątrobie, w tarczycy zaś tylko małe guzki. Histologicznie w przerzutach wól koloidowy, w guzkach tarczycy utkanie gruczołowe typowe, tylko w środku ognisko kształtu nieregularnego, lite, złożone z komórek jednakowej wielkości o jądrach hiperchromatycznych.

Przypadki takie dowodzą, że niekiedy morfologiczne metody badania nie wystarczają do stwierdzenia zaszłej w tkance zmiany jej właściwości biologicznych, a zarazem są te przypadki ostrzeżeniem, że w pewnych rodzajach nowotworów (niektóre wole, niektóre chrząstniaki, mięśniaki, śródbłoniaki, a przedewszystkiem pewne gruczolaki macicy, nadnerczaki i nowotwory tkanki limfatycznej), mimo budowy bardzo zbliżonej do tkanki prawidłowej, rokowanie powinno być szczególnie rozważne i oględne.

[1]) Według pokazu w Towarzystwie lekarskiem krak. w dn. 3. VI. 1925.

Dr. JAWORSKI i Dr. W. DROŻDŻ. Lublin.

Przypadek nowotworu rdzenia [1]).

Ze Szpitala Św. Wincentego à Paulo w Lublinie.

Chora F. Str., lat 43., wieśniaczka z Lubelskiego, zamężna. Rodziła 9 razy, pięcioro dzieci żyje. Nigdy nie roniła. Przed 3 laty wystąpiło u chorej osłabienie władzy w prawej kończynie górnej i jednocześnie zjawiły się bóle między łopatkami, bole opasujące, bardzo silne. Po pewnym czasie, kiedy to było, dokładnie chora podać nie potrafi, zjawiło się osłabienie lewej kończyny dolnej; do maja 1924 r., chora jednak chodziła. Bole opasujące, które chora miała i o których wspominałem powyżej, zaczęły się nieco zmniejszać; obecnie chora odczuwa pewne, jednak niezbyt silne bole między łopatkami i w kończynach dolnych. Osłabienie władzy w kończynach dolnych postępowało; w maju 1924 r. chora zupełnie przestała chodzić, obecnie jest przykutą do łóżka. W ostatnich czasach stolec stale zaparty, mocz oddaje z trudem.

Do Szpitala św. Wincentego à Paulo w Lublinie chora przybyła dnia 5. VII. 1924 r., leczona była z początku wstrzykiwaniami airolu, poczem w dn. 15. XI. 1924 r. wobec braku poprawy w stanie chorej, proszony byłem o zbadanie tejże.

Przy badaniu chorej w tym dniu stwierdziłem: zupełne porażenie obu kończyn dolnych (żadnych ruchów kończynami chora wykonać nie jest w stanie) ze wzmożonem napięciem mięśni, znacznem wzmożeniem odruchów kolanowych, obustronnym stopopląsem, obustronnym objawem Babińskiego i brakiem odruchów brzusznych.

Wszystkie rodzaje czucia skórnego bardzo znacznie obniżone na kończynach dolnych i brzuchu mniejwięcej do wyrostka mieczykowatego, z tyłu do 8-go kręgu piersiowego. Kręgosłup niebolesny, odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn lekko-żółty, w osadzie około 15 białych ciałek w 1 m^3, białko 2,145‰. Odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

Mocz mętny, zawiera ślad białka, cukru niema, w osadzie nabłonki płaskie.

Ze względu na rozwijający się stopniowo obraz chorobowy, na okres z silnemi bolami w początkowym okresie choroby, początkowy niedowład jednej kończyny, zespół uciskowy w płynie mózgowo-rdzeniowym i ujemny odczyn Wassermanna, rozpoznałem uciskową sprawę rdzenia, a ponieważ zaburzenia czucia sięgały prawie siódmego odcinka grzbietowego, rozpoznałem sprawę uciskową na wysokości mniej więcej szóstego odcinka grzbietowego.

[1]) Przedstawiono na posiedzeniu Lub. Tow. Lek. dnia 5. I. 1925. r.

Uważałem, iż prawdopodobnie mamy do czynienia z nowotworem, bole, stopniowy rozwój objawów, prawdopodobny Brown-Sequard początkowy (z początku była zajęta jedna kończyna dolna) pozwalały przypuszczać, iż mamy do czynienia ze sprawą zewnątrzrdzeniową. Jednocześnie myśleliśmy o zastrzyknięciu lipjodolu w celu skontrolowania trafności rozpoznania wysokości ucisku rdzenia, gdyż nie mieliśmy wątpliwości, że mamy do czynienia ze sprawą uciskową, jednakże wtedy nie posiadaliśmy techniki tego zabiegu, wobec czego nie wykonaliśmy go, a uważając, iż dane, które mamy, upoważniają nas do zabiegu operacyjnego przystąpiliśmy do takowego.

Zabieg operacyjny wykonał w dniu 29. XI. 1924. r. kol. Jaworski. W uśpieniu eterowem laminektomja z cięcia w linji środkowej. Po odsłonięciu 3, 4 i 5 wyrostków ościstych piersiowych i oddłutowaniu łuków opona twarda na odsłoniętej przestrzeni prześwieca szaro-sinawo z punktami białemi, tętnienie widoczne, lecz bardzo słabe, nowotworu pozaoponowo nie stwierdza się ani w odsłoniętej części rdzenia, ani nieco powyżej i poniżej w kanale. Otwarcie opony twardej początkowo na przestrzeni 1 cm, w otwór wstawia się odrazu szaro-brunatny twór, różniący się wybitnie od barwy rdzenia, ilość płynu mózgowo-rdzeniowego początkowo niewielka; po rozszerzeniu otworu w oponie, aż do górnego bieguna nowotworu ilość płynu nagle się zwiększa. Nowotwór oddziela się od rdzenia stosunkowo łatwo przy jak najdelikatniejszem naturalnie postępowaniu; odpreparowano dolny biegun nowotworu i chwycono go; jednak nowotwór okazał się nadzwyczaj kruchy i przerwał się, dalsze oddzielanie kawałkami łatwe. Nowotwór leżał na całej przestrzeni rdzenia, odsłoniętej operacyjnie, a więc górny jego biegun znajdował się na wysokości 6 odcinka grzebietowego i obejmował go od strony lewej i od tyłu. Z korzonkami rdzeniowemi był w takimże wiotkim zlepie, jak i z rdzeniem. Krwawienie z łożyska guza nieznaczne. Szew ciągły opony twardej, zeszycie rany całkowite. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, pomijając, iż przez 3 dni było zatrzymanie moczu. Zagojenie rany per primam. Badanie histologiczne nowotworu, wykonane w Pracowni Anatomo-Patologicznej Lub. Twa Lek. przez kierowniczkę tej pracowni kol. Morozową, wykazało, iż mamy do czynienia z haemangiosarcoma ze zmianami szklistemi w ścianach naczyń.

Już 3. XII., a więc w 4 dni operacji zjawiły się u chorej pierwsze ruchy w palcach pr. nogi, 6. XII. ruchy pr. stopą, 10. XII. ruchy palców lewej nogi, 12. XII. podnoszenie kończyny pr. dolnej do góry. Od tego czasu stan poprawiał się coraz bardziej i 14. I. 1925 r. chora wykonywała ruchy obu kończynami dolnemi we wszystkich stawach. Zaburzenia czucia utrzymywały się, odruchy kolanowe w dalszym ciągu silnie wzmożone, obustronny stopopląs i obustronny Babiński. 15. I. 25 r. chora na własne żądanie wypisała się ze szpitala, miała zgłosić się po upływie miesiąca w celu zbadania, do tej pory tego nie uczyniła, w ostatnich dniach maja b. r. mieliśmy jednak wiadomość, iż stan chorej poprawia się i że podobno już nieco chodzi.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Kliniczne i doświadczalne badania zjawisk fizyczno-chemicznych towarzyszących trawieniu zaczynowemu białka w przewodzie pokarmowym zdrowym i schorzałym.

Z II-giej kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszaw. Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Gluziński.

W ciągu ostatnich lat 20. chemja fizyczna i szczególnie chemja koloidowa przenikła nietylko do biologji ale także do patologji i medycyny praktycznej. Ogłoszono wielką ilość prac opartych na poglądach fizyczno-chemicznych i wykonanych przy pomocy metod fizyczno-chemicznych. Trudno przewidzieć, w jakim stopniu sprawdzą się wielkie nadzieje pokładane w chemji fizycznej przez jej gorących zwolenników. Bezsprzecznie sporo wyników osiągniętych w biologji dzięki nowym metodom jest tylko zestawieniem dawno znanych faktów w odmiennych szatach; wiele wyników, które nie znalazły potwierdzenia przy dokładniejszem ich sprawdzaniu, również dowodzą, że zbyt pochopnie i bez należytego przygotowania technicznego i teoretycznego zabrano się do nowych metod (nieraz trudnych i zawiłych) i że. być może, zbyt wiele sobie po nich obiecywano. Tem niemniej już obecnie można z całą pewnością twierdzić, że poruszenie nowego mało znanego dotychczas świata zjawisk, świeży prąd, który przejawia się przy tłumaczeniu starych i nowo powstałych zagadnień, pozostawi po sobie dużo dodatnich i trwałych wyników w biologji i patologji ogólnej, a także w diagnostyce i lecznictwie.

Jak każda inna gałąź wiedzy ludzkiej, także chemja fizyczna, rozwijając się, wywołała powstawanie wielkiego szeregu nowych zagadnień. W pracy niniejszej (jak również następnych) poruszam niektóre zagadnienia dotyczące nieznacznej zaledwie części zjawisk fizyczno-chemicznych, z któremi stykamy się przy badaniu przebiegu trawienia.

Wpływ warunków chemicznych, mechanicznych, cieplnych na przebieg trawienia, wpływ psychiki oraz centralnych i obwodowych ośrodków nerwowych, znaczenie hormonów — wszystkie te czynniki mające wielkie znaczenie dla sprawności narządów trawienia, — były i są przedmiotem nieustannych badań klinicznych, fizjologicznych, chemicznych i t. d. W żadnej gałęzi medycyny wewnętrznej badanie czynnościowe nie znalazło tak wielkiego i powszechnego zastosowania, jak w dziedzinie schorzeń narządu trawienia. Wydobywanie treści żołądkowej podczas jego czynności trawiennej należy do codziennych metod badania. Badając ilości, wygląd, kwasotę ogólną, określając zawartość „wolnego" kwasu, własności trawienne i t. d. soku żołądkowego, badając go chemicznie, drobnowidowo — nieraz znajdujemy pewne cenne drogowskazy dla rozpoznawania, a także lecznictwa. Nieraz, ale nie zawsze; pozwolę sobie powiedzieć, że nawet nie często. Każdy spotykany przez nas zespół odchyleń we właściwościach fizycznych, chemicznych i t. d. soku żołądkowego może odpowiadać najrozmaitszym schorzeniom nieraz odległych od siebie narządów jamy brzusznej; i przeciwnie: niemal każde ze schorzeń organicznych i czynnościowych narządów trawienia jest w stanie wywołać najrozmaitsze zespoły właściwości wydobytego soku żołądkowego, zespoły, które często były uznawane za niemal patognomiczne dla ściśle określonych schorzeń.

Od czasu też, kiedy wprowadzono zgłębnik żołądkowy, podano szereg nowych sposobów zgłębnikowania, nowych rodzajów próbnych śniadań, obiadów i t. d., nowych metod określania „wolnego" kwasu solnego i ogólnej kwasoty, pepsyny, zaczynu podpuszczkowego, składników chemicznych i t. d. soku żołądkowego. Przy pomocy wszelkich tych metod badamy każdą z poszczególnych głównych czynności żołądka z osobna, a mianowicie: 1) ilość, jakość i przebieg wydzielania, 2) zdolność opróżniania się żołądka t. j. określanie czasu pozostawania pokarmów w żołądku, 3) napięcie (tonus, peristola) mięśniówki i 4) zdolność wchłaniania.

Wszystkie te czynności żołądka są tylko poszczególnemi składnikami jego głównej czynności, mającej na celu odpowiednie przygotowanie pokarmu dla trawienia jelitowego i niezawodnie temi szczegółowemi czynnościami kierują skoordynowane bodźce. W ramach tego ogólnego celu czynności żołądkowej każdy z poszczególnych jej składników może wykazać pewne odchylenia, niekiedy bardzo znaczne. To się jednak nie odbija na ostatecznej sprawności czynnościowej żołądka, gdyż te odchylenia zostają w całości równoważone przez inne czynności żołądka; tak n. p. nadmiernie przyśpieszone opróżnianie się żołądka jest, samo przez się, odchyleniem od normy; jest ono jednak celowe wobec konieczności zrównoważenia zasadniczego odchylenia, j. np. niedostatecznego wydzielania soku. Dotychczas nie posiadamy żadnej metody badania czynnościowego żołądka, któraby wyraźnie i dokładnie określała ogólny i ostateczny wynik wszystkich poszczególnych czynności żołądka, nie jesteśmy w stanie sprowadzić wyniku badania wszystkich tych czynności do jednej „formuły czynnościowej".

Wady naszych metod badania sięgają jednak jeszcze głębiej: wobec ścisłej współpracy poszczególnych składników czynności żołądka, wobec wielkiego wpływu, jaki każdy poszczególny czynnik wywiera na sprawność innych czynników, nie jesteśmy w stanie określić, jak dalece otrzymane przez nas wyniki badania jednego czynnika (n. p. wydzielania) odpowiadają sprawności tego właśnie czynnika, a jak dalece są tylko pośredniem odzwierciedleniem sprawności innego czynnika (n. p. mechanizmu żołądka i t. d.). To samo odnosi się do badania mechanizmu żołądka: mnogość bodźców ruchowych, względna niezależność unerwienia poszczególnych odcinków żołądka (odźwiernika i części odźwiernikowej, perystaltyki), interferencja wydzielania — utrudnia ją w znacznej mierze określanie sprawności ruchowej żołądka. Wbrew matematycznym formułom Mathieu-Rémonda 2), Sahli'ego 3), i inn., tego czynnika nie jesteśmy w stanie dokładnie uchwycić liczbowo.

Badanie treści żołądkowej w określonych odstępach czasu, mające na celu stwierdzenie przebiegu wydzielania i uskutecznione przy pomocy zgłębnika à demeure Rehfussa 4) rozszerzyło nieco nasze wiadomości w tym zakresie i doprowadziło do ustalenia kilku zasadniczych „krzywych" wydzielania. Jednak wbrew twierdzeniom Crohna i Reissa 5), Ryffela 6), Gorhama 7) i inn., wielu autorów n. p. H. Wheelon 8), Kopeloff 9) i inn., dowodzą na zasadzie swoich doświadczeń, że również ta metoda „cząstkowego" badania treści żołądkowej nie unika błędów powstających wskutek tego, że w różnych częściach żołądka panuje rozmaite stężenie kwasu solnego zależnie od kształtu żołądka, rodzaju pokarmu, położenia zgłębnika, regurgitacji z dwunastnicy i t. d.

Sam sposób określania kwasoty soku żołądkowego używany dotychczas t. j. miareczkowanie soku z $^1/_{10}$ n. rozczynem ługu, jest oparty na przesłankach niezgodnych z obecnemi poglądami naukowymi, wprowadzonymi przez chemję fizyczną i nie jest w stanie wyrazić rzeczywistej siły trawiennej soku, która zależna jest od stężenia jonów wodorowych, t. j. od t. zw. czynnej kwasoty.

Wobec wszystkiego powyższego jest zupełnie zrozumiałem, że do chwili obecnej trwają poszukiwania za nowemi metodami ba-

dania czynności żołądkowej i że m. inn. także metody fizyczno-chemiczne znalazły swe zastosowanie przy badaniu przebiegu trawienia.

W całym przewodzie pokarmowym wraz z przynależnemi doń wielkiemi i małemi gruczołami spostrzega się nieskończoną ilość zjawisk fizyczno-chemicznych, które są ściśle złączone z chemiczną i fizyczną stroną odbywających się w nim odczynów. Wyszedłbym daleko poza zakreślone granice pracy niniejszej, gdybym omawiał wszystkie znane już dotychczas fizyczno-chemiczne zmiany, jakim podlega pokarm od chwili wprowadzenia go do ustroju.

Niektóre główne podstawy chemji fizycznej trawienia wymagają jednak krótkiego bodaj omówienia.

W przewodzie pokarmowym znajduje doskonałe zastosowanie cały szereg podstawowych sposobów działania fizyczno-chemicznego, dzięki którym przy pomocy stosunkowo prostych środków chemicznych i mechanicznych, ustrój osiąga maksymalne wyniki, niedostępne dotychczas dla najlepiej urządzonych laboratorjów.

Pierwszy warunek odczynów chemicznych t. j. przeprowadzenie mających oddziaływać ciał ze stanu stałego w stan roztworu, uskuteczniany jest w górnej części przewodu pokarmowego, jamie ustnej żołądku i górnej części jelita cienkiego *). W tym celu ustrój wprowadza do tej części przewodu pokarmowego znaczne ilości wody, potrzebnej jako rozpuszczalnik, a więc u dorosłego człowieka na dobę: 1000—1500 cm³ śliny, 1000—2000 cm³ soku żołądkowego, 600—1000 cm³ żółci (B r u n a c c i 10)), 600—800 cm³ soku trzustkowego i pewną ilość (100—200) soku jelitowego, czyli razem około 3,4—5,5 litrów. Ogółem (razem z napojami) ustrój rozporządza w ciągu doby około 4¹/₂—6—7 litrów wody, jako rozpuszczalnika. Okoliczność, że ilość ta nie wpływa odrazu, lecz stopniowo, ma dodatni wpływ, gdyż obok dopływu świeżego rozpuszczalnika, ma miejsce odpływ roztworów już nasyconych produktami rozpuszczonemi (p. n.).

Obok potrzebnej ilości wody, ustrój przez swoje wydzieliny dostarcza różnych anjonów i katjonów oraz swoistych katalizatorów (fermentów) potrzebnych do rozpuszczenia i rozszczepienia substancyj pokarmowych.

W pracy niniejszej zajmuję się wyłącznie ciałami białkowemi, wobec czego ograniczę się do przytoczenia nowszych poglądów na warunki rozpuszczania i rozszczepiania ciał białkowych.

Do ustroju wprowadzamy białko prawie wyłącznie pod postacią białka skrzepłego; wg. terminologji chemji koloidowej białko takie jest żelem nieodwracalnym. By żel taki z powrotem otrzymać w stanie roztworu (sol), należy zadziałać nań silnemi środkami chemicznemi, cieplnemi względnie zapomocą zaczynów (fermentów). Proces ten nazywa się w koloidowej chemji peptyzacją, przyczem nazwa ta odnosi się nietylko do białek ale także do innych organicznych lub nieorganicznych żelów (kwas metacynowy, kwas krzemowy i t. d.). Przy pomocy peptyzacji otrzymujemy roztwór koloidowy ciał białkowych zupełnie odmiennych pod względem chemicznym i fizyczno-chemicznym od pierwotnego (natives genuines) białka.

W laboratorjum chemicznem uskuteczniamy rozpuszczenie białka 3-ma głównie sposobami: 1) przez wielogodzinne gotowanie ze stężonemi kwasami, 2) przez zastosowanie słabych kwasów (lub zasad) w obecności fermentów przy t⁰+40₀, albo też 3) przy pomocy słabych kwasów, działających przy wysokiej ciepłocie (t⁰ 150—180⁰), (Z i e l i ń s k i i S a d i k o w 11)) Ilość kwasów używanych przy ostatnim wymienionym sposobie jest tak nieznaczną, że działanie jego możemy zrozumieć tylko jako katalizę.

Przy gotowaniu ze stężonemi kwasami powstają proste aminokwasy, czyli osiąga się zupełne chemiczne rozszczepienie cząsteczki białkowej; przy katalizie znów powstają złożone związki o charakterze bezwodników, które stanowią stopień pośredni pomiędzy jeszcze bardziej złożonemi cyklicznemi związkami wielu pierścieni diketopiperazynowych (względnie peptynowych), a prostemi kwasami aminowemi. Przy fermentatywnej peptyzacji białka (hydrolizie) również powstają, jak wykazali Z i e l i ń s k i i S a d i k o w (l. c.), bezwodniki w znacznej ilości; kataliza jednak idzie dalej i nawet po skończonej fermentacji kataliza może wywołać powstawanie nowych bezwodników. Rozszczepianie zaczynowe i kataliza przy pomocy kwasów są zatem odczynami chemicznemi, przebiegającemi po jednakowych linjach.

Przy trawieniu ciał pokarmowych ustrój obok fermentów posługuje się także odpowiedniemi jonami.

Według skrajnych zwolenników chemji koloidowej (Fodor, 12, 13), przy odczynach trawiennych chemiczne powinowactwa podłoża do poszczególnych jonów nie grają żadnej roli. Rozczyny białka, według tych zapatrywań, nigdy nie zawierają pojedynczych cząsteczek (molekuł) białkowych, przy których byłyby możliwe odczyny chemiczne, lecz tylko cząsteczki złożone z wielu molekuł. Miast związków chemicznych z kwasem lub zasadą środowiska, ma miejsce adsorpcja jonów wodorowych lub wodorotlenowych, pod wpływem których następują procesy nawodnienia, pęcznienia i rozpuszczenia białka.

L. M i c h a e l i s (14, 15) oraz jego szkoła uważa, że stężenie jonów wodorowych (H:) względnie wodorotlenowych (OH¹) odgrywa rolę miarodajną przy wszelkich chemicznych i fermentacyjnych odczynach, które zależne są od oddziaływania środowiska. Mają one wpływ na stopień rozszczepienia się zaczynu. L. M i c h a e l i s uważa zaczyn za elektrolit, przyczem u jednych fermentów czynnym ma być anjon (n. p. pepsyna), u innych znów tylko nierozszczepiona cząsteczka fermentu (n. p. inwertaza), a znów u innych zarówno nierozszczepiona część jak i anjony (n. p. katalaza). Jony H:; OH¹ mają oczywiście także wpływ na stopień pęcznienia podłoża, przez co dostarczają fermentowi większej powierzchni działania; nie na tem jednak polega ich główne znaczenie, lecz na ich działaniu na sam zaczyn.

J. T r a u b e (16, 17, 18, 19) i jego współpracownicy są przeciwni poglądowi L. M i c h a e l i s a. Wskazują oni na to, że według S ö r e n s e n a 20) optimum (H:) dla działania pepsyny na acidalbuminę wynosi 0,01—0,03 n. H¹, zaś wg. samego M i c h a e l i s a 21) optimum dla kaseiny leży przy 0,017 n. H¹, co zgadza się znów z optimum (H:), które Marcin F i s c h e r 22) wykazał dla pęcznienia włóknika (0,02 n. HCl), oraz T r a u b e i K ö h l e r 23) dla pęcznienia żelatyny (0,019 n HCl). Wszystkie te (H:) są zbliżone do przeciętnej kwasoty, znajdywanej w soku żołądkowym (0,015 n. H¹).

Z tej zgodności stężeń jonowodorowych, przy których ma miejsce największe pęcznienie łatwostrawnych białek, ze stężeniem H¹ przeciętnie spotykanem w żołądku, T r a u b e i jego szkoła wyciągnęli wniosek, że główną rolę przy trawieniu odgrywa stopień pęcznienia białka.

Do podobnych wniosków przychodzą W. O s t w a l d i A. K u h n 24) na zasadzie swych doświadczeń z żelatyną. Przy dodaniu niewielkiej ilości kwasu do mieszaniny żelatyna-woda, spostrzegamy wzmożenie pęcznienia żelatyny. Pęcznienie dochodzi do najwyższego stopnia przy pewnej, ściśle określonej zawartości kwasu, poczem przy dalszem dodawaniu kwasu, pęcznienie zaczyna się zmniejszać; wielkie ilości kwasów wywołują skłaczanie żelatyny. Pęcznienie i tworzenie solu oznaczają to samo, co nawodnienie (hydratacja) i idą w parze ze wzmożeniem się lepkości rozczynu. Najsilniejsze trawienie przy pomocy pepsyny otrzymujemy właśnie przy największem pęcznieniu (nawodnieniu) i lepkości białka, a te znów osiągamy przy pewnem (H:).

Także R i c h t e r 25) jest zdania, że aktywacja pepsyny przez jony wodorowe jest zależna w dużym stopniu od rodzaju podłoża białkowego, gdyż rozmaite białka wykazują największe nawodnienie oraz lepkość przy różnem (H:). Według niego, a także P e k e l h a r i n g a 26), pepsyna zachowuje się zawsze jak kwas; działanie jej polega na tworzeniu z białkiem, w chwili odpowiedniego nawodnienia podłoża związku chemicznego „zymotelu“ (B e i j e r i n c k 27), który z kolei ulega hydrolizie.

Jeszcze dalej w kierunku czysto-chemicznego pojmowania trawienia białka przy pomocy pepsyny idzie J a c q u e s L o e b i jego szkoła. J a c q u e s L o e b 28) wykazał, że największe pęcznienie i lepkość białka stwierdza się przy o wiele wiekszem (H:) niż optimum dla działania pepsyny, które zależne jest od rodzaju białka, mianowicie od jego izoelektrycznego punktu²). Tak n. p. działanie pepsyny na hemoglobinę (izoelektr. punkt Ph=6,8) zaczyna się już przy znacznie niższym (H:) niż działanie na albuminę jaja kurzego (izoelektr. punkt Ph=5,7). N o r t h r o p 29) zaś wykazał, że przy trawieniu działanie HCl i H_2SO_4 jest jednakowo silne przy równem ich stężeniu w rozczynie, jakkolwiek HCl wywołuje o wiele większe pęcznienie (a więc i hydratację), niż H_2SO_4. Opierając się na doświadczeniach J a c q u e s L o e b a i swoich własnych, N o r t h r o p podaje następującą teorję trawienia białka przy pomocy pepsyny: szybkość działania pepsyny jest proporcjonalną do stężenia związku pepsyna-białko; związek ten jest solą anjonu pepsynowego z katjonem białka. Przy wzrastającej kwasocie środowiska stężenie tego związku zależy od ilości katjonów białkowych, a więc od ilości zjonizowanego białka. Ilość tę możemy określić, mierząc przewodnictwo elektryczne. Zrozumiałem jest według tej teorji, dlaczego przy izoelektrycznym punkcie danego podłoża białkowego widzimy najmniejsze trawienie, zaś największe stwierdzamy wówczas, gdy całe białko wytworzyło sól z obecnym kwasem (lub zasadą).

Także H i t c h c o c k 30) uważa, że chlorki białek są zupełnie rozszczepione elektrolitycznie i stwierdził nadto, że największe stężenie białka zjonizowanego znajduje się przy (H:) ,pomiędzy 0,025n a 0,009n, co znów odpowiada optimum dla działania pepsyny. H i t c h c o c k także jest zdania, że powinowactwa czysto-chemiczne białka mają znacznie większy wpływ na przebieg trawienia niż jego koloidowo-chemiczne właściwości.

Wreszcie E h r e n b e r g 31) nie uznaje wogóle istnienia zaczynów, jako substancyj samoistnych, zaś cały przebieg trawienia tłumaczy sobie wielce oryginalnie.

Jak widzimy z powyższego bynajmniej nie wyczerpującego zestawienia, poglądy badaczy na sposób wzajemnego oddziaływania pomiędzy zaczynem, podłożem białkowem, a jonami kwaśnemi

---

*) Dane powyższe cyt. wg. S c h a d e'go, „Die physikalische Chemie in der inneren Medizin“. 1921.

²) Izoelektrycznym punktem jakiegoś roztworu białka, nazywamy to (H:), przy którem białko nie wędruje ani do katody, ani też do anody. Przy tem (H:) roztwory wykazują cały szereg swoistych cech: są najmniej trwałe t. j. najłatwiej dają się strącić, mają najmniejszą lepkość, najłatwiej krzepną i t. d.

(względnie zasadowemi) są bardzo rozbieżne. Nie ulega jednak wątpliwości, że z przytoczonych teoryj każda w swoim zakresie i ze swego punktu widzenia przybliża nas w większym lub mniejszym stopniu do jaśniejszego pojmowania znaczenia pojedynczych czynników, z któremi stykamy się przy badaniu procesu trawienia, jako to: stężenia głównych jonów H: i OH^1, stanu koloidowego rozproszenia podłoża białkowego (t. j. wielkości jego cząsteczek), jego nawodnienia (pęcznienia), lepkości, ładunku elektrycznego i td.

Obok jonów H: i OH^1 ustrój wprowadza do przewodu pokarmowego także szereg soli, że wymienię tylko NaCl, węglany sodu, potasu, fosforany, rodanki i t. d. Jak wykazali Hofmeister, W. Pauli, Ostwald i inni anjony rodanowe CNS^1 posiadają tę właściwość, że w kwaśnem środowisku wywołują największe pęcznienie białka, które znów, jak widzieliśmy, jest pożądane dla szybszego przebiegu rozpuszczenia białka. Rodanki są pod tym względem najsilniej działającemi ze wszystkich anjonów. Rodanki śliny będąc połknięte wraz z pokarmem, znajdują w żołądku owe właśnie potrzebne dla ich największego działania środowisko kwaśne.

Inne sole, jako to NaCl fosforany etc. mają ogólną właściwość zmniejszania wpływu H^1 i OH^1 na pęcznienie białka.

Rona i Kleinmann 32), Kleinmann i Asada 33) wykazali, że jeżeli przy optymalnem (H:) dodaje się małe ilości Na', K' lub Ca'' do mieszaniny ferment-podłoże-woda, to przy stężeniu dodawanych soli od n/200 do n/50 można stwierdzić niewielką zmianę w szybkości przebiegu trawienia; jeżeli zaś stężenie tych soli przekracza n/50, to zahamowanie działania zaczynu (pepsyny) jest już wyraźne. Jeżeli mieszanina zaczyn (pepsyna) + białko + woda była bardziej kwaśną niż to odpowiada optimum, to hamujące działanie soli było jeszcze większe. Natomiast na zbyt zasadowe mieszaniny, dodawanie Na', K' lub Ca'' do stężenia n/2, działało przyśpieszająco na przebieg trawienia, przyczem było obojętnem, czy podawano te katjony jako chlorki, azotany, czy też siarczany. Najsilniej działały jony Na', potem Ca'', najsłabiej K'.

Jak wiadomo, ogólne stężenie soli obecnych w ślinie, a w mniejszym stopniu także w soku żołądkowym jest znacznie mniejsze niż we krwi, oraz większości wydzielin i wydalin. Wbrew osmotycznemu ciśnieniu ustrój utrzymuje zatem w jamie ustnej i w żołądku stosunkowo nieznaczne stężenie soli odpęczniających (odwadniających), co oczywiście wpływa dodatnio na wynik działania jonów wywołujących pęcznienie (H', OH^1).

Przechodząc z jednego odcinka przewodu pokarmowego do drugiego, pokarmy kolejno podlegają przeważającemu działaniu to jonów OH^1 (jama ustna), to znów jonów H' (żołądek) i napowrót OH^1 (jelita cienkie). Zasadowe oddziaływanie środowiska zmusza wszystkie kwaśne substancje do chemicznego odczynu i przeciwnie w kwaśnem środowisku oddziaływują wszystkie ciała zasadowe, przez co powstają związki, jeżeli nie rozpuszczalne w danem środowisku, to przynajmniej ulegające w niem bardzo znacznemu rozprószeniu („Kolloidnascierung"), p. H. Schade, l. c.). Przez to zwiększa się znacznie powierzchnia, na którą mogą zadziałać zaczyny, co znów przyśpiesza hydrolizę.

Dok. nast.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. A. DOROSZ, lekarz powiatowy. Sanok.

Zapoczątkowanie organizacji walki z gruźlicą w powiecie sanockim.

Referat wygłoszony na 3. posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą we Lwowie, w dniu 17. października 1925 r.

Przed około dwoma miesiącami — po ukończeniu prac, związanych ze szczepieniem, wziąłem się do roboty, mającej na celu zorganizowanie walki z gruźlicą w powiecie sanockim. Zastałem warunki nie bardzo zachęcające, bo z jednej strony wyrobiła się na miejscu opinja, że w tak małym powiecie, a względnie w tem małem mieście, jak Sanok, liczącem zaledwie około 11000 mieszkańców, niema warunków do stworzenia podobnej organizacji, a z drugiej strony napotkałem na znamienny dla większości naszego społeczeństwa negatywizm, opierający się wszelkim wysiłkom i poczynianiom mającym na celu stworzenie czegoś nowego.

Służąc przez szereg lat, jako lekarz, w wojsku, wyrobiłem sobie to przekonanie, że nawet w znacznie jeszcze gorszych warunkach można tworzyć i organizować rzeczy, do których w pomyślniejszych warunkach potrzeba byłoby zbiorowych wysiłków, a które tutaj spoczywały po największej części na inicjatywie i energji jednostki.

Równocześnie zdawałem sobie sprawę z tego, że mam zorganizować walkę z gruźlicą, a do każdej walki konieczne są fundusze i środki materjalne, bez których walki rozpoczynać nie można, względnie bez których wynik walki staje się z góry przesądzonym.

Trzeba więc było środków poszukać dookoła siebie, w każdym razie w tem środowisku i na tym terenie, na którym miałem zorganizować Powiatowe Koło Walki z gruźlicą. Zorjentowałem się szybko w sytuacji i przekonałem się, że w dzisiejszych ciężkich czasach i przy ogólnej biedzie społeczeństwa nie można będzie oprzeć się jedynie na ofiarności publicznej, która i tak w przeróżny sposób i na przeróżne cele prawie każdej niedzieli, a nawet każdego nieomal dnia, bywa eksploatowaną. Trzeba zatem było poszukać źródeł innych, a względnie postarać się ze wszystkich źródeł czerpać i zadowolić się mniejszemi dostosowanemi do ciężkich warunków obecnych, zdobyczami pieniężnemi. Aby mieć tytuł do apelowania i firmę, na której dewizę odwołując się można by było odnosić się do różnych miarodajnych czynników, przystąpiłem szybko do formalnego zorganizowania Powiatowego Koła Walki z gruźlicą w Sanoku, opierając się na statucie, jaki z Województwa Lwowskiego sobie przywiozłem i, porozumiawszy się przedtem z p. Starostą, Prezesem Rady Powiatowej i Burmistrzem miasta Sanoka co do sposobu zwołania i porządku dziennego I-go konstytuującego Walnego Zebrania T-wa.

Uchwaliliśmy zwołać je na 19. sierpnia b. r.

Aby spopularyzować firmę Koła Walki z gruźlicą, a równocześnie zdobyć za jednym zamachem postawienie firmy w pierwszym rzędzie Towarzystw filantropijno-humanitarnych, postanowiłem ściągnąć jak najszersze masy ludności z powiatu. I tak p. Starosta zechciał uprzejmie zwołać wszystkich wójtów z gmin i reprezentantów wsi; zwróciłem się do inspektora szkolnego p. Jasińskiego, który poprosił na to zebranie nauczycielstwo szkół powszechnych tut. powiatu, zaś miejscowy ks. prałat zaprosił wszystkich księży. Prócz tego zebrało się bardzo wiele osób z inteligencji miejscowej, mieszczan, kupców, tak chrześcjan, jak żydów, oraz wszyscy lekarze tut. powiatu. Pierwszy raz widziałem taki spokojny i harmonijny przebieg obrad na zebraniu, w którem przecież uczestniczyły różne narodowości i przedstawiciele wszystkich klas społecznych.

Po zagajeniu zebrania przez tut. p. Starostę, który w plastycznych słowach przedstawił cele Koła Walki z gruźlicą i gorąco zachęcał zebranych do wpisania się na członków T-wa, odczytał dyrektor Szpitala powszechnego w Sanoku Dr. Domański gruntownie i rzeczowo, a przytem bardzo pouczająco opracowany referat o gruźlicy, sposobach jej leczenia i samoobronie przed nią społeczeństwa, poczem rozwinęła się dyskusja na temat organizacji Towarzystw społecznych, występujących do walki z gruźlicą.

Po dyskusji przystąpiono do wyboru Wydziału, Komisji rewizyjnej i Sądu polubownego, poczem po załatwieniu wniosków i interpelacji p. Mg. Jerzy Górny, aptekarz w Sanoku, obecny nasz skarbnik przystąpił do zapisywania licznie zgłaszających się na członków Twa. Dwa tygodnie później odbyło się w lokalu Starostwa pierwsze posiedzenie nowowybranego Wydziału, na którem zreferowałem plan, w jaki sposób należy wziąść się do pracy, aby módz zrealizować statutowe cele Towarzystwa. Pracę podzieliliśmy na kilka działów i odpowiednio do tego wybraliśmy Komisję z przewodniczącym na czele każdej i prawem kooptacji dowolnej ilości członków. Trzeba się było znać na materjale ludzkim, i do każdej pracy powołać odpowiednich ludzi. I tak wybraliśmy Komisję dochodową, której zadaniem jest zbierać zewsząd dochody, skąd się tylko da, a to przez urządzanie i obmyślenie przerozmaitych imprez, dni kwiatka, przedstawień i t. p. Komisja propagandy objęła urządzanie odczytów i pogadanek o gruźlicy i agitowanie za wstępowaniem do Koła Walki z gruźlicą. Komisja budowlana zajęła się budową przychodni przeciwgruźliczej t. j. wystara się o plac, przygotowanie planów, zebranie materjału budowlanego, a na przyszłość ma myśleć o budowlach, jakich Towarzystwo będzie potrzebowało.

Mając już organizację gotową, przystąpiliśmy do energicznej pracy.

I. Przedewszystkiem uważaliśmy, że zacząć potrzeba będzie od uruchomienia najważniejszego organu „Koła walki z gruźlicą", t. j. „Przychodni przeciwgruźliczej". Ponieważ jednak nie mogliśmy nigdzie znaleźć odpowiedniego lokalu, postanowiliśmy przystąpić do budowy własnego domu dla przychodni, a tymczasowo, aż do przeprowadzenia się do nowego budynku, urządziliśmy przychodnię przeciwgruźliczą w kancelarji Szpitala powszechnego. Aby zdobyć fundusze na cele T-wa, a przedewszystkiem na budowę domu, Komisja dochodowa wystosowała podanie do Pow. Kasy chorych, do Magistratu m. Sanoka, do Kahału i do Wydziału Powiatowego z prośbą o subwencję na budowę i stałą miesięczną zapomogę. Wszędzie trzeba było osobiście interwenjować. Z wszystkich tych źródeł otrzymaliśmy subwencje i przyrzeczenia popierania na przyszłość. Równocześnie, ponieważ jest obecnie termin układania budżetu na rok 1926, poczyniliśmy kroki o preliminowanie odpowiednich kwot na walkę z gruźlicą. Prócz tego Kasa chorych odstąpiła nam wszystkie grzywny, jakie od Starostwa co miesiąc odbiera, a p. Starosta raczył przeznaczyć grzywny sanitarne również na cele Koła Walki z gruźlicą.

Korzystając z posiedzenia lekarzy obwodu sanockiego, zaapelowałem do nich o dobrowolne opodatkowanie się na rzecz Koła Walki z gruźlicą. Po dyskusji uchwalili lekarze powiatu sanockiego odstąpić na ten cel 1% swego przypisu brutto z Kasy chorych, jako miesięcznego wynagrodzenia dla lekarzy. Prócz tego opodatkowali się lekarze, płacąc od każdej wydanej recepty podatek gruźliczy w wysokości 3 groszy i w tym celu sporządziliśmy im odpowiednie blankiety recept ze znaczkiem Koła Walki z gruźlicą. Za przykładem lekarzy opodatkowali się i aptekarze, płacąc od każdej wydanej recepty po 5 groszy podatku na gruźlicę i w tym celu sporządziliśmy im odpowiednie znaczki do naklejania na recepty.

Dnia 4-go października urządziła Komisja „dzień kwiatka" na Koło Walki z gruźlicą, a zbiórka uliczna dała przeszło 200 zł.

Wspomnę tu jeszcze o odniesieniu się do banków i kas zaliczkowych o subwencje dla Koła Walki z gruźlicą, o puszkach opieczętowanych przez Starostwo, wystawionych w lokalach publicznych, o bloczkach ze znaczkami Koła Walki z gruźlicą, opodatkowaniu na walkę z gruźlicą rachunków, które wystawia się w restauracjach i t. d.

Nie mogę pominąć nadawania koncesji na kina i t. p. zezwoleń na przedstawienia dla zespołów artystycznych i t. d., z których pewien % zawsze uzyskujemy na rzecz Koła Walki z gruźlicą. Obecnie przygotowuje się sztukę teatralną, którą w najbliższym czasie wystawi się w sali Sokoła za wstępami na rzecz walki z gruźlicą, obrazki i inne imprezy, mające dać dochód.

II. Komisja propagandowa rozpoczęła działalność odczytem Dr. Domańskiego, a szereg odczytów o gruźlicy będzie kontynuowany po całym powiecie sanockim. Prócz tego wydała Komisja popularną broszurkę p. t. „Czy chcesz umrzeć na gruźlicę" i odniosła się do Inspektoratu Szkolnego oraz Dyrekcji szkół powszech. i gimnazjum, aby rozsprzedać ją po minimalnych cenach wśród młodzieży szkolnej w miastach i po wsiach, a nadto Kasa chorych podjęła się rozsprzedaży wśród sfer robotniczych.

III. Komisja budowlana zajęła się na razie budową przychodni przeciwgruźliczej. W tym celu otrzymała plac pod budowę od Magistratu m. Sanoka. Plany wygotował bezpłatnie budowniczy p. Mazurek. Kamień ofiarowało miasto z własnych kamieniołomów, drzewo budulcowe Dr. Domański, cegłę miejscowe cegielnie, dachówkę miejscowa fabryka. Koszty samej robocizny mają wynosić według obliczenia budowniczego 4.000 zł. Przychodnia ta jest tak pomyślaną, że w niej oprócz udzielania porad, będzie się leczyło, zwłaszcza chorych na gruźlicę gruczołową lampą kwarcową. Ponieważ w Sanoku niema elektrowni, uprosiliśmy dyr. fabryki „Wagonów i Maszyn" w Posadzie Olchowskiej o prąd elektryczny, a gmina Posada Olchowska obiecała nam przewody elektryczne. Aby uzyskać bezpłatnie lekarstwa, zwłaszcza preparaty gwajakolowe, odniosło się Koło do firm krajowych „Spiess" i innych o bezpłatne ich udzielanie. W zamian obiecaliśmy polecać i zapisywać preparaty tejże firmy. Otrzymaliśmy przychylną odpowiedź.

Aptekarze w powiecie zgodzili się na udzielanie jak największego opustu.

Po uruchomieniu lampy kwarcowej zawrzemy osobną umowę z Kasą chorych o leczenie ich członków w naszej przychodni, za specjalnem wynagrodzeniem.

Wspomnę tu tylko kilku słowami, że w przyszłym roku mamy zamiar zbudować na gruntach miejskich na „Białej Górze", miejscowości klimatycznej, wśród lasów szpilkowych, mały pawilon do leczenia gruźlicy w początkowych okresach, choćby na 10 do 20 łóżek.

Z dotychczasowego doświadczenia w organizacji walki z gruźlicą muszę to jedno stwierdzić, że pomysł oparcia tej organizacji — w połowie na osobach urzędowych, a w połowie na prywatnych, a zwłaszcza wysunięcie p. Starosty na stanowisko przewodniczącego, jest bardzo szczęśliwym i mądrze obmyślanym, albowiem w ten sposób ma się wszystkie nici w ręku, oraz otwartą drogę do wszystkich organów i czynników tak somorządowych, jak i społecznych, a ponadto zdobywa się dla samego T-wa prestige, jakiegoby przy innej formie organizacji nigdy uzyskać nie było można.

Ponadto doszedłem do przekonania, że w prowadzeniu samej walki z gruźlicą należy położyć ogromny nacisk na propagandę haseł walki z gruźlicą i metod, jakiemi można gruźlicę otoczyć wałem izolacyjnym od zdrowego otoczenia, na wykrywanie zakażonych jednostek, usuwanie ich od środowiska zdrowych i tylko w ten sposób, choćby z poświęceniem jednostek chorych uda się zwalczyć tę straszną zmorę ludzkości.

A drogowskazem postępowania powinna być dokładna statystyka osób gruźliczych i wykrywanie ich wszelkimi sposobami, czy to drogą przeprowadzania masowych badań, czy przy pomocy poradni przeciwgruźliczych, czy też specjalnej ustawy, nakładającej obowiązek na obywateli poddania się przymusowemu badaniu przy przyjmowaniu nie tylko do urzędów i posad państwowych, ale do szkół powszechnych, gimnazjów, seminarjów i prywatnych instytucyj. Należałoby nawet żądać obowiązkowego wykazania się świadectwem zdrowia, wykluczającem gruźlicę, przed zawarciem związku małżeńskiego. Uzyskanie takiej ustawy powinno w pierwszym rzędzie leżeć na sercu naszych Władz sanitarnych, bo chodzi tu o interes zdrowia publicznego i walkę z najstraszniejszym wrogiem ludzkości. Tylko radykalne środki mogą doprowadzić do zwycięstwa.

W tem więc zrozumieniu, kierując się wyżej przytoczonemi hasłami, przystąpiliśmy do walki z gruźlicą w powiecie sanockim, zdając sobie sprawę, że stawiamy na tej drodze pierwsze kroki i że długie czekają nas jeszcze wysiłki, lecz cel, dla którego ponosić je chcemy, jest wielki.

Mamy nadzieję, że w niedługim czasie, będziemy mogli się poszczycić większemi, niż dotychczas, rezultatami, bo raz pchnięta i pobudzona do ruchu organizacja pracować będzie choćby siłą rozpędu dla dobra ludzkości i mieszkańców powiatu sanockiego.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Robert Bernhardt. **Semjotyka chorób skóry.** Z 56 rycinami w tekście. (Nakładem autora. Warszawa 1925. Str. 131.

Ukończyłem w tej chwili czytanie książki, zasługującej ze względu na wartość swą naukową i dydaktyczną na szczególniejsze wyróżnienie, a że chciałbym, ażeby książka ta nie była nieznaną i ogółowi lekarzy, podejmuję z całą przyjemnością jej ocenę, choćby w najogólniejszych zarysach. Książka ta, to wymieniona w tytule książka R. Bernhardta ordynatora szpitala św Łazarza w Warszawie znanego już uczącej się młodzieży z podręcznika: »Choroby skóry«, podręcznika napisanego przez tegoż autora w r. 1922. Jeżeli szczegół ten podnoszę to nie dlatego jedynie, aby wykazać jak bardzo autor ten jest zasłużony na polu polskiego piśmiennictwa dermatologicznego i jak niestrudzenie na niem pracuje, ale dlatego także, że »Semjotyka chorób skóry« jest poniekąd dopełnieniem podręcznika: »Choroby skóry«, jest obszernem a zarazem ścisłem ujęciem naszych dawnych i najnowszych pojęć o zasadniczych wykwitach skórnych i to ujęciem opartem nietylko na podstawach anatomo-patologicznych, ale także na podstawach patologji ogólnej. »Mówiąc o morfologji schorzeń skóry« — zaznacza autor we wstępie — »nie trzeba mieć na względzie jedynie cech zewnętrznych, które znamionują wykwit pierwotny i wtórny. Takie ujęcie kwestji byłoby nazbyt rzemieślnicze. Na wykwit należy patrzeć, nie jak na rzecz gotową i wykończoną, lecz jak na twór żywy, będący następstwem czynności (funkcji) skóry schorzałej«.

Tej też zasadzie, wyrażonej we wstępie jest autor wierny w ciągu swoich wywodów i myśl tą tak szczęśliwie rozwija i tak barwnie i szczegółowo opisuje procesy chorobowe w skórze się toczące i ich następstwa, wykwity same, że wykwity te niemal w oczach naszych się rozwijają, że możemy śledzić ich początek, narastanie, znikanie zupełne lub przejście w wykwity wtórorzędne. Jesteśmy istotnie świadkami życia wykwitów.

Autor omawia właściwie tylko wykwity zasadnicze pierwszorzędne i wtórorzędne, ale nie w odosobnieniu, nie w postaci suchych definicyj, ale ciągle i stale w związku z całokształtem dermatologji a przez nią i za pośrednictwem niej w związku z patologją ogólną. Poszczególne wykwity są dla autora jedynie cegiełkami, na których opiera się całokształt poglądów dermatologicznych, zawsze trafnych i przez doskonały i jasny sposób przedstawienia każdemu przystępnych i zrozumiałych.

Tylko temu szczęśliwemu ujęciu przedmiotu zawdzięczać należy, że 131 stron poświęconych wykwitom zasadniczym nie nuży, przeciwnie książkę czyta się z niesłabnącem zajęciem od kart pierwszych aż do ostatniej. Miał autor prawo zatytułować książkę swą, mimo że za podstawę wziął semjotykę wykwitów zasadniczych, »Semjotyka chorób skóry« bo istotnie przy każdym wykwicie zasadniczym przesuwaja się przed oczyma naszemi poszczególne jednostki chorobowe z uwzględnieniem cech wyróżniających, podobnych lub pozornie podobnych. Stwierdza się, że w wykwitach skórnych nie można mówić o granicach bezwzględnie stałych, że granice te, jako stałe, są raczej narzucone, wytworzone sztucznie, w rzeczywis ości ruchome i chwiejne jak w każdym tworze żywym. I ten właśnie rys książki Bernhardta nadaje jej cechę indywidualnej oryginalności a zarazem dowodzi gruntownego opanowania przedmiotu. Tylko bardzo wytrawny dermatolog może bez trudu przy każdym wykwicie posługiwać się taką pełnią i taką obfitością przykładów z poszczególnych jednostek chorobowych i tylko czytelnik dermatolog oceni należycie istotną wartość książki Bernhardta. Szczególną wartość przedstawia książka Bernhardta dla wykładających dermatologję z tem jednak zastrzeżeniem, że semjotyką chorób skóry należałoby kończyć naukę o chorobach skóry, podając ją, jak autor, jako wynik ostateczny zrozumienia całokształtu dermatologji.

Autor odczuwa aż nadto dobrze ogólną wadę wszelkich systematyk rozmaitych chorób skóry, rozumie, że najlogiczniejszem byłoby uporządkowanie chorób skórnych według ich przyczyn, że jednak, jak dotąd, dalecy jesteśmy od po

znania etjologji przeważnej ilości chorób skóry, kończy omawianie każdego wykwitu szczegółowem wyliczeniem przyczyn bezpośrednich (wywołujących) i pośrednich (usposabiających). Ma to podwójną zaletę: po pierwsze tą, że uzmysławia nam starą prawdę, że różne przyczyny mogą wywoływać skutek ten sam lub podobny, powtóre tą, że pozwala nam orjentować się w mnogości przyczyn, często z nieświadomości pomijanych. Opis cech czysto klinicznych danego wykwitu, opis postaci poszczególnych wykwitów, uzupełnia Bernhardt zawsze opisem obrazu histologicznego a przez to daje jeszcze gruntowniejsze podstawy do oceny powstawania i tworzenia się wykwitów. Obrazy biologiczne ilustrują świetnie wykonane ryciny; szkoda tylko, że litery objaśniające poszczególne części rycin są przeważnie tak niewyraźne, że je trudno odczytać.

Styl autora wszędzie poprawny, sposób przedstawienia żywy i jasny a nadto ścisłe przestrzeganie mianownictwa polskiego są dalszą zaletą tej książki, godnej naprawdę nie tylko czytania ale jak najszerszego rozpowszechnienia.

Autorowi należy się też głębokie uznanie za to, że książką, pierwszą tego rodzaju w piśmiennictwie dermatologicznem polskiem, i to książką tak świetnie napisaną wzbogacił rodzimą dermatologję.

Lenartowicz (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.
Vol. X. Nr. 2, sierpień 1925.

O. Schwartz, R. Paddock (St. Louis). **Gojenie się rany po cięciu cesarskiem.** Na podstawie doświadczeń na świnkach morskich dochodzą autorowie do następujących wniosków. Łączenie się brzegów rany jest wynikiem bujania fibroblastów i naczyń włosowatych nie tylko w linji cięcia, lecz także pomiędzy włóknami mięśni, przylegającemi do tej linji. Już po 12—15 dniach można wykazać ostateczne zabliźnienie rany, a po 10 tygodniach, zaledwie można rozpoznać linję szwów. Regeneracja mięśnia następuje bardzo szybko, podobnie tkanki śródmacicza.

Co do gojenia się przeciętej macicy u ludzi, autorowie przyjmują pogląd Couvelaire'a, że podstawą do tego jest gromadzenie się większej ilości włóknika we włóknach mięśnia. Co do szwów, to zbyt silne ściąganie szwów zwłaszcza warstwy najgłębszej, powoduje martwicę i łatwość przecinania, skutkiem czego powstają w ranie luki, które utrudniają gojenie się. Podobnie, zakażenie powiększa łatwość martwicy i przecinające tkanki działanie szwów. Otrzymać więc można ładną bliznę ograniczając nadmierną ilość szwów. Wystarczy — ich zdaniem — jedna warstwa głębokich szwów węzełkowych i powierzchowny szew ciągły. Szwów zaś nie należy ściągać zbyt silnie.

Adair-Thelander (Minneapolis). **Stosunek wagi i rozmiarów łożyska do wagi noworodka.** Bezsprzecznie istnieje pewien stosunek pomiędzy wagą noworodka i wagą, objętością i powierzchnią łożyska. Cienkie łożyska są albo proporcjonalnie małe, lub istnieje niestosunek pomiędzy objętością, a powierzchnią łożyska skutkiem warunków patologicznych. Również grube łożyska są albo odpowiednio szerokie, lub wykazują podobny niestosunek pomiędzy objętością, a powierzchnią. Łożyska zbliżone do prawidłowych mają nieco niższą wagę, zaś zwyrodniałe wykazują zwykle wagę wyższą.

Niski ciężar dziecka w stosunku do ciężaru łożyska występuje w porodach przedwczesnych lub na granicy będących i w przypadkach patologicznych, zwłaszcza zaś w zatruciach ciążowych.

Wysoki ciężar dziecka w stosunku do ciężaru łożyska występuje u dużych i przenoszonych dzieci. Brzeżne przyczepienie pępowiny jest objawem patologicznym i występuje przy małych dzieciach.

U wieloródek przeciętny ciężar, objętość i powierzchnia łożyska są większe, niż u pierwiatek; o ile jednak dziecko waży więcej niż 3000 gr. ciężar, objętość i powierzchnia łożyska są większe u pierwiastek.

H. Sharlit, J. Crseaden, W. Lyle (New York). **Objawy towarzyszące okresom miesiączkowym i wyniki leczenia przetworami jajnikowemi.** Autorowie otrzymali dobre wyniki po zastosowaniu przetworów jajnikowych jedynie w przypadkach klinicznych, które można objąć wspólnem mianem nerwic.

L. Farrar (New York). **Przypadki pierwotnego raka szyi macicy leczone radem.** Wyniki badań autora zebrać można następująco:

Każdy przypadek raka szyi macicy należy indywidualizować. Dodatnie wyniki zależą nie tylko od zniszczenia tkanki rakowej, lecz od zabliźnienia w szyi i zamknięcia się naczyń krwionośnych. Pierwsza dawka radu powinna być odrazu dawką leczniczą. Następne dawki mogą być zastosowane zależnie od objawów wyleczenia i zabliźnienia, wystepujących w 6—8 tyg. po pierwszem naświetlaniu. Dalsze naświetlania mogą być potrzebne do zniszczenia komórek nowotworowych pozostałych w bliźnie. Ponieważ wynik leczenia zależy od odporności tkanek i całego ustroju należy stworzyć chorej odpowiednie warunki w czasie leczenia. Bardzo dobre wyniki daje również przetaczanie krwi.

J. Bubis (Cleveland). **Operacje plastyczne po porodzie.** Opierając się na własnem doświadczeniu poleca autor wykonywanie operacyj plastycznych natychmiast po porodzie, lub też w niedługim czasie — po porodzie. Ma to znaczenie lecznicze i zapobiegawcze, a także oszczędza wydatków szpitalom przez wczesne opróżnianie łóżek. Obecność odchodów nie wpływa zupełnie na gojenie się rany; również i następne porody nie cierpią przez to, o ile zaś przy powtórnym porodzie krocze ulegnie uszkodzeniu samoistnemu lub skutkiem nacięcia, należy operację plastyczną również natychmiast wykonać.

I. Kahn. (New York). **Znaczenie szyi macicy w niepłodności.** Według autora większe znaczenie w przypadkach niepłodności ma szyja macicy, aniżeli trąbki, i niejeden ciemny przypadek można by wyjaśnić zbadawszy dokładnie szyję macicy i jej wydzielinę. Nie można o tem zapominać zwłaszcza przed przedmuchiwaniem trąbek.

B. Anspach, H. Jones. (Philadelphia). **Leczenie wtórnej niedokrwistości zapomocą przetaczania krwi.** Autorowie otrzymywali bardzo dobre wyniki w przypadkach spraw zapalnych przydatków, włókniaków macicy i t. p. zapomocą przetaczania krwi przed zabiegami operacyjnemi.

Wiślański (Lwów).

Surg. Gynec. a. Obst.
Nr. XLI/2. 1925.

Boorstein. **Końcowe wyniki po zabiegach z powodu poliomyelitis ant.** Streścić dokładnie pracę trudno, ponieważ składa się przeważnie z tablic, dat, liczb i t. d.; wzmianki jakie autor wyciąga na podstawie obserwacyj 100 przypadków są następujące:

1. Usunięcie kości skokowej, ze względu na ustalenie stopy jest najlepszym zabiegiem; mięśnie całej kończyny znacznie się poprawiają po nim.
2. Zadowalające wyniki daje przeszczepienie m. dwugłowego na m. czworogłowy.
3. Zabieg Souttera t. j. przeszczepienie zginaczy uda jest bardzo skuteczny, nawet w przypadkach o dłuższem trwaniu.
4. Zabieg Steindlera t. j. przeszczepienia m. podeszwowych daje dobre wyniki, lecz trzeba pamiętać, że stopa po tym zabiegu znacznie się wysila i konieczne jest noszenie opatrunku przez dłuższy czas.
5. Zabieg Gallie'go, t. j. ustalenie ścięgien, nie dał dobrych wyników.
6. Zabieg Janesa t j. przeszczepienie zginacza palucha dł. dał wyniki dobre.
7. Przeszczepienie ścięgna jest nieskuteczne, jeśli po zabiegu mięsień słaby ma wykonywać pracę mięśnia znacznie silniejszego.

Lazarus. **Zapalenie pęcherza.** W następstwie zapalenia gruczołu sterczowego, mogą się rozwijać wzdłuż brzegu

m. zwieracza i w cewce sterczowej zmiany, zapalne torbielowate. Najwyższy stopień takich zmian przedstawia autor w 6-ciu obserwowanych przez siebie przypadkach, podając przytem ładne cystogramy, przedstawiające różny stopień rozwoju torbieli i polipów; one to występują nie rzadko przy swoistem i nie swoistem zapaleniu gruczołu stercz. a dochodząc do znacznej wielkości mogą dawać pomyłki w rozpoznaniu, naśladując nowotwory.

Leczenie: przepalenie wspólnie z podstawowem leczeniem sprawy.

Simonds i Gowen. **Fetus amorphus** U młodej kobiety usunięto z macicy w 15 minut po prawidłowym porodzie »*fetus amorphus*« wielkości 14×10×9 wagi 835 gr.; była to masa kształtu nerkowatego, pokryta skórą, posiadająca włosy na jednym swym biegunie, szczątkowe usta, oczy, czaszkę i trzy kręgi; masa ta była złożona głównie z tkanki łącznej z naczyniami i tłuszczem, jakoteż z niewielkiej ilości włókien mięśniowych, komórek glejowych i zwojowych. Z piśmiennictwa zebrał autor 46 przypadków, włącznie ze swoim; największa długość wynosiła 40 cm, najmniejsza 4.5 cm; kształ może być różny: gruszkowaty, jajowaty, nerkowaty, niesymetryczny i t. d.

Tortuine i Vickers. **Zgorzel gazowa w praktyce cywilnej**. Autor opisuje trzy przypadki zgorzeli gazowej kończyn, wyleczonej w dwu przypadkach zapomocą licznych nacięć i zastosowanie płynu Dakina, w trzecim przez odjęcie kończyny.

Davidson. **Kwas garbnikowy w leczeniu poparzeń.** W 25 przypadkach poparzenia II. i III. stopnia stosowano 2·5% roztwór wodny kwasu garbnikowego; przez wstępne leczenie, zapomocą przykładania kompresów napojonych kwasem tym i z następowem wystawieniem okolicy poparzonej na działanie powietrza, otrzymano bardzo dobre wyniki; przytem toksemja szybko się zmniejsza; wraca natomiast z powrotem jeśli po ścięciu tkanki martwiczej zapomocą kwasu garbnikowego, zastosuje się okłady z kwasu borowego.

Larez i Mason. **Sterylizacja narzędzi ostrych we wrzącej oliwie.** Narzędzia ostre (noże, nożyczki, igły) sterylizowane w wrzącej wodzie tracą znacznie na ostrości z powodu wytworzenia się wyszczerbień; podobnie jest z narzędziami, trzymanemi w alkoholu, chociaż w mniejszym stopniu; przytem alkohol jest niewystarczający do zupełnej sterylizacji. Najpewniejszym sposobem jest sterylizacja w wrzącej oliwie; noże wychodzą z niej niestępione. (Porównawcze zdjęcia).

Janik (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 16. czerwca 1925 r.
Przewodniczy: prezes prof. Sawicki.

1. Kol. Melanowski wygłosił rzecz p. t. „**Badania kapillaroskopowe w schorzeniach tętnic siatkówki**". Po raz pierwszy spotykamy się z opisem zmian w tętnicach siatkówki u A. Graefego, który w r. 1858 opisał zamknięcie światła tętnic siatkówki i rozpoznał je jako zator tetnicy. Odtąd większość przypadków jest rozpoznawana jako zator tętnic siatkówki, pomimo, że wątpliwości co do podobnego rozpoznania nasuwały się już dawno różnym autorom, szczególnie biorąc pod uwagę brak jakichkolwiek zmian w innych narządach (sercu), oraz zmienność objawów, które niekiedy przemijają. Badania anatomo-patologiczne wykazały, że zmiany w podobnych przypadkach dotyczą przedewszystkiem naczynia. Skłoniło to K. Gałęzowskiego do twierdzenia, że oprócz zatoru tętniczego istnieje dość często zakrzep tętniczy, a Wayemann poraz pierwszy dowiódł, że część tego typu schorzeń spowodowana jest przez skurcz tętnic siatkówki. Ostatnie prace sprawę skurczu tętnic siatkówki wyjaśniają coraz więcej i obecnie zarysowuje się jako przyczyna tego schorzenia — wahanie w skurczu układu naczyń obwodowych, względnie w naczyniach włoskowatych. Wychodząc z tego założenia, że już chociażby gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem nadają ton krwiobiegowi wogóle, a na obwodzie w szczególności, w przypadkach zwężeń tętnic siatkówki, M. badał jednocześnie (korzystając z łaskawego pośrednictwa kol. Dr. Milewskiego) naczynia włoskowate ciała, i ostatnio w 10 przypadkach stwierdził uderzającą zgodność. Przypadki mówcy dotyczyły: dwa przypadki azotemicznego zapalenia nerek, przy którem występuje zawsze bardzo wybitnie zwężenie naczyń włoskowatych; jeden przypadek zwężenia tętnic siatkówki na tle miażdżycy starczej — tu obok wydłużenia, ścieńczenia, wężykowatość pętli naczyń włoskowatych; trzy przypadki nagłego upośledzenia wzroku, spowodowane zdaniem M. nagłym skurczem tętnic siatkówki. Tu badanie wewnętrzne nie dało żadnego wyniku, i tylko badanie naczyń włoskowatych wykazało znaczne ich zwężenie, krótkość pętli i zmniejszoną ich ilość. Szczególnie należy podkreślić 2 przypadki ostatnie; w jednym nagłe upośledzenie wzroku nastąpiło u policjanta w nocy, podczas obławy na bandytów; w drugim nagłe oślepnięcie oka prawego wystąpiło podczas perjodu u kobiety w średnim wieku, miewającej poprzednio częste zamglenia wzroku w tych okresach. Przypadki podobne zapewne objaśniają ten dotąd niczem nie wytłumaczony, występujący czasem u osób w średnim wieku zanik nerwu wzrokowego. W tych przypadkach chorzy byli zawsze bladzi, miewali skłonność do omdleń, mieli kończyny zimne. W jednym z tych przypadków odczyn Wassermanna we krwi był dodatni, w pozostałych — ujemny. Naczynia tętnicze siatkówki były wybitnie wąskie i miały skłonność do dalszego skurczu, chociaż przy leczeniu przeciwskurczowem pole widzenia tych chorych rozszerzało się i wzrok się poprawiał. Naczynia włoskowate we wszystkich tych przypadkach były bardzo wąskie, tętniczy odcinek nie różnił się od żylnego. Przy przejściu odcinka żylnego w tętniczy pętle były rozszerzone. Jeden z tych przypadków dotyczył osobnika, który od czasu do czasu cierpiał na chromanie przestankowe, drugi zaś osobnik zaniewidział nagle na oba oczy przy silnym wstrząsie nerwowym.

Słowem dane z piśmiennictwa i przypadki M. skłaniają go do następujących wniosków: 1) zwężenia tętnic siatkówki występują jako jeden z objawów skurczu naczyń obwodowych; 2) skurcze te są częste; 3) występują one u osób skłonnych do skurczów w układzie krwionośnym (bladość, żywy odczyn na kokainę, łatwe omdlenie i t. p.) pod wpływem: a) wad wydzielania wewnętrznego, b) zatruć. c) wstrząsu psychicznego; 4) stwierdzenie skłonności do skurczu naczyń krwionośnych jest przeciwwskazaniem do stosowania podobnych przetworów jak: chinina, arszenik i t. p., które mogą u tych osób sprowadzić nagłą ślepotę; 5) stwierdzenie skurczu tętnic siatkówki ustali nam w tych przypadkach rokowanie, nie zawsze beznadziejne i pozwoli zastosować odpowiednie leczenie przetworami amyli-nitrici, atropiny lub też większych dawek mieszanki bromowej.

W dyskusji kol. Gluziński podniósł sprawę badania krwi w podobnych przypadkach, gdyż według niego i we krwi znalazłoby się wytłumaczenie zwężenia układu krwionośnego obwodowego.

2. Kol. H. Brokman wygłosił rzecz p. t. „**Zagadnienia konstytucji i usposobienia w stosunku do chorób zakaźnych**". Znaczenie cech ustrojowych dla powstawania chorób zakaźnych zdobywa ponownie należne znaczenie dzięki wykryciu nowych zjawisk. Mówca omawia zdobycze na polu immunobiologji i epidemjologji w stosunku do błonicy, płonicy i czerwonki. Stwierdza, iż obecność przeciwjadu błoniczego we krwi szeregu ludzi, wskutek obecności tej antytoksyny niewrażliwych na zakażenie posiada podłoże konstytucyjne. Cechą konstytucyjną jest zdolność do wytworzenia tego przeciwjadu; mamy tutaj do czynienia z właściwością dziedziczną. Zjawianie się we krwi antytoksyny następuje pod wpływem działania na ustrój wpływów zewnętrznych jako to: przebycie błonicy, nosicielstwo laseczników Löfflera. Nie jest wykluczone, iż antytoksyna może powstać pod wpływem bodźców nieswoistych, lub nawet samoistnie, jako etap rozwojowy ustroju. W każdym razie poza wyjątkami, w których zachodzi szczególnie wielka złośliwość zarazka, obecność niwecznika warunkuje odporność. Brak zaś niwecznika niekoniecznie prowadzi do zachorowania w obecności zarazka, lecz aby powstało usposobienie (dyspozycja), prócz nieobecności przeciwjadu konieczny jest jeszcze czynnik uczulający dodatkowy. Tak młody wiek, pewne właściwości rasowe, a także wpływ czynników zewnętrznych, jak: jad odrowy, zmiany pogody uczulają ustrój pozbawiony antytoksyny na zarazek. Z podobnym mechanizmem odpornościowym mamy do czynienia w płonicy i czerwonce. Cechą konstytucyjną jest tutaj również obecność lub brak antytoksyny: 1. zwróconej przeciw toksynie paciorkowca hemolizującego w stosunku do płonicy i 2. antytoksyny zobojętniającej jad Shiga-Kruze w stosunku do czerwonki. Podobne ujęcie sprawy konstytucji w stosunku do innych chorób zakaźnych rokuje dalsze zdobycze dotyczące innych chorób zakaźnych. Znalezienie czynników usposabiających stanie się podstawą postępowania zapobiegawczego.

W dyskusji 1) kol. Czubalski zapytuje, czy antytoksyny posiadają tylko te noworodki, które pochodzą od niewrażliwych matek. Dlaczego mówca uzależnia upośledzenie od wpływów zewnętrznych; być może, że mamy do czynienia — prócz obecności lub braku antytoksyny — z innemi jeszcze cechami wewnętrznemi wpływającemi na usposobienie. 2) Kol. Gluziński nie pojmuje, w jaki sposób antytoksyna broni przed chorobą, gdyż nie wpływa ona na rozmnażanie się laseczników. Antytoksyna zjawia się dopiero pod wpływem działania drobnoustrojów na ustrój, jest skutkiem zakażenia. Osobnik posiadający jad przeciwbłoniczy musiał przejść błonicę, ale oczywiście musiał posiadać zdolność do wytworzenia przeciwjadu. Ustrój posiada i inne sposoby obro-

ny przed bakterjami. Nowsze badania wykazały, że niektóre organizmy potrafią bronić się przed bakterjami — inne zaś nie. Mianowicie w pewnym okresie zapalenia płuc w naczyniach objawia się walka z bakterjami, spostrzegamy fagocytozę. Wynik walki zależy od właściwości ustrojowych naczyń, od tego czy zarazki zginą tutaj, czy też nie. Tak więc walkę z bakterjami prowadzą inne siły ustroju, antytoksyna zaś jest tylko wynikiem walki. 3) Kol. Kryński podkreśla pewną jednostronność, w badaniach nad konstytucją w chorobach zakaźnych. Niedoceniony jest czynnik infekcyjny, siła wroga atakującego ustrój. Ma się wrażenie, że nie wykryto dotąd prawa dziedziczenia odporności na błonicę. 4) Kol. Brokman w odpowiedzi kol. Gluzińskiemu podkreśla, iż obecność antytoksyny warunkuje zwykle niewrażliwość na błonicę, pominąwszy te wyjątkowe przypadki kiedy ilość i zjadliwość zarazka jest niezwykle duża. Jest to zupełnie zrozumiałe jeśli weźmiemy pod uwagę patogenezę błonicy. Objawy chorobowe zależą li tylko od działania jadu. Stąd też obecność czynnika zobojętniającego — antytoksyny nie pozwala na powstanie objawów chorobowych. Zarówno badania doświadczalne jak i kliniczne zgodnie wykazują, że obecność antytoksyny broni nasz ustrój przed błonicą. Nawet rozmnażanie się zarazka na błonach śluzowych nie wywołuje wówczas choroby. Przykład, zdrowi nosiciele złośliwych zarazków Löfflera. W sprawie pochodzenia antytoksyny w ustroju mówca nie chce wypowiedzieć się kategorycznie, nie jest wykluczone, że antytoksyna zjawia się niekiedy w ustroju samoistnie. B. zgadza się, że w większości przypadków powstaje ona wskutek zetknięcia się ustroju z laseecznikiem błonicy w postaci bądź to utajonej choroby, bądź nosicielstwa. W każdym razie od chwili zjawienia się antytoksyny człowiek jest wrażliwy na błonicę. W sprawie zapalenia płuc prof. Gluziński wspomniał o roli czynników komórkowych w odporności. Mówca mówił tylko o jednej grupie chorób gdzie mechanizm odpornościowy antytoksyczny jest na pierwszym planie, zaś odczyny komórkowe odchodzą na plan drugi. B. wyjaśnia w odpowiedzi prof. Kryńskiemu prawo dziedziczenia odporności na błonicę, przyznaje, że obecne metody określania złośliwości drobnoustrojów dla ludzi nie są wystarczające. W odpowiedzi prof. Czubalskiemu mówca wspomina o pracach Groera i własnych, dowodzących przechodzenia antytoksyny z krwi matki poprzez łożysko do krwi płodu. Niewątpliwie obecność lub brak antytoksyny nie jest jedyną cechą wewnętrzną, wpływającą na usposobienie. Odgrywają tu rolę wiek i rasa, prace nad temi zagadnieniami są w toku. 5) Kol. Gluziński podkreśla raz jeszcze różnice zdań. Twierdzi, iż zjawienie się antytoksyny jest skutkiem choroby. Broni ona tylko przed toksynami, a nie przed zakażeniem. 6) Kol. Brokman zaznacza, że w stosunku do płonicy obecność antytoksyny zobojętniającej jad paciorkowca hemolizującego broni przeciw wystąpieniu objawów szkarlatyny. Bakterje same jednak mogą wywołać w ustroju ropienia. W danym przypadku rola bakteryj jest podwójna.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

O stanowisko roentgenologji w medycynie polskiej.

Pod podobnym tytułem ogłosił ceniony roentgenolog lwowski Dr. J. J. Dębicki szereg uwag, które nie powinny pozostać bez echa (Polska Gazeta lek. 1925. Nr. 42). Przedstawiwszy ogólny niski stan pojęć i wykonawstwa roentgenologicznego u nas, podaje Dr. Dębicki szereg projektów, mających na celu poprawę stanu dzisiejszego. Projekty te, wzorowane na odpowiednich próbach zagranicą, są niewątpliwie słuszne. Niestety zrealizowanie ich u nas jest tylko częściowo możliwe.

Problem zapewnienia społeczeństwu celowej pomocy lekarskiej roentgenologicznej rozpada się na dwa zagadnienia. Musi być kontrolowane, czy wykonujący roentgenologję istotnie posiada kwalifikacje, które dają gwarancję, że nie popełni błędów w wykonywaniu praktyki roentgenologicznej. Ale ponadto musi być też stworzona możność nabycia odpowiedniej wiedzy fachowej dla tych, którzy się roentgenologją chcą zająć. Jeżeli przyjrzymy się pierwszej części problemu i zapytamy się, kto u nas byłby powołany do fachowej oceny kwalifikacyj lekarzy na specjalistów w roentgenologji, to muszę powiedzieć, że rozwiązanie proponowane przez Dr. Dębickiego nie może być uznane za trafne. Dr. Dębicki proponuje, aby w tym celu stworzyć osobne komisje przy wydziałach lekarskich, przed któremi musiałby kandydat na roentgenologa wykazać dostateczną znajomość przedmiotu. Nie wiem, kto wchodziłby dziś w skład takich komisyj. Wydziały lekarskie uniwersytetów polskich nie posiadają katedr roentgenologji, a szetowie klinik nie są znawcami tego przedmiotu. Zresztą braków tych nie można im brać za złe. Roentgenologja jest nauką specjalną i, chcąc ją opanować, nie wystarczy być świetnym chirurgiem, internistą lub ginekologiem. Należy właśnie studjować specjalnie roentgenologję. Tem samem jasnem jest, iż przedwcześnie u nas na oficjalne egzamina z roentgenologji, gdyż niewiadomo, ktoby mógł kandydatów klasyfikować.

Natomiast należy zacząć od rozwiązywania drugiej części zagadnienia. Należy wreszcie stworzyć możliwość nauczenia się roentgenologji przez tych, którzy tę naukę posiąść pragną. Jestem optymistą przy ocenianiu natury ludzkiej i uważam, że, jeżeli szereg lekarzy ordynuje u nas w roetgenologji, nieposiadając odpowiedniego przygotowania fachowego, dzieje się to nie z niechęci do nauki, ale skutkiem tego, że poza Poznańskiem niema u nas gdzie nauki tej nabyć. Dla lekarza mającego zamiar poświęcić się roentgenologji możliwości nabycia wiedzy roentgeno-lekarskiej ograniczają się (w Polsce) wskutek tego najczęściej do wskazówek technicznych, których mu udzieli technik firmy dostarczającej aparat roentgenologiczny. Poza tem pozostają książki w językach obcych, niezrozumiałe dla niefachowca. Chyba, że lekarz może sobie pozwolić na kosztowny wyjazd na przynajmniej dwuletnie studja zagranicę. Wyjazd na t. zw. kursy kilkutygodniowe daje mu siłą rzeczy więcej zaznajomienia się z kulturą miasta, w którem spędza czas kursu, niż wiedzy fachowej. A nawet kurs kilkutygodniowy, to jest dużo w porównaniu z licznymi roentgenologami, którzy „własnym przemysłem" muszą dochodzić do specjalizacji. Tu leży mojem zdaniem największy błąd w dziedzinie roentgenologji polskiej. Poza Poznaniem student niema się gdzie uczyć roentgenologji.

Sprawę tę podniosłem w sekcji radjologicznej ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie. Uchwalono wówczas zwrócić się do Ministerstwa Oświaty, aby nakazało słuchaczom medycyny słuchać przynajmniej 20-godzinnego kursu radjologji lekarskiej przed udzieleniem im absolutorjum z odbytych studjów lekarskich. Tem samem musiałyby wydziały lekarskie otrzymać środki na urządzenie katedr i zakładów roentgenologicznych. Gdyby mimo tego nie stworzono odpowiednich placówek dla nauczania roentgenologji, nie pozostanie nam, kilkunastu fachowym roentgenologom w Polsce, chyba nic innego, jak prosić ministerstwa, aby pomogły nam stworzyć własne kursa dla kształcenia roentgenologów. Ponieważ jednak szkołą zawodową dla lekarzy są wydziały lekarskie uniwersytetów uważam, iż tworzenie nowych ciał nauczających byłoby chyba ostatecznością.

---

† JAN NOWACZYŃSKI.

Dnia 30 października zmarł w Krakowie, przeżywszy zaledwie lat 40 ś. p. Jan Nowaczyński, docent medycyny wewnętrznej, były asystent Kliniki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zdolny, niezwykle pracowity, cieszący się szczerą sympatją w sferach lekarskich oraz w szerokich kołach społeczeństwa Krakowskiego, padł jako ofiara gruźlicy płuc i krtani, po zaraniu świetnie się zapowiadającej karjery naukowej.

Urodzony w 1885 r. w Krzeszowicach, kończy gimnazjum w Krakowie, poczem wstępuje na Wydział Lekarski U. J. Dyplom otrzymuje w 1909 roku. Jeszcze przed ukończeniem studjów zostaje demonstratorem, potem asystentem Zakładu Anatomji Patologicznej, i z tego okresu czasu pochodzi pierwsza jego praca naukowa. Wkrótce po uzyskaniu dyplomu lekarskiego udaje się do Lille, gdzie pracuje w Instytucie Pasteura pod kierunkiem Calmette'a.

Po odbyciu kursu roentgenologji i cystoskopji w Berlinie powraca do Krakowa i wkrótce zostaje asystentem Kliniki Medycznej, kierowanej wówczas przez ś. p. Walerego Jaworskiego. Jako stypendysta Wydziału Lekarskiego udaje się następnie do Kliniki Noordena w Wiedniu; pracuje tam w latach 1911 i 1912 w dziedzinie wydzielania wewnętrznego, przemiany materji i roentgenologji. W latach następnych pracuje jako asystent Kliniki Medycznej. W 1914 roku powołany do armji austrjackiej, jako lekarz, pozostaje w niej do 1917 roku.

W marcu 1917 r. Wydział Lekarski U. J. nadaje ś. p. Janowi Nowaczyńskiemu stopień docenta i veniam legendi. Obowiązki asystenta pełni do czasu ustąpienia w stan spoczynku swego szefa, poczem obejmuje przejściowo kierownictwo Kliniki aż do przybycia Prof. Witołda Orłowskiego do Krakowa.

Zimą 1920 r. zaraził się durem plamistym, po którym rozwinęła się gruźlica płuc. Zmuszony leczyć się w Sanatorjum w Zakopanem, nie przerywa i tam pracy naukowej. Uzyskawszy poprawę zdrowia, wraca do Kliniki i pracuje w niej pod zwierzchnictwem Prof. W. Orłowskiego. Choroba czyni jednak postępy. W 1922 roku rozwijająca się gruźlica krtani zmusza Go do zaprzestania wykładów, ćwiczeń ze słuchaczami, uniemożliwia wreszcie praktykę lekarską, wyrobioną dzięki wiedzy, wysokiej sumienności oraz niezwykłej uczynności Zmarłego. Nie zgadza się jednak ś. p. Nowaczyński na porzucenie pracy, dla dłuższego wyjazdu, dla poratowania zdrowia.

Nie wierzy w wyzdrowienie, pracuje z niezwykłym hartem ducha do ostatka. Półtora roku przed zgonem pełni obowiązki kierownika pracowni roentgenowskiej Związku Kas chorych, a cały pozostający czas poświęca pracy naukowej. Dorobek Jego stanowi 18 prac ogłaszanych w pismach polskich i zagranicznych z dziedziny medycyny wewnętrznej, serologji i roentgenologji. Dużo zwłaszcza pracował w zakresie przemiany materji oraz wydzielania wewnętrznego. Pracą habilitacyjną była obrzerna mo

nografja „Wrzód dwunastnicy". Ostatnie lata życia poświęcił pisaniu podręcznika „Mikroskopji i Chemji Klinicznej", pracy podjętej z inicjatywy i według wskazówek Prof. W. Orłowskiego. Uważał ją za ostatnie dzieło swego życia, oddawał jej ostatnie swoje dni i godziny. Pierwszy tom wyszedł w dwukrotnem wydaniu. Drugiego tomu, przygotowanego do druku, nie sądzono Mu było oglądać.

Zgasł przedwcześnie, pozostawiając żal serdeczny po sobie i wspomnienie dzielnego, sumiennego niezmordowanego pracownika naukowego, zdolnego i wrażliwego na cierpienia ludzkie, lekarza przywiązanego do swej Świetnej Uczelni i do Kliniki, której najlepsze lata swego życia poświęcił.

Cześć Jego pamięci.

H. Zawistowski (Kraków).

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Zjazd przedstawicieli samorządów powiatowych, lekarzy komunalnych i współpracujących z samorządem lekarzy państwowych, oraz organizacyj społecznych. Celem konferencji było zapoczątkowanie prac nad planem akcji sanitarnej w Państwie i ściślejszym jej podziałem pomiędzy Państwo i samorząd, a w związku z tem, ustaleniem ogólnych zasad działalności w tej dziedzinie samorządu powiatowego. Zagadnienie powyższe zostało ujęte w referatach: dr. Le Bruna: O polskiem ustawodawstwie sanitarnem w stosunku do samorządu i dr. J. Polaka: Pogląd na działalność samorządu na polu zdrowia publicznego. Wynikiem dyskusji, w której wyłonił się szereg wskazań programowych, była uchwała o powołaniu przez Radę Zjazdów Samorządu Ziemskiego stałego organu w postaci sekcji do spraw zdrowia publicznego w samorządzie powiatowym. Sekcja mieć będzie za zadanie na podstawie materjałów, dostarczonych przez konferencję oraz zjazdy lokalne, opracować poszczególne podstawowe zagadnienia, jak: 1) organizacja komunalnej służby zdrowia, 2) lecznictwo, czy zapobieganie chorobom, 3) zakres bezpłatnego leczenia i t. p.

Kurs uzupełniający dla lekarzy p. t. »Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą«, zorganizowany z inicjatywy Związku przeciwgruźliczego przy poparciu Gener. Dyrekcji służby zdrowia w porozumieniu z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, otwarty został uroczyście 23. XI. o godz. 4 popoł. w II. klinice lekarskiej Uniw. Warsz., w obecności przedstawicieli władz, przemówieniem prezesa komitetu organizacyjnego, prof. dr. Gluzińskiego i referatem dyr. gener. służby zdrowia, dr. Wroczyńskiego: »Zasady i podstawy organizacji walki z gruźlicą«, poczem prof. dr. Ciechanowski miał dwugodzinny wykład z zakresu anatomji patologicznej gruźlicy, objaśniony licznemi preparatami i rysunkami, udzielonemi na ten cel uprzejmie z zbiorów makroskopowych i mikroskopowych Zakładu anatomo-patologicznego warszawskiego przez prof. Paszkiewicza. Kurs trwać będzie do 19 grudnia, a składa się z zajęć praktycznych i wykładów, które między in. mieć będą: prof. Orłowski z Krakowa, prof. Franke, prof. Groër i doc. Sabatowski ze Lwowa, prof. Gantkowski i Jezierski z Poznania, prof. Januszkiewicz z Wilna, profesorowie Gluziński, Szymanowski, Erbrich, Leśniowski, Orzechowski, Krzyształowicz, Czyżewicz, Żebrowski, Michałowicz, Radliński, docenci Sterling-Okuniewski, Karwacki, Janowski, Semerau-Siemianowski, Klein, Szenaich, Szczepański z Warszawy, dr S. Sterling z Łodzi, Dr. K. Dłuski z Warszawy i t. d. Miejsc na kursie było 40, ale wielki napływ zgłoszeń podniósł liczbę uczestników ponad 50

Walne Zebranie Francusko-polskiego Tow. lek. odbyło się w Warszawie 23. XI. pod przewodnictwem prof. dr. Ciechanowskiego i prof. dr. Mazurkiewicza przy udziale pułk. dr. Baron'a. Dokonano wyborów Zarządu, przyjęto sprawozdanie roczne, poczem generał dr. Składkowski miał wykład »O lotnictwie sanitarnem«.

x Konkurs na stanowisko Naczelnika Wydziału Sanitarnego Warszawskiej Dyrekcji Kolejowej ogłoszony został w Nr. 13 Dziennika Urzędowego Min. kolei. Wymagane kwalifikacje: dyplom lekarski i znajomość spraw administracyjno-sanitarnych. Termin składania podań 20 grudnia.

Kraków.

Sanatorjum im. Dłuskich w Zakopanem. Z miejscowych dzienników dowiadujemy się o rozpisaniu konkursu na posadę naczelnego lekarza oraz dyrektora sanatorjum im. Drów Dłuskich w Zakopanem. Z treści konkursu można wnosić, że właściciele mają zamiar uruchomić sanatorjum w krótkim czasie.

Dur osutkowy, pojawiający się w Krakowie i okolicy od kilku lat tylko w przypadkach sporadycznych, wystąpił w ostatnich tygodniach w postaci małej epidemji w jednej z okolicznych wsi. Należy się spodziewać, że środki zapobiegawcze, przedsięwzięte przez władze sanitarne Starostwa, nie pozwolą na dalsze rozszerzanie się epidemji.

Lwów.

Wybory do Rady Izby lek. lwowskiej. Komisja matka, wybrana na ogólnym Wiecu lekarzy a złożona z przedstawicieli wszystkich grup i zrzeszeń lek., a więc Związku lek. P. P. i Związku lek. Kas chor., uchwaliła zgodnie przedstawić następującą listę kandydatów do Rady Izby, wstawiając do niej tych kandydatów, których przedstawiły poszczególne Okręgi Izby: Allerhand H., Andruszewski M., Begleiter H., Bereźnicki J., Bocheński K., Danielski Z., Kotiers Z., Landau H, Laskownicki S., Mikiewiczówna A., Ostrowski T., Papée J., Reichenstein M., Sabatowski A., Salpeter M., Schmar J., Selzer M., Walichiewicz T., Wolf A., Zieliński I., Szymański H., Schneidler L., Sawicki A., Hinze R., Lewicki Z., Ramer S., Pelczar Z., Zadarowicz E., Boratyński J., Roth S., Mikucki W., Rosenbaum J., Herscher I., Stobiecki Z., Moszkowicz J., Zagórski R., Bendel Z., Wasilewski A., Kubisztal S., Kowalewski, Kuhn A., Wachnianin M.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Walki z gruźlicą we Lwowie. W kwartale II-gim i III-cim 1925 r. udzielono w Przychodni Towarzystwa Walki z gruźlicą we Lwowie przy ul. Lindego 5, podczas 135 dni ordynacyjnych 1 975 porad lekarskich, w tem leczono dawnych chorych 1075, nowych 890. Zabiegów lekarskich wykonano 5.732. Wywiadowczynie odwiedziły w domu 828 chorych. W laboratorjum wykonano 443 badań. W sanatorjum w Hołosku leczono 77 chorych przez 4217 dni leczenia. Obrót kasowy w tym czasie wynosił 58.807 zł. 78 gr.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 18 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Wybór Komisji matki; 2) wykład kol. Urbanowicza: »**Masowe badanie inteligencji**«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz dor.

Wilno.

Walne Zebranie Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich, które odbyło się dnia 21 października b. r., wybrało Zarząd miejscowego Koła w osobach: Przewodniczący prof. dr. A. Januszkiewicz, zastępca przewodniczącego prof. Dr. Z. Orłowski, sekretarz Dr. M. Świda, zastępca sekretarza Dr. Z. Kuncewiczówna, skarbnik Dr. W. Bądzyński.

L. 67740/X/25. **KONKURS.**

W Wydziale Sanitarnym Dyrekcji Kolei Państwowych we Lwowie, jest do obsadzenia posada kontraktowego lekarza specjalisty-chirurga, z uposażeniem według grupy VII, szczebla „A" (Ustawa z 9/X. 1923, Dzien. U. R. P. Nr. 116/1925, poz. 924) wraz z dodatkiem regulacyjnym i ekonomicznym, bez dodatku za studja wyższe i wszelkich innych.

O posadę powyższą ubiegać się mogą jedynie lekarze pracujący obecnie jako asystenci Uniwersytetu Lwowskiego, względnie jako asystenci oddziałów szpitalnych lwowskich.

Do podań należy dołączyć metrykę urodzenia, dowód obywatelstwa polskiego, świadectwa z poprzedniej i obecnej pracy, dokument stwierdzający stosunek do wojska oraz curriculum vitae. Podania z wyżej wymienionemi dokumentami należy wnosić do Wydz. Sanit. Dyr. K. P. we Lwowie do końca grudnia b. r.

Dyrekcja Kolei Państwowych, Wydział Sanitarny.

L. 155/1925. **Konkurs.**

W szpitalu dziecięcym w Lublinie wakuje posada ordynatora pediatry-internisty dla chrześcianina.

Zgłoszenia należycie udokumentowane prosimy kierować pod adresem naczelnego lekarza.

Dr. R. Sikorski Lek. naczelny.



Nr. 51. 20. grudnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Romuald WĘGŁOWSKI. Lwów.

W sprawie ropni około- i przynerkowych.

Ropne zapalenie otaczającej nerkę tkanki tłuszczowej zdarza się dość często i, co należy podkreślić, jest pewna typowość w powstawaniu klinicznem i przebiegu tych ropni.

Typowość ta już dawno przykuwała uwagę badaczy i nasuwała przypuszczenie o istnieniu pewnych stałych warunków anatomicznych, które sprzyjają powstawaniu tego rodzaju schorzenia. Był przeprowadzony nawet cały szereg badań anatomicznych i doświadczeń na zwierzętach, celem udowodnienia istnienia połączeń anatomo-topograficznych pomiędzy nerką a otaczającemi narządami.

Największa uwaga zwrócona była na wyrostek robaczkowy, poza tem na dwunastnicę i na pęcherzyk żółciowy, a to dlatego, że narządy te stale ulegają sprawie zapalnej, mogły więc spowodować warunki przeniesienia zarazka do tkanki tłuszczowej okołonerkowej i wytworzyć ropień.

W piśmiennictwie nawet najnowszem, mamy sporo prac, które dowodzą, że rzeczywiście istnieje połączenie dróg chłonnych pomiędzy wspomnianemi trzema narządami a tkanką przynerkową.

Dla stwierdzenia tej łączności był przedsięwzięty przeze mnie i przez moich uczniów cały szereg badań anatomicznych na zwłokach różnego wieku i płci. Nastrzykiwałem mieszanką Gerota oraz innemi barwikami naczynia chłonne pęcherza moczowego, moczowodu, wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego i dwunastnicy. Przy wszystkich tych nastrzykiwaniach, czasami bardzo udatnych nie znalazłem jednak żadnej bezpośredniej łączności pomiędzy naczyniami chłonnemi wspomnianych narządów, a tkanką tłuszczową okołonerkową.

Drogi chłonne od moczowodów biegną ku górze po większej części wzdłuż moczowodu i łączą się w gruczołach chłonnych, położonych u szczytu nerki; stąd zaś idą do gruczołów rozrzuconych wzdłuż wielkich naczyń brzucha.

Drogi chłonne od wyrostka robaczkowego biegną w krezce, wzdłuż naczyń krwionośnych tego wyrostka, idą ku linji środkowej i łączą się z gruczołami chłonnemi u podstawy krezki. W żadnym wypadku nie znalazłem bezpośredniego połączenia tych naczyń chłonnych z tkanką tłuszczową okołonerkową, jak to podawali inni badacze.

Te same wyniki otrzymałem przy nastrzykiwaniu pęcherzyka żółciowego i dwunastnicy. Naczynia chłonne pęcherzyka żółciowego przebiegają przeważnie w małej sieci, błona zaś śluzowa dwunastnicy ma swoje naczynia chłonne, biegnące tak w małej sieci, jakoteż u podstawy dużej sieci, oraz na przedniej powierzchni trzustki. Ani w pierwszym, ani też w drugim przypadku nie było wyraźnego połączenia z drogami i gruczołami chłonnemi tkanki okołonerkowej.

Zresztą z punktu widzenia systemowego, z punktu widzenia rozwoju narządów, trudno nawet przypuszczać, aby mogły istnieć takie połączenia naczyń chłonnych lub krwionośnych. Nerka rozwija się jako narząd umieszczony na tylnej ścianie brzucha, pokryta z przodu powięzią brzuszną, (Fascia endoabdominalis); wszystkie połączenia naczyń chłonnych, krwionośnych, moczowody i t. d., ułożone są poza tą powięzią i tu są ustalone od najwcześniejszych okresów rozwoju zarodkowego. Takie zaś narządy jak jelita, wątroba, trzustka i t. d., rozwijają się z kiszki pierwotnej i tylko w późniejszym okresie życia zarodkowego umocowują się na tylnej ścianie brzusznej, mając ułożone wszystkie swoje naczynia chłonne i krwionośne w pierwotnej krezce, leżącej nad powięzią brzuszną.

Zresztą i Klinika nie daje nam żadnych wytycznych co do związku pomiędzy schorzeniami tych narządów a ropniami przynerkowemi. Z kilkudziesięciu operowanych przeze mnie chorych tylko w dwóch przypadkach znalazłem wskazówki na poprzednie zaburzenia w wyrostku robaczkowym. Trzeba wreszcie wziąść pod uwagę jeszcze i to, że ropnie przynerkowe nie powstają wyłącznie po stronie prawej; jednakowo często powstają one po stronie lewej, jak i po stronie prawej, mimo, że z lewej strony odpowiednich narządów mogących wywołać te ropniaki, nie ma wcale.

Uporczywe szukanie dróg chłonnych w tkance przynerkowej nasunęło mi myśl szukania źródła w samej nerce t. zn. w samym jej miąższu. Zacząłem nastrzykiwać miąższ nerkowy i otrzymałem dość niespodziewane rezultaty.

Mianowicie przy nastrzykiwaniu miąższu nerki na różnej głębokości bezzwłocznie nalewają się szerokie przestrzenie chłonne, leżące pod otoczką nerkową. Po większej części mają te przestrzenie chłonne formę stale splatających się gwiazd; od tych właśnie przestrzeni chłonnych stale otrzymywałem wypełnianie barwikiem cieniutkich, pojedynczych naczyń chłonnych, biegnących w różnych kierunkach w tkance tłuszczowej (przy- i okołonerkowej). Łączą się te naczynia z gruczołami chłonnemi porozrzucanemi w różnych odcinkach tkanki tłuszczowej okołonerkowej. Zacząłem szukać tych gruczołów chłonnych i znalazłem, że najczęściej drogi chłonne prowadzą od miąższu nerkowego do gruczołów chłonnych, rozrzuconych w tkance przynerkowej na tylnej powierzchni nerki, między nerką, a mięśniami lędźwiowemi. Poza tem spotykamy gruczoły chłonne na górnym i dolnym biegunie nerki, a nawet (co znacznie rzadziej) na przedniej powierzchni nerki, gdzie tkanka tłuszczowa jest stosunkowo bardzo skąpa. A więc, badania te dowiodły mi, że istnieje stałe połączenie pomiędzy systemem chłonnym własnego miąższu nerkowego, a nielicznemi gruczołami chłonnemi, rozrzuconemi w tkance około- i przynerkowej. Z powyższego nasuwa się wniosek, że ropnie przy- i okołonerkowe mają źródło swego powstawania nie w jakimbądź innym narządzie, lecz w samej nerce; że zarazek krwi, przesączając się w nerce może być zaniesiony przez białe ciałka do naczyń chłonnych miąższu nerkowego, a stamtąd do wyżej wspomnianych gruczołów chłonnych i wśród odpowiednich warunków wytworzyć w tym gruczole ropień. Miejsce powstawania tego ropnia w stosunku do nerki może być przypadkowe, lecz wobec tego, że najczęściej spotykamy gruczoły chłonne w tkance tłuszczowej, położonej na tylno dolnej powierzchni nerki, ropnie najczęściej powstają w tej części tkanki.

Z powyższem także zgadzają się i dane kliniczne. Z całego szeregu tych przypadków, które były pod moją obserwacją, a także z danych piśmienniczych można stwierdzić, że ropnie przynerkowe powstają przy warunkach istnienia w ustroju jakichbądź spraw ropnych. Najczęściej powstają one po czyrakach i karbunkułach, zanokcicach i innych ropniach, nieco rzadziej po chorobach zakaźnych, a stosunkowo rzadko drogą bezpośredniego rozwoju ropnia z ropniaków tkanki nerkowej.

A więc i dane kliniczne potwierdzają, że powstawanie ropni przynerkowych odbywa się najczęściej drogą krwionośną.

Jak wyżej wspomniałem, najczęściej powstają ropnie okołonerkowe w gruczołach chłonnych, rozrzuconych na tylnej powierzchni nerki, lecz zdarzają się przypadki umiejscowienia ropnia nad górnym biegunem nerki, pod dolnym jej biegunem, a nawet na przedniej powierzchni.

Naturalnie w każdym przypadku umiejscowienie takiego ropnia pod względem topograficznym wywołuje odmienne objawy kliniczne.

Przy ropniach umieszczonych na tylnej powierzchni nerki, ropniach najbardziej częstych, objawy kliniczne nie są typowe. Stałym objawem jest podniesienie ciepłoty, ogólne osłabienie, nieokreślone bole w lędźwiach i prawie zawsze istniejąca większa lub mniejsza zmiana ukształtowania odpowiedniej okolicy lędźwiowej. Zmiany w moczu nie są typowe. Schorzenie ciągnie się długie tygodnie, najczęściej z rozpoznaniem tyfusu, bądź grypy. Tylko stwierdzenie uwypuklenia w miejscu wklęsłości lędźwiowej i wydobycie przez nakłucie ropy może przyśpieszyć rozpoznanie.

Jeszcze trudniejsze dla rozpoznania są objawy kliniczne ropni położonych w innych odcinkach nerki. Przy ropniach nad górnym biegunem nerki, faktycznie w ropniach podprzeponowych na pierwszy plan występują objawy przeponowe — jak brak ruchu oddechowego przepony, czkawka wskutek podrażnienia nerwu przeponowego, i objawy opłucnowe — nawet z płynnym wysiękiem w opłucnej.

Rzadkie stosunkowo ropnie na przedniej powierzchni nerki wywołują najpierw objawy otrzewnowe: przyśpieszone tętno, uporczywe wymioty — przy ucisku dwunastnicy, żółtaczkę — przy ucisku dróg żółciowych i t. d.

Wreszcie ropnie powstające pod dolnym biegunem nerki, najczęściej dają objawy „psoitis" z przykurczem uda i naturalnie nasuwają trudności, co do odróżnienia ich od spraw ropnych wyrostka robaczkowego. W jednym takim przypadku po stronie lewej, w którym objawy chorobowe trwały kilka miesięcy bez wybitnej ciepłoty objawy kliniczne przypominały całkowicie guz śledziony, twardy, z ostrym brzegiem, nieco zrośnięty z otrzewną. Dopiero podczas operacji stwierdziłem, że śledziona jest całkiem zdrowa i że guz jest umieszczony pod nerką. Po zaszyciu otrzewnej, cięciem tylnem, znalazłem ropień w stwardniałej tkance przynerkowej.

Leczenie polega na cięciu typowem, opróżnieniu i drenowaniu ropnia. Pewne trudności techniczne spotykamy przy ropniach, położonych na przedniej powierzchni nerki i ropniach podprzeponowych.

Muszę jeszcze zaznaczyć, że w ciągu ostatnich 2 lat mam kilka przypadków niewątpliwych ropni przynerkowych, stwierdzonych nakłuciem, wyleczonych bez operacji zastrzykiwaniami szczepionki Delbet'a.

Dr. Stanisław OSTROWSKI, asystent. Lwów.

Odruch oczno-sercowy u chorych z dermatozami pod wpływem jadów wegetatywnych.

Z kliniki dermatologicznej U. W. Dyrektor: Prof Dr. Franciszek Krzyształowicz i U. J. K. Dyrektor. Prof Dr. Jan Lenartowicz.

Odruch Dagnini-Aschnera, réflex oculo-cardiaque autorów francuskich występuje niejednokrotnie w odpowiedzi na ucisk na gałkę oczną. Towarzyszy mu w tych razach zwolnienie czynności serca i zmniejszenie ilości tętna. Mówimy tedy o odruchu dodatnim w przeciwstawieniu do odruchu ujemnego kiedy jest brak zwolnienia lub nawet notujemy przyśpieszenie czynności serca mimo ucisku na gałkę oczną — odruch odwrotny. Mechanizm odruchu dodatniego uzależniają od stanu układu wegetatywnego, a w szczególności od napięcia N. błędnego w odcinku sercowym, przyczem drogą dośrodkową ma być N. trójdzielny, zaś odśrodkową — N. błędny. Potwierdzenie znaleziono w licznych pracach klinicznych i doświadczalnych. Delava wykazał na psie, że atropina znosi odruch dodatni, wywołując przyśpieszenie czynności serca. Podobnie Petzetakis doszedł do przekonania, że pilokarpina w przeciwieństwie do odruchu ujemnego nie wywołuje u człowieka zwiększenia ilości tętna w czasie ucisku na gałkę oczną. Laignel-Lavastine zachwiał drogę dośrodkową trigeminalną, wykazując utrzymanie się dodatniego odruchu O. S. u człowieka z zupełnem znieczuleniem N. trójdzielnego. Autor ten dochodzi do wniosku, że wprawdzie odruch dodatni występuje łatwiej i przy słabszym ucisku na gałkę oczną, gdy N. trójdzielny jest prawidłowy: upośledzenie N. trójdzielnego nie znosi jednak odruchu O. S., zatem w tym razie drogą dośrodkową jest zapewne N. współczulny. Laignel-Lavastine podkreśla wartość odruchu O. S. dla stanu układu wegetatywnego, zestawiając go na równi z odruchem rzepkowym dla układu mózgowo-rdzeniowego. Spostrzeżenia odruchu O. S. dały nawet pochop do wysnuwania wniosków o stanie całości układu wegetatywnego. Tak n. p. Sezary i Dessaint w badaniach swoich nad dermografizmem, doszli do przekonania na podstawie niejednolitego odruchu. O. S. u różnych chorych, że dermografizm nie zależy od zachowania się układu wegetatywnego.

Badania nasze przeprowadziliśmy na większej ilości chorych leżących w klinice, uwzględniając zachowanie się odruchu O. S. w stanie prawidłowym i podczas prób farmakologicznych. Użyliśmy do tego celu pilokarpiny (p), adrenaliny (a), atropiny (at) metodą Danielopolu, a nawet wyciągu gruczołu tarczykowego (th) i tylnego płatu przysadki mózgowej (hf). Długość czasu wynosiła stale odnośnie do odruchu O. S. 1½ minuty, przyczem notowaliśmy zachowanie się tego odruchu w ciągu jednego badania kilkakrotnie. Obliczanie odbywało się stale jednakowo w sposób następujący co 15 sek.: 18 — 15 — 14 — 16 — 17 — 17, przyczem pierwsza liczba oznacza tętno przed, 2-ga w czasie ucisku na gałkę oczną, 3-cia i następne po zwolnieniu gałki ocznej z ucisku. Odruch w czasie badania atropiną stale obliczaliśmy w pozycji leżącej. W zestawieniach naszych pomijamy konstytucjonalnie chorych n. p. z wadą serca, miażdżycą tętnic, kiłowych i t. p., nie uwzględniamy też chorych w wieku poniżej lat 10-ciu i powyżej lat 65-ciu.

Na 35 przytoczonych przypadków, 18-tu miało dodatni odruch O. S. z czego 14 wyraźny, 4 zaznaczony, 10 chorych miało odczyn ujemny, z czego 3 stale ujemny, reszta naprzemian w odwrotnym lub zaznaczonym dodatnim, u 5 chorych stwierdzono wyraźnie odwrotny odruch O. S., u pozostałych niewyraźny.

Jeżeli chodzi o wyraźnie dodatni odruch O. S. to przeważnie mamy do czynienia z chorymi, których tętno ma cechy tętna wagotonicznego, lub u których spotykamy nieznaczną różnicę w ilości uderzeń tętna na minutę, obliczanego w różnych warunkach przez szereg dni z rzędu Odruch O. S. ujemny spotykamy u chorych, u których liczba tętna obraca się w liczbach prawidłowych i ulega bardzo nieznacznym odchyleniom. Odruch O. S. ujemny i odwrotny równocześnie spotykamy częściowo u chorych, u których tętno obraca się jeszcze w granicach prawidłowych, częściowo, u których bywają różnice wynoszące w dziennej ilości tętna na minutę ponad 20 uderzeń, wreszcie u takich, u których tętno ma cechy tachykardjalne a zatem hipowagotoniczne. Wreszcie odruch odwrotny wyraźny widzimy u chorych, u których tętno przemawia niedwuznacznie za wzmożoną pobudliwością układu współczulnego w odcinku sercowym. Wstrzymuję się narazie od rozważań, czy wspomniane powyżej kryterja wystarczą do oceny wartości układu wegetatywnego odcinka sercowego. Odkładam do następnej pracy omówienie tego zagadnienia w związku z wynikami badań nad zdolnością hamującą N. błędnego.

Obecnie przejdę pokrótce do omówienia wpływu ja-

L. p.	Rozpoznanie	Tętno	Odruch O. S.	Odruch O. S. po jadach wegetatywnych
1	Psoriasis	72 72 88 68	18—15—14—16 - 17—17	a.18—16 17—18-18-18 p.22—21 — 20—20-22-22 atr 20 — 17—17—20-21-20 $^{5'}$ 24—22—21 - 24-25-24$^{20'}$
2	»	80 76 76 80	20—25—24 - 23—21—21	a.17—18—18—17—17 - 17 p 20 - 20 - 19—19—25 - 23 atr.23—22 - 23 - 23 - 24 - 23
3	»	72 72 88	18 18 16—15—19—20	a 25—24 24 - 23 24 25 p.20 23—23 21—21 - 22
4	»	64 56 64 64	16—15 - 14—12—12 - 15	a.15—15—14 13—12 - 14 p.17—19 - 16—17 17 - 17 atr 14—13 - 13—14—14 - 13 17 17—17—17—17 - 17 19—19—19—19—20 - 21
5	Tetania	100 112 108	25—25 - 27—27—27—26	a.27—27—27—29—27 - 27 p.27—27—29—28—27 - 27
6	Tbc. mucosae oris	76 76 76	23—20—22—23 23 23	a 19—19—21—21—20 - 19 p.23—21—22—23—23 - 23
7	Tbc. colliquativa	96 100 88	24 24—24—26—26 - 24	a.25 - 26—28—28 27 26 p.24 24—27—29—29 29
8	Tbc. luposa generalisata	100 88 92 92	25—23 - 24 24—25 25	a.23—23—22 - 23 - 24 - 23 p.23—22 23 22 23 23 atr 23 23—27—25—25 25
9	Tbc. faciei	68 64 68	17—18 - 18—18 - 19 - 17	a 17—21—16—17—16 - 18 p.18—18 18—18—18 - 18
10	Tbc. femoris	92 68 92 64	23—22 - 22—23 - 24—23	a.18 - 19—20—22 - 20 - 19 p.21 20—21—21—21 - 21 atr.20—20 20 - 20—21 - 20
11	Tbc. fac.	84 96 80 76	21—19—25 20—21 - 21	a.25 - 23 22—22 25 - 25 p.19—18—18—19 19 19 atr.19—20 - 21—21 20 - 20
12	Tbc. verrucosa	72 72 72 76	18—17 - 17—18 - 18 - 18	a.19—17—18—18—18 - 18 p 18—17 17 18 - 19 - 19 atr.19 - 18—18—19—18 - 18
13	»	72 72 80	18—16—15 16—18—18	a.22—19—21—21—19 - 22 p.20—17 18 19 18 - 20
14	Dermo-epidermitis	64 64 60	16—16—16—19—19 - 17	a.19—17—18—18-20-17 atr.13 11—11—12-12-12 $^{5'}$ 14—13—13 14-14 14$^{20'}$ 20—18—18—20-20-20$^{50'}$ 22—20—20 20-20-22$^{60'}$
15	Dermo-epidermitis	84 72 76 80	21—19—20—20—21—21	a.19—13—16 - 18-18-18 p.23 - 21 - 22—23-23-23 atr.23 21—22—23-23-24 $^{5'}$ 30 27—28—29-30-30$^{50'}$
16	»	55 56 52	13—12—12—12—12—13	a.18—17 - 17—17-17-18 atr.16—16—16 - 16 15-16 $^{5'}$ 18—16—17—17-17 17$^{20'}$ 20 19—19 19 19-19$^{40'}$
17	»	88 88 92	22 - 22—22 22 - 22—22	a.22 - 22 - 22 23—24 23 p.25—24—24—25 - 26 - 26
18	»	64 64 64 60	16—12—12—13—14—16	a.18—17—18—19—20 - 18 p.20 17 - 18—19—20 - 20 atr.19—19 - 18—17 18 - 19 23—23—22 - 23 23 - 23
19	Sycosis staphyl.	68 60 68 46	17—17—16 - 15—15—16	a.18—18—17—17 17-18 p.20 19 18—18-20-20 atr.16—14 14 14-14-15 $^{5'}$ 18—18 17 - 18-18 18$^{10'}$ 18 18—16—16-16-18$^{35'}$
20	»	52 52 60	13—12 - 11—12—12 - 12	a.13—13—11—12 - 12 - 14 p 18 - 14—15—17 16 - 16
21	Folliculitis	68 68 68 60	17—16 17—17—17—17	a.19—19—20—17 17 18 p 19 19 18—18-17 17 atr.15 14 - 13—15-15-15 $^{5'}$ 18 - 17—17 - 17 18-19$^{20'}$ 23—22 22—22-23 23$^{30'}$ 23—23—23—22-23-23$^{5'}$
22	Furunculosis	84 84 80 68	21 20 21—21—21 21	a.21 20 20atr 22-22-22-23 p.23—21 22 23-23-23 atr 16—15—15—15-16-16$^{10'}$ 25 - 24—25 - 26-26 26$^{3'}$ 32—30—32 33 33-32$^{50'}$
23	Streptodermia superficialis	80 80 64	20—19 - 19—19—19 - 19	a.23—21—20—21 22 - 22 p.16 - 15 - 15—16—16 - 16
24	»	88 72 80	22—19—19—20 21—20	a.18—16—17—18—18 - 19 p.20—20—19 - 19—20 - 20
25	Erythrodermia	72 68 72	18—18—17—18—19—18	a.17—17—17 17—17 17 p.20—20—19—20—20 - 20 atr.22 - 22—22—23—22 - 22
26	Pityriasis rosea Gib.	80 76 80 76	20—18—19—20—20—20	a.26 - 20 20 21 20 - 20 p.25—22 22 24 25 - 25 atr.19—19—17—19—19 - 19
27	Dermatitis seborrhoica	88 88 80 80	22 - 19—22—23—24—23	a.22—20—22—23-23-23 p 20—18—19 - 20-20 20 atr.19 17 17 - 19-19 19 $^{5'}$ 28—28—28 28-28-28$^{40'}$
28	»	92 92 92	23—23 - 23 24 24—24	a.30—27 28—29—28 - 29 p.23—24—25—24 24 - 24

L. p.	Rozpoznanie	Tętno	Odruch O. S.	Odruch O. S. po jadach wegetatywnych
29	Ateroma	60 60 60	15—14—14—14—14—15	a.15—14—13—12—13-14 p.15—15—14—15—15-15
30	Dermatitis diabet.	92 88 76	23—23—23—23—22—23	hf.22—22—21—22—22-22 th.18—19—17—17—17-17
31	Leucaemia cutis	80 80 72	20—24—22—21—20—20	a.20—25—23—22—22-22 th.18—18—18—17—28-18
32	Atrophia cutis	84 88 92	21—21-21—21-21—21	a.22—24-22-22-22-22 atr 24—24—24—24—24·24
33	Anethodermia	60 64 60 56 60	15-13-13-14-14—15	a.15—13—13—13-14-15 p.15—13—13—14-15-15 th.16—14—14—15-15 15 atr.17—15—15—16-17-17 5' 21—16—18—19-20-21 10' 21—21 20-20 21-21 2' 22—20—22—22 22-22 30'
34	Sclerodermia universalis	92 92 96	23—25-25-26—26-28	a.26—26—26—30—28-27 p.24—26—26—28—28-26
35	Dermografia elevata	80 84 80	20—20-20—20-20—20	a.23-23-22-22-20-21 p.21—20—20—20—21-21 atr 22—22—22—22—23-22

dów wegetatywnych na utrzymanie się albo znikanie odruchu O. S. W myśl badań fizjologów, pilokarpina podobnie jak fizostygmina i alkaloidy z grupy muskaryn powinny działać jedynie na układ parasympatyczny, zatem w odcinku sercowym powinniśmy notować zwolnienie czynności serca, przytem odruch O. S. powinien być wyraźniejszym, aniżeli w stanie prawidłowym. Adrenalina działająca pobudliwie na układ współczulny powinna dawać przyśpieszenie czynności serca i znieść ewentualnie odruch O. S. Podobne działanie powinna powodować atropina, która poraża N. błędny. Pozwolę sobie na tem miejscu przytoczyć wnioski, dotyczące pierwszych dwu jadów, odnośnie do stanu układu wegetatywnego odcinka sercowego.

I. a) Pilokarpina wywołuje nieznaczne przyśpieszenie, może zaś wywołać nieznaczne zwolnienie czynności serca, jeżeli układ autonomiczny (N. błędny) jest prawidłowy lub pobudliwy, w przypadku równocześnie prawidłowego lub osłabionego układu współczulnego.

b) Pilokarpina wywołuje nieznaczne przyśpieszenie czynności serca, w przypadku pozornej równowagi obojnaczej (hyposymphotonia).

c) Pilokarpina powoduje znaczne przyśpieszenie uderzeń tętna (20—40 uderzeń na minutę) w przypadkach osłabienia układu autonomicznego sercowego, a wzmożonej — pobudliwości układu współczulnego.

II. Zachowanie się czynności serca (przyśpieszenie i ilość uderzeń tętna są naogół podobne po adrenalinie jak po działaniu pilokarpiny [1]).

Porównanie zachowania się odruchu O. S. pod wpływem wymienionych jadów, uprawnia nas w pewnej mierze do potwierdzenia i na tych objawach naszych wniosków. Mianowicie u chorych z wyraźną wagotonją w odcinku sercowym odruch O. S. utrzymuje się, czyli, że czynność serca zwalnia, mimo działania środków porażających N. błędny (przyp. 4, 14, 16, 18, 19, 20, 29, 33). Również atropina pozwala na stwierdzenie obecności wyraźnego odruchu O. S. nawet w okresie późniejszym, mimo przyśpieszenia uderzeń tętna na minutę. Dopiero po dożylnem wprowadzeniu w sumie $1^1/_2$ do $2^1/_2$ mg. atrop. sulf. 1‰ odruch O. S. bywa słabo zaznaczony albo znika zupełnie. W przypadkach osłabienia obojnaczego, poniekąd też w przypadku miejscowego osłabienia układu parasympatycznego w odcinku sercowym — dochodzi tak w stanie przed badaniem jak i po jadach wegetatywnych do często dość znacznej chwiejności w zachowaniu odruchu O. S. Niejednokrotnie w tych razach po adrenalinie występuje wyraźny odruch O. S. i zwolnienie tętna, zaś pilokarpina i atropina dają przyśpieszenie tętna i czasem ledwie zaznaczony odruch O. S. W przypadkach, u ludzi z prawidłowym układem wegetatywnym w odcinku sercowym żaden z tych leków nie daje odchyleń w tym lub owym kierunku; odruch O. S. jest tu stale ujemny. Wreszcie w przypadkach wyraźnego osłabienia N. błędnego, a wzmożonej pobudliwości układu współczulnego w odcinku sercowym, odruch O. S. występuje przed badaniem i po jadach wegetatywnych odwrotny. Wyciąg gruczołu tarczycy dawał w naszych przypadkach (30, 31, 33), stale zwolnienie czynności serca, a nawet niejakie zaakcentowanie odruchu O. S.

Zwracając uwagę na zachowanie się tętna u naszych chorych spostrzegamy, że w stanie prawidłowym tz. przed badaniem środkami farmakologicznemi jest ono u różnych chorych różne. Również widać, że u tych samych chorych niejednokrotnie występują wahania w ilości tętna na minutę w zestawieniu liczb kilku dni. Nie bierzemy pod uwagę różnicy o 4—8 uderzeń na minutę, gdyż wpływać na nie mogło wzruszenie na widok strzykawki z jadem wegetatywnym i bojaźń przed objawami. Można wykluczyć z dużem prawdopodobieństwem ewentualny wpływ w naszych przypadkach wysiłku fizycznego na zachowanie się tętna, albowiem badania nasze dotyczyły chorych leżących w klinice. Okazuje się, że w zależności od tętna odpowiedniego dnia, pozostaje do pewnego stopnia zachowanie się ilości tętna w odruchu O. S. pod wpływem jadów farmakologicznych. Dla przykładu weźmiemy przypadek 22., gdzie tętno i odruch O. S. zachowały się przez kilka dni podobnie, w ostatnim dniu różnica w tętnie wynosiła 16 uderzeń na minutę, zaś odruch O. S. pod wpływem atropiny odpowiedział początkowo spadkiem ilości tętna, a zatem odmiennie i niezgodnie ze stosunkami fizjologicznemi. Sprawa wymaga nieco zastanowienia się. Dlatego musimy przyjąć granicę ilości tętna na minutę u ludzi zdrowych i omówić w kilku słowach przyczynę opóźnienia się tętna. Ogólnie przyjmują liczbę 70 jako średnią odpowiadającą ilości skurczów komór serca u człowieka zdrowego. Zdaje się, że liczbę tę można bez grubszej omyłki u pewnych osób rozszerzyć o 10 uderzeń na minutę: 70—80. Liczby poniżej cyfry 70 zaliczają do bradykardji. Przyczyna jej może być pochodzenia miokardialnego, naczyniowego, nerwowego, organicznego, czynnościowego, z zakażeń lub zatrucia. Bradykardja nerwowa polega na wzmożeniu napięcia nerwu X., a osłabieniu pobudliwości N. sympatycznego. Atropina poraża N. błędny, daje przyśpieszenie. Byłby to dowód na charakter jej nerwowy (raczej układu wegetatywnego) co stwierdzili według Laignel-Lavastine: Schiff u zwierząt, Müller, Dehio, Vacques, Danielopolu i Carniol u ludzi. Do tego typu bradykardji należy też *pseudobradycardia parextrasystoles* i *bradykardja* paroksystyczna w zespole objawów mózgowych, oponowych, rdzeniowych, opuszkowych, móżdżkowych, organicznych i czynnościowych, toksycznych i infekcyjnych. Trzy te rodzaje bradykardji należą do bradykardji pozasercowej, w przeciwieństwie do bradykardji śródsercowej, która utrzymuje się po atropinie. Wracając do przypadku 22 musimy nadmienić, że tętno 68 było obliczane w pozycji leżącej. Jest rzeczą znaną, że w tej pozycji występuje za-

[1]) Przegl. dermatolog. R. XX. Nr. 1. 1925.

zwyczaj zwolnienie tętna na minutę. W odruchu O. S. są w tym przypadku wprawdzie wahania w kierunku przewagi N. błędnego, niepodobna im jednak przypisać większego znaczenia, zwłaszcza, że nie widać większych różnic i odchyleń w tętnie po pilokarpinie zwalniającej i adrenalinie przyśpieszającej akcję serca. Jeżeli uwzględnimy tętno oraz odruch O. S. przed badaniem, jakoteż odruch O. S. po środkach farmakologicznych możnaby mniemać, że mamy do czynienia w odcinku sercowym z prawidłowym układem wegetatywnym. Sąd nasz upadnie z chwilą, gdy z tętnem i odruchem O. S. poprzednich dni zestawimy odruch O. S. po atropinie; okaże się wtenczas, że gdy zasadniczo powinniśmy mieć O. S. ujemny, spotykamy się z odruchem dodatnim jeszcze w 10 minucie po podaniu atropiny dożylnie, a i później mimo pozornego całkowitego porażenia N. X. otrzymuje się dodatni odruch O. S.

Trudno w tym razie mówić o bradykardji pozasercowej na podstawie odruchu O. S. po atropinie, jeżeli zważymy, że po większej dawce dochodzi do znacznego przyśpieszenia tętna na minutę, a mimo to do wystąpienia wyraźnego odruchu O. S. w 50 minucie. Można z dużem prawdopodobieństwem wykluczyć naturę tych objawów pochodzenia mięśniowego, naczyniowego (scleroza), jeżeli uwzględnimy wiek chorego (18 l.) i brak jakichkolwiek zaburzeń organicznych czy przebytych cięższych chorób zakaźnych. Można śmiało przyjąć ten stan jako przejściowy, czynnościowy, lecz nie organiczny.

Jeżeli przeglądniemy zachowanie się tętna i odruchu O. S. u chorych z dermatozami natury zakaźnej (pyodermia) począwszy od *stafilodermji* a skończywszy na *dermoepidermitis*, zauważymy, że w większości przypadków, tętno ma cechę tętna bradykardialnego, to jest wagotonicznego; odruch O. S. bywa przeważnie dodatni, podobnie zachowuje się on po pilokarpinie i adrenalinie. Również widać w zachowaniu się odruchu O. S. podobieństwo po atropinie. Dodatni odruch utrzymuje się w pierwszych minutach po małych dawkach dożylnych atropiny i przeważnie zaznaczony odruch dodatni w późniejszym okresie mimo silniejszych dawek i mimo znacznego nieraz przyśpieszenia tętna skutkiem porażenia N. błędnego. To zachowanie się tętna i odruchu O. S. u chorych z piodermjami i *dermoepidermitis* może nasuwać następujące myśli: że piodermję atakują wiek wczesnej młodości albo wiek schyłku, kiedy N. błędny ma przewagę w pierwszym razie fizjologicznie, w drugim fizjopatologicznie. Z drugiej strony możnaby przypuszczać, że piodermje atakują chorych z konstytucjonalnie upośledzonym N. X., któremu towarzyszy wagotonja ogólna albo częściej ogólne osłabienie układu wegetatywnego; wreszcie, że toksyny schorzeń ropnych mogą działać w kierunku przewagi N. błędnego, a osłabienia układu współczulnego. Pierwsza myśl może jest mniej przekonującą, gdyż ropne zakażenia występują w najrozmaitszym wieku. Mimo skrzętnych poszukiwań nie znaleźliśmy głębszej podstawy do obwiniania konstytucji ustroju. Raczej przemawiają niektóre dane za wpływem toksyn na układ wegetatywny, choćby biorąc pod uwagę limfocytozę i eozynofilję w niektórych ropnych sprawach, które zdaniem autorów mają być pochodzenia parasympatycznego. Jakkolwiek jest, jeżeli nawet przyjmiemy w pewnym nieznacznym odsetku zwolnienie tętna na tle naczyniowem, to dodatni odruch O. S. i zachowanie jego pod wpływem jadów wegetatywnych, a zwłaszcza atropiny, przemawia za wzmożonem napięciem N. błędnego. Z tym stanem w odcinku sercowym pozostaje w bliżej nieokreślonym związku przeważna część naszych chorych z piodermjami.

U chorych z łuszczycą — u jednych wybija się tętno raczej wagotoniczne i odruch O. S. wyraźnie dodatni, u drugich tętno obraca się w granicach prawidłowych zaś odruch O. S. jest ujemny i odwrotnie. Wyróżnia się jedynie przypadek 5., tętnem przyśpieszonem przed badaniem oraz odruch O. S., który wyraźnie wskazuje na pobudliwość układu sympatycznego w odcinku sercowym. Widzimy tu, że tętno przed badaniem jest znacznie przyśpieszonem. Badanie 1-e jadami farmakologicznemi aczkolwiek bezwzględnie wskazywało na obojnaczą pobudliwość układu wegetatywnego, wykazało chwiejność w odcinku sercowym — mianowicie tętno przed zastrzykiem pilokarpiny wynosiło 88, po — doszło do 120 (Mx) na minutę, zaś przed adrenaliną wynosiło 68, po zastrzyknięciu doszło do 90 (Mx) na minutę. Ogólny stan układu wegetatywnego oraz zachowanie się tętna po pilokarpinie wskazywało na wzmożenie pobudliwości układu współczulnego sercowego (sympaticotonia). Wtórne badanie wykazało jeszcze wyższe przyśpieszenie tętna oraz zachowanie się odruchu O. S., wyraźnie współczulne. Jaka mogła być natura tego przyśpieszenia czynności serca? Może ona mieć podłoże organiczne lub czynnościowe, być pochodzenia zakaźnego lub toksycznego, mięśnio-sercowego, naczyniowego lub nerwowego ściślej współczulnego. Pomijamy przyśpieszenie napadowe. Chodzi nam o przyśpieszenie zwyczajne prawidłowego rytmu serca. Do tej grupy — według Laignel-Lavastine, należy: 1) przyśpieszenie przejściowe, spotykane w stanach gorączkowych, po wysiłkach, wzruszeniu, zatruciu lub pochodzenia odruchowego; 2) przyśpieszenia w organicznem schorzeniu serca; 3) natury tarczycowej (Basedow); 4) neurozy tachykardjalne na tle utajonych zaburzeń tarczycy albo z przyczyn nieznanych (Gallavardin). Wykluczamy tu przyśpieszenie na tle organicznego schorzenia serca. Także z dużem prawdopodobieństwem wykluczamy naturę tarczycową. Chora nasza przedstawiała rzadki przypadek równoczesnego nawałowego wystąpienia łuszczycy z tężyczką. Jeżeli przyjmiemy przytarczyczną naturę tężyczki i antagonizm gruczołu tarczowego i przytarczycy, to uznamy zachowanie się układu wegetatywnego w całości i w odcinku sercowym, jako odzew na nieprawidłową czynność ostatniego gruczołu. Rzeczą ciekawą w tym przypadku, było wywołanie napadu tężyczki po wstrzyknięciu adrenaliny i po pilokarpinie; atropina antagonista tej ostatniej nie zniosła natężenia ataku. Natomiast wyciąg gruczołu tarczowego (Gl. thyroid. sicca 0.25 „Klawe") usunął napad i spowodował spadek ilości tętna na minutę. Można zatem wnioskować, że przyśpieszenie czynności serca i odwrotny odruch O. S. były tym razem pochodzenia przytarczycznego. Przypadek ten jest zdaniem naszem przykładem konstytucjonalnego upośledzenia ustroju, gdzie przyśpieszenie czynności serca poza innemi objawami jest prawdopodobnie pochodzenia wkrewno-roślinnego i okresowej intoksykacji z powodu zaburzeń w przemianie materji (witaminy A.).

W gruźlicy, schorzeniu wybitnie konstytucjonalnem skóry, widzimy odchylenia w zachowaniu się tętna i odruchu O. S. u różnych chorych. Gruźlica rozpływna i rozlana forma *Tbc. luposa* wskazuje na sympatykotonję w odcinku sercowym; odruch O. S. jest tu odwrotny. W przypadku ograniczonej *Tbc. luposa* ze skłonnością do samoistnego bliznowacenia oraz w przypadku gruźlicy brodawczastej, charakter tętna i dodatni odruch O. S. przemawiają poniekąd za osłabieniem układu współczulnego odcinka sercowego. Reszta przypadków gruźliczych obraca się prawie w normalnych granicach. Tętno, odruch O. S. przeważnie jest ujemny lub też odwrotny.

Z reszty przypadków dermatoz trudno wyprowadzić jakieś wnioski ze względu na małą ilość dla porównania. Uderzają tylko przypadki z *ateroma* i *anethodermia*: tętno i odruch O. S. przemawiają za wagotonią w odcinku sercowym. Poza tem zwracają uwagę schorzenia o podłożu bardziej konstytucjonalnem, stojące w związku z zaburzeniami pewnych narządów czy układów (5, 7, 8, 30, 31, 34), w których wybija się na czoło sympatykotonja w odcinku sercowym.

Odcinek sercowy układu wegetatywnego stanowi, dzięki wielkiej autonomji serca, jakby odrębną całość. Je-

steśmy przeświadczeni o występowaniu u różnych osobników pobudliwości tego odcinka raz w kierunku przewagi N. błędnego względnie parasympatycznego, drugi raz w kierunku przewagi układu współczulnego. Wiemy, że stan pobudliwości odcinka sercowego nie zawsze idzie w parze ze stanem reszty układu wegetatywnego. Być może, że przyczyniają się do tego samorządne zwoje Keitha i Flyka, sam mięsień sercowy, wiązki Hissa i t. p. Przyjmujemy, że dodatni O. S. jest tylko objawem stanu pobudliwości układu wegetatywnego w odcinku sercowym, a zwłaszcza N. X. Przyjmujemy, że drogą dośrodkową tego odruchu jest N. trójdzielny, a nawet, jak twierdzi L a i g n e l-L a v a s t i n e, B a r é, N. współczulny. Bez wątpienia w tych razach jest N. błędny drogą odśrodkową odruchu. Odruch ten może mieć pewne nawet ważne znaczenie o ile przy jego ocenie uwzględniamy cechy konstytucjonalne ustroju: — trwające czy przebyte choroby zakaźne, czy z zatrucia lub zaburzenia przemiany materji, czy gruczołów dokrewnych i t. p. Stany te bowiem mogą prawdopodobnie stworzyć dyspozycje do tylko przejściowej lub przewlocznej przewagi czynnościowej N. błędnego.

Ale poza tem musimy pamiętać, że poza odruchem O. S. dodatnim notujemy odruch O. S. ujemny — u ludzi z prawidłowym układem wegetatywnym odcinka sercowego, chwiejny odruch O. S. u ludzi z hipowagotonją, względnie hipoamfotonją, wreszcie odwrotny — u ludzi z pobudliwym układem współczulnym sercowym.

Jesteśmy dalecy od stawiania tezy w tym, czy w owym kierunku, za mało jesteśmy do tego uprawnieni. Nasuwa się jednak drobna uwaga, że skoro odruch O. S. dodatni jest odzewem pobudliwości N. błędnego, to odruch O. S. odwrotny może dowodzić pobudliwości układu współczulnego. W pierwszym — przy osłabionym układzie współczulnym droga odruchu idzie: *trigeminus* — (sympathicus) — *vagus*, w drugim przy osłabionym N błędnym — (vagus) — *sympathicus*. Gdybyśmy otrzymali potwierdzenie naszych przypuszczeń, opartych na spostrzeżeniach klinicznych — zyskalibyśmy na objawie, któryby tłumaczył przyśpieszenie czynności serca, objawie, któryby sam dla siebie nie mniejsze miał znaczenie jak odruch dodatni. Ani z jednego, ani z drugiego objawu nie można wysnuwać wniosków o stanie całości układu wegetatywnego. Ani tu, ani tam jednokrotne stwierdzenie objawu nie powinno dawać podstaw do oceny stanu układu wegetatywnego sercowego, zwłaszcza, jeżeli weźmiemy pod uwagę stany paroksystycznego zwolnienia czynności serca, czy tachykardji lub chwiejność w zachowaniu się odruchu z powodu obojnaczego osłabienia układu wegetatywnego sercowego. W obu razach powinniśmy myśleć o okolicznościach dysponujących do czynnościowej przewagi N. X. czy układu współczulnego, a co zatem idzie do odruchu O S. dodatniego względnie odwrotnego.

Z praktyki.

Dr. Gwidon POKORNY, asystent kliniki. Kraków.

Toksyczne działanie stowarsolu w przypadkach postępującej niedokrwistości złośliwej.

Z II. kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Witold O r ł o w s k i.

Od wprowadzenia w r. 1877 przez B r a m w e l l a arszeniku do leczenia postępującej niedokrwistości złośliwej uważa się go jako najskuteczniejszy środek w tej chorobie, przewyższający inne podane później metody leczenia, jak przetaczanie krwi, wycięcie śledziony, wyłyżeczkowanie szpiku kostnego, liczne metody oddziałujące na przewód pokarmowy i t. d. Stosując arsen, do niedawna ogólnie trzymano się zasady powolnego podnoszenia jego dawek, dochodząc do 20, czasem 30 mlgr. *acidi arsenicosi* dziennie. Dopiero N e i s s e r zapoczątkował leczenie niedokrwistości złośliwej dużemi dawkami arszeniku: zaczynając od 1 mlgr., dochodzi on szybko do 80—100, a nawet 150 mlgr. dziennie. Te dawki N e i s s e r podaje przez usta, nie zaś podskórnie, licząc na ich działanie „antyfermentacyjne“ przeciw zmienionym bakterjom przewodu pokarmowego albo hemolitycznym truciznom w tym przewodzie lub w krążeniu żyły wrotnej. N e i s s e r miał się przekonać, że chorzy na niedokrwistość złośliwą znoszą właśnie o wiele większe dawki arsenu, niż inni chorzy, w tej liczbie i niedokrwiści. Leczenie dużemi dawkami arsenu przerywa N e i s s e r natychmiast, więc bez stopniowego obniżania, gdy poziom hemoglobiny zaczyna się podnosić, i wznawia, jeśli krzywa hemoglobiny przestaje iść w górę lub zaczyna spadać. Wznawiając leczenie arsenem, daje N e i s s e r odrazu duże dawki, mianowicie pierwszego dnia 30 mlgr., drugiego 50, trzeciego 75 mlgr. *acidi arsenicosi*, co zwykle sprowadza ponowny wzrost hemoglobiny; dla uniknięcia nawrotu choroby radzi N e i s s e r prowadzić leczenie okresowo podawaniem przez kilka dni dużych dawek aż do otrzymania jak najwyższej wartości hemoglobiny.

Dane N e i s s e r a były bardzo zachęcające. Niestety, już w krótkim czasie po poleceniu jego metody podał K l e m p e r e r w wątpliwość same dane teorytyczne, na których oparł ją N e i s s e r, oraz doniósł nieco później w notatce do artykułu W o h l r a t h a, że nie widział po metodzie N e i s s e r a żadnych wyników, natomiast w trzech przypadkach dawki 50—60 mlgr. *acidi arsenicosi* dziennie wywołały gwałtowne wymioty, które uniemożliwiły dalsze podawania arsenu. S t ü h m e r stwierdził uboczne działanie arsenu w 3 przypadkach niedokrwistości złośliwej. S t r e i b e l na 7 przypadków w 6 nie miał żadnego wyniku. H i r s c h podaje 2 przypadki z wynikiem dodatnim, lecz wspomina o 2 innych, leczonych bezskutecznie. W naszej klinice próby leczenia niedokrwistości złośliwej metodą N e i s s e r a nie dały w 3 przypadkach żadnych wyników. Podobnie jak K l e m p e r e r musieliśmy tu leczenie przerwać, gdyśmy dochodzili do dawki około 60 mlgr., z powodu toksycznych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Doświadczenie więc całego szeregu autorów, jak również i naszej kliniki stwierdziło, że chorzy na niedokrwistość złośliwą, wbrew zdaniu N e i s s e r a. nieraz nie znoszą dużych dawek arsenu. Nie przesądzało to, rzecz prosta, wartości leczenia tej sprawy chorobowej dużemi dawkami arsenu w takich przypadkach, w których chorzy je znosili. Ta okoliczność nasunęła nam myśl zastosowania innego przetworu arsenowego, któryby można podawać przez usta w dużych dawkach bez objawów zatrucia. Taki przetwór spodziewaliśmy się znaleźć w jednym z arsenobenzolów, wprowadzonym przed kilku laty do lecznictwa, mianowicie w stowarsolu. Wprawdzie, jak wiadomo, próby leczenia niedokrwistości złośliwej salwarsanem nie dały szczególnych wyników, to jednak nie odstręczało nas od prób leczenia niedokrwistości złośliwej stowarsolem, podawanym przez usta; stowarsol bowiem odznacza się wybitnemi własnościami odkażającemi w przewodzie pokarmowym i działa dlatego znakomicie, zwłaszcza w sprawach chorobowych wywołanych przez pierwotniaki. Można więc było żywić nadzieję, że wywrze on dodatni wpływ i na niedokrwistość złośliwą, jako sprawę chorobową, w której zmiany w przewodzie pokarmowym względnie w jego ścianach, czy też w składzie flory jelitowej mają, zdaniem wielu badaczy, pierwszorzędne znaczenie patogenetyczne. Zastosowanie więc stowarsolu u chorych na niedokrwistość złośliwą odpowiadałoby kilku wskazaniom, mianowicie energicznemu pobudzeniu czynności szpiku kostnego dużemi dawkami arsenu, działaniu odkażającemu na przewód pokarmowy przed wchłonięciem i podczas wchłaniania stowarsolu, wreszcie, możliwości chemoteraupetycznego działania w ustroju jako arseno-benzolu już po wchłonięciu.

Dotychczas zastosowaliśmy stowarsol w klinice w 3 przypadkach postępującej niedokrwistości złośliwej. Liczba to zbyt mała, żeby z niej wysnuwać jakieś wnioski o wartości leczniczej stowarsolu w omawianem schorzeniu. Jeżeli jednak z tych spostrzeżeń zdajemy tutaj sprawę, to pobudką ku temu jest inna okoliczność, mianowicie, objawy zatrucia, które wystąpiły, wbrew oczekiwaniu, we wszystkich tych przypadkach, jakkolwiek z różną siłą. Historję chorób podaję w skróceniu:

Przypadek I. (Wszystkie badania w tym przypadku przeprowadził asystent kliniki Dr. E. Szczeklik). St. M., lat 61, papiernik, przyjęty na klinikę 1. IV. pod L. dz. 275 ze skargami na istniejące od 16 miesięcy ogólne osłabienie, zawroty głowy i brak łaknienia. Stan przedmiotowy z 1. IV.: Wzrost wyżej średniego, waga 61 kg., odżywienie dostateczne, ciepłota 37.4°. Skóra żółto-blada, twardówki lekko żółtawe, dziąsła łatwo krwawią. Klatka piersiowa beczkowata, odgłos nad nią pudełkowy, granice dolne płuc nieco obniżone, słabo ruchome, szmer oddechowy pęcherzykowy, osłabiony; II. ton nad tętnicą główną wzmożony, tętnice sprychowe nieco stwardniałe, wężykowate. Śledziona i wątroba macalne na poziomie łuku żebrowego. W moczu urobilina i urobilinogen wybitnie wzmożone. W treści żołądkowej po próbnem śniadaniu Ewald-Booasa brak wolnego kwasu solnego i kwasu mlecznego, kwaśność ogólna 7°; zgłębnikowanie dwunastnicy wykazuje żółć A i B silnie intenzywnie zabarwione. W świeżej kropli krwi: krwinki czerwone nie układają się w rulony, liczne megalocyty i mikrocyty; w preparacie barwionym krwi, liczne krwinki czerwone wielobarwne; krwinek czerwonych w 1 mm³ 1,700.000; hemoglobiny (Sahli) 60°; wskaźnik barwny 1.7; ciałek białych 4.100 w 1 mm³, w tem obojętnochłonnych 50%, kwasochłonnych 4%, zasadochłonnych 1%, limfocytów 45%; płytek (met. Fonio) 100.000 w 1 mm³; surowica krwi złotawo-żółta, odporność krwinek czerwonych Min. 0.52% NaCl, Max 0.24% NaCl: czas krwawienia 4½ minut, czas krzepnięcia 30 minut; objaw opaskowy ujemny. Odczyn Wassermanna ujemny. W kale jaj pasorzytów nie stwierdzono. Dno oka bez zmian. — Rozpoznanie kliniczne: *Anaemia perniciosa progressiva genuina. Atherosclerosis diffusa. Emphysema pulmon. essent.* Leczenie szczepionką prątka okrężnicy, wyhodowanego z treści dwunastnicy samego chorego; (8 wstrzyknięć od 1 cm³ do 6 cm³) pozostało bez wpływu na ogólny stan chorego i na obraz krwi. Od 2. V. chory otrzymuje przez 19. dni stowarsol codziennie 4 razy 0.25, następnie po 2-tygodniowej przerwie od 4. VI. ponownie stowarsol w tej samej dawce. 5. VI., więc po 21 gr. stowarsolu wystąpiły na kończynach górnych głównie w okolicy stawów łokciowych, zwłaszcza po stronie zginaczy, nieliczne pojedyncze różowe guzki wielkości główki od szpilki; pojedyncze znajdowały się one również na skórze tułowia, przeważnie na bocznych stronach klatki piersiowej, wreszcie w mniejszym stopniu na kończynach dolnych. Ogólna ciepłota stale prawidłowa, mocz bez zmian, obraz krwi po wystąpieniu i podczas trwania osutki nie różni się od obrazu krwi przed samem wystąpieniem osutki. Podmiotowo chory czuje się zupełnie dobrze, świądu niema. Stowarsol odstawiliśmy; w następnych dniach osutka częściowo znika i 10. VI. 1925. chory opuszcza klinikę, czując się zupełnie dobrze. Skład krwi bezpośrednio przed zastosowaniem stowarsolu: krwinek czerwonych 1,800.000. w 1 mm³, hemoglobiny (Sahli) 65°, wskaźnik barwny 1.7; po ukończeniu leczenia stowarsolem (9. VI.) krwinek czerwonych 3,200.000 w 1 mm.³, hemoglobiny 95°, wskaźnik barwny 1.5.

Przypadek II. K. M. żona rolnika 38. lat, przyjęta na klinikę 9. IV. 1925. pod L. dz. 287. Wywiady: Z wiosną 1924 poczuła chora osłabienie i zaczęła chudnąć; po krótkotrwałem polepszeniu w lecie, stan ponownie się pogorszył w grudniu Chora uczuwa palenie języka. Miesiączki obecnie słabsze; 1. poród przed 6 laty. Warunki życia dobre. Jedna ze sióstr bardzo blada. Stan przedmiotowy z 9. IV. 1925.: Słaba budowa, wyraźne wychudzenie; waga 49 kg. ciepłota 37.4°; skóra żółtawo-blada, lekkie obrzęki koło kostek na stopach i w okolicy lędźwiowej. twardówki lekko żółto zabarwione; błony śluzowe bardzo blade, język wygładzony z czerwonemi plamami na górnej powierzchni prawej połowy. Bezwzględne stłumienie serca w prawo sięga poza lewy brzeg mostka; cichy szmer skurczowy nad koniuszkiem serca. Wątroba wystaje na 4 palce z pod łuku żebrowego, gładka, niebolesna; śledziona macalna na poziomie łuku żebrowego, niebolesna, twardawa. W ciemnym moczu urobilina i urobilinogen wzmożone. W treści żołądkowej po próbnem śniadaniu Ewald-Booasa wolnego kwasu solnego brak; kwaśność ogólna 6°; w treści dwunastnicy żółć A i B. silnie zabarwione ciemne; w kale jaj pasorzytów niema. W świeżej kropli krwi: wyraźna anizocytoza; megalocyty i mikrocyty; ruloniki słabo zaznaczone, siatka włóknika mała; w. preparacie barwionym krwi: liczne krwinki czerwone wielobarwliwe, pojedyncze krwinki czerwone z niebieskiem punktowaniem; jądra leukocytów obojętnochłonnych często silnie segmentowane; krwinek czerwonych w 1 mm.³ 930.000, hemoglobiny 26° (Sahli), wskaźnik barwny 1.3; ciałek białych 4.200; w tem obojętnochłonnych 40%, eozynochłonnych 1.5%, limfocytów 45.5%, jednojądrzastych 2%, komórek Türka 1%, mielocytów obojętnochłonnych 1.5%, promielocytów obojętnochłonnych 3.5%, metamielocytów obojętnochłonnych 0.5%, megaloblastów 3.5%, normoblastów 1%, płytek 50.000 w 1 mm³ (Fonio); surowica krwi żółtawo zabarwiona; próba van der Bergha z surowicą krwi pośrednio dodatnia; surowica krwi zawiera 3 jednostki bilirubiny; czas krwawienia 5'; czas odczynu 18'; czas właściwego krzepnięcia 40'; odporność krwinek czerw. Min. 0.40% NaCl, Max 0.36% NaCl. Odczyn Wassermana ujemny. Dno oka bez mian. — Rozpoznanie kliniczne: *Anaemia perniciosa progressiva genuina.* Od 21. IV. do 9. V. zastosowaliśmy leczenie szczepionką prątka okrężnicy, wyhodowanego z treści dwunastnicy chorej, (6 wstrzyknięć 0.5 cm³—3.5 cm³), lecz bez wpływu na skład krwi i stan chorej. Od 20. V. stowarsol codziennie 4 dawki po 0.25. 27. V. ciepłota, która przedtem stale wykazywała stan podgorączkowy, wynosi z rana 37°, wieczorem 38.4°; stan ogólny chorej niezmieniony. 28. V. ciepłota zrana 37.8°, wieczorem 39.8°; chora czuje się osłabiona, kilkakrotne wymioty; stowarsol, którego chora zażyła 9 gram., odstawiliśmy. 25. V. osutka w postaci plamek bladoróżowych, nieznacznie wyniosłych, za uciskiem znikających. Plamki te znajdują się na klatce piersiowej i na brzuchu pojedyczo, a dochodzą do wielkości soczewicy; na plecach i pośladkach są większe i zlewają się razem; na kończynach dolnych równomiernie rozsiane dochodzą do wielkości grochu, a miejscami zlewają się; jednostajne silne zaczerwienienie policzków, pozwalające tylko na kraju odróżnić poszczególne plamki; drobne plamki na podniebieniu; kilka drobnych wybroczyn na policzkach i goleniach. Spojówki nastrzykane; silny nieżyt nosa; kilkakrotne wymioty. Ciepłota z rana 39.4°, wieczorem 39.8°. 30. V. ciepłota z rana 38.2°, wieczorem 38°; kilkakrotne wymioty; osutka bledsza; w moczu ślad białka. 1. VI. Ciepłota 36.6°, wieczorem 37.8°; osutka zupełnie znikła z wyjątkiem tylko drobnych wybroczyn na kończynach dolnych. 3. VI. Ciepłota z rana 36.6°, wieczorem 37.6°; chora czuje się dobrze, wymiotów niema, łaknienie lepsze, stolec stale raz dziennie, uformowany; w moczu białko znikło. 5. VI. Ciepłota prawidłowa, stan ogólny dobry. 7. VI. Chora czuje się zupełnie dobrze i opuszcza klinikę. Skład krwi przed zastosowaniem stowarsolu: krwinek czerwonych w 1 mm.³ 1,100.000, hemoglobiny 35°, wskaźnik barwny 1.6; po stowarsolu: krwinek czerw. w 1 mm³ 1,500.000, hemoglobiny 43°, wskaźnik barwny 1.6. Kropla świeża w obu razach wykazuje te właściwości, co przy pierwszem badaniu.

Przypadek III. (Wszystkie badania kliniczne w tym przypadku przeprowadził asystent kliniki Dr. H. Zawistowski). F. K., lat 44, żona kelnera, przyjęta na klinikę 22. V. 1925. pod L. dz. 360. Skargi: Od 1½ roku ogólne osłabienie, bladość, duszność, bole w nogach, oraz w brzuchu podczas ruchów. Od kilku miesięcy osłabienie wzrosło tak, że chora od 5 miesięcy pozostaje w łóżku; brak łaknienia; warunki życia dobre. Chora rodziła 3 razy; miesiączka obecnie mała. Stan przedmiotowy z 23. IV. 1925: Wzrost średni, dobra budowa, odżywienie średnie, waga 50 kg., ciepłota 35°; skóra woskowo-blada twardówki żółtaczkowo zabarwione; błony śluzowe blade; nieznaczny obrzęk okolicy krzyżowo-lędźwiowej goleni i stóp. Prawa granica bezwzględnego stłumienia serca przekracza o 1 cm lewy brzeg mostka. lewa w lewej linji sutkowej, nad całą okolicą serca 2 tony i lekki szmer skurczowy. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku, twardsza, tkliwa. W moczu urobilina wzmożona: świeża kropla krwi blado różowa; brak układania się krwinek w rulony, mikro- i makrocyty, znaczna poikilocytoza; w preparacie barwionym krwi wyraźna wielobarwliwość krwinek czerwonych. Nieliczne krwinki czerwone jądrzaste; krwinek czerwonych w 1 mm.³ 700.000, hemoglobiny 20° (Sahli), wskaźnik barwny 1.43; ciałek białych 5.500 w 1 mm³. w tem obojętnochłonnych 51%, zasadochłonnych 3%, limfocytów 43%, jednojądrzastych 2%, przejściowych 1%; płytek 7.200 w 1 mm³ czas krwawienia 2.5'; czas krzepnięcia 23'; czas odczynu 3'; surowica krwi złotawo-żółta; próba van d. Bergha pośrednio słabo dodatnia; ilość katalazy 6.2 gram., wskaźnik katalazy 5.27 Odczyn Wassermana ujemny. W treści żołądkowej po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa wolnego kwasu solnego brak; w treści dwunastnicy żółć A. silnie zabarwiona, podobna do żółci B; w kale jaj pasorzytów nie stwierdzono. Rozpoznanie kliniczne: *Anaemia perniciosa progressiva genuina.* Chora otrzymuje stowarsol i to od 30. V. do 6. VI. 2 razy 0.25 dziennie, od 7. VI. do 14. VI. 3 razy po 0.25, od 15. VI. do 24. VI. 4 razy po 0.25. — 24. VI., więc po 19 grm, stowarsolu zjawiło się lekkie zaczerwienienie policzków i nosa; ciepłota prawidłowa; stowarsol odstawiono. 25. VI. drobne różowe, podobne do liszaja wykwity na przedramionach i tułowiu; mierny świąd skóry; ciepłota prawidłowa. 27. VI. osutka pokrywa cały tułów: obrzęk i zaczerwienienie śluzówki jamy ustnej; drobno-marmurkowate zaczerwienienie twarzy; świąd skóry; 30. VI. skóra miejscami, zwłaszcza na kończynach dolnych, łuszczy się; silny obrzęk twarzy i obrzęk nóg; łaknienie pogarsza się; ciepłota z rana 36° wieczorem 34°. 2. VII. Silny nieżyt spojówek, twarz obrzękła, zgrubiała, silnie zaczerwieniona; miejscami zwłaszcza na kończynach dolnych skóra łuszczy się; ciepł. z rana 35.8°, wieczorem 37.2°. — 3. VII. chora niespokojna skarży się na ból i uczucie napięcia skóry; łaknienie słabe, osłabienie i bezsenność. 4. VII. C. z rana 36.4°, wieczorem 37.9°;

obrzęk śluzówki nosa; wargi stwardniałe, popękane, chora niemoże otwierać ust; język i śluzówka jamy ustnej obrzękłe. 5. VII. C. z rana 36.9°, wieczorem 37.5°. Sączenie na goleniach, na dolnej połowie przedramion i na pośladkach; skóra dolnej połowy ciała schodzi płatami; Chora nie może lewej kończyny dolnej ze zgięcia wyprostować. 7. VII. C. z rana 37°, wieczorem 38°, skóra na piersiach i plecach łuszczy się. 8. VII. C. z rana 37.3°, wieczorem 37.4°; obrzęk twarzy mniejszy, łatwiejsze otwieranie ust; zły sen. 10. VII odleżyny na pośladkach. 11. VII. Wobec zamknięcia kliniki na letnie miesiące przeniesiono chorą do szpitala św. Łazarza na oddział skórny Doc. Waltera. 22. VII. Skóra tułowia i twarzy złuszczyła się, jest obecnie gładką i zaczerwienioną; łuszczenie na kończynach dolnych trwa dalej; silny obrzęk lewej dolnej kończyny (zaczopowanie żyły udowej), słabszy prawej; od tygodnia odleżyny pod piętami; osłabienie; w ostatnich dniach kilkakrotne nagłe podniesienia ciepłoty ponad 39° z dreszczami. 2. VIII. Stan chorej lepszy; ciepłota niepodwyższona. 10. VIII. Odleżyny pod piętami goją się. 17. VIII. Odleżyny na kości krzyżowej zwiększyły się; obrzęki kończyn dolnych silniejsze. Łaknienie słabe; skóra poza odleżynami bez zmian. 24. VIII. postępujące osłabienie. 27. VIII. Chora opuszcza szpital. W dwa tygodnie później chora zmarła wśród objawów coraz bardziej potęgującej się niedokrwistości i osłabienia. Skład krwi w tym przypadku przed zastosowaniem stowarsolu (25. V.: krwinek czerwonych w 1 mm³ 700.000, hemoglobiny 20°, wskaźnik barwny 1.4; po 19. grm. stowarsolu krwinek czerwonych 3,600.000, hemoglobiny 65°, wskaźnik barwny 0.9.).

Rozglądając się teraz w naszych 3 spostrzeżeniach, stwierdzamy przedewszystkiem dodatnie działanie stowarsolu na pierwotną sprawę chorobową. Ilustruje to dostatecznie podany w każdym przypadku skład krwi przed i po stowarsolu; polepszenie zaznaczone w przypadku II. jest wyraźniejsze w I., a wybitne w III., a więc w tym, w którym objawy zatrucia wystąpiły jednocześnie najsilniej. Temu dodatniemu działaniu stowarsolu na stan niedokrwistości złośliwej we wszystkich naszych przypadkach, leczonych na klinice w tym samym czasie, towarzyszyły objawy toksyczne, które należą do obrazu dokładnie obecnie znanych pobocznych działań, wspólnych całej grupie przetworów arseno-benzolowych. Mianowicie, w przyp. I. po 21 gr. stowarsolu wystąpiła szybko przemijająca osutka, której nie towarzyszyła ani gorączka, ani inne objawy ogólne; w drugim już po 9 gr. wystąpiła nieco silniejsza, lecz szybko przemijająca osutka i zarazem silnie zaznaczony odczyn ogólny, wreszcie w III. po 19 gr. spostrzegaliśmy obraz ciężkiego ogólnego zapalenia skóry.

Objawy więc zatrucia wystąpiły u naszych chorych po względnie niedużych dawkach stowarsolu, w II. spostrzeżeniu nawet już po 9 gr. Ta okoliczność zasługuje na szczególniejszą uwagę, zwłaszcza wobec tego, że stowarsol, jak to wynika z piśmiennictwa (B e r n a r d, S a l o m o n i T h o m a s; P e t z e t a k i s) należy do leków, które chorzy znoszą zwykle dobrze bez objawów zatrucia, zarówno w jednorazowej dużej dawce (1.0—1.25), jak i w razie stosowania przez czas dłuższy nawet w dawkach dużych. Czemże więc wobec tego wytłumaczyć, że wbrew tym danym, we wszystkich naszych przypadkach niedokrwistości złośliwej otrzymaliśmy działanie trujące? Tu przedewszystkiem nasuwa się samo przez się pytanie czy nie jest tu winną sama niedokrwistość złośliwa z cechującemi ją zmianami w układzie naczyń krwionośnych. Na to dać odpowiedzi niestety nie możemy, stowarsolu bowiem w niedokrwistości złośliwej dotychczas, o ile można sądzić z piśmiennictwa, nie stosowano. Zwraca atoli uwagę, że najsilniejsze objawy wystąpiły w przypadku III., a słabsze w II., pomimo zastosowania tu tylko 9 gr. stowarsolu, a więc w przypadkach z wyraźnem powiększeniem wątroby, natomiast w przypadku I. z wątrobą wyczuwalną tylko na poziomie łuku żebrowego objawy zatrucia wystąpiły jedynie w postaci szybko przemijającej osutki, i to dopiero po 21 gr. stowarsolu. Jeśli teraz uwzględnimy podobieństwo objawów zatrucia u naszych chorych do skazy krwiotocznej po stosowaniu pokrewnego stowarsolowi środka mianowicie, arsenobenzolu i przypomnimy, że w patogenezie zatrucia arsenobenzolowego odgrywa ogromną rolę stan wątroby, (E m i l - W e i l l i I s c h - W a l l), to nasuwa się myśl, czy i w naszych przypadkach zmiany wątroby nie były czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu objawów zatrucia od stowarsolu? Rzecz prosta, czy tak jest istotnie, tego twierdzić nie możemy.

W każdym razie nasze spostrzeżenia, jakkolwiek nieliczne, nakazują wielką ostrożność w stosowaniu stowarsolu w niedokrwistości złośliwej, zwłaszcza przebiegającej z wyraźnemi zmianami wątroby. Chociaż więc stowarsol należy do środków łatwo wchłaniających się z przewodu pokarmowego, ale też szybko opuszczających ustrój, to jednak pierwszem wskazaniem, gdy go stosujemy, powinno być, zgodnie z poleceniem O p p e n h e i m a, podawanie go z przerwami, a następnie baczne codzienne śledzenie stanu chorego. Za tem przemawia II. nasz przypadek, w którym objawy zatrucia, wystąpiły po stosunkowo niedużej dawce ogólnej, a jeszcze bardziej przypadek I., w którym chory dobrze zniósł pierwsze 19 gr. stowarsolu, a osutka wystąpiła dopiero po dalszych 2 gr., zażytych po dłuższej, bo dwutygodniowej przerwie.

Piśmiennictwo:

1) B e r n a r d, S a l o m o n et T h o m a s. Bull. et Mém. de la Soc. med. des Hôpit. 1925. 10. str. 419. — 2) E m i l - W e i l l et I s c h - W a l l. Pres. med. 1923. 60. — 3) K l e m p e r e r. Ther. der Geg. 1922 zesz. 7. — 4) N e i s s e r. Ther. der Geg. 1922. zesz 6. — 5) O p p e n h e i m. Med. Klin. 1925. Nr. 34. — 6) P e t z e t a k i s. Pres. med. 1925. Nr. 19. — 7) H i r s c h. Ther. der Geg. 1923. zesz. 11. — 8) S t ü h m e. Ther. der Geg. 1923. zesz. 1. — 9) S t r e i b e l. Ther. der Geg. 1923. zesz. 8. — 10) W o h l r a t h. Ther. der Geg. 1922. zesz. 11.

Dr. Klemens KAUCZYNSKI. Lwów.

„Przypadek wrzodu pierwotnego na grzbiecie ręki".

Do przychodni chorób skórno-wenerycznych Kasy Chorych zgłosiła się dnia 25 sierpnia b. r. chora J. B. żona pomoc. handlowego, podając w wywiadach: lat 29, od 5-ciu lat zamężna, nie roniła, rodziła dwa razy, dzieci żyją zdrowe. Z poważniejszych chorób przebywała zapalenie nerek, macicy i stawów. Mąż chorej zupełnie zdrów, chorób nie przebywał.

Dnia 10 lipca b. r. miała chorą w grzbiet ręki ukąsić mucha, skutkiem czego uczuła na drugi dzień silny świąd oraz zauważyła mały pęcherzyk który zdrapała. W następnych 3—4 dniach w tem miejscu rozwinął się typowy czyrak z czopem martwiczym otoczonym obficie wydzieliną ropną. W tym czasie wyjechała na wywczasy letnie na wieś i za poradą sąsiadów stosowała miód z mąką, liście łopucha, kąpiele ze serwatki i td.. Mimo tych zabiegów rana po czyraku nie okazywała skłonności do gojenia się.

Około 14 sierpnia b. r. zauważyła chora, że cały grzbiet pr. ręki opuchł, stwardniał, rana powiększyła się i zmieniła się w płaską, owalną. W tym czasie zgłosiła się do lekarza chirurga który traktował ranę okładami, lapisem, wodą utlenioną i żółtą maścią bez większego skutku.

Dnia 22 sierpnia b. r. dostała chora silnych bolów głowy, lekkich nudności oraz rwania w całej prawej kończynie górnej, a 24 sierpnia zauważyła wysypkę na ciele. Z tego powodu zgłosiła się do przychodni chorób skornych. Stan obecny chorej przedstawiał się następująco:

Chora wzrostu wysokiego, budowy proporcjonalnej, odżywienia dobrego. Na grzbiecie prawej ręki stwierdzało się twardy naciek powodujący pagórkowatą wyniosłość, stokami swojemi sięgający do nasady palców i nadgarstka. Na szczycie tej wyniosłości w środku ręki widniało płaskie owrzodzenie, kształtu owalnego wielkości małej fasoli, z dnem gładkiem, zresztą bez cech charakterystycznych. W połowie przedramienia prawego po stronie zginaczy obrzmiały, twardy gruczoł limfatyczny wielkości orzecha laskowego. Powyżej łokcia po stronie wewnętrznej powiększony gruczoł limfatyczny, chrząstkowato twardy, niebolesny, wielkości jaja kurzego, bez jakichkolwiek objawów zapalnych skóry i naczyń chłonnych w jego sąsiedztwie. W pasze prawej grupka gruczołów wielkości orzechów laskowych, twardych, niebolesnych. Na klatce piersiowej, brzuchu, plecach oraz na obu kończynach górnych gęsto rozsiana, drobna osutka plamisto-guzkowa, barwy lekko czerwonej. Jama ustna bez zmian. Gruczoły pachwinowe, łokciowe po stronie lewej i szyjne nie powiększone, Na częściach płciowych nie stwierdzono żadnych zmian.

Trzykrotnie pobierana surowica z wrzodu na grzbiecie ręki i badana pod ultramikroskopem nie dała wyniku pozytywnego stwierdzającego obecność krętków bladych. Fakt ten tłumaczymy poprzedniem działaniem na owrzodzenie lapisem, wodą utlenioną i t. d., które to leki mimo swej nieswoistości powodują znikanie krętków z powierzchni owrzodzenia. Kontrola krwi me-

todą Bordet-Wassermann'a i Sachs. Georgiego dała wynik wybitnie dodatni.

Rozpoznanie: *Sclerosis dorsi manus dextri, scleradenitis maioris gradus antibracchi, cubiti et axillae dextri, Exanthema maculo-papulosum diff. thoracis, trunci et extremitat. sup.*

Rozważając wyżej podane wywiady i stan obecny, należy przyjąć, że już po kilku dniach trwania czyraka na grzbiecie ręki (a więc około 14 lipca), nastąpiło zakażenie kiłowe rany w sposób trudny dzisiaj do stwierdzenia. Samo wystąpienie cech charakterystycznych wrzodu pierwotnego musiało zjawić się o wiele wcześniej aniżeli chora zauważyła nieprawidłowe gojenie się czyraka. Nieco zbyt szybkie zjawienie się osutki, bo już w 42 dniu licząc od naszej hipotetycznej daty zakażenia, — tłumaczymy niezwykłością umiejscowienia wrzodu pierwotnego. Zresztą znane są przypadki z literatury potwierdzające że przy zakażeniu pozapłciowem okres uogólnienia zakażenia zjawia się o wiele prędzej aniżeli prawidłowo. I tak są dwa przypadki Bergh'a w których osutka wystąpiła już 24 i 25 dniu po zakażeniu. Dalej dwa przypadki Jullien'a obserwowane na dwóch lekarzach którzy zranili się igłą w czasię operacji chorej u której w 9 dni potem wystąpiła osutka swoista. U obu lekarzy ranki zagoiły się prawidłowo w 3—4 dniach, a mimo tego po 26 względnie 33 dniach zjawiła się u nich wysypka kiłowa. Również przypadek Bettmann'a gdzie u lekarza który zaciął się przy małej operacji u syfilityka, osutka wystąpiła już po 21 dniach. Oto kilka najbardziej wiarygodnych obserwacyj.

Przeglądając statystykę częstotliwości umiejscowiania się wrzodu pierwotnego przy zakażeniach drogą pozapłciową, Bulkley'a, Münchsheimer'a i Scheuer'a opartą na obszernym materjale 14.590 chorych, stwierdzamy, że umieszczają oni palce i rękę na piątem miejscu (t. z. u 897 chorych). Statystyka ta obejmuje jednak przeważnie przypadki t. z. zakażeń zawodowych jakim ulegają najczęściej lekarze, akuszerki, posługaczki i praczki szpitalne. Przypadek wyżej opisany wydaje się zasługiwać na uwzględnienie z powodu niepowszechniości umiejscowienia bramy wejścia zakażenia.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Kliniczne i doświadczalne badania zjawisk fizyczno-chemicznych towarzyszących trawieniu zaczynowemu białka w przewodzie pokarmowym zdrowym i schorzałym.

Z II-giej kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszaw. Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Dokończenie.

Wielki wpływ na szybkość przebiegu odczynów chemicznych posiada stężenie ciał oddziaływujących. Im większe jest ich stężenie, tem szybciej przebiega odczyn (prawo działania mas Guldberga i Waage). Odnośnie do zaczynów stwierdzono, że działają one najsilniej, gdy ich stężenie oraz stężenie podłoża utrzymuje się stale na średniej wysokości. Ustrój osiąga to przez stopniowe rozpuszczanie pokarmów. W miarę tego, jak jakaś ilość zaczynu zwalnia się po wykonaniu swego zadania (rozszczepienia podłoża), znajduje ona znów pewną ilość świeżo rozpuszczonego względnie maksymalnie rozprószonego podłoża, na które może z całem natężeniem zadziałać. Gdy pod koniec trawienia, produktów wyjściowych dla danego odczynu pozostaje coraz mniej, a więc tem samem szybkość trawienia winna byłaby znacznie się zmniejszyć, zwalniające się zaczyny zostają adsorbowane przez pozostałe cząstki podłoża. Freundlich 34) ujął prawa adsorbcji w szereg matematycznych formuł; wynika z nich, że w pewnych granicach adsorpcja działa tem silniej im większe jest rozcieńczenie ciała adsorbowanego. Adsorpcja pomiędzy pepsyną, a białkiem jest bardzo silna, tak np. Abderhaldenowi i Strahnowi 35) udało się wydostać całkowicie pepsynę z zawartości żołądka u zwierząt przy pomocy edestyny; białko-edestyna adsorbowało całą pepsynę zawartą w soku, nie tworząc z nią związku chemicznego.

Już w r. 1885. Gluziński i Jaworski 36) badając ilość produktów rozpadu białka zawartych w treści żołądkowej u ludzi podczas trawienia w rozmaitym czasie po spożyciu białka jaja kurzego, znajdywali za każdym razem tylko nieznaczne ich ilości i jednakowy pod względem wyrazistości odczyn (biuretowy) i przyszli do przekonania, że „u człowieka w stanie fizjologicznym w żadnej chwili trawienia nie nagromadzają się w żołądku produkty trawienia", i że „muszą one być częścią wydalane, częścią wchłaniane zaraz po powstaniu" wreszcie „że okoliczność ta nie jest obojętną dla dalszego trawienia istot białkowych".

Dzięki nowym metodom fizyczno-chemicznym wiedza o kinetyce odczynowej (Reaktionskinetik) w ciągu ostatnich lat dwudziestu doszła do znacznego rozwoju. Jedną z podstawowych jej zdobyczy jest doświadczalne wykazanie zależności szybkości przebiegu każdego odczynu chemicznego od zachowania się produktów końcowych. Szczególnie dotyczy to odczynów odwracalnych, przy których nietylko szybkość ale także kierunek odczynu zależą od tego, czy produkty końcowe odczynu zostają usunięte z obrębu odczynu. W ustroju bardzo dużo odczynów należy do rodzaju odczynów odwracalnych, do nich częściowo należą także odczyny zaczynowe. Zrozumiałem jest zatem, że dla przebiegu trawienia jest niezmiernie ważnem, by końcowe produkty były możliwie szybko usuwane ze środowiska odczynowego tak, żeby odczyn stale przebiegał w pożądanym kierunku.

W jelitach cel ten osiąga się głównie przy pomocy wchłaniania, w żołądku zaś prawie wyłącznie zapomocą wydalania produktów rozkładu wraz z przynależną do nich ilością rozpuszczalnika. U zdrowych osobników gra odźwiernika oraz całe odruchowe unerwienie ruchowe żołądka jest zależne w znacznej mierze od stężenia jonów wodorowych i wodorotlenowych po jednej i drugiej stronie odźwiernika, od stanu fizycznego pokarmu (większego lub mniejszego jego mechanicznego i fizyczno-chemicznego rozdrobnienia).

Odmienne warunki chemiczne i fizyczno-chemiczne, panujące w każdym oddzielnym odcinku przewodu pokarmowego wymagają dość ściśle określonego czasu przebywania w nich pokarmów, w przeciwnym, bowiem, razie przebieg rozkładu substancyj pokarmowych mógłby przybrać zupełnie niepożądany dla ustroju kierunek. Tem wyraźniej też występuje dla nas znaczenie prawidłowego współdziałania aparatu ruchowego jamy ustnej, żołądka, jelita ze stanem chemicznym, fizyczno-chemicznym i mechanicznym ich każdorazowej zawartości.

Ze wszystkich metod fizyczno-chemicznych stosowanych dotychczas przy badaniu przebiegu trawienia, największe stosunkowo rozpowszechnienie znalazło mierzenie stężenia jonów H' i OH' w poszczególnych wydzielinach, a głównie mierzenie kwasoty soku żołądkowego. Podstawową i najdokładniejszą metodą jest elektrometria jonów H', zastosowana do badania soku żołądkowego przez Michaelisa i Davidsohna 37). Wartość tej metody polega na tem, że mierzy ona stężenie tylko jednego, nader ważnego czynnika, (H:) soku żołądkowego, podczas gdy wszystkie inne metody (mierzenie przewodnictwa elektrycznego, kryoskopja, wiskozymetrja, stalagmometrja i inn.) dają wyniki zależne od całego szeregu składników treści.

Zarówno dla fizjologji jako też dla kliniki ma wielkie znaczenie stwierdzenie, pod jaką postacią i w jakiej ilości zawarte są kwasy w soku żołądkowym. O ile zagadnienie to daje się rozwiązać przy pomocy metod czysto chemicznych, można uważać, zdaje się, badania za zakończone. Jednakże czysto chemiczne metody i poglądy nie wyczerpują zagadnienia tam, gdzie chodzi o równowagę jonów, i w tej dziedzinie dopiero zastosowanie chemji fizycznej znacznie powiększyło naszą wiedzę. Przedewszystkiem ustalono, że wartość trawienna soku żołądkowego jest zależną nie od ilości kwasu, którą wykrywamy przy pomocy miareczkowania, lecz od stężenia jonów H'. Ważnem jest wiedzieć, jak wielką jest kwasota soku żołądkowego w chwili wydobycia go z żołądka. Mierząc ją przy pomocy miareczkowania t. j. dodając jakiego bądź ługu, ustawicznie zmieniamy prawdziwą kwasotę i otrzymujemy wkońcu liczby, wskazujące na to, wiele jonów wodorowych mogą dostarczyć (pod wpływem zobojętniania przez NaOH) wszystkie w soku znajdujące się zarówno silne jak i słabe kwasy, a nawet kwaśne sole. Przy pomocy miareczkowania nie wyjaśniamy więc, wiele było jonów H' „czynnych" lub jaka była kwasota czynna, dowiadujemy się, jedynie wiele jonów H' „potencjalnych" zawiera dana treść żołądkowa. czyli jaka jest jej „potencjalna" (możliwa?) kwasota.

Rozpoznawanie, a także leczenie chorób żołądka, oparte w pewnej części na liczbach uzyskanych przy pomocy miareczkowania, wychodzi zatem z założeń z gruntu fałszywych, bowiem nie jest ważnem, czy dany sok zawiera 40 HCl wolnego i 60 ogólnej kwasoty, a drugi 20 HCl wolnego, a 40 kw. og., lecz ważnem dla określenia zdolności trawiennej wydzieliny żołądkowej jest, że jeden sok ma stężenie jonów H'—0,01 n. lub 0,025 n., a drugi 0,01 n. lub 0,0001 n. Jedynie przy sokach z dość dużą ilością wolnego kwasu solnego miareczkowanie wykonane przy pomocy odczynnika Günsburga według Christiansena 38) lub według wskazówek Michaelisa 39) daje wyniki w pewnej mierze zbliżone do elektrometrji jonów H'.

Bliższych szczegółów dotyczących teoretycznych założeń, oraz wykonania elektrometrji jonów H' nie podaję, gdyż wyszedłbym poza bezpośredni zakres tej pracy (p. L. Michaelis „Stężenie jonów wodorowych", 1920 oraz H. Schade l. c.

Podaję natomiast wyniki osiągnięte przez Sörensena 40),

przez Michaelisa i Dawidsona (l. c.) oraz szeregu innych badaczy. Według tych autorów stężenie jonów wodorowych = liczbie wodorowej Michaelisa = (H') wynosi przeciętnie po próbnem śniadaniu Ewalda — $1,7.10^{-3}$ (co odpowiada Ph=1,67), przy nadkwaśności (H') dochodzi do 7.10^{-2} (Ph=1,16) zaś przy niedokwaśności może spaść do $0,8.10^{-7}$ (Ph=7,08). Według moich badań wykonanych w + 180 przypadkach, Ph wynosi przeciętnie w przyfizjologicznych naczczo przeciętnie 3,8 przy nadkwaśności spada do 1,3 przy niedokwaśności dochodząc do 7,2. W 3/4 godziny po spożyciu mieszaniny woda-białko, Ph wynosi przeciętnie w przypadkach fizjologicznych 1,7, przy nadkwaśności spada do 1,2, przy niedokwaśności dochodząc do 7,8. Zaznaczyć należy, że in vitro stwierdzone optimum stężenia jonów H' dla działania pepsyny leży w obrębie najczęściej w soku żołądkowym ludzi zdrowych znajdywanym (H') (p. w.).

Nieco dłużej wypadnie mi zastanowić się nad teoretycznemi założeniami oraz wykonaniem mierzenia (H') w treści żołąd. przy pom. wskaźników, jako zupełnie dostępnem nietylko dla kliniki, lecz także w praktyce prywatnej. Metody te zostały wprowadzone przez Friedenthala i Salma 41), przez Zaleskiego i Felsa 42) i udoskonalone przez Sörensena. Polegają one na własności całego szeregu barwików (fenolftaleina, metyloranż, kristalviolett, kongo i t. d.) zmieniania swej barwy przy ściśle określonem Ph. Chcąc określić Ph jakiegoś płynu, dodaje się doń pewnego wskaźnika i porównywa się powstałe zabarwienie z zabarwieniem tegoż wskaźnika w płynie zawierającym jony H' w znanem i niezmiennem stężeniu (t. zw. „rozczyn buforowy").

Metoda wskaźników (indykatorów) wypracowana przez Michaelisa i Mullera 43) specjalnie do mierzenia kwasoty w treści żołądkowej i jelitowej odznacza się jeszcze większą łatwością wykonania i najmniej wymaga czasu. Badacze ci używają wyłącznie wskaźników, które w bardzo kwaśnem środowisku są prawie bezbarwne, natomiast nabierają coraz silniejszego zabarwienia, im bardziej zasadowe jest środowisko. Do tych wskaźników należą nitrofenole (m—i—p—), oraz dinitrofenole (α=β γ). Każdy z tych nitro — oraz dinitrofenolów nabiera przy ściśle dlań właściwem (H') żółtego zabarwienia tem intenzywniejszego, im bardziej zasadowe jest środowisko. Ph (a zatem i (H') płynu badanego określa się, porównywując natężenie zabarwienia, jakiego on nabiera po dodaniu doń ściśle określonej ilości jednego z tych nitrofenolów z najbardziej mu odpowiadającem zabarwieniem rozczynu tegoż nitrofenolu zawierającego znaną ilość zasady.

Teoretyczny podkład tej metody jest (przy pewnem uproszczeniu) łatwo zrozumiały. Nitrofenol jest kwasem słabym, a więc w środowisku kwaśnem jego rozszczepienie jest bardzo małe. Natomiast w obecności jonów Na' powstaje nitrofenolan sodowy, który, jako sól, ulega silnemu rozszczepieniu elektrolitycznemu, przyczem powstają wolne jony nitrofenolowe. Jony te w odróżnieniu od nierozszczepionego kwasu nitrofenolowego są zabarwione. Łatwo jest zrozumiałe, że przy obecności nadmiaru barwika, ilość powstających zabarwionych jonów nitrofenolowych (inn. sł. natężenie zabarwienia płynu) będzie zależało od ilości obecnych jonów Na'; porównywując zatem powstałe zabarwienie badanego płynu z zabarwieniem, takie ta sama ilość wskaźnika dała ze znanym nam rozcieńczonym rozczynem NaOH, można kolorymetrycznie określić, jak się odnoszą do siebie ilości zabarwionych jonów wskaźnika w obu płynach, gdyż w rozczynie NaOH wskaźnik istnieje tylko jako jon, zaś w badanym płynie część jego może istnieć także, jako nierozszczepiony bezbarwny kwas; innemi słowami: możemy kolorymetrycznie określić, jaka część wskaźnika rozszczepiła się w danym płynie t. j. poznajemy stopień dyssocjacji α wskaźnika w danym płynie. Zaś między stopniem dyssocjacji α kwasu jakiegokolwiek bądź (w danym przypadku nitrofenolu), a stężeniem jonów H' (lub liczbą wodorową h) istnieje następująca zależność: $h=k\frac{1-\alpha}{\alpha}$ gdzie k oznacza stałą rozszczepiania się danego kwasu. Tę stałą k Michaelis i jego uczniowie określili dla znacznej ilości barwików. Dla soków żołądkowych ze znaczniejszą ilością wolnego kwasu solnego Michaelis podał jeszcze inny barwik (krystallviolett). —

Następną z metod fizyczno-chemicznych, przy pomocy której usiłowano wejrzeć w przebieg trawienia, było mierzenie ciśnienia osmotycznego. Celem tych badań było stwierdzenie ogólnego stężenia cząsteczek (molekuł) i jonów w ślinie, soku żołądkowym, jelitowym, trzustkowym i w żółci oraz wykrycie zmian, jakie zachodzą w tych sokach pod wpływem odczynów trawiennych.

Posługiwano się przytem dwiema metodami i mierzeniem przewodnictwa elektrycznego odnośnych wydzielin i kryoskopją. Fränkel 44) stwierdził, że zachodzi pewna równoległość pomiędzy przewodnictwem soku żołądkowego, a jego kwasotą wyrażoną w stężeniu jonów H'; równoległość ta nie jest jednak dokładną, gdyż na przewodnictwo elektryczne, oprócz kwasu solnego wpływają także chlorki, które według Schmidta 45) wynoszą około 4,7‰ oraz w mniejszej mierze inne sole. Zawarte w soku żołądkowym substancje organiczne (17.1‰) zmniejszają przewodnictwo elektryczne. Wobec tak wielkiej ilości rozmaitych składników, przewodnictwo elektryczne soku żołądkowego u rozmaitych zwierząt było niejednakowe, a nawet u tego samego zwierzęcia przy jednakowem odżywianiu, bywało rozmaite, zależnie od przypadkowej większej lub mniejszej zawartości HCl, chlorków, fosforanów, węglanów i ciał organicznych.

Jeszcze mniejsza zależność zachodzi pomiędzy danemi kryoskopowemi a zawartością jonów H', dlatego, że wielkość Δ jest zależną nietylko od rozszczepionych ale także i od nierozszczepionych cząsteczek ciał, zawartych w soku żołądkowym. Nie bacząc na to, dane dotyczące ciśnienia osmotycznego wymienionych wydzielin wykazały zadziwiającą celowość tychże wydzielin pod względem wytwarzania najlepszych warunków potrzebnych do rozpuszczenia i rozszczepienia substancyj pokarmowych. Wartość Δ w ślinie[1]) wahała się pomiędzy 0,07 a 0,34, czyli była o wiele mniejszą niż we krwi. Także w soku żołądkowym Δ wahała się pomiędzy 0,15—0,81—1,21, przeciętnie wynosiła 0,35—0,65, będąc przeważnie hipotoniczną. Według H. Straussa 46), żołądek rozporządza zdolnością regulowania ciśnienia osmotycznego swej zawartości, doprowadzając ją do stałej wielkości Δ —0,36. Miało by to na celu rozcieńczenie zawartości żołądkowej, by po przejściu treści żołądka do dwunastnicy nie nastąpiło zbyt wysokie ciśnienie osmotyczne pod wpływem działania soku dwunastniczego, trzustkowego i żółci. Badania Rzętkowskiego 47), Sommerfelda i Rödera 48) wykazały jednak, że nieda się stwierdzić ścisłego wpływu praw osmotycznych na czynność żołądka. Hipotoniczne ciśnienie osmotyczne treści żołądkowej jest skutkiem zmieszania się pokarmów z hipotonicznym sokiem żołądkowym oraz śliną. Dzięki badaniom Modrakowskiego 49) stwierdzono, że istnieje w pewnej mierze zależność pomiędzy ciśnieniem osmotycznem treści żołądkowej a szybkością jej wydalania z żołądka. Hipertoniczne roztwory soli zostają dłużej zatrzymane w żołądku, niż hipo- lub izotoniczne roztwory; wynik jest ten, że zawartość żołądka w chwili przedostania się do dwunastnicy jest najczęściej hipotoniczną.

H. Strauss 50) względnie jego uczeń Pasinetti 51) jedni z pierwszych badali lepkość treści żołądkowej po śniadaniu próbnem, przyczem stwierdzili, że jest ona 1,1—2,6 razy większą niż lepkość wody. Ścislejszego związku pomiędzy lepkością a pewnemi odchyleniami chorobowemi nie udało się im stwierdzić.

G. Klawemsky 52) podaje na zasadzie swoich badań, że lepkość zawartości zdrowego żołądka wykazuje zadziwiająco stałe liczby od 1,2 do 1,85. Naczczo wahania są większe (od 1,25—12,8) zależnie od domieszki śluzu, żółci i krwi. Lepkość ma być niezależną od kwasoty treści a także od zawartości produktów trawiennych białka i od obecności surowicy, zaś w małym tylko stopniu zależną od zawartych krwinek. Natomiast domieszka krwi, nawet odwłókniouej wielce wzmaga lepkość soku. Spożycie mięsa także nie ma wpływu na zwiększenie się lepkości. Ochładzanie treści żołądkowej do 10° i ogrzewanie do 90° nie wywiera wpływu na lepkość. Klawemsky nie stwierdził także różnicy pomiędzy lepkością przesączonego lub nieprzesączonego soku żołądkowego. Pośród wielorakich schorzeń organicznych żołądka wyróżnia się rak żołądka, przy którym znajdywał wybitnie wielką lepkość, której całkowicie nie objaśnia zawartość śluzu i krwi.

W moich nielicznych narazie przypadkach, w których dokonywałem pomiaru lepkości treści żołądkowej również stwierdziłem przy schorzeniach złośliwych żołądka wybitnie dużą lepkość naczczo, która zmniejszała się po spożyciu mieszaniny białko—woda.

Napięcie powierzchniowe treści żołądkowej po próbnem śniadaniu, jako pierwsi badali: Traube 53) i jego uczniowie. Jeszcze przed nimi badacze francuscy Cluzet i Fraenkiel 79) badali napięcie powierzchniowe żółci. Napięcie powierzchniowe każdej z tych wydzielin wahało się w granicach dość ciasnych, gdy badacze mieli do czynienia z wydzielinami niezanieczyszczonemi rozmaitemi domieszkami, a więc przy soku żołądkowym, o ile nie zawierał on żółcianów, peptonów, albumoz i kwasów tłuszczowych.

W moich przypadkach napięcie powierzchniowe treści żołądkowej, mierzone przy pomocy kroplomierza Traube'go (woda przekroplona przy t° 20° C—20,9 kropel) przeciętnie wynosiło naczczo w przypadkach fizjologicznych — 25,6.

Co do albumin (głównie białka jaja kurzego) Traube i Blumenthal 54) podali, że nie zmieniają one napięcia powierzchniowego rozpuszczalnika. Isoresco 55) był zdania nawet, że w przeciwieństwie do wszelkich innych białek, białko jaja kurzego zwiększa napięcie powierzchniowe wody. Jednakże W. i F. Donan 56), Schemensky 57), Bechhold i Reiner 58), Quagliarello 59) wreszcie Kiesel 81) stwierdzili, że również albumina jaja kurzego zmniejsza napięcie powierzchniowe rozpuszczalnika (wody, soku żołądkowego i t. d.), jakkolwiek w stopniu mniejszym niż hemoglobina i inne białka — oraz, że działanie to jest proporcjonalne do stężenia rozczynu albuminy.

E. Doumer 60) 61) 62) w szeregu wartościowych prac badał wpływ soli kuchennej, glykocholanu, taurocholanu sody oraz peptonów na napięcie powierzchniowe wody i podał szereg wzorów algebraicznych, określających wzajemną zależność pomiędzy stężeniami tychże ciał, a napięciem powierzchniowem rozpuszczalnika.

Sól kuchenna, jak większość innych soli zwiększa napięcie powierzchniowe wody, t. zn. wykazuje ujemne działanie powierz-

[1]) Dane poniższe cytow. wg. H. Schadego, l. c.

chniowe. Jednakże w obecności bardzo silnych powierzchniowo-czynnych żółcianów, sól kuchenna w niezbyt silnych stężeniach działa, jakby obniżająco na napięcie powierzchniowe wody, inn. słowy, w wodzie słonej trzeba mniej glikocholanu do osiągnięcia takiego samego obniżenia nap. pow., co w wodzie przekroplonej, względnie przy tej samej ilości glikocholanu obniżenie napięcia powierzchniowego jest znaczniejsze. Jeżeli obniżenie nap. pow. oznaczamy przez literę Y, to $Y = \frac{a}{1\ q}(1 - q \times (1 + k \sqrt{2}))$, gdzie X oznacza stężenie glykocholanu w rozczynie, wyraz $(1 + k \sqrt{2})$ jest funkcją stężenia chlorku sodu, a (=30) oraz q (=0,859) są to empirycznie zastosowane liczby, zaś k=1,9.

Kiesel (l. c.) doszedł do podobnych wyników, badając wpływ dodawania NaCl na napięcie powierzchniowe moczu: zamiast wzmagać sól kuchenna zmniejsza napięcie powierzchniowe moczu.

Jak stwierdziłem w wielokrotnie powtarzanych doświadczeniach własnych, dodanie NaCl (w małych stężeniach do n') wywołuje również obniżenie nap. pow. przesączu soku żołądkowego. Niema narazie wyjaśnienia dla tego zjawiska. Można przypuszczać, że sole, wzgl. ich jony wchodząc w połączenie chemiczne z głównemi czynnikami powierzchnioczynnemi soku żołądkowego (moczu lub inn. płynów) wzmagają ich działanie. Wobec znacznego wpływu, jaki wywierają jony H' na nap. pow., zachodzi możliwość, że przy dodaniu soli wzmaga się do pewnego stopnia (H') soku; zaś jak wiadomo, powiększenie (H') wywołuje ogółem zmniejszenie nap. pow.

Druga prawdopodobna możliwość polega na tem, że w razie obecności tłuszczów, wszelkie wzmożenie ich rozszczepienia, może wywołać większe stężenie wolnych kwasów, które znów bardzo silnie obniżają napięcie powierzchniowe płynu.

Bardzo czynne są pod tym względem produkty rozszczepienia białek. Według Doumera 63), peptony obniżają napięcie powierzchniowe rozpuszczalnika w stopniu bardzo znacznym, wzrastającym w miarę powiększania ich ilości, a mianowicie według następującego wzoru:

$$y = \frac{a}{1-q}\left(1-q^{x}\right) + \frac{a_1}{1-q_1}\left(1-q_1^{x}\right)$$

gdzie y oznacza obniżenie napięcia powierzchniowego (woda=1000), X oznacza ilość gramów azotu aminowego w litrze obliczonego jako NH_3 oraz mierzonego przy pomocy miareczkowania z formolem, a, a, q i q, są empirycznemi stałemi. W słabo kwaśnem środowisku obniżenie nap. powierzchniowego przez peptony jest 5 razy większe niż w środowisku alkalicznem. Nap. powierzchniowe słonego rozczynu zostaje przez peptony jeszcze bardziej obniżone, niż nap. pow. wody.

Kiesel (l. c.) poddawał ciała białkowe, łatwo rozpraszające się w wodzie, rozcieńczonych rozczynach soli obojętnych albo sody, jako to: albuminę, globulinę, kaseinę działaniu zaczynów (trypsyny) i śledził za zmianą nap. pow. mieszaniny, przyczem stwierdził, że natychmiast po rozpoczęciu działania proteolitycznego fermentu, nap. pow. spadało, po pewnym czasie zaczęło jednak wzrastać, osiągając wkońcu wartość początkową albo nawet większą. Z tych doświadczeń Kiesel wnioskuje, że w początku trawienia białka powstają produkty, działające obniżająco na nap. pow., że jednak w miarę dalszego trawienia, powstają ciała o coraz to mniejszem działaniu powierzchniowem, czyli, że działanie powierzchniowe produktów hydrolizy białka zależnem jest od wielkości ich cząsteczek (długości łańcucha polipeptidowego?). Wynikałoby z tego, że treść żołądkowa, wydobyta podczas trawienia białka, o niższem napięciu powierzchniowem zawiera ceteris paribus mniej rozszczepione produkty hydrolizy białka, niż treść żołądkowa o wyższem napięciu pow.

W swoich badaniach nie mogłem potwierdzić poglądu Kiesela, gdyż przy doświadczeniach ze sztuczną mieszaniną białko + woda + H· + pepsyna stwierdzałem znaczne i stałe zmniejszanie się nap. pow. w miarę postępu trawienia.

Według czysto fizyczno-chemicznych zapatrywań Tadakoro 64) nap. pow. roztworów koloidowych zależy od stopnia rozproszenia koloidu: zmniejszenie rozproszenia (zgrubienie cząsteczek koloidowych) ma wywoływać powiększenie nap. pow., zaś zwiększenie rozproszenia (rozdrobnienie cząsteczek koloidowych) powodować ma zmniejszenie nap. pow. J. Traube i jego współpracownicy interesują się napięciem powierzchniowem soków ustroju, głównie w celu wyjaśnienia zagadnień wydzielania i wchłaniania. Według ich zapatrywań czynności te regulowane są przez ciśnienie powierzchniowe. Traube określa ciśnienie powierzchniowe, jako różnicę pomiędzy napięciami powierzchniowemi dwu płynów oddzielonych od siebie błoną. Napięcie powierzchniowe każdego płynu zależy znów od siły spójności (kohezji) jego cząsteczek. Parcie powierzchniowe ma określać kierunek i szybkość osmozy. Dla przebiegu trawienia, w myśl zasad Traubego i Knoevenagel'a 65) obniżenie nap. pow. środowiska ma wielkie znaczenie; zmniejsza się, bowiem, także wewnętrzne ciśnienie (Binnendruck, Haftdruck) środowiska, przez co płyn łatwiej wnika do wnętrza podłoża, powodując większe pęcznienie, a tem samem przyśpieszając jego dalsze nawodnienie i rozproszenie, względnie rozpuszczenie (p. w.). Każde środowisko o tyle tylko nadaje się, jako rozpuszczalnik, o ile jest w stanie wywołać pęcznienie koloidu.

Działanie wszystkich ciał, obniżających nap. pow. jest stosunkowo większe przy najmniejszych ich stężeniach. Tem się tłumaczy, dlaczego obecność śladów żółci w soku żołądkowym już wywołuje tak znaczne obniżenie nap. pow. treści, że pomiary stalagmometryczne soku żołądkowego same przez się nie mają wiekszego znaczenia klinicznego (wobec częstej domieszki żółci).

Inaczej rzecz się przedstawia z inną właściwością rozczynów białkowych, mianowicie z ich zdolnością skręcania, a szczególnie załamania (refrakcji) światła.

Jak wiadomo, produkty, powstające przy hydrolizie białka skręcają płaszczyznę światła zpolaryzowanego w innym stopniu niż białko nierozszczepione. Abderhalden 66) i jego szkoła zastosowali tę ich właściwość do stwierdzenia działania zaczynów obronnych surowicy.

P. Hirsch 67) przy pomocy interferometru oraz Pregl i de Crinis 68) przy pomocy refraktometru wykorzystali w tym samym celu właściwości produktów hydrolizy białka, odmiennego załamania światła.

Metody refraktometryczne, przy pomocy których można in vitro mierzyć ilościowo działanie pepsyny na podłoże wypracowali Schorer 69), a zwłaszcza Kupelwieser 70).

Stopień załamania promienia świetlnego, przechodzącego z jednego środowiska, łatwo przepuszczającego światło do drugiego jest stałym dla każdego ciała; stosunek wstawy kąta promienia wpadającego do wstawy kąta promienia załamanego jest wielkością ściśle określoną i dla danego ciała, danej t^0 (i danej długości fali świetlnej) niezmienną. Określa się go literą n, do której dodaje się literę oznaczającą linję Frauenhofera, w obrębie której leży długość użytej fali świetlnej (n. p. nd oznacza wskaźnik załamania dla światła o długości fali linji sodu D. t. j. 589 uu). Wskaźnik ten, jak wykazały badania wyżej wymienionych autorów zwiększa się znacznie, jeżeli pod wpływem fermentacyjnej hydrolizy, w środowisku białkowem zjawiają się produkty daleko posuniętego rozszczepienia białka.

Obermayer i Pick 71) stwierdzili, że rozczyny białka pod wpływem działania pepsyny nie wykazują zwiększenia wskaźnika załamania; natomiast w rozczynach białka, który poddano działaniu trypsyny, wskaźnik załamania dość szybko i znacznie się zwiększa. Obermayer i Pick objaśniają to zjawisko tem, że pepsyna jest zaczynem proteolitycznym, w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, zaś trypsyna obok proteolitycznych właściwości ma także peptolityczne działanie.

Wobec wielkiej wrażliwości optycznych właściwości płynów na wszelkie przemieszczenia atomów w cząsteczkach rozpuszczonych w tychże płynach, takie objaśnienie wydaje się prawdopodobnem; wystarcza rozszczepienie paru pierścieni bezwodnikowych, wchodzących w skład cząsteczki białkowej, by odbiło się to w wyraźny sposób na wskaźniku refraktometrycznym.

Jeżeli zamiast do roztworu koloidowego białka, dodamy pepsynę do mieszaniny białko skrzepłe + woda + jony H', wówczas pepsyna wywołuje znaczne zwiększenie się wskaźnika środowiska. W miarę, bowiem, hydrolizy i rozpuszczania się białka, zwiększy się ilość rozpuszczonych w wodzie cząsteczek białkowych, a tem samem i N. Mierząc zatem in vitro N tej mieszaniny przed i jakiś czas po dodaniu pepsyny, otrzymujemy liczby ściśle stojące w stałej proporcji do działania pepsyny.

H. Strauss 72) mierzył wskaźnik załamania w treści żołądkowej wydobytej naczczo oraz po próbnem śniadaniu Ewalda i przyszedł do wniosku, że wysokie wartości N stoją w związku z niedomogą wydzielania. W moich badaniach stwierdziłem, że wskaźniki załamania różnych treści żołądkowych wahają się w granicach dość ciasnych, zależnie zarówno od wydolności ruchowej i wydzielniczej żołądka, jako też od wsysania. gry odźwiernika i t. d., t. j.od ogólnej wypadkowej działania wszystkich poszczególnych czynników trawienia żołądkowego[2]). Wymienić należy także metodę nefelometryczną, ulepszoną przez Rona i Kleinmann'a 73). Polega ona na tem, że w odpowiednim przyrządzie (nefelometrze) porównywuje się natężenie zmętnienia powstałego w kwaśnym rozczynie białka po dodaniu kwasu sulfosalicylowego z mętnemi zawiesinami, zawierającemi znane ilości strąconego białka. Dzięki wprowadzeniu przez wymienionych badaczy mikronefelometru można stwierdzić jeszcze zawartość 0,06 gr białka w 20 cm^3 objętości. Przy pomocy tej metody Rona i Kleinmann 73) oraz Kleinmann i Asada (l. c.) przeprowadzili in vitro badania nad rozszczepieniem rozczynowem białka i m. inn. przyszli do wniosku, że szybkość rozszczepiania jest wprost proporcjonalną do stężenia zaczynu; pod tym względem pepsyna zachowuje się tak samo, jak i inne zaczyny. Przy jednakowej ilości fermentu, a zmiennej ilości podłoża nie udało się stwierdzić jakichś stałych praw.

Za przebiegiem trawienia białka można także śledzić przy pomocy ultramikroskopu (Ph. Russo 74); okiem można stwierdzić

[2]) Szczegóły podane zostaną w pracach moich p. t. „Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych". Doniesienie I. i II. w „Polsk. Arch. med. wewn.".

zmniejszenie się cząsteczek (mikronów i submikronów) białka pod wpływem działania fermentu.

Piśmiennictwo:

1) Kuttner, cyt. wg. Kr. Brugscha, Pathol. u. Ther. V. 2) Mathieu Rémond, wg. Sahli, Kl. Untersuch. Methoden, wyd. 1909 r. — 3) Sahli, ibidem. — 4) Rehfuss. Journ. of. Am. Med. Ass. 1921, 76. 9. — 5) Crohn i Reiss. Amer. journ. of. med. sc. 1917, 154. — 6) Ryffel, Lancet. 1921, 200, 12. — 7) Gorham, Arch. of. int. med. 1921, 27. — 8) H. Wheelon, ibidem, 1921, 28. — 9) Kopeloff, Proc. of. the soc. f. exp. biol. a. med., 1922. 19. — 10) Brunacci. Arch. di physiologia 1920. 18 cyt. wg. Berichte üb. d. ges. Phys. 1921. 8, Z. 9. — 11) Zieliński i Sadikow. Biochem. Zschr., 1923, 137, 4—6, oraz ibidem 138, 1—3. — 12) Fodor, Koll. Ztschr. 1922, 30, ibidem, 1922, Z. 5. — 13) D. Fefmentproblem, Fodor. 1922. — 14) L. Michaelis. Biochem. Ztschr. 1917. 79, 1. Die Wasserstoffionkonzentration, 1920. 15) L. Michaelis. Bioch. Ztschr. 1920 III. Z. 1/3. — 16) J. Traube. Bioch. Ztschr. 107, 4/6. 1920. — 17) J. Traube, ibidem, 1921. 120. — 18) J. Traube. Zft. f. Immunitätsforschung 1923. — 19) J. Traube. Koll. Zft. 1923, 32, 1. — 20) Sörensen, Biochem. Ztschr. 1909, 136, 21. — 21) L. Michaelis. Biochem. Zft. 1914, 65, 1. — 22) Fischer, D. ödem, 1910. — 23) Traube i Köhler, Int. Zft. f. physiol. Chem. u. Biol. 2, 42, 1915. — 24) Wo. Ostwald i A. Kuhn, Koll. Zft. 1922, 30, 2—4. — 25) Richter, cyt. wg. Northropa. J. of. gen. Physiol. 1922. 5, 2. — 26) Pekelharing, Arch. de phys. 1921, 18, cyt. wg. Northropa, l. c. — 27) Beijerinck, ibidem. — 28) Jacques Loeb, cyt. wg. Northropa, ibidem. — 29) Northrop, ibidem. — 30) Hitchcock. J. of gen. phys. 1923. 5. — 31) Ehrenberg. Biochem. Zft. 1922, 128. — 32) Rona i Kleinmann. ibidem. 1924. 150. Z. 5/6. — 33) Kleinmann i Asada. Klin. Wft. 1924. 14. — 34) Freundlich. d. Kapillarchemie, cyt. wg. Schadego, l. c. — 35) Abderhalden i Strauch, cyt. wg. Schadc, l. c. — 36) Gluziński i Jaworski. Zft. f. klin. Med. 1886, IX, 2, 3. Monografja: Doświadcz. nad. zach. się istot białk. w żół. 1885, nowy przyczynek do sposob. bad. żołądka. 1884. — 37) Michaelis i Davidsohn. Zft. f. exp Path. und. Ther. 8, 398. 1910. — 38) Christiansen. Bioch. Zft. 1912. 50, 71, 82. — 39) Michaelis. Bioch. Z. 1917. 1. — 40) Sörensen. Bioch. Zft. 1909. — 41) Salm. Z. f. allg. Physiol. 1901, 56, — 42) Zaleski i Fels. Zt. f. Elektrochemie. 1904, 204, 10. — 43) Michaelis i Müller. 1922, 26, 5/6, Zft. f. d. ges. exp. Med. — 44) Fränkel. Zft. f. d. ges. exp. Pathol. u. Ther. 1905, I. — 45) Schmidt, cyt. wg. Hammarstena, Physiol. Chemie, 3 wyd. — 46) H. Strauss. Zft. f. klin. Med. 1899. 144. 37. — 47) Rzętkowski. Arch. f. d. ges. Pathol. u. Pharm. 51, 289, 1904. — 48) Sommerfeld i Röder. B. kl. W. 1904. Nr. 4. cyt. wg. Schade'go. — 49) Modrakowski. cyt. wg. Schade'go, l. c. — 50) H. Strauss. wg. v. Koranyi i Richter, cyt. wg. Schade'go. — 51) Pasinetti. Zft. f. experim. Pathol. u. wg. Ther. 2, 252, 1905. — 52) G. Klawemsky. Arch. f. Verd. XXI. Z. 1/2, 1923. cyt. wg. Zentralblatt f. inn. Med. 1924. Nr. 10. — 53) J. Traube. Arch. f. d. ges. Phys. 105, 561, 1904. — 54) Traube i Blumenthal. Zft. f. d. ges. exp. Pathol. u. Ther. 117, 1906, 2. — 55) Isovesco. cyt. wg. Quagriarello. Ber. üb. d. ges. Phys. 1923 XIX. 6/7. — 56) W. i F. Donnau, Br. med. jour. 1905, 1636, 2. — 57) Schemensky. B. Z. 105, 229, 1920. — 58) Bechhold i Reiner. B. Z. 108, 98, 1920. — 59) Quagliarello, l. c. — 60) 61) (2) E. Doumer. Compt. r. d. s. de la soc. d. biol. 1921. 84. 8.; ibidem 11 i 13; ibidem 85. — 63) Doumer, ibidem, 1922, 86. — 64) Tadokoro, J. of. biochem. 1923. 2, Nr. 2. — 65) Knoevenagel Koll. — chem. Beihefte 1921, 13, 9/12. — 66) Abderhalden. d. Abwehrfermente, 1909. — 67) P. Hirsch. Z. f. physiol. Ch. 91, 440, 1914. — 68) Pregl i de Crinis D. Fermentforschung, 2, 58, 1917. — 69) Schorer. Zft. f. angew. Chemie, 1920, 88. — 70) Kupelwieser. Bioch. Zft. 1922. 131. Z. 5/6. — 71) Obermayer i Pick. Beitr. z chem. Phys. u. Pathol. 7, 331, 1906. — 72) H. Strauss, cyt. wg. Schade'go, l. c. — 73) Rona i Kleinmann, l. c. — 74) Ph. Russo, cyt. wg. Schadego, l. c. —

Oceny i sprawozdania.

Doc. dr. philos. Süssmann. **Individuelle Eisweisdifferenzierung durch Präzipitation.** Würzburg. Abhandl. aus d Gesamt-Gebiete d. Medizin. Bd. 22. H. 15. 1925.

Süssmann podjął próbę indywidualizowania białka ludzkiego drogą precypitacji surowicą, otrzymaną przez uodparnianie królika nasieniem ludzkiem.

Pierwszy Dervieux robił w 1923 r. próby w tym kierunku i otrzymał bardzo zachęcające wyniki. Stosował on świeże nasienie ludzkie, wstrzykując je podskórnie oraz śródotrzewnowo królikowi. Surowica skrwawionego królika stanowiła precypitynogen.

Wnioski jego z doświadczeń są następujące:

1. Powyższy precypitynogen jest specyficznym dla danego gatunku (w tym wypadku dla człowieka).

2. Precypituje on nasienie dawcy silniej jak u osób kontrolnych.

3. Daje on reakcję powyższą także z krwią ludzką i to o wiele czulszą od antygenu, otrzymanego drogą uodparniania krwią zamiast nasieniem.

4. Precypituje silniej krew dawcy niż ludzi kontrolnych.

5. Daje silniejszy odczyn z krwią członków rodziny dawcy nasienia aniżeli osób postronnych.

Mianowicie z krwią ojca (ofiarodawcy) dał odczyn w rozcieńczeniu antygenu 1/1,000.000. Z krwią syna dał odczyn w rozcieńczeniu antygenu 1 700.000. Z krwią żony dał odczyn w rozcieńczeniu antygenu 1/300.000. Z krwią osób postronnych dał odczyn w rozcieńczeniu antygenu 1/100.000.

Wyniki powyższe upoważniły autora francuskiego do przypuszczenia, że tą drogą będzie można rozstrzygać kwestję spornego ojcowstwa oraz telegonji. (Porównaj pracę Lewickiego w Pol. Gaz. Lek.).

Süssmann powtórzył te doświadczenia w szerszym zakresie mianowicie robił je z nasieniem, krwią i ropą ludzką, które przechowywał w stanie wysuszonym, zaś do próby robił z nich wyciągi płynem fizjologicznym, w stosunku 20 mg proszku na 2 cm^3 płynu. Ponadto stosował on antygen uczulony sposobem Weichardta (1903), drogą absorbcji, na krew lub nasienie.

Potwierdza on wyniki Dervieux'ego od 1 do 4 włącznie. Ponadto stwierdza że:

1. Ropa zachowuje się podobnie jak krew.

2. Powyższa precypitująca surowica oddziaływuje silniej z krwią jak z nasieniem osób kontrolnych.

3. Drogą wybiórczego wytrącania precypitynogenu zapomocą nasienia otrzymał on antygen, reagujący prawie wyłącznie z krwią.

4. Wytrącając analogicznie białkiem krwi, otrzymał antygen swoisty dla nasienia, który może znaleźć zastosowanie w med. sądowej jako surowica precypit. wysoko wartościowa i swoista dla gatunku ludzkiego.

5. Próby wzmożenia charakteru indywidualnego surowicy precypit., drogą wybiórczej absorbcji obcą krwią dały wynik dodatni To znaczy, że taka surow. precypit., dawała wyraźny odczyn z nasieniem dawcy w rozcieńczeniu antygenu 1/40.000—1/80.000, podczas gdy z nasieniem osób kontrolnych najwyżej w rozcieńczeuiu 1/20.000.

6. Jedynie nie mógł potwierdzić punktu 5. wniosków Dervieux'ego, o możności rozstrzygania tą drogą telegonji.

Epler (Lwów).

Hageman. **Die Diagnoze und Behandlung der Prostatahypertrophie.** Würzburger Abhandlung aus d. Gesamt-Gebiete d. Medizin. Bd 22. Zesz. XII. 1925.

Praca przeznaczona dla lekarzy praktyków, gdyż od nich, jak daje to autor do poznania, zależy zmniejszenie statystyki śmiertelności pooperacyjnej po wyjęciu stercza.

Częstokroć wobec ciężkiego stanu chorego, spowodowanego czy to ciężkiem zapaleniem pęcherza, czy to zatruciem ustroju z powodu złej czynności uszkodzonych nerek, czy też przewlekłem zakażeniem — musi być chirurg bardzo wstrzemięźliwy w postępowaniu.

Na 61 chorych musiał się autor u 13 chorych ograniczyć do codziennego cewnikowania, u 9 ciu do założenia przetoki pęcherzowej, wobec stanu chorych nie pozwalającego na wykonanie zabiegu radykalnego.

Powody, że chory późno się zgłasza do chirurga leżą w tem — że chorzy powoli przyzwyczajają się do swych dolegliwości pęcherzowych, raz już przez lekarza domowego zlekceważonych. Objawy przewlekłego zakażenia lub zatrucia jak zły stan ogólny, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, brak łaknienia, bole głowy z jakiemi chory zgłasza się do lekarza, odnosi ten do zaburzeń powodowanych wiekiem podeszłym i miażdżycą — tembardziej, że chory nic o swych objawach pęcherzowych, jako o rzeczy do której się już przyzwyczaił, nie wspomina.

Rozpoznanie ustala łatwo wprowadzony do odbytnicy palec i wyjaśnia odrazu powód wszystkich zaburzeń. Czasami w wypadkach gdzie powiększeniu ulega płat środkowy — sytuację wyjaśnia dopiero cystoskop, a nawet i cewnik, wy-

kazujący zaleganie moczu w pęcherzu (t. zw. Restharn) pewien opór przy wprowadzaniu go, oraz nadmierną długość tylnej części przemieszczonej cewki.

Leczenie tylko operacyjne — polegające o ile możności na usunięciu gruczolaka — wybór metody zależy od przyzwyczajenia operatora. Autor operuje drogą nadłonową, metodą Freyera, uważając ją za najprostszą, najłatwiejszą, dającą dobry wgląd i najmniej powikłań.

Laskownicki (Lwów).

S t ö h r J. **Über den formgestaltenden Einflus des Blutstromes.** Würzburger Abhandlungen N. F. Band II. H. 13. Nakładem Curta Kabitzscha w Lipsku 1925 roku. Stron 14.

W swojej bardzo interesującej pracy porusza autor temat, wprawdzie nienowy, bo zapoczątkowany jeszcze badaniami Roux, o wpływie prądu krwi na kształtowanie się zawiązku serca i naczyń krwionośnych.

W tym celu, chcąc zmienić prawidłowe warunki krążenia autor wszczepiał u płodu żaby we wczesnym okresie rozwojowym zaczątek serca innej larwy, pochodzący z tego samego okresu płodowego. Wszczepiony zawiązek cewy sercowej skręcał o 180°. Po 14 dniach z płodów takich, utrwalonych w płynie Zenkera, robił serje, na podstawie których rekonstruował modele metodą Borna. Doświadczenia te i rekonstrukcje doprowadziły autora do wniosku, że u płodów płazów, obwodowy system naczyniowy mimo braku serca rozwija się prawidłowo. Potwierdza zatem zapatrywania Hisa i Elzego o dziedzicznych czynnikach działających na rozwój tego systemu. Rozwój natomiast oskrzeli zależny jest od dopływu krwi. Gorzej rozwijają się oskrzela mniej unaczynione, jakkolwiek u niektórych płazów n. p. u trytona oskrzela mogą rozwijać się bez dopływu krwi. Spostrzezenia te potwierdzają poprzednie badania Ekmana. Autor wyklucza jakikolwiek mechaniczny wpływ prądu krwi na kształtowanie się zawiązku serca i na jego wzrost. Zawiązek serca pozbawiony krwi, pod względem wzrostu jest mniejszy od serc larw kontrolnych, posiada jednakże cztery zasadnicze odcinki cewy sercowej, a w budowie beleczek mięsnych nie wykazuje żadnej różnicy. Mniejszy wzrost nie jest wywołany brakiem mechanicznego wpływu krwi, tylko pewnych we krwi znajdujących się czynników, które pobudzają do wzrostu zawiązek serca. Zewnętrzny kształt serca wszczepionego, mimo prawidłowego zróżnicowania się na poszczególne odcinki, jest atypowy. Serce wszczepione wiedzie niejako żywot pasorzytniczy w ustroju gospodarza, wzrastając z szybkością guza, dochodzi w równym czasie do wielkości większej niż serce gospodarza, a przyczyna tego stanu tkwi najprawdopodobniej w braku pewnych hamujących wzrost czynników, występujących we krwi w prawidłowych warunkach.

Jakkolwiek autor w pracy swojej potwierdza spostrzeżenia innych badaczy i dorzuca wiele ciekawych szczegółów z dziedziny mechaniki rozwojowej układu naczyniowego — poprzestaje tylko na stwierdzeniu faktów bez podania odpowiedniego ich wytłumaczenia.

Marciniak (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

The Lancet.

June 13. Nr. XXIV. Vol. I. 1925.

Andrew J. M o r l a n d. **Coagulen (Ciba) przeciw krwiopluciu.** Dopłucne zastrzyknięcie w przypadku krwawienia z płuc. Po bezskutecznem stosowaniu morfiny, worka lodowego, sporyszu, przy pierwszym krwotoku, gdy po 6-ciu godzinach nastąpił drugi, nad ranem, — (przeszło 450 gr.), a wreszcie trzeci w 4 godzin jeszcze silniejszy a podskórne zastrzyknięcia 5 cm³ coagulenu (Ciba) zaledwie na kilka godzin wstrzymało krwotok, zaś w 4 godzin zjawił się znowu silny krwotok w ilości około 350 cm³ — wtedy wstrzyknął autor wprost, w drugim przestworzu międzyżebrowym na 5 ctm od brzegu mostka – w jamę płuca, (ponad którą przysłuchem stwierdził »bulgoczące« rzężenie), 5 cm³ coagulenu (Ciba). Wbiwszy igłę wgłąb około 1 5 cm wydobył natychmiast powietrze zmięszane z krwią — poczem dokonał zastrzyknięcia coagulenu. Z »dramatyczną szybkością« wstrzymane zostało krwawienie. Gdy mimoto w kilka godzin zjawiło się znowu krwawienie zastrzyknął autor w to samo miejsce 10 cm³. W ciągu 2 minut zwolna ustało krwawienie. Przy tych krwotokach utracił chory przeszło 2 litry krwi. Chory wyzdrowiał mimo jeszcze 2 drobnych krwotoków.

Coagulen (Ciba) otrzymuje się z krwi zwierzęcej; zawiera przeważnie lipoidy i trombokinazę. W chirurgji nieraz był coagulen stosowany. Autor odradza stosowania wstrzykiwań dożylnych¹).

Nr. XXVI. Vol. I.

E d w i n S t a n t o n F a u s t. **Pyridino β węglan dietyloamidowy jako analepticum.** Z wyjątkiem pochodnych ciał purynowych (kofeina, teobromina), strychniny, kamfory, poniekąd adrenaliny i pituitryny — a właściwie wyjąwszy pierwsze trzy grupy przetworów, inne rzadko kiedy w praktyce bywają stosowane. A i wartość kamfory nie jest jeszcze ustaloną (C u s h n y). Autor przedsięwziął szereg badań farmakologicznych na zwierzętach a następnie stosował nowy ten przetwór na ludziach. Przetwór ten jest bezwonnym płynem gęstawym skraplającym się przy ciepłocie 150° C., w wodzie rozpuszczalnym w każdym stosunku. Roczyn wodny jest bez smaku. rozpuszcza się również i w zwykłych organicznych płynach. Szybko zostaje wessany w żołądku, również podskórnie wstrzyknięty działa farmakologicznie podobnie jak kamfora lub kofeina. Przez rdzeń przedłużony działa na ośrodki naczynioruchowe i oddechowe a przez to równocześnie podniecająco na serce, podwyższając ciśnienie krwi i ruchy oddechowe, zwiększając objętość powietrza oddechowego. Przetwór wzmiankowany posiada tedy wszelkie warunki działania w przypadkach zapaści (Collaps), jako znakomity środek pomocniczy. W 9-ciu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, nadmiernej sinicy, miażdżycowych zmian mięśnia sercowego, zwyrodnień mięśnia, z niemiarowością znacznego stopnia, z tętnem ledwie wyczuwalnem — nastąpiła znaczna, czasem natychmiastowa poprawa stanu ogólnego po dożylnem wstrzyknięciu jednorazowem, czasem w ciągu dnia powtórzonem 1 ctm³ tego przetworu. W przypadku u konającego — po dożylnym wstrzyknięciu »odżyła czynność serca«¹).

Nr. VI. Vol. 1925.

Kund F a b e r. **Leczenie gruźlicy sanokryzyną. (Treatment of Phthisis with Sanocrysin).** Znakomity profesor klinicznej medycyny w Kopenhadze, F a b e r przedstawia w obszernej pracy wyniki uzyskane w leczeniu gruźlicy płuc, sanokryzyną. Omówiwszy drobiazgowo niebezpieczeństwa najnowszej tej metody, opisane już przez wynalazcę M o l l g a r d'a, zwłaszcza gdy stosuje się sanokryzynę w czasie istniejącego jeszcze odczynu gorączkowego po poprzedniem zastrzyknięciu, lub też, wstrzykiwując po raz pierwszy, gdy chory gorączkuje, dawki choćby nieco tylko większe (od minimalnych) — podaje sposoby uniknięcia tych niebezpieczeństw, przedewszystkiem groźnego wstrząsu, zapaści z sinicą, nadmiernych podwyżek ciepłoty, nudności, wymiotów i schorzenia nerek. jakkolwiek krótkotrwającego. Śródżylny zastrzyk surowicy (przeciwtoksycznej) stanowi najlepszą ochronę przeciw wstrząsowi. Najczęściej rozpoczynał od 1 2 cgr. n a k i l o wagi, wogóle jako pierwszą dawkę podaje 0.50 gr., zaś 1 gr. jako drugą dawkę, 2—3 dni później, jeżeli nie zjawia się odczyn a potem 1 gr. raz na tydzień. U gorączkujących można zacząć od połowy tej ilości i stopniowo zwiększyć dawkę do pełnej dawki 1 gr. dla kobiet zaś drobnych wystarczy 0.75 gr. W przypadkach z wysoką gorączką dobrze jest rozpocząć od 0.2 i powoli zwiększyć dawkę. Odczyn występuje rozmaicie szybko w ciągu paru godzin lub później w ciągu

---

¹) W przypadku *Thrombopenia essentialis* stosowałem Coagulen podskórnie okresowo z pomyślnym skutkiem. Chora wyzdrowiała. *Sprawozd.*

¹) W niektórych chirurgicznych przypadkach z kliniki w Heidelbergu, osiągnięto również przetworem tym pomyślne wyniki (Münch. Med. Woch, Nr. 14. 1925).

nawet dwu dni. Przebieg odczynowej ciepłoty jest dość cechujący, — trwa nieraz wśród wahań nawet dwa tygodnie, opadając litycznie. Wśród wahań osutka początkowo podobna do odrowej, przyjmuje później wejrzenie osutki płoniczej, i znika po kilku dniach bez śladu Powtarzając po kilku miesiącach wstrzykiwania sanokryzyny nie stwierdza się tak znacznych zwyżek ciepłoty, lecz co najwyżej kilkudniowe drobne wzniesienia. Podczas leczenia chorzy tracą zazwyczaj kilka kilogramów, (niekiedy 5 10 kg.) — na ciężarze ciała — później wszakże, po zakończeniu leczenia wracają szybko do zdrowia, wzrasta również i ciężar ciała. Niekiedy zjawiają się łuszczące zapalenia skóry – inne niż w początkach leczenia, ustępujące po miejscowem leczeniu. Podczas leczenia nigdy nie stwierdzono zaostrzenia się istotnego sprawy gruźliczej w płucach, jakkolwiek obfitszą staje się plwocina a rzężenia liczniejsze. Plwocina, początkowo zawierająca obficie laseczniki, już po kilku wstrzyknięciach wykazuje coraz mniej laseczników, w końcu brak ich zupełny i w plwocinach stale, kilkakrotnie badanych — nieraz nawet po paru miesiącach. Badania rentgenologiczne stwierdzają stanowczo korzystne anatomiczne zmiany, szczególnie w sprawach świeżych, o cechach wysiękowych, (»pneumonicznych«), — lecz także w postaciach wytwórczych, wyniki dobre są widoczne. Obrazy rentgenologiczne stwierdzają stateczną przemianę zmian chorobowych w typową »włóknistą postać«. To, co w dotychczasowem leczeniu zwyczajnem osiąga się po latach, uzyskano sanokryzyną szybko w kilku miesiącach w przypadkach stosownych *(»favourable cases«)*; szczególnie korzystnie działa sanokryzyna w przypadkach świeżych, z niezbyt rozległemi zmianami o cechach wysiękowych, »pneumonicznych«. Co do przypadków gruźlicy postępującej z gorączką stałą, autor ma mało doświadczenia, lecz niekiedy także w ciężkich przypadkach, jednak z nieznacznie podwyższoną ciepłotą uzyskał widoczną zmianę korzystną, gdy znów w innych nie udało mu się powstrzymać pogorszenia. Swoją drogą w przypadkach gruźlicy rozległej płuc uzyskano niekiedy te same dobre wyniki, jak w świeżych; laseczniki na długi okres znikły, jednak później zjawiły się na nowo, chociaż w zmniejszonej ilości. Autor przyznaje, że obserwacje na 42 chorych są niewystarczające. Ośmiu z nich uważać trzeba za wyleczonych. Jeżeli plwocina się zjawi, jest wolna od laseczników, rzężenia znikły; prześwietlenie stwierdza znaczne zmiany (szczegółowo). W 17-tu przypadkach innych nastąpiła przedmiotowa i podmiotowa znaczna poprawa. W trzeciej grupie 9 chorych, mimo 6-ciomiesięcznego leczenia, nie uzyskano poprawy, co najwyżej u niektórych stwierdzono skromny wynik. W 6-ciu przypadkach nie wstrzymano postępu choroby, u 2 chorych rozwinęło się zapalenie opłucnej, u jednego ropne zapalenie ucha środkowego. Wnioski autora opiewają:

1. Sanokryzyna posiada swoiste lecznicze działanie w gruźlicy płuc,

2. Zdaje się, że sanokryzyna nie posiada tego działania w gruźlicy pozapiersiowej, w gruźlicy chirurgicznej, w gruźliczem zapaleniu opon, i t. d.,

3 Bardzo jest skuteczna w świeżej gruźlicy płuc, trwającej mniej niż rok.

4. W przypadkach starszych wynik jest niepewny.

5. Trudne jest stosowanie sanokryzyny w przypadkach z gorączką, niektóre wyniki dobre dadzą się jednak uzyskać w przypadkach starych, bezgorączkowych, włóknistej gruźlicy. Sanokryzyna nie nadaje się do leczenia ostrego gruźliczego zapalenia płuc płatowego.

6. W przypadkach zwyczajnych leczenie trwa 3—4 miesięcy.

7. W ogólności można uniknąć niebezpiecznych skutków ubocznych, jeżeli postępuje się należycie i ostrożnie.

8. Surowica antytoksyczna posiada działanie lecznicze w ostrym wstrząsie. Skuteczność w zapobieżeniu białkomoczu nie jest jasna i dalsze badania są konieczne.

Pisek (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy Nr. 8. St. Ciechanowski: Powszechne wychowanie fizyczne, jako podstawa przygotowania ludności do wojny. — W. Horodyński, L. Karwacki, B. Szarecki i B. Zakliński: Powikłania grożące rannemu na polu walki.— W. Popławski: Zadania służby farmaceutycznej w Wojsku Polskiem. — Gorecki Zdzisław: Parę słów o witaminach.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna T. V. Zesz. 1 - 2. B. Gułowski: Wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem histaminy, wprowadzonej wprost do krwiobiegu. — F. Przesmycki: Z badań nad czerwonką. — W. Sterling: Badania doświadczalne i kliniczne nad t. zw. »Pismem lustrowem«. — S. Koeppe: Odczyn wiązania dopełniacza z surowicami posiadającemi nieswoiste własności antykompletarne. — L. Hirszfeld i W. Halberówna: Badania nad antygenem Forssmana. — A. Ciągliński: Statystyka lekarska. — J. Laskowski: Raki smołowe.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. III. Zesz. I. J. Skłodowski: Hemoglobinurja w otruciu kwasem octowym. — E. Bratkowski: W sprawie przemiany azotu i wody w żółtaczce. — Z. Gorecki i Z. Grodzki: »Liczba jodowa« w surowicy krwi a odczyn Botelho. — I. Kornberg: Zachowanie się kwasu moczowego we krwi w różnych stanach chorobowych. — A. Płotkowiakówna: O wykryciu złota w wydalinach ludzkich i w narządach króliczych po wstrzykiwaniach sanokryzyny. — J. Raczyński: Nowy sposób barwienia rozmazów krwi i pasorzytów zimnicy. — Fr. Łabendziński: O nowym objawie chwiejności koloidowej krwi i jego znaczeniu rozpoznawczem. — J. Itelson: Przemiana wodna w związku z zaburzeniami koloidalnemi ustroju. — Z. Kuncewicz: Wartość kliniczna badania krwi metody Arneth-Schillinga. — H. Margolis: O typach wydzielania żołądkowego. St. Keilson i H. Kryszek: Spostrzeżenia nad zachowaniem się serca w przebiegu suchot płucnych. — Gw. Pokorny: W sprawie sposobu powstawania zaburzeń trawiennych kiszkowych fermentacyjnych. — H. Sochański: Z patogenezy chorób nerkowych w świetle niektórych badań klinicznych.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. (Monachium, J. F. Lehmann). 1925. Zesz. 10. (Cena 2 M. n.).

Treść: 1) Prof. Sachs: Problemy serodiagnostyki. — 2) Morgan: Przegląd prac o chorobach zakaźnych.

C) Piśmiennictwo francuskie.

A. Besredka. Immunisation locale. Pansements specifiques. Masson. Paris 1925. — L. Cheinisse: Les médicaments cardiaques. Masson. Paris 1925. P. Bellocq: Anatomie medico-chirurgicale. Anatomie des formes exterieures et anatomie des regions. Masson. Paris 1925. — Leronx-Robert: La haute frequence en oto-rhino-laryngologie. Masson. Paris 1925. P. Bellocq: Etude anatomique des artères de peau chez l'homme. Masson. Paris 1925. — M. Nicloux: L'oxyde de carbone et l'intoxication oxycarbonique. Etude chimico-biologique. Masson. Paris 1925.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 15. września 1925 r.

Przewodniczy: prezes prof. Sawicki.

1. Kol. Puszet wygłosił rzecz p. t. **„Lamblia intestinalis w przebiegu skazy krwotocznej"**. (przeznaczone do druku).

W dyskusji: Kol. Mutermilch St. podnosi, że w ostatnich czasach, gdy na szeroką skalę zaczęto stosować zgłębnikowanie dwunastnicze, przekonano się, że ogoniastek jelitowy znajduje się dość często u osobników zupełnie zdrowych; znajdywano je również w przypadkach cierpień żołąkowo-kiszkowych i w stanach zapalnych dróg żółciowych. W tym ostatnim przypadku w zawartości pęcherza żółciowego znajdywano niekiedy prócz ogoniastka, drobnoustroje chorobotwórcze. Zdaje się, że ogoniastek może w pewnych warunkach być przyczyną zaburzeń w kiszkach i drogach żółciowych. Co się tyczy przypadku mówcy, zachodzi w nim niedokrwistość złośliwa o typie aplastycznym, krwiotoczność zaś uważać należy za jej objaw, zależy ona między innemi od trombopenji — to też nienależy używać w przypadku tym nazwy choroby Werlhofa, która stanowi samoistną jednostkę chorobową. Obecność lamblji w przypadku tym oczywiście mogła się w pewnym stopniu przyczynić do pogorszenia stanu chorobowego.

Kol. Michalski zapytuje o eozynofilję.

Kol. Puszet w odpowiedzi podnosi, że w daleko posuniętym okresie choroby, trudno rozstrzygnąć, czy była pierwotna niedokrwistość aplastyczna, czy też pierwotna skaza krwiotocz-

na. Na pytanie co do zachowania się barwików żółciowych odpowiada, że w surowicy barwiki żółci były w prawidłowej ilości, urobilinogen w moczu był niestale. Co się tyczy eozynofilji, to większość badaczów nie znalazła zwiększenia się ilości eozynofilów w przypadkach zakażenia wiciowcami.

2. Kol. Jochweds wygłosił rzecz p. t.: „O **przewlekłem przyściennem zapaleniu wsierdzia bez zajęcia zastawek**" (przeznaczone do druku).

W dyskusji: Kol. Michalski podnosi, że zespół objawów, które mówca podaje, jako charakterystyczny dla danego cierpienia wsierdzia, jest zsumowaniem objawów dwóch dosyć powszednich schorzeń, a mianowicie: objawów przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego i objawów zablokowania częściowego w przebiegu pęczka przedsionkowo-komorowego. Niesłusznie mówca omawiane 2 przypadki zalicza do kategorji zapaleń wsierdzia. Zarówno obraz kliniczny — brak wzmożonej ciepłoty — jak i anatomo-patologiczny — włóknisłe zmiany w okolicy pęczka przedsionkowo-komorowego — świadczą, że jestto nie sprawa zapalna, lecz sprawa zwyrodniająca. Jeśli więc mówca w słusznem dążeniu do uzgodnienia rozpoznania klinicznego z anatomopatologicznem — chce określić dane cierpienie, zamiast zwykle w klinice używanego rozpoznania czynnościowego „niedomogi mięśnia sercowego i bloku częściowego serca" — rozpoznaniem anatomicznem — winien nazwać je „endo-myodegeneratio fibrosa", a w żadnym razie nie *„endocarditis chronica"*, gdyż to nie odpowiada ani danym klinicznym, ani anatomo-patologicznym. Sprawy te były prawdopodobnie zejściem przebytych spraw zapalnych. Kol. Tokarski podkreśla, że obydwa przytoczone przypadki należy rozpoznać i nazwać jako zwyrodnienie mięśnia sercowego. Być może, że mówca miał na myśli, jakkolwiek o tem nie wspomniał, iż cierpienia mięśnia sercowego należy uważać nie jako pierwotne, wskutek tej czy innej sprawy zakaźnej lub z zatrucia pochodzącej, lecz jako wtórne, wskutek przejścia sprawy zapalnej z wsierdzia na mięsień sercowy, jak n. p. drobnokomórkowe nacieczenia kory mózgowej w cierpieniach opon mózgowych. Lecz jeżeli tak, należy tego dowieść. O zapaleniu wsierdzia nie można mówić bez badania krwi na obecność paciorkowców. Pod nazwą przewlekłego przyściennego zapalenia wsierdzia bez zajęcia zastawek należy pojmować te przypadki, w których po długiem trwaniu choroby zakończyła się śmiercią i badanie zwłok wykazało rzeczywiście przyścienne zapalenie, a nieuszkodzone zastawki, lecz historja choroby wspomina o trwałych choć krócej trwających i wyrównanych następnie szmerach nad aortą i szczególnie nad zastawką dwudzielną, wspomina n. p. o raptownym bólu w lewym boku, a sekcja wykazuje zator tętnicy śledzionowej. Wyobrazić sobie należy, że w tych przypadkach (rzadkich) zastawki utraciły, pozbyły się swych osiedli bakteryjnych i albo nie uległy schorzeniu, albo się wygoiły. Tak, jak martwa skóra pokryta przez pewien czas pleśnią, ulega lub nie ulega zniszczeniu. W medycynie nic trudniejszego do zrozumienia niema, jak mechanizm śmierci w przebiegu chorób zakaźnych.

Kol. Jochweds w odpowiedzi zaznacza, że omawiane cierpienie, jako przewlekłe i trwające lata całe przebiega bez podniesionej ciepłoty. Anatomo-patolog stwierdza w jednych przypadkach zmiany nekrobiotyczne, w innych przewlekłe zapalenie (rozwój tkanki łącznej, nacieki drobnokomórkowe). Stąd nazwa francuzka: „fibrose de l'endocarde". Zawsze jednak blizny zajmują całe wsierdzie oraz przedwsierdziowe odcinki mięśnia sercowego. Wolne tętno nie wyłącza trzepotania przedsionków zblokowanego. Mackenzie podaje krzywe z 28 uderzeniami na 1', przedsionek zaś wykazuje 280 uderzeń w tym czasie (10 fal *„a"* na każdą falę *„c")*; tu za trzepotaniem przemawiają, drobne wzniesienia na krzywej żylnej w ilości 4—5 na jedną falę *„c"*.

Wreszcie co do zarzutu, że przytoczone przypadki należą do grupy „myodegeneratio" względnie „myofibromatosis cordis", mówca uważa, że przewlekłe, przyścienne zapalenie wsierdzia jest jednostką chorobową, obejmującą właśnie te przypadki, w których sprawa zaczyna się od wsierdzia, przechodząc na podwsierdziowe warstwy mięśnia sercowego, oraz których w etjologji brak czynnika nerkowego, naczyniowego (zakrzepy, zawały) miażdżycowego i zwyrodnieniowego. (O tyle o ile ten ostatni działa na cały mięsień).

T. Byszewski sekretarz doroczny.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 6. maja 1925 r.

Przewodniczący: prof. Majewski. Obecnych 92.

Przewodniczący omawia przebieg Zjazdu lekarzy francuzko-polskich w Paryżu, poczem zawiadamia o organizacyjnem zebraniu koła krakowskiego miłośników historji medycyny w niedzielę 10. maja 1925. o godz. 11-ej w Coll. Moorum.

1. Kol. Stępowska wygłasza referat **O współczesnych poglądach na jąkanie.** S. pokazuje rodzaje jąkania i omawia sposoby leczenia. Przedstawia przypadek zaburzenia mowy u chorego z kiłą wrodzoną, u którego zaburzenia mowy są następstwem zajęczej wargi oraz rozszczepienia podniebienia miękkiego i twardego.

2. Kol. Chłopicki pokazuje 3 przypadki **dystrophia muscul. progress:**

a) mężczyzna 24 l. młodociana postać dystrophji Erbo z zanikami mięśni pasa barkowego (z wyjątkiem mięśni naramiennych i mięśni praw. ramienia) niemożnością podnoszenia rąk powyżej poziomu, z odstającemi łopatkami oraz lekkimi zanikami mięśni praw. uda;

b) przyp. dystrofji u rodzeństwa: starszy brat 13 l. obraz najwięcej zbliżony do postaci Erba — objawy ogólnego niedorozwoju, wzrost niski, budowa słaba, rysy twarzy drobne, hypogenitalizm zaniki mięśni pasa barkowego, ramion, ud, oraz w mniejszym stopniu podudzi; obok tego przykurczenia w zgięciu podeszwowem, w stawach skokowych; chodzić nie może posuwa się na czworakach. Brat młodszy 9 lat również z objawami niedorozwoju ogólnego — spodziectwo, wnętorstwo — postać pseudo-hypertroficzna (Duchenne) mięśnie ramion wiotkie, może lekko zanikie, mięśnie trójgłowe podudzi (triceps surae) przerosłe duże, chodzi kaczkowato, podnosi się z pozycji leżącej z trudem, opierając się w sposób charakterystyczny ręką o kolano.

3. Kol. Medyński przedstawia dwa przypadki **„Syringobulbji"** z połowicznym zanikiem języka oraz zespołem objawów Hornerowskich, oraz jeden przypadek krwisteku do kanału rdzeniowego pochodzenia urazowego. Nawiązując do pokazów omawia mówca szczegółowo obraz kliniczny tych zaburzeń, djagnostykę różniczkową, oraz leczenie. Zwraca szczególną uwagę na leczenie syringomyelji promieniami Roentgena, rokując im dobrą przyszłość.

W dyskusji kol. Artwiński wspomina o dobrem działaniu promieni Roentgena w przypadkach wczesnych syringomyelji. Leczenie to należy stosować przedewszystkiem tam, gdzie znane jest dokładne umiejscowienie sprawy. Kol. Osiński widywał dobre wyniki przy leczeniu promieniami Rtg. Kol. Pilz zwraca uwagę, na znaczenie znajomości granic jam w rdzeniu, albowiem tylko naświetlanie granic ma znaczenie lecznicze.

4. Kol. Pilz przedstawia chorego, u którego wykonano **przed pięciu laty trepanację czaszki z powodu guza serowatego grzŷliczego opon.** U chorego tego nastąpiła znaczna poprawa ataków padaczkowych nie miewa.

5. Kol. Spira jun. przedstawia chorego z oddziału otolaryngol. szpit. izraelickiego. Chory cierpiał na przewlekłe ropienie ucha środkowego lewego, perlak, zajęcie kości sutkowej. Pozatem chory był głuchy odczyn ciepłny był zniesiony — odczyny obrotowe przedstawiały zjawisko t. zw. kompenzacji. Opierając się na istnieniu tego zjawiska wykonano zwykłą operację doszczętną, a nie operację błędnikową, która na ogół jest wskazaną w przypadkach zniszczenia błędnika. Mowca omawia następnie zjawisko kompenzacji — wyrównania i demonstruje je u chorego.

6. Kol. Schwarzbart przedstawia chorego u którego rozpoznano **śródbłoniaka mięsakowatego.** Przypadek ten będzie leczony Roentgenem.

7. Kol. Gawroński przedstawia chorą z **rakiem szyjki macicy** z przerzutami w pochwie.

8. Kol. Wachtel przedstawia przypadek **wrodzonego rozczynu kręgosłupa piersiowego.**

9. Kol. Frischer z oddziału chirurgicznego szpitala okręg. V., pokazuje rzadki przypadek **potworniaka** o utkaniu mięsakowatem, wychodzący u noworodka płci żeńskiej z okolicy kości krzyżowej. Guz był wielkości główki dziecięcej barwy czerwonej i sinej w różnych odcieniach z dużem owrzodzeniem na szczycie, trudno ruchomy na szerokiej podstawie, sprężysty bez tętnienia, chełbotania i ruchów robaczkowych. W trzecim dniu życia wykonano u dziecka usunięcie guza, który był bardzo ściśle złączony z dolnym odcinkiem odbytnicy, a górą dochodził do otrzewnej. Wyścielał dno miednicy małej, którą musiano otworzyć, chcąc guz w całości usunąć. Operację wykonano w uśpieniu chloroformowem. W leczeniu następowej rany operacyjnej powstał odbyt sztuczny w dolnym odcinku blizny pooperacyjnej jako wynik końcowy pierwszego zabiegu. Przy doskonałej ogólnej kondycji fizycznej dziecka wykonano w pięć miesięcy po pierwszej operacji, drugi zabieg również w nark. chlorof. polegający na wycięciu starej blizny i uwolniwszy z niej dolny odcinek odbytnicy wszczepiono go z powrotem do otworu odbytowego. Rana operacyjna zagoiła się gładko, wynikiem zaś końcowym obu zabiegów jest przywrócenie normalnych stosunków u dziecka, które liczy dzisiaj dziewięć miesięcy i rozwija się doskonale. Jest to niesłychaną rzadkością w tego rodzaju przypadkach, gdyż jak z obfitej literatury traktującej te przypadki wynika, kończą się one zwykle zejściem śmiertelnem z powodu zabiegu operac. lub z powodu bardzo szybko następujących przerzutów w narządach innych.

Posiedzenie naukowe w dniu 20. maja 1925 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 69.

Przewodniczący a) zawiadamia o wnioskach Zarządu Krak. Tow. Lek. w sprawie zaprowadzenia w Towarzystwie stałej czytelni. Na koszta z tem związane proponuje Zarząd opodatkowanie się kwotą 1 zł miesięcznie.

b) Apeluje do Członków o dary dla czytelni czasopism i książek z lat poprzednich.

c) Zawiadamia, że można już obecnie rozpocząć budowę nowego piętra w gmachu Tow. i przez to rozszerzyć wydatnie lokal Tow. i kilka nowych ubikacyj.

W dyskusji kol. Boczar uważa, że kwota 1 zł miesięcznie jest za wysoka dla ogółu członków Towarzystwa. Radzi sprawę odłożyć na później, gdy będą już nowe ubikacje na pomieszczenie bibljoteki i czytelni.

Kol. Spira: Bibljoteka nie ma roczników, czasopism od r. 1914. Trzeba to uzupełnić. Można to będzie przeprowadzić jedynie wówczas, gdy wkładki już obecnie zaczną wpływać. Zwraca uwagę na korzyść darowywania przez kolegów nawet poszczególnych zeszytów czasopism. Kol. Lenartowicz: Sprawy nie można odkładać. Wkładki trzeba płacić już obecnie, jeżeli wogóle ma być mowa o czytelni. Wkładka 1 zł miesięcznie nie jest dużą — umożliwia ona wzamian Kolegom nieprenumerowania czasopism, a więc pewnego rodzaju oszczędność. Kol. Boczar stawia wniosek o przesunięcie uchwały w sprawie bibljoteki na jedno z późniejszych posiedzeń i zawiadomienie uprzednie ogółu Kolegów, że sprawa ta będzie na porządku dziennym.

Kol. Surzycki: Sprawa przesunięcia uchwały na późniejsze posiedzenie nie przesądzi wyniku głosowania. Uważa wkładkę za niewielką — natomiast sprawę czytelni za bardzo ważną. — Proponuje aby wniosek Zarządu uchwalić na dzisiejszem posiedzeniu. Kol. prof. Majewski: Uzupełnienie roczników czasopism jest niesłychanie ważne nietylko dla pracujących naukowo — ułatwia w znacznej mierze szukanie źródeł. Za wnioskiem kol. Boczara głosował jedynie wnioskodawca. Wniosek Zarządu przyjęty został jednogłośnie.

Kol. Wachtel proponuje, aby można było Czytelni Towarzystwa oddawać do dyspozycji roczniki czasopism z zatrzymaniem prawa własności.

1. Kol. Dyboski wygłasza odczyt p. t.: **Leczenie światłem Finsena w Danji.** (Rzecz drukowana w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji: kol. Lenartowicz: U nas walki z toczniem nie prowadzi się racjonalnie. To co my robimy u nas w walce z toczniem, jest poprostu zbrodnią wobec zdobyczy na Zachodzie na tym polu. Posiadamy w kraju (Warszawa) jeden instytut Finsena. — Pozatem kliniki i szpitale pod względem walki z toczniem wyposażone są wprost śmiesznie — a wyniki tam uzyskiwane są minimalne. Chorych lupusowych trzyma się na klinice głównie w celach demonstracyjnych dla uczniów. Leczenia się właściwie tam nie prowadzi, bo prowadzić go nie można. Chorzy się tułają od szpitala do szpitala. Społeczeństwo, lekarze, dermatolodzy — powinni się zajmować gorąco sprawą stworzenia stacji Finsenowskich — dla leczenia tocznia. Kol. Wachtel: Ostatnio rad okazał się bardzo skuteczny w walce z toczniem i to zarówno w formie terapji jak i w formie — terapji, której szczegółową metodykę opracowuje obecnie Zakład leczenia radem w Krakowie. Kol. Surzycki pyta się, jakie są koszta lampy Finsena i ilu chorych przeciętnie może ona leczyć. Kol. Dyboski: Lampa Finsena kosztuje około 7.000 zł. Dosyć drogie są również kompressory. Koszta obsługi są wysokie. Kol. Spira: Lampa Finsena daje bardzo dobre wyniki w gruźlicy krtani. Dosyć dobre wyniki w lupus pharyngis uzyskuje się również leczeniem Roentgena.

Sekretarz *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XIV. Posiedzenie naukowe w dniu 1 maja 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski, obecnych 84 członków.

1. Kol. Gruca przedstawia: a) 3-letnią dziewczynkę **z obustronną ręką koszlawą** (pokazywaną na posiedzeniu Towarzystwa 6. marca br.) po wykonaniu po jednej stronie operacji sposobem Bardenheuera dwuczasowo:

11. III. wykonano osteotomję kości łokciowej na szczycie wygięcia, rękę wyprostowano możliwie silnie (abdukcja ułnarna) i ustalono w opatrunku gipsowym. Po zrośnięciu się w nowem położeniu przed tygodniem rozszczepiono obwodowy koniec kości łokciowej i w powstałe w ten sposób widełki wszczepiono nadgarstek, ustalając go w tej pozycji dwu szwami strunowemi. (Op. Prof. Schramm). Opatrunek szynowy. Obecnie ręka tworzy przedłużenie linji przedramienia. Zgięcie ku stronie promieniowej zniesione zupełnie. Ruchy palców czynne wydatniejsze niż przed zabiegiem.

b) 17-letnią chorą, u której wykonano plastyczne uruchomienie stawu łokciowego. Przed rokiem nagle wystąpiły bole i obrzęk przedramienia prawego i wysoka ciepłota. Chora poddała się operacji w jednym z powiatowych szpitali.

Stan przed operacją: Przedramię prawe ustawione wobec ramienia pod kątem ok. 13 stopni. Ruchy czynne i bierne w stawie łokciowym zniesione zupełnie. Zarysy stawu zgrubiałe i zatarte. Ręka przegięta ku stronie promieniowej i ustawiona w pozycji ręki koszlawej pod kątem około 135 st. Mięśnie przedramienia w bardzo znacznym stopniu zanikłe. Po stronie grzbietowej przedramienia cztery zaciągnięte blizny, dwie nad przyśrodkowym końcem przedramienia, dwie nad obwodowym. Jedna bardzo długa blizna po stronie dłoniowej. Ruchomość w stawach nadgarstka i palców znacznie ograniczona. Roentgenologicznie: zupełny kostny zrost kości tworzących staw łokciowy. Zgrubienie przyśrodkowej połowy kości promieniowej, ubytek w obwodowej. Rp. *Ankylosis ossea cubiti dext. Manus vara post osteomyelit.*

29. II. przedłutowano zrost w miejscu dawnego stawu i wymodelowano nowe powierzchnie stawowe, na kości ramieniowej wypukłą, na kości łokciowej wklesłą. Powierzchnię wklęsłą pokryto wolno przeszczepionym płatem powięzi szerokiej uda. Szew na głucho. (Op. Prof. Schramm). Opatrunek szynowy pod kątem ostrym. Po 3 dniach zmiana ustawienia: zgięcie pod kątem prostym. Z powodu objawów zapalenia wstrzyknięto szczepionkę Delbeta. Od 3. III. stan bezgorączkowy, od 5. III. ruchy.

Stan 1. V.: Rany operacyjne zgojone. Wyprostowanie czynne do kąta ok. 140 st., zgięcie do kąta ok. 70 st., niebolesne i zupełnie wolne. Bierne o ok. 20 st. rozleglejsze, nieco bolesne. Siła motoryczna ręki bardzo znaczna i stale wzrasta. Chora pozostaje jeszcze nadal w leczeniu ćwiczeniami i masażem. Wyprostowanie ręki i wyrównanie ubytku w kości promieniowej będzie wykonane później.

c) 22 letnią chorą, u której wykonano plastykę stawu kolanowego. U chorej przed półtora rokiem zjawiły się bole połączone z obrzękiem i zaczerwienieniem po wewnętrznej stronie kolana. Po pewnym czasie powstała przetoka i po kilku tygodniach stan polepszył się, pozostała jednak niemożność zginania kolana i bole przy obciążeniu. Zdjęcie Roentgenowskie wykazywało kostny zrost w obrębie kłykci przyśrodkowych.

U chorej wykonano przed 6-ciu tygodniami plastykę: po przecięciu zrostu kostnego wymodelowano powierzchnie stawowe, na kości udowej wypukłą, na kości piszczelowej wklęsłą. Ostatnią pokryto wolnym płatem powięzi szerokiej uda. (Op. Prof. Schramm).

Przebieg pooperacyjny powikłany był częściowem rozejściem się rany skórnej.

Obecnie wyprostowanie możliwe do linji prostej, zginanie w granicach ok. 30 st. Obciążenie niebolesne.

2. Kol. Barącz przedstawia przypadek **ropowicy drzewiastej szyji** *(Phlegmon ligneux du cou Reclus)*, przypominający bardzo promienicę. U 37-letniego rolnika wystąpił przed 5 tygodniami twardy, wzrastający obrzęk po lewej stronie szyji, obecnie deskowato twardy, sinoczerwony zabarwiony naciek, wielkości jaja gęsiego. W środku nacieku znajdują się ropnie faliste, poprzegradzane poprzecznemi bruzdami. W wypróżnionej ropie grzybka promienicy nie znaleziono, ropa okazała się jałową.

Choroba ta występuje zwykle u chorych kachektycznych, a wywołują ją gronkowce, paciorkowce lub pneumokoki o małej jadowitości. Czasami ropa bywa jałową. Leczenie polega na nacięciu ropni, stosowaniu okładów z płynu Burowa i domięśniowe wstrzykiwania szczepionki Delbet'a.

3. Kol. Węgrzynowski wygłasza **„Uwagi o sztucznej odmie piersiowej".** Przytoczywszy historyczny rozwój tego sposobu leczenia, omawia szerzej prace polskie, odnoszące się do tego tematu. We Lwowie poraz pierwszy zakładano odmę w klinice lekarskiej już przed rokiem 1910. Sprawa aparatów i techniki upraszcza się w ciągu lat; obecnie mówca jest za stosowaniem powietrza jako gazu uciskającego i nader prostego aparatu, składającego się z pompki, manometru wodnego i płuczki szklannej (pokaz aparatu własnej modyfikacji). Wskazania do założenia widzi W., również za Brauerem i w przypadkach gruźlicy obustronnej, w których po jednej stronie gruźlica nie jest czynną. Celem stwierdzenia tego stanu zakłada zawsze początkowo odmę zwabiającą. Komplikacji na przeszło 1200 odm miał jedną poważniejszą: embolję powietrzną lewej półkuli mózgu z porażeniem połowiczem (objawy te w kilka godzin ustąpiły). Wyniki leczenia 76 przypadków gruźlicy dały 55,7% wyleczenia względnie znacznej poprawy, reszta bez zmian lub też nawet pogorszenie 21—33%. Kończąc wykład W. stwierdza, że żaden sposób leczenia gruźlicy nie daje w odpowiednich przypadkach takiego odsetku dodatnich wyników jak odma sztuczna (całość ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Pisek: gdy przed laty Forlanini był zdania, że tylko jednostronna gruźlica płuc nadaje się do stosowania sztucznej odmy piersiowej, że powikłania schorzeniami krtani, nerek lub jelit stanowią przeciwwskazanie — mówca na podstawie własnego szpitalnego materjału z okresu dziesięcioletniego obliczył, że zaledwie kilka odsetek chorych przedstawia korzystne widoki, że zatem przyszłość zabiegu nie rokowała rozpowszechnienia. Dopiero z rozszerzeniem wskazań z biegiem lat dochodzimy do tego, że zakres możliwości stosowania odmy jest dzisiaj znacznie większy. Nie da się zaprzeczyć, że i wyniki są korzystniejsze. I dziś jednak należy wykluczyć przypadki ostro przebiegające i powikłane schorzeniem gruźliczem narządów innych. Przyrząd mówcy ułatwi rozleglejsze stosowanie odmy sztucznej.

Kol. Gluziński Lesław jako przykład długotrwałego wyleczenia odmą przytacza 3 przypadki własnej obserwacji; wszystkie przed założeniem odmy wysoko gorączkowały z szybkim rozwojem procesu gruźliczego. Pierwszy przypadek dotyczy młodego mężczyzny z krwotokami i rozpadową gruźlicą płuca prawego; dziś pracuje i zarabia jako gospodarz rolny; odma od 1912 r. Drugi: nauczycielka, odma założona w końcu 1913 r., do dziś pracuje w szkole; trzeci: dziewczę 15-letnie z krwotokami i szybko rozwijającemi się ogniskami po stronie lewej, odma w 1915 r., obecnie zdrowa, wyszła zamąż, utrzymuje sklep w Zakopanem. Nie są przeciw wskazaniu formy mające tendencję do

gojenia, zmiany w krtani, również i nieznaczne zmiany w drugiem płucu, które przy obserwacji nie okazują tendencji do rozwoju i nie dają żadnej reakcji podczas stosowania odmy. Odma musi być konsekwentnie przeprowadzoną z odpowiednim uciskiem i stosowaną przez długi czas. W pierwszym przypadku była stosowana przez 2½ lat, w drugim i trzecim przez 2 lata.

Kol. Schramm zwraca uwagę na zrosty opłucnowe, które często uniemożliwiają zrobienie odmy. Niektórzy radzą przeciąć zrosty, jednak to nie zawsze się udaje nawet z pomocą thoracoscopu. W tych przypadkach thoracoplastyka może doprowadzić do dobrego rezultatu.

4. Kol. Fels wygłasza **„O długowieczności i środkach przedłużania życia“.** Przytacza przykłady długowieczności. Życie człowieka można dziś oznaczyć na 75 lat, wśród korzystnych warunków wewnętrznych i zewnętrznych może ono trwać 90 lat i więcej. Tak wiek przeciętny, jak i długowieczność kobiet jest większa niż mężczyzn. Cała tajemnica przedłużania życia polega na tem, ażeby go nie skracać. Ludzie długowieczni żyli przeważnie umiarkowanie, byli pracowici, mieli pogodny nastrój i byli wesołego usposobienia. Pierwszym warunkiem długiego życia jest odziedziczona dobra konstytucja.

Czterdziesty rok życia jest tym rokiem przełomowym dla życia ludzkiego, kiedy człowiek powinien uregulować swe życie, jeżeli chce dosięgnąć sędziwego wieku. Środkami dla zachowania zdrowia i przedłużania życia są regularne ruchy, spacery i ćwiczenia cielesne, czyste powietrze i ćwiczenia oddechowe, umiarkowanie w jedzeniu i piciu i wszystkich użyciach cielesnych, kąpiele, mierny sen, uregulowana praca i zajęcie umysłowe, zwalczanie namiętności, hartowanie silnej woli i dążenie do wszystkiego co piękne i dobre. Życie tego rodzaju nie jest ograniczeniem lub ciężarem, lecz życiem pożytecznem, szczęśliwem i długiem, zakończone późną, bezbolesną śmiercią.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Wybory do Izby Lekarskiej.

Dnia 29. listopada odbyły się wybory do Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Głosy skupiły się na dwóch listach, kompromisowej, ustalonej przez dziewiętnaście organizacyj lekarskich, i narodowej. Listy obejmowały nazwiska 56 kandydatów na członków Rady i 28 zastępców. Lista kompromisowa zalecona została przez szereg najpoważniejszych organizacyj lekarskich, że wymienimy: Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Związek Lek. Państwa Polskiego obwód Warszawski, Tow. Lekarzy kresowych, Związek Lekarzy Rządowych, Koło Lek. im. Marcinkowskiego, Zrzeszenie Lek. kolejowych, Zrzesz. Lek. Rzeczp. Polskiej, Pol. Tow. Medyc. Społecznej, Zrzeszenie Lekarek, Związek Lek. Asyst. Uniwersytetu. Związek Lekarzy Wojskowych. Związek Lekarzy Państwa Polskiego obwód białostocki, Związek Lekarzy P. P. — Grodno, Związek Lekarzy P. P. Łomża, Zrzesz. Lek. Pol. w Grodnie.

Na ogólną liczbę 1995 osób uprawnionych do głosowania wzięło udział w wyborach z górą ¾. Przeszła w całości lista kompromisowa.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Na Delegata Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, reprezentującego Izbę w Sejmowej Komisji Zdrowia publicznego, został wybrany dr. Jerzy Bujalski, na zastępcę prof. dr. Bronisław Sawicki. Jak wiadomo, w Sejmowej Komisji zdrowia publicznego od dłuższego już czasu rozpatrywany jest projekt ustawy o Zakładach leczniczych.

Związek lekarzy P. P.

Obwód Łucki.

Niniejszem zawiadamiamy Ogół Kolegów, że pomimo ostrzeżenia, umieszczonego w pismach lekarskich o nieobejmowaniu posad w Powiatowej Kasie Chorych w Łucku bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Obwodu Łuckiego, znalazły się pojedyncze jednostki, które posady w Powiatowej Kasie Chorych objęły.

Nazwiska tych lekarzy są: Dr. Kazimierz Zawadzki, Dr. Andrzej Sołomko i Dr. Miron Niżankowski.

Dr. W. Lipiński, sekretarz. *Dr. F. Miklaszewski,* prezes.

Z powodu repliki redaktora i wydawcy „Lekarza Kasy Chorych“, umieszczonej w Nr. 3. tego pisma, przeciw ocenie zeszytu pierwszego tego pisma w Nr. 43. „Polskiej Gazety lekarskiej“.

Zbyt wiele mam zaufania do krytycyzmu czytelników pism lekarskich polskich i szacunku dla własnej osoby, bym się wdawał w powtarzanie motywów mojej nieprzechylnej oceny, drukowanej w Nr. 43 P. G. L., czy też, bronił przed zarzutami, czynionemi w tej replice. Ponieważ jednak za mojej pamięci nie było w piśmiennictwie lekarskiem polskiem takiego sposobu przeprowadzania dowodu prawdy (?), jakim się posługuje autor repliki, muszę na przykładach wyjaśnić, na czem polega metoda wolty polemicznej. Oto przykłady klasyczne.

W mojej krytyce wyśmiewam fakt przytoczony w „L. K. Ch.“ (a zaczerpnięty, zapewne, z obrazkowych reklam amerykańskich), jako — że towarzystwo ubezpieczeniowe (sic!) zmniejszyło w pewnem mieście liczbę chorych na gruźlicę z 50% do 17% w ciągu lat czterech (sic!!). — Moja niewiara wywołuje pełen oburzenia okrzyk redaktora i wydawcy L. K. Ch. i przytoczenie faktu (z cytatą źródła — a jakże?; redaktorzy są ściśli), że Stany Zjednoczone zmniejszyły w trójnasób śmiertelność od gruźlicy w ciągu lat 33. A więc: tam — chorzy, tu — zgony; tam towarzystwo ubezpieczeniowe, tu — państwo; tam — 4 lata, tu — 33. Ale to nieżenuje tryumfującego nad mojem nieuctwem redaktora i wydawcy „L. K. Ch.“. Tu właśnie jest przykład polemicznej wolty.

W mojej krytyce ośmieszam pogląd, jakoby kasy miały przedewszystkiem dbać: o higjenę mieszkań, pożywienia, o szerzenie sportu, urządzanie parków, ogrodów i t. p. Replika omija to podkreślenie i chełpi się , że „i my poruszaliśmy tę sprawę“ — zupełnie jak zagranica. Znów wolta. Zręczne wymienienie zagadnienia.

W krytyce pierwszego zeszytu mówię dosłownie: „szwankuje też przytaczana kazuistyka“. W replice redaktor i wydawca „L. K. Ch.“ mówi dosłownie: „dalej oburza się strasznie krytyk“. To jest znów wolta, przypisywanie mi „oburzenia strasznego“ z powodu fałszywej cyfry, kiedy ja bardzo spokojnie napisałem o brakach w kazuistyce. Albo — w tym samym ustępie: ja mówię, że wymysłem jest fakt jeden, a redaktor i wydawca — jako dowód prawdy — przytacza fakt inny. No, i wyprowadza wniosek ostateczny, że bronię polityki zarządów kasowych.

Znów wolta: kto odróżnia zarzuty fałszywe od prawdziwych, kto w obronie sprawy lekarskiej brzydzi się faryzeuszowskiem kłamstwem („do czego byśmy doszli, gdybyśmy we własnym obozie zwalczać się wzajemnie mieli“) — ten jest nieprzyjacielem stanu lekarskiego. A kto krytykuje nieudolne poczynania redaktora i wydawcy „L. K. Ch.“ — jest warchołem.

W ocenie mówię, że „L. K. Ch.“ jest organem własnym redaktora; że ten wyraża nadzieję nawiązania żywego kontaktu ze wszystkiemi organizacjami lekarskiemi Kasy Chorych. W replice redaktor i wydawca dzieli się z nami radosną wiadomością, że zeszyty 2 i 3 mieścić będą: „artykuły innych kolegów. Kontakt z organizacjami lekarskiemi został więc już nawiązany“. To słówko: „więc“ — to znów klasyczna wolta!

Zarzuciłem zeszytowi pierwszemu, że uwzględnia jedynie Zrzeszenia Lekarzy Kasowych, przemilczając o Związku lekarzy P. P. W replice redaktor i wydawca zrzeka się tej swej miłości wyłącznej. A jednak.... pisze, upatrując w tem dowód tryumfu swojej idei, że już po ukazaniu się mojej krytyki lekarze łódzcy chcą utworzyć Zrzeszenie lekarzy kasowych. Otóż prawdą jest, że grono członków Związku Lekarzy P. P. okręgu łódzkiego wniosło projekt wskrzeszenia sekcji kasowej. Członkowie Związku! (Projekt upadł).

Znów wolta: członkowie Związku ani chcieli, ani mogli stworzyć Zrzeszenia lekarzy kasy chorych, organizacji, która dotąd współzawodniczyła ze Związkiem Lekarzy P. P.

Zdaje mi się, że szanowni koledzy-czytelnicy poznali już dostatecznie metodę oświetlania niemiłych mu faktów przez redaktora i wydawcę „L. K. Ch.“. Nie czerpię więc dalszych przykładów z tej repliki, pisanej stylem mało przypominającym redaktorów, a więcej wydawców.

Już nie wolty, ale jakiś czad wielkości z powodu wygrania procesu z Kasą Chorych i zdobycia godności redaktora i wydawcy dyktują śmieszne wywody o jakichś sprawach „zakulisowych“, dyktują zapytania „cui bono“. (Lekarzem Kasy Chorych nie byłem i nie jestem).

Ani jednego zarzutu przeciw „Lekarzowi Kasy Chorych“ nie cofam. A do wszystkiego, com napisał i podpisał, dodaję: autor repliki podanej w Nr. 3. „Lekarza Kasy Chorych“ nie ma chyba prawa do pasowania się na obrońcę godności stanu lekarskiego.

Seweryn Sterling.

Od Redakcji: Redaktor i Wydawca „Lekarza Kasy Chorych“ nadesłał do P. G. L. odpowiedź na ocenę Dra Sterlinga, nieczekając jednak na jej umieszczenie, wydrukował ją w „Lekarzu Kasy Chorych“. Ogłoszenie jej uwalnia nas od drukowania jej w P. G. L.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Międzynarodowe Zjednoczenie Lekarzy Praktykujących.

Referat wygłoszony w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu w dniu 25. listopada 1925.

W połowie lipca bieżącego roku (1925) odbyła się uroczysta inauguracja otwarcia nowego domu Brytyjskiego Stowarzyszenia

Lekarskiego w Londynie (British Medical Association). Przy tej sposobności odbyły się narady reprezentantów sześciu państw, a mianowicie: Wielkiej Brytanji, Norwegji, Szwecji, Danji, Holandji i Francji nad stworzeniem Zjednoczenia międzynarodowego lekarzy praktyków i powstał komitet inicjatywy, który w liście otwartym zwrócił się do prezydentów i sekretarzy ugrupowań lekarskich we wszystkich krajach, przedstawiając im cele takiej organizacji.

Komitet ten zwrócił się do Wszechświatowego Związku Lekarzy Esperantystów, który nie tylko poparł komitet powyższy, ułatwiając mu porozumiewanie się z lekarzami różnych państw, lecz nadto oddał mu do dyspozycji łamy swego pisma lekarskiego „Internacia Medicina Revuo" które pod redakcją prof. Vanverisa wychodzi w Lille. Atoli sekretarjat komitetu w osobie lekarza francuskiego Dra Decourt, który podczas Zjazdu lekarskiego polsko-francuskiego zwiedzał Kraków i w wyrazach pełnych zachwytu unosił się nad przyjęciem w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem, zwrócił się do mnie osobiście z prośbą, abym rzecz przedstawił w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem, ponieważ im specjalnie zależy, aby Polska należała do pierwszych narodów, które się dołączą do ich inicjatywy. Przedstawiłem rzecz p. prezesowi prof. Drowi Majewskiemu, który zgodził się, abym w krótkim referacie przedstawił kolegom, o co chodzi.

Wykonywanie praktyki lekarskiej staje się w czasach obecnych coraz bardziej utrudnione. Przyczyny tego są najrozmaitsze, mianowicie: ustawy, mające na celu ubezpieczenie społeczne, na wypadek choroby, starości, bezrobocia, ustawy dotyczące higjeny publicznej, warunki stwarzane przez różne asekuracje i ubezpieczenia, wielkie przedsiębiorstwa przemysłowe i handlowe i różne zbiorowiska analogiczne. Przez to powstała nowa postać wykonywania kolektywnego praktyki lekarskiej, znacznie odmiennego od dawnego wykonywania praktyki osobniczej. Z tych nowych warunków powstały nowe problemy dla ugrupowań lekarskich.

Wszelako, o ile pod względem naukowym lekarskim istnieją wybitne łączniki międzynarodowe, zaznajamiające lekarzy wzajemnie o pracach naukowych, czy to w postaci pism naukowych lekarskich, dzieł naukowych, kongresów międzynarodowych i t. p. to z punktu widzenia praktyki lekarskiej nie ma międzynarodowych łączników, któreby umożliwiały korzystanie z doświadczeń medycyny społecznej, poczynionych w innych państwach i narodach. Tak np. we Francji obecnie pracuje się nad ustawami o ubezpieczeniu na wypadek choroby, podczas gdy w Anglji posiadają w tym kierunku rozległe doświadczenia, które przy organizacji informacyjnej możnaby pożytecznie zużytkować.

Głównego znaczenia nie mają przytem zawodowe interesy lekarzy, lecz celem takiej organizacji byłaby ochrona higjeny i zdrowia publicznego na skutek celowo prowadzonej i zorganizowanej praktyki lekarskiej, tak, aby lekarze mogli być biegłymi doradcami technicznymi w sprawach, dotyczących medycyny społecznej. Chodziłoby o to, aby prace uskutecznione w pewnych krajach, wyniki tamże osiągnięte i poczynione doświadczenia, a nawet próby i badania były oddane do rozporządzenia wzajemnie grupom lekarskim innych narodów i państw. Chodzi o to, aby przez wzajemną pomoc umożliwione było korzystanie przez wszystkich z prac i postępów, poczynionych w okolicach poszczególnych.

Wspomniani powyżej delegaci założyli prowizoryczny komitet inicjatywy celem zbadania środków i dróg dla stworzenia międzynarodowego zjednoczenia lekarzy praktykujących. Jest to centralne jądro, do którego mają dołączyć się delegaci i reprezentanci zjednoczeń i organizacyj lekarskich narodowych. Jako projekt wstępny proponuje komitet inicjatywy następujący plan:

Międzynarodowe Zjednoczenie lekarzy praktykujących będzie tylko ośrodkiem dla informacyj i pouczań. Organem stałym tego ośrodka nie będzie żaden wydział z prezesem, wiceprezesem i tp. na czele, lecz wyłącznie sekretarjat generalny. Rada zjednoczenia (le Conseil de l'Union) będzie obejmowała po dwóch członków z każdej uczestniczącej narodowości t. j. z korespondenta i z tegoż zastępcy. Każdy korespondent grupy narodowej byłby łącznikiem między krajem własnym, a sekretarjatem generalnym to jest jedynym stałym organem zrzeszenia dla informacyj i pouczeń. Przypuśćmy na przykład, że Związek stowarzyszeń Finlandzkich chce się dowiedzieć, jakie stanowisko zajęło ciało lekarskie w Szwajcarji i we Włoszech wobec danej kwestji społeczno-lekarskiej. Wówczas korespondent fiński zwraca się z zapytaniem do sekretarjatu Unji międzynarodowej, który przeprowadza odpowiednią korespondencję ze szwajcarskim i włoskim korespondentem, a po załatwieniu sprawy odpowiada korespondentowi fińskiemu. Lecz ponadto sekretarjat zachowuje sobie kopje otrzymanych odpowiedzi w archiwum sekretarjatu. W ten sposób stopniowo nagromadzi serję dokumentów z dziedziny medycyny społecznej z różnych krajów, a po upływie pewnego czasu powstanie w ten sposób rodzaj prawdziwej „biblioteki międzynarodowej", dotyczącej wykonywania praktyki lekarskiej i rozmaitych spraw, obchodzących szczególnie praktyków w życiu codziennem. W razie otrzymania przez sekretarjat komunikatów o międzynarodowem znaczeniu, będzie rozesłana kopia do wszystkich korespondentów Unji, aby wszystkie zrzeszenia narodowe były poinformowane o wszystkich ważnych aktualnych sprawach w tej dziedzinie.

Tematy spraw będą najrozmaitsze. I tak:

Ubezpieczenia na wypadek choroby, kalectwa, starości i bezrobocia; medycyna w wielkich zbiorowiskach, a mianowicie w kolejach żelaznych, fabrykach, hutach, we wielkich zakładach przemysłowych i handlowych i tp.; wolny wybór lekarzy, opłata honorarjów, zawodowa kontrola lekarska, nauczanie medycyny, deontologia; medycyna w szpitalach, sanatorjach i prewentorjach; pomoc dla starych lekarzy pozostających bez środków do życia, pomoc dla wdów i sierot po lekarzach, prawodawstwo, zabezpieczające lekarza na wypadek ostrej lub przewlekłej choroby zakaźnej, ubezpieczenie przeciw złej woli pewnych pacjentów, oraz na wypadek odpowiedzialności sądowej zawodowej i td. W tych sprawach możnaby mieć dokładne informacje o tem, co udało się w jednym kraju, a nie udało w innym z prawdziwemi przyczynami, wyjaśniającemi pomyślność lub nieudatność sprawy. Jednem słowem byłaby to wzajemna pomoc, bardzo pożyteczna, której rozmiarów i donioslości oraz pożyteczności nawet nie można w obecnej chwili ocenić.

Lecz to jest program przyszłości. W obecnej chwili utworzono powyższy komitet inicjatywy, a praca przyszłości będzie zależała od tego, jakie zlecenia dadzą organizacje lekarskie mandatarjuszom swoim. Chwilowo komitet inicjatywy dąży do poinformowania wszystkich krajów i związków lekarskich krajowych z powyższym planem. Sekretarzem powyższego komitetu został wybrany Dr. Decourt, prezydent Zjednoczenia syndykatów lekarskich francuskich, który w tej sprawie stanowi łącznik międzynarodowy, i który przystępuje do opracowywania kwestjonarjuszów, dotyczących rozmaitych ważnych punktów praktyki lekarskiej. Jako sekretarz komitetu, reprezentującego tylko 6 narodów, spełnia on tylko czynność prowizoryczną, a dopiero w miarę przystępowania dalszych reprezentacyj stan prowizoryczny zamieni się w definitywny.

W dalszym ciągu korespondenci, względnie mandatarjusze, zrzeszeń lekarskich poszczególnych państw, zetkną się na walnem zgromadzeniu „Zjednoczenia miedzynarodowego lekarzy praktyków", ułożą program i uregulują czynność tego związku.

Obecnie komitet inicjatywy rozsyła w świat list otwarty, adresowany do przewodniczących lub sekretarzy zrzeszeń lekarskich we wszystkich krajach, przedstawiający powyżej zakreślone plany.

Co się tyczy Polski, Dr. Decourt w roku bieżącym podczas kongresu w Paryżu odbył w tej sprawie szczegółową naradę z Dr. Przyborowskim z Warszawy, a ponieważ chodzi o jednego korespondenta i tegoż zastępcę na Polskę, któryby był oficjalnie wyznaczony przez centralne zrzeszenie lekarzy praktykujących polskich, przeto Dr. Decourt zwrócił się do Dra Bączkiewicza w Warszawie w powyższym celu, jako do najodpowiedniejszego.

Czyniąc zadość prośbie Dra Decourt, a będąc sam przekonany o tem, że sprawa powyższa zdąża do dobra chorych i lekarzy praktykujących, jak również do postępu medycyny społecznej i korzyści społeczeństwa, zdecydowałem się chętnie wygłosić powyższy referat w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Adres Dra Decourta, prezydenta Zjednoczenia syndykatów lekarskich francuskich, jest: Dr. Decourt. Mitry-Mory (France-Seine et Marne). Jest on też obecnym sekretarzem Miedzynarodowego Zjednoczenia Lekarzy Praktykujących (Union internationale des medecins practiciens).

Od Redakcji: Sprawa poruszona przez autora nadaje się do dyskusji; o ile dotyczy ona lekarzy w Państwie polskiem, winna być załatwiona jedynie za zgodą zrzeszeń obejmujących znaczną liczbę lekarzy.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Członkiem British Institute of Radiology został mianowany dr. Józef Jaxa-Dębicki.

Okręg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Posiedzenie Zarządu Okręgu lwowskiego Zw. Lek. P. P. odbędzie się w niedzielę dnia 20. grudnia 1925 r. o godz. 10-tej przed poł. w sali Polikliniki ul. Lindego 5. na I. p.

Porządek obrad: 1. Zagajenie, wybór przewodniczącego zebrania. 2. Wybór przewodniczącego, jego zastępcy, sekretarza, skarbnika, Zarządu Okręgu lwowskiego. 3. Sprawozdanie delegatów Obwodu lwowskiego z Nadzw. Zgromadzenia Zw. Lek. P. P. dnia 6. grudnia 1925 r. Ref. M. Franke. 4. Wybór Komisji dla porozumienia z Zarządem Okręgu Małopolskiego w Krakowie (Kasa Pogrzebowa i t. d.) Ref. Leńko. 5. Sprawa organu Okręgu lwowskiego Zw. Lek. P. P. Ref. M. Franke. 6. Utworzenie Kasy Zapomogowej dla członków Okręgu lwowskiego Ref. Doliński. 7. Sprawa wkładek na rok 1926. Ref. Pełech. 8. Wybór Komisji dla pertraktacyj z Okręgowym Związkiem Lekarzy Kas Chorych. Ref. Salpeter. 9. Wnioski i interpelacje.

Nr. 52. 27. grudnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

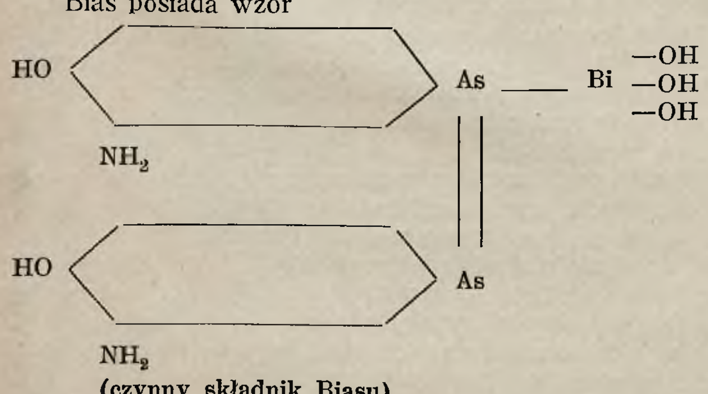
Dr. Robert BERNHARDT Warszawa.
Ordynator szpitala Św. Łazarza.

Leczenie przymiotu preparatem arseno-bizmutowym „Bias".

Wysoka wartość lecznicza przetworów arsenobenzolowych i bizmutowych zawsze zniewalała praktyków do kojarzenia tych leków. Wyrazem tego są leczenia mieszane arseno-bizmutowe, które dziś cieszą się tak wielkiem i zasłużonem powodzeniem. Było jednak rzeczą oczywistą, że w następnym etapie rozwoju lecznictwa swoistego należy dążyć do skojarzenia tych metali w jednym indywidualnym preparacie chemicznym. O tej sprawie Levaditti wyraża się w sposób następujący. „Już na wstępie badań nad działaniem leczniczem bizmutu przewidywano korzyści, wynikające ze skojarzenia bizmutu z arsenem, albo też z rtęcią w wspólnem połączeniu chemicznem. Takie próby były też czynione przed kilku laty przez Ehrlich'a — jednak bez uchwytnych wyników. Nie bacząc na niemałe wysiłki (wprawdzie bardzo rozbieżne), nie posiadamy dotychczas preparatu idealnego, w którym bizmut mieściłby się obok arsenu w jednem wspólnem połączeniu cyklicznem". (Le bismuth dans le traitement de la syphilis 1924 r. p. 303).

Wedle moich zapatrywań, preparat taki nie powinien zatracać własności leczniczych arsenobenzolu. To też zalecałem wprowadzenie bizmutu do jądra arsenobenzolowego, pragnąc w ten sposób stworzyć związek, podobny do salwarsanu srebrowego. Stawiałem ponad to za warunek, by lek łatwo rozpuszczał się w wodzie, by nadawał się do stosowania dożylnego, by nie był trujący w klinicznem znaczeniu słowa. Pierwsze próby, przedsięwzięte w jednej z pracowni przemysłowych, zawiodły najzupełniej. Preparat okazał się tak jadowitym nawet w zastrzykiwaniu podskórnem i domięśniowem, że o jego stosowaniu nie mogło być mowy. Zadawanie dożylne leku powodowało śmierć zwierząt doświadczalnych po upływie 12—14 godzin, zastrzykiwania zaś domięśniowe — po upływie 2—4 dni. Po licznych i mozolnych próbach powiodło się jednak p. B. Hepnerowi otrzymanie preparatu arseno-bizmutowego, który zdaje się odpowiadać wymaganiom praktyki. Preparat wykonano w pracowni Państwowego Instytutu Higieny. Nowy lek nazwano Bias'em (Bi+As).

Bias posiada wzór



(czynny składnik Biasu)

Preparat zawiera As metal. 13,5% oraz Bi metal. 7,8%. Jest to suchy, sypki, ciężki proszek bezpostaciowy, barwy kanarkowo żółtej, który rozpuszcza się w wodzie łatwo, szybko i dokładnie. Roztwory wodne są barwy ciemnoczerwonej (kolor wina Marsala), wykazują Ph = 9,2 i nie zmieniają stopnia jadowitości w ciągu ½ godziny.

Doświadczenie. Roztwory wodne 1% i 2% pozostawione przez 30 min. w szklankach szerokich (duży dostęp powietrza), nie zmieniały swego intenzywnego zabarwienia i przez szczury były dobrze znoszone w dawce zwykłej = 120 mg. preparatu na 1 kg. żywej wagi (dosis tolerata).

Określenie stopnia jadowitości Biasu dało następujące wyniki (badania wykonano przy łaskawym współudziale Dr. med. F. Przesmyckiego).

I. Roztwór wodny 1%. Trzem szczurom głodzonym zastrzyknięto dożylnie po 80, 90 i 92 mg. preparatu na 1 kg. żywej wagi. Po 12 dniach zwierzęta żyją i widocznie czują się dobrze.

II. Roztwór wodny 2%. Szczurom A, B i C zastrzyknięto dożylnie po 100, 120 i 145 mg. na 1 kg. żywej wagi. Szczur C padł po 4 dniach, A i B żyły po upływie 7 dni.

III. Roztwór wodny 2%. Szczurom głodzonym D. E i F zastrzyknięto dożylnie po 110, 120 i 125 mg. Biasu na 1 kg. żywej wagi. Po 7 dniach gryzonie żyły i nie wykazywały objawów chorobowych.

IV. 5 myszom zastrzyknięto dożylnie w roztworze wodnym 2% po 220 mg. preparatu na 1 kg. żywej wagi. Wszystkie zwierzęta padły następnego dnia po zabiegu.

V. Takiż wynik osiągnięto po dawce 200 mg. na kg. żywej wagi.

VI. Roztwór wodny 2%. Szczurom G, H i J zastrzyknięto dożylnie po 180 mg. na 1 kg. żywej wagi. Szczur G i J padł po 48 godz., H — po 72 godz. Sekcja nie wykryła żadnych zmian widomych.

Z powyższego wynika, że jadowitość Biasu jest znacznie mniejsza w doświadczeniu biologicznem od obliczonej z własności składników preparatu. Dosis tolerata wynosi 120 mg. na 1 kg. żywej wagi zwierzęcia.

W drugiej serji doświadczeń usiłowano osiągnąć osłabienie jadowitości Biasu przez dodanie połączeń chemicznych, zawierających grupy OH. W tym celu rozpuszczono preparat w glicerynie oraz w roztworach wodnych rozmaitych gatunków cukru, a zwierzętom (szczurom) zastrzykiwano dożylnie dawki wyższe od dosis tolerata. Wyniki były następujące.

ROZCZYNNIK	Dawka preparatu na 1 *kg* żywej wagi	Wynik
50% roztwór wodny gliceryny	150 *mg*	Po 7 dniach zwierzęta żyją.
25% roztwór wodny cukru gronowego . . .	150 »	Zwierzęta padły po upływie 5 dni.
10% roztwór wodny mannitu	150 »	Wypróżnienia mimowolne, śmierć natychmiastowa.
25% roztwór wodny lewulozy	160 »	Śmierć po upływie doby.
Nasycony roztwór wodny cukru mlecznego .	160 »	Śmierć po upływie 24 godzin.
„	140 »	Śmierć po 2 dniach.
„	120 »	
20% roztwór wodny galaktozy	160 »	Po upływie 7 dni zwierzęta żyją.
15% roztwór wodny galaktozy	151 »	Zwierzęta żyją po 7 dobach.
„	165 »	
„	170 »	Zwierzę padło 3-go dnia.

Z doświadczeń tych można wnioskować, że z wyjątkiem mannitu wszystkie powyższe połączenia (poczynając od alkoholu trzeciorzędowego — gliceryny) posiadają własności umniejszające jadowitość Biasu. Działanie takie jest prawdopodobnie spowodowane nasyceniem pobocznych wartościowości metali, czyli innemi słowy — ich zamaskowaniem. W 15% roztworze galaktozy Bias jest zatem znoszony w ilości 165 mg. na 1 kg. żywej wagi (w roztworze wodnym 120 mg.), w roztworach zaś odpowiednio kombinowanych cukrów dosis tolerata sięga nawet 200 mg. na 1 kg. żywej wagi (= dosis tolerata Neosalwarsanu).

Próby lecznicze, zapoczątkowane w marcu r. b. i dotyczące 60 przymiotowych, doprowadziły do wyników następujących.

Bias rozpuszcza się na zimno w 5—10 ccm. wyjałowionego roztworu cukrów, dołączonego do każdej ampułki preparatu. Ilość rozpuszczalnika pozostaje w stosunku prostym do dawki leku. Zauważyć jednak trzeba, że można bezkarnie stosować bardziej stężone roztwory (głównie w praktyce szpitalnej), gdyż Bias nietylko rozpuszcza się niesłychanie łatwo, lecz — co najważniejsze — bynajmniej nie powoduje zapalenia żył. Świeżo przygotowany roztwór nie powinien stać na powietrzu dłużej nad pół godziny. Lek zastrzykuje się dożylnie w odstępach 5-dniowych. Zastrzykiwać należy powoli, tak jak w technice arsenobenzolowej. Obecnie ustalony typ dawkowania u dorosłych polega na stosowaniu ilości wzrastających leku, a mianowicie 0,2 : 0,3 : 0,4 : 0,5. Doradza się nieprzekraczanie bez wyraźnej potrzeby dawki 0,4 u kobiet i 0,50 u mężczyzn. Te dawki najwyższe można wznawiać kilkakrotnie. Ilość ogólna Biasu, niezbędna do przeprowadzenia jednego leczenia, określa się na 2,5—3g., u kobiet, 3—3,5 g. u mężczyzn. Ilość tę zazwyczaj osiąga się w 7—9 zastrzyknięciach. Muszę jednak zaznaczyć, że w razie potrzeby można bezkarnie przekroczyć te normy i podawać mężczyznom 0,6, kobietom 0,5, a nawet 0,6, gdyż preparat bywa naogół znoszony doskonale. Względne wskazania do dawkowania wysokiego mogą wypływać jedynie z uporczywości trwania odczynów biologicznych dodatnich. Sądzę jednak, że nawet w takich przypadkach będzie korzystniej wykonać kilka zastrzyknięć nadliczbowych po 0,4 zamiast przerzucać się na dawki najwyższe.

U osobników słabych, źle odżywionych, niedokrwistych, a także u ciężarnych podajemy nieco mniejsze dawki, a mianowicie 0,15 : 0,20 : 0,25 : 0,30 i zadawalniamy się ogólną dawką 2,1 g. Biasu (w 8 zastrzyknięciach dożylnych).

Leczenie drugie należy przedsięwziąć po upływie 6 tygodni, trzecie zaś w 10 tygodni po drugiem. Dalsze leczenie, którego nie należy zaniedbywać pragnąc osiągnąć wyniki trwałe, wynika ze wskazań ogólnych oraz z właściwości każdego spostrzeżenia.

Dalsze modyfikacje metody wynikałyby z szczególnych wskazań w każdym przypadku spostrzeganym. Sprowadzaćby się one mogły do częstszego zadawania dawek małych z tem jednak zastrzeżeniem, aby ogólna ilość preparatu nie była mniejsza od normy podanej wyżej. (Należałoby przytem pamiętać, że 0.10 Biasu zawiera 0,0135 As oraz 0,0078 Bi — metalu). Do tej pory nie byłem w położeniu, które zniewalałoby do stosowania metody dawek frakcyjnych. Nie omieszkam jednak w najbliższej przyszłości wypróbować wartości leczniczej i praktycznej takiego postępowania. Zastrzykiwania domięśniowe nie powodują wprawdzie nacieku, są jednak dosyć bolesne, nawet w dawce 0,10.

Co się tyczy wpływu Biasu na zjawiska kliniczne przymiotu, to podnieść muszę, że działanie objawowe było zupełnie pomyślne w wszystkich okresach choroby.

Z objawu pierwotnego krętki blade znikają po upływie 2—3 dni. Wrzody pierwotne wielkości średniej (n. p. paznokcia palca wielkiego) zabliźniają się w ciągu 5—6 dni. Stwardnienie trwa dłużej, około 2—3 tygodni. Nawet po zakończeniu leczenia niekiedy pozostaje wyraźniejsze zgrubienie ciastowate tkanek. Twory większe średnicy 2,5—5 cm. zabliźniały się 10—15 dni. W jednem ze spostrzeżeń rozległe owrzodzenie pierwotne mieściło się na kroczu, w jamie czółenkowatej oraz na wargach sromowych mniejszych. Owrzodzenie kształtu nieprawidłowego trójkątnego miało brzegi wysokie i dno twardawe. Zabliźnienie nastąpiło po upływie dni 15, stwardnienie zaś wessało się w ciągu następnego tygodnia. Nadmienić należy, że we wszystkich tych przypadkach leczenie miejscowe polega jedynie na stosowaniu przysypki talkowej.

Obrzęk stwardniały natężenia średniego trzymał się 8—9 dni. Rozległe, znaczne i twarde obrzęki warg sromowych większych, powodujące powiększenie się wargi do wymiarów cytryny, ulegały wessaniu w ciągu 14—18 dni. Leczenia miejscowego nie zalecano.

Obrzmienie i stwardnienie gruczołów chłonnych pachwinowych, towarzyszące objawowi pierwotnemu, poczynało zmniejszać się widocznie z chwilą zabliźnienia się owrzodzenia. Ku końcowi leczenia zmniejszenie się objętości i spoistości gruczołów było wybitne w jednych spostrzeżeniach, mniej lub więcej znaczne w innych.

W osutkach drugookresowych spostrzegano w 14% odczyn Jarisch'a-Herxheimer'a. Zjawisko dotyczyło niemal wyłącznie osutek plamistych i występowało nazajutrz po pierwszej dawce Biasu.

Osutki plamiste wystałe znikały po 3—4, świeże zaś po 5—8 dniach. Różyczki pokrzywkowate trzymały się do 9—10 dni. Obfite, rozległe osutki grudkowate typu soczewicowatego ulegały wessaniu całkowitemu po 7—12 dniach i zazwyczaj pozostawiały mniej lub więcej ciemne plamy barwikowe. Najszybciej (3—5 dni) znikały grudki twarzy, a zwłaszcza oddzielne wykwity płaskie oraz twory łukowate i obrączkowate, pokryte łuską suchą, albo też tłustą, łojotokową. Stosunkowo dłużej trwały grudki kończyn dolnych, a mianowicie w umiejscowieniu na podudziach (9—12 dni). Najwolniej wsysały się wykwity grudkowato-łuszczycowate dłoni i podeszew (do 15 dni).

Osutki drobnogrudkowate i grudkowato-krostkowe ustępują stosunkowo łatwo — przeciętnie w okresie 2-tygodniowym. Następcze plamy barwikowe bywają dosyć ciemne.

Wykwity guzkowate typu rumienia guzowatego, wielkości owocu wiśni wessały się po 17 dniach.

W t. zw. *syphilis maligna praecox* działanie Biasu było niezmiernie szybkie i pomyślne. Niesztowice, brudźce i owrzodzenia zmieniały swój wygląd już po 2—3 dobach, całkowite zaś zabliźnienie można było stwierdzić po upływie 8 do 12 dni — w zależności od rozległości i głębokości owrzodzeń. Miejscowo stosowano kwas borowy w maści lub w okładzie. Wpływ leczenia na stan ogólny chorych był nader korzystny.

Objawy swoiste miejscowe ustępują w kolejności następującej. Lepieże błony śluzowej ust, języka i gardzieli znikają po 1—3 dobach. W swoistem zapaleniu krtani w połączeniu z lepieżami głos staje się prawidłowy po upływie 3—4 dni nawet w tych przypadkach, w których sprawa trwała około 4—6 tygodni. Nadżerki kątów ust, oraz grudki nadżerkowate sromu niewieściego, prącia i jego żołędzi, napletka, moszny i odbytu goją się po 3—4 dniach bez leczenia miejscowego. Lepieże płaskie sączące i przerosłe narządów płciowych, krocza, odbytu i innych miejsc wysychają po 1—2 dobach, wchłaniają się zaś doszczętnie po upływie 5—11 dni, zależnie od wielkości wykwitów. Miejscowo stosowano w tych razach przysypkę talkową. W okresie wsysania się lepieże nabierały barwy sino czerwonawej, zupełnie jak w leczeniu wyłącznie bizmutowem. Takie zabarwienie częstokroć posiadały też plamy polepieżowe.

W przypadku zapalenia tęczówki wyleczenie nastąpiło po 6 dniach.

Bole głowy, towarzyszące objawom drugookresowym, uspokajały się zupełnie w ciągu 2—3 dni.

Wreszcie muszę dodać, że w jednym przypadku żółtaczki syfilitycznej, spostrzeganej w pełni kwitnienia przymiotu drugookresowego, zabarwienie skóry ustąpiło po 6

dniach, podczas gdy barwików żółciowych już nie wykazywano w moczu po upływie następnych 2 dni. Podczas leczenia nie zalecano żadnej diety.

Również pomyślny był wpływ Biasu na objawy przymiotu trzeciookresowego. Guzki skóry (tubercula cutanea) wielkości ziarna grochu do fasoli wsysają się w ciągu 8—10 dni bez leczenia miejscowego. Postaci guzkowate pełzające poczęści owrzodziałe (Syphilis tuberculo-ulcerosa serpiginosa) ustępują w okresie czasu 12-dniowym. Gumiaki owrzodziałe, oraz owrzodzenia postępujące lub pełzające ulegają zabliźnieniu w ciągu 9—20 dni. W przypadku licznych owrzodzeń twarzy, trwających około 2 lat. osiągnięto wynik po upływie 9 dni i po dawce 0,15+0,20 preparatu (rys. 1). Rozległe owrzodzenia mostka lewej połowy szyi i okolicy podżuchwowej lewej goiły się 2 tygodnie. Niezwykle głębokie owrzodzenia obu podudzi, istniejące 5 miesięcy, zabliźniły się po 20 dniach. We wszystkich tych przypadkach stosowano miejscowo roztwór fizjologiczny soli kuchennej, albo też 3°/o maść borową.





Rozległe, lecz powierzchowne owrzodzenia błony śluzowej podniebienia miękkiego i twardego, policzka lewego oraz dolnej wargi zabliźniły się w ciągu 8 dni. W przypadku przedziurawienia podniebienia twardego zabliźnienie nastąpiło po 12 dniach. Głębokie owrzodzenie tylnej i bocznej ściany gardzieli zagoiło się w ciągu 10 dni.

Wpływ Biasu na odczyn BW był następujący.

W 2 przypadkach przymiotu pierwszookresowego surowiczo-ujemnego odczyn biologiczny pozostał ujemny po zakończeniu leczenia (dawka 3—3,4 g).

W 3 przypadkach przymiotu pierwszookresowego surowiczo-dodatniego osiągnięto odczyn ujemny po dawce 3—3,25 g. Biasu (7 zastrzyknięć).

W przymiocie drugookresowym jawnym spostrzegano hemolizę zupełną w 66,5°/o, częściową w 19°/o, zatrzymanie hemolizy w 14,5°/o. Dawki wahały się w granicach 2,4—3,6 g. Biasu w 5—8 zastrzyknięciach dożylnych.

Przymiot drugookresowy utajony wykazywał po leczeniu BW — w 58°/o, BW + w 23°/o oraz BW + w 19°/o. Dawka 2,8—3,4 g. w 5—8 zastrzyknięciach.

W przymiocie trzeciookresowym jawnym notowano hemolizę zupełną w 50°/o, częściową w 25°/o i zatrzymanie hemolizy w 25°/o.

Dane powyższe dotyczą wyników, osiągniętych ku końcowi leczenia, lub też bezpośrednio po jego ukończeniu. Mniemam jednak na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, że w leczeniu Biasem odczyn BW zachowuje się podobnie jak w leczeniu wyłącznie bizmutowem. Częstokroć staje się on bowiem ujemny dopiero w 3—4 tygodnie po zakończeniu postępowania leczniczego.

W sprawie ubocznego działania nowego leku należy zaznaczyć fakty następujące.

W kilka godzin po zastrzyknięciu dożylnem Biasu, a zwłaszcza dawek większych ciepłota ciała częstokroć podnosi się bez dreszczy do 37,3—38,4°. Zazwyczaj wykonywano zabiegi w godzinach południowych, podniesienie się zaś ciepłoty spostrzegano z wieczora o godz. 6—7 przy dobrem samopoczuciu chorego. Nazajutrz rano gorączki najczęściej nie notowano. W niektórych jednak razach stan podgorączkowy trwał jeszcze do wieczora.

W 10°/o przypadków zjawił się rąbek bizmutowy dziąseł. Wyraźniejsze obrzmienie dziąseł spostrzegano raz jeden (1,7°/o). Obrzmienie nie było bolesne, przebiegało bez ślinotoku, łatwo ustąpiło w leczeniu miejscowem i zupełnie nie wstrzymało dalszego stosowania leku. W przypadku ciężkiego zapalenia rtęciowego dziąseł stosowano po jego wyleczeniu zastrzykiwania Biasu. Dziąsła te doskonale zniosły 3,2 g. preparatu.

6 razy na 452 zabiegów spostrzegano t. zw. *choc dentaire* (1,3°/o). Ból zębów zjawiał się natychmiast po wykonaniu zabiegu. Zjawisko występowało jedynie po dawkach najwyższych, a mianowicie u kobiet po drugiej dawce 0,5 (5-te lub 6-te zastrzyknięcie), u mężczyzn zaś po drugiej dawce 0,6 (5-te zastrzyknięcie). Tylko w jednym z tych przypadków ból zębów był silny i trwał ½ godz. (u mężczyzny po drugiej dawce 0,6). W spostrzeżeniu tem chory uskarżał się na „trętwienie“ zębów już po pierwszej dawce 0,6. Nie należało zatem zasadniczo wznawiać tej samej dawki. W pozostałych przypadkach ból był niewielki i trwał zaledwie 3—4 minuty, albo też ograniczał się do uczucia „drętwienia“ zębów. Po zmniejszeniu następnej dawki kolejnej o 0,10—0,15 ból już więcej nie występował i można było spokojnie stosować dalsze leczenie.

Z powyższych względów zalecam nieprzekraczanie bez koniecznej potrzeby dawki 0,4 Biasu u kobiet i 0,5 u mężczyzn (patrz wyż.), a to tem bardziej, że dawki niższe posiadają zupełnie dostateczne działanie lecznicze. Powtórzę jednak jeszcze raz, co wyżej powiedziałem, a mianowicie, że w przeważającej większości przypadków mężczyźni dobrze znoszą dawkę 0,6, kobiety zaś 0,5 a nawet 0,6 Biasu. Tak np. na ogólną liczbę 89 zastrzyknięć dawki 0,5 ból lub trętwienie zębów spostrzegano tylko 3 razy.

W jednym przypadku trętwienia zębów współcześnie wystąpił ostry ból mięśnia naramiennego. Zjawisko trwało kilka minut. Pewną wrażliwość mięśnia podczas uciskania głębszego można było stwierdzić jeszcze następnego dnia. Zjawisko nie wznowiło się podczas następnych zastrzykiwań. Zdaje się, że w tym przypadku bolesność mięśnia już

istniała przed rozpoczęciem leczenia swoistego. Stosowanie Biasu spowodowało jeno chwilowe nasilenie się uczucia bólowego.

Raz jeden spostrzegano wymioty, które wystąpiły bezpośrednio po zadaniu dawki 0,2. Wobec faktu odosobnionego nie można obecnie ustalić, czy zjawisko pozostaje w bezpośredniej łączności z Biasem. Gdyby się to potwierdzić miało, należałoby myśleć raczej o działaniu arsenu. Nie trzeba bowiem zapominać, że Bias jest arsenobenzolem bizmutowym, na który można się zatem uczulić i względem którego można też posiadać wrażliwość osobniczą. Zaznaczyć jednak muszę, że do tej pory jeszcze nie spostrzegałem objawów uczulenia. Zwrócę też uwagę, że rozpuszczalnik cukrowy znacznie zmniejsza jadowitość arsenobenzolów.

Uszkodzenia miąższu nerkowego nie stwierdzono. Nieznaczny białkomocz (0,03—0,06%), istniejący przed rozpoczęciem leczenia, nie ulegał nasileniu podczas stosowania Biasu, a niekiedy nawet znikał (jak to można było np. wykazać w przypadku białkomoczu, pozostającego w łączności z zapaleniem ostrem wyrostka robaczkowego). Ciąża i białkomocz ciężarnych nie stanowi przeciwwskazań do stosowania leku.

Zaznaczyć jeszcze trzeba wpływ dodatni Biasu na stan ogólny chorych. Pod wpływem leczenia niedokrwistość szybko ustępuje, odżywienie się podnosi, przybywa wagi. Działanie to należy oczywiście przypisać arsenowi, zawartemu w preparacie.

Z powyższego wynika, że Bias pomyślnie działa na wszelkie objawy kliniczne przymiotu, nie wyłączając odczynów biologicznych, i że lek ten nadaje się też do stosowania w leczeniu wczesnem (t. zw. poronnem). Prostota techniki, bezpieczeństwo, niebolesność i rzadkość zabiegów winna sprawić, że nowy lek znacznie uprzystępni leczenie i przyczyni się do skutecznego zwalczania zakażenia przymiotowego. Należy jednak pozostawić przyszłości ocenę rzetelnej wartości, a zwłaszcza trwałości działania Biasu.

D o p i s e k. Rozumowania teoretyczne, oraz wyniki praktyki leczniczej wysuwały potrzebę posiadania preparatu arseno-bizmutowego nierozpuszczalnego, nadającego się do zastrzykiwań domięśniowych. Ostatnio p. B. Hepner urzeczywistnił ten pomysł. Okazało się, że przez utlenienie Biasu w roztworze zasadowym, otrzymuje się połączenie adycyjne pochodnych kwasu arsanilowego z wodorotlenkiem bizmutu. Badania na zwierzętach wykazały, że króliki i szczury białe dobrze znoszą ten preparat w zastrzykiwaniach domięśniowych. Lek „Biasol" stosuje się w zawiesinie oleistej. Niebawem będą podjęte doświadczenia kliniczne.

Z praktyki.

Dr. Stanisław LIEBHART asyst. kliniki. Lwów.

Przyczynek do powikłań po znieczuleniu lędźwiowem przy operacjach ginekologicznych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. B o c h e ń s k i.

Po pierwszem entuzjastycznem przyjęciu znieczulenia lędźwiowego, podanego przez C o r n i n g a (1899 r.) — już w następnym roku pojawiły się publikacje, donoszące o rozmaitych powikłaniach, towarzyszących temu znieczuleniu. „Uciążliwe, długotrwające bole głowy, wymioty, porażenia inerwacji gałki ocznej i kończyn dolnych, meningismus, nerwobole, zapalenie nerwów, porażenia pęcherza, zaburzenia troficzne" (S e i d l e r) oto szereg powikłań, jakie poszczególni operatorowie zauważyć mogli przy tym — zresztą skądinąd — wygodnym sposobie znieczulenia.

Nie będę się zajmował kolejno wszystkiemi wyżej przytoczonemi powikłaniami, natomiast pozwolę sobie opisać cztery przypadki ciekawych powikłań przy znieczuleniu lędźwiowem 10% t r o p a k o k a i n ą — zanotowanych na tutejszej klinice, a nie spotykanych dotąd w piśmiennictwie.

I. S. K. lat 35. rozp. *„ruptura perinei inveterata, III. gr."*. Operacji (*colpoperineoplastica*) dokonano w sposób typowy przy znieczuleniu lędźwiowem 1. cm.³. 10% tropakokainy + 40. cm.³ eteru. w 6-tym dniu po operacji wystąpiły bardzo silne, stale się utrzymujące bole głowy i nieznaczna sztywność karku. W 9-tym dniu po operacji nagłe uderzenie krwi do głowy, w dalszym ciągu silny ból głowy, większa nieco sztywność karku, ogólne osłabienie i uczucie ciężkości. Następnego dnia wystąpiły objawy zaburzenia wzroku, a to: podwójne i potrójne widzenie, ruchomość i mglistość widzianych przedmiotów i typowa *hemianopsia* jednostronna *(hemianopsia homonyma dextra)*, nadto gorszy prawy n. twarzowy, lekkie zamroczenie przytomności, chorej brak wyrazów — jakgdyby mówiła w obcym języku, wreszcie *alexia*.

W 11-tym dniu zupełne zamroczenie przytomności, zupełna prawie sztywność karku, częste skurcze nóg i rąk — tętno 124. łatwo uciskalne. Dno oka i tarcza nerwu wzrokowego niezmienione. Od 14-go dnia wszystkie opisane objawy zwolna zaczęły ustępować i chora zaczęła przychodzić do zdrowia.

II. H. M. lat 30., zamężna, rozp.: *„myoma uteri"*. Operacji *(enucleatio myomatis)* dokonano w znieczuleniu lędźwiowem 1. cm.³. 10% tropakokainy + 50. gr. eteru. Na drugi dzień po operacji wystąpiły silne bole głowy w okolicy potylicy, podwójne i potrójne widzenie, mglistość i ruchomość widzianych obrazów i ogólne osłabienie wzroku.

Badanie dna oka nie wykazało żadnych zmian. W 6-tym dniu po operacji wystąpiło lekkie zamroczenie z równoczesną hemianopsją prawostronną, która trwała tylko jeden dzień. Powtórne badanie dna oka i tarczy nerwu wzrokowego nie wykazało żadnych zmian. Po trzech dniach wszystkie te objawy ustąpiły zupełnie.

III. G. F. lat 32. zamężna, rozp.: *„kystoma ovarii dextri, graviditas III. mens."*. Operacji *(extirpatio kystomatis)* dokonano w znieczuleniu lędźwiowem, taksamo tropakokainą bez współdziałania uśpienia. Na drugi dzień wystąpiły wszystkie objawy analogicznie jak u poprzedniej chorej. W 7-mym dniu nadto znowuż lekka hemianopsja prawostronna, która trwała również tylko jeden dzień. Badanie dna oka i tarczy wzrokowej ujemne.

IV. H. R. lat 34. rozpoznanie: *„haematocele retrouterina et peritubarina sinistra, adnexitis chronica dextra. Cystis parovarii sin."*. Operacji *(extirpatio uteri totalis)* dokonano w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą + 140. gr. eteru. Na drugi dzień typowe bole głowy. W 7-mym dniu silne bole głowy, podwójne widzenie *strabismus i hemianopsia dextra homonyma.* W 13. dni objawy kolejno znikają.

Mamy więc przed sobą cztery prawie zupełnie analogiczne przypadki powikłań po znieczuleniu lędźwiowem, a więc typowe długotrwałe bole głowy w okolicy potylicy, podwójne i potrójne widzenie — mglistość i płynność widzianych przedmiotów — wreszcie najciekawsze, bo nieznane dotychczas powikłanie: hemianopsia dextra homonyma, wspólna dla wszystkich czterech przypadków, występująca stale w 6—7 dniu po operacji.

Badanie wykazywało każdorazowo dno oka i tarczę nerwu wzrokowego niezmienione przy zwężonem polu widzenia. Przemawiałoby to niezbicie za zmianami w przebiegu nerwu wzrokowego i to najprawdopodobniej między *chiasma a tractus opticus.* — Jeżeli dodamy do tego porażenie n. twarzowego i aleksję zaobserwowane u jednej chorej — znajdziemy się wobec nowej grupy powikłań po znieczuleniu lędźwiowem, a to wobec czasowych porażeń nerwów mózgowych.

Podkreślić należy, że powikłania powyższe wystąpiły u chorych, u których do znieczulenia dołączono uśpienie eterowe. W jednym tylko przypadku (III.) znieczulenie lędźwiowe było zupełnie wystarczające i dlatego nie dodawano uśpienia eterowego. W tym przypadku wspomniane wyżej objawy trwały najkrócej, bo tylko jeden dzień, a nasilenie ich było najsłabsze. Wskazywałoby to na sumowanie się środków znieczulających i na skumulowane ich działanie na system nerwowy.

Uderza ponadto w naszych przypadkach, że żadnej z powyższych czterech chorych nie podawano po operacji urotropiny. Stało się to wskutek niedopatrzenia przy zmianie służby pielęgniarskiej, u wszystkich bowiem chorych, u których dotąd stosowaliśmy znieczulenie lędźwiowe, podawaliśmy i stale podajemy zapobiegawczo zaraz po ope-

racji przez kilka dni urotropinę i u żadnej z tych chorych (przeszło 100) nie spostrzegaliśmy dotychczas wyżej opisanych objawów, nietylko ze strony narządu wzrokowego, ale i żadnych innych poważniejszych powikłań. Jest to tak uderzające, że niepodobna nie przyjąć, że istnieje pewien bliżej nam nie znany związek między wystąpieniem opisanych powikłań, a brakiem podania urotropiny. — Na czem ten związek polega, trudno powiedzieć, a nie mogąc go wytłumaczyć należycie, nie podaję rozmyślnie różnych przypuszczeń i hipotez, jakie się tutaj nasuwać mogą. Być może, że dalsze spostrzeżenia umożliwią wyjaśnienie tej bądźcobądź zawiłej sprawy.

We wszystkich powyższych przypadkach, jako leczenie zastosowano dożylne wlewanie 40% urotropiny. W dwóch przypadkach, jak wynika z poprzedniego opisu, urotropina podziałała natychmiastowo, tak, że wszystkie objawy ustąpiły szybko, bo już na drugi dzień. — Dwie chore zachowywały się dość opornie na dożylnie stosowaną urotropinę, być może dlatego, że zastosowano ją dość późno, bo dopiero w 10-tym i 11-tym dniu. — Jednak i w tych przypadkach wspomniane objawy ustąpiły zupełnie.

Wszystkie 4. chore pozostają nadal pod kontrolą kliniczną — ostatnie wiadomości, przysłane listownie, stwierdzają, że wszystkie chore mają się dotąd (30. IX., 3. X., 14. X.) zupełnie dobrze i że żaden z opisanych objawów u nich się nie powtórzył.

Z powyższego widzimy, że znieczulenie lędźwiowe nie jest przecież dla ustroju obojętne. Nie sądzę atoli, aby spostrzegane powikłania — jak dotychczas wszystkie przemijające — upoważniały do zaniechania dalszego stosowania tego sposobu znieczulania, który technicznie jest łatwy i dla operatora bardzo wygodny. Niejednokrotnie zaś może on oddać wielkie usługi, a mianowicie w przypadkach, w których uśpienie ogólne jest absolutnie przeciwwskazane.

Dalsze doświadczenia i ścisłe spostrzegania pozwolą może w przyszłości wyjaśnić przyczynę wspomnianych powikłań i nauczą nas sposobu unikania tychże.

Wszystkie powyżej opisane chore badał okulistycznie p. Doc. Dr. Reiss, któremu też na tem miejscu serdecznie za to dziękuję.

Oceny i sprawozdania.

Zdzisław Szczepański. **O sztucznej odmie piersiowej.** Str. 79 i 1 tablica. »Wykłady Lekarskie« Nr. 1 i 2.

Komitet lekarzy warszawskich, pracujących naukowo, wznowił bardzo pożyteczne i gorącego poparcia godne dzieło wydawania monograficznych wykładów lekarskich o najżywotniejszych zagadnieniach medycyny praktycznej. Monografje takie, przez szereg lat przed wojną wydane przez Gazetę Lekarską, przyczyniały się niezmiernie do utrzymywania wykonawstwa lekarskiego w Polsce na wysokim poziomie i pozostawiły po sobie najlepszą pamięć i gorącą wdzięczność lekarzy-praktyków. W dzisiejszych ciężkich czasach, gdzie z powodu trudności materjalnych wykłady uzupełniające dla lekarzy nie dochodzą do skutku lub są nie tak licznie, jakby trzeba było, uczęszczane przez lekarzy prowincjonalnych podjęcie takich wykładów drukiem powitać trzeba jako spełnienie jednego z najbardziej pilnych postulatów stanu lekarskiego. Do nadania tej publikacji formy najodpowiedniejszej przyczynia się zwięzłość w ujęciu treści w małe zeszyty o cenie rzeczywiście niezwykle przystępnej.

Zeszyt 1 i 2 wypełnia praca Szczepańskiego o odmie piersiowej. Przeszło trzydzieści lat istnienia tej metody leczenia gruźlicy płucnej, która to metoda dzięki rozpowszechnieniu i potanieniu aparatów Roentgena w ciągu ostatniego dziesięciolecia znacznie się spopularyzowała, tłumaczy, dlaczego autor, pracujący tym sposobem od 13 lat w szpitalach i klinikach i rozporządzający dziś już bardzo poważnym materjałem klinicznym i statystycznym, podjął się przedstawienia rzeczy szerszemu ogółowi lekarzy aby ją naprawdę spopularyzować w Polsce. W Odczytach klinicznych Gaz. Lek. poświęcił odmie sztucznej monografję B. Dębiński w r. 1916 a Dłuski i Sterling dwie monografje w Przeglądzie Lekarskim (r. 1916 i 1917). Mimo 36 prac klinicznych polskich metoda ta zbyt mało jeszcze jest w Polsce znaną i stosowaną. Miejmy nadzieję, że nowa monografja Szczepańskiego przyczyni się do poruszenia ogółu lekarskiego. Napisana stylem jasnym i zwięzłym, objaśniona doskonałemi rycinami i roentgenogramami, podaje lekarzowi wszystko, co mu jest potrzebnem, aby sobie tę metodę leczniczą przyswoił. Wybitny zmysł praktyczny przebija z kart tej pracy, podzielonej na 11 rozdziałów; technika zabiegu przedstawiona wyczerpująco słowem i dobremi rycinami, wszystkie szkopuły uwydatnione jasno i bezstronnie oraz podane inne metody chirurgiczne w razie niemożności wykonania odmy sztucznej.

W obecnej epoce rozbudowy akcji przeciwgruźliczej w Polsce, praca Szczepańskiego stanie się niezbędnym poradnikiem dla lekarzy-praktyków a przedewszystkiem dla ftizjologów, pracujących w poradniach, lecznicach, szpitalach i Kasach Chorych.

Sabatowski (Lwów).

*Administracja P. G. L. otrzymała dla prenumeratorów Gazety 25% opustu ceny księgarskiej od Komitetu Redakcyjnego **Wykładów Lekarskich**. W najbliższych dniach wszyscy prenumeratorzy P. G. L dostaną do przeglądnięcia 1 – 2 zeszyt **Wykładów** z pracą **Dra Szczepańskiego**. **Cena** tego podwójnego zeszytu dla prenumeratorów Gazety wynosi **1·50 zł.**, które należy przesłać czekiem załączonym do zeszytu. W razie niezatrzymania zeszytu prosimy o zwrot jego pod tą samą opaską.*

Dr. H. Fendel. **Grundzüge der ärztlichen Psychologie in der täglichen Praxis.** Urban i Schwarzenberg. Wiedeń 1925. Stron 134; kartonowane 3 R. M.

Książeczka w 22 krótkich rozdziałach zapoznaje w zajmujący sposób lekarza praktyka niemal z całą nowszą psychodiagnostyką i psychoterapją. Przytem podaje doborowy bukiet belletrystycznych i filozoficznych aforyzmów, oraz cytatów i przykładów z doświadczenia autora i z większych dzieł psycho- i neurologicznych. Dokładniej opisane są n. p. płciowość, psychologja przedstawiania, psychogenja i w 7 rozdziałach psychoterapja. W rozdziale o hypnoterapji przedstawia autor jasno i szczegółowo postępowanie przy hypnozie, analityczną psychoterapję objaśnia na przykładzie pochwicy *(vaginismus)* a wprost z zachwytem czyta się rozdział o logoterapji, który na 9 stronicach poucza lekarza na przykładach jak przemawiać do chorego wogóle a szczególnie do nerwowego. Trzeba naprawdę wiele książek przeczytać, zanim się natrafi na tak dobrą książeczkę, którą każdemu lekarzowi najgoręcej polecam.

I. Fels (Lwów).

Przegląd pismiennictwa.

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. XI. Z. 1.

Winkler. Dalszy ciąg pracy p. t. **Badania doświadczalne nad zagadnieniem powstawania szmerów oddechowych.** Szczegółowe badania nad akustycznemi właściwościami szmerów oddechowych wykonywał autor przy pomocy specjalnie przez siebie skonstruowanych modeli, przedstawiających system rozgałęzionych rur odpowiednio elastycznych, naśladujących w zupełności rozgałęzienia drzewa oskrzelowego. Ściśle przeprowadzane pomiary w odniesieniu do akustycznego

charakteru szmerów powstających przy przechodzeniu powietrza przez te rury, doprowadziły autora do wyników, które dają się streścić w sposób następujący. Odróżnić można zasadniczo szmery oddechowe powstające w głównych gałęziach drzewa oskrzelowego, mających swe źródło w okolicy rozwidlenia tchawicy, jakoteż szmery powstające obwodowo, biorące ważny udział w powstawaniu szmeru pęcherzykowego. Kąt, pod jakim pozostają do siebie większe gałęzie drzewa oskrzelowego, jest większy, aniżeli kąt w częściach obwodowych tegoż; a stąd charakter szmerów powstających centralnie jest odmienny aniżeli szmerów obwodowych. Przejście przez płuca zmniejsza dźwiękowość kompleksu akustycznego, nie zacierając jednak wdechowego, obwodowo uwarunkowanego charakteru.

Autor odróżnia szmery pęcherzykowe typu wdechowego o małej dźwiękowości, zbliżonej wysokością do tonu zasadniczego płuc, szmery chuchające, również wdechowe, więcej dźwiękowe, nieco wyższe od poprzednich, szmery pęcherzykowo-oskrzelowe, oskrzelowo-pęcherzykowe, wreszcie oskrzelowe. Składniki dźwiękowe najbardziej rozwinięte są w szmerach oskrzelowych.

W końcu podaje autor zestawienie typów szmerów oddechowych. Odróżnia fizjologiczny wdechowo-akcentowany, fizjolog. wydechowo-akcentowany, patologiczne wdechowe, chuchające lub pęcherzykowo-oskrzelowe, wydechowo akcentowane, pęcherzykowo-oskrzelowe lub oskrzelowo-pęcherzykowe. Wreszcie szmery mieszane, a to chuchające, szmery mające mniej składników dźwiękowych i więcej tychże, w końcu szmery wynikające z zagęszczenia tkanki, a to naciekowe lub uciskowe.

Bardzo znaczne bogactwo szczegółów pomieszczonych w pracy nie daje się omówić w krótkim referacie.

T. XI. Z. 1.

W artykule **o ostrej białaczce** zestawia D i m m e l dwa własne przypadki z odnośnem piśmiennictwem, celem wykazania, że schorzenie to nie jest chorobą zakaźną, lecz ostrą postacią przewlekłego procesu białaczkowego.

A r k i n. **O chorobie wywoływanej ukąszeniem przez szczury** *(toxiinfection par morsure de rat)*. Podaje dokładne dane historyczne i opis tej choroby, którą wywołuje spirochaeta morsus muris. Cechują ją napady gorączki o typie zwalniającym, osutka sino-czerwona, wybitne objawy ze strony układu nerwowego, wyniszczenie.

Zupełne wyleczenie neosalwarsanem.

G u b e r g r i t z **w przyczynku do badań klinicznych nad durem osutkowym** zestawia spostrzeżenia zebrane z epidemji na Ukrainie z 1918/19 i 1919/20 r., podkreślając szczególniej odchylenia od zwykłego przebiegu (n. p. charakterystyczne opadanie gorączki w 2 dniu choroby, częstość nieżytowego zapalenia płuc (72%), typową bolesność okrężnicy przed wystąpieniem bębnicy, olbrzymią cylindrurję, zmniejszenie liczby ciałek b. do 5—4000 w pierwszych dniach choroby w 73% i in.).

K a u f t h e i l i S i m's. **O swoistej lepkości surowicy krwi przy schorzeniach stawowych.** Zwiększa się ona przy schorzeniach stawów odpowiednio do rozpadu tkanek i zmian zapalnych. Najwyższe wartości spostrzega się przy pierwotnie przewlekłem zapaleniu stawów i schorzeniach gruźliczych.

Mossor (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

P o s i e d z e n i e k l i n i c z n e w dniu 29. września 1925 r.

Przewodniczy prezes kol. S a w i c k i.

1. Kol. E i g e r podaje w kilku słowach **ostatnie zdobycze z dziedziny badań nad rakami doświadczalnemi roślinnemi** oraz pokazuje **okazy makroskopowe raków**, otrzymanych na słonecznikach przez zaszczepienie bacilus tumefaciens.

2. Kol. E i g e r wygłosił rzecz p. t. **„Wpływ chemji fizycznej na fizjologję i medycynę współczesną** (wstęp do fizjologji koloidalnej).

3. Kol. H. L a c h s wygłosił rzecz p. t. **„Nowsze badania w chemji koloidów".**

W **dyskusji:** Kol. W ę g i e r k o podnosi, że w ostatniem dziesięcioleciu zebrało się ogromne piśmiennictwo, świadczące o wielkiem zainteresowaniu się lekarzy całego świata chemją fizyczną i koloidową. Niemniejsze zainteresowanie daje się dziś zauważyć i u nas. Wystarczy wspomnieć, że już przed 20 laty prof. M o r a c z e w s k i i Dr. F l a u m zabierali w Tow. Lek. głos w tej sprawie, a przed 2 laty wygłosił mówca referat p. t. Znaczenie chemji fizycznej dla patologji. Nie da się zaprzeczyć, że chemja fizyczna odegra jeszcze doniosłą rolę we wszystkich działach medycyny. Niemal każdy objaw patologiczny staramy się dziś rozpatrywać pod kątem widzenia chemji fizycznej. Jednakże nie jesteśmy jeszcze dziś w stanie twierdzić, że patolog i fizjolog, kroczący tą nową drogą, zdobył już wiele. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że surowica krwi, ten roztwór wielce bogaty pod względem fizyczno-chemicznym, zawierający białko w stanie rozprószenia koloidowego, jony czynne i ukryte, koloidy ochronne, roztwór w których zachodzą zjawiska adsorpcji, odbywa się ruch Brown'a i t. p. — jest jeszcze zagadką dla badającego biokoloidy, że nie starczy jeszcze praw chemicznych i fizycznych dla wytłumaczenia wszystkich zjawisk, zachodzących w tym roztworze, to stanie się jasnem, że niedaleko jeszcze w badaniach naszych uszliśmy naprzód. Co dają nam wreszcie w sensie kliniczno-rozpoznawczym fizyczno-chemiczne sposoby badania? Niewiele osiągamy w klinice danych przy pomocy określenia ciśnienia osmotycznego, przewodnictwa elektrycznego, lepkości, ilości globulin i albumin w surowicy, badaniem cząsteczek białka przy pomocy ultramikroskopu. Jednakże, nie przestajemy stosować fizyczno-chemicznych metod badania, gdyż nie wątpimy, iż tą drogą wiele jeszcze prawd odkryć zdołamy. Chociaż dziś jeszcze chemja fizyczna posiada dla medycyny znaczenie bardziej teoretyczne, to niezadługo posiadać będzie również i znaczenie praktyczne.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 27. maja 1925 r.

Przewodniczący prof. M a j e w s k i. Obecnych 103.

Na nowego członka przyjęto kol. gen. M ü l l e r a. Przewodniczący zawiadamia, że w myśl życzenia członków będzie się starał na przyszłość urządzać jak najczęstsze pokazy chorych. Wobec tego jednakże, że pokazów jest zwykle w czasie wieczoru dosyć dużo, stawia pod głosowanie wniosek Zarządu, aby demonstracje nietrwały dłużej jak 10 minut, a dyskusja 5 minut. Wniosek przyjęto.

1. Kol. A d a m o w i c z z I. kl. Medycznej przedstawia I) chor. z **niedokrwistością złośliwą**, leczonego autovacciną. Na klinikę chory był przyjęty w stanie bardzo ciężkim: woskowo-blady, z obrzękami na kończynach dolnych, nie mógł chodzić. Obraz krwi, typowy dla niedokrwistości złośliwej Hmglb. 25%) (Sahli). Wskaźnik Hmglb. 1,1, ciałek czerwonych 1,120.000. Ciałek białych 4.000. Pojkilocytoza, mikro- i makrocytoza. Anizocytoza. Nieliczne makro- normoblasty. Bilirubina we krwi 6 krotnie zwiększona (Authenruth) objaw Huntera. Achylia gaetrica. Wassermann ujemny. Stany podgorączkowe. Z żółci woreczkowej (B), wydobytej zapomocą sondy dwunastniczej przygotowano szczepionkę z wyhodowanego szczepu prątka okrężnicy. Chory dobrze oddziaływał na początku po zaaplikowaniu szczepionki podskórnie wzniesieniem temper., lecz już w drugim tygodniu przestał reagować nawet po zastosowaniu kilkakrotnie zwiększonych dawek. Równocześnie zjawiło się uczucie głodu. Choremu zdwojono racje dzienną. Stan podmiotowy i przedmiotowy poprawiał się z dniem każdym. Obecnie ma wygląd i czuje się zdrowym. Ciężar ciała zwiększył się o 14 kgl. w ciągu 7 tygodni. Obraz krwi: Hmglb. 92%, wskaźnik 1,3, ciałek czerw. 3,400.000. Pojkilocytozy, anizocytozy brak. Czy w danym przypadku szczepionka wywołała remissję, czy też zadziałała swoiście, czas pokaże.

II) Chorego lat 12, który od dwu lat cierpi na białaczkę szpikową przewlekłą. W styczniu 1924 r. chory był demonstrowany w Tstwie z powodu skazy krwotocznej i z powodu priapismus, powstałego na tle zaczopowania naczyń odpływowych.

Obecnie chorego przedstawia powtórnie ze względu na nieoczekiwany wynik leczniczy, osiągnięty naświetlaniami promieniami Roentgena śledziony oraz kości długich. Leczenie rozpoczęto u chorego znajdującego się w stanie beznadziejnym z powodu wyniszczenia, gorączki do 39°, krwotoku ze śluzówek, ogromnej, zajmującej więcej niż połowę brzucha śledziony, bolów kośćca i głowy, wreszcie wybroczyn w siatkówce i zaniku lewego n. wzrokowego. Obraz krwi cechujący dla białaczki szpikowej ze znacznem obniżeniem czerwonych ciałek i hemoglobiny, a ilością białych dochodzącą do 600.000 w mm³, w tem 50% postaci niedojrzałych. (N=48%, E=0, B=1.5%, Lm=2%, Mnc=0, Mlc=25%, Mc E=0.5, Mlc B=5%, Mtmlc=6%, Prmlc=5%, Mlbl=5%, Prmlbl=1%).

Po 23 naświetlaniach w ciągu 14 miesięcy pod kierownictwem P. doc. N o w a c z y ń s k i e g o (śledziony i kości długich) stan chorego zmienił się do niepoznania. Czuje się zupełnie zdrowym, przybył na wadze i szybko rozwija się fizycznie. Śledziona zupełnie niewyczuwalna pod łukiem żebrowym, wątroba również.

Nie gorączkuje od 6. miesięcy. Ilość ciałek czerwonych 5,200,000. Hmgl. 92% (Sahli). Ilość ciałek białych od chwili przerwania naświetlań przed dwoma miesiącami nieprzekracza 12.000 (dwunastu tysięcy). Niedojrzałych postaci tylko 6% (Myelocytoza) (N=80%, E=3%, B=3%, Lm. 6%, Mnc=2%. Mlc=5%. Mlbl=1%).

Kol. Chudyk podaje przebieg leczenia roentgen. na oddz. roentgen. Zr. K. Ch. Z. W. (myelosis leuk. chronic.), przedstawionego przez kol. Adamowicza naświetlano śledzionę i kości goleniowe. Śledzionę podzielono na 8 pól 6×8 cm i każde pole naświetlano przez filter 3 Al: stosując 1/3 KED przy 100 kw 2½ m. A. Częstość naświetlań uzależniano od wyniku klinicznego badania krwi. Leczenie to trwało 13 miesięcy, uzyskano spadek ilości białych ciałek krwi z 447,200 (po przebytej róży ilość ta wzrosła do 672.000) na 18.000, przyczem śledziona osiągnęła wielkość prawidłową.

2. Kol. Zubrzycki przedstawia a) chorą, która zgłosiła się na oddział w listopadzie 1924 r. Rozpoznano u niej **raka szyjki macicy** bardzo daleko posuniętego. Z. wykonał u niej zabieg radykalny sposobem Wertheima. Zabieg utrudniały obustronne nacieki, drążące w tkance łącznej bez mała do kości, oraz zajęcie naciekiem nowotworowym ściany pęcherza. Zaciągnięcie ściany pęcherza oraz obrzęk błony śluzowej stwierdzono już przy cystoskopji. Podczas zabiegu zaciągnięcie fałdu pęcherzowo-macicznego było tak znaczne, że zrezygnowano z typowego odpreparowania pęcherza od szyji macicy od przodu, lecz, idąc na ostro od boków, od strony moczowodów preparowano w mięśniówce pęcherza, pozostawiając śluzówkę nietkniętą nowotworem w całości. Ślady tego zabiegu widoczne są na preparacie, pokazanym w postaci worków, z których wydobyto moczowody, oraz w widocznych włóknach mięsnych, pochodzących od pęcherza umiejscowionych na przedniej ścianie preparatu. Odpreparowano przy tej sposobności śluzówkę pęcherza na przestrzeni więcej niż 2-złotówka. Gruczoły były obustronnie zajęte. Chora trudny ten zabieg zniosła dobrze — lecz mimo iż w przypadku tym ubytek mięśniówki starano się zastąpić przez zeszcibianie mięśniówki pozostałej — wystąpiła w 10 dni po zabiegu przetoka pęcherzowo-pochwowa wielkości monety 1-o złotowej. Z końcem grudnia chora oddział opuściła z tem, że ma się zgłosić do zabiegu plastycznego za 2. miesiące. — Zgłosiła się w marcu 1925 r. w kwitnącym stanie zdrowia. Przetoka częściowo zaciągnięta, przepuszczała swobodnie opuszkę palca. Brzegi przetoki okrwawiono i zaszyto ją, szyjąc śluzówkę pęcherza i pochwy osobno. Zeszycie częściowo się zrosło, lecz został jeszcze pomiędzy pęcherzem a pochwą otwór średnicy 2 mm. W początkach maja wykonano drugi raz zaszycie katgutem pozostałej przetoki — przyczem wówczas już przetoka się wygoiła zupełnie;

b) kobieta l. 34., zgłosiła się w marcu. Rozpoznano **ciążę średniomiesięczną powikłaną rakiem szyjki macicy**. Wykonano zabieg sposobem Wertheima. Ponieważ płód według wszelkiego prawdopodobieństwa nie dałby się utrzymać przy życiu, nie chcąc narażać chorej na znaczną utratę krwi i przedłużenie zabiegu, wykonano cięcie na macicy i usunięto macice wraz z płodem oraz gruczoły obustronnie nowotworowo zmienione. Chora zabieg zniosła dobrze — przebyła po zabiegu prawostronne zapalenie miedniczek nerkowych wywołane lasecznikiem okrężnicy. Leczona była szczepionkami. Preparat przedstawia się na ogół bardzo ciekawie. Olbrzymi kalafiorowaty naciek nowotworowy sięga wzdłuż szyji aż poza ujście wewnętrzne do samych błon płodowych. We wnętrzu macicy płód w położeniu główkowem. Mówca demonstruje również błony płodowe i łożysko.

W dyskusji przemawiali: kol. Woyciechowski i Wielski, który zaznacza, że w podobnych przypadkach wyniki leczenia promieniami i leczenia operacyjnego są podobne pod względem procentowości wyleczeń.

W dyskusji przemawiali kol. Woyciechowski, Wielski i mówca.

3. Kol. Pokorny (kl. wewn. U. J.) przedstawia przypadek „niedokrwistości złośliwej postępującej", leczony bezskutecznie szczepionką prątka okrężnicy, wyhodowanego z okrężnicy.

4. Kol. Szczeklik (kl. wewn. U. J.) przedstawia przypadek „niedokrwistości złośliwej postępującej" ciekawy ze względu na leczenie. Stosowanie w przypadku tym szczepionki z prątka okrężnicy nie dało dodatnich wyników, natomiast po podawaniu stowarsolu nastąpiła wybitna poprawa stanu zdrowia.

Kol. Marcjaniak (kl. dermat. U. J.) przedstawia a) przypadek **„Strupnia woszczynowatego"** występujący na nieowłosionych częściach ciała, a mianowicie w górnej części ramienia i na brzuchu.

b) Przyp. „Bromoderma" u małej dziewczynki.

5. Kol. Wander (oddz. chor. nerw. Szpit. św. Łazarza), przedstawia 2 przyp. **ludzi odratowanych z powieszenia.**

W dyskusji przemawiali kol.: Artwiński, Olbrycht i Wander.

6. Kol. Artwiński omawia przyp. **wągra usadowionego** w IV. komorze mózgu, zakończony zejściem śmiertelnem.

7. Kol. Ściesiński (zakł. anat. patol.) pokazuje mózg z danego przypadku **wraz z wągrem.**

W dyskusji zabierał głos kol. Olbrycht.

Kol. Wachtel przedstawia przyrząd do Roentgenografji systemu Potter-Bucky modelu amerykańskiego Brady i pokazuje Roentgenogramy uzyskane tym aparatem i między innemi przypadek zwapnienia naczyń miednicy małej.

W dyskusji przemawiali kol. Wielski, Chudyk i Wachtel.

Przewodniczący zawiadamia członków o mającym się odbyć w pierwszych dniach lipca w Londynie kongresie radjologicznym.

Posiedzenie naukowe w dniu 3. czerwca 1925 r. dla uczczenia pięćdziesięciolecia pracy prof. Browicza.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 88.

1. Kol. Rosiński (z kl. chirurg. i Zakł. anat.-pat. U. J.) **Spondylitis ankylopoetica.**

2. Kol. Skibniewski: a) **Odma pęcherzykowa jelit.** b) **Gruczolak torbielowaty trzustki.**

3. Kol. Mróz: **Zarośnięcie ujść dużych tętnic.**

4. Kol. prof. Ciechanowski: **Wole złośliwe** bez histologicznych cech złośliwości.

5. Kol. Roman: **Zapalenie krupowe tchawicy.**

II. Komunikaty z pokazami.

1. Kol. Ściesiński (z zakł. anat.-pat.). Kol. Klepacki (z kl. pedjatrycznej) **Zarośnięcie żył wątrobowych.**

2. Kol. Kiełczewski (zakł. anat.-pat.), Kol. Stryjeński (zakł. w Kobierzynie) **Szybkie rozpoznawanie histologiczne porażenia postępującego.**

3. Kol. Szczeklik: **Tracheopathia osteoplastica.**

4. Kol. prof. Ciechanowski, Wilhelmi, Morozowa, Szczeklik: **Sprawozdanie z doświadczeń nad rakami posmołowemi.**

(Wszystkie komunikaty z tego posiedzenia przeznaczono do druku). Wszystkie komunikaty były urozmaicone licznymi i sprawnemi (dzięki asystentom Zakładu) demonstracjami świetlnemi i mikroskopowemi.

Po zakończeniu posiedzenia kol. prof. Ciechanowski zwraca się do Towarzystwa z prośbą, aby posiedzenie ówczesne jako pierwsze, które od ustąpienia prof. Browicza z katedry odbywa się w stworzonym dzięki Jego staraniom gmachu i jako pierwsze, poświęcone wyłącznie anatomji-patol., która w Polsce tak wiele zawdzięcza półwiekowej pracy naukowej i dydaktycznej Czcigodnego Nestora uczonych lekarzy polskich — raczyła uznać za hołd Towarzystwa złożony Jubilatowi.

Wniosek przyjęto przez aklamację, postanawiając zarazem, na wniosek Prezesa przesłać do Jubilata depeszę z wyrazami czci i hołdu. — Następnie dziękuje kol. Ciechanowski fundacji Rockefellera, a w szczególności członkom Komisji tej fundacji kol. prof. Nowakowi i Marchlewskiemu za dar dla zakładu w postaci znakomitego aparatu projekcyjnego, a kolegom klinicystom: Baurowiczowi, Lenartowiczowi, Rutkowskiemu i Rosnerowi za zasiłki, które umożliwiły uzupełnienie i zmontowanie tego aparatu.

Sekretarz: Dr. Pawlas.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XV. Posiedzenie naukowe w dniu 8. maja 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski. Obecnych 114 członków.

Kol. Szulisławska omawia **dwa przypadki samobójstw przez rany cięte i kłute.** Samobójstwo przez rany cięte i kłute jest rzadszym rodzajem samobójstwa: na podstawie materjału sekcyjnego Instytutu medycyny sądowej U. J. K. we Lwowie wynosi ono 3,61% wszystkich samobójstw. Wśród 28 przypadków samobójstw tego rodzaju, sekcjonowanych w tut. Instytucie, dwa zasługują na szczególniejszą uwagę; jeden ze względu na znaczną ilość ran i ich rozmieszczenie, drugi ze względu na głębokość obrażeń oraz ich umiejscowienie.

Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny, l. 47., który popełnił samobójstwo w więzieniu, przy pomocy scyzoryka. Na ciele stwierdzono 78 ran kłutych i kłuto-ciętych, umiejscowionych grupami na przedniej części powłok skórnych i to na szyji, w okolicy sutka lewego, na brzuchu dokoła pępka i pachwiny lewej oraz na dłoniowych stronach obu przedramion. Rany te są przeważnie płytkie, choć niektóre sięgają kilka cm. w głąb ciała; wszystkie okazują jednaki charakter, mianowicie są to rany kłute, tylko rany na przedramionach są ranami kłuto-ciętemi.

Drugi przypadek dotyczy stud. Uniw., l. 19., który popełnił samobójstwo w wannie, podczas kąpieli, przy pomocy scyzoryka. Na ciele stwierdzono około 20 ran, z tego 10 na szyi, 10 zaś na kończynach. Jedna z ran po stronie prawej szyi obejmowała prawie wszystkie mięśnie szyjne po tej stronie, przecinała żyłę szyjną zewn. i wewn., tętnicę dogłowową, n. błędny, splot ramieniowy, tarczycę; w głębi zaś rany leżał nadcięty wyrostek poprzeczny 5-tego kręgu szyjnego. Również rany na kończynach zwłaszcza w okolicach nadgarstków były bardzo głębokie i obejmowały prawie wszystkie mięśnie, naczynia i nerwy tych okolic, tak, że w danym przypadku nasuwa się podejrzenie morderstwa. Wobec jednak śledztwa, wykluczającego czyn zbrodniczy, jak również

i na podstawie opisanych przypadków w piśmiennictwie musi się przyjąć możność zadania sobie dalszych obrażeń mając tak głęboką ranę na szyji, jak i dalszych obrażeń uszkodzonemi rękoma. Kolejności zadania sobie obrażeń nie można na podstawie wyniku sekcji dokładnie określić.

2. Kol. Grek przedstawia przypadek **posocznicy meningokokkowej** (P. G. L. Nr. 45, 1925 r.).

3. Kol. Ostrowski Tadeusz przedstawia przypadek po operacji **wrzodu trawiennego jelita czczego,** który wystąpił po operacji zespolenia żołądkowo-jelitowego przedniego, wykonanej przed kilku laty. Przy badaniu stwierdzono guz żołądka, zrośnięty z powłokami, a operacja wykazała naciek zapalny powłok, zrośnięty z kłębem jelit i żołądkiem; miejscem wyjścia sprawy był wrzód trawienny jelita czczego, który przebijał ku powłokom. Wykonano częściowe wycięcie żołądka wraz z zespoleniem żołądkowo-jelitowem oraz częścią jelita czczego, łącząc kikut żołądka w miejscu końcowo-bocznem z jelitem cienkiem i bocznie z częścią jelita od strony dwunastnicy w kształcie litery T. Chory zniósł zabieg dobrze. Za przyczynę wrzodu trawiennego jelita uważa mówca wykonane poprzednio przednie zespolenie żołądkowo-jelitowe, które daje duży odsetek następowych owrzodzeń.

4. Kol. Dobrzański omawia **stosowanie lipiodolu, jako środka kontrastowego w rozpoznawaniu schorzeń jam szczękowych.** Badania, przeprowadzone wspólnie z kol. Lenartowskim w 15 przypadkach różnych schorzeń jamy szczękowej, pozwoliły z wielkości i postaci cienia lipjodolu wnioskować, jakie schorzenie zachodzi. W przypadku prawidłowym cień lipjodolu wprowadzonego do jamy szczękowej jest dokładnym odlewem jej światła. W przypadkach patologicznych cień ten ma kształt nieregularny, wykazuje przybrzeżne ubytki, wpuklenia i nierówności, które, jak się przy operacji radykalnej jamy szczękowej, wykonanej sposobem Luc-Coldwella okazało, spowodowane były zgrubieniami błony śluzowej i polipami w jamie szczękowej z przewlekłem ropieniem. W przypadkach guzów jamy szczękowej cień lipiodolu, wprowadzonego do jej światła, przedstawiał się w formie wysepek rozrzuconych; pozostała zaś reszta światła niewykazywała lipjodolu. W przypadkach torbieli zębowych, lipjodol, wprowadzony przez przetokę w zębodole pozwalał stwierdzić postać i wielkość torbieli zębowej oraz jej stosunek do światła jamy szczękowej. Mówca przedstawia szereg zdjęć roentgenologicznych i objaśnia je ze stanowiska rozpoznania klinicznego. D. uważa za **bardzo wskazane wprowadzanie lipjodolu do jamy szczękowej** przez otwór po nakłuciu od strony jamy nosowej w **celu wykazania polipów i zgrubień śluzówki** przy przewlekłem ropieniu, nadto w celu wykazania **guzów dobrotliwych i złośliwych jamy** szczękowej, wreszcie w celu wykazania **torbieli zębowych,** oraz ich ewentualnej komunikacji z jamą szczękową.

5. Kol. Domaszewicz wygłasza wykład: **„O nowszych metodach pomocniczych w diagnostyce neurologicznej".** Znaczenie i wskazania nakłucia potylicy (*punctio suboccipitalis*) oraz myelografja i jej wartość diagnostyczna (całość ukaże się w Pol. Gaz. Lekarskiej).

W dyskusji zabierali głos kol. Krzemicki, Dębicki i mówca.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2. września 1925 r.

1. Kol. Pik pokazuje dwie chore z oddziału neurologicznego Szpitala w Radogoszczu: a) **Przypadek stwardnienia rzekomego Westphal-Strümpla.** H. F., lat 26, chora od roku; drżenie kończyn i tułowia. Nerwy czaszkowe bez zmian. Odruchów patologicznych brak, odruchy fizjologiczne niewzmożone. Drżenie o dużych wahaniach kończyn górnych, głowy i tułowia; częstość: 2—3 na minutę; wzmaga się przy ruchach dowolnych. Mowa skandowana, jednostajna. Mimika twarzy prawidłowa, żywa. Napięcie mięśni zwykłe. Psychicznie — inteligencja nizka, etyka dziecięca, pamięć upośledzona. Strona afektywna wzmożona. Rozpoznanie: Pseudosclerosis Westphal-Strümpel;

b) przypadek o przebiegu **postępującego porażenia opuszkowego** bardzo powolnym. G., lat 45; chora od 9-iu miesięcy. Nerwy czaszkowe: VII. lewy dolny — znaczne zaburzenia; IX. — łuki podniebienne nieruchome, odruchy gardzielowe zniesione, czucie tylnej części języka zniesione; XII. — język pomarszczony, zaniki obustronne; ruchomość znacznie upośledzona; liczne drżenia włókienkowe.

2. Kol. M. Dawidowicz wygłosił odczyt pod tytułem: **„Alkalosis et acidosis".** W pierwszej części odczytu zostają szczegółowo omówione podstawy teorji jonów. Wyświetlona zostaje różnica między określeniem kwasowości lub zasadowości określona metodami miareczkowania i metodą stężenia jonów wodorowych. Płyn jest obojętny, jeżeli ilość jego jonów wodorowych i tlenowodorowych jest równa. Jeżeli zachodzi we krwi odchylenie od normy w jedną lub drugą stronę, mówimy o acidosis lub alkalosis. Odczyn normalny krwi (Ph = 7,33 do 7,40) zostaje utrzymany dzięki regulatorom, ciałom t. zw. buforowym krwi. Ciała te tworzą rezerwę alkaliczną krwi. Ilość rezerwy alkalicznej pośrednio służy za wskaźnik odczynu krwi. Określenie następuje w aparacie Van-Slyke'a w 1 cm^3 osocza. Norma dla rezerwy alkalicznej wynosi 53—57 cm^3 na 100 cm^3 osocza krwi. W drugiej części odczytu przedstawione są zaburzenia w równowadze kwaso-zasadowej w stanach patologicznych. Przebiegają z kwasicą: cukrzyca, mocznica, zapalenie płuc płatowe, grypa, biegunka u dzieci, choroby zakaźne, w szczególności błonica, gościec stawowy; krzywica. Pod znakiem alkalozy stoją tężyczka, padaczka w okresie przedskurczowym, choroba górska, alkaloza po kąpieli gorącej. Wstrząs anafilaktyczny przebiega z wybitną kwasicą. Zmiany odczynu podczas ciąży, miesiączkowania, przy zaburzeniach wątrobowych. Badania nad dwufazowym oddziaływaniem adrenaliny w związku ze zmianami w oddziaływaniu krwi. Skurcz przy padaczce. Wartość rozpoznawcza, a często i rokownicza, określania rezerwy alkalicznej krwi, jako miernika odczynu obronnego ustroju.

W dyskusji kol. Frenkiel zapytuje, jak należy rozumieć przy tężyczce — alkalozę z jednoczesnem zmniejszeniem soli wapnia; jak zachowują się przy tem fosforany; jaka zachodzi różnica między tężyczką i padaczką; przy tężyczce mamy bowiem alkalozę stałą, przy padaczce zaś — czasową, przejściową.

Kol. Szweig mówi, że badanie odczynu krwi jest też stosowane w okulistyce. Kwasowość krwi przy cukrzycy a hypotonja gałki ocznej w stadjum komatycznem — skłoniły go do badań nad zagadnieniem, czy zachodzi zależność między odczynem krwi, a napięciem gałki ocznej. W przypadku hypotonji gałki ocznej lewej u chorej na endophthalmitis krew wykazała kwasowość; po wyłuszczeniu tej gałki odczyn krwi wrócił prawie do normy. Dane z piśmiennictwa tłumaczą jaskrę względnie hypotonję, jako skutek napęcznienia względnie odpęcznienia soczewki i szklistki w zależności od stężenia jonów wodorowych w płynie przedniej komórki. Widziano kwasowość płynu przedniej komórki w przypadkach zaćmy cukrzycowej. Przypadki te mają znaczenie doniosłe, gdyż dadzą nową metodę kliniczną badania przy rozpoznawaniu różniczkowem i przyczynią się do dalszego wyświetlenia niewytłumaczonej dotychczas etjologji jaskry. Kol. Szyfman podkreśla znaczenie praktyczne tej prostej metody badania w stosunku do cukrzycy. Acetonuria może trwać niekiedy lata całe bez wielkiej szkody dla chorego. Nie mieliśmy dotąd probierza, mówiącego o stopniu niebezpieczeństwa; obecność zmniejszonej rezerwy alkalicznej krwi jest zwiastunem śpiączki. Kol. Gliksman pyta, czy istnieje stosunek stały między rezerwą alkaliczną krwi i kwasowością; dlaczego stosuje się przy cukrzycy głodzenie, które wpływa na zwiększenie kwasowości. Kol. J. Kon mówi o roli fosforanów przy tężyczce. Większość autorów jest zdania, że ilość ogólna fosforanów jest zwiększona, ale mogą zachodzić różnice w stosunku ilościowym poszczególnych frakcyj. Kol. Sterling zwraca uwagę na to, że ilość wapnia we krwi może być w sprzeczności z ilością wapnia w tkankach. Kol. Dawidowicz w odpowiedzi zaznacza, że istnieje rozbieżność zdań co do roli fosforanów przy tężyczce. Jedni uważają, że wyłącznie fosforany wywołują tężyczkę, inni zaś, że przyczyną jej jest zmniejszenie ilości wapnia. Zwiększenie rezerwy alkalicznej krwi wyklucza acidozę. Co do leczenia krzywicy, to istnieje rozbieżność zdań, nieusprawiedliwiona z punktu widzenia teoretycznego.

Sekretarz: *Dr. A. Tenenbaum.*

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 28. września 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bogucki, Guranowski, Śmiechowski, Bełkowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano projekt Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, z prośbą o ocenę i przedstawienie uwag do 15. października b. r. Postanowiono w sprawie tej powołać komisję, która uwagi swe przedstawi na posiedzenie następne. Do komisji tej Przewodniczący zaprosi znawcę w sprawach ekonomicznych.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie Dr. Korabiewicza, która to sprawa wpłynęła do Sądu N. I. L. Postanowiono odpis tego pisma przesłać Sądowi Izby Naczelnej.

Od Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego otrzymano pismo z prośbą o mianowanie delegata Izby Naczelnej do Rady Naczelnej wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego. Postanowiono zwrócić się w tej sprawie do Dra Roszkowskiego Marjana z prośbą o przyjęcie wymienionego mandatu.

Od Dr. Wrześniowskiego z Częstochowy otrzymano projekt ustawy wzajemnych ubezpieczeń wszystkich Izb. Projekt ten przekazano Dr. Guranowskiemu do rozpatrzenia.

Rozpatrzono regulamin Kasy emerytalnej członków Izby Lwowskiej i postanowiono zwrócić się do Izby Lwowskiej z zapytaniem, jaka jest przypuszczalna liczba członków tej kasy, oraz

czy Izba Lwowska nie uważałaby za właściwe porozumieć się z innemi Izbami w celu wytworzenia jednej wspólnej Kasy Emerytalnej dla lekarzy całego Państwa.

Rozpatrzono i zatwierdzono Statut Kasy Pogrzebowej Izby Warszawsko-Białostockiej i postanowiono zawiadomić o tem Izbę Warszawsko-Białostocką oraz przesłać jeden egzemplarz Statutu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Rozpatrzono regulamin Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej i postanowiono przesłać Izbie Warszawsko-Białostockiej uwagi w sprawie tego regulaminu Zarządu N. I. L. z prośbą o odpowiedź i nadesłanie ostatecznego regulaminu w trzech egzemplarzach.

Posiedzenie Zarządu w dniu 13. października 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Śmiechowski.

Rozpatrzono i przyjęto ocenę projektu Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w opracowaniu Przewodniczącego Dr. Bączkiewicza z uwzględnieniem uwag Dr. Mutermilcha i Dr. Bełkowskiego. Ocenę tę postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Rozpatrzono i przyjęto ocenę Ustawy dentystycznej w opracowaniu komisji, złożonej z prof. Wilgi, Dr. Gruszczyńskiego i Dr. Brenneisena. Ocenę tę postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Komisji Sejmowej Zdrowia. Postanowiono zarazem zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, że wyjaśnień w tej sprawie w Komisji Zdrowia w imieniu Izby Naczelnej udzielić mogą: prof. Wilga i Dr. Gruszczyński.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zaproszeniem na konferencję w sprawie projektu Ustawy Aptekarskiej, która ma się odbyć w Generalnej Dyrekcji w dniu 20. października o godz. 10 rano. Postanowiono powołać na tę konferencję Przewodniczącego Dr. Bączkiewicza.

Zatwierdzono regulamin Izby Warszawsko-Białostockiej z adnotacją, żeby przesłane uwagi Izby Naczelnej w sprawie regulaminu były przedstawione na najbliższem posiedzeniu Rady. Dr. Śmiechowski zgłosił votum separatum, uzależniając zatwierdzenie regulaminu od przyjęcia uwag Izby Naczelnej.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo na ręce Ministerstwa Spraw Wewnętrznych od adwokata Dr. Antoniego Chmurskiego w sprawie obrony w Sądzie N. I. L Dr. Maksymiljana Bernsteina. Postanowiono pismo to przesłać do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Dr. Karasiewicza z Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano pismo z protestem co do decyzji Izby Poznańsko-Pomorskiej w sprawie wzbronienia Dr. Karasiewiczowi obejmowania posady ambulatoryjnej przy Kasie Chorych w dwóch miejscowościach. Postanowiono zwrócić się do Izby Poznańsko-Pomorskiej z prośbą o nadesłanie dokumentów w tej sprawie.

Otrzymano od Izby Lwowskiej odpis pisma do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w sprawie jakoby nieprawnego wpisania na listę członków Izby Lwowskiej Dr. Weichselbauma.

Wyjaśnienie Izby Lwowskiej postanowiono poprzeć w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, a pismo Izby Lwowskiej postanowiono przesłać w odpisie wszystkim izbom ze względu na poruszenie sprawy o charakterze ogólnym.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zapytaniem, czy Zarząd N. I. L. otrzymał od Izby Naczelnej pełnomocnictwo do opinji w sprawie połączenia obwodu Wileńskiego i Województwa Nowogródzkiego w jedną Izbę Lekarską. Postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia odpis udzielonych Zarządowi pełnomocnictw.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie Dr. Lewickiego i innych lekarzy, praktykujących w sezonie letnim w Krynicy, którzy użalają się na ściąganie od nich składki na rzecz Izby Krakowskiej, chociaż są członkami innych izb lekarskich. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia prosi Zarząd N. I. L. o podanie swego stanowiska w tej sprawie.

Ponieważ Zarząd N. I. L. opinję swą w tej sprawie przesłał już Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i zainteresowanym lekarzom, postanowiono zawiadomić o tem Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia i przesłać odpis tej opinji.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo w sprawie nowelizacji ustaw o praktyce i o Izbach lekarskich. Prezydjum Sądu wypowiada się za odroczeniem projektu nowelizacji w celu dokładniejszego opracowania projektu przy udziale wszystkich Izb. Pismo to przyjęto do wiadomości.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano odpis pisma Poselstwa Polskiego w Londynie z prośbą o zawiadomienie wszystkich izb lekarskich o wystawie Lekarskiej w Londynie, która się odbyła w dniach 5—9 października r. b.

Z powodu późnego otrzymania pisma prośby Generalnej Dyrekcji nie można było wykonać.

Na wniosek Dr. Śmiechowskiego postanowiono zwrócić się do radcy prawnego z zapytaniem, czy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych miało podstawę prawną wykreślając przy ustaleniu Regulaminu Sądu N. I. L. artykuł następujący: „sędzia nie ma prawa na posiedzeniu Sądu czynić uwag osobistych o innym sędzi; wykroczenia w tym kierunku pociągają za sobą dochodzenia dyscyplinarne".

W sprawie opuszczenia przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych z regulaminu Sądu N. I. L. artykułu o przysiedze sędziów postanowiono nie zgłaszać interpelacji, gdyż artykuł ten będzie wniesiony przez Izbę Naczelną przy nowelizacji ustawy o Izbach lekarskich, jako artykuł oddzielny w ustawie.

Przyjęto wniosek Przewodniczącego co do wysłania do wszystkich Izb okólnika w sprawie udziału Izb lekarskich w organach rządowych i samorządowych Zdrowia Publicznego, Z pismem takiej treści postanowiono również zwrócić się do wszystkich członków Izby Naczelnej.

Stowarzyszenie lekarzy Polaków w Wilnie.

W dniu 30. listopada 1925 r. odbyło się walne, doroczne, prawomocne zebranie Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji; do Zarządu na rok 1926 zostali wybrani:

Prezes: Dr. Ludwik Czarkowski, ponownie., Wice-prezes: Dr. Jan Michniewicz., Pierwszy Sekretarz: Dr. Eugenjusz Klemczyński, ponownie., Drugi Sekretarz: Dr. Witold Wołodźko., Skarbnik: Dr. Wacław Bądzyński, ponownie., Gospodarz: Dr. Marjan Przyałgowski.

Prezes: *L. Czarkowski.* Sekretarz: *Dr. E. Klemczyński.*

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Dnia 29 listopada 1925 r. w Sali Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyły się wybory do Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. W wyborach uczestniczyło 1.185 członków Izby czyli 59,3% wyborców. Wybrani zostali znaczną większością głosów 56 członków Rady i 28 zastępców — wszyscy z listy uzgodnionej przez Komitet Wyborczy, a mianowicie:

Członkowie Rady Izby.

1. Adamski Jan, (Warszawa) — 2. Aichimowicz Konstanty, (Białystok) — 3. Bączkiewicz Jan, (Warszawa) — 4. Brandwajn Hieronim, (Warszawa) — 5. Bruner Władysław, (Warszawa) — 6. Bujalski Jerzy, (Warszawa) — 7. Chodakowski Gustaw, (Warszawa) — 8. Dudrewicz Kazimierz, (Warszawa) — 9. Eberhardt Maksymiljan, (Warszawa) — 10. Endelman Leon, (Warszawa) — 11. Garlicka Zofja, (Warszawa) — 12. Gluziński Antoni, (Warszawa) — 13. Goldsztein Paweł, (Warszawa) — 14. Gruszczyński Aleksander, (Warszawa) — 15. Hertz Maurycy, (Warszawa) — 16. Jastrzębski Marjan, (Warszawa) — 17. Kapuściński Stanisław, (Warszawa) — 18. Kasperowiczowa Marja, (Warszawa) — 19. Kołłątaj Srzednicki Jan, (Warszawa) — 20. Kwaśniewski Mikołaj, (Warszawa) — 21. Łazarowicz Klemens, (Warszawa) — 22. Łuczycki Bronisław, (Warszawa) — 23. Makowski Tytus, (Warszawa) — 24. Malinowski Zygmunt, (Łomża) — 25. Muzurek Józef, (Warszawa) — 26. Milejkowski Izrael, (Warszawa) — 27. Mutermilch Jan, (Warszawa) — 28. Mutermilch Stanisław, (Warszawa) 29. Orłowski Edward, (Warszawa) — 30. Ostromęcki Bohdan, (Białystok) — 31. Piasecki Witold, (Włocławek) — 32. Pieńkowski Marjan, (Warszawa) — 33. Przyborowski Adam, (Warszawa) — 34. Róbin Wilhelm, (Warszawa) — 35. Rudzki Przemysław, (Warszawa) — 36. Rykowski Władysław. (Żyrardów) — 37. Siemiaszko Zygmunt, (Białystok) — 38. Simchowicz Teofil, (Warszawa) — 39. Sochacki Ignacy, (Warszawa) — 40. Stabholc Henryk, (Warszawa) — 41. Stefanowski Antoni, (Warszawa) — 42. Szumlański Witold, (Warszawa) — 43. Śmiechowski Antoni, (Warszawa) — 44. Talhejm Aleksander, (Grodno) — 45. Trenkner Henryk, (Warszawa) — 46. Turski Antoni, (Warszawa) — 47. Umiński Józef, (Kutno) — 48. Wielobycki Tadeusz, (Łowicz) — 49. Wierzbowski Władysław, (Warszawa) — 50. Wojnówna Zofja, (Warszawa) — 51. Zaleski Aleksander, (Płock) — 52. Zamenhof Leon, (Warszawa) 53. Zamkowski Henryk, (Grodno) — 54. Zandowa Natalja, (Warszawa) — 55. Zaorski Jan, (Warszawa) — 56. Żelisławski Jerzy, (Warszawa).

Zastępcy:

1. Borowski Jakób, (Warszawa) — 2. Bychowski Zelman, (Warszawa) — 3. Byszewski Tomasz, (Warszawa) — 4. Finkelkraut Bernard, (Warszawa) — 5. Goldberg Oskar, (Warszawa) — 6. Gruszka Gruszkiewicz Mieczysław, (Białystok) — 7. Gurbski Stanisław, (Warszawa) — 8. Huszcza Adam, (Warszawa) — 9. Jabłoński Leon, (Warszawa) — 10. Jasielewicz Kazimierz, (Warszawa) — 11. Jarecki Władysław, (Warszawa) — 12. Jurjewiczówna Antonina, (Warszawa) — 13. Klamrzyński Piotr, (Białystok) — 14. Krzyczkowski Antoni, (Warszawa) — 15. Lewin Gerszon, (Warszawa) — 16. Maleciński Juljusz, (Warszawa) — 17. Metelski Norbert, (Warszawa) — 18. Mintz Salomon, (Białystok) 19. Podczaski Teodor, (Warszawa) — 20) Ryłko Marjan, (Warszawa) — 21. Schayer Edmund, (Warszawa) — 22. Sławiński Zdzisław, (Warszawa) — 23. Surawski Jan, (Warszawa) — 24. Szczodrowska Marja, (Warszawa) — 25. Szmakfefer Kazimierz, (Warszawa) — 26. Szokalski Kazimierz, (Warszawa) — 27. Trawiński Marjan, (Warszawa) — 28. Wyganowski Jan, (Warszawa).

Naczelnik *Przyborowski.* Pisarz *J. Sochacki.*

***Kalendarz lekarski** »Nowin lekarskich« na rok 1926 mogą otrzymać prenumeratorowie Pol. Gaz. Lek. w cenie 4·50 zł. (t. j. z 50% opustem). Zgłaszać się należy listownie pod adresem: Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Poznań, Aleje Marcinkowskiego 15. Ze względu na to, że czysty dochód przeznaczony jest na zapomogi świąteczne dla wdów i sierót po lekarzach, poleca się gorąco to wydawnictwo, tak bardzo potrzebne dla lekarza-praktyka.*

Wiadomości bieżące

Warszawa.

x Pierszy zeszyt czasopisma p. t. »Głos Wierzycieli« ukazał się w Warszawie. Jest to dwutygodnik, poświęcony sprawom wszelkich wierzytelności prywatnych i państwowych oraz obronie drobnych akcjonarjuszów.

x Odznaczenie. Dr. Jakób Szwajcer, naczelny lekarz szpitala żydowskiego na Woli, w związku z jubileuszem 40-lecia swej pracy szpitalnej, otrzymał dekretem p. prezydenta Rzeczypospolitej odznaki orderu »Polonia Restituta«.

x Akademja ku czci zmarłych członków honorowych Tow. Lek. Warszawskiego. Dnia 27 października odbyła się w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem uroczysta akademja ku czci zmarłych w r. b. członków honorowych Towarzystwa: ś. p. prof. Edwarda Przewóskiego i ś. p. dra Józefa Pawińskiego. Piękne i zasadniczej wagi przemówienia wygłosili: o ś. p. drze Józefie Pawińskim — Władysław Janowski i Kazimierz Wagner; o ś. p. prof. Przewóskim — Leon Kryński i Ludwik Paszkiewicz.

x Kurs dla inspektorów pracy, zorganizowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki społecznej w porozumieniu z Generalną Dyrekcją służby Zdrowia, odbył się przy udziale, między innymi, dra Hummla (czystość), dra Jaroszyńskiego (sport), dra Rotherta (poradnictwo zawodowe), dra Kacprzaka (odzież, mieszkanie, statystyka), prof. dra Tadeusza Hilarowicza (ustawodawstwo sanitarno-higjeniczne), dra J. Zielińskiego (higjena przemysłowa) oraz dra J. Zawadzkiego (ratownictwo).

x Szpitalnictwo w Województwie Warszawskiem istnieje, kosztem funduszów samorządowych, 16 szpitali dla chorych zakaźnych o 430 łóżkach oraz 22 szpitale ogólne, posiadające łącznie 1200 łóżek. Dane powyższe nie są bynajmniej imponujące, jeśli zważymy, iż Województwo Warszawskie liczy prócz Warszawy 58 miast i że liczba ludności jego sięga 2½ miljona.

x Kasa Chorych m. Warszawy. Ze sprawozdania Komisji Rewizyjnej: »w chwili obecnej wedle zestawień zadłużenie wynosi około 2 miljonów złotych, są to nieuregulowane rachunki za dostawy, niespłacone należności szpitalom, uzdrowiskom i pensje personelu»... Sapienti sat.

x Jubileuszowy Kongres Król. Instytutu sanitarnego w Londynie. Do Ministerjum Spraw Zagranicznych nadeszło, za pośrednictwem Poselstwa Angielskiego, zaproszenie do wzięcia udziału w jubileuszowym Kongresie Królewskiego Instytutu sanitarnego w Londynie, który odbędzie się dnia 3 lipca 1926 r.

Kraków.

Odnowienie dyplomu doktora wszech nauk lekarskich. Dr. Bernard Zanderer, zamieszkały od czterdziestu i kilku lat w Trawniku (Bośnia) odnowił dyplom dra wszech nauk lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim po 50-ciu latach.

W szpitalu izraelickim ufundowano dwa stypendja, każde po 100 złotych miesięcznie, dla lekarzy pracujących naukowo w tym szpitalu.

Szósty kongres dalekiego wschodu dla medycyny zwrotnikowej odbył się od 12.—18. IX. b. r. w Tokio. W Zjeździe tym uczestniczyło 520 lekarzy z rozmaitych krajów, leżących dookoła Oceanu Spokojnego i Indyjskiego. Na kongresie tym przyjęto obok innych jako równorzędny język także Esperanto. W języku tym wygłosili bądź przemówienia bądź referaty naukowe prof. Ogata z Tokio (O awitaminozach), Dr. Murata z Tokio (O uproszczonej serodjagnostyce kiły własną metodą), prof. Fużinami z Kioto i chiński patolog Czeng-Fan-Cu.

Lwów.

Na żądanie Prof. Groera proszę o umieszczenie w najbliższej Gazecie lek. niżej podane wyjaśnienie:

Do artykułu ogłoszonego w Pol. G. lek.: „Odczyn dopowy w wieku dziecięcym". Prof. Groer po powrocie z zagranicy komentuje pewne nieścisłości, dotyczące artykułu ogłoszonego pod powyższy tytułem, a mianowicie:

Zaznacza, że prace eksperymentalne które zużytkowałem do powyższego artykułu wykonane były przezemnie na klinice pedjatrycznej w czasie gdy byłem asystentem. Wyniki te były zakonikowane przez prof. Groera w mojem imieniu na Zjeździe pedjatrów polskich w Poznaniu i miały być ogłoszone w Pedjatrji polskiej. Wskutek nieporozumienia nastąpiło przedwczesne ogłoszenie artykułu, gdyż według życzeń prof. Groera miały być badania uzupełniane jeszcze przez dalsze eksperymenta, przyczem miało się uwzględnić najnowszą literaturę, która okazała się po ogłoszeniu powyższego artykułu.

Tomaszewski Józef.

Poznań.

Wyszła z druku »Kronika Uniwersytecka«, obejmująca 5-cioletni okres rektoratu ś. p. dra Heliodora Święcickiego od założenia uniwersytetu w r. 1919 do końca roku akademickiego 1922—23.

Wilno.

Jubileusz 30-lecia pracy. Dnia 28 listopada b. r. odbył się w Wilnie obchód jubileuszowy 30-lecia pracy dra Aleksandra Karnickiego, prezesa Towarzystwa ginekologicznego wileńskiego.

Zmarli.

Dr. Herman Rodziński, em. generał-brygadjer W. P. zmarł we Lwowie.

Ś. p. Ryszard Wołowski, b. lekarz szpitala Sochaczewskiego, ostatnio lekarz powiatowy, Kasy chorych i Sejmiku częstochowskiego, zmarł w Częstochowie dnia 12 listopada, b. r. w wieku lat 64.

L. 136/925. **OSTRZEŻENIE.**

Wobec wielokrotnego złamania przez Zarząd pow. Kasy Kasy Chorych w Radomsku umowy, zawartej z lekarzami — wybuchł tam stan bezkontraktowy i wszystkie posady w Kasie Chorych ogłoszone są pod bojkotem.

Ostrzega się kolegów przed objęciem pracy w Kasie Chorych bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Obwodu Radomskiego.

Wydział Wykonawczy Okręgu Łódzkiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

OD ADMINISTRACJI.

Prenumerata Polskiej Gazety Lekarskiej na kwartał I. 1926 wynosi Zł. 12·— dla Członków Tow. Lek. Zł. 10.— Abonentom, którzy nie wyrównają należytości załączonym czekiem P. K. O. zmuszeni będziemy wstrzymać dalszą wysyłkę pisma z dn. 30 stycznia. W razie zaprzestania prenumeraty prosimy o zgłoszenie do administracji, gdyż zatrzymanie numerów wysłanych po 1. stycznia uważać będziemy jako obowiązujące do uiszczenia prenumeraty za kwartał I. 1926.